

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Banguntapan IBantul mempunyai wilayah kerja di sebagian dari Kecamatan Banguntapan dengan luas wilayah 11,60 Km². Dengan ketinggian 100 m dari permukaan air laut dan suhu maksimum/minimum 31 °C / 23 °C . Kondisi geografis berupa dataran rendah yang mudah dijangkau dengan semua kendaraan baik mobil atau pun motor sampai ke semua dusun. Wilayah kerja Puskesmas Banguntapan I terdiri dari 3 Desa dan 24 dusun yaitu:

- a. Desa Baturetno terdiri dari 8 dusun
- b. Desa Potorono terdiri dari 9 dusun
- c. Desa Jambidan terdiri dari 7 dusun

Batas wilayah kerja Puskesmas Banguntapan I yaitu:

- a. Batas Utara: Kecamatan Berbah, Kabupaten Sleman
- b. Batas Timur: Kecamatan Piyungan, Kabupaten Bantul
- c. Batas Selatan: Kecamatan Pleret, Kabupaten Bantul
- d. Batas Barat: Kotamadya Yogyakarta

Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Banguntapan I tahun 2014 berdasarkan data dari Kantor Statistik Kabupaten Bantul (2014) tercatat 42.590 jiwa dengan kepadatan penduduk dengan rata-rata 3.6752 jiwa/km². Jumlah penduduk laki-laki 21.229 jiwa, jumlah penduduk

perempuan 21.361 jiwa. Jumlah penduduk terbanyak adalah golongan usia 25-29 tahun dan jumlah balita 3.330 jiwa. Rasio beban tanggungan 46 Rasio jenis kelamin 0,99.

Sarana kesehatan yang dimiliki Puskesmas Banguntapan I Bantul pada tahun 2014 terdiri dari: 1 Puskesmas Induk dan 2 Puskesmas Pembantu. Sedangkan jejaring sarana kesehatan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Banguntapan I meliputi: 1 Polindes, 1 Poskesdes, 42 Posyandu Balita, 27 Posyandu Lansia, 1 Rumah Sakit Swasta, 4 Dokter Praktik swasta, 4 Apotek Swasta dan 8 Bidan Praktek Swasta.

Jenis Pelayanan Puskesmas:

Tabel 4.1 Jenis Pelayanan Puskesmas

No	Jenis Pelayanan berdasar lokasi	Rincian Pelayanan	Waktu Pelayanan
1.	Dalam Gedung	Rawat jalan Balai Pengobatan Umum	Setiap hari
		Rawat jalan Balai Pengobatan Gigi	Setiap hari
		Rawat jalan Balai Kesehatan Ibu Anak dan Keluarga Berencana	
		a) Imunisasi	Setiap senin, kamis
		b) Pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas	Setiap hari Setiap Rabu
		c) Keluarga Berencana (KB)	Setiap hari
		d) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	
		Laboratorium Dasar	Setiap hari
		Konsultasi Gizi	Setiap hari
		2.	Luar Gedung
Pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K)	Sesuai kebutuhan		

2. Gambaran umum tempat tinggal responden

Wilayah kerja Puskesmas Banguntapan I terdiri dari 3 Desa, yaitu Desa Baturetno, Desa Jambidan, Desa Potorono. Desa Baturetno mempunyai luas wilayah 371.1730 Ha yang berada di bawah Wilayah Kapanewon Kota Gede Yogyakarta. Adapun jabatan dan perangkat/pamong desa yaitu Lurah Desa, Kabag Sosial, Kabag Agama, Kabag Keamanan, Kabag Kemakmuran, Kabag Umum dan Staf pembantu. Pembagian kewilayahan Desa Baturetno terdiri dari 8 pedukuhan yaitu Palem 12 RT, Mantup 17 RT, Kalangan 20 RT, Wiyoro 13 RT, Manggisian 8 RT, Ngipik 6 RT, Plarakan 6 RT dan Gilang 10 RT.

Batas wilayah Desa Baturetno yaitu:

- a. Sebelah Utara: Lanud Adisucipto
- b. Sebelah Selatan: Desa Potorono, Banguntapan Bantul
- c. Sebelah Barat: Desa Banguntapan, Bantul
- d. Sebelah Timur: Desa Sendangtirto, Berbah, Sleman

Jarak dari pusat pemerintahan Desa yaitu:

- a. Jarak dari Pusat Pemerintahan Kecamatan : 1 km
- b. Jarak dari Kabupaten Bantul : 19 km
- c. Jarak dari Pemerintahan Daerah Istimewa Yogyakarta : 28 km
- d. Jarak dari Ibu Kota Negara RI : 573 km

Jumlah penduduk wilayah Desa Baturetno tahun 2014 yaitu 12.727 jiwa, yang terdiri dari jumlah penduduk perempuan 6.427 jiwa dan jumlah penduduk laki-laki 6.300 jiwa.

Berdasarkan hasil wawancara dari salah satu warga Baturetno Ijan (2015) dan hasil observasi peneliti ada beberapa Pedukuhan yang lingkungannya kurang bersih karena sampah tidak dikelola dengan baik dan dibuang di sembarang tempat. Tetapi, ada juga Pedukuhan yang lingkungannya bersih karena sampah dikelola oleh masyarakat sendiri dengan membayar iuran setiap bulannya. Kondisi lingkungan di wilayah Baturetno juga mempunyai hamparan sawah yang cukup luas. Rumah Warga di Desa Batureno hampir semuanya berbentuk permanen, mempunyai lantai dan jamban keluarga. Dalam kehidupan sehari-hari untuk kebutuhan air ada warga yang memasak serta menggunakan air dari sumurnya dan ada juga warga yang membeli air isi ulang, karena kondisi air yang tidak memenuhi syarat.

Desa Jambidan mempunyai luas wilayah 375,3095 Ha dengan jumlah penduduk 9.798 jiwa, yang terdiri dari jumlah penduduk laki-laki 4.030 jiwa dan perempuan 4.868 jiwa serta terbagi menjadi 7 Pedukuhan.

Batas-batas wilayah Desa Jambidan yaitu:

- a. Sebelah Utara: Desa Potorono
- b. Sebelah Timur: Desa Sitimulyo (Piyungan)
- c. Sebelah Selatan: Desa Pleret
- d. Sebelah Barat: Desa Wirokerten

Jarak dari pusat Pemerintahan Desa yaitu:

- a. Jarak dari pusat Pemerintahan Kecamatan: 2 Km
- b. Jarak dari ibu Kota Kabupaten: 14 Km
- c. Jarak dari ibu Kota Provinsi: 12 Km

Desa Potorono mempunyai luas 435,46 Ha dengan jumlah penduduk 10.460 jiwa yang terdiri dari laki-laki 5.334 jiwa dan perempuan 5.306 jiwa, serta mempunyai 9 Pendukuhan yang terdiri dari Dukuh Potoron 9 RT, Dukuh Salakan 10 RT, Dukuh Prangwedanan 5 RT, Dukuh Nglaren 6 RT, Dukuh Mertosanan Wetan 9 RT, Duku Condrowangsan 9 RT, Dukuh Mertosanan Kulon 11 RT, Duku Balong Lor 8 RT dan Dukuh Banjardadap 7 RT.

Jarak dari pusat Pemerintah Desa yaitu:

- a. Jarak dari Pusat Pemerintah Kecamatan: 2 Km
- b. Jarak dari Ibukota Kabupaten: 15 Km
- c. Jarak dari ibu Kota Provinsi: 9 Km

Desa Potorono mempunyai batas Wilayah diantaranya yaitu:

- a. Sebelah Utara: Desa Sendangtirto, Berbah, Sleman
- b. Sebelah Timur: Desa Sitimulyo, Piyungan, Bantul
- c. Sebelah Selatan: Desa Jambidan, Banguntapan, Bantul
- d. Sebelah Barat: Desa Baturetno dan Desa Winokerten, Banguntapan, Bantul

3. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan umur, jenis kelamin, tempat tinggal, status gizi, imunisasi campak, respon orang tua terhadap penyakit diare dan suhu badan balita di Puskesmas Banguntapan I Bantul, yang disajikan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi balita yang mengalami diare berdasarkan Umur di Puskesmas Banguntapan I Bantul

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1-3 tahun	84	73,7
3>-5 tahun	30	26,3
Jumlah	114	100

(Sumber: Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa dari 114 balita yang mengalami diare, mayoritas usia 1-3 tahun sebesar 82 responden (73,7%).

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi balita yang mengalami diare berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Banguntapan I Bantul

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	63	55,3
Perempuan	51	44,7
Jumlah	114	100

(Sumber Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 4.3 Sebagian besar anak yang mengalami diare adalah anak berjenis kelamin laki-laki sebesar 63 responden (55,3%) dibandingkan perempuan.

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi balita yang mengalami diare berdasarkan tempat tinggal di Puskesmas Banguntapan I Bantul

Tempat tinggal	Frekuensi	Persentase (%)
Desa Baturetno	51	44,7

Desa Potorono	36	31,6
Desa Jambidan	27	23,7
Jumlah	114	100

(Sumber Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 4.4 mayoritas bertempat tinggal di Desa Baturetno sebanyak 51 responden (44,7%).

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi balita yang mengalami diare berdasarkan status gizi Puskesmas Banguntapan I Bantul

Status Gizi BB/U	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	89	78,1
Buruk	4	3,5
Kurang	18	15,8
Lebih	3	2,6
Jumlah	114	100

(Sumber Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa status gizi anak ada yang mengalami gizi buruk sebesar 4 responden (3,5%).

Berdasarkan hasil wawancara/ dokumen yang didapatkan 100% balita sudah di berikan imunisasi campak.

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi balita yang mengalami diare berdasarkan respon orang tua membawa anaknya ke Puskesmas di Puskesmas Banguntapan I Bantul

Respon orang tua	Frekuensi	Persentase (%)
1 hari	72	63,16
2 hari	21	18,42
3 hari	21	18,42
Jumlah	114	100

(Sumber Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 4.6 bahwa respon orang tua membawa anaknya ke puskesmas paling banyak pada saat 1 hari mengalami diare sebesar 73 responden (63,16%).

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi balita yang mengalami diare berdasarkan suhu tubuh di Puskesmas Banguntapan I Bantul

Suhu tubuh (°C)	Diare non infeksi	Diare Infeksi	Persentase (%)
36,5-37,2	77	0	67,6
>37,2	24	13	32,4
Jumlah	101	13	100

(Sumber Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 4.7 bahwa semua balita yang mengalami diare infeksi mempunyai suhu yang tinggi sebesar 13 responden (11,4%).

Tabel 4.8 Distribusi frekuensi balita yang mengalami diare berdasarkan klasifikasi diare di Puskesmas Banguntapan I Bantul

Klasifikasi diare	Frekuensi	Persentase (%)
Diare non infeksi	101	88,6
Diare Infeksi	13	11,4
Jumlah	114	100

(Sumber: Data Primer 2015)

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui bahwa dari 114 responden balita yang mengalami diare sebagian besar adalah diare non infeksi sebesar 101 responden (88,6%) .

B. Pembahasan Penelitian

1. Angka kejadian diare berdasarkan usia

Berdasarkan penelitian ini didapatkan bahwa balita yang menderita diare sebagian besar adalah usia 1-3 tahun sebesar 84 responden (73,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariska (2014) yang menunjukkan bahwa jumlah balita diare paling banyak pada kelompok usia 1-3 tahun yaitu 53 responden (50,3%). Penelitian lain yang dilakukan oleh Sinthamurniwaty (2005) terhadap faktor-faktor resiko kejadian diare akut di Semarang menyatakan bahwa kelompok umur yang paling sedikit menderita diare adalah umur 37-60 bulan sebesar (16,67%).

Penelitian ini sesuai dengan temuan yang sudah ada bahwa usia seorang anak juga menjadi penentu terhadap penyakit diare, karena sebagian besar diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan (Jufriie,2011). Ngastiyah (2005) juga menyatakan bahwa pada bayi dan anak berumur 2 tahun sering terjadi diare yang disebabkan oleh faktor parenteral seperti otitis media akut (OMA), tonsillitis/tonsilofaringitis, bronkoneumonia, ensefalitis dan sebagainya. Selain itu, anak usia 1-3 tahun lebih suka bermain diluar rumah tanpa melihat tempat bermain sehingga memiliki resiko lebih tinggi terjadinya diare (Mufidah,2012).

Anak usia 0-5 tahun mempunyai perkembangan psikoseksual yaitu pada tahap oral dan anal. Pada tahap oral usia 0-1 tahun anak lebih suka menghisap, menggigit, serta mengunyah apa saja yang mereka sukai seperti menghisap dan menggigit jari-jarinya tanpa memperhatikan

kebersihan jari yang digigit maupun dihisapnya, sehingga kuman penyebab diare dapat dengan mudah masuk kedalam usus (Nursalam, 2005). Selain itu, pada anak usia 6-11 bulan sudah dikenalkan dengan makanan pendamping ASI. Jika MP ASI tidak di kelola dengan baik maka kejadian diare juga mudah menyerang anak, karena usus anak belum sempurna mencerna MP ASI(Juffrie, 2011).

Pada tahap anal usia (>1-3) tahun terdapat kepuasan yaitu kepuasan pada fase pengeluaran tinja, jika anak tidak diperhatikan bisa saja tinja yang keluar dapat dimainkan sehingga virus dan kuman penyebab diare dapat menularinya melalui jalur oral-fekal, pada usia ini anak juga akan menunjukkan keakuannya dan sikapnya yang sangat narsistik dan kurang pengendalian sehingga orang tua harus selalu memantaunya. Pendapat lain dalam teori Pujiadi (2004) menjelaskan bahwa anak usia 2-5 tahun sudah mulai memiliki kebiasaan membeli makan dan jajanan yang belum tentu terjaga kebersihannya, baik dalam pengolahan maupun penyajiannya sehingga mudah terkontaminasi oleh kuman yang bisa menyebabkan diare. Menurut Suraatmaja (2007)tingginya angka kejadian diare pada balita yang berusia muda, karena daya tahan tubuhnya terhadap infeksi masih rendah terutama penyakit diare. Hal ini di dukung oleh Mufidah (2012), bahwa semakin besar usia seorang anak, maka kemungkinan terkena diare semakin kecil, sebab ia lebih bisa menjaga kesehatan tubuhnya dengan baik.

2. Angka kejadian diare berdasarkan jenis kelamin

Sebagian besar responden yang mengalami diare pada penelitian ini adalah anak dengan jenis kelamin laki-laki sebesar 63 responden (55,3%). Diare banyak dialami oleh laki-laki kemungkinan karena anak laki-laki lebih aktif dibandingkan dengan anak perempuan, sehingga mudah terpapar dengan agen penyebab diare (Suraatmaja, 2007). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Palupi (2009) yang menjelaskan bahwa anak berjenis kelamin laki-laki yang menderita diare lebih banyak dari pada perempuan dengan perbandingan 1,5:1 (dengan proporsi pada anak laki-laki sebesar 60% dan anak perempuan 40%). Selain itu juga sejalan dengan penelitian Santoso (2005) yang menyatakan bahwa resiko kesakitan diare pada balita perempuan sedikit lebih rendah dibandingkan dengan balita laki-laki dengan perbandingan 1:1,2, walaupun hingga saat ini belum diketahui penyebab pastinya.

3. Angka kejadian diare berdasarkan klasifikasinya

Berdasarkan penelitian ini didapatkan hasil kejadian diare pada balita mayoritas mengalami diare non infeksi sebesar 101 responden (88,6%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Prihastika (2012) dengan judul Identifikasi *Salmonella* sp dan *Shigella* spp pada tinja anak dengan diare dengan sampel sebesar 97, hasil yang didapatkan 74 sampel tinja negatif *Salmonella* sp dan *Shigella* sp. Diare non infeksi bisa disebabkan oleh faktor parenteral, faktor malabsorpsi, faktor makanan dan faktor psikologis (Hidayat, 2006). Berikut

ini adalah patofisiologi kejadian diare non infeksi menurut Suraatmaja (2010), pertama faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergerseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare. Kedua, faktor makanan dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makan yang kemudian menyebabkan diare. Ketiga, faktor psikologi dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare.

Kejadian diare juga ada kaitannya dengan tempat tinggal balita. Menurut Aden (2010) dalam teorinya mengatakan bahwa diare lebih sering ditemukan pada lingkungan yang kurang bersih atau pada lingkungan yang penuh sesak, dapat disimpulkan jika tempat tinggal balita kurang bersih dan sesak diare akan semakin tinggi karena sampah yang tidak ditangani dengan baik dapat mencemari lingkungan sekitarnya. Hal tersebut sesuai juga dengan teori Mufidah (2012) yang menyatakan bahwa jika kondisi lingkungan anak tidak sehat serta berakumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat pula, yakni melalui makanan dan minuman, maka timbulnya penyakit diare semakin mudah.

Menurut Suraatmaja (2007) diare juga mempunyai hubungan yang erat dengan status gizi yang buruk, karena penderita malnutrisi sangat peka terhadap infeksi, hal itu disebabkan karena imunitas (daya tahan tubuh) kurang, Selain itu kondisi sanitasi yang buruk dapat menyebabkan diare.

Dalam penelitian ini balita yang mengalami diare infeksi lebih banyak mempunyai suhu diatas 37,2 °C (demam), sesuai dengan temuan Widjaja (2008) diare sering diikuti dengan panas yang tinggi pada bayi dan balita. Hal ini merupakan akibat infeksi yang bertahan agak lama. Perubahan suhu tubuh lebih banyak terjadi pada suatu penyakit seperti demam akibat diare. Pada kasus ini diare infeksi lebih banyak disebabkan karena infeksi bakteri yaitu *Shigella*-bakteri gram negative, nonmotil dan anaerob. (PATOLOGI DEMAM INFEKSI)

Menurut Ngastiyah (2005) kejadian diare dapat diketahui melalui tanda dan gejalanya seperti anak cengeng, demam, nafsu makan berkurang, tinja makin cair, bercampur lendir darah, warna tinja makin lama makin berubah kehijau-hijauan, serta gejala muntah sebelum/sesudah diare.

Respon orang tua terhadap penyakit diare juga sangat menentukan untuk penanganan selanjutnya. Jika diare yang dialami oleh anak tersebut sudah parah hingga kehilangan berat badan yang drastis maka perlu dilakukan rujukan agar mendapatkan therapy dan perawatan yang sesuai. Tetapi, dalam penelitian ini respon orang tua sangat cepat

untuk membawa anaknya ke Puskesmas tanpa menunggu hingga beberapa hari untuk memperoleh penanganan lebih lanjut. Penelitian yang didapatkan bahwa respon orang tua terhadap penyakit diare untuk membawa ke Puskesmas sebagian besar 1 hari sebesar 72 responden (63,16%) sehingga dapat meminimalisir komplikasi lebih lanjut.

Berdasarkan tabel 4.8 balita yang mengalami diare infeksi sebesar 13 responden (11,4%). Dalam penelitian ini kejadian diare infeksi kebanyakan disebabkan karena bakteri *Shigella*, Menurut Wong (2009) bakteri *Shigella* lebih dari sepertiga kasus terkena pada anak-anak yang berusia 1-4 tahun, insidensi puncak terjadi pada musim panas, yang dapat ditularkan secara langsung dari orang yang terinfeksi, dan dapat menulari selama 1-4 minggu. Patofisiologi diare infeksi *Shigella* menurut Soegijanto (2004) agak berbeda dengan patogenesis diare oleh *V. Cholera*, tetapi prinsipnya hampir sama. Bedanya bakteri halus sehingga dapat menyebabkan reaksi sistemik (demam, kram perut dan sebagainya). Penelitian lain yang dilakukan oleh Adyanastri (2012) dengan judul Etiologi dan gambaran klinis diare akut di RSUP Dr Kariadi didapatkan bahwa bakteri diare *Shigella* menempati urutan ketiga setelah *E. Colli Pathogen* dan *V. Cholerae* sebesar 21%. Penelitian lain yang dilakukan oleh Prihatika (2012) didapatkan 15 (15,5%) responden positif *salmonella* sp dan 8 (8,3%) responden positif *shigella* sp.

Menurut Hidayat (2006) diare infeksi dapat masuk melalui proses dengan adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk kedalam saluran

pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa intestinal yang dapat menurunkan daerah permukaan intestinal sehingga terjadinya perubahan kapasitas dari intestinal yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi intestinal dalam absorpsi dan elektrolit. Diare infeksi juga bisa ditegakkan oleh pemeriksaan Laboratorium dengan pemeriksaan kultur bakteri tinja, jika tinja berdarah dan atau ada demam atau ada kecurigaan infeksi (bakteri atau parasit), jika ada riwayat diare/muntah dalam keluarga, anak baru kembali bepergian (Juffrie, 2011).

4. Angka kejadian diare berdasarkan tempat tinggal

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden lebih banyak menderita diare yang bertempat tinggal di Desa Baturetno sebesar 51 responden (44,7%). Hasil wawancara yang didapatkan dari salah satu petugas Puskesmas Banguntapan I Bantul Yekti (2015) bahwa Desa Baturetno mempunyai lingkungan yang kurang bersih karena sampah tidak di kelola dengan baik dan dibuang di sembarang tempat. Berbeda lagi dengan hasil wawancara yang dilakukan oleh salah satu warga Desa Baturetno Bapak Ijan (2015) yang mengatakan bahwa sampah rumah tangga dikelola oleh warga sendiri dengan membayar iuran perbulan sebesar Rp: 20.000. Sampah yang dikelola ini nantinya akan dibuang di pinggir jalan Ring road setelah itu di angkut lagi menuju tempat pembuangan akhir di kecamatan Piyungan.

Warga Desa Baturetno juga jarang untuk mencuci dan buang air besar di sungai karena hampir semua warga mempunyai kakus. Menurut

Ijan (2015) balita yang main diluar rumah sangat banyak dan tanpa pengawasan orang tua, karena orang tua yang sangat sibuk dengan pekerjaannya, untuk masalah air minum Ijan mengatakan bahwa airnya tidak ada masalah, bahkan layak untuk diminum dan dijadikan sebagai keperluan rumah tangga. Berbeda lagi dengan hasil wawancara yang didapatkan dari Rahmat (2015) salah satu warga yang berkerja sebagai tukang fotocopy mengatakan bahwa ia jarang sekali mengonsumsi air yang ada bahkan untuk keperluan minum harus membeli air isi ulang, karena air yang ada kadang berbau bahkan saat berkumur ingin gosok gigi airnya terdapat rasa. Survei yang dilakukan langsung oleh peneliti, bahwa air dalam satu gayung yang diberikan oleh salah satu warga memang kurang memenuhi syarat, karena agak sedikit bau dan warna air kurang jernih.

Pada hakikatnya, ada dua hal yang sangat dominan dalam memicu terjadinya diare, yaitu sarana air bersih dan pembuangan tinja, kedua faktor ini berinteraksi dengan perilaku anak. Sarana air bersih juga menjadi salah satu hal yang sangat memicu terjadinya diare. Menurut Mubarak dan Chayatin (2009) masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air bersih mempunyai resiko menderita diare lebih kecil bila dibandingkan dengan masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih atau air yang berbau, ada rasanya dan berubah warnanya.

Tempat pembuangan tinja juga menjadi faktor penyebab terjadinya diare hasil penelitian yang dilakukan oleh Irianto (2004), anak balita yang

berasal dari keluarga yang menggunakan jamban (kakus) yang dilengkapi dengan tangki septic, pravelensi diare 7,4% terjadi di kota dan 7,2% di desa. Sedangkan keluarga yang menggunakan kakus tanpa tangki septic 12,1% diare terjadi di kota dan 8,9% di desa, kejadian diare tertinggi terdapat pada keluarga yang menggunakan sungai sebagai tempat pembuangan tinja. Dilihat dari penelitian yang dilakukan oleh Irianto (2004) bahwa kejadian diare lebih tinggi di daerah perkotaan jika dibandingkan dengan di desa. Wilayah Desa Baturetno juga terletak di perkotaan, meskipun Desa Baturetno bukan dinamakan dengan kota. Menurut Aden (2010) yang menyatakan bahwa diare lebih sering ditemukan pada lingkungan yang kurang bersih atau pada lingkungan yang penuh sesak. Teori Aden (2010) dikuatkan lagi oleh Mufidah (2012) yang menyatakan bahwa jika kondisi lingkungan anak tidak sehat serta berakumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat pula, yakni melalui makanan dan minuman, maka timbulnya penyakit diare semakin mudah.

5. Angka kejadian diare berdasarkan status gizi

Bedasarkan hasil penelitian didapatkan balita yang mengalami diare mempunyai status gizi buruk sebesar 4 responden (13,5%). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriyani (2005) dan Dewi (2011) bahwa status gizi kurang mempunyai resiko untuk terkena diare dibandingkan dengan balita yang mempunyai status gizi baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Adiasmanto (2007) terhadap

faktor resiko diare di Indonesia didapatkan bahwa status gizi buruk merupakan faktor resiko terjadinya diare. Pendapat lain dikemukakan oleh Ariska (2014) bahwa tidak ada hubungan antara status gizi dengan diare pada usia 1-5 tahun.

Menurut Depkes RI (2007) kurang gizi merupakan penyakit yang tidak menular yang terjadi pada sekelompok masyarakat. Beratnya penyakit, lama dan resiko kematian karena diare akan meningkat pada balita yang mengalami kurang gizi terutama gizi buruk, karena dengan adanya kekurangan gizi pada balita maka akan rentan terhadap penyakit akibat daya tahan tubuhnya yang kurang. Kekurangan gizi, merupakan kegagalan mencapai kandungan gizi yang dibutuhkan (kurangnya asupan makanan), infeksi, serta pola asuh yang tidak baik terutama pola asuh makanan sehingga dapat mengurangi kesehatan fisik dan mental.

Kekurangan gizi secara umum yang ditandai dengan keterlambatan pertumbuhan, berat badan dibawah normal, pertumbuhan yang terhambat, kekurangan mikronutrein, seperti vitamin A, zinc, yodium, dan asam folic. Resiko penyakit yang mengancamnya diantaranya adalah penyakit infeksi terutama diare. Status gizi pada masa balita perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena kekurangan gizi pada masa ini akan mengakibatkan imun tubuh menurun sehingga mudah terkena penyakit (Depkes RI, 2007).

Menurut Nursalam (2005) sewaktu anak menderita diare, sering terjadi penurunan berat badan. Hal ini disebabkan karena, makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare atau muntahnya akan

bertambah hebat, sehingga orang tua hanya memberikan air teh saja, Walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pengenceran dalam waktu yang lama dan makanan diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik.

6. Angka kejadian diare berdasarkan riwayat imunisasi campak

Hasil penelitian didapatkan semua balita (100%) sudah mendapatkan imunisasi campak. Dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Iswari (2011) terhadap analisa faktor resiko kejadian diare pada anak usia dibawah 2 tahun menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara riwayat imunisasi campak dengan kejadian diare.

Penelitian ini tidak sesuai teori karena anak yang sudah diberikan imunisasi seharusnya dapat melawan bakteri dan virus yang akan masuk, termasuk kuman penyebab diare (Depkes RI, 2007). Tetapi, dalam penelitian ini masih saja terjadi, bahkan semua respondennya. Penyebab diare tidak dapat dilihat dari riwayat imunisasi saja tetapi dapat dilihat dari beberapa faktor contohnya karena anak yang tidak mencuci tangan dengan sabun saat ingin makan dan kondisi tangan dan kuku kotor serta kuku yang panjang sehingga kuman penyebab diare dapat masuk, selain itu lingkungan yang kotor, pembuangan tinja yang tidak dikelola merupakan penyebab diare dan status gizi anak.

C. Keterbatasan

Penelitian ini memiliki keterbatasan diluar kemampuan peneliti yang mungkin mengakibatkan belum maksimalnya hasil yang diharapkan keterbatasan dan kendala dalam penelitian ini yaitu dilakukan dengan pengambilan data sekunder sehingga hanya melihat data yang ada di rekam medik, tanpa melihat kondisi pasien secara langsung serta ada data yang kurang lengkap seperti alamat yang kurang jelas dan diagnosa yang tidak ditulis di lembar penilain Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

PERPUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD
YOGYAKARTA