



**GAMBARAN KEJADIAN DIARE PADA BALITA DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS WEDUNG II**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat
mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat**

Oleh:

FATKHIYAH

A2A214040

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG**

2016

<http://lib.unimus.ac.id>

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi

Gambaran Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja
Puskesmas Wedung II

Telah disetujui

Tim Pembimbing

Pembimbing I



Mifbakhuddin, S.KM, M.Kes
NIK. 28.6.1026.025
Tanggal 19 September 2016

Pembimbing II



Indri Astuti Purwanti, S.ST, M.kes
NIK. 28.6.1026.180
Tanggal 19 September 2016

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi

Gambaran Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja

Puskesmas Wedung II

Telah disetujui

Penguji

Dr. Ir. Rahayu Astuti, M.Kes

NIK. 28.6.1026.018

Tanggal ..16 september 2016

Pembimbing I

Mifbakhuddin, S.KM, M.Kes

NIK. 28.6.1026.025

Tanggal ..19 september 2016

Pembimbing II

Indri Astuti Purwanti, S.ST, M.Kes

NIK. 28.6.1026.180

Tanggal ..19 september 2016

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Muhammadiyah Semarang

Mifbakhuddin, S.KM, M.Kes

NIK. 28.6.1026.025

Tanggal ..19 september 2016

PERNYATAAN KEASLIAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa skripsi saya susun tanpa tindakan plagiatisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Semarang.

Nama : Qurrota A'yun
NIM : A2A214056
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Prodi/ Jurusan : S1 Kesehatan Masyarakat
Judul : Perilaku Seksual Pranikah Remaja Tunagrahita
(Studi di SLB Negeri Semarang)

Jika dikemudian hari saya melakukan tindakan plagiatisme, saya akan bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dinyatakan oleh Universitas Muhammadiyah Semarang kepada saya.

Semarang, 01 September 2016



Qurrota A'yun

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur kehadirat Allah SWT karena rahmat dan hidayah-Nya penulis diberikan kemudahan dan kelancaran, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Gambaran Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Wedung II”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang.

Dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu-ibu responden di wilayah kerja Puskesmas Wedung II atas kesediaannya memberikan data dan kerjasamanya.
2. Rekan-rekan sejawat di Puskesmas Wedung II atas penerimaan dan bantuannya.
3. Bapak Mifbakhuddin, S.KM., M.Kes selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang sekaligus dosen pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Indri Astuti Purwanti, S.ST., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Ibu Dr.Ir. Rahayu Astuti, M.Kes selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan saran untuk perbaikan skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu dosen beserta staf karyawan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah memberikan bantuan.
7. Suami tercinta, Ahmad Sulbi atas support dan motivasi yang tiada henti.
8. Anak-anakku tersayang, Nazid Laha'Azma dan Nilna Ahsanu Nadia, karena kalianlah skripsi ini bisa selesai.
9. Kedua orang tuaku, Bapak dan Ibu terimakasih atas doanya.

10. Para sahabat penulis, yang telah menemani, membantu dan menyemangati demi kelancaran proses penelitian.
11. Teman-teman seangkatan 2014 FKM UNIMUS, khususnya peminatan KESLING atas motivasi dan semangat kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih jauh dari sempurna. Namun penulis berharap semoga nantinya tulisan ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Semaarang, 16 September 2016



Penulis

GAMBARAN KEJADIAN DIARE PADA BALITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WEDUNG II

Fatkhiyah¹, Mifbakhuddin², Indri Astuti Purwanti³

^{1,2,3} Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang

ABSTRAK

Latar Belakang : Diare sampai saat ini masih menjadi masalah utama di masyarakat yang sulit untuk ditanggulangi. Penyebab utama kematian akibat diare adalah tatalaksana yang tidak tepat baik di rumah maupun di sarana kesehatan. Untuk menurunkan kematian karena diare perlu tatalaksana yang cepat dan tepat. Faktor risiko kejadian diare adalah faktor host, faktor lingkungan, faktor perilaku, dan pelayanan kesehatan. Jumlah balita umur 1-4 tahun yang mengalami diare di wilayah Puskesmas Wedung II pada tahun 2014 sebanyak 116 balita. **Tujuan :** Untuk mengetahui gambaran kejadian diare pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Wedung II. **Metode :** Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *deskriptif kuantitatif*. Subyek penelitian ini adalah semua balita umur 1-4 tahun yang menderita diare pada bulan Januari-Maret 2016 di wilayah kerja Puskesmas Wedung II. **Hasil :** Rata-rata umur balita 27,44. Umur minimum 13 bulan dan umur maksimum 48 bulan dengan simpangan baku 10.314 dan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 balita (56,2%). Perilaku pertolongan pertama ibu tidak tepat sebanyak 29 (90,6%). Penyediaan air bersih kategori tinggi sebanyak 14 (43,8%) dan penyediaan jamban sehat kategori rendah-sedang sebanyak 16 (50,0%). **Kesimpulan:** Kejadian diare pada balita umur 1-4 tahun di wilayah kerja Puskesmas Wedung II disebabkan oleh perilaku pertolongan pertama ibu tidak tepat sebanyak 29 (90,6%) dan penyediaan jamban sehat kategori rendah-sedang sebanyak 16 (50,0%).

Kata kunci: perilaku pertolongan pertama, air bersih, jamban sehat, diare

ABSTRACT

Background : Diarrhea still a major problem in public a difficult to overcome. The main causes mortality diarrhea is procedure inappropriately at home or in Health Facility. To reduce mortality rate of diarrhea must fast and precise management. Risk factor incidence of diarrhea is a host of factors, environmental factors, behavioral factors, and health care services. The amount of toddler aged 1-4 years who had diarrhea in Puskesmas Wedung II in 2014 were 116 toddler. **Objective :** To describe the incidence of diarrhea at underfive children in Puskesmas Wedung II. **Methods :** This research uses *descriptive kuantitatif* with *retrospective approach*. Subjects population research is all underfive children aged 1-4 years had diarrhea from January to March 2016 in Puskesmas Wedung II. **Result :** The mean age of subjects was 27.44, a minimum age 13 months and maximum age 48 months with a standard deviation of 10.314 and male sex were 18 (56.2%). First aid kit maternal behavior not appropriate as much as 29 (90.6%). Provision of clean water a high total of 14 (43.8%) and provision of healthy latrines is low-medium 16 (50.0%). **Conclusion :** The incidence of diarrhea at underfive children aged 1-4 years in Puskesmas Wedung II is caused by first aid kit maternal behaviour not appropriate as much as 29 (90.6%). and low provision of healthy latrines is low-medium 16 (50.0%).

Keywords: first aid kit maternal behaviour , clean water, healthy latrines, diarrhea

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL, BAGAN DAN LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelititan	4
E. Keaslian Penelitian	4
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Diare	6
1. Definisi	6
2. Etiologi	6
3. Cara penularan dan faktor resiko	7
4. Klasifikasi	8

5. Epidemiologi	8
6. Patofisiologi.....	9
7. Manifestasi Klinis.....	10
8. Penatalaksanaan	10
9. Pencegahan	13
B. Pengetahuan	17
1. Pengertian Pengetahuan	17
2. Tingkatan Pengetahuan	18
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan	19
C. Perilaku.....	20
D. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare.....	21
1. Kemiskinan.....	21
2. Kepadatan perumahan.....	22
3. Faktor sanitasi lingkungan.....	22
4. Faktor perilaku.....	27
E. Kerangka Teori.....	30
F. Kerangka Konsep	31
 BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	32
B. Populasi dan Subyek Penelitian	32
1. Populasi	32
2. Sampel	32
3. Sampling	32
C. Definisi Operasional.....	33

D. Cara Pengumpulan Data.....	34
E. Metode Pengelolaan Dan Analisis Data	34
F. Etika Penelitian	37

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	38
1. Gambaran umum penelitian	38
2. Gambaran karakteristik responden penelitian	39
3. Gambaran karakteristik subyek penelitian	40
4. Analisis univariat	40
B. Pembahasan	43
1. Perilaku pertolongan pertama ibu pada diare balita	43
2. Penyediaan air bersih.....	43
3. Penyediaan jamban sehat	44
C. Keterbatasan Penelitian	45

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	46
B. Saran.....	47

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL, BAGAN DAN LAMPIRAN

A. DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian.....	4
Tabel 3.1. Definisi Penelitian.....	36
Tabel 4.1. Distribusi frekuensi berdasarkan umur	40
Tabel 4.2. Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan	40
Tabel 4.3. Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan	40
Tabel 4.4. Distribusi frekuensi berdasarkan umur subyek.....	41
Tabel 4.5. Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin subyek.....	41
Tabel 4.6. Distribusi frekuensi perilaku pertolongan pertama ibu	41
Tabel 4.7. Distribusi frekuensi jawaban perilaku pertolongan pertama ibu.....	42
Tabel 4.8. Distribusi frekuensi penyediaan air bersih	42
Tabel 4.9. Distribusi frekuensi jawaban tentang penyediaan air bersih	42
Tabel 4.10. Distribusi frekuensi penyediaan jamban sehat	43
Tabel 4.11. Distribusi frekuensi jawaban penyediaan jamban sehat	43

B. DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Kerangka Teoritis.....	31
Bagan 2.2. Kerangka Konsep.....	32

C. DAFTAR LAMPIRAN

1. Informed Consent (Persetujuan menjadi responden)	
2. Kuesioner	
3. Hasil Analisis Data SPSS	
4. Surat Izin Penelitian	
5. Surat Balasan Izin Penelitian	
6. Dokumentasi	

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Diare sampai saat ini masih menjadi masalah utama di masyarakat yang sulit untuk ditanggulangi. Dari tahun ke tahun diare tetap menjadi salah satu penyakit yang menyebabkan mortalitas dan malnutrisi pada anak. Menurut data World Health Organization (WHO) pada tahun 2009, diare adalah penyebab kematian kedua pada anak di bawah 5 tahun.⁽¹⁾

Secara global setiap tahunnya ada sekitar 2 miliar kasus diare dengan angka kematian 1.5 juta pertahun. Pada negara berkembang, anak-anak usia di bawah 3 tahun rata-rata mengalami 3 episode diare pertahun. Setiap episodanya diare akan menyebabkan kehilangan nutrisi yang dibutuhkan anak untuk tumbuh, sehingga diare merupakan penyebab utama malnutrisi pada anak.⁽¹⁾

Survei morbiditas yang dilakukan oleh Sub audit Diare, Departemen Kesehatan dari tahun 2000 s/d 2010 terlihat kecenderungan insidens naik. Pada tahun 2000 IR penyakit Diare 301/ 1000 penduduk, tahun 2003 naik menjadi 374/1000 penduduk, tahun 2006 naik menjadi 423/1000 penduduk dan tahun 2010 menjadi 411/1000 penduduk. Jumlah penderita diare di Indonesia tahun 2011 sebanyak 4.182.416 penderita, tahun 2012 sebanyak 2.843.801 penderita, sedangkan tahun 2013 sebanyak 4.128.256 penderita.⁽²⁾ Di Kabupaten Demak pada tahun 2014 berdasarkan laporan Puskesmas sebanyak 28.333 kasus. Kasus diare tebanak terjadi di wilayah Puskesmas Wedung 2 yaitu sebanyak 2.171 dan kasus terendah berada di wilayah kerja Puskesmas Demak 3 sebanyak 503 kasus.⁽³⁾

Salah satu langkah dalam pencapaian target Millenium Development Goals/ MDG's (Goal ke-4) adalah menurunkan kematian anak menjadi 2/3 bagian dari tahun 1990 sampai pada 2015. Berdasarkan Survei Kesehatan

Rumah Tangga (SKRT), Studi Mortalitas dan Riset Kesehatan Dasar dari tahun ke tahun diketahui bahwa diare masih menjadi penyebab utama kematian Balita di Indonesia. Penyebab utama kematian akibat diare adalah tata laksana yang tidak tepat baik di rumah maupun di sarana kesehatan. Untuk menurunkan kematian karena diare perlu tata laksana yang cepat dan tepat.⁽⁴⁾

Beberapa faktor yang diduga merupakan faktor risiko kejadian diare adalah faktor host, faktor lingkungan, faktor perilaku, dan pelayanan kesehatan. Menurut penelitian yang dilakukan tahun 2011 mengenai faktor risiko umur dan kepemilikan jamban di Kabupaten Semarang menunjukkan bahwa umur dan kepemilikan jamban memiliki risiko 3,18 dan 2,208 kali terhadap kejadian diare. Menurut penelitian yang dilakukan tahun 2014 di Kabupaten Sragen, mengenai sumber air minum dan jenis lantai rumah menunjukkan bahwa memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian diare. Penelitian yang dilakukan 2015 di Kabupaten Pekalongan yang berkaitan dengan kebiasaan memasak air sebelum diminum menunjukkan bahwa kebiasaan memasak air minum berisiko 3,365 kali terhadap kejadian diare.⁽²⁰⁾ Faktor ibu berperan sangat penting dalam kejadian diare pada Balita. Ibu adalah sosok yang paling dekat dengan Balita. Jika Balita terserang diare maka tindakan-tindakan yang ibu ambil akan menentukan perjalanan penyakitnya. Tindakan tersebut dipengaruhi berbagai hal, salah satunya adalah pengetahuan. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.^(5, 6)

Menurut studi pendahuluan yang dilakukan, jumlah penduduk wilayah Puskesmas Wedung II tahun 2014 sebanyak 38.232 jiwa terdiri laki-laki 18.512 jiwa dan perempuan 19.274 jiwa, yang termasuk kategori Miskin dan hampir miskin 13354 jiwa dengan klasifikasi laki-laki 7563 jiwa dan perempuan 5791 jiwa. Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Wedung II sebagian besar berpendidikan rendah, tamat SD 29,83% sedangkan yang tidak

atau belum tamat SD sebanyak 23,40%. Sebagian besar penduduk berkerja sebagai petani dan berada di wilayah pemukiman penduduk yang jauh dari fasilitas umum. Pada tahun 2014 jumlah balita umur 1-4 tahun yang mengalami diare sebanyak 116 balita. Pengetahuan ibu mengenai diare meliputi pengertian, penyebab, gejala klinis pencegahan, dan cara penanganan yang tepat dari penyakit diare pada balita berperan penting dalam penurunan angka kematian dan pencegahan kejadian diare serta malnutrisi pada anak.

Dengan keadaan ini penulis tertarik untuk mengetahui gambaran kejadian diare pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Wedung II.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, terdapat masalah atau pertanyaan yaitu bagaimana gambaran kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Wedung II?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran kejadian diare pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Wedung II.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik balita yang menderita diare di wilayah kerja Puskesmas Wedung II
- b. Menggambarkan perilaku pertolongan pertama ibu pada diare balita di wilayah kerja Puskesmas Wedung II.
- c. Menggambarkan penyediaan air bersih di wilayah kerja Puskesmas Wedung II.
- d. Menggambarkan penyediaan jamban sehat di wilayah kerja Puskesmas Wedung II.

D. MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat. Manfaat yang akan diperoleh dari hasil penelitian adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Praktis

- a. Dapat menjadi masukan bagi puskesmas Wedung II untuk evaluasi dalam promosi kesehatan mengenai diare pada masyarakat.
- b. Dapat memacu masyarakat khususnya para ibu untuk lebih meningkatkan pengetahuan mengenai diare agar dapat melakukan tindakan yang benar jika terjadi diare.
- c. Sebagai informasi tambahan untuk instansi dan mahasiswa yang akan melakukan penelitian lainnya.

2. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menyumbang dan menambah ilmu. Dan diharapkan dengan adanya penelitian ini kita dapat lebih mengerti tentang pencegahan diare pada Balita.

E. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian sejenis yang pernah dilakukan adalah :

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti (thn)	Judul	Desain Studi	Variabel Bebas dan Terikat	Hasil
1	Muhziadi, 2012	Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kasus Diare di Puskesmas Ulle Kareng Kota Banda Aceh	Cross Sectional	Variabel Bebas: lingkungan, perilaku, makanan Variabel Terikat: kasus diare	Ada hubungan antara lingkungan, perilaku, dan makanan dengan kasus diare di Puskesmas Ulle Kareng Kota Banda Aceh. ⁽⁷⁾
2	Amin Rahman Hardi, Masni, Rahma, 2012	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare Pada Batita di Wilayah Kerja Puskesmas	case Control	Variabel Bebas: pengetahuan, pemberian ASI Eksklusif, status imunisasi dan sanitasi	Ada hubungan antara pengetahuan, pemberian ASI Eksklusif, status imunisasi dan sanitasi lingkungan

		Baranglombo Kecamatan Ujung Tanah Tahun 2012		lingkungan	dengan kejadian diare pada batita. ⁽⁸⁾
				Variabel Terikat: kejadian diare	
3	Devita Maharani W.S, Maria Anita Yusiana, 2013	Personal Hygiene Ibu yang Kurang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Ruang Anak	Analitik Corelation	Variabel Bebas: Personal Hygiene Ibu yang Kurang	Ada hubungan antara kedua variabel. Personal hygiene ibu yang buruk akan meningkatkan kejadian diare pada balita. ⁽⁹⁾
4	Rizky Panji Pradirga, 2013	Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Bayi Di Kelurahan Pannampu Kecamatan Tallo Kota Makasar	Case Control	Variabel Bebas: Faktor Risiko (tidak tersedia jamban, tidak mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun, dan memberikan MPASI dibawah umur 6 bulan)	Responden yang tidak tersedia jamban dalam rumahnya, tidak mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun dan memberi MP ASI dibawah umur 6 bulan merupakan faktor resiko diare pada bayi di Kelurahan Pannampu. ⁽¹⁰⁾
5	Nurfadila Melina, 2014	Hubungan Sanitasi Lingkungan Dan Personal Higiene Ibu Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas 23 Ilir Kota Palembang Tahun 2014	Cross Sectional	Variabel Bebas: Sanitasi Lingkungan Dan Personal Higiene Ibu	Hasil menunjukkan bahwa tingkat pendidikan, kepemilikan jamban sehat, keadaan tempat sampah, sistem pembuangan air limbah, kebiasaan mencuci tangan, kebiasaan penggunaan botol susu, dan kebiasaan mencuci peralatan makan memiliki hubungan dengan kejadian diare pada balita. ⁽¹¹⁾

Perbedaan dengan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dilihat dari aspek variabel, yaitu variabel hygiene sanitasi lingkungan dan tempat penelitian.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. DIARE

1. Definisi

Diare adalah peningkatan pengeluaran tinja dengan konsistensi lebih lunak atau lebih cair dari biasanya, dan terjadi paling sedikit 3 kali dalam 24 jam. Sementara untuk bayi dan anak-anak, diare didefinisikan sebagai pengeluaran tinja >10 g/kg/24 jam, sedangkan rata-rata pengeluaran tinja normal bayi sebesar 5-10 g/kg/ 24 jam.⁽¹²⁾

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam.⁽¹³⁾

Diare adalah keluarnya tinja air dan elektrolit yang hebat. Pada bayi, volume tinja lebih dari 15 g/kg/24 jam disebut diare. Pada umur 3 tahun, yang volume tinjanya sudah sama dengan orang dewasa, volume >200 g/kg/24 jam disebut diare. Frekuensi dan konsistensi bukan merupakan indikator untuk volume tinja.⁽¹⁴⁾

2. Etiologi

Menurut *World Gastroenterology Organization global guidelines* 2005, etiologi diare akut dibagi atas empat penyebab:

- 1) Bakteri : *Shigella*, *Salmonella*, *E. Coli*, *Gol. Vibrio*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Stafilokokus aureus*, *Campylobacter aeromonas*
- 2) Virus : Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus, Coronavirus, Astrovirus
- 3) Parasit : *Protozoa*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Balantidium coli*, *Trichuris trichiura*, *Cryptosporidium parvum*, *Strongyloides stercoralis*
- 4) Non infeksi : malabsorpsi, keracunan makanan, alergi, gangguan motilitas, imunodefisiensi, kesulitan makan, dll.⁽¹³⁾

3. Cara Penularan dan Faktor Resiko

Cara penularan diare melalui cara faecal-oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar kuman atau kontak langsung tangan penderita atau tidak langsung melalui lalat (melalui 5F = *faeces, flies, food, fluid, finger*). Faktor risiko terjadinya diare adalah:

1) Faktor perilaku

Faktor perilaku antara lain:

- a. Tidak memberikan Air Susu Ibu/ASI (ASI eksklusif), memberikan Makanan Pendamping/MP ASI terlalu dini akan mempercepat bayi kontak terhadap kuman.
- b. Menggunakan botol susu terbukti meningkatkan risiko terkena penyakit diare karena sangat sulit untuk membersihkan botol susu
- c. Tidak menerapkan Kebiasaan Cuci Tangan pakai sabun sebelum memberi ASI/makan, setelah Buang Air Besar (BAB), dan setelah membersihkan BAB anak.
- d. Penyimpanan makanan yang tidak higienis

2. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan antara lain:

- a. Ketersediaan air bersih yang tidak memadai, kurangnya ketersediaan Mandi Cuci Kakus (MCK)
- b. Kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk

Disamping faktor risiko tersebut diatas ada beberapa faktor dari penderita yang dapat meningkatkan kecenderungan untuk diare antara lain: kurang gizi/malnutrisi terutama anak gizi buruk, penyakit imunodefisiensi/ imunosupresi dan penderita campak.⁽¹⁵⁾

4. Klasifikasi

Terdapat beberapa pembagian diare:

1. Berdasarkan lamanya diare:
 - a. Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari.
 - b. Diare kronik, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan kehilangan berat badan atau berat badan tidak bertambah (*failure to thrive*) selama masa diare tersebut.
2. Berdasarkan mekanisme patofisiologik:
 - a. Diare sekresi (*secretory diarrhea*)
 - b. Diare osmotik (*osmotic diarrhea*).⁽¹⁶⁾

5. Epidemiologi

Menurut Depkes RI⁽²⁾, epidemiologi penyakit diare adalah sebagai berikut:

- a) Penyebaran kuman yang menyebabkan diare

Kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui fecal oral antara lain melalui makanan dan minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan tinja penderita.

- b) Faktor penjamu yang meningkatkan kerentanan terhadap diare

Faktor penjamu yang dapat meningkatkan insiden dan beberapa penyakit serta lama diare. Faktor-faktor tersebut tidak memberikan ASI sampai umur 2 tahun, kurang gizi, imunodefisiensi atau immunosupresi dan secara proposional diare lebih banyak terjadi pada golongan balita.

- c) Faktor lingkungan dan perilaku

Penyakit diare merupakan penyakit berbasis lingkungan. Faktor yang paling dominan yaitu sarana air bersih dan pembuangan tinja. Kedua faktor tersebut berinteraksi dengan perilaku manusia, sehingga apabila terdapat lingkungan yang tidak sehat atau tercemar kuman diare dan terakumulasi dengan perilaku yang tidak sehat seperti kurangnya hygiene sanitasi pengolahan makanan, maka akan menimbulkan kejadian diare.

6. Patofisiologi

Diare dapat disebabkan oleh satu bahkan lebih patofisiologi/patomekanisme dibawah ini:

1. Diare sekretorik

Diare tipe ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi air dan elektrolit dari usus, menurunnya absorpsi. Yang khas pada diare ini yaitu secara klinis ditemukan diare dengan volume tinja yang banyak sekali. Diare tipe ini akan tetap berlangsung walaupun dilakukan puasa makan/minum.

2. Diare osmotik

Diare tipe ini disebabkan meningkatnya tekanan osmotik intralumen dari usus halus yang disebabkan oleh obat-obat/zat kimia yang hiperosmotik (antara lain $MgSO_4$, $Mg(OH)_2$), malabsorpsi umum dan defek dalam absorpsi mukosa usus missal pada defisiensi disakaridase, malabsorpsi glukosa/galaktosa

3. Malabsorpsi asam empedu dan lemak

Diare tipe ini didapatkan pada gangguan pembentukan/produksi micelle empedu dan penyakit-penyakit saluran bilier dan hati.

4. Defek sistem pertukaran anion/transport elektrolit aktif di enterosit

Diare tipe ini disebabkan adanya hambatan mekanisme transport aktif $Na^+K^+ATPase$ di enterosit dan absorpsi Na^+ dan air yang abnormal.

5. Motilitas dan waktu transit usus yang abnormal

Diare tipe ini disebabkan hipermotilitas dan iregularitas motilitas usus sehingga menyebabkan absorpsi yang abnormal di usus halus. Penyebabnya antara lain: diabetes mellitus, pasca vagotomi, hipertiroid.

6. Gangguan permeabilitas usus

Diare tipe ini disebabkan permeabilitas usus yang abnormal disebabkan adanya kelainan morfologi membran epitel spesifik pada usus halus.

7. Diare inflamasi

Proses inflamasi di usus halus dan kolon menyebabkan diare pada beberapa keadaan. Akibat kehilangan sel epitel dan kerusakan tight junction, tekanan hidrostatis dalam pembuluh darah dan limfatik

menyebabkan air, elektrolit, mukus, protein dan seringkali sel darah merah dan sel darah putih menumpuk dalam lumen. Biasanya diare akibat inflamasi ini berhubungan dengan tipe diare lain seperti diare osmotik dan diare sekretorik.

8. Diare infeksi

Infeksi oleh bakteri merupakan penyebab tersering dari diare. Dari sudut kelainan usus, diare oleh bakteri dibagi atas non-invasif dan invasif (merusak mukosa). Bakteri non-invasif menyebabkan diare karena toksin yang disekresikan oleh bakteri tersebut.^(12, 13)

7. Manifestasi klinis

Infeksi usus menimbulkan gejala gastrointestinal serta gejala lainnya bila terjadi komplikasi ekstra intestinal termasuk manifestasi neurologik. Gejala gastrointestinal bisa berupa diare, kram perut, dan muntah. Sedangkan manifestasi sistemik bervariasi tergantung pada penyebabnya.

Penderita dengan diare cair mengeluarkan tinja yang mengandung sejumlah ion natrium, klorida, dan bikarbonat. Kehilangan air dan elektrolit ini bertambah bila ada muntah dan kehilangan air juga meningkat bila ada panas. Hal ini dapat menyebabkan dehidrasi, asidosis metabolik, dan hipovolemia. Dehidrasi merupakan keadaan yang paling berbahaya karena dapat menyebabkan hipovolemia, kolaps kardiovaskuler dan kematian bila tidak diobati dengan tepat.

8. Penatalaksanaan

Menurut Kemenkes RI (2011), prinsip penatalaksanaan diare pada balita adalah LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan Diare), yang didukung oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia dengan rekomendasi WHO. Rehidrasi bukan satu-satunya cara untuk mengatasi diare tetapi memperbaiki kondisi usus serta mempercepat penyembuhan/menghentikan diare dan mencegah anak kekurangan gizi akibat diare juga menjadi cara untuk mengobati diare.

Adapun program LINTAS DIARE yaitu:

- a. Rehidrasi menggunakan Oralit osmolalitas rendah
- b. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut

- c. Teruskan pemberian ASI dan Makanan
 - d. Antibiotik Selektif
 - e. Nasihat kepada orang tua/pengasuh
1. Oralit

Untuk mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah tangga dengan memberikan oralit osmolaritas rendah, dan bila tidak tersedia berikan cairan rumah tangga seperti air tajin, kuah sayur, air matang. Oralit saat ini yang beredar di pasaran sudah oralit yang baru dengan osmolaritas yang rendah, yang dapat mengurangi rasa mual dan muntah. Pemberian oralit didasarkan pada derajat dehidrasi.⁽¹⁵⁾

- a. Diare tanpa dehidrasi
 - Umur < 1 tahun : ¼ - ½ gelas setiap kali anak mencret
 - Umur 1 – 4 tahun : ½ - 1 gelas setiap kali anak mencret
 - Umur diatas 5 Tahun : 1 - 1½ gelas setiap kali anak mencret
- b. Diare dengan dehidrasi ringan sedang

Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75 ml/ kg bb dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.
- c. Diare dengan dehidrasi berat

Penderita diare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke Puskesmas untuk di infus.⁽¹⁵⁾

Umur	Jumlah oralit yang diberikan tiap BAB	Jumlah oralit yang disediakan di rumah
< 12 bulan	50-100 ml	400 ml/hari (2 bungkus)
1-4 tahun	100-200 ml	600-800 ml/hari (3-4 bungkus)
> 5 tahun	200-300 ml	800-1000 ml/hari (4-5 bungkus)
Dewasa	300-400 ml	1200-2800 ml/hari

Sumber:^(1, 15)

Untuk anak dibawah umur 2 tahun cairan harus diberikan dengan sendok dengan cara 1 sendok setiap 1 sampai 2 menit. Pemberian dengan botol tidak boleh dilakukan. Anak yang lebih besar dapat minum langsung dari gelas. Bila terjadi muntah hentikan dulu selama 10 menit kemudian mulai

lagi perlahan-lahan misalnya 1 sendok setiap 2-3 menit. Pemberian cairan ini dilanjutkan sampai dengan diare berhenti.⁽¹²⁾

2. Zinc

Zinc merupakan salah satu mikronutrien yang penting dalam tubuh. Zinc dapat menghambat enzim INOS (*Inducible Nitric Oxide Synthase*), dimana ekskresi enzim ini meningkat selama diare dan mengakibatkan *hipersekreasi epitel* usus. Zinc juga berperan dalam epitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan morfologi dan fungsi selama kejadian diare.⁽¹⁵⁾

Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya. Berdasarkan bukti ini semua anak diare harus diberi Zinc segera saat anak mengalami diare.

Dosis pemberian Zinc pada balita:

- a. Umur < 6 bulan : ½ tablet (10 mg) per hari selama 10 hari
- b. Umur > 6 bulan : 1 tablet (20 mg) per hari selama 10 hari.

Zinc tetap diberikan selama 10 hari walaupun diare sudah berhenti. Cara pemberian tablet zinc : Larutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang atau ASI, sesudah larut berikan pada anak diare.⁽¹⁵⁾

3. Pemberian ASI/makanan

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih minum ASI harus lebih sering di beri ASI. Anak yang minum susu formula juga diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapatkan makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna dan diberikan sedikit lebih sedikit dan lebih sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan.⁽¹⁵⁾

4. Pemberian Nasihat

Menurut Kemenkes RI (2011), ibu atau pengasuh yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasehat tentang:

1. Cara memberikan cairan dan obat di rumah
2. Kapan harus membawa kembali balita ke petugas kesehatan bila :
 - a. Diare lebih sering
 - b. Muntah berulang
 - c. Sangat haus
 - d. Makan/minum sedikit
 - e. Timbul demam
 - f. Tinja berdarah
 - g. Tidak membaik dalam 3 hari.⁽¹⁵⁾

9. Pencegahan

Pencegahan diare menurut Pedoman Tatalaksana Diare Depkes RI (2011) adalah sebagai berikut:

1. Pemberian ASI

ASI mempunyai khasiat preventif secara imunologik dengan adanya antibody dan zat-zat lain yang dikandungnya. ASI turut memberikan perlindungan terhadap diare pada bayi yang baru lahir. Pemberian ASI eksklusif mempunyai daya lindung 4 kali lebih besar terhadap diare daripada pemberian ASI yang disertai dengan susu botol. Flora usus pada bayi-bayi yang disusui mencegah tumbuhnya bakteri penyebab diare.⁽¹⁵⁾

Pada bayi yang tidak diberi ASI secara penuh, pada 6 bulan pertama kehidupan resiko terkena diare adalah 30 kali lebih besar. Pemberian susu formula merupakan cara lain dari menyusui. Penggunaan botol untuk susu formula biasanya menyebabkan risiko tinggi terkena diare sehingga bisa mengakibatkan terjadinya gizi buruk.⁽¹⁵⁾

2. Pemberian Makanan Pendamping ASI

Pemberian makanan pendamping ASI adalah saat bayi secara bertahap mulai dibiasakan dengan makanan orang dewasa. Pada masa

tersebut merupakan masa yang berbahaya bagi bayi sebab perilaku pemberian makanan pendamping ASI dapat menyebabkan meningkatnya resiko terjadinya diare ataupun penyakit lain yang menyebabkan kematian.⁽¹⁵⁾

Ada beberapa saran yang dapat meningkatkan cara pemberian makanan pendamping ASI yang lebih baik yaitu :

- a. Memperkenalkan makanan lunak, ketika anak berumur 4-6 bulan tetapi masih meneruskan pemberian ASI. Menambahkan macam makanan sewaktu anak berumur 6 bulan atau lebih. Memberikan makanan lebih sering (4 kali sehari) setelah anak berumur 1 tahun, memberikan semua makanan yang dimasak dengan baik 4-6 kali sehari dan meneruskan pemberian ASI bila mungkin.
 - b. Menambahkan minyak, lemak dan gula ke dalam nasi/bubur dan biji-bijian untuk energi. Menambahkan hasil olahan susu, telur, ikan, daging, kacang-kacangan, buah-buahan dan sayuran berwarna hijau ke dalam makanannya. Mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan dan menyuapi anak, serta menyuapi anak dengan sendok yang bersih
 - c. Memasak atau merebus makanan dengan benar, menyimpan sisa makanan pada tempat yang dingin dan memanaskan dengan benar sebelum diberikan kepada anak.⁽¹⁵⁾
3. Menggunakan air bersih yang cukup

Sebagian besar kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui jalur fecal-oral mereka dapat ditularkan dengan memasukkan kedalam mulut, cairan atau benda yang tercemar dengan tinja misalnya air minum, jari-jari tangan, makanan yang disiapkan dalam panci yang dicuci dengan air tercemar. Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air yang benar-benar bersih mempunyai resiko menderita diare lebih kecil dibandingkan dengan masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih. Masyarakat dapat mengurangi resiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air yang bersih dan melindungi air tersebut dari

kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanan di rumah. Yang harus diperhatikan oleh keluarga adalah:

- a. Air harus diambil dari sumber terbersih yang tersedia.
- b. Sumber air harus dilindungi dengan menjauhkannya dari hewan, membuat lokasi kakus agar jaraknya lebih dari 10 meter dari sumber yang digunakan serta lebih rendah, dan menggali parit aliran di atas sumber untuk menjauhkan air hujan dari sumber.
- c. Air harus dikumpulkan dan disimpan dalam wadah bersih. Dan gunakan gayung bersih bergagang panjang untuk mengambil air.
- d. Air untuk masak dan minum bagi anak harus dididihkan.⁽¹⁵⁾

4. Mencuci Tangan

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makanan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare.

5. Menggunakan Jamban

Pengalaman di beberapa negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan resiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak mempunyai jamban harus membuat jamban, dan keluarga harus buang air besar di jamban.⁽¹⁵⁾

Yang harus diperhatikan oleh keluarga :

- a. Keluarga harus mempunyai jamban yang berfungsi baik dan dapat dipakai oleh seluruh anggota keluarga.
- b. Bersihkan jamban secara teratur.
- c. Bila tidak ada jamban, jangan biarkan anak-anak pergi ke tempat buang air besar sendiri, buang air besar hendaknya jauh dari rumah, jalan setapak dan tempat anak-anak bermain serta lebih kurang 10 meter dari sumber air, hindari buang air besar tanpa alas kaki.

6. Membuang Tinja Bayi yang Benar

Banyak orang beranggapan bahwa tinja anak bayi itu tidak berbahaya. Hal ini tidak benar karena tinja bayi dapat pula menularkan penyakit pada anak-anak dan orangtuanya. Tinja bayi harus dibuang secara bersih dan benar, berikut hal-hal yang harus diperhatikan:

- a. Kumpulkan tinja anak kecil atau bayi secepatnya, bungkus dengan daun atau kertas koran dan kuburkan atau buang di kakus.
- b. Bantu anak untuk membuang air besarnya ke dalam wadah yang bersih dan mudah dibersihkan. Kemudian buang ke dalam kakus dan bilas wadahnya atau anak dapat buang air besar di atas suatu permukaan seperti kertas koran atau daun besar dan buang ke dalam kakus.
- c. Bersihkan anak segera setelah anak buang air besar dan cuci tangannya.

7. Pemberian Imunisasi Campak

Diare sering timbul menyertai campak sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare oleh karena itu beri anak imunisasi campak segera setelah berumur 9 bulan.

Anak harus diimunisasi terhadap campak secepat mungkin setelah usia 9 bulan. Diare dan disentri sering terjadi dan berakibat berat pada anak-anak yang sedang menderita campak dalam 4 minggu terakhir. Hal ini sebagai akibat dari penurunan kekebalan tubuh penderita. Selain imunisasi campak, anak juga harus mendapat imunisasi dasar lainnya seperti imunisasi BCG untuk mencegah penyakit TBC, imunisasi DPT untuk mencegah penyakit diptheri, pertusis dan tetanus, serta imunisasi polio yang berguna dalam pencegahan penyakit polio.

Pencegahan terhadap diare atau pencarian terhadap pengobatan diare pada balita termasuk dalam perilaku kesehatan. Adapun perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta

lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :⁽⁶⁾

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya. Untuk menilai baik atau tidaknya perilaku kesehatan seseorang, dapat dinilai dari domain-domain perilaku. Domain-domain tersebut adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan. Dalam penelitian ini domain sikap tidak dinilai, karena merupakan perilaku tertutup (*covert behavior*). Perilaku tertutup merupakan persepsi seseorang terhadap suatu stimulus, yang mana persepsi ini tidak dapat diamati secara jelas. Sementara tindakan termasuk perilaku terbuka, yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Hal ini dapat secara jelas diamati oleh orang lain.⁽⁶⁾

B. PENGETAHUAN

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang.^(6, 17)

2. Tingkatan pengetahuan

Ada 6 tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yakni :

a) Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari ke f nb vccseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan, dan sebagainya.

b) Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya

c) Menerapkan (*application*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang nyata.

d) Analisa (*analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e) Sintesa (*Synthesis*)

Menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian –bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulas –formulasi yang ada.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek atau materi. Penilaian–penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria–kriteria yang telah ada.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo⁽⁶⁾, pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

3. Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

4. Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku.

5. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.

6. Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.^(6, 17)

C. PERILAKU

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu perilaku (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas. Perilaku dibedakan atas beberapa tingkatan :

1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

2) Respon terpimpin (*Guided Response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3) Mekanisme (*Mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4) Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

Pengetahuan merupakan komponen penting yang menentukan perilaku seseorang. Pengetahuan dapat terjadi setelah orang melakukan pengindraan

terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang.⁽¹⁷⁾

Selain pengetahuan, ada faktor-faktor lain yang menentukan perilaku seseorang. Menurut teori Lawrence Green dalam Notoadmodjo ada 3 faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok. Faktor pertama adalah faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, dan unsur lain dalam individu atau masyarakat. Faktor kedua adalah faktor pendukung (*enabling factor*) antara lain umur, status sosial ekonomi, pendidikan, dan sumber daya manusia. Adapun faktor ketiga adalah pendorong (*reinforcing factor*), yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.⁽¹⁷⁾

D. FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DIARE

1. Kemiskinan

Kemiskinan merupakan tingkat kekurangan materi dibandingkan dengan standar kehidupan yang umum pada sejumlah orang yang berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan. Kemiskinan bukan hanya kekurangan dalam ukuran ekonomi, namun juga dalam ukuran kejiwaan dan budaya.⁽¹⁸⁾

Kemiskinan bertanggung jawab atas penyakit yang ditemukan pada anak. Hal ini dikarenakan kemiskinan mengurangi kapasitas orangtua dalam mendukung perawatan anak yang memadai, cenderung memiliki hygiene yang kurang, miskin diet, dan miskin pendidikan. Sehingga anak yang miskin meningkatkan angka kematian dan kesakitan yang lebih tinggi pada hampir semua penyakit. Penelitian Cahyono I⁽¹⁹⁾, juga menyebutkan bahwa status ekonomi keluarga kurang beresiko 2,02 kali mengalami kejadian diare daripada yang berstatus ekonomi keluarga cukup.

2. Kepadatan perumahan

Keadaan perumahan merupakan faktor yang menentukan keadaan hygiene dan sanitasi lingkungan. Adapun syarat-syarat rumah sehat sebagai berikut:

a. Ventilasi

Fungsi ventilasi adalah untuk menjaga agar aliran udara dalam rumah tetap segar dan untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri, terutama bakteri pathogen. Luas ventilasi kurang lwebih 15-20% dari luas lantai rumah.

b. Cahaya

Rumah yang sehat memerlukan cahaya yang cukup. Kurangnya cahaya yang masuk kedalam ruangan rumah, terutama cahaya matahari disamping kurang nyaman, juga merupakan media atau tempat baik untuk hidup dan berkembangnya bibit penyakit. Penerangan yang cukup baik siang ataupun malam 100-200 lux.

c. Luas bangunan rumah

Luas bangunan yang optimal adalah apabila dapat menyediakan 2,5-3 m² untuk tiap orang. Jika luas bangunan tidak sebanding dengan jumlah penghuni maka dapat menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, sehingga jika salah satu penghuni menderita penyakit infeski maka akan mempermudah penularan kepada anggota keluarga lain.

d. Fasilitas didalam rumah

Rumah yang sehat harus memiliki fasilitas seperti penyediaan air bersih yang cukup, pembuangan tinja, pembuangan sampah, pembuangan air limbah, fasilitas dapur, ruang berkumpul keluarga, gudang, dan kandang ternak. Penelitian Cahyono I, menyebutkan bahwa kepadatan rumah berhubungan dengan kejadian diare.⁽¹⁹⁾

3. Faktor sanitasi lingkungan

Sanitasi lingkungan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk melindungi kesehatan manusia melalui pengendalian, pengolahan, dan pencegahan faktor lingkungan yang mengganggu kesehatan. Kejadian

diare umumnya terjadi pada daerah yang memiliki sanitasi lingkungan yang buruk. Ruang lingkup kesehatan lingkungan tersebut antara lain mencakup.⁽²⁰⁾

a. Sumber air bersih

Air bersih memiliki peranan yang penting dalam kehidupan manusia, karena air diperlukan untuk memenuhi sebagian besar kebutuhan sehari-hari. Kebutuhan air bagi manusia sangat kompleks yaitu untuk minum, mandi, masak, mencuci, dan lain sebagainya. Air bersih digunakan harus memenuhi syarat baik dari segi sarana pengolahan, pemeliharaan dan pengawasan kualitas sumbernya. Berdasarkan kemudahan pengolahan, sumber air bersih dapat berasal dari:⁽²⁰⁾

1. Perusahaan Air Minum (PAM)
2. Air tanah (sumur pompa, sumur bor dan sumur artesis)
3. Air hujan

Sumber air bersih merupakan salah satu sarana sanitasi sangat penting berkaitan dengan kejadian diare. Oleh sebab itu harus selalu tersedia dan memenuhi syarat kesehatan baik secara fisik, kimia dan bakteriologis.

Kriteria sumber air minum antara lain:

1. Mengambil air dari sumber air yang bersih
2. Menyimpan air dalam tempat yang bersih dan tertutup serta menggunakan gayung khusus untuk mengambil air.
3. Memelihara dan menjaga sumber air dari pencemaran baik dari binatang, anak-anak maupun sumber pencemaran lain.
4. Jarak antara sumber air minum dan sumber pencemaran misalnya septictank, air limbah dan tempat pembuangan sampah harus lebih dari 10 meter.
5. Menggunakan air yang direbus
6. Mencuci semua peralatan masak dan makan menggunakan air yang bersih dan cukup.

Hasil penelitian Purwidiana P.W menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sumber air minum dengan kejadian diare pada balita.⁽²¹⁾

b. Tempat pembuangan tinja

Tempat pembuangan tinja merupakan bagian yang penting dari sanitasi. Pembuangan tinja yang tidak sesuai dengan aturan akan memudahkan terjadinya penyebaran penyakit yang penularannya melalui tinja seperti diare.

Syarat pembuangan tinja yang memenuhi aturan kesehatan adalah:⁽²²⁾

1. Tidak mengotori permukaan tanah sekitar
2. Tidak mengotori air permukaan sekitar
3. Tidak mengotori air dalam tanah sekitar
4. Kotoran tidak boleh terbuka supaya tidak dipakai sebagai tempat perkembangbiakan vector seperti tempat lalat bertelur
5. Tidak menimbulkan bau
6. Pembuatannya murah, mudah digunakan dan dipelihara.

Macam-macam tempat pembuangan tinja antara lain:

1. Jamban cemplung (*Pit Latrine*)

Jamban cemplung ini sering dijumpai di daerah perdesaan. Jamban ini dibuat dengan jalan membuat lubang ke dalam tanah dengan diameter 80-120 cm sedalam 2,5 sampai 8 meter. Jamban cemplung tidak boleh terlalu dalam, dikarenakan akan mengotori air tanah dibawahnya. Jarak dari sumber air minum sekurang-kurangnya 15 meter.

2. Jamban leher angsa (*Angsa Latrine*)

Jamban ini berbentuk seperti leher angsa sehingga akan selalu terisi air. Fungsi air agar bau busuk kakus tidak tercium. Bila dipakai tinja akan tertampung sementara dan bila disiram akan masuk ke bagian yang menurun masuk ke penampungan.

3. Jamban air (*Water Latrine*)

Jamban ini terdiri dari bak yang kedap air, diisi air di dalam tanah sebagai pembuangan tinja. Proses pembusukan sama seperti pembusukan tinja dalam air kali.

4. Jamban bor (*Bored Hole Latrine*)

Jamban bor sama dengan jamban cemplung, hanya ukurannya lebih kecil karena pemakaiannya tidak lama. Kerugian bila air permukaan banyak mudah mengotori tanah permukaan (meluap).

5. Jamban keranjang (*Bucket Latrine*)

Tinja ditampung di ember atau bejana lain yang kemudian dibuang di tempat lain, misalnya pada penderita sakit yang tidak bisa meninggalkan tempat tidur. Namun cara ini biasanya akan menarik lalat dan menimbulkan bau.

6. Jamban parit (*Trench Latrine*)

Jamban ini dibuat dengan melubangi tanah sedalam 30-40 cm untuk tempat defecatie. Tanah galian digunakan untuk menimbunnya. Penggunaan jamban ini melanggar standar dasar sanitasi, terutama berhubungan dengan standart pencemaran tanah, pemberantasan lalat dan pencegahan pencapaian tinja oleh hewan.

7. Jamban Empang (*Overhung Latrine*)

Jamban ini semacam rumah-rumahan dibuat diatas kolam, selokan, kali, rawa dan sebagainya. Kerugiannya adalah mencemari air permukaan sehingga bibit penyakit akan tersebar dan menimbulkan wabah.

8. Jamban kimia (*chemical toilet*)

Jamban ini menggunakan tambpungan bejana yang berisi caustic soda sehingga tinja akan hancur sekaligus di desinfeksi. Biasanya digunakan di kendaraan umum misalnya pesawat.

Jamban yang memenuhi syarat kesehatan terdiri dari: konstruksi jamban kuat, rumah dan lantai sebaiknya semen, memiliki resapan (*septic tank*), bangunan jamban ditempatkan pada lokasi yang tidak mengganggu pandangan (*privacy*), tidak menimbulkan bau (leher angsa) disediakan alat pembersih seperti air yang cukup, dibersihkan secara teratur.^(19, 20)

Tempat pembuangan tinja yang tidak memenuhi syarat sanitasi akan meningkatkan resiko terjadinya diare berdarah pada anak balita sebesar 2 kali lipat dibandingkan dengan keluarga yang memenuhi syarat sanitasi.⁽¹⁹⁾ Hasil penelitian Purwidiana menyebutkan bahwa jenis jamban dan kebersihan jamban berhubungan dengan kejadian diare.⁽²¹⁾

c. Lantai rumah

Syarat dari rumah sehat adalah memiliki lantai yang tidak berdebu pada musim kemarau an tidak basah di musim hujan. Lantai yang baik adalah lantai dalam keadaan kering dan tidak lembab. Bahan lantai harus kedap air dan mudah dibersihkan paling tidak diplester dan akan lebih baik jika dilapisi ubin atau keramik yang mudah dibersihkan.⁽²³⁾

d. Tempat pembuangan sampah

Sampah adalah semua zat atau benda yang sudah tidak terpakai baik berasal dari RT/hasil proses produksi. Jenis sampah dibagi atas sampah organik dan anorganik. Sampah organik adalah sampah yang umumnya dapat membusuk, misalnya makanan, daun, buah-buahan. Sedangkan sampah anorganik adalah sampah yang tidak dapat membusuk misalnya logam, besi, dan plastik gelas.

Sampah dapat menjadi sumber penyakit. Karena itu perlu dikelola sehingga tidak mengotori lingkungan, tidak menjadi sarang vaektor, maupun sarang penyakit. Sampah harus ditempatkan pada tempat yang memenuhi syarat. Syarat tempat sampah yang dianjurkan yaitu: kuat, tidak mudah bocor, tertutup, mudah dibuka, mudah dikosongkan, dibersihkan, ukuran tempat sampah harus sedemikian rupa sehingga

mudah untuk diangkat oleh satu orang. Keluarga yang mempunyai tempat sampah khusus akan membuang sampah tersebut sehingga dapat mencegah diare, sedangkan yang tidak mempunyai beresiko 2 kali lipat terkena diare.⁽¹⁹⁾

e. Saluran pembuangan air limbah.

Limbah merupakan sisa air yang dibuang dan berasal dari rumah tangga, industry dan pada umumnya mengandung bahan atau zat yang membahayakan. Limbah yang tidak diolah akan mengganggu kesehatan dan lingkungan hidup. Limbah merupakan media penyebaran penyakit terutama diare, kolera, typhus, tempat berkembang biakan mikroorganisme patogen, vector, menimbulkan bau, merusak estetika dan mencemari air permukaan serta mengurangi produktifitas manusia karena bekerja menjadi tidak nyaman.

Dalam upaya mendukung terwujudnya kualitas lingkungan yang sehat diperlukan sistem pengolahan limbah yang sesuai dengan standar dan memenuhi syarat kesehatan. Oleh sebab itu diperlukan saluran pembuangan air limbah (SPAL). SPAL merupakan sarana yang digunakan untuk membuang air buangan kamar mandi, tempat cucian dapur, dan lain lain bukan dari jamban dan peratusan. SPAL tersebut harus memenuhi syarat kesehatan antara lain jarak minimal 10 meter dari sumber air bersih dan air tanah permukaan, tidak menimbulkan genangan yang mengakibatkan tempat sarang vector, tidak terbuka dan tidak terkena udara luar sehingga tidak menimbulkan bau dan mengganggu lingkungan.⁽²³⁾

4. Faktor perilaku

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sangat menentukan adanya penularan penyakit diare. Untuk melakukan pola hidup bersih dan sehat dilakukan penilaian antara lain: 1) penimbangan balita minimal 8 kali setahun; 2) gizi anggota keluarga harus seimbang; 3) air bersih digunakan untuk keperluan sehari-hari (PAM, sumur, perpipaan); 4) jamban keluarga yang digunakan untuk buang air besar harus memenuhi syarat kesehatan;

5) air yang diminum harus dimasak terlebih dahulu; 6) mandi dengan menggunakan sabun mandi; 7) selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sesudah buang air besar; 8) selalu mencuci peralatan dengan sabun; 9) saluran pembuangan air limbah harus sering dibersihkan.^(20, 24)

Faktor perilaku yang dapat menyebarkan kuman enteric dan meningkatkan resiko terjadinya diare adalah sebagai berikut:

a. Pemberian ASI Eksklusif

ASI dapat memberikan perlindungan terhadap diare. Dengan memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan penuh maka mempunyai daya lindung 4 kali lebih besar terhadap diare daripada pemberian ASI yang disertai susu formula. Bayi yang tidak diberikan ASI Eksklusif akan beresiko lebih besar terkena diare daripada yang diberikan ASI Eksklusif. Menurut penelitian Oliyfta A⁽²⁵⁾, dikatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian diare pada balita. Balita yang tidak diberikan ASI Eksklusif beresiko 5,495 kali terkena diare daripada yang diberikan ASI Eksklusif.^(20, 21)

b. Penggunaan botol susu

Penggunaan botol susu memudahkan pencemaran oleh kuman karena sulit dibersihkan. Penggunaan botol susu formula biasanya menyebabkan resiko tinggi terkena diare, mengakibatkan gizi buruk.⁽²²⁾

c. Umur balita

Semakin muda umur balita semakin besar kemungkinan terkena diare, karena semakin muda umur balita keadaan integritas mukosa usus masih belum baik sehingga daya tahan tubuh masih belum sempurna. Kejadian diare terbanyak pada anak usia 7-24 bulan. Hal ini terjadi karena:

- a. Bayi usia 7 bulan ini mendapat MMP-ASI dimana resiko ikut sertanya kuman pada makanan tambahan adalah tinggi (terutama jika sterilisasinya kurang)

b. Produksi ASI mulai berkurang yang berarti antibody yang masuk bersama dengan ASI juga ikut berkurang.

Setelah usia 24 bulan tubuh anak mulai membentuk sendiri antibody dalam jumlah cukup, sehingga serangan virus berkurang. Hasil penelitian Shintamurniaawaty menyebutkan bahwa umur balita antara 0-24 bulan mempunyai resiko 2,747 kali terkena diare.^(26, 27)

d. Kebiasaan mencuci tangan

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun terutama sebelum makan dan setelah makan, sesudah buang air besar dan sesudah membuang tinja anak mempunyai dampak dengan kejadian diare.^(20, 22)

e. Kebiasaan membuang tinja

Membuang tinja harus dilakukan dengan bersih dan benar. Banyak anggapan bahwa tinja bayi tidaklah berbahaya, padahal sesungguhnya mengandung virus/bakteri dalam jumlah besar. Tinja dapat menularkan penyakit pada anak-anak maupun orangtuanya.^(20, 22)

f. Menggunakan air minum yang tercemar

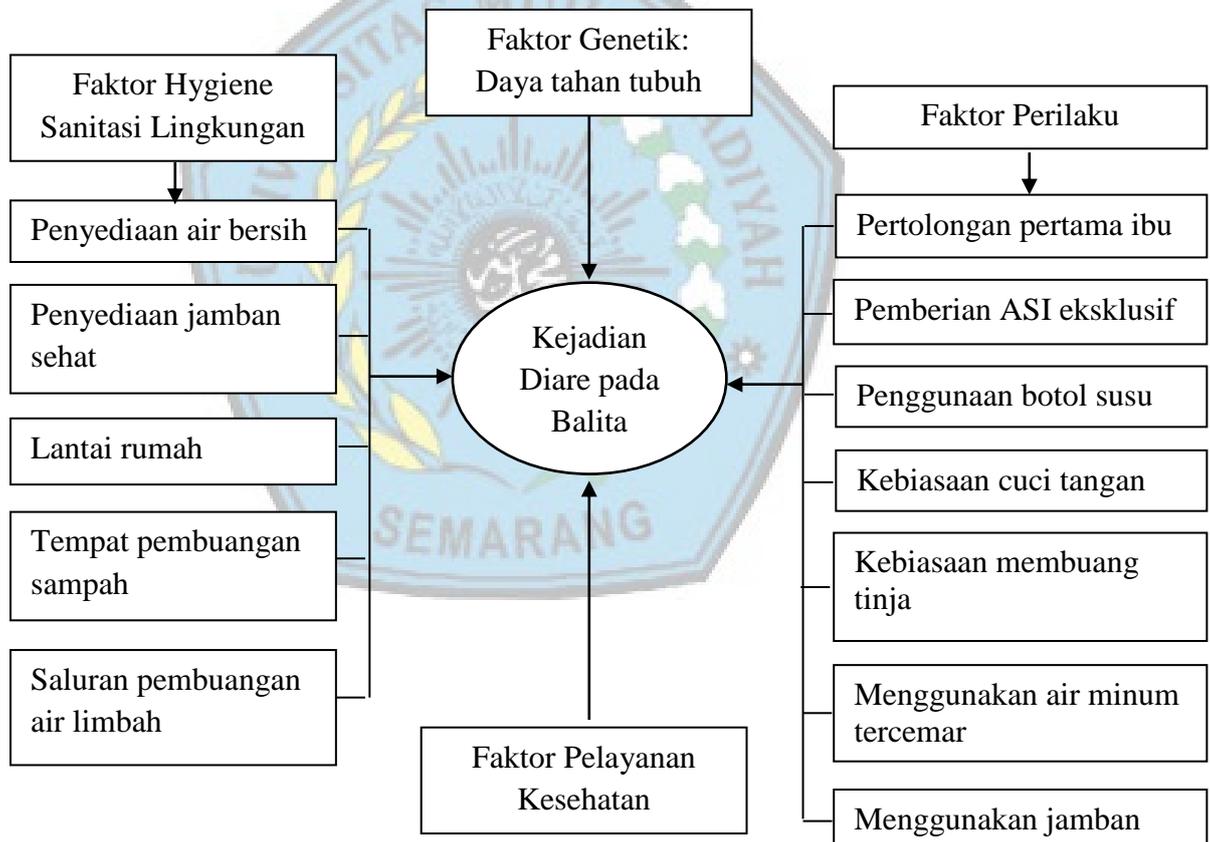
Air mungkin sudah tercemar dari sumbernya atau saat disimpan dirumah. Pencemaran terjadi Karena tempat penyimpanan tidak tertutup atau tangan yang tercemar menyentuh air saat mengambil air. Menggunakan air bersih dan terlindung dari kontaminasi mengurangi resiko diare. Tidak menggunakan sumber air bersih atau menggunakan air minum yang tercemar beresiko 2,208 kali terkena diare.⁽²⁷⁾

g. Menggunakan jamban

Penggunaan jamban mempunyai dampak besar dalam penularan resiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak memiliki jamban keluarga hendaknya membuat jamban. Bila tidak tersedia jamban, pilih tempat untuk membuang tinja anak seperti dalam lubang/kebun dan ditimbun.^(21, 27)

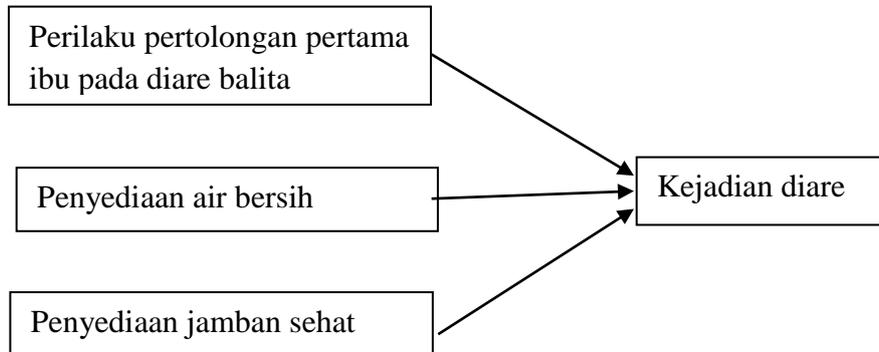
E. KERANGKA TEORI

Kerangka teori pada penelitian ini menggunakan teori H.L.Blum dikarenakan untuk mengetahui gambaran kejadian diare yang dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor yaitu hygiene sanitasi lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetic. Faktor hygiene sanitasi lingkungan meliputi penyediaan air bersih, penyediaan jamban sehat, lantai rumah, tempat pembuangan sampah, dan saluran pembuangan air limbah. Sedangkan faktor perilaku meliputi pertolongan pertama ibu, pemberian ASI eksklusif, penggunaan botol susu, kebiasaan mencuci tangan, kebiasaan membuang tinja, menggunakan air minum tercemar dan menggunakan jamban.



Bagan 2.1 Kerangka Teori (Sumber: (5, 15, 19, 21, 26, 27))

F. KERANGKA KONSEP



Bagan 2.2 Kerangka Konsep



BAB III

METODE PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *deskriptif kuantitatif* yaitu penelitian yang diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat.⁽²⁸⁾

B. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai anak usia 1-4 tahun yang menderita diare pada bulan Januari-Maret 2016 di wilayah kerja puskesmas Wedung II berjumlah 32 responden.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang mewakili populasi yang akan diambil.⁽²⁸⁾ Sampel dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai anak usia 1-4 tahun yang menderita diare pada bulan Januari-Maret 2016 di wilayah kerja puskesmas Wedung II berjumlah 32 responden.

3. Sampling

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian.⁽²⁸⁾ Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi.⁽²⁹⁾ Alasan mengambil total sampling karena jumlah populasi yang kurang dari 100, sehingga seluruh populasi dijadikan sampel penelitian.

Adapun ciri kriteria inklusi dan kriteria eksklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel.⁽²⁹⁾

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah:

1. Ibu yang mempunyai anak usia 1-4 tahun yang menderita diare pada bulan Januari-Maret 2016
2. Anak menderita diare berdasarkan diagnosis dari dokter
3. Ibu bersedia menjadi responden
4. Ibu yang bisa membaca dan menulis.

b) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.⁽²⁸⁾ Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah:

1. Pada saat penelitian ibu tidak di tempat/ berhalangan hadir saat penelitian.

C. DEFINISI OPERASIONAL

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel bebas dan Variabel Terikat penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Skala
1.	Variabel Bebas: Perilaku Pertama Ibu pada Diare Balita	Kemampuan ibu dalam pemberian pertolongan pertama ketika balita mengalami diare sesuai MTBS.	1. Tidak tepat, Jika skor < 3 2. Tepat, Jika skor 3	Nominal
2.	penyediaan Air Bersih	Penyediaan sarana untuk menghasilkan air bersih yang digunakan untuk minum, mandi dan mencuci.	1. Rendah: 0-2 2. Sedang: 3-5 3. Tinggi: 6-8 4. Sangat tinggi: 9-10	Nominal
3.	Penyediaan Jamban Sehat	Kepemilikan tempat untuk membuang tinja	1. Rendah: 0-2 2. Sedang: 3-5 3. Tinggi: 6-8 4. Sangat tinggi: 9-10	Nominal

D. CARA PENGUMPULAN DATA

Merupakan kegiatan peneliti untuk melakukan pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian.¹⁵ Pengumpulan data dilakukan menggunakan instrument berupa ceklist dan kuesioner yang disertai lembar persetujuan penelitian (*Informed Consent*) yang diberikan untuk memperoleh data primer dari responden. Teknik pengambilan data dengan wawancara dan observasi langsung ke lapangan untuk mendapatkan informasi tentang hygiene sanitasi lingkungan. Data sekunder diperoleh dari data Puskesmas Wedung II dan Dinas Kesehatan Kabupaten. Dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Surat ijin dari Program Studi S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat UNIMUS sebagai rekomendasi penelitian
- b. Peneliti mendatangi lokasi penelitian di wilayah Puskesmas Wedung II
- c. Peneliti memberikan penjelasan dan tujuan mengenai penelitian dan penelitian ini bersifat sukarela dan dijaga kerahasiaannya.
- d. Sebelum peneliti membagikan kuesioner, dimana responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden.
- e. Data Responden yang telah terisi secara lengkap, peneliti mengecek kembali kelengkapan kuesioner dan melengkapi kekurangan dengan memberikan penjelasan kembali pada responden yang belum jelas dan dipandu dengan kuesioner oleh peneliti sendiri.

E. METODE PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

1. Metode Pengolahan Data

Data yang diperoleh dilakukan pengolahan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

a. Editing

pengecekan jumlah kuesioner, kelengkapan data, di antaranya kelengkapan identitas, lembar kuesioner dan kelengkapan isian kuesioner, sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi segera oleh peneliti.

b. Skoring

1) Perilaku pertolong pertama ibu

Jumlah item pertanyaan sebanyak 3, masing-masing item jika dijawab benar diberikan skor 1, jika salah diberi skor 0. Jadi skor perilaku pertolongan pertama ibu: 0-3

2) Penyediaan air bersih

Jumlah item pertanyaan sebanyak 10, masing-masing item jika dijawab benar diberikan skor 1, jika salah diberi skor 0. Jadi skor penyediaan air bersih: 0-10

3) Penyediaan jamban sehat

Jumlah item pertanyaan sebanyak 10, masing-masing item jika dijawab benar diberikan skor 1, jika salah diberi skor 0. Jadi skor penyediaan jamban sehat: 0-10

c. Coding

Melakukan pemberian kode berupa angka untuk memudahkan pengolahan data.

1) Perilaku pertolongan pertama ibu

1. Tepat jika skor 3
2. Tidak tepat jika skor 0-2

2) Penyediaan air bersih

1. Rendah jika skor 0-2
2. Sedang jika skor 3-5
3. Tinggi jika skor 6-8
4. Sangat tinggi jika skor 9-10

3) Penyediaan jamban sehat

1. Rendah jika skor 0-2
2. Sedang jika skor 3-5
3. Tinggi jika skor 6-8
4. Sangat tinggi jika skor 9-10

d. Entry

Memasukkan data yang diperoleh dari hasil penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai dengan kriteria. Kegiatan memasukkan data dilakukan menggunakan bantuan komputer.

e. Tabulasi

Mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian ditampilkan secara deskriptif dalam bentuk statistic deskriptif.

Data yang telah terkumpul di analisa dalam bentuk statistik deskriptif. Analisa data dalam penelitian ini meliputi distribusi frekuensi presentase sehingga dapat diketahui frekuensi atau modus (terbanyak) tentang faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita.

Statistik deskriptif merupakan suatu metode yang memaparkan hasil-hasil yang telah dilakukan dalam bentuk statistik yang sederhana sehingga setiap orang dapat lebih mudah mengerti dan mendapatkan gambaran yang jelas mengenai hasil penelitian.

2. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis univariat

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan angka/nilai karakteristik responden, gambaran perilaku pertama ibu pada diare balita, penyediaan air bersih, dan penyediaan jamban sehat.

Dengan perhitungan rumus, penentuan besarnya presentase sebagai berikut:

$$X = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Dengan:

X : hasil presentase

f :frekuensi hasil pencapaian

n : total seluruh observasi

F. ETIKA PENELITIAN

Dalam melakukan penelitian harus mendapatkan ijin dari pendidikan dan Puskesmas Wedung II kemudian mengadakan pendekatan – pendekatan responden dengan menekankan pada :

1) *Informed Consent* (Lembar persetujuan responden)

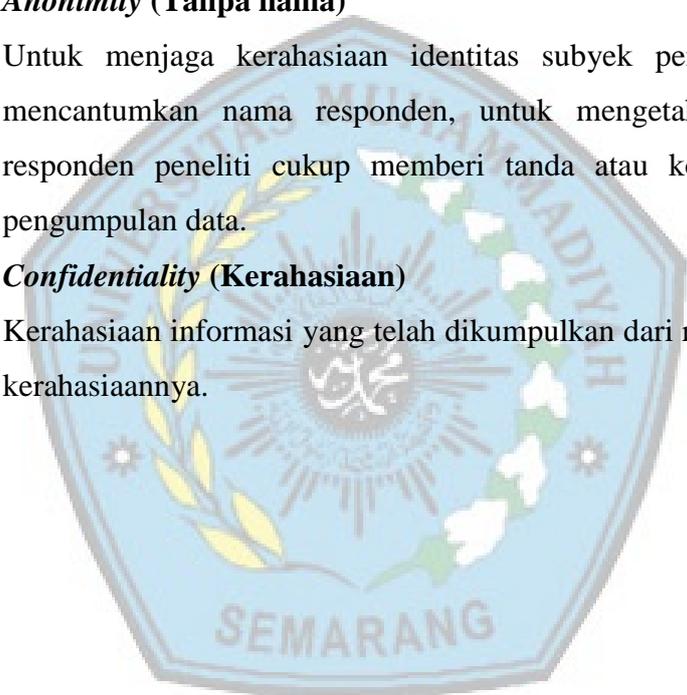
Lembar persetujuan sebagai responden ikut serta pada angket yang diisi oleh responden. Tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti.

2) *Anonimity* (Tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, untuk mengetahui keikutsertaan responden peneliti cukup memberi tanda atau kode pada lembar pengumpulan data.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaannya.



BAB IV

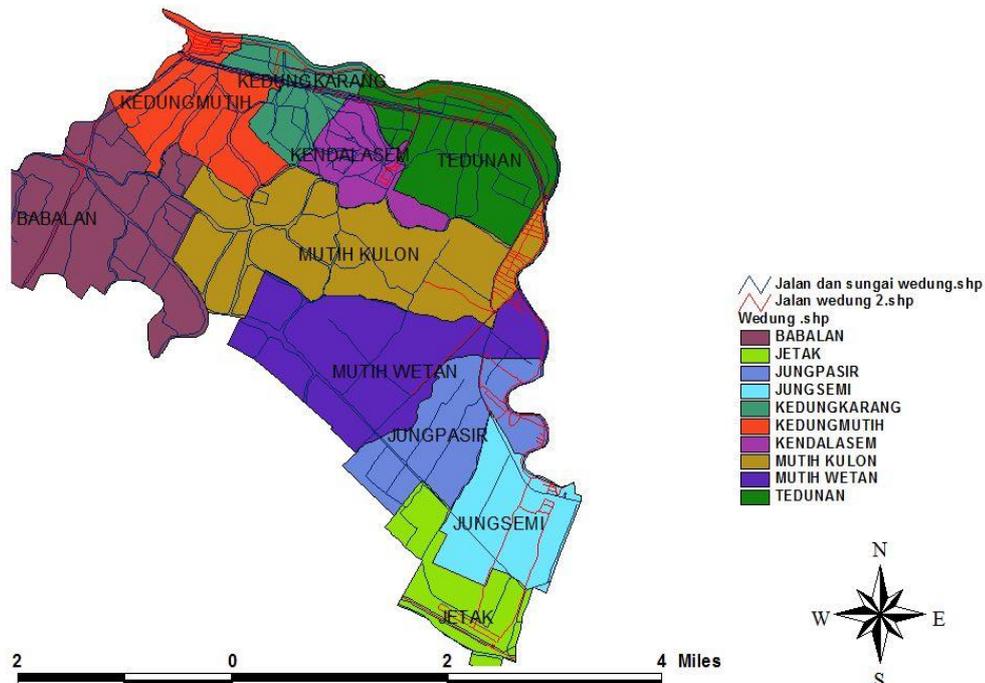
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Wedung II yang berada di wilayah kecamatan Wedung Kabupaten Demak, memiliki jumlah penduduk sebanyak 38.232 jiwa dengan wilayah kerja seluas 2835.755 Km persegi yang berbatasan dengan sebelah utara Kabupaten Jepara, sebelah timur Kecamatan Mijen, sebelah selatan wilayah Puskesmas Wedung I. Wilayah kerja Puskesmas Wedung II terdiri dari 10 desa seperti dalam peta wilayah dibawah ini :

PETA WILAYAH KERJA PKM WEDUNG 2



2. Gambaran Karakteristik Responden Penelitian

Responden penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita usia 1-4 tahun yang menderita diare pada bulan Januari-Maret 2016 di wilayah kerja Puskesmas Wedung II.

a) Deskripsi berdasarkan umur ibu

Tabel 4.1. Deskripsi berdasarkan umur ibu

Variabel	Minimum	Maksimum	Mean	Simpangan Baku
Umur Ibu (Thn)	17	42	32,72	7,532

Rata-rata umur responden dalam penelitian ini adalah $32,72 \pm 7,532$ tahun, umur terendah 17 tahun dan umur tertinggi 42 tahun.

b) Deskripsi berdasarkan pendidikan ibu

Tabel 4.2. Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan ibu

Variabel	Frekuensi	Persen (%)
Tidak sekolah/tidak tamat SD	10	31,2
Tamat SMP	8	25,0
Tamat SMA	10	31,2
Tamat diploma/sarjana	4	12,5
Total	32	100,0

Hasil pengumpulan data distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan dapat diketahui bahwa rata-rata pendidikan responden sama antara SMA dan tidak tamat SD sebanyak 10 responden (31,2%).

c) Deskripsi berdasarkan pekerjaan ibu

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan ibu

Variabel	Frekuensi	Persen (%)
PNS	1	3,1
Wiraswasta (petani, pedagang, nelayan)	18	56,3
tidak bekerja/IRT	12	37,5
Karyawan swasta	1	3,1
Total	32	100,0

Hasil pengumpulan data distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan dapat diketahui bahwa sebagian besar responden bekerja sebagai wiraswasta, petani, pedagang dan nelayan sebanyak 18 responden (56,8%).

3. Gambaran Karakteristik Subyek Penelitian

Subyek penelitian ini adalah balita yang berusia 1-4 tahun yang menderita diare pada bulan Januari-Maret 2016 di wilayah kerja Puskesmas Wedung II.

Tabel 4.4. Deskripsi umur balita

Variabel	Minimum	Maksimum	Rata-Rata	Simpangan Baku
Umur Balita (Bln)	13	48	27,44	10,314

Rata-rata umur balita $27,44 \pm 10,314$ bulan. Umur minimum 13 bulan dan umur maksimum 48 bulan.

Tabel 4.5. Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin balita

Variable	Frekuensi	Persen (%)
Laki-laki	18	56,2
Perempuan	14	43,8
Total	32	100,0

Sebagian besar balita berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 balita (56,2%).

4. Gambaran Perilaku Pertolongan Pertama Ibu, Penyediaan Air Bersih dan Jamban Sehat

Pada analisis univariat ini menyajikan gambaran mengenai faktor penyebab kejadian diare pada balita di wilayah Puskesmas Wedung II.

a) Perilaku pertolongan pertama ibu pada diare balita

Tabel 4.6. Distribusi frekuensi perilaku pertolongan pertama ibu pada balita diare

Variabel	Frekuensi	Persen (%)
Kategori Perilaku Pertolongan Pertama Ibu		
tidak tepat	29	90,6
Tepat	3	9,4
Total	32	100,0

Hasil pengumpulan data distribusi frekuensi dapat diketahui bahwa sebagian besar perilaku pertolongan pertama ibu tidak tepat sebanyak 29 responden (90,6%).

Tabel 4.7. Distribusi frekuensi jawaban responden berdasarkan pertanyaan tentang perilaku pertolongan pertama ibu pada balita diare

Pertanyaan	Ya		Tidak		Total	
	f	%	f	%	f	%
Pemberian makan dan minum pada balita	25	78,1	7	21,9	32	100
Pemberian larutan gula garam	5	15,6	27	84,4	32	100
Waktu membawa ke pelayanan kesehatan < 24 jam	17	53,1	15	46,9	32	100

Sebagian besar responden memberikan makanan dan minuman pada balita sebanyak 25 responden (78,1%), tidak memberikan larutan gula garam pada balita sebanyak 27 responden (84,4%) dan membawa anaknya ke pelayanan kesehatan kurang dari 24 jam sebanyak 17 responden (53,1%).

b) Penyediaan air bersih

Tabel 4.8. Distribusi frekuensi penyediaan air bersih

Variabel	Frekuensi	Persen (%)
Sangat tinggi	5	15,6
Tinggi	14	43,8
Sedang	11	34,4
Rendah	2	6,2
Total	32	100,0

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi dapat diketahui bahwa responden yang menyediakan air bersih dalam kategori tinggi paling banyak (43,8%) daripada kategori lainnya.

Tabel 4.9. Distribusi frekuensi jawaban responden berdasarkan pertanyaan tentang penyediaan air bersih

Pertanyaan	Ya		Tidak		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sumber air beres	19	59,4	13	40,6	32	100
Sumber air berwarna (keruh)	15	46,9	17	53,1	32	100
Jarak septic tank ke sumber air minum > 10 m	14	43,8	18	56,2	32	100

Sebagian besar sumber air responden beres sebanyak 19 responden (59,4%), sumber air responden berwarna keruh sebanyak 15 responden (46,9%), dan jarak septic tank ke sumber air minum responden <10 meter sebanyak 18 responden (56,2%).

c) **Penyediaan jamban sehat**

Tabel 4.10. Distribusi frekuensi penyediaan jamban sehat

Variabel	Frekuensi	Persen (%)
Kategori Penyediaan Jamban Sehat		
sangat tinggi	4	12,5
tinggi	12	37,5
sedang	8	25,0
rendah	8	25,0
Total	32	100,0

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi dapat diketahui bahwa separuh responden yang menyediakan jamban sehat sama dengan yang belum menyediakan jamban sehat.

Tabel 4.11. Distribusi frekuensi jawaban responden berdasarkan pertanyaan tentang penyediaan jamban sehat

Pertanyaan	Ya		Tidak		Total	
	f	%	f	%	F	%
Ketersediaan septic tank di jamban	9	28,1	23	71,9	32	100
Keadaan jamban (bersih)	11	34,4	21	65,6	32	100
Jamban dibersihkan teratur	5	15,6	27	84,4	32	100
Jamban menimbulkan bau	19	59,4	13	40,6	32	100
Lokasi Jamban mengganggu pemandangan	14	43,8	18	56,2	32	100

Sebagian besar jamban responden tidak memiliki septic tank sebanyak 23 responden (71,9%), jamban dalam keadaan kotor sebanyak 21 responden (65,6%), tidak membersihkan jamban secara teratur sebanyak 27 responden (84,4%), jamban responden menimbulkan bau sebanyak 19 responden (59,4%), dan lokasi jamban responden mengganggu pemandangan sebanyak 18 responden (56,2%).

B. PEMBAHASAN

1) Perilaku Pertolongan Pertama Ibu Pada Diare Balita

Berdasarkan distribusi perilaku pertolongan pertama ibu diketahui bahwa sebagian besar perilaku pertolongan pertama ibu pada diare balita tidak tepat sebanyak 29 responden (90,6%). Sebanyak 27 responden (84,4%) tidak memberikan larutan gula garam. Hal ini tidak sesuai dengan prinsip tatalaksana diare pada balita yaitu teruskan pemberian ASI dan makanan, rehidrasi menggunakan oralit osmolalitas rendah dan segera di bawa ke pelayanan kesehatan.⁽¹⁵⁾

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita diare terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta guna mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih minum ASI harus lebih sering diberi ASI, dan anak yang minum susu formula juga berikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapatkan makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna dan diberikan sedikit-sedikit namun sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan.⁽²⁵⁾

2) Penyediaan Air Bersih

Berdasarkan distribusi penyediaan air bersih sebagian besar responden sebanyak 14 responden (43,8%) memiliki tingkat penyediaan air bersih tinggi. Sebanyak 22 responden (68,8%) memiliki sarana air bersih, sebanyak 28 responden (87,5%) sumber air bersih untuk memasak dan keperluan sehari-hari menggunakan air PDAM/sumur gali, sebanyak 21 responden (65,6%) memasak air minum sampai mendidih, sebanyak 24 responden (75%) memiliki tempat penyimpanan air minum tertutup dan bergayung khusus dan sebagian responden sebanyak 16 (50%) membersihkan tempat penampungan air dengan teratur/seminggu sekali. Hal ini sudah sesuai dengan program rumah sehat, sebagian besar kuman infeksi penyebab diare ditularkan melalui jalur mulut, cairan atau benda

yang tercemar dengan tinja misalnya air minum, jari-jari tangan makanan yang disiapkan dalam panci yang dicuci dengan air tercemar.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan jarak antara septic tank ke sumber air minum sebanyak 18 responden (56,2%) berjarak < 10 meter, dan sebanyak 19 sumber air responden (59,4%) air berasa asin dan berwarna keruh. Hal ini disebabkan air yang digunakan tercampur dengan air hujan dan lingkungan rumah yang dekat dengan laut. Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air bersih yang benar-benar bersih mempunyai resiko lebih kecil menderita diare dibandingkan dengan masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih. Masyarakat dapat mengurangi resiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air bersih dan melindungi air bersih tersebut dari kontaminasi yang dimulai dari sumbernya sampai dengan penyimpanan di rumah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Purwidiana yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sumber air minum dengan kejadian diare pada balita.⁽²¹⁾

3) Penyediaan Jamban Sehat

Berdasarkan distribusi penyediaan jamban sehat rata-rata responden sebanyak 16 responden (50%) memiliki tingkat penyediaan jamban sehat kategori rendah dan sedang. Sebanyak 23 responden (71,9%) tidak memiliki septic tank pada jamban, sebanyak 21 responden (65,6%) keadaan jambannya kotor, sebanyak 27 responden (84,4%) tidak membersihkan jamban secara teratur, dan sebanyak 18 responden (56,2%) lokasi jamban mengganggu pemandangan.

Hal ini tidak sesuai dengan program STBM (Sanitasi Terpadu Berbasis Masyarakat) yang telah di jalankan puskesmas. Pengalaman di beberapa Negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan resiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak memiliki jamban harus membuat jamban, dan keluarga harus buang air besar di jamban.⁽¹⁵⁾ Hasil penelitian Purwidiana juga menyebutkan bahwa kebersihan jamban berhubungan dengan kejadian diare.⁽²¹⁾

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan *retrospektif* sehingga besar resiko masing-masing variabel tidak dapat diketahui dengan kuat dan tidak dapat mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Setelah dilakukan penelitian tentang gambaran kejadian diare pada balita di wilayah Kerja Puskesmas Wedung II, dapat disimpulkan bahwa:

1. Subyek penelitian ini adalah balita yang memiliki rata-rata umur $27,44 \pm 10,314$. Umur minimum 13 bulan dan umur maksimum 48 bulan dan sebagian besar balita berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 balita (56,2%).
2. Responden penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita usia 1-4 tahun menderita diare yang memiliki rata-rata umur $32,72 \pm 7,532$, umur minimal 17 tahun dan umur maksimal 42 tahun.. Rata-rata berpendidikan SMA sebanyak 10 responden (31,2%) dan tidak tamat SD sebanyak 10 responden (31,2%). Sedangkan sebagian besar pekerjaan responden adalah ibu rumah tangga/tidak bekerja sebanyak 12 responden (37,5%).
3. Sebagian besar perilaku pertolongan pertama ibu pada diare balita tidak tepat sebanyak 29 responden (90,6%), Sebanyak 27 responden (84,4%) tidak memberikan larutan gula garam.
4. Sebagian besar responden sebanyak 14 responden (43,8%) memiliki tingkat penyediaan air bersih tinggi. Sebagian besar sumber air berasa sebanyak 19 responden (59.4%), sumber air berwarna keruh sebanyak 15 responden (46.9%), dan jarak septic tank ke sumber air minum <10 meter sebanyak 18 responden (56.2%). Hal ini disebabkan air yang digunakan tercampur dengan air hujan dan lingkungan rumah yang dekat dengan laut.
5. Rata-rata responden sebanyak 16 responden (50%) memiliki tingkat penyediaan jamban sehat kategori rendah dan sedang. Sebanyak 23 responden (71,9%) tidak memiliki saptic tank pada jamban, sebanyak 21

responden (65,6%) keadaan jambannya kotor, dan 27 responden (84,4%) tidak membersihkan jamban secara teratur.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan tersebut maka disarankan:

1. Pihak Puskesmas/instansi dapat memberi pendidikan kesehatan tentang pencegahan dan pertolongan diare kepada setiap ibu yang mempunyai balita.
2. Pihak orangtua dan masyarakat lebih memprioritaskan kebersihan sumber air, menggunakan air bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumber air sampai dengan penyimpanan di rumah serta menjaga kebersihan jamban.
3. Kepada pihak kelurahan bekerjasama dengan pihak puskesmas untuk memberi larangan BAB atau membuang tinja di sungai dan sosialisasi untuk membuat septic tank per rumah.
4. Peneliti selanjutnya melakukan penelitian dengan desain studi epidemiologi yang kuat, yaitu analisis bivariat dengan pendekatan case control atau cohort sehingga dapat mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat serta besar resiko masing-masing variabel bebas dapat diukur dengan jelas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes, RI. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.2009.
2. Depkes, RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010. Jakarta.2011.
3. DKK. Buku Profil Kesehatan Kabupaten Demak, 2014.
4. Kemenkes, RI. Situasi Diare di Indonesia. Buletin Jendela, Data dan Informasi Kesehatan.2011.
5. Depkes, RI. Pedoman Tatalaksana Diare 2006. Available from: <http://dinkessulsel.go.id/new/images/pdf/pedoman/pedoman20tatalaksana%20diare.pdf>.
6. Notoadmodjo S. Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar.Cetakan Kedua. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
7. Muhziadi. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kasus Diare di Puskesmas Ulle Kareng Kota Banda Aceh. 2012.
8. Hardi AR, Masni, Rahma. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare Pada Batita di Wilayah Kerja Puskesmas Baranglombo Kecamatan Ujung Tanah Tahun 2012. 2012.
9. Maharani D, W.S, Yusiana MA. Personal Hygiene Ibu yang Kurang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Ruang Anak. 2013.
10. Pradirga RP. Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Bayi Di Kelurahan Pannampu Kecamatan Tallo Kota Makasar. 2013.
11. Melina N. Hubungan Sanitasi Lingkungan Dan Personal Higiene Ibu Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas 23 Ilir Kota Palembang Tahun 2014. 2014.
12. Juffrie M, et al. Buku Ajar Gastroenterologi - Hepatologi Jilid 1. Jakarta: Balai Penerbit IDAI; 2010.
13. Simadibrata M, Daldiyono. Diare Akut. In: Sudoyo, Aru W, et al, ed. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I Edisi VI. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; .2006.
14. Boyle JT. Diare Kronis. In : Behrman, Kliegman & Alvin, Nelson, ed. Ilmu Kesehatan Anak Vol.2 Edisi 15. Jakarta: EGC, 1354-1361; 2000.
15. Kemenkes, RI. Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare pada Balita. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2011.
16. Suraatmaja S. Kapita Selekta Gastroenterologi Anak. Jakarta: Sagung Seto; 2007.
17. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Cetakan Kedua. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
18. Warman, Y. Hubungan Faktor Lingkungan Sosial Ekonomi dan Pengetahuan Ibu dengan Kejadian Diare Akut Pada Balita di Kelurahan Pekan Arba

Kecamatan Tembilah Kabupaten Indragiri Hilir Tahun 2008. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

19. Cahyono, I. Hubungan Faktor Lingkungan dengan Kejadian Diare pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pondok Gede Kota Bekasi. Thesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta 2013.
20. Rahmawati. Faktor-faktor Perilaku Penyebab Diare (skripsi). Universitas Sebelas Maret Surakarta. 2012.
21. Purwidiana, A.W. Hubungan Antara Faktr Lingkungan dan Faktor Sosiodemografi dengan Kejadian Diare Pada Balita di Desa Belimbing Kecamatan Sambirejo Kabupaten Sragen. Skripsi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2012.
22. Yulisa. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare pada Anak Balita (Studi pada Masyarakat Etnis Dayak Kelurahan Kasongan Baru Kecamatan Kintangan Kabupaten Kintangan Kalimantan Tengah) <http://www.fkmundipmhtacid> [diakses pada 6 Januari 2016]. 2011.
23. Green. Guideline for management of acute diarrhea in child journal of gastrointenterology ang hepatology volume XXI. 2009.
24. Armanji. Hubungan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Diare di wilayah kerja Puskesmas Bara-Baraya Makasar Tahun 2010. [Http://ismiuparmanarmanblogspotcom/](http://ismiuparmanarmanblogspotcom/) [diakses 15 januari 2016]. 2011.
25. Olyfta, A. Analisis Kejadian Diare Pada Anak Balita di Kelurahan Tanjungsari Kecamatan Medan Selayang. Thesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Sumatera Utara. Medan. 2011.
26. Soebagy. Diare Akut Pada Anak. Surakarta: UNS Press; 2008.
27. Sinthamurniwaty. Faktor Resiko Kejadian Diare Akut pada Balita (Studi kasus di Kabupaten Semarang). Thesis Program Pasca Sarjana. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Diponegoro. Semarang. 2011.
28. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
29. Aziz, H A. Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika; 2010.



Informed Consent

Persetujuan Menjadi Informan

Assalamu'alaikum wr.wb.

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan, nama saya Fatkhiyah, mahasiswa S1 Peminatan Kesehatan Lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang. Saya bermaksud melakukan penelitian mengenai “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Wedung II”. Penelitian ini dilakukan sebagai tahapan akhir dalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Semarang.

Saya berharap saudara/bapak/ibu bersedia menjadi informan dalam penelitian ini, dimana akan dilakukan wawancara yang terkait dengan penelitian. Semua informasi yang saudara berikan terjamin kerahasiaannya.

Setelah saudara membaca maksud dari kegiatan penelitian diatas, maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini.

Wassalamu'alaikum wr.wb.

Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Nama : _____

Tanda tangan : _____

Terima kasih atas kesediaan saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini.

KUESIONER

No	Pertanyaan	Jawaban
IDENTITAS RESPONDEN (IBU BALITA)		
1.	Nama Ibu	
2.	Umur Ibu	
3.	pendidikan Terakhir	<input type="checkbox"/> Tidak sekolah/tidak tamat SD <input type="checkbox"/> Tamat SMP <input type="checkbox"/> Tamat SMA <input type="checkbox"/> Tamat Diploma/Sarjana
4.	Pekerjaan	<input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> Tidak bekerja/ibu rumah tangga <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan.....
IDENTITAS BALITA		
1.	Nama Balita	
2.	Umur (bulan)	
3.	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4.	Anak balita menderita diare dalam 1 tahun terakhir	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
PERTOLONGAN PERTAMA IBU		Nilai
1.	Ibu tetap memberikan minum dan makan pada balita	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2.	Ibu memberikan larutan gula garam pada balita	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3.	Waktu ibu membawa balita ke pelayanan kesehatan	<input type="checkbox"/> < 24 Jam <input type="checkbox"/> > 24 Jam
PENYEDIAAN AIR BERSIH		
1.	Memiliki sarana air bersih	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2.	Sumber air bersih untuk memasak dan keperluan sehari-hari	<input type="checkbox"/> Air PDAM <input type="checkbox"/> Sumur Gali <input type="checkbox"/> Air Sungai
3.	Sumber air bersih di digunakan oleh keluarga lain	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

4.	Air yang dikonsumsi berwarna	<input type="checkbox"/> Tidak (jernih) <input type="checkbox"/> Ya (agak keruh)	
5.	Air yang dikonsumsi berasa	<input type="checkbox"/> Tidak (tawar) <input type="checkbox"/> Ya	
6.	Air yang dikonsumsi berbau	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
7.	Air minum yang diberikan pada balita dimasak hingga mendidih	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
8.	Jarak antara septic tank dengan sumber air minum	<input type="checkbox"/> ≥ 10 m <input type="checkbox"/> < 10 m	
9.	Tempat penyimpanan air minum bersih, tertutup dan menggunakan gayung khusus untuk mengambil air	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
10.	Membersihkan tempat penampungan air minum sekali seminggu/ teratur	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
PENYEDIAAN JAMBAN SEHAT			
1.	Kepemilikan jamban	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
2.	Jenis jamban yang digunakan	<input type="checkbox"/> Leher angsa <input type="checkbox"/> Cemplung	
3.	Seluruh anggota keluarga menggunakan jamban jika BAB	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
4.	Jamban tersebut memiliki septic tank	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
5.	Tersedia air untuk keperluan jamban	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
6.	Keadaan jamban yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor	
7.	Kondisi jamban yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Tertutup <input type="checkbox"/> Terbuka	
8.	Membersihkan jamban seminggu sekali/ teratur	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
9.	Menimbulkan bau	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
10.	Lokasi bangunan jamban tidak mengganggu pandangan (<i>Privacy</i>)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

LAMPIRAN

1. Umur Ibu (Tahun)

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur Ibu (Thn)	32	17	42	32.72	7.532
Valid N (listwise)	32				

2. Pendidikan

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak sekolah/tidak tamat SD	10	31.2	31.2	31.2
tamat SMP	8	25.0	25.0	56.2
tamat SMA	10	31.2	31.2	87.5
tamat diploma/sarjana	4	12.5	12.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	

3. Pekerjaan

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	1	3.1	3.1	3.1
wiraswasta	4	12.5	12.5	15.6
petani	8	25.0	25.0	40.6
tidak bekerja/IRT	12	37.5	37.5	78.1
karyawan	1	3.1	3.1	81.2
lainnya	6	18.8	18.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	

4. Umur Balita (Bulan)

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur Balita	32	13	48	27.44	10.314
Valid N (listwise)	32				

5. Jenis Kelamin Balita

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	18	56.2	56.2	56.2
perempuan	14	43.8	43.8	100.0

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	18	56.2	56.2	56.2
	perempuan	14	43.8	43.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

6. Diare Balita

Diare

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	32	100.0	100.0	100.0

7. Perilaku Pertolongan Pertama Ibu

1. Pemberian minum dan makan pada balita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	7	21.9	21.9	21.9
	Ya	25	78.1	78.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

2. Pemberian larutan gula garam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	27	84.4	84.4	84.4
	ya	5	15.6	15.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

3. Waktu membawa ke yan-kes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 24 jam	15	46.9	46.9	46.9
	< 24 jam	17	53.1	53.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Skor perilaku pertolongan pertama ibu	32	0	3	1.47	.803
Valid N (listwise)	32				

Kategori perilaku pertolongan pertama ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tepat	29	90.6	90.6	90.6
tepat	3	9.4	9.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

8. Penyediaan Air Bersih**4. Memiliki sarana air bersih**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	10	31.2	31.2	31.2
Ya	22	68.8	68.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	

5. Sumber air bersih untuk masak dan keperluan sehari-hari

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid air sungai	4	12.5	12.5	12.5
air PDAM/sumur gali	28	87.5	87.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	

6. Penggunaan air bersih bersama dengan keluarga lain

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	18	56.2	56.2	56.2
tidak	14	43.8	43.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	

7. Air berwarna

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya (agak keruh)	15	46.9	46.9	46.9
tidak (jernih)	17	53.1	53.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

8. Air berasa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	19	59.4	59.4	59.4
tidak (tawar)	13	40.6	40.6	100.0
Total	32	100.0	100.0	

9. Air berbau

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	12	37.5	37.5	37.5
tidak	20	62.5	62.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	

10. Air minum dimasak sampai mendidih

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	11	34.4	34.4	34.4
ya	21	65.6	65.6	100.0
Total	32	100.0	100.0	

11. Jarak septic tank ke sumber air minum

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 10 m	18	56.2	56.2	56.2
>=10 m	14	43.8	43.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	

12. Tempat penyimpanan air minum tertutup dan bergayung khusus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	8	25.0	25.0	25.0
ya	24	75.0	75.0	100.0
Total	32	100.0	100.0	

13. Penampungan air dibersihkan seminggu sekali/teratur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	16	50.0	50.0	50.0
ya	16	50.0	50.0	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Skor penyediaan bersih	32	1	10	5.91	2.190
Valid N (listwise)	32				

Kategori penyediaan air bersih

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	2	6.2	6.2	6.2
sedang	11	34.4	34.4	40.6
tinggi	14	43.8	43.8	84.4
sangat tinggi	5	15.6	15.6	100.0
Total	32	100.0	100.0	

9. Penyediaan Jamban Sehat**14. Kepemilikan jamban**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	10	31.2	31.2	31.2
ya	22	68.8	68.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	

15. Jenis jamban

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cemplung	13	40.6	40.6	40.6
leher angsa	19	59.4	59.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

16. Sekeluarga menggunakan jamban saat BAB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	6	18.8	18.8	18.8
ya	26	81.2	81.2	100.0
Total	32	100.0	100.0	

17. Ketersediaan septic tank di jamban

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	23	71.9	71.9	71.9
ya	9	28.1	28.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

18. Ketersediaan air untuk keperluan jamban

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	4	12.5	12.5	12.5
Ya	28	87.5	87.5	100.0

17. Ketersediaan septic tank di jamban

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	23	71.9	71.9	71.9
ya	9	28.1	28.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

19. Keadaan jamban

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kotor	21	65.6	65.6	65.6
Bersih	11	34.4	34.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

20. Kondisi jamban

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid terbuka	15	46.9	46.9	46.9
tertutup	17	53.1	53.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

21. Jamban dibersihkan seminggu sekali

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	27	84.4	84.4	84.4
Ya	5	15.6	15.6	100.0
Total	32	100.0	100.0	

22. Menimbulkan bau

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	13	40.6	40.6	40.6
Tidak	19	59.4	59.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

23. Lokasi jamban tidak mengganggu pemandangan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	18	56.2	56.2	56.2
Ya	14	43.8	43.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Skor penyediaan jamban sehat	32	1	10	5.31	2.776
Valid N (listwise)	32				

Kategori penyediaan jamban sehat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	8	25.0	25.0	25.0
sedang	8	25.0	25.0	50.0
tinggi	12	37.5	37.5	87.5
sangat tinggi	4	12.5	12.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	



DOKUMENTASI



