

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Daerah Penelitian

Puskesmas Karanggayam II merupakan salah satu dari 26 Puskesmas yang ada di kabupaten Kebumen, Propinsi Jawa Tengah. Puskesmas Karanggayam II terletak di Desa Gebangan, Kecamatan Karanggayam.

Luas Wilayah kerja Puskesmas Karanggayam II $\pm 65,27 \text{ KM}^2$ yang terdiri dari dataran rendah 75% dan dataran tinggi 25%. Pemanfaatan lahan tanah sebagai pekarangan, tegalan, bangunan/ rumah, sawah dan lain sebagainya.

Wilayah kerja Puskesmas Karanggayam terdiri dari 8 Desa yaitu, desa Giritirto terdiri dari 8 dusun, desa Wonotirto terdiri 12 dusun, desa Kalibening terdiri dari 6 dusun, desa Kebakalan terdiri dari 9 dusun, desa Logandu terdiri dari 5 dusun, desa Clapar 8 dusun, desa Pagebangan 7 dusun, desa Karangrejo 9 dusun.

Adapun batas wilaya kerja Puskesmas Karanggayam II, sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Banjarnegara, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Karangsambung, sebelah selatan berbatasan

dengan wilayah puskesmas Karanggayam I dan sebelah barat berbatasan dengan wilayah puskesmas Karanggayam I.

Wilayah kerja Puskesmas Karanggayam II terletak pada ketinggian 54 m dari permukaan laut. Curah hujan rata-rata 2.200-2.500 mm dan keadaan iklimnya antara 24°-36° mm.

2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi tingkat pendidikan, informasi, pekerjaan dan usia ibu balita

a. Karakteristik responden menurut tingkat pendidikan

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi Karakteristik berdasarkan kelompok tingkat pendidikan pada ibu balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupaten Kebumen

Jenis Pendidikan	Frekuensi	Prosentase (%)
Tamat PT	-	-
Tamat SMA	15	25
Tamat SMP	18	30
Tamat SD	27	45
Jumlah	60	100

Sumber: Data Primer, 2011

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan tamat SD yaitu sebanyak 27 responden (45%)

dan paling sedikit berpendidikan tamat SMA sebanyak 15 responden (25%).

b. Karakteristik responden menurut sumber informasi

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi karakteristik berdasarkan sumber informasi pada ibu balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupaten Kebumen

Sumber informasi	Frekuensi	Prosentase (%)
Audio visual	5	8,3
Media Cetak	3	5
Tenaga Kesehatan	42	70
Orang lain	10	16,6
Jumlah	60	100

Sumber : *Data Primer*, 2011

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memperoleh informasi tentang diare dari tenaga kesehatan yaitu 42 responden (70%) dan yang paling sedikit dari media cetak sebanyak 3 responden (5%).

c. Karakteristik responden menurut pekerjaan

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi karakteristik berdasarkan pekerjaan pada ibu balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupaten Kebumen

Jenis Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase (%)
Ibu Rumah Tangga	48	80
Petani	5	8,3
Pedagang	5	8,3
Karyawan	2	3,3
Jumlah	60	100

Sumber : *Data Primer*, 2011

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 48 responden (80%) dan yang paling sedikit karyawan sebanyak 2 responden (3,3%).

d. Karakteristik responden menurut usia

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi karakteristik berdasarkan usia pada ibu balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupaten Kebumen

Usia	Frekuensi	Prosentase (%)
< 20 tahun	-	-
20-30 tahun	36	60
>35 tahun	24	40
Jumlah	60	100

Sumber : *Data primer*, 2011

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 20-30 tahun yaitu sebanyak 36 responden (60%) dan yang paling sedikit berusia > 35 tahun sebanyak 24 responden (40%).

3. Pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare

a. Kategori pengetahuan responden tentang gambaran klinis diare

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi pengetahuan ibu tentang gambaran klinis diare pada balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupaten Kebumen

Pengetahuan Ibu	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	16	26,6
Cukup	40	66,6
Kurang	4	6,6
Jumlah	60	100

Sumber : *Data primer, 2011*

Berdasarkan data tabel 4.5 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup tentang gambaran klinis diare yaitu sebanyak 40 responden (66,6%) dan yang paling sedikit yaitu memiliki pengetahuan kurang sebanyak 4 responden (6,6%).

b. Kategori pengetahuan ibu tentang pencegahan diare

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi pengetahuan ibu tentang pencegahan diare pada balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupaten Kebumen

Pengetahuan ibu	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	23	38,3
Cukup	32	53,3
Kurang	5	8,3
Jumlah	60	100

Sumber : *Data primer, 2011*

Berdasarkan data tabel 4.6 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup tentang pencegahan diare yaitu sebanyak 32 responden (53,3%) dan yang paling sedikit responden memiliki pengetahuan kurang yaitu 5 responden (8,3%).

c. Pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare awal dirumah

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare awal di rumah pada balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupten Kebumen

Pengetahuan ibu	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	52	86,6
Cukup	8	13,3
Kurang	-	-
Jumlah	60	100

Sumber : *Data primer*, 2011

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden yang memiliki pengetahuan baik tentang penatalaksanaan diare awal di rumah yaitu sebanyak 52 responden (86,6%) dan yang paling sedikit responden yang memiliki pengetahuan cukup yaitu sebanyak 8 responden (13,3%)

d. Pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare

Tabel 4.8 Distribusi frekuensi pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare pada balita di Puskesmas Karanggayam II Kabupten Kebumen

Pengetahuan ibu	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	24	40
Cukup	29	48,3
Kurang	7	11,6
Jumlah	60	100

Sumber: *Data Primer*, 2011

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden yang memiliki pengetahuan cukup tentang penatalaksanaan diare yaitu sebanyak 29 responden (48,3%) dan yang paling sedikit responden yang memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 7 responden (11,6%).

B. Pembahasan

Penelitian ini merupakan penelitian Deskriptif dengan pendekatan Survey yang bertujuan untuk mengetahui pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare, penelitian ini dilaksanakan Di Puskesmas Karanggayam II Desa Pagebangan, Kecamatan Karanggayam Kabupaten Kebumen dengan ibu yang memiliki balita.

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang penatalaksanaan diare pada balita sebagian besar cukup sebanyak 29 responden (48,3%). Prinsip perawatan diare menurut Dewi (2010) adalah sebagai berikut: pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumatan), diatetik (pemberian makanan), obat-obatan (Jumlah cairan yang diberikan adalah 100 ml/kgBB/hari sebanyak 1 kali setiap 2 jam, jika diare tanpa dehidrasi. Sebanyak 50% cairan ini diberikan dalam 4 jam pertama dan sisanya adlibitum.), sesuaikan dengan umur anak (< 2 tahun diberikan $\frac{1}{2}$ gelas, 2-6 tahun diberikan 1 gelas, > 6 tahun diberikan 400 cc atau 2 gelas), apabila dehidrasi ringan dan diarenya 4 kali sehari, maka diberikan

cairan 25-100 ml/kg/hari dalam sehari atau setiap 2 jam, oralit diberikan sebanyak ± 100 ml/kgBB setiap 4-6 jam pada kasus dehidrasi ringan sampai berat, beberapa cara untuk membuat cairan rumah tangga (larutan gula garam (LGG): 1 sendok teh gula pasir + $\frac{1}{2}$ sendok teh garam dapur halus + 1 gelas air masak atau air teh hangat, air tajin yaitu 2 liter + 5 g garam), teruskan pemberian ASI karena bisa membantu meningkatkan daya tahan tubuh. Menurut (Widjaja, 2000) Dehidrasi dibagi menjadi tiga macam, yaitu dehidrasi ringan, dehidrasi sedang dan dehidrasi berat. Disebut dehidrasi ringan jika cairan yang hilang 5%. Jika cairan yang hilang lebih dari 10% disebut dehidrasi berat. Pada dehidrasi berat, volume darah berkurang, drnyut nadi dan jantung bertambah cepat tetapi melemah, tekanan darah merendah, penderita lemah, kesadaran menurun dan penderita sangat pucat.

Pendidikan ibu berpengaruh terhadap pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare pada balita. Pendidikan merupakan Menurut Soekanto (2007) bahwa pengetahuan dapat dipengaruhi beberapa faktor diantaranya yaitu tingkat pendidikan, informasi, budaya, pengalaman, usia dan pekerjaan.

Pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan diare pada balita yang cukup disebabkan karena mempunyai kendala dalam mengakses informasi. Ibu balita memperoleh informasi sebagian besar dilihat dari hasil penelitian yaitu 42 responden (40%) dari tenaga kesehatan. Ibu balita dapat memperoleh informasi tentang penatalaksanaan diare melalui media cetak, audio visual, dll. Responden yang mempunyai sumber informasi yang lebih

banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih banyak. Menurut teori Notoatmodjo (2005) bahwa seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas. Informasi dapat diperoleh dari beberapa sumber antara lain TV, radio, koran majalah dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan pengetahuan responden gambaran klinis diare dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup yaitu sebanyak 40 responden (66,6%). Menurut Ngastiyah (2005) diare adalah frekuensi buang air besar yang lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih 3 kali pada anak; konsisten faeces encer, dapat berwarna hijau, atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau hanya lender saja. Sehingga dikatakan diare antara balita dengan orang dewasa itu lain. Penyebab diare terdiri 6 faktor salah satu faktornya yaitu faktor makanan. Hidayat (2006) menjelaskan ini terjadi apabila yang ada tidak mampu untuk diserap dengan baik, sebagian terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare. Menurut Hidayat (2006) proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor diantaranya pertama faktor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk kedalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Jenis diare menurut Dinas Kesehatan Jawa Tengah (2008) terbagi menjadi 2 yaitu diare akut dan diare kronis.

Diare akut sendiri adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari (umumnya kurang dari 7 hari) akibat dari diare akut dapat terjadi dehidrasi yang merupakan penyebab utama kematian. Sedangkan diare kronis adalah diare yang berlangsung lebih dari 14 hari secara terus menerus yang dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan gangguan metabolis. Gejala awal diare menurut Widjaja (2000) adalah sebagai berikut: Bayi atau anak cengeng dan gelisah, suhu badannya pun meninggi, tinja bayi encer, berlendir atau berdarah, warna tinja kehijauan akibat bercampur dengan empedu, lecet pada anus, gangguan gizi karena intake (asupan) makanan yang kurang, muntah sebelum dan sesudah diare, hipoglikemia (penurunan kadar gula dalam darah), dan dehidrasi (kekurangan cairan). Kekurangan cairan atau sering disebut dehidrasi merupakan salah satu dari komplikasi diare, selain komplikasi pada kulit karena berak-berak.

Dari hasil penelitian sudah dapat diketahui bahwa sebagian pekerjaan ibu adalah ibu rumah tangga, sehingga sebagian waktunya dapat memperhatikan anaknya. Ibu lebih mengetahui makanan yang dikonsumsi anaknya, sehingga dapat lebih mengantisipasi terjadinya diare pada anaknya. Selain karena ibu pekerjaannya sebagian besar adalah ibu rumah tangga didukung juga dengan sumber informasi yaitu sebagian besar sumber informasi adalah dari tenaga kesehatan. Soekanto (2002) menjelaskan pengetahuan diperoleh dari informasi, baik secara lisan maupun tertulis dan pengalaman seseorang. Sehingga tenaga kesehatan ikut andil dalam pengetahuan ibu tentang diare pada balitanya, karena kurangnya

pengetahuan ibu tentang diare dapat menyebabkan karena informasi yang kurang atau budaya yang tidak mementingkan pola hidup yang sehat.

Hasil penelitian yang telah dilakukan berdasarkan pengetahuan responden tentang pencegahan diare dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup yaitu sebanyak 32 responden (53,3%). Pencegahan diare menurut Dinkes Jawa Tengah (2008) dapat dicegah yang pertama dengan pemberian ASI eksklusif karena ASI bersifat steril, berbeda dengan sumber susu lain seperti susu formula atau cairan lain yang disiapkan dengan air atau bahan-bahan dapat terkontaminasi dalam botol yang kotor. Yang kedua yaitu memperbaiki pemberian makanan pendamping ASI adalah saat bayi secara bertahap mulai dibiasakan dengan makanan yang dewasa. Pada masa tersebut merupakan masa yang berbahaya bagi bayi sebab perilaku pemberian ASI yang baik meliputi perhatian terhadap kapan, apa, dan bagaimana makanan pendamping ASI diberikan. Ketiga menggunakan air bersih yang cukup karena sebagian besar kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui jalur fecal-oral, kuman-kuman tersebut dapat ditularkan bila masuk kedalam mulut melalui cairan atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya air minum, jari-jari tangan, makanan yang disiapkan dengan air yang dicuci dengan air yang tercemar. Keempat mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyapi makan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare. Kelima menggunakan jamban dengan benar

pengalaman di beberapa Negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan risiko terhadap penyakit diare. Keenam membuang tinja bayi yang benar banyak orang beranggapan bahwa tinja bayi itu tidak berbahaya. Hal ini tidak benar karena tinja bayi dapat pula menularkan pada anak-anak dan orang tuanya. Ketujuh pemberian imunisasi campak anak yang sakit campak sering disertai diare, sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang pencegahan diare pada anaknya sebagian besar yaitu cukup itu dapat dilihat dengan pengetahuan ibu dan sebagian besar ibu berumur 20-35 tahun. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra penglihatan, indra pendengaran, indra penciuman, indra rasa, dan raba. Pengetahuan sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*Overt Behavior*) (Notoatmodjo, 2005). Umur < 20 tahun usia belum matang atau belum dewasa sehingga belum mampu merawat anak dengan baik. Pada usia > 35 tahun ibu sudah mempunyai kebutuhan lebih besar sehingga konsentrasi pada anak kurang maksimal. Oleh karena itu ibu lebih banyak mempunyai pengetahuan tentang pencegahan diare untuk anaknya, karena diusia ibu yang merupakan usia reproduktif sehingga masih banyak rasa ingin tahu untuk menambah pengetahuannya.

Hasil penelitian berdasarkan pengetahuan responden tentang penatalaksanaan diare awal dirumah dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik yaitu 52 responden (86,6%). Prinsip tatalaksana penderita diare menurut Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah (2008) yaitu pertama mencegah terjadinya dehidrasi, salah satu komplikasi diare yang paling sering terjadi adalah dehidrasi, mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti air tajin, kuah sayur, air sup, air teh. Kedua mengobati dehidrasi bila terjadi dehidrasi (terutama pada anak), penderita harus segera dibawa ke petugas kesehatan untuk mendapat pengobatan yang cepat dan tepat yaitu dengan oralit. Ketiga pemberian makanan selama diare bertujuan untuk pemberian gizi pada penderita terutama pada anak tetap dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Keempat pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare. Kelima mengobati masalah lain, bila ditemukan penderita diare disertai dengan penyakit lain, berikan pengobatan sesuai dengan tetap mengutamakan rehidrasi. Keenam pemberian nasehat, berikan nasehat kepada orang tua anak (pengasuh) untuk segera membawa anaknya kepada petugas kesehatan bila anak tidak membaik dalam 3 hari atau menderita (buang air besar cair lebih sering, muntah berulang-ulang, rasa haus yang nyata, makan dan minum sedikit, demam, tinja berdarah, menilai derajat dehidrasi, menilai derajat dehidrasi, pengobatan).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Keterbatasan dalam penelitian ini terletak pada kemampuan penelitian dalam mengumpulkan data disamping pengetahuan, waktu, tenaga, dan pengalaman yang terbatas.
2. Kesulitan mendapatkan responden karena ada beberapa responden saat dilakukan penelitian tidak datang ke Puskesmas.
3. Keterbatasan jumlah sampel karena keterbatasan waktu, biaya dan tenaga. Penelitian ini akan lebih baik jika sampelnya lebih besar sehingga dapat memberikan suatu gambaran yang lengkap.
4. Keterbatasan dalam hal instrumen penelitian, yaitu baru menggunakan kuesioner, hasil akan lebih lengkap apabila disertai dengan wawancara dan observasi langsung pada responden.