



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN KEJADIAN DIARE PADA BALITA DI PUSKESMAS  
CIMANUK KABUPATEN PANDEGLANG PROVINSI BANTEN**

**TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

**DISUSUN OLEH:**

**BAI MASNIAH**

**1006818904**

**PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

**PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, 5 JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN KEJADIAN DIARE PADA BALITA DI PUSKESMAS  
CIMANUK KABUPATEN PANDEGLANG PROVINSI BANTEN  
TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kesehatan  
masyarakat

DISUSUN OLEH:

**BAI MASNIAH**

**1006818904**

**PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK 5 JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Bai Masniah**

**NPM : 1006818904**

**Tanggal : 5 Juli 2012**

**Tandatangan :** 

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Bai Masniah  
NPM : 1006818904  
Program studi : SI Ekstensi Kesehatan Masyarakat  
Judul Skripsi : Gambaran Kejadian Diare Pada Balita Di Puskesmas  
Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten  
Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada program studi SI Ekstensi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Sri Tjahyani Budi Utami, M. Kes. (.....)  
Penguji : Prof. Dr. I Made Djaja, dr. SKM. M.Sc (.....)  
Penguji : Rina F. Bahar, SKM. M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok  
Tanggal : 5 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Bai Masniah

NPM : 1006818904

Mahasiswa Program : Sarjana Ekstensi Kesehatan Masyarakat

Tahun akademik : 2010/2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**Gambaran Kejadian Diare Pada Balita Di puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten Tahun 2012.**

Apabila disuatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya bersedia menerima sangksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 5 juli 2012



(Bai Masniah)

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Bai Masniah  
Alamat : Kp Kandang Sapi RT : 02, RW : 02 Desa Pasir Eurih  
Kecamatan Cisata Kabupaten Pandeglang Banten  
No. Telepon : 081389560539  
Tempat taggal lahir : Pandeglang, 25 April 1979  
Agama : Islam  
Pendidikan :

1. SD PasirEurih II 1992
2. MTS Mathlaul Anwar Pusat Menes 1995
3. SMUN I Pandeglang 1998
4. Akademi Kebidanan Depkes RAngkasbitung 2001
5. Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok 2012

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayahNya yang tak terhingga yang telah diberikan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Kejadian Diare pada balita Di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten Tahun 2012”** dapat terselesaikan.

Skripsi ini dibuat dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Dalam proses pembuatannya penulis sangat banyak memperoleh bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, oleh Karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Pimpinan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia atas nama Dekan FKM UI, Pembantu Dekan Bidang Akademik Bapak Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH, atas izin penelitian yang diberikan
2. Ketua Peminatan Kebidanan komunitas, Bapak Dr., Drs., Tri Kriantoro, M.Kes., atas semua bimbingan dan arahnya.
3. Drg. Sri Tjahyani Budi Utami, M. Kes., selaku pembimbing akademik yang senantiasa sabar dalam memberikan bimbingan, menyediakan waktu, tenaga dan pikiran dalam membantu proses tersusunnya skripsi ini.
4. H. Drs. Iskandar. MM., selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang yang telah memberi ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang.
5. Dr. Kartirini, selaku kepala Puskesmas Cimanuk yang sudah memberikan arahan, petunjuk dan memfasilitasi penulis dalam melakukan penelitian di Puskesmas Cimanuk.
6. Muslim SKM, selaku pembimbing lapangan, beserta seluruh Staf yang telah bersedia membimbing dan memberikan kemudahan dalam proses penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Cimanuk.

7. Ibundaku Hj Sukmaningsih serta semua kakak dan adiku tercinta, yang senantiasa memberikan doa dan dukungan moril, sehingga penyusunan skripsi ini dapat berjalan lancar.
8. Teman-teman Peminatan Kebidanan Komunitas, terutama teman satu bimbingan Dermalasari Aceh yang selalu cerewet dalam memberikan dukungan, bantuan bahkan semangat, Dwi Prihatin Kalimantan, Anance Kotouki Papua, dan Aprilia Yogyakarta yang telah bersama-sama saling bertukar pikiran, saling dukung satu sama lain dalam penyusunan skripsi ini.
9. Prof. Dr. I Made Djaja, dr. SKM. M.Sc, selaku Penguji yang telah banyak memberikan saran dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Rina F. Bahar, SKM. M.Kes., sebagai penguji skripsi yang sudah banyak memberikan masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan bantuan dan sumbang saran dalam proses penyusunan skripsi ini.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan dan masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan maupun dari segi materi yang dituangkan. Oleh karena itu penyusun sangat mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan skripsi ini di masa yang akan datang.

Akhirnya, saya penyusun berharap semoga Allah SWT, berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu, Semoga skripsi ini dapat membawa manfaat dan bisa menjadi bekal penyusun untuk terjun di dunia kerja dalam pengabdian di masyarakat.

Depok, 5Juli 2012

BaiMasniah

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Bai Masniah  
NPM : 1006818904  
Program studi : Sarjana Ekstensi Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia  
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalty Non eksklusif (*Non Eksklusif Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Gambaran Kejadian Diare Pada Balita Di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten Tahun 2012.**

Dengan hak bebas royalti non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 5 Juli 2012

Yang menyatakan



(Bai Masniah)

## ABSTRAK

Nama : Bai Masniah  
Program studi : Sarjana Ekstensi Kesehatan Masyarakat  
Judul : Gambaran Kejadian Diare pada Balita Di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten Tahun 2012

Diare merupakan salah satu penyebab angka kematian dan kesakitan pada anak, terutama pada anak berumur kurang dari 5 tahun. Proporsi diare sebagai penyebab kematian pada anak balita (25,2%) (hasil Risesdas 2007). Di Kabupaten Pandeglang penyakit diare lebih banyak terjadi pada golongan balita yaitu (51%) sebagian besar karena perilaku ibu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kejadian diare pada balita dengan perilaku ibu di puskesmas cimanuk Kabupaten Pandeglang tahun 2012.

Penelitian ini penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Pengambilan sampel sejumlah 107 responden. Menggunakan analisis regresi. Penelitian ini menemukan variabel yang paling berpengaruh terhadap kejadian diare yaitu kebiasaan mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita, perilaku mencuci tangan memakai sabun sebelum menyuapi dan perilaku mencuci tangan memakai sabun sebelum menyusui, sedangkan yang paling dominan dalam mempengaruhi kejadian diare dari ketiga variabel tersebut perilaku mencuci tangan pakai sabun sebelum menyusui

Kata kunci : Diare pada balita, perilaku mencuci tangan memakai sabun ibu, perilaku mencuci alat makan dan alat minum, perilaku merebus air minum.

## ABSTRACT

Name : Bai Masniah  
Program study : Public Health Extension Master  
Title : Image Of Case of Diarrhea at baby below five years in Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten the year 2012

Diarrhea is one of mortality cause and painfulness at child, especially at child of age less than 5 year. proportion of Diarrhea as death cause at child of below five years (25,2%) ( result of Riskesdas 2007). In Sub-Province Pandeglang more diarrhea disease happened at fraction child of below five years that is ( 51%) mostly because behavior of mother. This research aim to know image of case of diarrhoea at child of below five years with behavior of mother in puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang the year 2012.

This research quantitative research with approach of cross sectional. Sampling a number of 107 responders. Applies this research regression analysis finds variable that is very influential to case of diarrhea that is habit cleans and braises equipment to eat and equipment to drink child below five years, behavior cleans hand to use soap before feeding up and behavior to clean hand to use soap before suckling, while which most dominant in influencing case of diarrhea from third of the variable that is behavior cleans hand to use soap before suckling

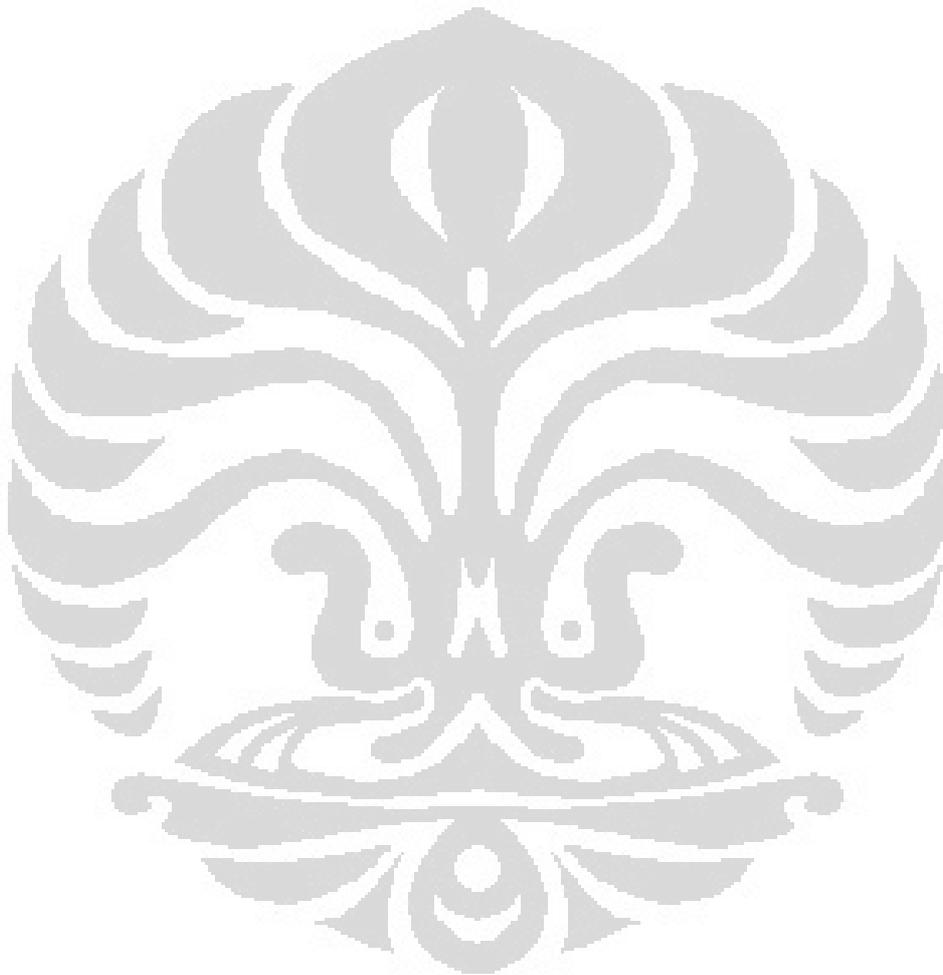
Keyword : Diarrhea at baby below five years, behavior of cleaning hand to use soap mother, behavior of cleaning equipment to eat and equipment to drink, behavior of braising drinking water.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR DAN TABEL.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusa Masalah .....	2
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	2
1.4. Tujuan penelitian.....	3
1.5. Manfaat Penelitian .....	4
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat ( STBM ).....	6
2.2 Perilaku Hidup Bersih dan sehat ( PHBS ) .....	11
2.3 Diare .....	15
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL.....	26
3.1. KerangkaTeori.....	26
3.2. Kerangka Konsep .....	27
3.3. Hipotesis.....	28
3.4. Definisi Operasional.....	28

BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN .....	31
4.1.	Desain Penelitian .....	31
4.2.	Waktu dan Lokasi Penelitian .....	31
4.3.	Populasi dan Sampel .....	31
4.4.	Pengumpulan Data .....	33
4.5.	Manajemen Data .....	33
4.6.	Analisa Data .....	33
BAB V	HASIL PENELITIAN .....	36
5.1.	Gambaran umum Lokasi Penelitian .....	36
5.2.	Analisis Univariat .....	42
5.3.	Analisis Bivariat .....	45
5.4.	Analisis Multivariat .....	50
BAB VI	PEMBAHASAN .....	54
6.1.	Keterbatasan penelitian .....	54
6.2.	Bias informasi .....	54
6.3.	Hubungan Antara Merebus Air Sebelum di Minum Dengan Kejadian Diare pada Balita .....	54
6.4.	Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci dan Merebus Alat Makan Dan Alat Minum Balita Dengan Kejadian Diare Pada Balita .....	55
6.5.	Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci Tangan Pakai Sabun Ibu Sebelum dan Sesudah Menyuyapi Balita Dengan Kejadian Diare Pada Balita .....	56
6.6.	Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci Tangan Pakai sabun ibu Sebelum Dan Sesudah Menyusui Dengan Kejadian Diare Pada balita .....	56
6.7.	Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci Tangan Pakai Sabun Ibu Setelah Menceboki Buang Air Besar (BAB) Anak Dengan Kejadian Diare Pada Balita .....	58
6.8.	Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci Tangan Pakai Sabun Setelah Buang Air Besar (BAB) Ibu Yang Mempunyai Balita Dengan Kejadian Diare Pada Balita .....	59

7.1	Variabel Paling Berpengaruh Terhadap Kejadian Diare.....	59
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN .....		60
7.2	Kesimpulan .....	60
7.3	Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA .....		62
LAMPIRAN		

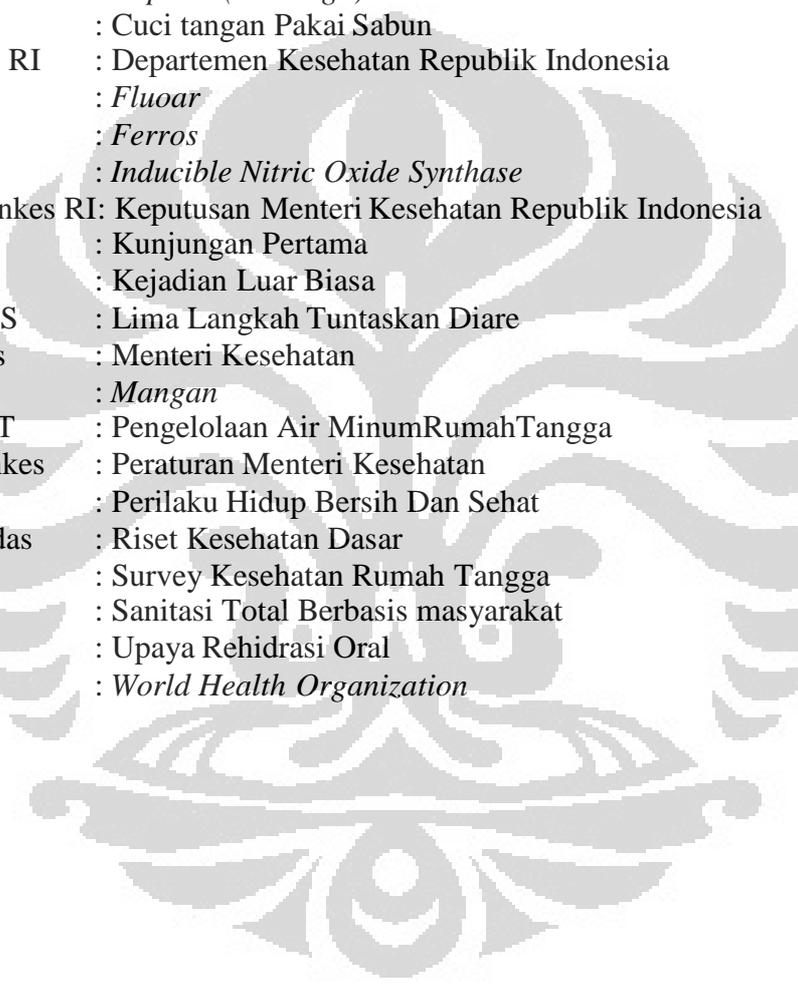


## DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

Gambar 3.1	Skema Kerangka Teori .....	26
Gambar 3.2	Skema Kerangka Konsep .....	27
Tabel 3.1	definisi Operasional .....	28
Tabel 5.1	Distribusi Jumlah Penduduk berdasarkan jenis kelamin Perdesa di Puskesmas Cimanuk tahun 2011.....	37
Tabel 5.2	Jumlah KK perdesa menurut tingkat pendidikan di Kecamatan Cimanuk tahun 2011 .....	38
Tabel 5.3	Proporsi Kepala keluarga berdasarkan bekerja – tidak bekerja Di Kecamatan Cimanuk tahun 2011 .....	38
Tabel 5.4	Jumlah sarana Kesehatan di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Tahun 2011.....	39
Tabel 5.5	Jumlah tenaga Kesehatan di Puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang Tahun 2011.....	39
Tabel 5.6	Pencapaian Program Di puskesmas Cimanuk Tahun 2011 .....	41
Tabel 5.7	10 Besar Penyakit di Puskesmas Cimanuk tahun 2011 .....	42
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi responden melakukan perebusan Air minum.....	42
Tabel 5.9	Distribusi frekuensi ibu mencuci dan merebus alat makan dan alat minum.....	43
Tabel 5.10	Distribusi frekuensi CTPS sebelum dan sesudah menyuapi balita .....	43
Tabel 5.11	Distribusi frekuensi CTPS sebelum dan sesudah menyusui .....	44
Tabel 5.12	Distribusi frekuensi cuci tangan pakai sabun ibu setelah menceboki BAB balita.....	44
Tabel 5.13	Distribusi frekuensi CTPS setelah BAB.....	45
Tabel 5.14	Merebus air sebelum di minum dengan kejadian diare pada balita	45
Tabel 5.15	Mencuci dan merebus alat makan dan minum dengan kejadian Diare pada balita .....	46

Tabel 5.16	Mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita dengan kejadian diare pada balita .....	47
Tabel 5.17	Mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita .....	48
Tabel 5.18	Mencuci tangan setelah membersihkan buang air besar anak dengan kejadian diare pada balita .....	48
Tabel 5.19	Cuci tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar dengan kejadian diare pada balita .....	49
Tabel 5.20	Seleksi bivariat.....	50
Tabel 5.21	Hasil Pemodelan bivariat .....	50
Tabel 5.22	Hasil Pemodelan multivariat tanpa CTPS buang air besar .....	51
Tabel 5.23	Perubahan Nilai OR tanpa variabel CTPS BAB.....	51
Tabel 5.24	Variabel perubahan OR tanpa CTPS menceboki.....	52
Tabel 5.25	Model Akhir analisis multivariat .....	52

## DAFTAR SINGKATAN



AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ASI	: Air Susu Ibu
Ar	: <i>arsen</i>
BAB	: Buang Air Besar
CCP	: <i>Center for Communication Program</i>
Cu	: <i>Cuprum (Tembaga)</i>
CTPS	: Cuci tangan Pakai Sabun
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
F	: <i>Fluoar</i>
Fe	: <i>Ferros</i>
INOS	: <i>Inducible Nitric Oxide Synthase</i>
Kepmenkes RI	: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
K1	: Kunjungan Pertama
KLB	: Kejadian Luar Biasa
LINTAS	: Lima Langkah Tuntaskan Diare
Menkes	: Menteri Kesehatan
Mg	: <i>Mangan</i>
PAMRT	: Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SKRT	: Survey Kesehatan Rumah Tangga
STBM	: Sanitasi Total Berbasis masyarakat
URO	: Upaya Rehidrasi Oral
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Diare merupakan salah satu penyebab angka kematian dan kesakitan pada anak, terutama pada anak berumur kurang dari 5 tahun (balita). Kelompok ini setiap tahunnya mengalami lebih dari satu kali kejadian diare. Sebagian dari penderita akan jatuh kedalam dehidrasi, kalau tidak segera ditolong akan meninggal.

Di Indonesia, diare merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat utama. Hal ini disebabkan masih tingginya angka kesakitan dan menimbulkan banyak kematian terutama pada bayi dan balita, serta sering kali menimbulkan gejala kejadian luar biasa (KLB). Menurut kementerian kesehatan RI dirjen Pengendalian dan Penyehatan Lingkungan tahun 2011, angka kesakitan diare semua umur tahun 2000 adalah 301/1000 penduduk., tahun 2003 adalah 374/1000 penduduk, tahun 2006 adalah 423/1000 penduduk, dan 2010 411/1000 penduduk. Kematian diare pada balita 75,3/100.000 balita dan penyebab dan semua umur 23,2 per 100.000 penduduk semua umur (hasil SKRT 2001). Diare merupakan penyebab kematian nomor 4 (13,2%) pada semua umur dalam kelompok penyakit menular. Proporsi diare sebagai penyebab kematian nomor 1 pada postneonatal (31,4%) dan pada anak balita (25,2%) (hasil Riskesdas 2007).

Di Indonesia, provinsi yang sering mengalami KLB diare pada tahun 2010 adalah Jawa Timur sebanyak 380 ribu kasus, Provinsi Banten 201 ribu kasus, dan Jawa Barat 145 ribu kasus. Data ini menunjukkan bahwa Provinsi Banten menjadi urutan tertinggi ke-2 dari seluruh Provinsi yang ada di Indonesia ( data Subdit Surveilans dan respon KLB Ditjen PP dan PL ).

Di Kabupaten Pandeglang secara proporsional penyakit diare lebih banyak terjadi pada golongan balita yaitu (51%) yaitu 16.708 balita yang menderita diare dari semua cakupan 34.147 penderita, angka kematian diare pada semua umur 0,007 per 1000 penduduk dan balita 0,05 per 1000 balita. Angka kejadian diare

banyak terjadi di kecamatan Cimanuk, dimana bahwa dari data rekapitulasi selama tahun 2011 yang dilaporkan penderita Diare pada tahun 2011 mencapai 3342 jiwa. Dimana dari jumlah tersebut mencakup usia 0- <1 tahun yaitu 611 orang, umur 1-4 tahun sebanyak 1270 orang dan diatas 5 tahun sebanyak 1461 orang. Selama tiga tahun terakhir dari Kejadian diare sudah memakan korban meninggal dimana diperoleh data yaitu tahun 2009 penderita diare yang meninggal di kecamatan Cimanuk berjumlah 5 orang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan hasil analisis kejadian diare pada balita di Indonesia terutama di Puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang provinsi Banten pada bulan Januari 2011 sampai dengan bulan Desember angka kejadian diare selalu meningkat signifikan. Pada tahun 2008 terdapat 3854 kasus, tahun 2009 terdapat 4740 kasus, dan tahun 2010 sebanyak 3326 kasus penderita diare. Puskesmas Cimanuk telah melakukan upaya upaya program pemberantasan penyakit diare, namun kejadian diare balita masih saja meningkat setiap tahunnya.

Berdasarkan fakta di atas dengan banyaknya kasus kejadian diare penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran kejadian penyakit diare pada balita di Puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang tahun 2012.

Masih tingginya kejadian diare di Puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang ini belum pernah dilakukan penelitian tentang gambaran kejadian penyakit diare pada balita di Puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang tahun 2011. Atas dasar itulah peneliti tertarik untuk melakukan penelitian.

## **1.3 Pertanyaan penelitian**

1. Bagaimana gambaran kejadian penyakit diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang tahun 2012
2. Bagaimana cara pengolahan air untuk minum apakah air untuk minum dilakukan perebusan terlebih dahulu.
3. Bagaimana cara penggunaan alat makan dan alat minum balita apakah dicuci dan direbus terlebih dahulu.

4. Bagaimana gambaran perilaku mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita.
5. Bagaimana gambaran perilaku ibu apakah mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyusui balita.
6. Bagaimana gambaran perilaku ibu apakah ibu mencuci tangan pakai sabun sesudah menceboki buang air besar (BAB) balita,
7. Bagaimana gambaran perilaku mencuci tangan pakai sabun ibu sesudah buang air besar (BAB) ibu yang mempunyai balita

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

##### 1.4.1 Tujuan umum

Diketahuinya gambaran kejadian penyakit diare pada balita dengan perilaku ibu di puskesmas cimanuk Kabupaten Pandeglang tahun 2012

##### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran kasus memasak air sampai mendidih sebelum digunakan untuk minum dengan kejadian diare pada balita
2. Mengetahui gambaran kasus mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dengan kejadian diare pada balita
3. Mengetahui gambaran kasus mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi dengan kejadian diare pada balita
4. Mengetahui gambaran kasus mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita.
5. Mengetahui gambaran kasus mencuci tangan pakai sabun ibu setelah menceboki buang air besar (BAB) balita dengan kejadian diare pada balita
6. Mengetahui gambaran kasus mencuci tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar (BAB) ibu yang mempunyai balita dengan kejadian diare pada balita

## **1.5 Manfaat penelitian**

### **1.5.1 Menambah Pengetahuan**

Hasil penelitian ini diharapkan pada hasil akhirnya dapat menambah pengetahuan bagi peneliti, petugas kesehatan di wilayah kerja puskesmas kecamatan Cimanuk dan bagi pembaca pada umumnya.

### **1.5.2 Sumbangan Terhadap ilmu**

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menbeikan hasanah ilmu atau sumbangan terhadap ilmu terutama yang berhubungan dengan lingkungan dan penyakit diare.

### **1.5.3 Program**

Manfaat penelitian ini juga diharapkan dapat berguna bagi program kesehatan lingkungan maupun program pemberantasan penyakit menular baik di Dinas Kesehatan kabupaten pandeglang ataupun di puskesmas Cimanuk sebagai bahan masukan dalam perencanaan program.

### **1.5.4 Sebagai masukan bagi peneliti berikutnya**

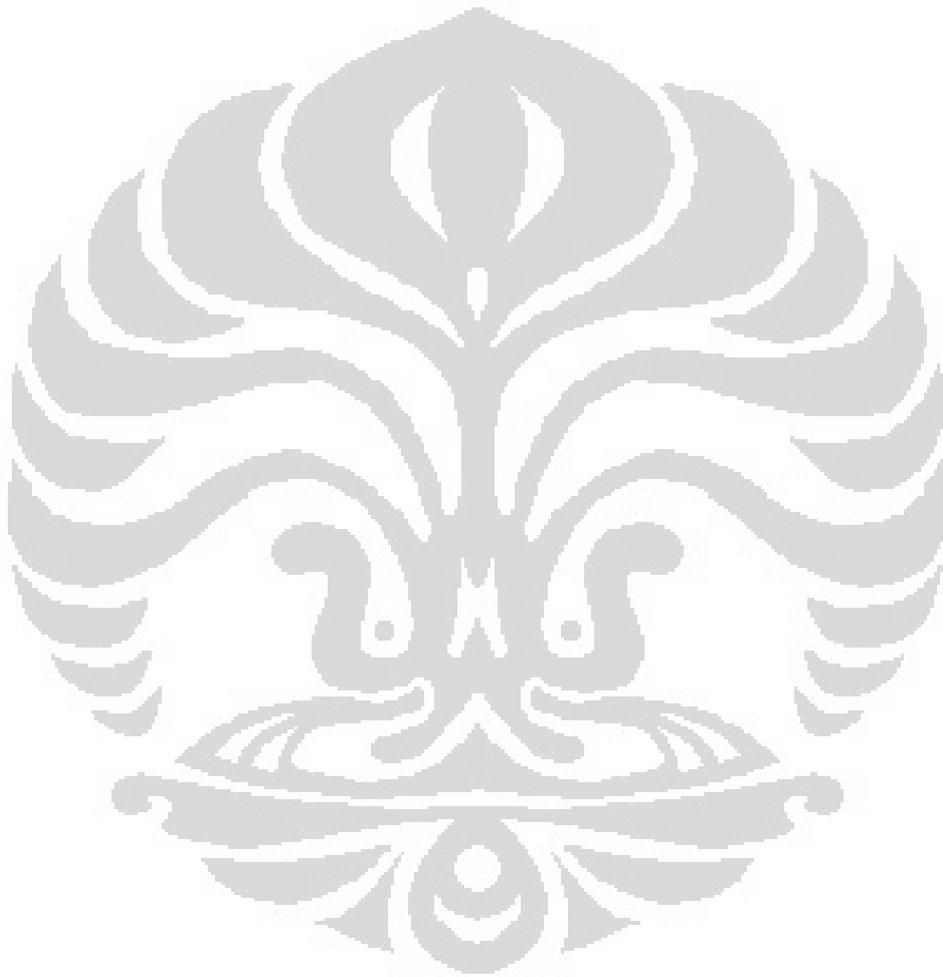
Penelitian ini di harapkan bisa bermanfaat dan dijadikan bahan referensi atau bahan masukan bagi penelitian selanjutnya.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian dilakukan pada bulan pada bulan maret 2012 sampai dengan bulan Mei atau selama 72 hari di wilayah kerja puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang, untuk mengetahui gambaran kejadian penyakit diare pada balita di wilayah kerja puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang tahun 2011.

Sebagai variabel independen pada penelitian ini adalah memasak air untuk makan dan minum, mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita sebelum di gunakan, perilaku cuci tangan ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita, perilaku mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui, perilaku cuci tangan pakai sabun ibu sesudah menceboki BAB balita, dan perilaku cucu tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar (BAB) ibu yang mempunyai

balita. Sebagai variabel deventenya adalah kejadian diare pada balita. Dalam melakukan penelitian data penelitian diambil dengan menggunakan metode kuisisioner dan wawancara



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Sanitasi Total berbasis Masyarakat ( STBM )**

##### **2.1.1 Pengertian**

STBM merupakan suatu pendekatan untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. Program ini tertuang dalam KEPMENKES RI Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008. Sanitasi total adalah kondisi suatu komunitas yang telah mencapai lima pilar yaitu:

1. Tidak buang air besar sembarangan ( stopBABS)
2. Cuci tangan pakai sabun (CTPS)
3. Pengelolaan air minum rumah tangga (PAMRT)
4. Pengelolaan sampah rumah tangga dengan benar
5. Pengelolaan limbah cair rumah tangga dengan aman.

STBM ini lebih mengedepankan upaya pencegahan dan promosi dengan melibatkan masyarakat dalam perencanaan sampai pemecahan masalahnya (Depkes RI, 2008).

Lima strategi kegiatan ini merupakan ujung tombak dalam STBM, karena mengacu pada studi WHO tahun 2007 yang menyatakan perbaikan sanitasi menurunkan kasus diare 32%, CTPS dapat menurunkan kasus diare 45%, PAMRT menurunkan kasus diare 39%, perbaikan penyediaan air menurunkan kasus diare 25%. Apabila semua komponen tersebut dilakukan dapat menurunkan kasus diare hingga 94%. Komponen dasar dari STBM mencakup perubahan perilaku, peningkatan akses air minum secara berkelanjutan, pengelolaan berbasis masyarakat yang berkelanjutan dan dukungan institusi kepada masyarakat (Depkes RI, 2008).

##### **2.1.2. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)**

Berkaitan dengan kegiatan CTPS, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Strategi Nasional

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) No. 852/Menkes/SK/IX/2008, yang menetapkan CTPS sebagai salah satu pilar strategi yang penting untuk dilaksanakan di Indonesia. Dengan demikian pelaksanaan kegiatan CTPS di Indonesia dapat berkesinambungan.

Walaupun perilaku CTPS sudah dipahami masyarakat secara luas, namun pelaksanaannya masih belum banyak diterapkan dalam kehidupan sehari-hari terutama di saat – saat penting yaitu sebelum makan, sebelum menyusui bayi, sebelum memberi makan balita setelah buang air besar atau pun setelah menceboki anak balita.. Hal ini menunjukkan perlunya perhatian khusus secara berkesinambungan terhadap upaya pencegahan penyebaran penyakit terutama pada anak-anak. Padahal cuci tangan pakai sabun (CTPS) adalah salah satu upaya mencegah diare dan penelitian Curtis dan Cairncors menunjukkan bahwa CTPS dapat mencegah kejadian diare hingga 47%. Dimana Curtis dan Cairncors menyarankan bahwa perilaku cuci tangan pakai sabun (CTPS) khususnya setelah kontak dengan feses (setelah ke jamban dan membantu anak ke jamban).

Hasil temuan Studi Formatif Perilaku Higienitas yang digelar Water and Sanitation Program menunjukkan, perilaku CTPS belum menjadi praktek yang umum ataupun norma sosial. Penelitian yang dilakukan secara kualitatif tersebut menunjukkan perilaku CTPS umumnya dilakukan ketika tangan terlihat kotor dan bau, serta dilakukan setelah makan dan beraktivitas. "Waktu penting CTPS yaitu sebelum menyiapkan makanan, setelah dari toilet, sebelum menyusui, setelah menceboki balita jarang disebutkan.

Beberapa faktor yang menjadi penghambat meliputi keyakinan dimana cuci tangan pakai sabun diperlukan hanya bila tangan tampak kotor dan cukup cuci tangan dengan air biasa serta kurangnya kesadaran masyarakat atau ibu ibu yang mempunyai balita dalam menjaga kesehatan.

### **2.1.3. Pengelolaan Air Minum Rumah Tangga ( PAMRT )**

#### **2.1.3.1. Pengertian PAMRT**

Pengelolaan air minum rumah tangga adalah suatu proses, penyimpanan dan pemanfaatan air minum yang digunakan untuk produksi makanan dan

keperluan oral lainnya seperti berkumur, sikat gigi, persiapan makan/minuman bayi (Kepmenkes RI, Nomor 852/2008).

### **2.1.3.2. Air Bersih**

Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari akan menjadi air minum setelah dimasak terlebih dahulu. Sebagai batasannya air bersih adalah air yang memenuhi persyaratan bagi sistem penyediaan air minum. Adapun persyaratan yang dimaksud adalah persyaratan dari segi kualitas air yang meliputi kualitas fisik, kimia, biologi, dan radiologis sehingga apabila dikonsumsi tidak menimbulkan efek samping (permenkes no. 416/menkes/PER/IX/1990 )

#### **a. Kualitas Air bersih**

Persyaratan kualitas menggambarkan mutu dari air baku air bersih adalah:

##### **1. Persyaratan Fisik**

Air yang sebaiknya dipergunakan untuk minum ialah air yang tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa, jernih dengan suhu sebaiknya dibawah suhu udara sedemikian rupa yaitu antara kurang lebih 25 derajat celcius sehingga menimbulkan rasa nyaman.

##### **2. Persyaratan kimiawi**

Air minum yang baik ialah air yang tidak tercemar secara berlebihan oleh zat-zat kimia maupun mineral, terutama oleh zat-zat atau mineral yang berbahaya bagi kesehatan.

##### **3. Persyaratan Bakteriologis**

Secara teoritis semua air minum hendaknya dapat terhindar dari kemungkinan terkontaminasi dengan bakteri, terutama yang bersifat patogen. Beberapa bahan kimia yang berbahaya di antaranya: mangan (Mg), fluoar (F), arsen(AS), tembaga (Cu), seng (Zn), Besi (Fe), zat organik, zat yang larut serta logam berat lainnya.

##### **4. Persyaratan radioaktifitas**

Persyaratan radio aktifitas mensyaratkan bahwa air bersih tidak boleh mengandung bahan-bahan yang mengandung radio aktif seperti sinar alfa, beta dan gamma.

#### b. Persyaratan Kuantitas ( debit )

Persyaratan kuantitas dalam penyediaan air bersih adalah ditinjau dari banyaknya air baku yang tersedia dan sesuai dengan yang dibutuhkan jumlah penduduk di suatu daerah. Kebutuhan air bersih masyarakat bervariasi tergantung dari letak geografis suatu daerah, kebudayaan, tingkat ekonomi, dan skala perkotaan tempat tinggalnya.

#### 2.1.4. Pengolahan Air untuk minum

Air yang tidak memenuhi syarat untuk langsung diminum perlu di olah terlebih dahulu, sedemikian rupa sehingga memenuhi syarat kesehatan. Pekerjaan ini disebut “treatment of water” yang dengan kemajuan ilmu pengetahuan serta teknologi banyak cara melakukannya. Kini berbagai cara telah dikenal yang secara umum dapat dibedakan atas:

##### 1. Pengolahan secara alamiah

Biasanya dilakukan dalam bentuk penyimpanan (storage) ataupun pengendapan (sedimentation). Proses ini dapat berlangsung dialam (kali, danau) ataupun sumber air untuk penduduk kota. Air dibiarkan pada tempatnya, dan kemudian terjadilah koagulasi dari zat-zat yang terdapat dalam air. Adanya koagulasi yang membentuk endapan ini akan menjernihkan air, karena partikel-partikel yang ada dalam air akan mengendap.

##### 2. Pengolahan air dengan menyaring

Dikenal dua macam saringan yakni saringan pasir lambat (slow sand filter), serta saringan pasir cepat (rapid sand filter). Pada saringan pasir lambat aliran air berdasarkan gaya gravitasi sedangkan pada saringan pasir cepat dipergunakan tekanan. Untuk saringan pasir cepat perlu diperlukan pengolahan air sebelumnya, misalnya dengan menambahkan zat koagulan ataupun dengan melakukan proses sedimentasi.

##### 3. Pengolahan air dengan memberikan zat kimia

Zat kimia yang ditambahkan ada dua macam yakni:

- a. Yang bertujuan untuk mempercepat terjadinya proses koagulasi, jadi yang ditambahkan adalah zat koagulasi
- b. Yang bertujuan untuk mensucihamakan atau membunuh bibit penyakit yang ada dalam air

Zat kimia yang ditambahkan biasanya adalah chlor dan ini disebut chlorination

#### 4. Pengolahan air dengan mengalirkan udara

Proses ini disebut aeration yang tujuannya ialah untuk menghilangkan rasa serta bau yang tidak enak, menghilangkan gas gas yang tidak dibutuhkan ( $\text{Co}_2$ , methane, hydrogen sulfide), menaikkan derajat keasaman air karena (kadar  $\text{Co}_2$  dihilangkan), menambah gas-gas yang diperlukan atayu apapun untuk mendinginkan air

#### 5. Pengolahan air dengan memanaskan hingga mendidih

Cara pengolahan air yang lebih efektif dan sering kita lakukan adalah memasak atau merebus air yang akan kita konsumsi hingga mendidih. Cara ini sangat efektif untuk mematikan semua patogen yang ada dalam air seperti virus, bakteri, spora, fungi dan protozoa penyebab penyakit. Lama waktu air mendidih yang dibutuhkan adalah berkisar 5 menit, namun lebih lama lagi waktunya akan lebih baik, direkomendasikan selama 20 menit.

#### 2.1.5. Penyimpanan Air Minum

- a) wadah yang aman adalah mempunyai tutup, berleher kecil dan lebih baik dilengkapi keran
- b) Air minum sebaiknya disimpan diwadah pengolahanya
- c) air yang sudah diolah sebaiknya disimpan dalam wadah yang bersih dan tertutup
- d) Jangan minum air langsung kemulut dari keran tp gunakan gelas
- e) letakan wadah penyimpanan air minum ditempat yang bersih dan sulit terjangkau oleh binatang
- f) wadah air minum sebaiknya dicuci setiap tiga hari

### **2.1.6. Penyajian Air Minum**

- a) Cuci tangan pakai sabun sebelum menanganani air minum dan mengolah makanan siap santap
- b) Mengolah air minum secukupnya sesuai kebutuhan
- c) Gunakan air yang sudah diolah untuk mencuci sayur dan buah siap santap
- d) Hindari kontak dengan air minum yang sudah diolah

### **2.1.7. Water Borne Deseseas (Penyakit Bawaan Air)**

Air merupakan kebutuhan dasar makhluk hidup, namun air yang di perlukan untuk kehidupan sehari – hari dapat memberikan dampak yang merugikan bagi manusia dan lingkungannya. Hal ini terjadi jika air yang di berikan tidak memenuhi syarat kualitas sanitasi dan hygiene yang dibutuhkan.ketidak cukupan kualitas, kuantitas, dan aksesibilitas dapat membuka peluang munculnya penyakit bawaan air. Dalam penyebaran penyakit menular air berpengaruh terhadap timbulnya diare, kolera, typhus, paratyphu dan penyakit lainnya.

## **2.2 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat ( PHBS )**

### **2.2.1 Pengertian PHBS**

PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktekan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan seseorang, keluarga atau kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri dibidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat. Dibidang pencegahan dan penanggulangan penyakit serta penyehatan lingkungan harus dipraktekan perilaku mencuci tangan pakai sabun, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, pemberantasan nyamuk, serta tidak merokok didalam rumah atau didalam ruangan.

#### **2.2.1.1 Konsep Tatanan**

Manusia hidup dalam berbagai tatanan yaitu; berbagai tempat atau sistem sosial dimana ia melakukan kegiatan sehari harinya. Di setiap tatanan faktor

faktor individu, lingkungan fisik, dan lingkungan sosial berinteraksi dan menimbulkan dampak terhadap kesehatan.

Tatanan yang disepakati ada lima yaitu:

1. Tatanan rumah tangga
2. Tatanan institusi pendidikan.
3. Tatanan tempat kerja.
4. Tatanan tempat umum.
5. Tatanan sarana kesehatan.

Untuk melihat keberhasilan pembinaan PHBS, praktek PHBS yang diukur adalah yang dijumpai di tatanan rumah tangga. Telah ditetapkan sepuluh indikator untuk menetapkan apakah sebuah rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat adalah rumah tangga yg mampu melaksanakan 10 PHBS yaitu:

1. Persalinan di tolong olen tenaga kesehatan.
2. Memberikan ASI eksklusif.
3. Menimbang balita setiap bulan.
4. Menggunakan air bersih.
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun.
6. Menggunakan jamban sehat.
7. Memberantas jentik nyamuk seminggu sekali.
8. Makan buah dan sayur setiap hari.
9. Melakukan aktifitas fisik setiap hari.
10. Tidak merokok didalam rumah.

### **2.2.1.2 sasaran pembinaan PHBS**

Sasaran pembinaan PHBS ada tiga yaitu sasaran primer, sasaran sekunder dan sasaran tersier. Sasaran primer berupa sasaran langsung yaitu individu, anggota masyarakat secara keseluruhan yang diharapkan mempraktekan PHBS

Sasaran sekunder adalah mereka yang memiliki pengaruh terhadap sasaran primer seperti pemuka, tokoh masyarakat, yang umumnya menjadi panutan sasaran primer.

Sedangkan sasaran tersier adalah mereka yang berada dalam posisi pengambilan keputusan formal sehingga dapat memberi dukungan baik berupa

kebijakan atau pengaturan dalam proses pembinaan PHBS terhadap sasaran primer. Mereka juga disebut tokoh masyarakat formal yang mempunyai posisi atau jabatan atau sebagai pemegang kebijakan. Dengan posisi ini mereka mampu untuk mengubah sistem nilai dan norma yg ada dimasyarakat. Melalui pemrubahan dan pemberlakuan kebijakan selain menyediakan sarana dan prasarana yang dibutuhkan.

### **2.2.2 PHBS ibu Balita sangat berpengaruh terhadap penyakit diare**

- a) Tidak memberikan ASI secara penuh pada bayi usia 0 -6 bulan. air susu ibu (ASI) merupakan makanan terbaik bagi bayi, tidak ada sesuatu yang lebih baik yang dapat di berikan kepada bayi baru lahir kecuali segera memberikan ASI.
- b) Menggunakan botol susu yang tidak dicuci dan di rebus, penggunaan botol ini memudahkan terjadinya pencemaran oleh kuman
- c) Pengolahan air minum yang tidak di masak atau tidak direbus terlebih dahulu sebelum di konsumsi.
- d) Tidak melakukan cuci tangan pakai sabun dengan air bersih sebelum atau sesudah makan dan setelah buang air bnesar (BAB)
- e) Tidak membuang tinja di jamban atau membuang kotoran sembarangan sehingga mencemari lingkungan sumber air yang bisa dimanfaatkan untuk keperluan rumah tangga atau terbawa oleh lalat kemakanan

### **2.2.3 manfaat Berperilaku PHBS**

#### **2.2.3.1 Bagi Rumah tangga**

- a) Setiap anggota keluarga menjadi sehat dan tidak sakit.
- b) Anak tumbuh sehat dan cerdas
- c) Anggota keluarga giat bekerja.
- d) Pengeluaran biaya rumahtangga dapat di tujukan untuk memenuhi gizi keluarga

#### **2.2.3.2 bagi Masyarakat**

- a) Masyarakat mampu mengupayakan lingkungan sehat yang ada di daerahnya.

- b) Masyarakat mampu mencegah dan menanggulangi masalah - masalah kesehatan yang sering timbul di masyarakat.
- c) Masyarakat mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- d) Masyarakat mampu mengembangkan upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM). Seperti dalam organisasi Posyandu, tabulin, jambulin, ambulan desa dan lain –lain.

#### **2.2.4 Hakikat Perilaku**

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh karena itu dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktifitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, tertawa, menulis, bekerja, berbicara dan sebagainya. Jadi yang dimaksud dengan perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati ataupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon, teori ini disebut juga teori “S-O-R” atau stimulus organism respon.

Perilaku seseorang selain dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikapnya juga dipengaruhi oleh norma dan sistem nilai yang dianutnya. Dengan kata lain sistem nilai dan norma merupakan rambu rambu bagi manusia dalam berperilaku melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Sistem nilai dan norma dibuat oleh masyarakat disuatu tatanan untuk di anut oleh individu-individu anggota masyarakat tatanan tersebut. (Notoatmodjo 2007).

## 2.3 Diare

### 2.3.1. Pengertian

Diare adalah perubahan frekuensi dan konsistensi tinja, WHO pada tahun 1984 mendefinisikan diare sebagai berak cair tiga kali atau lebih dalam sehari semalam (24 jam). Para ibu mungkin mempunyai istilah tersendiri seperti lembek, cair, berdarah, berlendir, atau dengan muntah (muntaber).

Diare dibedakan menjadi dua berdasarkan waktu serangan (onset) yaitu:

1. diare akut (<2 minggu)
2. diare kronik (>2 minggu)

### 2.3.2 Etiologi

Penyebab diare dapat dikelompokkan menjadi:

1. Virus: rotavirus (40-60 %), adenovirus
2. Bakteri: *Escherichia coli* (20-30 %), *shigella sp.* (1-2%), *vibrio cholera*, dan lain lain.
3. Parasit: *entamoeba histolytica* (< 1%) *giardia lamblia*, *cryptosporidium* (4-11%)
4. Keracunan makanan.
5. Malabsorpsi: karbohidrat, lemak dan protein
6. Alergi: makanan, susu sapi.
7. Imunodefisiensi

### 2.3.3. Penularan diare

Penyakit ini sebagian besar (75%) disebabkan oleh kuman seperti virus dan bakteri. Penularan penyakit diare melalui orofekal terjadi dengan mekanisme berikut ini:

1. Melalui air yang merupakan media penularan utama, diare dapat terjadi bila seseorang menggunakan air minum yang sudah tercemar, baik tercemar dari sumbernya, tercemar selama perjalanan sampai kerumah-rumah, atau tercemar pada saat sampai dirumah. Pencemaran di rumah terjadi bila tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan

yang tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan.

2. Melalui tinja terinfeksi. tinja yang sudah terinfeksi mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Bila tinja tersebut dihirup oleh binatang dan kemudian binatang itu hinggap dimakanan, maka makanan itu dapat menularkan diare ke orang yang memakannya.
3. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko diare adalah:
  - a. pada usia 4 bulan bayi sudah tidak diberi ASI eksklusif lagi. Hal ini akan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian karena diare, karena ASI banyak mengandung zat-zat kekebalan terhadap infeksi
  - b. memberikan susu formula dalam botol kepada bayi. Pemakaian botol akan meningkatkan resiko pencemaran kuman, dan susu akan terkontaminasi oleh kuman dari botol apabila botol atau dot yang digunakan dalam pemberian susu tersebut tidak dicuci dan direbus sebelum dipakai. Kuman akan cepat berkembang bila susu tidak segera diminum.
  - c. Menyimpan makanan pada suhu kamar. Kondisi tersebut akan menyebabkan permukaan makanan mengalami kontak dengan peralatan makan yang merupakan media yang sangat baik bagi perkembangan mikroba.
  - d. Tidak mencuci tangan pada saat memasak, hendak menyuapi, menyusui balita,, atau sesudah menceboki maupun setelah buang air besar (BAB) akan memungkinkan kontaminasi langsung karena dalam tangan tersebut terdapat bakteri E.coli yang hanya akan mati dengan tindakan mencuci tangan pakai sabun.

#### **2.3.4. Gejala dan tanda**

Beberapa gejala dan tanda diare antara lain:

1. Gejala umum
  - a. berak air atau lembek dan sering adalah gejala khas diare.
  - b. Muntah, biasanya menyertai diare pada gastroenteritis akut.
  - c. Demam, dapat mendahului atau tidak mendahului gejala diare

- d. Gejala dehidrasi, yaitu mata cekung, ketegangan kulit menurun, apatis, bahkan gelisah.
2. Gejala spesifik
    - a. vibrio cholera: diare hebat, warna tinja seperti cucian beras dan berbau amis.
    - b. Disenteriform: tinja berkendir dan berdarah

Diare yang berkepanjangan dapat menyebabkan:

1. Dehidrasi (kekurangan cairan)
 

Tergantung dari persentase cairan tubuh yang hilang, dehidrasi dapat terjadi ringan sedang atau berat.
2. Gangguan sirkulasi
 

Pada diare akut, kehilangan cairan dapat terjadi dalam waktu yang singkat. Bila kehilangan cairan ini lebih dari 10% berat badan, pasien dapat mengalami syok atau persyok yang disebabkan oleh berkurangnya volume darah (hipovolemia).
3. Gangguan asam basa
 

Hal ini akibat kehilangan cairan elektrolit (bikarbonat) dari dalam tubuh. Sebagai kompensasinya tubuh akan bernafas cepeat untuk membantu meningkatkan PH arteri.
4. Hipoglikemia (kadar gula darah rendah)
 

Hipoglikemia sering terjadi pada anak yang sebelumnya mengalami malnutrisi. Hipoglikemia dapat menimbulkan koma. Penyebab yang pasti belum diketahui, kemungkinan karena cairan ekstraseluler menjadi hipotonik dan air masuk kedalam cairan intraseluler sehingga terjadi edema otak yang mengakibatkan koma.
5. Gangguan Gizi
 

Gangguan ini terjadi karena asupan makanan yang kurang dan output yang berlebihan. Hal ini akan bertambah berat bila pemberian makanan dihentikan

Derajat dehidrasi akibat diare dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1. Tanpa dehidrasi, biasanya anak merasa normal, tidak rewel, masih bisa bermain seperti biasa.
2. Dehidrasi ringan atau sedang, menyebabkan anak rewel atau gelisah, mata sedikit cekung, turgor kulit masih kembali dengan cepat ketika dicubit.
3. Dehidrasi berat, anak apatis (kesadaran berkabut), mata cekung, pada cubitan kulit turgor kembali lambat, nafas cepat, anak terlihat lemah.

### 2.3.5. Prinsip Tatalaksana Penderita Diare

Prinsip tatalaksana penderita diare adalah LINTAS (Lima Langkah tuntaskan Diare) yang terdiri atas:

#### 1. Oralit Osmolaritas Rendah

Mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan orali. Bila tidak tersedia, berikan lebih banyak cairan rumah tangga yang mempunyai osmolaritas rendah yang dianjurkan seperti air tajin, kuah sayur dan air matang.

Macam cairan yang digunakan bergantung pada :

- a. Kebiasaan setempat dalam mengobati diare
- b. Tersedianya cairan/ sari makananan yang cocok
- c. Jangkauan pelayanan kesehatan

Bila terjadi dehidrasi (terutama pada anak balita), penderita harus segera dibawa ke petugas kesehatan atau sarana kesehatan untuk mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat dengan oralit.

## Perbedaan antara oralit lama dengan Oralit baru

No	Oralit lama (WHO / UNICEF 1978)	Oralit formula Baru (WHO / UNICEF 2004)
1	NaCl : 3,5 g	NaCl : 2,6 g
2	NaHCO <sub>3</sub> : 2,5 g	NaHCO <sub>3</sub> : 2,9 g
3	KCl : 1,5 g	KCl : 1,5 g
4	Glucosa : 20 g	Glucosa : 13,5 g
5	Na <sup>+</sup> : 90 mEq/l	Na <sup>+</sup> : 75 mEq/l
6	K <sup>+</sup> : 20 mEq/l	K <sup>+</sup> : 20 mEq/l
7	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : 30 mEq/l	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : 10 mEq/l
8	CL <sup>-</sup> : 80 mEq/l	CL <sup>-</sup> : 65 mEq/l
9	Clucose : 111 mmol/l	Clucose : 75 mmol/ l
	<b>Osmolaritas</b> 331 <b>mmol/l</b>	<b>Osmolaritas</b> 245 <b>mmol/l</b>

## 2. Zinc

Zinc merupakan salah satu makronutrien yang paling penting dalam tubuh. Lebih dari 300 macam enzim dalam tubuh memerlukan enzim sebagai kofaktornya, termasuk enzim superoksida dismutase (Linder 1999). Enzim ini berfungsi untuk metabolisme radikal bebas superoksida sehingga kadar radikal bebas ini dalam tubuh berkurang. Pada proses inflamasi, kadar radikal bebas superoksida meningkat, sehingga dapat merusak berbagai jenis jaringan, termasuk jaringan epitel dalam usus (Cousins et al, 2006). Zinc berefek dalam menghambat enzim INOS (*inducible nitric oxide synthase*). Dimana ekskresi enzim ini berperan dalam epitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan morfologi epitel usus antara lain terjadi pada diare rotavirus yang merupakan penyebab terbesar siare akut. (Wapnir, 2000).

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 tiga bulan berikutnya (Black, 2003). Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa zinc mempunyai efek proaktif terhadap diare dan menurunkan kekambuhan diare sebanyak 11% dan menurut hasil pilot studi menunjukkan bahwa Zinc ini mempunyai tingkat hasil guna sebesar 67% (Hidayat, 1998, Soenarto, 2007).

Zinc diberikan pada setiap diare dengan dosis untuk anak berumur kurang dari 6 bulan 10 mg (1/2 tablet) Zinc perhari, sedangkan untuk anak berumur lebih dari 6 bulan diberikan 1 tablet Zinc 20 mg. pemberian zinc diteruskan sampai 10 hari, walaupun diare masih membaik. Hal ini dimaksudkan untuk mencegah kejadian diare selanjutnya selama 3 bulan kedepan.

Cara pemberian tablet zinc:

Larutkan tablet dalam 1 sendok air matang atau ASI.

### 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 diberi ASI. Anak yang minum susu formula diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang mendapat makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna sedikit demi sedikit tetapi sering setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama dua minggu untuk membantu pemulihan berat badan anak.

### 4. Pemberian Antibiotika

Antibiotik tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare yang memerlukannya (8,4%). Antibiotik hanya bermanfaat pada anak dengan diare berdarah (sebagian besar karena shigellosis), suspek kolera.

Obat-obatan anti diare tidak boleh diberikan pada anak yang menderita diare karena terbukti tidak bermanfaat. Obat anti muntah tidak dianjurkan kecuali muntah berat. Obat-obatan ini tidak mencegah dehidrasi ataupun meningkatkan status gizi anak bahkan sebagian menimbulkan efek samping yang berbahaya, dan bisa berakibat fatal.

#### 5. Peberian Nasihat

Ibu atau keluarga yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasihat tentang:

1. Cara memberikan cairan dan obat dirumah
2. Kapan harus membawa kembali balita kepetugas kesehatan:
  - Diare lebih sering
  - Muntah berulang
  - Sangat haus
  - Makan atau minum sedikit
  - Timbul demam
  - Tinja berdarah
  - Tidak membaik dalam 3 hari

#### 2.3.6. Pengobatan Diare

Pengobatan diare berdasarkan derajat dehidrasinya.

##### 1. Tanpa dehidrasi, dengan terafi A

Pada keadaan ini, buang air besar terjadi 3-4 kali sehari disebut mulai mencret. Anak mengalami kondisi masih lincah dan masih mau makan dan minum seperti biasa. Pengobatan dapat dilakukan dirumah oleh ibu atau anggota keluarga lainnya dengan memberikan makanan dan minuman yang ada dirumah seperti air kelapa, larutan gula garam, air tajin, air the, maupun oralit. Istilah pengobatan ini adalah dengan menggunakan terafi A

Ada tiga cara pemberian cairan yang dapat dilakukan dirumah.

1. Memberikan anak lebih banyak cairan

2. Memberikan makanan terus-menerus
3. Membawa ke petugas kesehatan bila anak tidak membaik dalam tiga hari

2. Dehidrasi ringan atau sedang , dengan terafi B

Diare dengan dehidrasi ringan ditandai dengan hilangnya cairan sampai 5% dari berat badan, sedangkan pada diare sedang terjadi kehilangan cairan sampai 6-10% dari berat badan. Untuk mengobati diare pada derajat ringan atau sedang digunakan terafi B, yaitu sebagai berikut:

Pada tiga jam pertama oralit diberikan

Umur	< 1 tahun	1-4 Tahun	>5 tahun
Jumlah oralit	300 ml	600 ml	1200 ml

Setelah itu, tambahkan setiap kali mencret:

Umur	<1 tahun	1-4 tahun	>5 tahun
Jumlah oralit	100 ml	200 ml	400 ml

3. Dehidrasi berat, dengan terafi C

Diare dengan dehidrasi berat ditandai dengan mencret terus-menerus, biasanya lebih dari 10 kali disertai muntah, kehilangan cairan berat badan lebih dari 10%. Diare ini diatasi dengan terafi C, yaitu perawatan dipuskesmas atau di rumah sakit untuk di infuse RL

4. Teruskan pemberian makanan

Pemberian makanan seperti semula diberikan sdini mungkin dan sesuaikan dengan kebutuhan.

5. Antibiotik bila perlu

Sebagian besar penyebab diare adalah Rotavirus yang tidak memerlukan antibiotic dala penatalaksanaan kasus diare karena tidak bermanfaat dan efek sampingnya bahkan merugikan penderita.

### 2.3.7. Pencegahan

Penyakit diare dapat dicegah melalui promosi kesehatan, antara lain;

1. Menggunakan air bersih, tanda-tanda air bersih adalah 3 tidak: yaitu tidak berwarna, tidak berbau, dan tidak berasa.
2. Memasak air sampai mendidih sebelum diminum untuk mematikan sebagian besar kuman penyakit.
3. Mencuci tangan dengan sabun pada waktu sebelum makan, sesudah makan, dan sesudah buang air besar (BAB).
4. Memberikan ASI pada anak sampai usia 2 tahun.
5. Menggunakan jamban yang sehat.
6. Membuang tinja bayi dan anak dengan benar.

### 2.3.8. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare pada Balita

Kejadian diare pada balita berhubungan dengan beberapa faktor yaitu: faktor sosial ekonomi, faktor ibu dan faktor anak.

#### 2.3.8.1. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor social ekonomi merupakan variabel awal yang mempengaruhi sehat sakit. Secara garis besar, faktor sosial ekonomi dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu: tingkat perorangan, tingkat rumah tangga, dan tingkat masyarakat. Faktor dari tingkat perseorangan pada dasarnya adalah hal – hal yang menggambarkan tingkat produktifitas perseorangan, baik ayah maupun ibu, sikap, norma dari orang – orang tersebut. Faktor dari tingkat rumah tangga adalah masyarakat atau variabel yang menggambarkan keadaan ekologi, politik, ekonomi, dan sistem kesejahteraan (Mosley dan Chan, 1983).

#### 2.3.8.2. Faktor Ibu

Studi yang dilakukan Khin Maung U dkk di Myanmar (Journal of tropical pediatric; Vol.40 ;Februari 1994) menunjukkan bahwa rendahnya pendapatan keluarga, tingkat social ekonomi yang rendah, pendidikan ibu yang rendah, ibu

yang hamil lebih dari tiga kali, pengetahuan ibu tentang penyebab diare merupakan faktor resiko diare.

### 2.3.8.3. Faktor Anak

#### 1. Umur anak

Umur anak berkaitan erat dengan tingkat ketahanan anak terhadap suatu penyakit. Menurut Brotowasito (1979) frekuensi diare meningkat setelah anak berusia 6 bulan dan mencapai puncaknya sampai dengan umur dua tahun. Begitu pula angka kematian yang sama dengan angka kematian tersebut. Sedangkan menurut Marbun dkk (1987), proporsi kejadian diare yang terbanyak di RS DR. Pringadi Medan selama tahun 1982 adalah anak pada umur 6 – 12 bulan.

#### 2. Berat badan lahir

Berat badan lahir menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental anak balita. Anak dengan berat badan lahir rendah mempunyai resiko kematian lebih tinggi dari pada anak dengan berat badan lahir normal, karena pada anak dengan berat badan lahir rendah pembentukan dan zat anti kekebalan yang dimiliki belum sempurna, Sehingga akan lebih mudah terserang atau terinfeksi oleh penyakit.

#### 3. Status gizi

Status gizi anak balita berpengaruh pada tingkat ketahanan anak terhadap serangan suatu penyakit. Masukan zat – zat gizi yang diperoleh pada tahap pertumbuhan dan perkembangan anak di pengaruhi oleh : umur, keadaan fisik, kondisi kesehatannya, kesehatan fisiologis pencernaannya, persediaan makanan dan aktifitas dari anak balita. Untuk mengukur status gizi anak balita bisa dilakukan dengan berdasarkan antropometri: berat badan, tinggi badan, panjang badan, lingkar lengan atas.

Konsumsi gizi yang baik dan cukup sangat diperlukan oleh seseorang, terutama pada anak balita karena seringkali tidak bisa dipenuhi oleh seorang anak balita. Konsumsi gizi tersebut, tidak bisa dipenuhi karena faktor eksternal maupun internal. Oleh sebab itu, konsumsi gizi anak lebih diperhatikan karena akan menyebabkan status gizi kurang pada balita (Suhardjo, 2002, dalam Saiful, 2009). Status gizi balita merupakan hal penting yang harus diketahui oleh setiap orang tua. Perlunya perhatian lebih dalam tumbuh kembang di usia balita karena berada dalam situasi rentan didasarkan fakta bahwa kurang gizi yang terjadi pada masa emas ini, bersifat irreversible (tidak dapat pulih). Kurang gizi yang terjadi pada masa emas ini antara lain kekurangan energi protein, gangguan kekurangan yodium, kekurangan vitamin A dan penyakit infeksi yang sering terjadi pada balita terutama penyakit diare (Lisdiana, 1998, dalam Saiful, 2009).

#### 4. Imunisasi

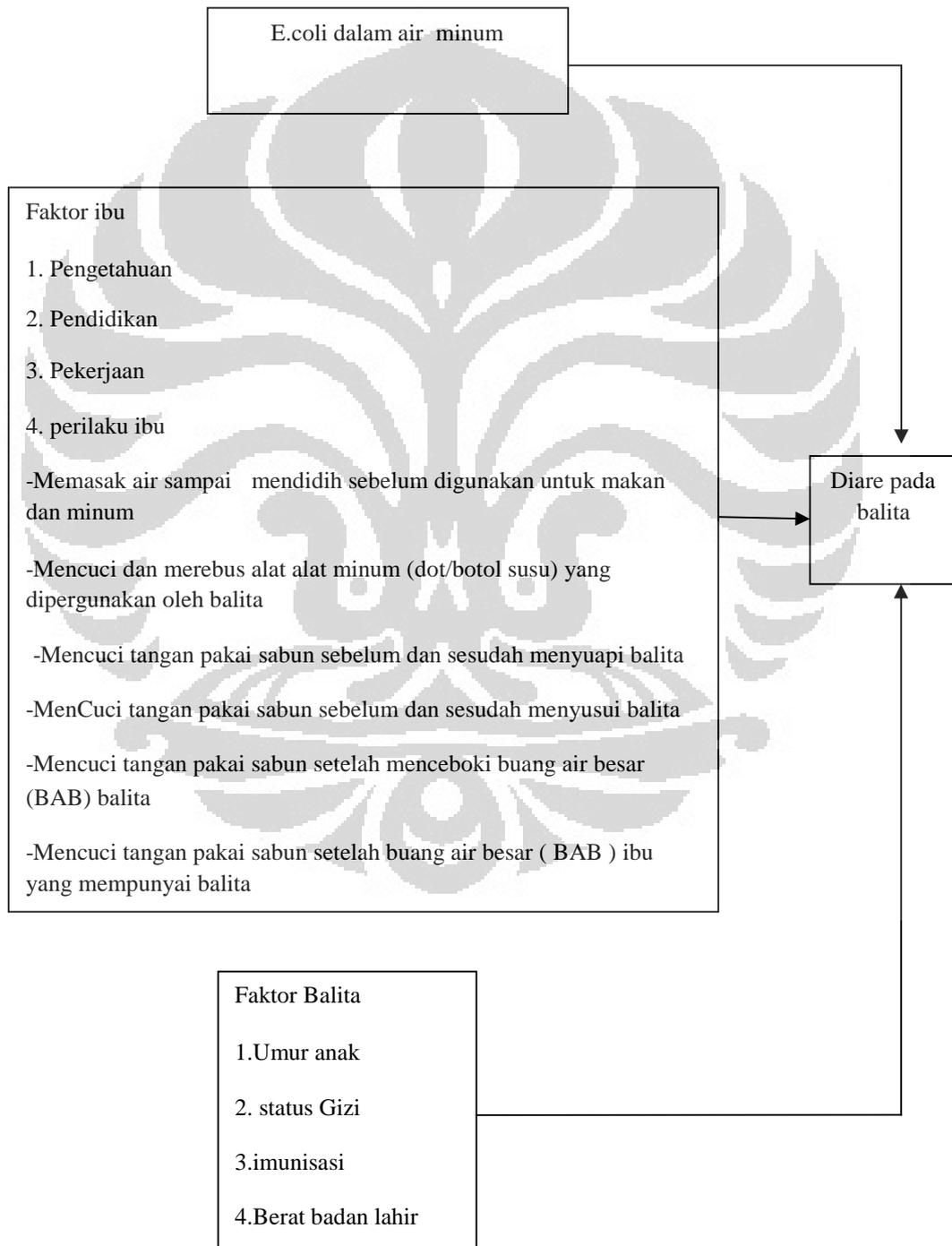
Pencegahan penyakit infeksi salah satunya dengan pengendalian dan pemusnahan sumber infeksi melalui imunisasi. Penyakit campak merupakan salah satu penyakit infeksi yang dapat dicegah melalui pemberian imunisasi campak. Pada anak balita usia 1-4 tahun imunisasi campak dapat menurunkan angka kematian diare.

### BAB III

## KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFENISI OPERASIONAL

### 3.1 kerangka Teori

Skema kerangka teori: gambar 3.1

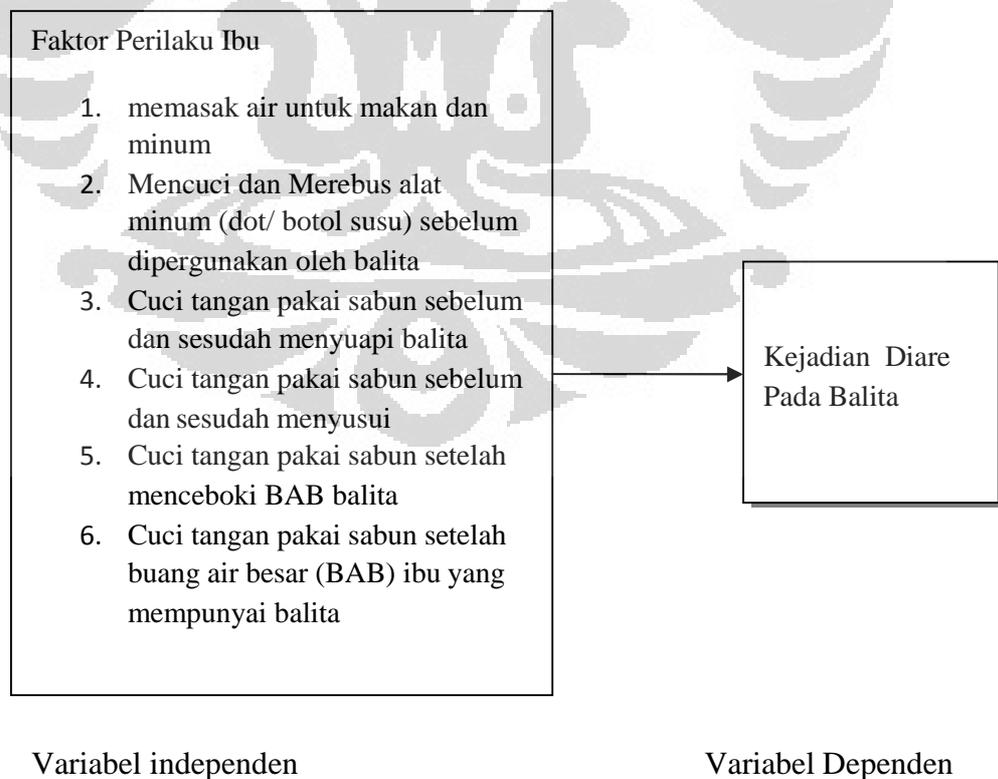


### 3.2 Kerangka Konsep

Dari tinjauan pustaka dapat dikembangkan kerangka konsep yang terdiri dari variable independen yang berupa faktor lingkungan (environment) dengan melihat karakteristik Perilaku Hidup Bersih Ibu dengan kejadian Diare pada balita yaitu Pengolahan air untuk minum, penyimpanan air yang sudah dimasak. Perilaku ibu yaitu pemberian susu pada balita diare, penggunaan botol susu pada balita, perilaku cuci tangan pakai sabun (CPTS) ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita, perilaku cuci tangan pakai sabun setelah membersihkan buang air besar (BAB) balita, perilaku cuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui balita, pemberian makanan bermalam dan jamban keluarga memenuhi syarat kesehatan.

Kejadian diare pada balita yang menjadi variable dependen. Apabila kedua variable ini tidak seimbang maka akan terjadi peningkatan kejadian diare pada balita.

**Gambar 3.2**  
**Kerangka konsep**



### 3.3. Hipotesis

1. Adanya hubungan merebus air untuk minum dengan kejadian diare pada balita di Puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang tahun 2012
2. Adanya hubungan mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dengan kejadian diare pada balita di Puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang tahun 2012
3. Adanya hubungan kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang tahun 2012
4. Adanya hubungan kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun (CPTS) Ibu sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang tahun 2012
5. Adanya hubungan kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun (CPTS) Ibu sesudah menceboki buang air besar (BAB) balita dengan kejadian diare pada balita di Puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang tahun 2012
6. Adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun (CTPS) ibu setelah buang air besar (BAB) ibu yang mempunyai balita dengan kejadian diare pada balita

### 3.4. Definisi Operasional

**Tabel 1**  
**Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
Kejadian diare pada balita	Pernyataan responden tentang suatu keadaan buang air besar yang melebihi batas normal dengan frekuensi encer dan lebih dari biasanya (lebih dari 3X sehari)	Wawancara	Kuesioner	0=tidak 1=pernah	Ordinal

	dalam dua minggu terakhir				
Pengolahan air minum rumah tangga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pernyataan responden dalam mengolah air minum untuk rumah tangga</li> </ul>	Wawancara	Kuesioner	0.Non PAMRT 1.PAMRT	Ordinal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengolah air dengan cara cara yang alamiah dengan penyimpanan atau pengendapan</li> </ul>	Wawancara	Kuisisioner	0.Tidak 1.Ya	Ordinal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengolah air dengan menyaring</li> </ul>	Wawancara	Kuisisioner	0.Tidak 1.Ya	Ordinal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengolah air dengan chloranisasi</li> </ul>	Wawancara	Kuisisioner	0.Tidak 1.Ya	Ordinal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengolah air dengan merebus</li> </ul>	Wawancara	Kuisisioner	0.Tidak 1.ya	Ordinal

<b>1.Perilaku Ibu</b>					
-Menggunakan botol susu yang higienis bagi ibu yang tidak menyusui bayinya (BS)	Pernyataan responden tentang penggunaan botol susu dan dot yang sudah dicuci dan direbus sebelum di pakai	Wawancara	Kuesioner	0.Tidak 1.Ya	Ordinal
Melakukan CTPS	Pernyataan responden tentang kebiasaan CTPS sebelum dan sesudah menyuapi balitanya	Wawancara	Kuesioner	0.Tidak 1.Ya	Ordinal
Melakukan CTPS	Pernyataan responden tentang kebiasaan CTPS setelah membersihkan BAB balita	Wawancara	Kuesioner	0.Tidak 1.Ya	Ordinal
Melakukan CTPS	Pernyataan responden tentang kebiasaan CTPS sesudah menyusui	Wawancara	Kuesioner	0.Tidak 1.Ya	Ordinal
Melakukan CTPS	Pernyataan responden tentang kebiasaan CTPS setelah buang air besar (BAB) ibu yang mempunyai balita	Wawancara	Kuesioner	0.tidak 1.Ya	Ordinal

## BAB IV METODE PENELITIAN

### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Oleh karena variabel variabel yang diteliti pada saat yang bersamaan.

Desain penelitian ini digunakan dengan alasan mudah dilaksanakan karena ekonomis, dari segi waktu dan hasil yang diperoleh cepat. Disamping itu mengingat kelemahan kelemahan yang terjadi dan kesimpulan yang diperoleh berpotensi untuk menimbulkan bias.

### 4.2. Waktu dan Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan maret 2012 sampai dengan mei atau selama 72 hari. yang mengambil lokasi penelitian puskesmas Cimanuk kabupaten pandeglang.

### 4.3. Populasi dan Sampel

#### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki balita yang berusia 0 hari sampai 59 bulan serta tinggal di wilayah kerja puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang yang berjumlah 2085 orang.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini sejumlah 107 orang yang di ambil berdasarkan perhitungan rumus sebagai berikut (Lemeshow, et al, 1997)

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2 P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

N = Jumlah sampel yang dibutuhkan

- $Z^{2}_{1-\alpha}$  = Nilai baku distribusi normal pada  $\alpha$  tertentu (derajat kepercayaan  $\rightarrow 1.96$  (CI = 95%,  $\alpha = 0.05$ )
- P = proporsi variabel faktor-faktor yang mempengaruhi, nilai  $p = 0,5$  (memilih P sebesar 0,5 akan selalu memberikan observasi yang cukup, tanpa melihat nilai proporsi yang sesungguhnya.
- d = Derajat akurasi (presisi) yang di inginkan  $\rightarrow 10\% = 0,1$

Sesuai rumus di atas, maka jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,1)^2} = 97$$

Untuk menghindari sampel yang gagal atau adanya kesalahan, maka pengambilan sampel diperbesar sebanyak 10%, sehingga diperoleh sampel yang dibutuhkan adalah sebesar 107 sampel.

Sampel yang digunakan harus memenuhi kriteria inklusi. Sedangkan sampel yang memenuhi kriteria eksklusi harus dikeluarkan dari sampel.

kriteria inklusi dari sampel adalah:

1. Ibu balita laki-laki dan perempuan yang berusia 0 -59 bulan
2. Ibu balita yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Cimanuk
3. Ibu balita yang bersedia menjadi sampel dalam penelitian ini

Kriteria Eksklusi dari sampel adalah:

1. Ibu balita yang bertempat tinggal di luar wilayah kerja puskesmas cimanuk
2. Ibu balita yang tidak bersedia menjadi sampel penelitian

#### 4.4. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan adalah data primer melalui wawancara dengan kuisioner pada ibu yang memiliki balita dan data sekunder yaitu data yang diperoleh dari data rekam medik puskesmas Cimanuk Kabupaten pandeglang dan sarana kesehatan lain yang ada diwialyah kerja puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang. Sebelum wawancara diberi penjelasan dulu secara rinci tentang maksud dari pertanyaan.

#### 4.5. Manajemen Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan dengan menggunakan komputer untuk mencari hubungan, dengan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Editing : meneliti kembali setiap lembar daftar pertanyaan meliputi kelengkapan jawaban, keterbatasan tulisan kesesuaian jawaban satu dengan yang lain
2. Coding : kegiatan coding dilakukan dengan mengklasifikasikan jawaban dengan jalan memberi tanda pada masing-masing jawaban dengan kode tertentu. Daftar pertanyaan yang telah dilengkapi dengan pengisian kode jawaban selanjutnya dipindahkan kedalam program komputer
3. Scoring : proses pemberian skor pada jawaban yang diberikan responden
4. Entry data : memasukan data hasil wawancara kedalam program komputer
5. Cleaning data : proses pembersihan data dilakukan dengan cara melihat distribusi frekuensi dari variabel-variabel dan menilai kelogisanya, bila perlu dilakukan pengecekan ulang pada kuisioner.

#### 4.6. Analisa Data

Dalam penelitian ini dilakukan dua teknik analisis yaitu

##### 4.5.1 Analisis univariat

Analisis digunakan terhadap masing masing variabel bebas dan terikat. Hasil analisis berupa distribusi dan presentase dari tiap tiap variabel.

#### 4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan perilaku ibu dengan kejadian diare pada balita di wilayah kerja puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang tahun 2012.

Adapun untuk melihat hubungan ini digunaka uji statistik chi square dengan rumus:

$$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

$$Df = (k - 1)(b - 1)$$

Keterangan

X<sup>2</sup>= Nilai Chi kuadrat      Σ= jumlah      O= Nilai yang diamati

E= Nilai yang diharapkan      K= jumlah kolom      B= jumlah baris

Uji chi square digunakan untuk menilai beda proporsi hubungan dari setiap variabel dengan signifikan hubungan pada derajat penolakan  $\alpha = 5\%$  dan interval kepercayaan atau CI= 95% dengan asumsi sebagai berikut:

- Jika nilai  $p \leq 0.05$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara variabel dependen dan independen
- Jika nilai  $P \geq 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel dependen dan independen

#### 4.5.3. Analisis Multivariat

Tujuan analisis ini adalah untuk menentukan faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian diare dengan melihat hubungan berbagai variabel independen yang diteliti dengan variabel dependen pada saat yang bersamaan.karena variabel dependen dan independen penelitian ini termasuk kedalam data ketegorik maka analisis yang di gunakan yaitu uji regresi logistic

ganda model prediksi yaitu memperkirakan variabel dependen dengan menggunakan informasi yang ada pada beberapa tabel independen. (Hastono, 2008)

Langkah analisis multivariat adalah:

1. Dilakukan seleksi bivariat pada masing masing variabel dependen dan independen, dimana jika hasil bivariat menghasilkan P value  $< 0,25$  maka variabel tersebut masuk kedalam tahap multivariate selanjutnya
2. Pemodelan multivariat yaitu dengan melakukan analisis terhadap variabel yang lulus seleksi bivariat, jika dari hasil analisis menghasilkan nilai p value , 0,05 maka variabel tersebut dipertahankan sebaliknya jika nilai P value  $> 0,05$  maka variabel tersebut akan dikeluarkan satu persatu milai dari nilai P yang paling besar.
3. Langkah analisis multivariat terakhir dilakukan dengan melihat perubahan pada OR variabel yang dikeluarkan, jika menyebabkan perubahan OR . 10% pada variabel lainnya maka variabel tersebut dimasukkan kembali kedalam analisis. Selanjutnya variabel yang bersar tersebut dimasukkan kembali kedalam analisis. Selanjutnya dilihat variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap kejadian.

## BAB V HASIL PENELITIAN

### 5.1 gambaran Umum Lokasi Penelitian

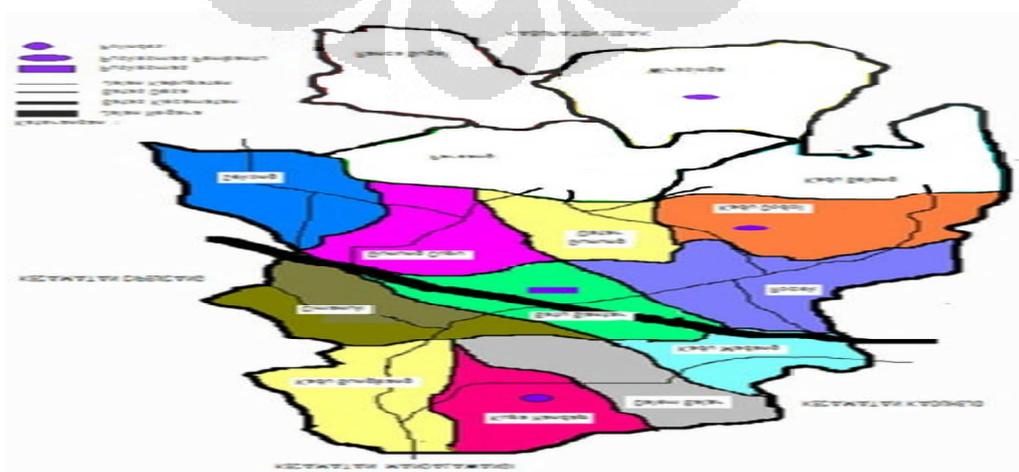
#### 5.1.1. Keadaan Geografi

Puskesmas Cimanuk terletak di Desa Batubantar Kecamatan Cimanuk, berjarak kurang lebih 10 Km ke arah selatan/Labuan dari Ibukota Kabupaten Pandeglang dan berada dipinggir jalan negara. Wilayah kerja Puskesmas Cimanuk meliputi perbukitan dan daratan dengan luas 23,64 km<sup>2</sup> yang berbatasan langsung :

- Sebelah Utara dengan Kecamatan Mandalawangi
- Sebelah Timur dengan Kecamatan Kaduhejo
- Sebelah Barat dengan Kecamatan Cipeucang, dan
- Sebelah Selatan dengan Kecamatan Mekarjaya.

Keadaan tanahnya subur, dengan curah hujan yang cukup, berlangsung sepanjang tahun sesuai dengan waktunya. Hampir sebagian besar daerahnya tidak mengalami kesulitan dalam mendapatkan air, baik untuk pengairan maupun untuk kebutuhan rumah tangga, termasuk untuk kebutuhan air bersih. Desa Kadubungbang merupakan daerah pariwisata berupa pemandian umum/ kolam renang dan tempat wisata agama. Kecamatan Cimanuk merupakan daerah penghasil beras terbesar dan berkualitas di wilayah kabupaten Pandeglang

**Peta Wilayah Kecamatan Cimanuk**



Puskesmas Cimanuk adalah puskesmas urutan ke 8 dari 34 Puskesmas yang ada di kabupaten pandeglang, Puskesmas terdiri dari 11 desa, hanya 4 desa yang wilayahnya terletak di sisi jalan negara, yaitu desa Cimanuk, desa Kadumadang, desa Batubantar dan desa Rocek, sedangkan desa lainnya dihubungkan dengan jalan kabupaten dan beberapa desa dihubungkan dengan jalan propinsi yaitu desa Kadumadang, Dalembalar, Kupahandap dan Kadubungbang.

### 5.1.2. Keadaan Demografi

Berdasarkan laporan Puskesmas Cimanuk tahun 2011 jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cimanuk adalah dijelaskan dalam tabel dibawah ini:

**Tabel 5.1**  
**Distribusi jumlah Penduduk berdasarkan jenis kelamin per desa di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang tahun 2011**

<b>Jumlah penduduk kecamatan Cimanuk</b>				
<b>No</b>	<b>Desa</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah laki-laki</b>	<b>Jumlah perempuan</b>
1	Batu bantar	4,021	2,096	1,925
2	Cimanuk	4,883	2,555	2,328
3	Dalem balar	3,360	1,679	1,681
4	Gunung cupu	2,296	1,178	1,118
5	Gunung datar	2,437	1,212	1,225
6	Kadu Bungbang	5,068	2,579	2,489
7	Kadu Dodol	3,115	1,550	1,565
8	Kadu Madang	4,159	2,193	1,966
9	Kupa Handap	2,757	1,446	1,311
10	Rocek	3,875	1,970	1,905
11	Sekong	2,276	1,159	1,117
	<b>Jumlah</b>	<b>38.247</b>	<b>19.617</b>	<b>18630</b>

*Sumber: profil puskesmas Cimanuk tahu 2011*

Dari tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa jumlah penduduk wilayah kecamatan Cimanuk yaitu 38.247 jiwa yang tersebar di 11 desa. Kadu bungbang mempunyai jumlah penduduk terbanyak yaitu 5.068 jiwa dan yang paling sedikit jumlah penduduknya yaitu desa Sekong sebanyak 2.276 jiwa.

Data pendidikan kepala keluarga menurut tingkat pendidikan yang ada di wilayah Puskesmas Cimanuk di terangkan dalam tabel berikut ini:

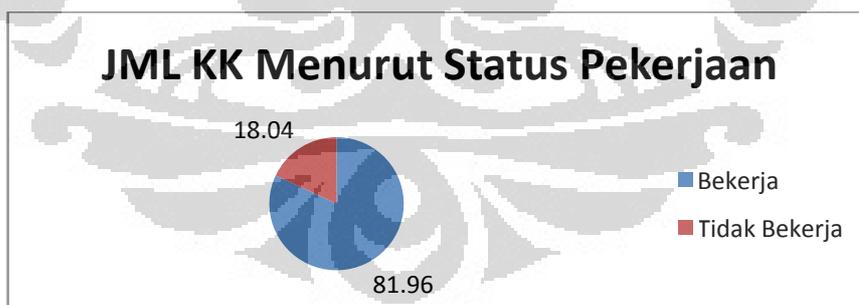
**Tabel 5.2**  
**Jumlah KK per Desa menurut tingkat pendidikan**  
**di kecamatan Cimanuk tahun 2011**

<b>Jumlah Kepala Keluarga per desa Menurut Tingkat Pendidikan di Kecamatan Cimanuk Tahun 2011</b>					
No	Desa	Tidak tamat SD	Tamat SD – SLTP	Tamat SLTA	Tamat Ak/PT
1	Cimanuk	80	782	191	12
2	Batu bantar	80	495	224	125
3	Kadu bungbang	220	761	200	19
4	Kupa handap	81	461	115	7
5	Dalem balar	36	531	85	7
6	Kadu matang	105	502	131	21
7	Rocek	212	490	154	32
8	Kadu dodol	92	464	127	10
9	Gunung datar	164	443	89	12
10	Gunung cupu	93	422	53	13
11	Sekong	73	376	79	10

*Sumber: profil Puskesmas Cimanuk tahun 2011*

Berdasarkan tabel 5.2 diatas di wilayah Puskesmas cimanuk jumlah keluarga terbanyak adalah tamat SD- SLTP sebanyak 5.727 kepala Keluarga dan paling sedikit tamat Akademi atau Perguruan Tinggi yaitu 268 kepala keluarga.

**Grafik 5.3**  
**Proporsi Kepala Keluarga Berdasarkan Bekerja-Tidak bekerja di**  
**Kecamatan Cimanuk Tahun 2011**



*Sumber : profil kesehatan puskesmas Cimanuk tahun 2011*

Berdasar tabel 5.3 di atas penduduk Cimanuk sebagian besar tidak bekerja yaitu 81,96 %.

### 5.1.3. Fasilitas Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas Cimanuk dijelaskan dalam tabel 5.2 berikut yang terdiri atas:

**Tabel 5.4**  
**Jumlah sarana Kesehatan di Puskesmas Cimanuk Kabupaten**  
**Pandeglang tahun 2011**

No	Fasilitas kesehatan	Jumlah
1	Posyandu	64
2	Klinik Umum	3
3	Praktek dokter	2
4	Bidan Praktek Swasta	8
5	Ambulance	1
6	Sepeda motor	3

*Sumber: profil puskesmas Cimanuk tahun 2011*

Berdasar tabel 5.4 diatas bahwa Puskesmas Cimanuk belum memiliki fasilitas kesehatan yang memadai setiap desa belum mempunyai polindes atau poskesdes, dimana rasionya adalah 1 polindes/poskesdes disetiap desa. Demikian juga dengan sepeda motor harusnya setiap petugas memiliki kendaraan bermotor, sehingga masih membutuhkan 9 sepeda motor.

**Tabel 5.5**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang**  
**tahun 2011**

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Umum	2
2	Dokter Gigi	1
3	Bidan	14
4	Perawat	17
5	Perawat gigi	1
6	Tenaga kesehatan gizi	2
7	Sanitarian	1
8	Pengelola imunisasi	1
9	Pelaksana TU	1
<b>Jumlah</b>		<b>40</b>

*Sumber: profil Puskesmas Cimanuk tahun 2011*

Berdasarkan tabel 5.5 di atas jumlah tenaga yang berada di Puskesmas Cimanuk masih banyak kekurangan, Masih belum sesuai dengan kebutuhan jumlah penduduk yang ada di wilayah Puskesmas Cimanuk

#### **5.1.4. Program Kesehatan**

##### **5.1.4.1. Kesehatan Lingkungan**

Dari data laporan tahunan Puskesmas Cimanuk di dapatkan bahwa Upaya pemeriksaan kesehatan lingkungan pada pemukiman, institusi maupun tempat-tempat umum serta tempat pengolahan makanan masih sangat minim. Pada tahun 2011 lingkungan pemukiman yang diperiksa hanya di 7 desa , ternyata hanya 42,7% rumah yang memenuhi kriteria sehat. Beberapa kriteria rumah sehat adalah sebagai berikut: Kering (jaga agar sistem saluran air, saluran pembuangan terjaga dengan baik, begitupun masalah perembesan dan kebocoran rumah), Bersih, Aman ( perhatikan konsep ergonomisnya), Bebas kontaminasi, Memiliki ventilasi, Bebas dari hewan pengganggu, Terawat.

Sedangkan akses terhadap air bersih adalah 73,32%, hanya 49,11 % memiliki jamban. 50,68% memiliki tempat SPAL. Tempat-tempat umum yang diperiksa hanya di pasar, sedangkan tempat pengolahan makanan belum dilakukan pembinaan. Institusi yang dibina kesehatannya hanya pada 3 sekolah di desa Cimanuk dan Kupahandap (8,8% dari 34 sekolah yang terdata). Sedangkan sarana perkantoran dan sarana ibadah belum dilakukan pembinaan kesehatan lingkungan.

##### **5.1.4.2. Promosi Kesehatan**

Di Puskesmas Cimanuk kegiatan promosi kesehatan yang dilaksanakan pada tahun 2011 secara garis besar adalah sebagai berikut:

- Pembinaan kader posyandu sebanyak 11 kali di setaip desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Cimanuk
- Pembinaan desa siaga

##### **5.1.4.3. Pemberantasan penyakit Menular (P2M)**

Pemberantasan Penyakit menular yang dilaksanakan di wilayah Puskesmas Cimanuk meliputi pelayanan Imunisasi, pemberantasan diare, P2 ISPA, P2 TB Paru, P2 Kusta, P2 demam berdarah.

### 5.1.5 Hasil Pencapaian Program

Data hasil pencapaian program di Puskesmas Cimanuk selama tahun 2011 dapat di lihat pada tabel berikut di bawah ini:

**Tabel 5.6**  
**Pencapaian Program Di Puskesmas Cimanuk tahun 2011**

NO	Indikator	Target	Pencapaian
<b>KIA / KB</b>			
1	K1	95%	134,6 %
2	K4	85%	46,54 %
3	KN1	90%	88,89,%
4	KN Lengkap	90%	79,95%
5	Linakes	90%	81,82,%
6	Kunjungan Bayi (KBy)	80%	125,12 %
7	Penanganan Komplikasi ) Obstetrik	100%	60,37%
<b>GIZI</b>			
8	Vit A	100%	89,78%
9	D/S	80%	65,13%
10	N/D	80%	18,02%
11	Gizi buruk		0,69 %
<b>P2M (IMUNISASI &amp; PENYAKIT MENULAR)</b>			
12	Campak	95 %	93,1,%
13	Cakupan suspek TB Paru	40%	575 orang
14	TB paru Sembuh	-	105 orang
15	Penderita DBD yg ditangani	2kasus/ 100 ribu	7 kasus
16	Angka kematian DBD	100%	-
17	Penderita Diare yang ditangani	22%	0,1%
<b>KESLING</b>			
18	Rumah Sehat	85%	42,7 %
19	Penduduk yg Memanfaatkan Jamban	88%	49,11 %
20	Rumah yg Mempunyai SPAL	85%	50,68 %
21	Angka Bebas Jentik	95%	36,82%
22	Rumah tangga ber- PHBS	2.917	55,71%
23	Keluarga memiliki akses air bersih	7.609	73,32 %

*Sumber: profil Puskesmas Cimanuk Tahun 2011*

Berdasar tabel 5.6 diatas yang sudah mencapai target baru K1 dan Kunjungan bayi, sedangkan program yang lain cakupan belum semua mencapai target.

**Tabel 5.7**  
**10 besar penyakit di Puskesmas Cimanuk tahun per Oktober 2011**

Nomer	Jenis penyakit	Jumlah
1	Ispa	1139
2	Gastritis	1027
3	Arthritis	455
4	Dermatitis lainnya	412
5	Gangguan gigi	225
6	Diare	224
7	Hipertensi Esensial	198
8	Batuk	195
9	Faringitis akut	146
10	Influenza karena virus	145

*Sumber: laporan tahunan Puskesmas Cimanuk tahun 2011*

Berdasar tabel 5.7 diatas dari 10 besar penyakit Diare menjadi urutan ke -6 yaitu berjumlah 224 dalam rata rata kunjungan perbulanya.

## 5.2 Analisis Univariat

### 5.2.1 Memasak air sampai mendidih sebelum digunakan untuk makan dan minum

**Tabel 5.8**  
**Distribusi frekuensi responden melakukan perebusan air minum**

Air minum di rebus	Frekuensi	Persen
Ya	105	98.1
Tidak	2	1.9
Total	107	100.0

Berdasarkan tabel 5.8 hasil survey terhadap 107 responden diketahui bahwa ibu yang merebus air sebelum diminum yaitu 105 orang atau 98,1% dan yang tidak melakukannya yaitu 2 orang atau 1,9%.

### 5.2.2. Mencuci dan merebus alat makan dan minum balita

**Tabel 5.9**  
**Distribusi frekuensi ibu mencuci dan merebus alat makan dan minum**

Mencuci dan merebus alat makan	Frekuensi	Persen
Ya	65	60,7
Tidak	42	39,3
Total	107	100.0

Berdasarkan tabel 5.9 hasil survey terhadap 107 responden yang mencuci dan merebus alat makan (dot ) diketahui bahwa yang melakukan sebanyak 65 orang atau 60,7% dan yang tidak melakukan sebanyak 42 orang atau 39,3%.

### 5.2.3 Mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyuapi balita

**Tabel 5.10**  
**Distribusi frekuensi CTPS sebelum dan sesudah menyuapi balita**

Jumlah CTPS menyuapi	Frekuensi	Persen
Ya	55	51.4
Tidak	52	48.6
Total	107	100.0

Berdasarkan tabel 5.10 hasil survey terhadap 107 responden diketahui bahwa ibu yang melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyuapi balita yaitu 55 orang atau 51,4% dan yang tidak melakukannya yaitu 52 orang atau 48,6%.

#### 5.2.4. Mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyusui balita

**Tabel 5.11**  
**Distribusi frekuensi CTPS sebelum dan sesudah menyusui**

CTPS menyui	Frekuensi	Persent
Ya	39	36.4
Tidak	68	63.6
Total	107	100.0

Berdasarkan tabel 5.11 hasil survey terhadap 107 ibu yang mempunyai balita diketahui bahwa ibu yang melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyusui yaitu 39 Orang atau 36,4 % dan yang tidak melakukannya yaitu 68 orang atau 63,6%.

#### 5.2.5. Mencuci tangan pakai sabun setelah menceboki BAB balita

**Tabel 5.12**  
**Distribusi frekuensi cuci tangan pakai sabun ibu setelah menceboki BAB balita**

CTPS setelah menceboki balita	Frekuensi	Persen
Ya	77	72
Tidak	30	28.
Total	107	100

Berdasarkan tabel 5.12 hasil survey terhadap 107 responden diketahui bahwa ibu yang cuci tangan pakai sabun setelah menceboki balita adalah 77 orang atau 72% dan yang tidak melakukannya yaitu 30 orang atau 28%.

### 5.2.6 Mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar (BAB)

**Tabel 5.13**  
**Distribusi frekuensi CTPS setelah BAB**

CTPS setelah BAB	Frekuensi	Persen
Ya	83	77.6
Tidak	24	22.4
Total	107	100.0

Berdasarkan tabel 5.13 hasil survey terhadap 107 responden yaitu ibu yang mempunyai balita diketahui bahwa ibu yang melakukan cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar yaitu sebanyak 83 orang atau 77,6% dan yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar yaitu 24 orang atau 22,4%.

### 5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel dependen (kejadian diare pada balita) dengan variabel independen (faktor perilaku ibu). Hasil analisis tersebut adalah sebagai berikut:

#### 5.3.1. Hubungan Antara merebus air sebelum diminum dengan kejadian diare pada balita

Variabel hubungan antara merebus air minum dengan kejadian diare dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.14**  
**Merebus air sebelum di minum dengan kejadian diare pada balita**

Air minum direbus	kejadian diare pada balita		Jumlah	Nilai P	Nilai OR
	Pernah	Tidak pernah			
Tidak	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	1,00	1,28
Ya	46 (43,8%)	59 (56,2%)	105 (100%)		
Jumlah	47 (43,9%)	60 (56,1)	107 (100%)		

Dari tabel 5.14 menjelaskan bahwa 1 orang (50%) responden tidak merebus air sebelum di minum pernah mengalami kejadian diare pada balitanya.

Pada hasil uji statistik didapatkan  $df = 1$  dengan  $P - Value$  sebesar 1,00 ( $P > 0,05$ ), dan  $OR = 1,28$  sehingga dapat di simpulkan tidak adanya perbedaan yang berarti antara kebiasaan merebus air sebelum diminum dengan kejadian diare pada balita.

### 5.3.2. Hubungan antara mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dengan kejadian diare pada balita.

Variabel hubungan antara mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dengan kejadian diare pada balita dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.15**  
**Mencuci dan merebus alat makan dan minum dengan kejadian diare pada balita**

Mencuci dan merebus alat makan dan minum	Kejadian diare pada balita		Jumlah	Nilai P	Nilai OR
	Pernah	Tidak pernah			
Tidak	30 (71,4%)	12 (28,6%)	42(100%)	0,00	7,059
Ya	17 ( 26,25)	48 (73,8%)	65 (100%)		
Jumlah	47 (43,9%)	60 (56,1%)	107 (100%)		

Dari tabel 5.15 diketahui bahwa dari 30 Orang (71,4%) tidak mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita pernah mengalami kejadian diare.

Dari hasil uji statistik diketahui dengan nilai  $p = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dengan  $OR = 7,059$  hal ini berarti menunjukkan adanya hubungan antara mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dengan kejadian diare pada balita dimana responden yang tidak mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balitanya berpeluang 7 kali terkena diare terhadap balitanya.

### 5.3.3. Hubungan antara mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita dengan kejadian diare pada balita

Dari variabel hubungan antara mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita dengan kejadian diare pada balita dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.16**  
Mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita dengan kejadian diare pada balita

CTPS sebelum menyuapi	Kejadian diare pada balita		Jumlah	Nilai P	Nilai OR
	Pernah	Tidak pernah			
Tidak	39 ( 75%)	13 (25%)	52(100%)	0,00	17,625
Ya	8 (14,5%)	47 (85,5%)	52(100%)		
Jumlah	47 (43,9%)	60 (56,1%)	107 (100%)		

Dari tabel 5.16 di ketahui bahwa 39 orang (75 %) yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum menyuapi balitanya pernah mengalami kejadian diare pada balita.

Hasil uji statistik diketahui nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ), dan  $OR = 17,625$  sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun setelah menyuapi dengan kejadian diare pada balita. Dimana responden yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum menyuapi berpeluang 18 kali (17,625) untuk terkena diare pada balita.

### 5.3.4. Hubungan antara mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita

Dari variabel hubungan antara mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.17**  
**Mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita**

CTPS sebelum/ sesudah menyusui	Kejadian diare pada balita		Jumlah	Nilai P	Nilai OR
	Pernah	Tidak pernah			
Tidak	45 (66,2%)	23 (33,8%)	68 (100%)	0,00	36,196
Ya	2 (5,1%)	37 (94,9%)	39 (100%)		
Jumlah	47 (43,9%)	60 (56,1%)	107 (100%)		

Dari tabel 5.17 diketahui bahwa dari 45 (66,2%) responden tidak mencuci tangan sebelum menyusui pernah mengalami kejadian diare pada balita.

Hasil uji statistik diketahui bahwa nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ), dan  $OR = 36,196$  sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita, dimana respondenn yang tidak mencuci tangan sebelum menyusui berpeluang 36 kali untuk terkena diare pada balita.

### **5.3.5. Hubungan antara cuci tangan pakai sabun ibu setelah menceboki BAB anak dengan kejadian diare pada balita**

Dari variabel hubungan antara cuci tabngan pakai sabun ibu setelah menceboki dengan kejadian diare pada balita dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.18**  
**CTPS setelah membersihkan buang air besar anak dengan kejadian diare pada balita**

CTPS setelah menceboki BAB balita	Kejadian diare pada balita		Jumlah	Nilai P	Nilai OR
	Pernah	Tidak pernah			
Tidak	26 (86,7%)	4 (13,3%)	30 (100%)	0,00	17,333
Ya	21 (27,3%)	56 (72,7%)	77 (100%)		
Jumlah	47 (43,9%)	60 (56,1%)	107 (100%)		

Dari tabel 5.18 diketahui bahwa 26 orang (86,7%) responden tidak mencuci tangan pakai sabun setelah menceboki BAB balita pernah mengalami kejadian diare pada balita.

Hasil uji statistik diketahui nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dan  $OR = 17,333$  berarti dapat disimpulkan adanya hubungan antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun setelah menceboki BAB anak balita dengan kejadian diare pada balita, dimana responden yang tidak mencuci tangan pakai sabun setelah menceboki balita berpeluang 17 kali untuk terkena diare pada balita.

### 5.3.6. Hubungan antara mencuci tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar ibu yang mempunyai balita dengan kejadian diare pada balita

Dari variabel hubungan mencuci tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar (BAB) yang mempunyai balita dengan kejadian diare pada balita dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.19**  
**Cuci tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar dengan kejadian diare pada balita**

CTPS setelah BAB	Kejadian diare pada balita		Jumlah	Nilai P	Nilai OR
	Pernah	Tidak pernah			
Tidak Ya	22 (91,7%)	2 (8,3%)	24 (100%)	0,00	25,520
	25(30,1%)	58(69,9%)	83(100%)		
Jumlah	47(43,9%)	60(56,1)	107(100%)		

Dari tabel 5.18 diketahui bahwa 22 (91,7%) responden tidak mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar pernah mengalami kejadian diare pada balita.

Hasil uji statistik diketahui bahwa nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dan  $OR = 25,520$  menunjukkan adanya hubungan antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar (BAB) dengan kejadian diare pada balita, Dimana responden yang tidak mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar mempunyai peluang 25 kali untuk terkena diare pada balita.

## 5.4. Analisis Multivariat

### 5.4.1. Seleksi bivariat

Hasil analisis seleksi bivariat masing masing variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.20**  
**Seleksi Bivariat**

Variabel	P Value
<b>Air minum yang di rebus</b>	<b>1,00</b>
Alat makan dan alat minum di cuci rebus	0,00
CTPS sebelum Menyuali	0,00
CTPS sebelum menyusui	0,00
CTPS setelah menceboki	0,00
CTPS setelah BAB	0,00

Berdasarkan hasil tabel 5.20 analisis seleksi bivariat terhadap semua variabel yang menghasilkan P value < 0,25 masuk kedalam pemodelan multivariate selanjutnya.

### 5.4.2 Pemodelan Multivariat

Hasil analisis pemodelan multivariate terhadap alat makan dan alat minum di cuci dan di rebus, CTPS sebelum menyuali, CTPS sebelum menyusui, CTPS setelah menceboki, CTPS setelah BAB di lihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.21**  
**Hasil Pemodelan Multivariat**

Variabel	Niali P	Exp (B)	CI 95%
Alat makan dan alat mimum di rebus	,008	5.493	1,555-19.397
CTPS sebelum Menyuali	,188	2.523	,637-9.997
CTPS sebelum Menyusui	,002	17.796	2.887-109.699
CTPS menceboki	,217	2.869	,538-15304
CTPS BAB	,245	3.130	,457-21.428

Berdasarkan hasil analisis terdapat tiga variabel yang memiliki nilai P valuenya  $> 0,05$  yaitu CTPS sebelum menyuapi, CTPS setelah menceboki dan CTPS setelah BAB, sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan dari model mulai dari variabel yang memiliki nilai Value lebih besar.

#### 5.4.3 Analisis Multivariat tanpa variabel CTPS Buang air besar (BAB)

Hasil pemodelan multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling besar nilai P valuenya adalah CTPS BAB, maka variabel ini di keluarkan.

**Tabel 5.22**

**Hasi pemodelan multivariate tanpa CTPS buang air besar (BAB)**

Variabel	Nilai P	Exp (B)	CI 95%
Alat makan dan alat ,mimum di rebus	,003	6.611	1.930-22.642
CTPS sebelum Menyuali	,132	2.811	,731-10.803
CTPS sebelum Menyusui	,001	18.001	3.033-106.860
CTPS menceboki	,038	4.742	1094-20.555

Setelah variabel CTPS BAB dikeluarkan dari model, menyebabkan terjadinya perubahan nilai OR pada masing-masing variabel, yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.23**

**Perubahan nilai OR tanpa Variabel CTPS BAB**

Variabel	OR dengan CTPS BAB	OR tanpa CTPS BAB	Perubahan OR
Alat mamin di cuci dan di rebus	5.493	6,611	-20,2
CTPS sebelum menyuali	2.523	2,811	-11,4
CTPS sebelum menyusui	17.796	18.001	- 1,15
CTPS menceboki	2.869	4.742	- 65,2

CTPS BAB dikeluarkan dari permodelan multivariate, langkah selanjutnya mengeluarkan variabel yang mempunyai p lebih besar setelah CTPS BAB yaitu CTPS setelah menceboki. Perubahan nilai OR setelah CTPS setelah CTPS menceboki dikeluarkan dapat dilihat pada tabel 5.24.

**Tabel 5.24**  
**Variabel perubahan OR tanpa CTPS menceboki**

Variabel	OR dengan CTPS menceboki	OR tanpa CTPS menceboki	Perubahan OR
Botol cuci rebus	6.611	6050	8,4
CTPS menyuapi	2523	5743	-127,6
CTPS menyusui	17796	20392	-14,58

Setelah variabel CTPS cebok dikeluarkan dan di analisis menunjukkan bahwa tidak ada perubahan OR > 10%. Pada variabel yang lain, sehingga variabel tidak dimasukkan kembali kedalam model.

#### 5.4.4. Pemodelan Terakhir

Pemodelan terakhir dari analisis multivariate dapat dilihat dalam tabel di bawah ini:

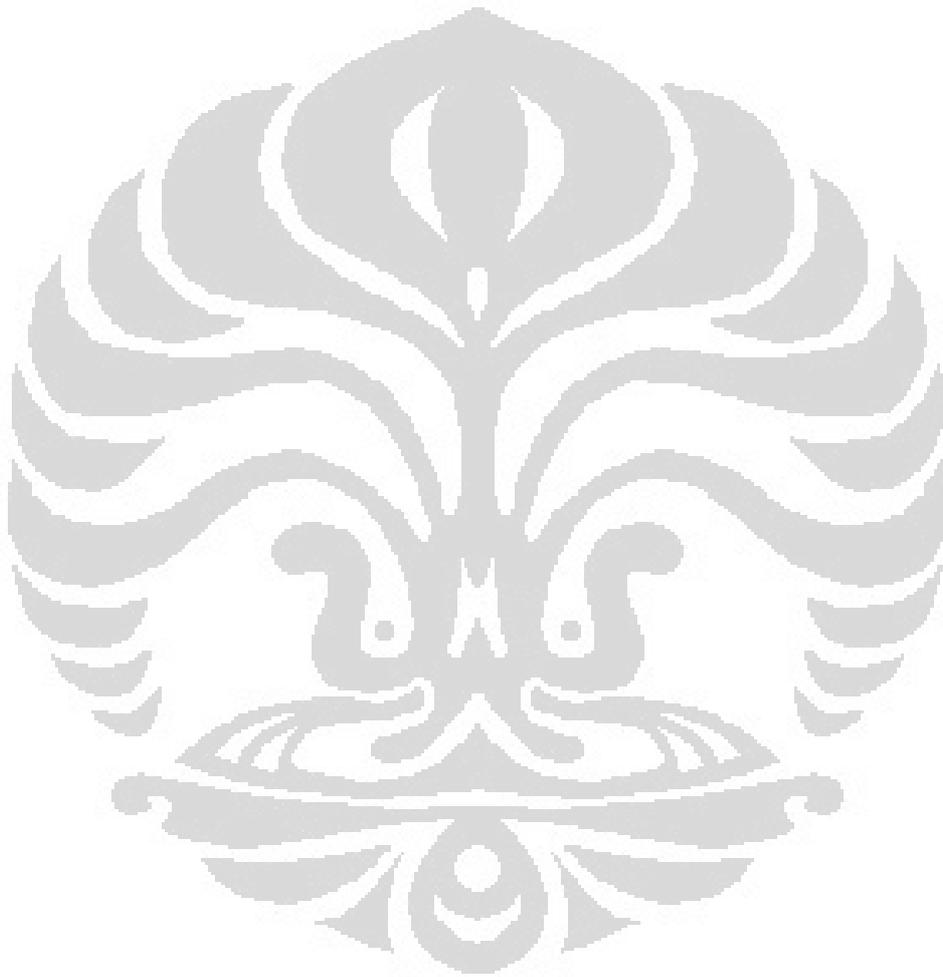
**Tabel 5.25**  
**Model akhir analisis Multivariat**

		Variables in the Equation							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	botolcurebus	1.800	.606	8.836	1	.003	6.050	1.846	19.823
	cucitangan	1.748	.588	8.834	1	.003	5.743	1.814	18.186
	Sabun	3.015	.882	11.688	1	.001	20.392	3.620	114.862
	Constant	-8.905	1.728	26.561	1	.000	.000		

a Variable(s) entered on step 1: botolcurebus, cucitangan, sabun.

Berdasarkan hasil analisis multivariate menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian diare pada balita adalah mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dan CTPS menyuapi dan CTPS menyusui. Hasil analisis dapat diketahui bahwa variabel yang paling dominan adalah CTPS menyusui yang dapat dilihat dari nilai P yang paling kecil = 0,001 dan OR yang paling besar yaitu OR= 20,392 yang artinya responden yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum menyusui berpeluang 20 kali untuk terkena diare pada balita di bandingkan variabel mencuci dan merebus alat makan dan alat minum, mencuci tangan sebelum menyuapi, mencuci tangan

sebelum menceboki BAB balita , serta mencuci tangan pakai sabun setelah BAB ibu yang mempunyai balita.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini mempunyai keterbatasan yang berasal dari desain penelitian yang digunakan yaitu desain cross sectional (potong lintang), sasaran yang terlibat dalam penelitian ini, instrument pengumpulan data dan teknik pengolahan data yang digunakan. Desain cross sectional mempunyai kelemahan antara lain sulit membedakan variabel yang menjadi penyebab dan variabel yang menjadi akibat, serta tidak bisa menjelaskan apakah variabel independen mendahului variabel dependen.

#### **6.2. Bias informasi**

Bias informasi pada penelitian ini terjadi pada keterbatasan kemampuan responden untuk mengemukakan pendapat, kejujuran responden yang sulit dikendalikan dan ini sangat berpengaruh pada informasi yang diperoleh dalam penelitian.

#### **6.3. Hubungan Antara merebus air sebelum diminum dengan kejadian diare pada balita**

Dari hasil penelitian menjelaskan bahwa 1 orang (50%) responden tidak merebus air sebelum di minum pernah mengalami kejadian diare pada balitanya.

Pada hasil uji statistik didapatkan  $df = 1$  dengan  $P - Value$  sebesar 1,00 ( $P > 0,05$ ), dan  $OR = 1,28$  sehingga dapat di simpulkan tidak adanya perbedaan yang berarti antara kebiasaan merebus air sebelum diminum dengan kejadian diare pada balita.

Memasak atau merebus air yang akan di konsumsi hingga mendidih merupakan cara efektif untuk mematikan semua pathogen yang ada dalam air seperti virus, bakteri, spora, fungi dan protozoa. Lama waktu air mendidih yang dibutuhkan adalah berkisar 5 menit namun lebih lama lagi waktu merebus akan lebih baik, direkomendasikan selama 20 menit.

sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syafeti dewi Rosa (2011) bahwa yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara merebus air dengan kejadian diare pada balita.

Dengan tidak adanya hubungan antara perebusan air sebelum di minum dengan kejadian diare hal ini terjadi karena akses terhadap air bersih sudah cukup baik, sedangkan pada sebagian besar ibu yang mempunyai balita yang melakukan perebusan air sebelum di minum hal ini mereka lakukan karena sudah mengerti akan pentingnya merebus air sebelum dikonsumsi oleh keluarga dan balitanya akan mencegah terjadinya kejadian diare.

#### **6.4. Hubungan antara kebiasaan mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dengan kejadian diare pada balita.**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa dari 30 orang (71,4%) tidak mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita pernah mengalami kejadian diare pada balita.

Dari hasil uji statistik diketahui dengan nilai  $p = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dengan  $OR = 7,059$  hal ini berarti menunjukkan adanya hubungan antara mencuci dan merebus alat makan dan alat minum dengan kejadian diare pada balita dimana responden yang tidak mencuci dan merebus alat makan dan alat minumannya berpeluang 7 kali terkena diare pada balita.

Sejalan dengan teori Hampir semua penyakit diare akut secara umum dapat di anggap karena infeksi bakteri . bakteri ini dapat masuk kedalam tubuh manusia melalui tangan atau alat alat minum seperti dot, botol, thermometer dan peralatan makan yang tercemar tinja dari pada penderita atau carier (MAKARA KESEHATAN, 2010)

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Syafeti dewi Rosa (2011) yang menyatakan tidak ada hubungan antara kebiasaan penggunaan botol susu pada balita dengan kejadian diare pada balita.

Sebagian besar responden yaitu ibu yang mempunyai balita tidak mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita hal ini terjadi karena mereka merasa tidak penting dan tidak mengerti bahaya akibat tidak mencuci dan

merebus alat makan dan alat minum balitanya sehingga perilaku responden banyak yang tidak mencuci dan merebus alat makan dan minum balitanya.

#### **6.5. Hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita dengan kejadian diare pada balita**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa 39 orang (75 %) yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum menyuapi balitanya pernah mengalami kejadian diare pada balita.

Hasil uji statistik diketahui nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ), dan  $OR = 17,625$  sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun setelah menyuapi dengan kejadian diare pada balita. Dimana responden yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum menyuapi berpeluang 18 kali untuk terkena diare pada balita.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikemukakan Departemen Kesehatan RI (2005) bahwa mencuci tangan pakai sabun terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi anak balita mempunyai dampak terhadap kejadian diare.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Syafeti Dewi Rosa (2011) yang menyatakan tidak ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyuapi terhadap kejadian diare pada balita.

Dari data penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden tidak mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyuapi balitanya hal ini terjadi karena mereka menganggap bahwa cuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyuapi balita tidak penting untuk kesehatan anak balitanya dan tidak mengetahui mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyuapi dapat mencegah kejadian diare sehingga sebagian besar mereka tidak melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyuapi balita.

#### **6.6. Hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita.**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa dari 45 (66,2%) responden tidak mencuci tangan sebelum menyusui pernah mengalami kejadian diare pada

balitanya. Hasil uji statistik diketahui bahwa nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ), dan  $OR = 36,196$  sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyusui dengan kejadian diare pada balita, dimana responden yang tidak mencuci tangan sebelum menyusui berpeluang 36 kali untuk terkena diare pada balita.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syafeti Dewi Rosa (2011) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara cuci tangan pakai sabun sebelum menyusui dengan kejadian diare pada balita.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Hasil temuan penelitian Studi Formatif Perilaku Higienitas yang digelar Water and Sanitation Program menunjukkan, perilaku CTPS belum menjadi praktik yang umum ataupun norma sosial.

Selain itu hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Peneliti Komunikasi Kesehatan dari Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Program (CCP) Jakarta bahwa Beberapa faktor penghambat meliputi keyakinan bahwa sabun hanya diperlukan apabila tangan terlihat kotor dan mencuci tangan tanpa sabun tidak akan menyebabkan risiko berat. Juga kurangnya kesadaran dalam aspek manfaat kesehatan, Penelitian yang dilakukan secara kualitatif tersebut menunjukkan perilaku CTPS umumnya dilakukan ketika tangan terlihat kotor dan bau, serta dilakukan setelah makan dan beraktivitas.

Dari data penelitian diketahui bahwa dari sebagian besar ibu tidak melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyusui bayinya tersebut karena merasa cuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah menyusui tidak begitu penting dan tidak akan menimbulkan bahaya diare pada balitanya sehingga perilaku cuci tangan pakai sabun tidak dilakukan ibu sebelum dan sesudah menyusui.

### **6.7. Hubungan antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun ibu setelah menceboki buang air besar (BAB) balita dengan kejadian diare pada balita**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa 26 orang (86,7%) responden tidak mencuci tangan pakai sabun setelah menceboki BAB balita pernah mengalami kejadian diare pada balita.

Hasil uji statistik diketahui nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dan  $OR = 17,333$  berarti dapat disimpulkan adanya hubungan antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun setelah menceboki BAB anak balita dengan kejadian diare pada balita, dimana responden yang tidak mencuci tangan pakai sabun setelah menceboki balita berpeluang 17 kali untuk terkena diare pada balita.

Tangan dapat terkontaminasi dengan tinja sewaktu cebok atau pada waktu membersihkan anak setelah buang air besar. Tangan harus di cuci dengan sabun setelah kontak dengan tinja yaitu dengan menggunakan sabun karena untuk melarutkan partikel lemak yang mengandung kuman penyakit. Mencuci tangan sebelum makan, sebelum menyuapi anak, sebelum menyiapkan makanan juga dapat mencegah penularan penyakit. Tetapi harus di ingat dan perlu dilakukan sehingga menjadi kebiasaan adalah mencuci tangan pakai sabun setelah terjadi kontak dengan tinja (PAMSIMAS, 2008).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Syafeti Dewi Rosa (2011) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku mencuci tangan pakai sabun ibu setelah membersihkan buang air besar (BAB) balita dengan kejadian diare pada balita.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan yang dikemukakan oleh Departemen Kesehatan RI (2005) bahwa mencuci tangan pakai sabun terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang dan membersihkan tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi anak dan sebelum makan mempunyai dampak terhadap kejadian diare.

Sebagian besar responden yang terpilih tidak melaksanakan cuci tangan pakai sabun (CTPS) setelah menceboki anak balitanya hal ini terjadi karena mereka tidak mengetahui pentingnya cuci tangan pakai sabun setelah menceboki

balita untuk kesehatan dan dapat mencegah terjadinya diare pada balita sehingga sebagian besar dari ibu-ibu hanya melakukan cuci tangan dengan air saja..

### **6.8. Hubungan antara kebiasaan mencuci tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar (BAB) Ibu yang mempunyai balita dengan kejadian diare pada balita**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa 22 orang (91,7%) responden tidak mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar pernah mengalami kejadian diare pada balita. Hasil uji statistik diketahui bahwa nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dan  $OR = 25,520$  menunjukkan adanya hubungan antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar (BAB) dengan kejadian diare pada balita. Dimana responden yang tidak mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar mempunyai peluang 25 kali untuk terkena diare pada balita.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dan Kajian ilmiah yang dilakukan oleh Curtis and Cairncross (2003) menyarankan bahwa perilaku cuci tangan pakai sabun (CTPS) khususnya setelah kontak dengan feses (setelah ke jamban dan membantu anak ke jamban), dapat menurunkan insiden diare hingga 42 - 47%.

Sebagian besar responden banyak yang tidak mengerti akan bahaya dan pentingnya cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar untuk kesehatan dan untuk pencegahan terhadap kejadian diare pada balitanya sehingga perilaku responden masih banyak yang tidak melakukan cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar.

### **6.9. Variabel Paling Berpengaruh Terhadap Kejadian Diare**

Setelah uji analisis multivariate dari semua variabel diperoleh variabel yang paling berpengaruh yaitu variabel mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita, variabel mencuci tangan pakai sabun sebelum menyuapi dan variabel mencuci tangan pakai sabun sebelum menyusui. Dari ketiga variabel tersebut yang paling dominan variabel mencuci tangan pakai sabun sebelum menyusui.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan menggambarkan hubungan antara pengolahan air sebelum di konsumsi, mencuci dan merebus alat makan dan minum balita, dan perilaku cuci tangan pakai sabun ibu yang mempunyai balita dengan kejadian diare pada balita di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten tahun 2012 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penelitian ini menemukan tidak adanya perbedaan antara kebiasaan merebus air sebelum di minum dengan kejadian diare pada balita di wilayah Puskesmas Cimanuk dimana nilai  $P = 1,00$  ( $P > 0,05$ ) dengan  $OR = 1,28$ .
2. Dalam penelitian juga di temukan adanya hubungan antara kebiasaan mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita (dot) dengan kejadian diare pada balita dimana nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dengan  $OR = 7,059$ . Adanya hubungan yang bermakna antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyuapi balita dengan kejadian diare pada balita, dimana nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dengan  $OR = 17,625$ . Adanya hubungan antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun ibu sebelum dan sesudah menyusui balita dengan kejadian diare pada balita dimana nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dengan  $OR = 36,196$ . Adanya hubungan antara Cuci tangan pakai sabun ibu yang mempunyai balita sesudah menceboki buang air besar balita dengan kejadian pada balita dimana nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dengan  $OR = 17,333$ . Adanya hubungan antara kebiasaan cuci tangan pakai sabun ibu setelah buang air besar ibu yang mempunyai balita dengan kejadian diare pada balita dimana nilai  $P = 0,00$  ( $P < 0,05$ ) dengan  $OR = 25,520$ .
3. Dari hasil penelitian juga di dapatkan tiga varibel yang paling berpengaruh terhadap kejadian diare pada balita yaitu perilaku

mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita dan perilaku mencuci tangan pakai sabun sebelum menyuapi dan perilaku mencuci tangan sebelum menyusui, sedangkan yang paling dominan dari ketiga variabel tersebut dalam mempengaruhi kejadian diare pada balita yaitu perilaku mencuci tangan pakai sabun sebelum menyusui.

## 7.2. Saran

1. Peningkatan ilmu pengetahuan bagi masyarakat atau kader kesehatan tentang hal hal yang berkaitan dengan kejadian penyakit diare yang sering terjadi pada balita khususnya melalui penyuluhan yang dilakukan oleh bidang promosi kesehatan atau pun tenaga kesehatan yang lainnya sehingga dapat merubah perilaku masyarakat terutama ibu ibu yang mempunyai balita dalam tindakan cuci tangan pakai sabun (CTPS) untuk pencegahan penyakit diare supaya menjadi lebih baik.
2. Lebih di tingkatkan lagi kerja sama lintas program khususnya bidang promkes, kesling maupun surveilans dan lintas sektoral yang mendukung terhadap sosialisasi perilaku hidup bersih dan sehat dalam pencegahan penyakit diare dengan cuci tangan pakai sabun (CTPS) bagi seluruh lapisan masyarakat dari yang biasanya dilakukan per tri wulan menjadi setiap bulan sekali.
3. Masyarakat sebagai orang tua agar dapat berperan aktif dalam tindakan mencuci tangan pakai sabun (CTPS) dan merebus alat makan dan alat minum balita untuk pencegahan diare yang terjadi pada anak balitanya.
4. Masyarakat agar dapat mendukung program surveilans berbasis masyarakat yang ada di Puskesmas sebagai upaya pencegahan dan deteksi dini terhadap kasus diare pada balita.
5. Pembinaan secara berkelanjutan terhadap petugas yaitu kader posyandu dalam menjalankan program pojok oralit yang ada di desa baik melalui pelatihan pelatihan untuk memaksimalkan tujuan program pencegahan penyakit diare bahkan menurunkan angka kematian akibat kasus diare yang terjadi di masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan. Iwan. 1998. *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jurusan biostatistik dan kependudukan Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Azrul azwar,dr., *M.P.H.*,1990, *Pengantar Ilmu kesehatan Lingkungan*, cetakan Kelima, PT Mutiara sumber widya, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI, 2010. *Riset kesehatan dasar*
- Brotowasisto, dr., 1979. *Diare, Penanggulangan dan hasil hasilnya*. Direktorat jendral PPM dan PLP Depkes RI . Jakarta
- Dinkes Kabupaten Pandeglang, 2010. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan kabupaten Pandeglang*
- Dinkes Kabupaten Pandeglang, 2009. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan kabupaten Pandeglang*
- Dinkes Kabupaten Pandeglang, 2008. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan kabupaten Pandeglang*
- Depkes RI, 2009. *Buku Pedoman pelaksanaan Program P2 Diare, direktorat jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan penyehatan lingkungan Pemukiman Depkes RI*, Jakarta.
- Depkes RI, *Direktoral jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan ibu*, Jakarta, 2009.
- <http://www.uripsumoharjo.com/read/news/112/prilaku-cuci-tangan-pakai-sabun-dapat-menurunkan-insiden-diare.html> ,di unduh tanggal 31 mei 2012.
- <http://id.she.yahoo.com/pentingnya-cuci-tangan-pakai-sabun-132902212.html> , di unduh tanggal 31 mei 2012.
- <http://eprints.undip.ac.id/6313/>, di unduh tanggal 31 mei 2012.
- <http://inspeksisanitasi.blogspot.com/2009/04/sanitasi-total-berbasis-masyarakat-stbm.html>, di unduh tanggal 31 mei 2012.

<http://aimyaya.com/id/teknologi-tepat-guna/disinfeksi-cara-sederhana-menghilangkan-kuman-dari-air-minum/>, di unduh tanggal 31 mei 2012.

<http://eprints.undip.ac.id/13761/1/1179.pdf>, di unduh tanggal 1 juni 2012

<http://wir-nursing.blogspot.com/2010/10/hubungan-status-gizi-dengan-kejadian.html>, di unduh tanggal 1 juni 2012

Juli Soemirat slamet, 1994. *Kesehatan lingkungan, Cetakan Pertama, Gadjah mada university Press.*

Kementerian kesehatan RI Direktorat jenderal Pengendalian Penyakit dan penyehatan lingkungan, 2011. *Buku Pedoman Pengendalian Penyakit Diare. Lintas Diare Lima Langkah Tuntaskan diare.*

Kementerian keseharan RI,2011,Buletin Jendela Data Informasi kesehatan, *Situasi Diare di Indonesia, Pengendalian Diare di Indonesia, Morbiditas dan Mortalitas Diare pada Balita, tahun 2000 – 2007, vaksin rotavirus Untuk Pencegahan diare, Jakarta.*

khung maung et all, *Risk Factors For Resistant Diarrhoe and Malnutrition in Myanmar Children I : Socio-anthropological Risk Factor; Journal Of Tropical Pediatrics; Volume 40, Februari 1994.*

Mulyadi, *Analisis Data Susenas 2001, faktor – faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita di Indonesia Tahun 2001*

Mosley, W.henry, Lincoln Chen; *Child Survival, Strategic for Research ;Population and Depelovment Review, A Suplement to Vol. 10; 1984*

Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian kesehatan.* PT Rineka cipta, jakarta

Notoatmodjo, S,2007. *Promosi kesehatan dan ilmu Perilaku, cetakan pertama,PT Rineka Putra Jakarta.*

Notoatmodjo,S,2009. *Ilmu kesehatan masyarakat, cetakan kelima, PT Rineka Putra, Jakarta.*

Ni putu Eka purnama dewi, *Skripsi faktor faktor yang ber hubungan dengan diare pada Balita di Wilayah Kerja UPT puskesmas Mengwi kabupaten Badung, Provinsi bali tahun 2011*

Puskesmas Cimanuk, 2011. *Profil Kesehatan Puskesmas Cimanuk*

Prof dr. Sugiyono. 2009. *Metode penelitian Kuantitatif dan kualitatif dan R & D.*  
Alfabeta, Bandung.

Pusat Promosi Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, 2009, Diare.

[soetrisnon2629.wordpress.com/ penyakit-bawaan-air-water-borne-diseases/](http://soetrisnon2629.wordpress.com/penyakit-bawaan-air-water-borne-diseases/) di  
unduh tanggal 4 juli 2012 jam 06.00 Wib.

Syaefeti Dewi Rosa, *skripsi hubungan pengelolaan air Minum Rumah Tangga  
Pada Dan Perilaku hidup bersih dan Sehat ibu dengan Kejadian  
Diare pada balita Di puskesmas Cipayung Kota Depok tahun 2011*

Widoyono, 2008, *Penyakit tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan  
pemberantasanya, PT Gelora Aksara Pratama, erlangga, Jakarta.*





**PEMERINTAH KABUPATEN PANDEGLANG**  
**DINAS KESEHATAN**

Jln. Bhayangkara No. 3 Telp. (0253) 201064 Pandeglang 42213

Nomor : 008 /SDK - 110/Kes-VI/2012

Pandeglang, 27 Juni 2012

Lampiran : -

Kepada Yth:

Perihal : **Persetujuan ijin Penelitian**

**Wakil Dekan**  
**Universitas Indonesia**  
**Fakultas Kesehatan**  
**Masyarakat**

di-

DEPOK

Menindaklanjuti surat dari Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat tertanggal 09 April 2012 Nomor : 3483/H2.F10/PPM.00.00/2012 Perihal : Izin Penelitian dan menggunakan data Mahasiswa Peminatan Bidan Komunitas dengan rincian sebagai berikut:

Nama : **Bai Masniah**  
NPM : 1006818904  
Judul Skripsi : "Kejadian Diare pada Balita di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Banten Tahun 2012".

Pada dasarnya Kami tidak berkeberatan memberikan izin, selama bermanfaat bagi mahasiswa yang bersangkutan dan tempat penelitian yang digunakan.

Demikian surat persetujuan ini kami sampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

**KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN PANDEGLANG**



**Drs. H. ISKANDAR, MM**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19630303 198402 1 001

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Kepala UPT Puskesmas Cimanuk;
2. Mahasiswa yang bersangkutan;
3. Peringgal.

**KUISIONER PENELITIAN “ Gambaran Kejadian Diare Pada balita Di Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten tahun 2012”**

Lembar Persetujuan:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan persetujuan untuk menjadi responden pada penelitian “ Gambaran Kejadian Diare Pada balita Di puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten tahun 2012” dan memberikan jawaban dengan sebenar – benarnya

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Depok, April 2012

Yang Menyatakan

( )

KUISIONER: GAMBARAN KEJADIAN DIARE DI PUSKESMAS CIMANUK  
KABUPATEN PANDEGLANG TAHUN 2012

Tanggal Wawancara;            /            /2012

Responden adalah: ibu yang memiliki anak balita yang terpilih sebagai sampel di wilayah Puskesmas Cimanuk

**I. Identitas Responden**

Nama anak balita: < \_\_\_\_\_ >

Nama responden < \_\_\_\_\_ >

1. Umur ibu ..... tahun
2. Apakah pendidikan tertinggi ibu
  1. Tidak sekolah    2. Tidak tamat SD    3. Tamat SD    4. Tamat SMP
  5. tamat SLTA    6. Akademi / perguruan Tinggi
3. Apakah ibu bekerja
  1. Tidak    2. Ya
4. Berapa jumlah anak balita dirumah
  1. 1 orang    2. Lebih dari 1 orang

**II. Kejadian Diare**

5. Dalam 2 minggu ini apakah anak ibu pernah mengalami mencret atau muntaber?
  1. Pernah    2. Tidak pernah
6. Apakah buang air besar lembek dari dan lebih dari 3X selama sehari (24 jam)?
  1. Tidak    2. Ya

**III. Perilaku ibu menggunakan alat makan dan alat minum**

7. Apakah ibu selalu mencuci alat makan dan alat minum bayi dengan bersih memakai sabun sebelum di gunakan?
  1. Tidak    2. Ya
8. Apakah anak ibu menggunakan botol susu

1. Tidak      2. Ya
9. Apakah botol susu dicuci dan di rebus sebelum dipakai
  1. Tidak      2. Ya
10. Bila ya ibu merebus alat makan dan minum balita, berapa lama ibu merebusnya?
  1. Sampai mendidih
  2. Sampai 5 menit setelah mendidih
  3. Sampai 15 menit setelah mendidih

**IV. CTPS ( Cuci Tangan pakai Sabun )**

11. Apakah setelah menceboki BAB anak, ibu mencuci tangan?
  1. Tidak      2. Ya
12. Bila ya, apakah ibu mencuci tangan pakai sabun?
  1. Tidak      2. Ya
13. Apakah ibu mencuci tangan setelah buang air besar (BAB)?
  1. Tidak      2. Ya
14. Bila ya, apakah ibu mencuci tangan pakai sabun?
  1. Tidak      2. Ya
15. Apakah sebelum dan sesudah menyuapi anak, ibu mencuci tangan?
  1. Tidak      2. Ya
16. Bila ya, apakah ibu mencuci tangan pakai sabun?
  1. Tidak      2. Ya
17. Apakah sebelum dan sesudah menyusui anak, ibu mencuci tangan?
  1. Tidak      2. Ya
18. Bila ya, apakah ibu mencuci tangan pakai sabun?
  1. Tidak      2. Ya
19. Apakah ibu tahu akibat dari tidak mencuci tangan pakai sabun
  1. Tidak
  2. Ya, jika ya sebutkan .....

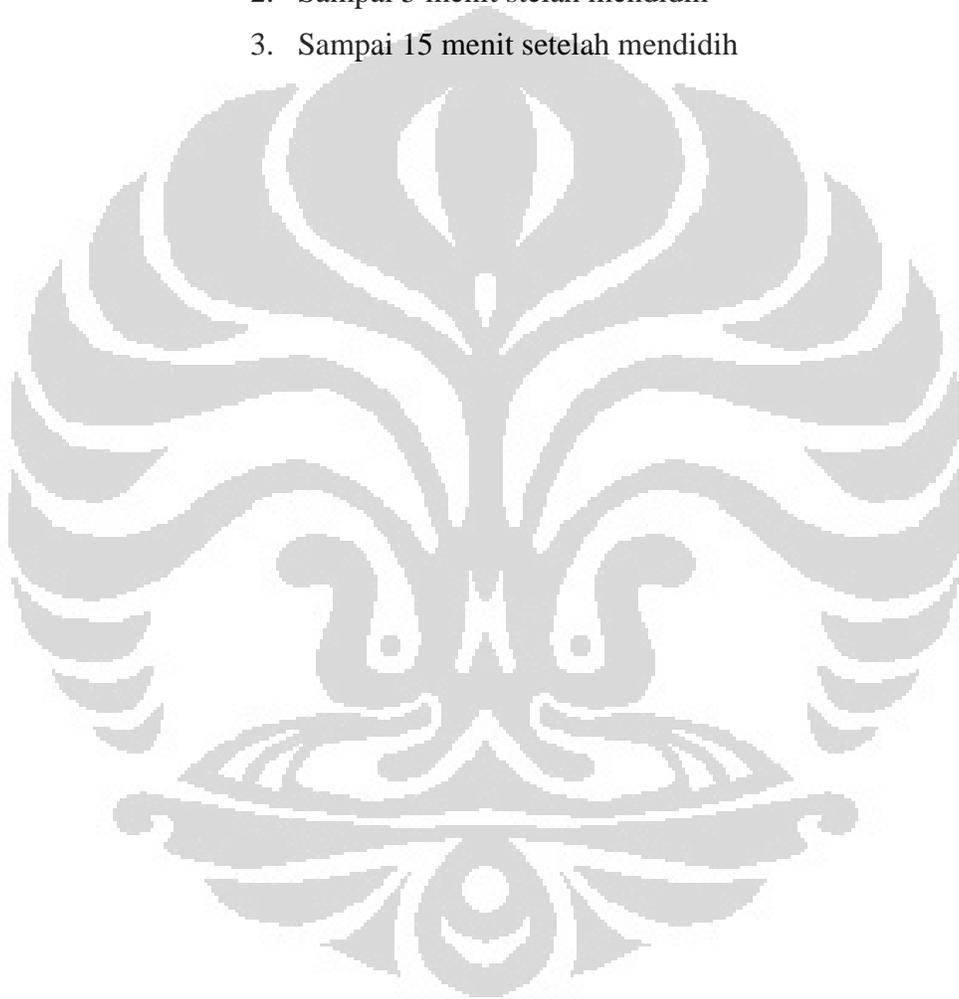
**V. Pengolahan air**

20. Apakah air minum yang digunakan ibu untuk balita selalu direbus terlebih dahulu?

1. Tidak
2. Ya

21. Bila ya di rebus, berapa lama ibu merebus air?

1. Sampai mendidih
2. Sampai 5 menit setelah mendidih
3. Sampai 15 menit setelah mendidih



**Hasil pengolahan Univariat****air minum direbus**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	105	98.1	98.1	98.1
Tidak	2	1.9	1.9	100.0
Total	107	100.0	100.0	

**botol susu dicuci dan direbus**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	65	60.7	60.7	60.7
Tidak	42	39.3	39.3	100.0
Total	107	100.0	100.0	

**CTPS MENYUAPI**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	55	51.4	51.4	51.4
Tidak	52	48.6	48.6	100.0
Total	107	100.0	100.0	

**CTPS MENYUSUI**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	39	36.4	36.4	36.4
Tidak	68	63.6	63.6	100.0
Total	107	100.0	100.0	

**CTPS cebok**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	77	72.0	72.0	72.0
Tidak	30	28.0	28.0	100.0
Total	107	100.0	100.0	

**CTPS BAB**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	83	77.6	77.6	77.6
Tidak	24	22.4	22.4	100.0
Total	107	100.0	100.0	

## DATA BIVARIAT

### air minum direbus \* balita pernah mencret Crosstabulation

			balita pernah mencret		Total
			pernah	tidak pernah	
air minum direbus	tidak	Count	1	1	2
		% within air minum direbus	50.0%	50.0%	100.0%
	Ya	Count	46	59	105
		% within air minum direbus	43.8%	56.2%	100.0%
Total		Count	47	60	107
		% within air minum direbus	43.9%	56.1%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.031(b)	1	.861		
Continuity Correction(a)	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.030	1	.862		
Fisher's Exact Test				1.000	.688
Linear-by-Linear Association	.030	1	.862		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.017			.861
Interval by Interval	Pearson's R	.017	.098	.173	.863(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.017	.098	.173	.863(c)
N of Valid Cases		107			

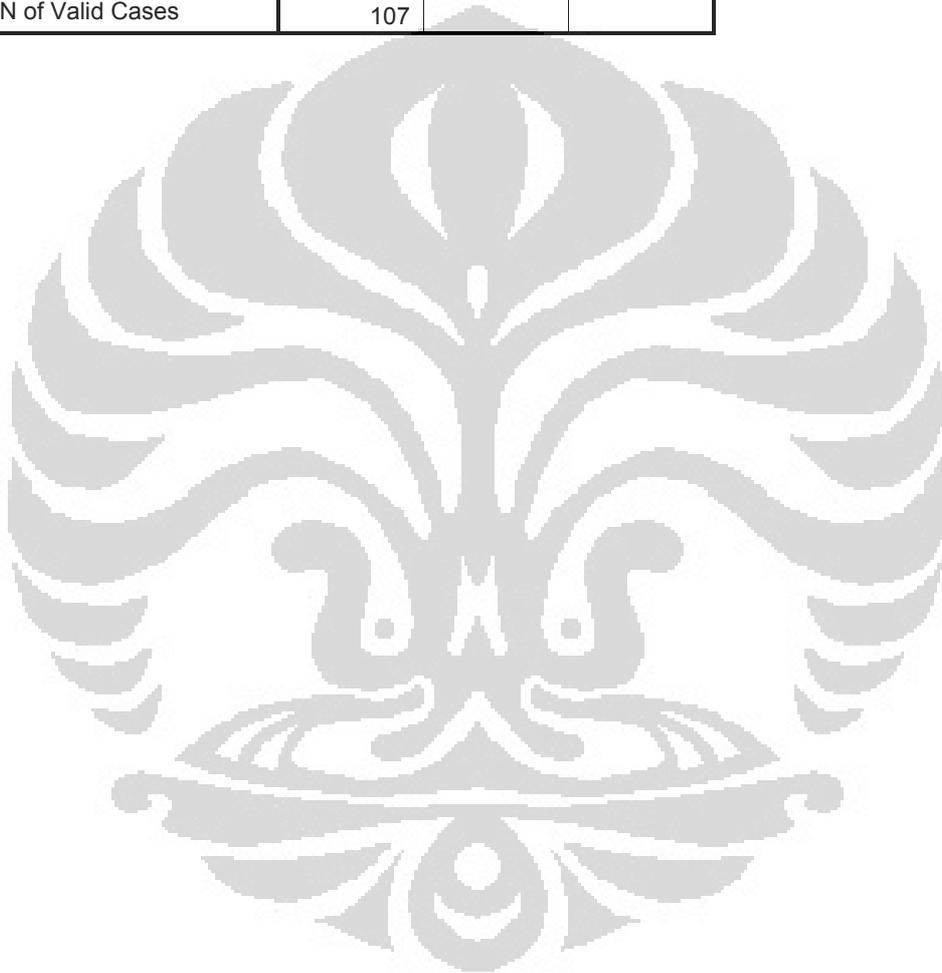
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for balita pernah mencret (pernah / tidak pernah)	1.283	.078	21.060
For cohort air minum direbus = tidak	1.277	.082	19.877
For cohort air minum direbus = ya	.995	.943	1.050
N of Valid Cases	107		



**botol susu dicuci dan direbus \* balita pernah mencret Crosstabulation**

			balita pernah mencret		Total
			pernah	tidak pernah	
botol susu dicuci dan direbus	tidak	Count	30	12	42
		% within botol susu dicuci dan direbus	71.4%	28.6%	100.0%
	ya	Count	17	48	65
		% within botol susu dicuci dan direbus	26.2%	73.8%	100.0%
Total		Count	47	60	107
		% within botol susu dicuci dan direbus	43.9%	56.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.233(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	19.435	1	.000		
Likelihood Ratio	21.790	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.034	1	.000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.45.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.407			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.445	.087	5.098	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.445	.087	5.098	.000(c)
N of Valid Cases		107			

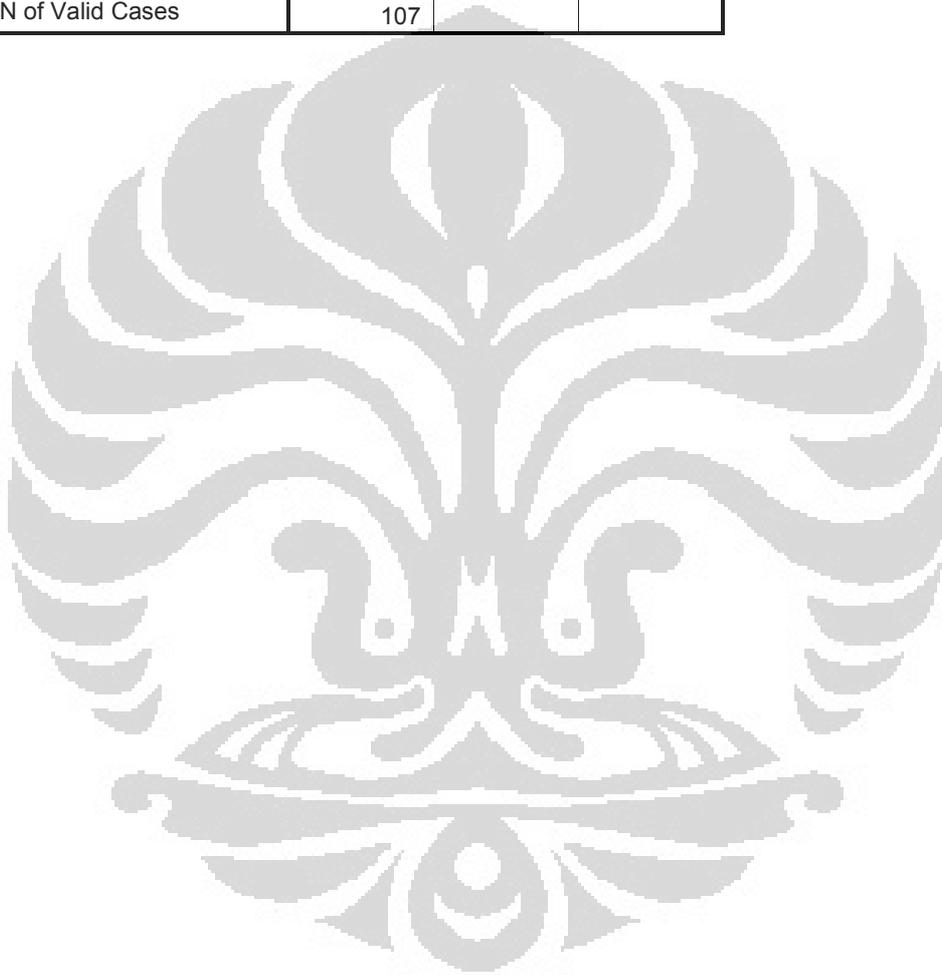
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for botol susu dicuci dan direbus (tidak / ya)	7.059	2.962	16.822
For cohort balita pernah mencret = pernah	2.731	1.740	4.288
For cohort balita pernah mencret = tidak pernah	.387	.235	.638
N of Valid Cases	107		



**CTPS MENYUAPI \* balita pernah mencret Crosstabulation**

			balita pernah mencret		Total
			pernah	tidak pernah	
CTPS MENYUAPI	tidak	Count	39	13	52
		% within CTPS MENYUAPI	75.0%	25.0%	100.0%
	ya	Count	8	47	55
		% within CTPS MENYUAPI	14.5%	85.5%	100.0%
Total		Count	47	60	107
		% within CTPS MENYUAPI	43.9%	56.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	39.661(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	37.244	1	.000		
Likelihood Ratio	42.646	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	39.290	1	.000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.84

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.520			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.609	.076	7.864	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.609	.076	7.864	.000(c)
N of Valid Cases		107			

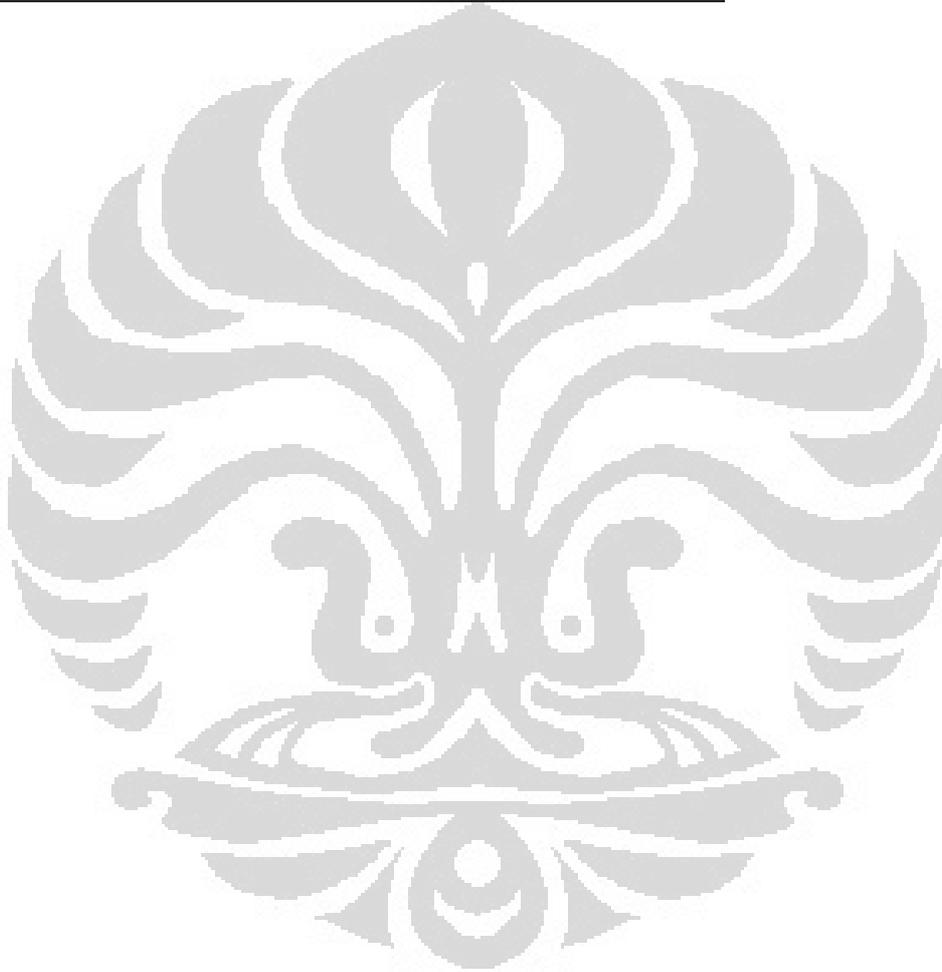
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for CTPS MENYUAPI (tidak / ya)	17.625	6.630	46.853
For cohort balita pernah mencret = pernah	5.156	2.666	9.971
For cohort balita pernah mencret = tidak pernah	.293	.180	.474
N of Valid Cases	107		



**CTPS MENYUSUI \* balita pernah mencret Crosstabulation**

			balita pernah mencret		Total
			pernah	tidak pernah	
CTPS MENYUSUI	tidak	Count	45	23	68
		% within CTPS MENYUSUI	66.2%	33.8%	100.0%
	ya	Count	2	37	39
		% within CTPS MENYUSUI	5.1%	94.9%	100.0%
Total		Count	47	60	107
		% within CTPS MENYUSUI	43.9%	56.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	37.502(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	35.064	1	.000		
Likelihood Ratio	43.952	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	37.152	1	.000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.13.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.509			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.592	.065	7.527	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.592	.065	7.527	.000(c)
N of Valid Cases		107			

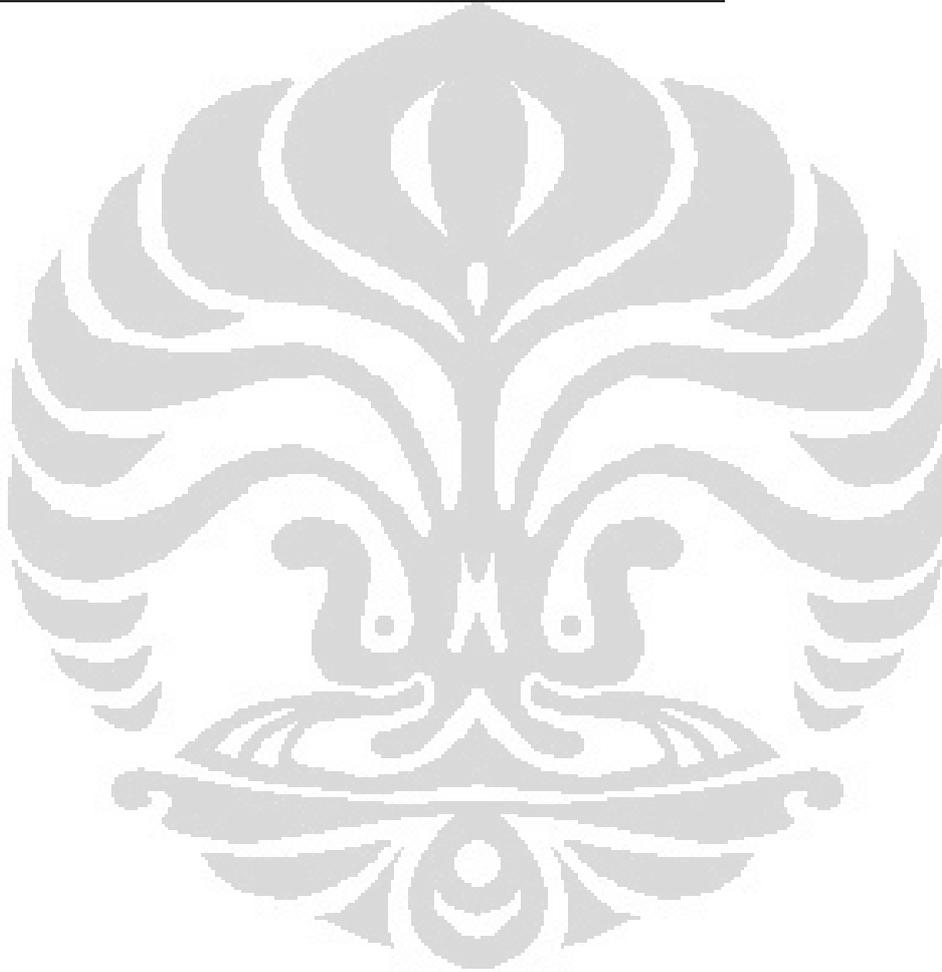
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for CTPS MENYUSUI (tidak / ya)	36.196	8.004	163.676
For cohort balita pernah mencret = pernah	12.904	3.310	50.306
For cohort balita pernah mencret = tidak pernah	.357	.254	.501
N of Valid Cases	107		



**CTPS cebok \* balita pernah mencret Crosstabulation**

			balita pernah mencret		Total
			pernah	tidak pernah	
CTPS cebok	tidak	Count	26	4	30
		% within CTPS cebok	86.7%	13.3%	100.0%
	ya	Count	21	56	77
		% within CTPS cebok	27.3%	72.7%	100.0%
Total	Count		47	60	107
	% within CTPS cebok		43.9%	56.1%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	30.919(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	28.555	1	.000		
Likelihood Ratio	32.953	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	30.630	1	.000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.18.

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.473			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.538	.077	6.532	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.538	.077	6.532	.000(c)
N of Valid Cases		107			

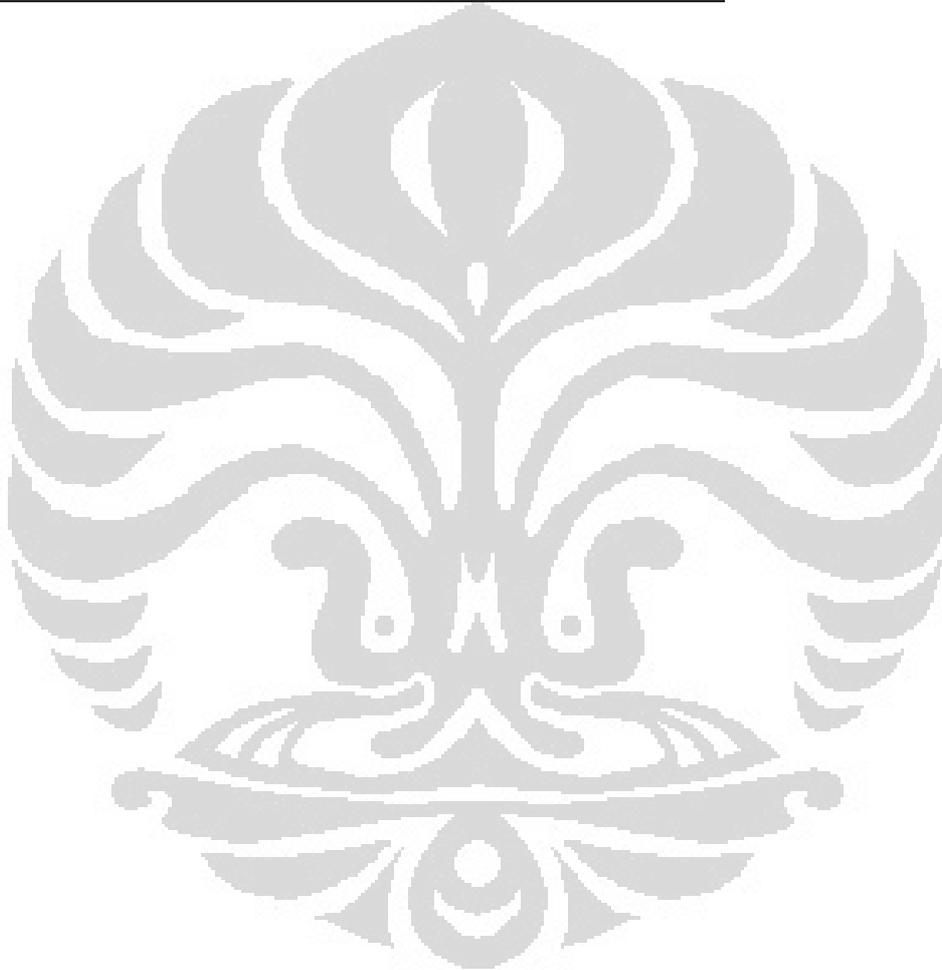
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for CTPS cebok (tidak / ya)	17.333	5.401	55.627
For cohort balita pernah mencret = pernah	3.178	2.150	4.697
For cohort balita pernah mencret = tidak pernah	.183	.073	.461
N of Valid Cases	107		



## CTPS BAB \* balita pernah mencret Crosstabulation

			balita pernah mencret		Total
			pernah	tidak pernah	
CTPS BAB	Tidak	Count	22	2	24
		% within CTPS BAB	91.7%	8.3%	100.0%
	Ya	Count	25	58	83
		% within CTPS BAB	30.1%	69.9%	100.0%
Total		Count	47	60	107
		% within CTPS BAB	43.9%	56.1%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28.630(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	26.186	1	.000		
Likelihood Ratio	31.410	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	28.363	1	.000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.54.

## Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.459			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.517	.072	6.193	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.517	.072	6.193	.000(c)
N of Valid Cases		107			

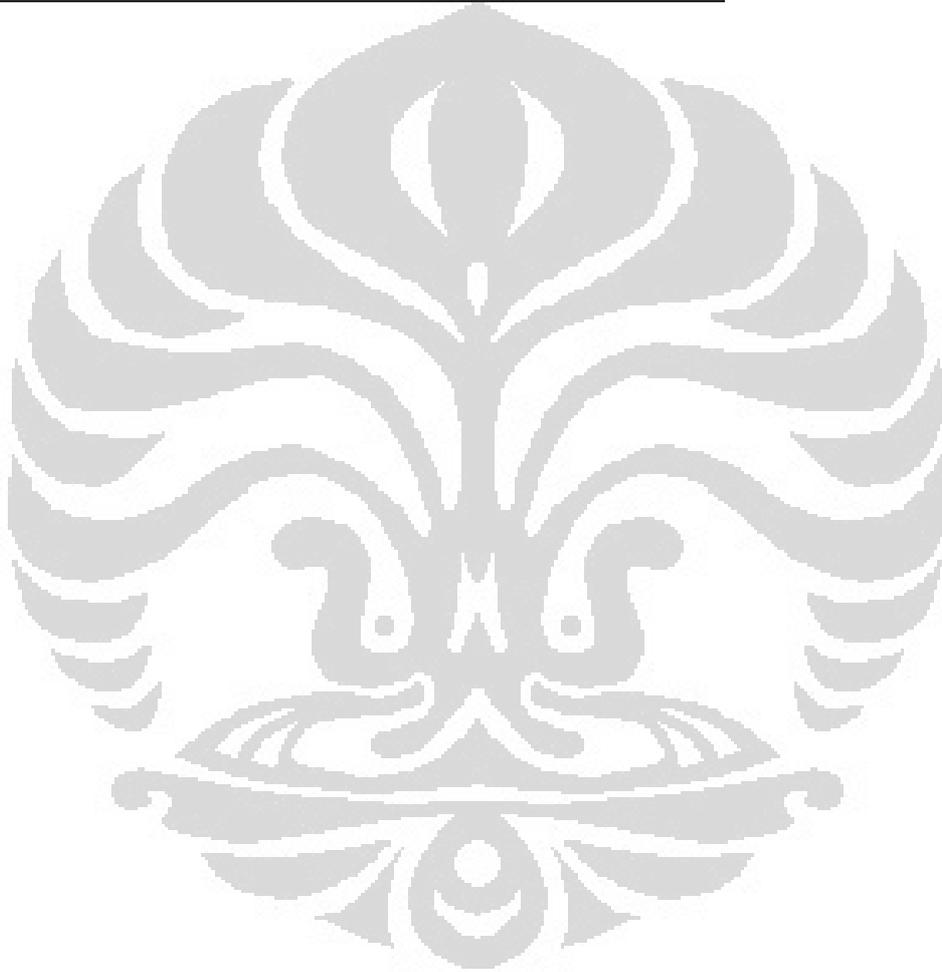
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for CTPS BAB (tidak / ya)	25.520	5.573	116.869
For cohort balita pernah mencret = pernah	3.043	2.146	4.315
For cohort balita pernah mencret = tidak pernah	.119	.031	.453
N of Valid Cases	107		



## Output Multivariat

Keterangan Variabel:

1. Botol cuci Rebus balita = mencuci dan merebus alat makan dan alat minum balita
2. Cuci tangan = CTPS menyuapi
3. Sabun = CTPS Menyususi
4. Cuci sabun = CTPS setelah Menceboki
5. Pakai sabun = CTPS setelah BAB

### 1. Hasil Pemodelan Dengan lima Variabel Berhubungan

#### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	botolcurebus	1.703	.644	7.003	1	.008	5.493	1.555	19.397
	Cucitangan	.925	.703	1.735	1	.188	2.523	.637	9.997
	Sabun	2.879	.928	9.625	1	.002	17.796	2.887	109.699
	Cucisabun	1.054	.854	1.522	1	.217	2.869	.538	15.304
	Pakaisabun	1.141	.981	1.352	1	.245	3.130	.457	21.428
	Constant	-	2.199	26.238	1	.000	.000		
		11.264							

a Variable(s) entered on step 1: botolcurebus, cucitangan, sabun, cucisabun, pakaisabun.

### 2. Hasil Pemodelan Tanpa CTPS setelah BAB (pakai sabun)

#### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	botolcurebus	1.889	.628	9.042	1	.003	6.611	1.930	22.642
	cucitangan	1.033	.687	2.263	1	.132	2.811	.731	10.803
	sabun	2.890	.909	10.117	1	.001	18.001	3.033	106.860
	cucisabun	1.556	.748	4.326	1	.038	4.742	1.094	20.555
	Constant	-	2.004	27.590	1	.000	.000		
		10.528							

a Variable(s) entered on step 1: botolcurebus, cucitangan, sabun, cucisabun.

### 3. Hasil Pemodelan Tanpa variabel Menceboki

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	botolcucrebus	1.800	.606	8.836	1	.003	6.050	1.846	19.823
	cucitangan	1.748	.588	8.834	1	.003	5.743	1.814	18.186
	sabun	3.015	.882	11.688	1	.001	20.392	3.620	114.862
	Constant	-8.905	1.728	26.561	1	.000	.000		

a Variable(s) entered on step 1: botolcucrebus, cucitangan, sabun.

