

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Sentolo I adalah Puskesmas dengan rawat inap yang merupakan salah satu dari 21 Puskesmas yang ada di Kabupaten Kulon Progo, Daerah Istimewa Yogyakarta, terletak 17 km di sebelah barat Yogyakarta, tepatnya di Dusun Sentolo Kidul, Desa Sentolo, Kecamatan Sentolo, Kabupaten Kulon Progo, DIY. Puskesmas Sentolo I mempunyai wilayah kerja seluas 27,59 km², yang meliputi 4 Desa binaan. Dari ke 4 desa tersebut dibagi menjadi 43 dusun yaitu Desa Sentolo terdapat 12 dusun, Desa Sukoreno terdapat 13 dusun, Desa Kaliagung terdapat 12 dusun dan Desa Banguncipto terdapat 6 dusun.

Puskesmas Sentolo I mempunyai tiga Puskesmas Pembantu yaitu Puskesmas Pembantu Sukoreno, Puskesmas Pembantu Kaliagung, Puskesmas Pembantu Banguncipto. Puskesmas Sentolo I juga mempunyai tiga Poskesdes yaitu Poskesdes Desa Banguncipto, Poskesdes Desa Kaliagung, dan Poskesdes Desa Sukoreno. Puskesmas Sentolo I merupakan Puskesmas rawat inap yang memiliki 17 tempat tidur terdiri dari 15 tempat tidur yang terdapat di bangsal dewasa/anak dan 2 tempat tidur yang terdapat di bangsal paska bersalin.

Pada tahun ini 2015, jumlah penduduk yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sentolo tercatat sebanyak 25.735 jiwa, terdiri dari 12.747 laki-laki dan 12.988 perempuan, dengan jumlah Kepala Keluarga (KK) sebanyak 8.292 KK.

Puskesmas Sentolo I mempunyai upaya untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui visi puskesmas yakni terwujudnya Puskesmas Sentolo I sebagai Puskesmas yang mampu memberikan pelayanan kesehatan dan menjadi pilihan pertama menuju tercapainya Kecamatan Sentolo Sehat. Program kerja Puskesmas Sentolo I Kulon Progo tahun 2016 yakni terdiri dari upaya promosi, preventif dan kuratif. Upaya promosi yang ada antara lain upaya kesehatan lingkungan (PHBS), upaya kesehatan keluarga dan reproduksi serta KB, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya preventif yakni pemberantasan penyakit menular (P2TB, DBD, Diare dan ISPA), upaya kuratif yakni memberikan pelayanan baik rawat inap maupun rawat jalan yang berbasis kepuasan pasien. Upaya pengembangannya antara lain upaya kesehatan sekolah, upaya kesehatan olahraga, upaya kesehatan gigi dan mulut, upaya kesehatan jiwa, upaya kesehatan usia lanjut dan pelayanan laboratorium. Terdapat pula program surveilans, program ini meliputi beberapa kegiatan yang menyangkut pelayanan imunisasi dan sistem kewaspadaan diri.

Puskesmas Sentolo I Kulon Progo mempunyai program khusus dalam menangani diare yakni penyuluhan kepada masyarakat tentang bahaya penyakit diare, cara mencegahnya dan cara menularnya. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mencegah terjadinya/menularnya diare serta perbaikan sanitasi lingkungan. Program tersebut rutin dilaksanakan setiap bulan sesuai dengan jadwal Posyandu di masing-masing desa. Puskesmas Sentolo merupakan Puskesmas dengan kasus diare tertinggi dari tahun ke tahun. Masalah yang ada adalah kesadaran masyarakat terhadap PHBS

sehingga diare menjadi salah satu penyakit endemik di Kabupaten Kulon Progo. Tahun 2014 sudah terlaksana program pemberantasan diare dengan melaksanakan penyuluhan di Posyandu dan perbaikan sanitasi (PHBS), dengan adanya program tersebut kasus diare di Puskesmas Sentolo mengalami penurunan.

2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diamati dalam penelitian ini berdasarkan usia dan jenis kelamin disajikan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi bayi yang mengalami diare berdasarkan usia dan jenis kelamin di Puskesmas Sentolo I Kulon Progo Yogyakarta

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
0-3 bulan	4	5,6
3-6 bulan	11	15,5
6-9 bulan	28	39,4
9-12 bulan	28	39,4
Jumlah	71	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	42	59,2
Perempuan	29	40,8
Jumlah	71	100

(Sumber: Data Sekunder, 2015)

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa mayoritas bayi yang mengalami diare berusia pada rentang umur 6-9 bulan sebanyak 28 bayi (39,4%), dan rentang umur 9-12 bulan sebanyak 28 bayi (39,4%). Diketahui bahwa dari 71

data rekam medis bayi, bayi yang mengalami diare mayoritas berjenis kelamin laki-laki sebanyak 42 responden (59,2%).

3. Gambaran Kejadian Diare

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi bayi yang mengalami diare berdasarkan ada tidaknya darah dalam feses dan derajat dehidrasi diare di Puskesmas Sentolo I Kulon Progo Yogyakarta

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Darah pada feses		
Ada Darah	3	4,2
Tidak Ada Darah	68	95,8
Jumlah	71	100
Lendir pada feses		
Positif	8	11,3
Negatif	63	88,7
Jumlah	71	100
Konsistensi feses		
Cair	14	19,7
Lembek	57	80,3
Jumlah	71	100
Derajat Dehidrasi		
Diare tanpa dehidrasi	66	93
Diare dehidrasi ringan	3	4,2
Diare dehidrasi berat	2	2,8
Jumlah	71	100

(Sumber: Data Sekunder, 2015)

Deskriptif karakteristik feses diare bayi pada penelitian ini terbagi menjadi tiga kelompok yaitu adanya darah dalam feses, lendir dan konsistensi. Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dari 71 kasus bayi diare mayoritas tidak terdapat darah pada tinja, sebanyak 68 bayi (95,8%), mayoritas tidak ada lendir pada feses 63 bayi (88,7%) dan konsistensi feses mayoritas lembek sebanyak 57 bayi (80,3%). Diketahui bahwa mayoritas bayi mengalami diare tanpa dehidrasi sebanyak 66 bayi (93%).

B. PEMBAHASAN

1. Karakteristik bayi yang mengalami diare

a. Usia

Pada tabel 4.1 dapat dilihat bahwa bayi yang mengalami diare terbanyak terdapat pada kelompok umur 6-9 dan 9-12 bulan yaitu masing-masing berjumlah 28 responden (39,4%). Umur sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang yang dalam studi epidemiologi merupakan variabel yang cukup penting karena cukup banyak penyakit ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur (Noor, 2008). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Noviyanti (2015) & Juffrie (2011) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami diare adalah bayi berumur 6-12 bulan. Kejadian diare terjadi pada kelompok umur 6 sampai 12 bulan, pada saat bayi diberikan makanan pendamping ASI. Hal ini dikarenakan belum terbentuknya kekebalan alami dari anak usia

dibawah satu tahun. Pola ini menggambarkan kombinasi efek penurunan kadar antibodi ibu, kurangnya kekebalan aktif bayi, pengenalan makanan yang terkontaminasi bakteri dari tinja dan kontak langsung dengan tinja manusia atau binatang pada saat bayi mulai dapat merangkak. Pada usia 9-12 bulan bayi sudah dapat memasukkan benda ke dalam mulut (Marmi, 2012). Pada perkembangan psikoseksual menurut Frued dalam Nursalam (2015) usia 6-12 bulan termasuk dalam tahap oral, dimana pada fase ini adalah fase kesenangan, kenikmatan yang dilakukan bayi dengan cara menghisap, menggigit, mengunyah atau bersuara, masalah yang diperoleh pada tahap ini adalah masalah menyapih. Benda-benda yang dimasukkan ke dalam mulut dapat menjadi media infeksi mikroorganisme penyebab diare seperti virus, bakteri, jamur dan parasit (Maryanti, 2007).

b. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 dapat dilihat bahwa kejadian diare sebagian besar dialami oleh bayi yang memiliki jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 42 responden (59,2%). Hal ini sejalan dengan penelitian Palupi (2009), bahwa risiko kesakitan diare pada balita perempuan sedikit lebih rendah dibandingkan balita laki-laki, namun demikian hingga saat ini belum diketahui penyebab pasti bayi laki-laki lebih sering terkena diare dibanding dengan perempuan. Penelitian lain yang sesuai yaitu Wodwossen *et al.*, (2008) yang menyatakan bahwa menurut jenis kelamin kejadian diare pada anak laki-laki lebih banyak

dibandingkan pada perempuan. Penyebab ini tidak dapat dipastikan menjadi penyebab namun, hal ini dapat disebabkan karena anak laki-laki lebih aktif dibandingkan anak perempuan sehingga memungkinkan untuk kontak dengan hal-hal yang terkontaminasi kuman penyebab diare. Penelitian lain yang menguatkan hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Iswari (2012) bahwa mayoritas diare terjadi pada anak laki-laki. Menurut penelitian Palupi A dkk (2009), Wodwossen *et al.*, (2008) dan Iswari (2012) menyebutkan bahwa kejadian diare karena faktor social ekonomi, pengetahuan dan pemahaman orang tua terhadap diare, perilaku mencuci tangan sebelum memberikan makanan pada anak dan sesudah buang air besar, lingkungan yang tidak sehat dan ketersediaan air bersih.

2. Kejadian Diare

a. Karakteristik Feses

1) Darah dalam feses

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa kejadian diare pada bayi sebagian besar tidak terdapat darah pada feses terdapat 68 (95,8%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Maryanti (2007) sebagian besar tidak terdapat darah pada feses sebanyak 96 bayi (100%). Diare berdarah disebabkan oleh amoeba karakteristik tinja biasanya berlendir, berdarah dan berbau amis. Normal tidaknya sistem pencernaan bayi dapat dideteksi dari warna-warna feses. Warna feses merah pada bayi disebabkan adanya tetesan darah yang menyertai (Marmi, 2012).

Tetesan darah berasal dari infeksi bakteri yang merusak dinding usus, infeksi ini dapat menembus selaput lendir usus dan membentuk zat-zat racun (toksin), toksin yang terbentuk dapat menjalar ke organ-organ lain seperti pada aliran darah (Mandal, 2008). Menurut Hidayat (2006) diare disertai darah termasuk dalam diare karena faktor infeksi mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam 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 perubahan kapasitas dari intestinal mengakibatkan gangguan fungsi intestinal dalam *absorbs* dan elektrolit. Diare tidak ada darah termasuk dalam diare akut meskipun tidak terdapat darah pada feses namun jika diare tidak cepat diatasi dapat menyebabkan risiko dehidrasi pada bayi (Marmi, 2012). Penyebab diare paling berbahaya adalah diare yang disebabkan oleh amoeba. Diare disebabkan oleh jenis *E. Histolytica* menyebabkan diare berdarah dan berlendir memburuk secara bertahap dalam 1-3 minggu, nyeri perut seperti kram dan pireksia. Gejalanya bisa beberapa minggu menghilang, bahkan bila tidak diberi terapi apapun. Namun relaps sering terjadi secara ireguler dalam beberapa bulan atau tahun. Amoeba merupakan penyebab parasitik terbesar ketiga pada kematian setelah malaria dan sistosomiasis (Mandal, 2008).

2) Lendir Dalam Feses

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa kejadian diare pada bayi sebagian besar tidak terdapat lendir dalam feses sebanyak 63 bayi (88,7 %). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Maryanti (2007) bahwa sebagian besar tidak terdapat lendir dalam feses bayi. Pada diare yang disebabkan oleh virus biasanya tinja cair dan berbau asam, sedangkan pada diare yang disebabkan oleh amoeba karakteristik tinja biasanya tinja berlendir, berdarah dan berbau amis, sedangkan pada diare yang disebabkan oleh bakteri tinja berlendir dengan frekuensi defekasi lebih sering daripada yang disebabkan oleh amoeba serta berbau busuk. Feses berlendir dapat terjadi akibat gangguan pada enzim atau cairan yang dikeluarkan tubuh untuk melunakkan feses supaya tidak keras, sehingga melukai dinding saluran pencernaan (Mandal, 2008).

3) Konsistensi Feses

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa kejadian diare pada bayi sebagian besar konsistensi feses lembek sebanyak 57 bayi (80,3%). Hasil ini sejalan dengan penelitian Maryanti (2007) bahwa sebagian besar responden memiliki konsistensi feses lembek. Konsistensi tinja lembek dan tidak ada darah dan berlendir kemungkinan pasien tersebut baru terserang diare, sehingga ampas tinjanya masih banyak. Pada diare yang disebabkan oleh protozoa usus oportunistik, konsistensi tinjanya cair. Konsistensi tinja yang lembek tidak khas untuk dapat menentukan

etiologi diare, dapat dilihat lagi apakah ada darah atau lendir. Jika ada darah dan lendir kemungkinan penyebab diarenya adalah amoeba atau bakteri. Konsistensi feses dapat berubah karena adanya sekresi air dan elektrolit sebagai respon terhambat iritasi. Bila suatu segmen usus besar mengalami iritasi hebat, seperti yang terjadi bila infeksi bakteri menghambat selama *enteritis bakterialis*, mukosa kemudian mensekresi air dan elektrolit dalam jumlah besar selain larutan mukus normal yang kental. Zat ini bekerja mengencerkan faktor pengiritasi dan menyebabkan pergerakan feses yang cepat menuju ke anus hasilnya feses menjadi lebih cair (Guyton, 1996).

b. Derajat Dehidrasi Diare

Berdasarkan penelitian tentang derajat dehidrasi diare pada bayi penelitian ini dibedakan menjadi tiga yaitu diare tanpa dehidrasi, diare dehidrasi ringan dan sedang, dan diare dehidrasi berat. Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa kejadian diare pada bayi berdasarkan derajat dehidrasi tertinggi adalah diare tanpa dehidrasi sebanyak 66 responden (93%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Christy (2014) bahwa sebagian besar responden mengalami diare dehidrasi ringan sebanyak 22 responden (73,3 %). Kejadian diare ini disebabkan karena faktor ibu yang bekerja dan kurang pengetahuan menjadi faktor signifikan berhubungan dengan kejadian dehidrasi diare. Penyebab utama kematian diare adalah dehidrasi akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui feses. Sementara penyebab lainnya adalah disentri, kurang gizi, dan infeksi. Pada balita

yang mengalami diare berkepanjangan akan menyebabkan dehidrasi. Dehidrasi akibat diare tergantung pada persentase cairan tubuh yang hilang. Dehidrasi diare yang terjadi dikategorikan menjadi diare tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan/sedang, dan berat (Widoyono, 2011). Diare tanpa dehidrasi termasuk dalam jenis diare akut yaitu diare yang timbul secara mendadak dan berlangsung terus selama beberapa hari, paling lama 3-5 hari, diare jenis ini disebabkan oleh infeksi virus dan bakteri (Marmi, 2012). Dehidrasi juga menyebabkan berbagai risiko lainnya seperti gangguan keseimbangan asam-basa (*metabolic acidosis*) hal ini terjadi karena kehilangan natrium (Na) bikarbonat yang keluar bersama feses, adanya anoksia jaringan, akibat oliguria mengakibatkan timbunan asam laktat, adanya pergeseran ion Na dari cairan ekstraseluler ke dalam cairan intraseluler. Hipoglikemia yaitu kekurangan glukosa darah dapat terjadi pada bayi diare dengan status nutrisi jelek atau menderita kurang kalori protein. Diare dehidrasi juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan gizi, ditandai dengan penurunan berat badan dalam waktu yang cepat. Hal-hal tersebut membuat penyakit diare jika tidak ditangani dengan cepat dapat menyebabkan kematian Haws (2007).

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan diluar kemampuan peneliti yang mungkin mengakibatkan belum maksimalnya hasil yang diharapkan. Adapun keterbatasan dan kendala dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Data yang digunakan merupakan data sekunder sehingga hanya melihat data di rekam medis, tanpa melihat kondisi pasien secara langsung menyebabkan data yang dapat di jadikan bahan penelitian terbatas.
2. Penelitian yang digunakan menggunakan satu variabel (univariat), tidak ada analisis lebih lanjut sehingga tidak dapat melakukan korelasi sebab akibat. Data yang dapat disajikan hanya berbentuk persentase.