PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
No. DAFTAR : 038/PER-UMP/ 2012
TANGGAL : 16-4-2012.

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DIARE PADA ANAK USIA SEKOLAH 6-12 TAHUN DI WILAYAH PUSKESMAS PLAJU KOTA PALEMBANG TAHUN 2012

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:

ENDANG DWI KURNIA
NIM: 702008007

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

2012

HALAMAN PENGESAHAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DIARE PADA ANAK USIA SEKOLAH 6-12 TAHUN DI WILAYAH PUSKESMAS PLAJU KOTA PALEMBANG TAHUN 2012

Dipersiapkan dan disusun oleh
Endang Dwi Kurnia
NIM: 702008007

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 08 Maret 2012

Menyetujui:

dr. H. Syahrul Muhammad, MARS
Pembimbing Pertama

Indri Ramayanti, S.Si, M.Sc
Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran

Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp. And
NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanki lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, Maret 2012

Yang membuat pernyataan

Endang Dwi Kurnia
NIM 70 2008 007

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap rasa syukur kepada Allah SWT, karya kecil
yang sederhana ini kupersembahkan untuk:

- Ayah dan Ibu tercinta, H. Kasbun Nitihardjo dan Hj. Bahriah, B.Sc
sebagai wujud rasa hormat dan tanda baktiku, serta terima kasih
atas doa yang terus mengalir, kasih sayang, pengorbanan,
dan dorongan semangat yang tak pernah berhenti.

- Saudara kandungku Mas Bambang Maulana, S.Farm, Apt dan
Adikku Winda Sapta Rini yang selalu berbagi canda dan tawa
baik dalam suka maupun duka.

- Untuk Yai, Nyai, Alm. Mbah, Sepupu-sepupuku, sahabat dan orang terdekat
M. Izy, Sutri Wahyuni, Yoan, Nenden, Wiwit, dan Ulfa
terima kasih atas doa dan semangatnya selama ini.

- Buat diriku sendiri, semoga ini menjadi awal yang baik
untuk menggapai semua impian.

- Almamaterku UMP.

MOTTO

Allah menyeru (manusia) ke Darussalam (surga), dan menunjuki orang yang dikehendaki-Nya kepada jalan yang lurus (Islam). Q.S Yunus: 25

Tugas kita bukanlah untuk berhasil.
Tugas kita adalah untuk mencoba,
karena didalam mencoba itulah kita menemukan
dan belajar membangun kesempatan untuk berhasil (Mario Teguh).

Hidup adalah kegelapan jika tanpa hasrat dan keinginan. Dan semua hasrat-keinginan adalah buta, jika tidak disertai pengetahuan. Dan pengetahuan adalah hampa jika tidak diikuti pelajaran. Dan setiap pelajaran akan sia-sia jika tidak disertai cinta
(Kahlil Gibran).

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, MARET 2012
ENDANG DWI KURNIA

Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju Kota Palembang Tahun 2012

xvi + 58 halaman + 14 tabel + 3 gambar + 6 grafik

ABSTRAK

Penyakit diare merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan pada anak di dunia. Anak-anak dengan status gizi dan kesehatan yang buruk, serta mereka yang terkena kondisi lingkungan yang buruk, lebih rentan terhadap diare.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Kota Palembang Tahun 2012.

Metode penelitian menggunakan metode *study* observasional analitik dengan desain *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah anak-anak usia sekolah 6-12 tahun dengan ibu sebagai responden sebesar 53 responden di daerah aliran sungai dan 53 responden di daerah bukan aliran sungai. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dengan metode *cluster random sampling*. Analisis statistik menggunakan uji *chi square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 106 responden, distribusi frekuensi kejadian diare pada anak-anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju sebesar 60 (56,6%) dan jumlah tidak diare sebesar 46 (43,4%). Berdasarkan hasil analisis data, ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang diare dengan nilai p=0,005 dan OR = 3,8 (95% CI: (1,554-9,718), penyediaan sarana sarana air bersih dengan nilai p=0,006 dan OR = 3,6 (95% CI: (1,517-8,544), penggunaan jamban keluarga dengan nilai p=0,005 dan OR = 4,4 (95% CI: (1,633-12,100), serta pengelolaan sampah dengan nilai p=0,000 dan OR = 9,8 (95% CI: (3,130-30,829) dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun. Sedangkan untuk kebiasaan mencuci tangan tidak ada hubungannya dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun dengan nilai p=0,302.

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa jumlah kasus diare cukup banyak pada anak-anak usia sekolah 6-12 tahun. Terdapat hubungan antara pengetahuan ibu tentang diare, penyediaan sarana air bersih, penggunaan jamban keluarga dan pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju. Sedangkan tidak ditemukannya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Referensi: 33 (1999-2011)
Kata Kunci: diare, faktor-faktor yang berhubungan dengan diare, anak usia sekolah 6-12 tahun.

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY

SKRIPSI, MARCH 2012
ENDANG DWI KURNIA

Factors Associated With the Incidence of Diarrhea on School-Age Children 6-12 Years Old in Health Center Plaju Palembang City in 2012

xvi + 58 pages + 14 tables + 3 pictures + 6 charts

ABSTRACT

Diarrhea diseases are leading cause of mortality and morbidity on children in the world. Children with nutritional status and poor health, and living in poor environmental conditions, are more susceptible to diarrhea diseases.

This study aims to determine the factors associated with the incidence of diarrhea on school-age children 6-12 years old in health center Plaju Palembang city in 2012.

The research method using observational analytic study with cross sectional design. The samples in this study are school-age children 6-12 years old in health center Plaju with the mother as the respondent by 53 respondents in the watershed and 53 respondents in the instead of the watershed. The sampling technique in this study with cluster random sampling method. Statistical analysis using chi square test.

The results showed that of 106 respondents, the frequency distributiom of the incidence of diarrhea on school-age children 6-12 years old in health center Plaju by 60 (56.6%) and no amount of diarrhea by 46 (43.4%). Based on the results of data analysis, there is no association between maternal knowledge about diarrhea with the value of p=0.005 and OR=3.8 (95% CI: (1.554 to 9.718), provision of clean water with the value of p=0.006 and OR=3.6 (95% CI: (1.517 to 8.544), use of family latrines with the value of p=0.005 and OR=4.4 (95% CI: (1.633 to 12.100), as well as waste management with the value of p=0.000 and OR=9,8 (95% CI: (3.130 to 30.829) with the incidence of diarrhea on school-age children 6-12 years old. As for habit of washing hands there is no association with incidence of diarrhea on school-age children 6-12 years old with a value of p=0.302.

Based on these results, it can be concluded that the considerable number of cases of diarrhea on school-age children 6-12 years old. In addition, there is a association between maternal knowledge about diarrhea, provision of clean water, use of family latrines and waste management with the incidence of diarrhea on school-age children 6-12 years old in health center Plaju. While not finding a association between the habit of washing hands with the incidence of diarrhea on school-age children 6-12 years old in health center Plaju.

Reference: 33 (1999-2011)
Key words: diarrhea, factors associated with diarrhea, school-age children 6-12 years old.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatu,

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju Kota Palembang Tahun 2012", sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked). Shalawat dan salam selalu tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai bahan pertimbangan perbaikan di masa mendatang.

Dalam penyelesaian skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran dari berbagai pihak, baik yang diberikan secara lisan maupun tulisan. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
2. dr. Hj. Rita Agustia, M.Kes, selaku Pimpinan Puskesmas Plaju Palembang atas perizinan pengambilan data penelitian.
3. dr. H. Syahrul Muhammad, MARS, selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan banyak ilmu, saran, dukungan, dan bimbingan dalam penyelesaian penelitian.
4. Indri Ramayanti, S.Si, M.Sc, selaku Pembimbing 2 yang yang telah memberikan banyak ilmu, saran, bimbingan, dan dukungan dalam penyelesaian penelitian.
5. Seluruh pegawai Puskesmas Plaju Palembang atas saran dan informasi selama pelaksanaan penelitian.
6. Seluruh staf dosen dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang atas ilmu, bimbingan, saran, dan dukungan selama penyelesaian penelitian.
7. Orang tua dan saudaraku tercinta yang telah banyak membantu dengan doa yang tulus dan memberikan bimbingan moral maupun spiritual.
8. Rekan sejawat seperjuangan serta semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, Maret 2012

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL.....
HALAMAN PENGESAHAN..... i
HALAMAN PERNYATAAN..... ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO..... iii
ABSTRAK..... iv
ABSTRACT..... v
KATA PENGANTAR..... vi
DAFTAR ISI..... vii
DAFTAR TABEL..... x
DAFTAR GAMBAR..... xi
DAFTAR GRAFIK..... xii
DAFTAR LAMPIRAN..... xiii

BAB I PENDAHULUAN
1.1. Latar Belakang..... 1
1.2. Rumusan Masalah..... 3
1.3. Tujuan Penelitian..... 3
1.3.1. Tujuan Umum..... 3
1.3.2. Tujuan Khusus..... 4
1.4. Manfaat Penelitian..... 4
1.4.1. Manfaat Teoritis..... 4
1.4.2. Manfaat Praktis..... 4
1.5. Keaslian Penelitian..... 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA
2.1. Landasan Teori..... 7
2.1.1. Definisi Diare..... 7
2.1.2. Klasifikasi Diare..... 7
2.1.3. Etiologi..... 8
2.1.4. Mekanisme Daya Tahan Tubuh..... 8
2.1.5. Patofisiologi Diare..... 8
2.1.6. Gejala dan Tanda..... 10
2.1.7. Penatalaksanaan..... 10
2.1.8. Pencegahan..... 13
2.1.9. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare..... 14
2.2. Kerangka Teori..... 25

2.3. Kerangka Konsep 26
2.4. Hipotesis 26

BAB III METODE PENELITIAN
3.1. Jenis Penelitian 27
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian 27
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian 27
3.3.1. Populasi Penelitian 27
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel 27
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi 29
3.3.4. Cara Pengambilan Sampel 30
3.4. Variabel Penelitian 30
3.4.1. Variabel Dependent 30
3.4.2. Variabel Independent 30
3.5. Definisi Operasional 30
3.6. Cara Pengumpulan Data 33
3.6.1 Data Primer 33
3.6.2 Data Sekunder 33
3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data 33
3.7.1. Cara Pengolahan Data 33
3.7.2. Analisis Data 34
3.8. Alur Penelitian 35

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN
4.1. Hasil Penelitian 36
4.1.1. Gambaran Umum dan Karakteristik Lokasi Penelitian 36
4.1.2. Hasil Analisis Univariat 39
4.1.3. Hasil Analisis Bivariat 44
4.2. Pembahasan 50
4.2.1. Kejadian Diare Pada Anak 50
4.2.2. Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Diare 51
4.2.3. Hubungan Mencuci Tangan Dengan Diare 52
4.2.4. Hubungan Sarana Air Bersih Dengan Diare 53
4.2.5. Hubungan Jamban Dengan Diare 54
4.2.6. Hubungan Sampah Dengan Diare 55

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN
5.1. Kesimpulan 57
5.2. Saran 57

DAFTAR PUSTAKA..... xiv
LAMPIRAN..... 59
BIODATA..... 78

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1. Perbedaan Antara Oralit Lama dan Oralit Baru.....	11
4.1. 10 Penyakit Terbanyak di Puskesmas Plaju Tahun 2010.....	37
4.2. Gambaran Karakteristik Penggunaan Jamban Keluarga dan Pengelolaan Sampah di DAS dan non DAS.....	38
4.3. Distribusi Frekuensi Kejadian Diare.....	39
4.4. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Tentang Diare.....	40
4.5. Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan.....	41
4.6. Distribusi Frekuensi Penyediaan Sarana Air Bersih.....	42
4.7. Distribusi Frekuensi Penggunaan Jamban Keluarga.....	43
4.8. Distribusi Frekuensi Pengelolaan Sampah.....	44
4.9. Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun....	45
4.10.Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun....	46
4.11.Hubungan Antara Penyediaan Sarana Air Bersih Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun....	47
4.12.Hubungan Antara Penggunaan Jamban Keluarga Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun....	48
4.13.Hubungan Antara Pengelolaan Sampah Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun....	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1. Skema Kerangka Teori.....	25
2.2. Skema Kerangka Konsep.....	26
3.1. Skema Alur Penelitian.....	35

DAFTAR GRAFIK

Grafik	Halaman
4.1. Distribusi Frekuensi Kejadian Diare.....	39
4.2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Tentang Diare.....	40
4.3. Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan.....	41
4.4. Distribusi Frekuensi Penyediaan Sarana Air Bersih.....	42
4.5. Distribusi Frekuensi Penggunaan Jamban Keluarga.....	43
4.6. Distribusi Frekuensi Pengelolaan Sampah.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
1.	Peta Kota Palembang Berdasarkan Jumlah Kasus Diare Per Kecamatan Tahun 2010.....	59
2.	Peta Daerah Plaju Berdasarkan Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS).....	60
3.	Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden.....	61
4.	Kuesioner Penelitian Tentang Diare.....	62
5.	Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner.....	65
6.	Data Hasil Penelitian.....	69
7.	Hasil Analisis Univariat.....	72
8.	Hasil Analisis Bivariat.....	73

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit diare merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan pada anak di dunia. Hal ini kebanyakkan disebabkan oleh makanan dan sumber air yang terkontaminasi. Di seluruh dunia, sekitar 1 miliar orang tidak memiliki akses terhadap sumber air bersih dan 2,5 miliar tidak memiliki akses terhadap sanitasi yang baik (WHO, 2009).

Anak-anak menghabiskan banyak waktunya di sekolah mereka. Ketika sebuah sekolah kekurangan akses akan suplai air dan fasilitas sanitasi serta siswa sekolah tersebut tidak memiliki kebiasaan higienis yang baik, maka akan muncul penyakit yang serius. Banyak penyakit yang diderita anak-anak pada masa awal pertumbuhannya (0-5 tahun) dapat muncul kembali pada masa sekolah, terutama di awal-awal masa sekolah (6-8 tahun). Salah satu penyakit tersebut adalah diare yang dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kematian pada anak usia sekolah (5-18 tahun). Data prevalensi diare pada anak usia sekolah di Indonesia menunjukkan proporsi anak-anak yang terkena penyakit ini berkisar antara 2 sampai 20 persen (Rosso dan Arlianti, 2009).

Menurut WHO dan UNICEF (2009), anak-anak dengan status gizi dan kesehatan yang buruk, serta mereka yang tinggal di kondisi lingkungan yang buruk, lebih rentan terhadap penyakit diare. Anak-anak juga lebih berisiko terjadinya dehidrasi akibat diare daripada orang dewasa karena di dalam tubuh anak-anak membutuhkan air lebih besar untuk metabolisme dibandingkan proporsi berat badannya sendiri.

Diare adalah gejala umum dari infeksi saluran pencernaan yang disebabkan oleh berbagai organisme bakteri, virus, dan parasit. *Rotavirus* dan *Escherichia coli* adalah dua penyebab diare paling umum di negara berkembang (WHO, 2009). Mekanisme penularan utama untuk patogen diare adalah tinja-mulut, dengan makanan dan air yang merupakan penghantar untuk kebanyakan kejadian (Pickering dan Snyder, 1999).

Prevalensi diare dalam Riskesdas 2007 berdasarkan kelompok umur, menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi terdeteksi pada balita 1-4 tahun, yaitu 16,7%, sedangkan prevalensi diare pada anak usia sekolah 5-14 tahun cukup besar, yaitu 9,0%.

Berdasarkan data dari profil kesehatan Indonesia tahun 2009, pola 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit tahun 2009 menurut Daftar Tabulasi Dasar (DTD) menunjukkan bahwa kasus diare berada pada posisi keempat dengan 172.013 kasus. Sedangkan pada pasien rawat inap, diare berada pada posisi pertama dengan jumlah 143.696 kasus. Berdasarkan data *Case Fatality Rate* (CFR) diare di Indonesia tahun 2005-2009, angka kejadian luar biasa (KLB) diare terjadi di 15 provinsi dengan jumlah penderita sebanyak 5.756 orang, jumlah kematian sebanyak 100 orang atau CFR sebesar 1,74%. (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Berdasarkan profil kesehatan Kota Palembang tahun 2010, kasus penderita diare di Kota Palembang tahun 2006-2010 menunjukkan bahwa kasus diare tertinggi tahun 2009, yaitu 54.612 kasus dan terendah tahun 2007, yaitu 46.738 kasus. Jumlah kasus diare per Kecamatan di Kota Palembang tahun 2010 terdapat kasus diare paling tinggi di daerah Ilir Timur II dan Seberang Ulu I sebesar 4309-6589 kasus. Sedangkan kasus diare terendah terdapat di daerah Plaju, Sako, dan Sematang Borang sebesar 1501-1726 kasus (gambar lihat lampiran 1.) (Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2011).

Distribusi penderita diare di Kota Palembang selama tahun 2011 berdasarkan usia dan jenis kelamin menurut laporan P4D (Program Pengembangan Pemberantasan Penyakit Diare) menunjukkan bahwa kasus diare tertinggi pada anak usia > 5 tahun dengan 10.828 penderita pada laki-laki dan 11.806 penderita pada perempuan. Sedangkan angka kejadian diare pada anak balita sebesar 7590 penderita pada laki-laki dan 7125 penderita pada perempuan (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2011).

Kecamatan Plaju merupakan salah satu dari 16 Kecamatan di Kota Palembang. Daerah ini terbagi menjadi Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS) (gambar lihat lampiran 2). Berdasarkan wilayah

kerjanya, Puskesmas Plaju terdiri dari 7 kelurahan, yaitu Kelurahan Plaju Darat, Kelurahan Talang Putri, Kelurahan Komperta, Kelurahan Plaju Ilir, Kelurahan Talang Bubuk, Kelurahan Plaju Ulu, dan Kelurahan Bagus Kuning. Berdasarkan data dari Puskesmas Plaju, penderita diare pada anak selama tahun 2011 sebanyak 944 penderita dengan jumlah diare pada anak usia < 5 tahun sebesar 557 penderita dan jumlah diare pada anak usia > 5 tahun sebesar 387 penderita.

Berdasarkan hasil penelitian Dewi (2011), diketahui bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya diare pada anak usia sekolah (5-12 tahun), yaitu pasokan air bersih tidak memadai, fasilitas kebersihan kurang, kebersihan pribadi buruk, kebersihan rumah buruk, dan metode penyimpanan makanan tidak *hygienis*, sedangkan yang tidak berpengaruh adalah pasokan air minum yang tersedia dan jarak sumber air dengan *septic tank*. Selain itu hasil penelitian Purwito (2011), menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan tentang cuci tangan berpengaruh terhadap terjadinya diare pada siswa kelas VI.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik melakukan penelitian ini dikarenakan kasus diare pada anak usia sekolah di wilayah ini cukup tinggi. Selain itu, pada penelitian terdahulu sudah banyak meneliti kasus diare pada balita dan tidak banyak yang meneliti kasus diare pada anak-anak usia sekolah. Maka dari itu, peneliti ingin menganalisa lebih jauh faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.
2. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.
3. Untuk mengetahui hubungan kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.
4. Untuk mengetahui hubungan penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.
5. Untuk mengetahui hubungan penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.
6. Untuk mengetahui hubungan pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membuktikan bukti-bukti empiris tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan

Sebagai bahan masukan dalam mengevaluasi program yang sedang berjalan, bahan pertimbangan pengambilan keputusan kebijakan dan perbaikan dalam rangka penanggulangan penyakit diare pada anak usia sekolah di wilayah Puskesmas Plaju pada masa yang akan datang.

2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan kepada masyarakat tentang penyakit diare dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun.

3. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan data dasar dan acuan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lain.

1.5. Keaslian Penelitian

Sebelumnya peneliti telah membaca beberapa penelitian serupa yang pernah dilakukan seperti di bawah ini.

1. Wulandari A. P. (2009), "Hubungan Antara Faktor Lingkungan dan Faktor Sosiodemografi Dengan Kejadian Diare Pada Balita di Desa Blimbing Kecamatan Sambirejo Kabupaten Sragen Tahun 2009". Jenis penelitian ini adalah rancangan observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa ada hubungan antara faktor lingkungan dengan kejadian diare pada balita dan tidak ada hubungan antara faktor sosiodemografi dengan kejadian diare pada balita.
2. Junias M. dan Balelay E. (2006), "Hubungan Antara Pembuangan Sampah Dengan Kejadian Diare Pada Penduduk di Kelurahan Oesapa Kecamatan Kelapa Lima Kupang". Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis tempat pembuangan sampah (TPSS), letak/jarak TPSS, dan kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare. Sedangkan kebiasaan jajan dan kepadatan lalat dengan kejadian diare terdapat hubungan yang bermakna.
3. Maryatun A. dan Purwaningsih W. (2004), "Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita Wilayah Kerja Puskesmas Setabelan Kota Surakarta 2004". Jenis penelitian ini adalah observasional dengan desain *cross sectional*. Hasil dari penelitian

ini menyatakan bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan angka kejadian diare.

4. Adisasmito, W. (2007), "Faktor Risiko Diare Pada Bayi dan Balita di Indonesia: *Systemic Review* Penelitian Akademik Bidang Kesehatan Masyarakat". Penelitian ini merupakan *systemic review*. Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa faktor risiko penyebab diare yang paling sering diteliti oleh mahasiswa adalah faktor lingkungan. Faktor lingkungan ini berkaitan dengan sanitasi meliputi sarana air bersih (SAB), jamban, kualitas bakteriologis air, saluran pembuangan air limbah (SPAL), dan kondisi rumah.

Berdasarkan beberapa penelitian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini dari beberapa faktor yang berhubungan dengan diare. Keunggulan dari penelitian ini, peneliti mencoba menghubungkan faktor-faktor yang berhubungan dengan diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, sedangkan pada penelitian sebelumnya dihubungkan dengan diare pada balita. Selain itu, peneliti ingin membuktikan kembali hasil dari penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara faktor yang menyebabkan diare dengan kejadian diare, hal ini terjadi kemungkinan dikarenakan perbedaan tempat dan karakteristik responden yang diteliti.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Definisi Diare

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Departemen Kesehatan RI, 2011).

Menurut Boyle (1999), diare adalah keluarnya tinja air dan elektrolit yang hebat. Pada bayi, volume tinja lebih dari 15 g/kgBB/24 jam disebut diare. Pada umur 3 tahun, yang volume tinjanya sudah sama dengan volume orang dewasa, volume lebih dari 200 g/24 jam disebut diare.

2.1.2. Klasifikasi Diare

Diare dibedakan menjadi dua berdasarkan waktu serangan (onset) (Widoyono, 2008).

1. Diare Akut

Diare akut adalah buang air besar yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih) per hari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari (Departemen Kesehatan RI, 2009). Sebagian besar diare akut (kurang dari 48-72 jam) disebabkan oleh infeksi atau keracunan makanan (Davey, 2005).

2. Diare Kronis

Diare yang berlangsung terus menerus lebih dari dua minggu walaupun telah mendapat pengobatan, atau diare yang bersifat intermitten berbulan-bulan (Hadi, 2002).

Menurut Suraatmaja (2010), diare kronik adalah diare yang berlanjut sampai 2 minggu atau lebih dengan kehilangan berat badan atau berat badan tidak bertambah (*failure to thrive*) selama masa diare tersebut.

2.1.3. Etiologi

Secara klinis penyebab diare dapat dikelompokkan sebagai berikut (Widoyono, 2008).

1. Virus: *Rotavirus* (40-60%), *Adenovirus*.
2. Bakteri: *Escherichia coli* (20-30%), *Shigella* sp. (1-2%), *Vibrio cholerae* 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: AIDS.

2.1.4. Mekanisme Daya Tahan Tubuh

Infeksi virus dan bakteri tidak selamanya akan menyebabkan terjadinya diare karena tubuh mempunyai mekanisme daya tahan tubuh. Usus adalah organ utama yang berfungsi sebagai pintu masuk terhadap invasi dari berbagai bahan yang berbahaya, yang masuk ke dalam lumen usus. Bahan-bahan ini antara lain mikroorganisme, antigen toksin, dll. Jika bahan-bahan ini dapat menembus *barier* mekanisme daya tahan tubuh dan masuk ke dalam sirkulasi sistemik, terjadilah bermacam-macam reaksi seperti infeksi, alergi atau keadaan autoimunitas (Suraatmaja, 2010).

2.1.5. Patofisiologi Diare

Dasar semua diare adalah gangguan transportasi larutan usus; perpindahan air melalui membran usus berlangsung secara pasif dan hal ini ditentukan oleh aliran larutan secara aktif maupun pasif, terutama natrium, klorida dan glukosa. Patogenesis kebanyakan episode diare dapat dijelaskan dari kelainan sekretorik, osmotik atau motilitas, atau kombinasi dari hal-hal tersebut.

Diare sekretorik sering disebabkan oleh zat-zat pemacu sekresi, seperti toksin kolera, yang terikat pada reseptor di epitel permukaan usus dan kemudian memacu akumulasi *cyclic Adenosine Monophosphate* (cAMP) atau *cyclic Guanosine Monophosphate* (cGMP) di dalam sel. Beberapa asam lemak intralumen dan garam empedu menyebabkan mukosa kolon mensekresi melalui mekanisme ini. Diare yang tak disertai dengan zat pemacu sekresi eksogen juga bisa mempunyai komponen sekretorik (misalnya, penyakit inklusi mikrovili kongenital). Diare sekretorik cenderung menjadi diare cair yang volumenya banyak, osmolalitas tinja dapat dihitung dengan adanya elektrolit. Diare sekretorik umumnya menetap walaupun tidak diberi makanan per oral (dipuasakan).

Diare osmotik terjadi setelah makan makanan cair yang sulit diserap. Larutan tersebut mungkin memang merupakan larutan yang biasanya sulit diserap (misalnya, magnesium, fosfat, atau yang tak tercerna, gula yang tak terserap, alkohol atau sorbitol) atau zat yang tidak diserap dengan baik karena adanya kelainan pada usus halus (misalnya, laktosa pada defisiensi laktase atau glukosa pada diare karena *Rotavirus*). Karbohidrat yang mengalami malabsorbsi ini secara khas difermentasi di usus besar dan menghasilkan asam lemak rantai pendek (*Short Chain Fatty Acid* = SCFA). Walaupun asam lemak rantai pendek yang ada di kolon dapat diserap dan dipakai sebagai suatu sumber tenaga, namun pengaruh sebenarnya adalah meningkatnya beban larutan osmotik. Bentuk diare ini biasanya jumlahnya lebih sedikit dibanding diare sekretorik dan berhenti dengan berpuasa. Osmolalitas tinja tidak bisa dihitung dari kandungan elektrolitnya, karena adanya komponen-komponen osmotik lainnya [perbedaan antara kandungan elektrolit (jumlah $[Na^+]$, $[K^+]$, dan anion yang menyertai) dan osmolalitas tinja lebih besar dari 50 mOsm]. Gangguan motilitas mungkin berhubungan dengan perpindahan yang cepat atau lambat, dan umumnya tidak berhubungan dengan jumlah diare yang banyak. Motilitas yang lambat mungkin berhubungan dengan pertumbuhan bakteri yang berlebihan sebagai penyebab diare (Ushen, 1999).

2.1.6. Gejala dan Tanda

Gejala dan tanda diare adalah sebagai berikut (Widoyono, 2008).

1. Gejala Umum
   a. Berak cair 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 berlendir dan berdarah.

2.1.7. Penatalaksanaan

Prinsip tatalaksana penderita diare adalah LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan diare) yang terdiri atas oralit osmolaritas rendah, zinc selama 10 hari, teruskan pemberian ASI dan makan, antibiotik hanya atas indikasi dan nasehat yang akan dijelaskan di bawah ini (Departemen Kesehatan RI, 2011).

1. Berikan oralit

   Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti Natrium Klorida (NaCl), Kalium Klorida (KCl), dan Trisodium sitrat dihidrat, serta Glukosa anhidrat. Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Walaupun air sangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga lebih diutamakan oralit. Campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat diserap dengan baik oleh usus penderita diare. Oralit saat ini yang beredar di pasaran sudah oralit baru dengan osmolaritas yang rendah, yang dapat mengurangi rasa mual dan muntah. Perbedaan antara oralit lama dan oralit baru dapat diliat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1. Perbedaan Antara Oralit Lama dan 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	: 3 2.5 g	Na Citrate	: 2.9 g
3	KCl	: 1.5 g	KCl	: 1.5 g
4	Glucose	: 20 g	Glucose	: 13.5 g
5	Na+	: 90 mEq/l	Na+	: 75 mEq/l
6	K+	: 20 mEq/l	K+	: 20 mEq/l
7	HCO3	: 30 mEq/l	Citrate	: 10 mmol/l
8	Cl-	: 80 mEq/l	Cl-	: 65 mEq/l
9	Glucose	: 111 mmol/l	Glucose	: 75 mmol/l
	Osmolar, 331 mmol/l		Osmolar, 245 mmol/l	

Sumber : Buku Saku Petugas Kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2011).

2. Berikan tablet zinc selama 10 hari berturut-turut

Zinc merupakan salah satu zat gizi mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan anak. Zinc yang ada dalam tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare. Untuk menggantikan zinc yang hilang selama diare, anak dapat diberikan zinc yang akan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap sehat. Sejak tahun 2004, WHO dan UNICEF menandatangani kebijakan bersama dalam hal pengobatan diare yaitu pemberian oralit dan zinc selama 10-14 hari. Hal ini didasarkan pada penelitian selama 20 tahun (1980-2003) yang menunjukkan bahwa pengobatan diare dengan pemberian oralit disertai zinc lebih efektif dan terbukti menurunkan angka kematian akibat diare pada anak-anak sampai 40%. Cara pemberian obat zinc adalah sebagai berikut.

a. Pastikan semua anak yang menderita diare mendapat obat zinc selama 10 hari berturut-turut.
b. Dosis obat zinc (1 tablet = 20 mg):
    1) umur < 6 bulan : ½ tablet/hari;

2) umur ≥ 6 bulan : 1 tablet/hari.

c. Larutkan tablet dalam satu sendok air matang atau ASI (tablet mudah larut ± 30 detik), segera berikan kepada anak.

d. Bila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian obat zinc, ulangi pemberian dengan cara beberapa kali hingga dosis penuh.

e. Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetap berikan obat zinc segera setelah anak bisa minum atau makan.

3. Teruskan ASI-makan

Bayi dibawah 6 bulan sebaiknya hanya mendapat ASI untuk mencegah diare dan meningkatkan sistem imunitas tubuh bayi. Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Pemberian makan diberikan seperti biasa dengan frekuensi lebih sering. Lakukan ini sampai dua minggu setelah anak berhenti diare. Jangan batasi makanan anak jika ia mau lebih banyak, karena lebih banyak makanan akan membantu mempercepat penyembuhan, pemulihan dan mencegah malnutrisi.

4. Berikan antibiotik secara selektif

Setiap anak dengan diare tidak harus diberikan antibiotik karena tidak semua kasus diare memerlukan antibiotik. Antibiotik hanya diberikan jika ada indikasi, seperti diare berdarah atau diare karena kolera, atau diare dengan disertai penyakit lain. Ini sangat penting karena seringkali ketika diare, masyarakat langsung membeli antibiotik seperti tetrasiklin atau ampicillin. Selain tidak efektif, tindakan ini berbahaya, karena jika antibiotik tidak dihabiskan sesuai dosis akan menimbulkan resistensi kuman terhadap antibiotik. Selain bahaya resistensi kuman, pemberian antibiotik yang tidak tepat bisa membunuh flora normal yang justru dibutuhkan tubuh. Efek samping dari penggunaan antibiotik yang tidak rasional adalah timbulnya gangguan fungsi ginjal, hati dan diare yang disebabkan oleh antibiotik. Hal ini juga akan mengeluarkan biaya pengobatan yang seharusnya tidak diperlukan.

5. Berikan nasehat pada ibu atau keluarga

   Berikan nasihat dan cek pemahaman ibu atau pengasuh tentang cara pemberian oralit, zinc, ASI atau makanan dan tanda-tanda untuk segera membawa anaknya ke petugas kesehatan jika anak:

   a. buang air besar cair lebih sering;
   b. muntah berulang-ulang;
   c. mengalami rasa haus yang nyata;
   d. makan atau minum sedikit;
   e. demam;
   f. tinjanya berdarah;
   g. tidak membaik dalam 3 hari.

2.1.8. Pencegahan

Penyakit diare dapat dicegah melalui promosi kesehatan di bawah ini (Widoyono, 2008 dan Suraatmaja, 2010).

1. Memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan dan diteruskan sampai 2 tahun.
2. Memberikan makanan pendamping ASI sesuai umur.
3. Memasak air sampai mendidih sebelum diminum untuk mematikan sebagian besar kuman penyakit dan menggunakan air bersih yang cukup. Tanda-tanda air bersih, yaitu tidak berwarna, tidak berbau, dan tidak berasa.
4. Mencuci tangan dengan sabun pada waktu sebelum makan, sesudah makan, sebelum menyiapkan makanan anak, sebelum menyusui, dan sesudah buang air besar.
5. Buang air besar dengan menggunakan jamban yang sehat.
6. Membuang tinja bayi dan anak dengan benar.
7. Pemberian imunisasi campak.

2.1.9. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare

A. Pengetahuan Ibu Tentang Diare

Pengetahuan adalah merupakan hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif menjadi 6 tingkat sebagai berikut.

1. Tahu *(Know)*

   Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, 'tahu' ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipejalari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

2. Memahami *(Comprehension)*

   Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan-makanan yang bergizi.

3. Aplikasi *(Aplication)*

   Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis *(Analysis)*

   Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokan, dan sebagainya.

5. Sintesis *(Synthesis)*

   Sintesis adalah menujukan kepada suatu kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya, terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi *(Evaluation)*

   Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya: dapat membandingkan antara anak-anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya wabah diare disuatu tempat, dapat menafsirkan sebab ibu-ibu tidak mau ikut KB, dan sebagainya.

Kedalaman pengetahuan dapat diukur dengan melakukan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden sesuai tingkat-tingkat pengetahuan di atas (Notoatmodjo (2007).

B. Kebiasaan Mencuci Tangan

Kebiasaan adalah bagian dari perilaku yang di pandang dari biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Kebiasaan mencuci tangan adalah salah satu perilaku dalam pencegahan penyakit (*health prevention behaviour*). Perilaku ini adalah respons untuk melakukan pencegahan penyakit, termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain (Notoatmodjo, 2007).

Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorang yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makan anak dan sebelum makan, mempunyai peranan penting dalam mencegah kejadian diare (Depkes, 2009).

Menurut WHO dan UNICEF (2009), seseorang yang mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi tingkat penyakit diare. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan air saja kurang efektif dalam mencegah penyakit diare daripada menggunakan sabun. Sabun memecah lemak dan kotoran yang membawa kuman dan patogen penyebab diare. Sejumlah penelitian lainnya menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi insiden penyakit diare hingga lebih dari 40%. Hal ini juga tergantung dari sumber air yang digunakan untuk mencuci tangan dalam mengurangi tingkat penyakit diare.

C. Penyediaan Sarana Air Bersih

Sebagian besar kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui *fecal-oral*. Kuman tersebut dapat ditularkan bila masuk ke dalam mulut melalui makanan, cairan atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya air minum, jari-jari tangan, makanan yang disiapkan dalam panci yang dicuci dengan air tercemar.

Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air yang benar-benar bersih mempunyai risiko menderita diare lebih kecil dibanding dengan

masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih. Masyarakat dapat mengurangi risiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air yang bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanan di rumah (Kemenkes RI, 2011).

Air sangat penting bagi kehidupan manusia. Kebutuhan manusia akan air sangat kompleks antara lain untuk minum, masak, mandi, mencuci dan sebagainya. Menurut perhitungan WHO di negara-negara maju setiap orang memerlukan air antara 60-120 liter per hari. Sedangkan di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia setiap orang memerlukan air antara 30-60 liter per hari.

Di antara kegunaan-kegunaan air tersebut yang sangat penting adalah kebutuhan untuk minum. Oleh karena itu, untuk keperluan minum dan masak, air setidak-tidaknya diusahakan mendekati persyaratan khusus agar air tersebut tidak menimbulkan penyakit bagi manusia. Syarat-syarat tersebut antara lain sebagai berikut.

1. Syarat fisik

   Persyaratan fisik untuk air minum yang sehat adalah bening (tidak berwarna), tidak berasa, suhu di bawah suhu udara di luarnya. Cara mengenal air yang memenuhi persyaratan fisik ini tidak sukar.

2. Syarat bakteriologis

   Air untuk keperluan minum yang sehat harus bebas dari segala bakteri, terutama bakteri patogen. Cara ini untuk mengetahui apakah air minum terkontaminasi oleh bakteri patogen dengan memeriksa sampel (contoh) air tersebut. Jika dari pemeriksaan 100 cc air terdapat kurang dari 4 bakteri *Escherichia coli* maka air tersebut sudah memenuhi syarat kesehatan.

3. Syarat kimia

   Air minum yang sehat harus mengandung zat-zat tertentu dalam jumlah yang tertentu pula. Kekurangan atau kelebihan salah satu zat kimia dalam air, akan menyebabkan gangguan fisiologis pada manusia.

Pada prinsipnya semua air dapat diproses menjadi air minum. Berikut adalah sumber-sumber air minum yang dapat digunakan.

1. Air hujan

   Air hujan dapat ditampung kemudian dijadikan air minum. Akan tetapi air hujan tidak mengandung kalsium. Oleh karena itu, agar dapat dijadikan air minum yang sehat perlu ditambahkan kalsium di dalamnya.

2. Air sungai dan danau

   Menurut asalnya, sebagian air sungai dan air danau juga berasal dari air hujan yang mengalir melalui saluran ke dalam sungai atau danau. Kedua sumber air ini sering juga disebut air permukaan. Oleh karena air sungai dan danau ini sudah terkontaminasi atau tercemar oleh berbagai macam kotoran maka bila akan dijadikan air minum harus diolah terlebih dahulu.

3. Mata air

   Air yang keluar dari mata air ini biasanya berasal dari air tanah yang muncul secara alamiah. Oleh karena itu, air dari mata air ini, bila belum tercemar oleh kotoran sudah dapat dijadikan air minum langsung. Akan tetapi karena kita belum yakin apakah betul belum tercemar, maka alangkah baiknya air tersebut direbus dahulu sebelum diminum.

4. Air sumur dangkal

   Air ini keluar dari dalam tanah, juga disebut air tanah. Air berasal dari lapisan air di dalam tanah yang dangkal. Dalamnya lapisan air ini dari permukaan tanah dari tempat yang satu ke yang lain berbeda-beda. Biasanya berkisar antara 5 sampai dengan 15 meter dari permukaan tanah. Air sumur pompa dangkal ini belum begitu sehat, karena kontaminasi kotoran dari permukaan tanah masih ada. Oleh karena itu, perlu direbus dahulu sebelum diminum.

5. Air sumur dalam

   Air ini berasal dari lapisan air kedua di dalam tanah. Dalamnya dari permukaan tanah biasanya di atas 15 meter. Oleh karena itu, sebagian besar air sumur kedalaman seperti ini sudah cukup sehat untuk dijadikan air minum yang langsung (tanpa melalui proses pengolahan).

Sebelum sumber-sumber air tersebut digunakan untuk keperluan minum, sebaiknya dilakukan pengolahan terlebih dahulu. Ada beberapa cara pengolahan air minum yang dapat dilakukan antara lain sebagai berikut.

1. Pengolahan secara alamiah

   Pengolahan ini dilakukan dalam bentuk penyimpanan dari air yang diperoleh dari berbagai macam sumber, seperti air danau, air kali, air sungai, dan sebagainya. Dalam penyimpanan ini air dibiarkan untuk beberapa jam di tempatnya. Kemudian akan terjadi kongulasi dari zat-zat yang terdapat dalam air, dan akhirnya terbentuk endapan. Air akan menjadi jernih karena partikel-partikel yang ada dalam air akan ikut mengendap.

2. Pengolahan air dengan menyaring

   Pengolahan air dengan menyaring secara sederhana dapat dilakukan di rumah dengan menggunakan kerikil, ijuk, dan pasir. Lebih lanjut akan diuraikan kemudian. Penyaringan pasir dengan teknologi tinggi dilakukan oleh PAM (Perusahaan Air Minum) yang hasilnya dapat dikonsumsi umum.

3. Pengolahan air dengan menambah zat kimia

   Zat kimia yang digunakan dapat berupa 2 macam, yakni zat kimia yang berfungsi untuk kongulasi, dan akhirnya mempercepat pengendapan, misalnya tawas. Zat kimia yang kedua adalah berfungsi untuk membunuh bibit penyakit yang ada dalam air.

4. Pengolahan air dengan mengalirkan udara

   Tujuan utamanya adalah untuk menghilangkan rasa serta bau yang tidak enak, menghilangkan gas-gas yang tidak diperlukan, misalnya CO_2 dan juga menaikkan derajat keasaman air.

5. Pengolahan air dengan memanaskan sampai mendidih

   Tujuannya untuk membunuh kuman-kuman yang terdapat pada air. Pengolahan semacam ini lebih tepat hanya untuk konsumsi kecil, misalnya untuk kebutuhan rumah tangga (Notoatmodjo, 2007).

D. Penggunaan Jamban Keluarga

Pengalaman dibeberapa negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan risiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak mempunyai jamban harus membuat jamban dan keluarga harus buang air besar di jamban. Yang harus diperhatikan oleh keluarga adalah sebagai berikut.

1. Keluarga harus mempunyai jamban yang berfungsi baik dan dapat dipakai oleh seluruh anggota keluarga.
2. Bersihkan jamban secara teratur.
3. Bila tidak ada jamban, jangan biarkan anak-anak pergi ke tempat buang air besar sendiri, buang air besar hendaknya jauh dari rumah, jalan setapak dan tidak di tempat anak-anak bermain serta lebih kurang 10 meter dari sumber air.
4. Gunakan alas kaki bila akan buang air besar (Depkes,2009).

Untuk menentukan letak pembuangan kotoran, kita harus memperhatikan ada atau tidaknya sumber-sumber air. Kita perlu mempertimbangkan jarak dari tempat pembuangan kotoran ke sumber-sumber air terdekat. Pertimbangan jarak yang harus diambil antara tempat pembuangan kotoran dan sumber air, kita harus memperhatikan bagaimana keadaan tanah, kemiringannya, permukaan air tanah, pengaruh banjir pada musim hujan, dan sebagainya.

Menurut konstruksi dan cara mempergunakannya, dikenal bermacam-macam tempat pembuangan kotoran (kakus).

1. Kakus Cemplung

   Bentuk kakus ini adalah yang paling sederhana yang dapat dianjurkan kepada masyarakat. Nama ini digunakan karena bila orang mempergunakan kakus macam ini, maka kotorannya langsung masuk jatuh ke dalam tempat penampungan. Kakus cemplung ini hanya terdiri atas sebuah galian yang di atasnya diberi lantai dan tempat jongkok. Lantai kakus ini dapat dibuat dari bambu atau kayu, tapi dapat juga dari pasangan batu bata atau beton agar tidak menjadi sarang dan makanan

serangga penyebar penyakit. Kakus semacam ini masih menimbulkan gangguan karena baunya.

2. Kakus Plengsengan

   Plengsengan berasal dari bahasa Jawa, "melengseng" yang berarti miring. Nama ini digunakan karena dari lubang tempat jongkok ke tempat penampungan kotoran dihubungkan oleh suatu saluran yang miring. Jadi, tempat jongkok dari kakus ini tidak dibuat persis di atas tempat penampungan, tetapi agak jauh. Kakus semacam ini sedikit lebih baik dan menguntungkan dari pada kakus cemplung, karena baunya agak berkurang dan keamanan bagi pemakai lebih terjamin.

3. Kakus Bor

   Dinamakan demikian karena tempat penampungan kotorannya dibuat dengan mempergunakan bor. Bor yang dipergunakan adalah bor tangan yang disebut Bor Auger dengan diameter antara 30-40 cm. Sudah barang tentu lubang yang dibuat harus jauh lebih dalam dibandingkan dengan lubang yang digali seperti pada kakus cemplung dan kakus plengsengan, karena diameter kakus bor jauh lebih kecil. Kakus bor mempunyai keuntungan bau yang ditimbulkan sangat berkurang. Akan tetapi, kerugian kakus bor adalah perembesan kotoran akan lebih jauh dan mengotori tanah. Kakus bor tidak dapat dibuat di daerah atau tempat yang tanahnya banyak mengandung batu.

4. Angsatrine (*Water Seal Latrine*)

   Kakus ini di bawah tempat jongkoknya ditempatkan atau dipasang suatu alat yang berbentuk seperti leher angsa yang disebut *bowl*. *Bowl* ini berfungsi mencegah timbulnya bau. Kotoran yang berada di tempat penampungan tidak tercium baunya karena terhalang oleh air yang selalu terdapat dalam bagian yang melengkung. Dengan demikian dapat mencegah hubungan lalat dengan kotoran. Jenis kakus ini dapat mencegah gangguan lalat dan bau, maka dapat dibuat di dalam rumah. Agar dapat terjaga kebersihannya, maka pada kakus semacam ini harus cukup tersedia air.

5. Kakus di Atas Balong (empang)

   Membuat kakus di atas balong (yang kotorannya dialirkan ke balong) adalah cara pembuangan kotoran yang tidak dianjurkan, tetapi sulit untuk menghilangkannya, tertutama di daerah yang terdapat banyak balong. Sebelum kita berhasil mengalihkan kebiasaan tersebut kepada kebiasaan yang diharapkan, dapatlah cara tersebut diteruskan dengan memberikan persyaratan tertentu, antara lain:

   a. air dan balong tersebut jangan dipergunakan untuk mandi;
   b. balong tersebut tidak boleh kering;
   c. balong hendaknya cukup luas;
   d. letak kakus harus sedemikian rupa, sehingga kotoran selalu jatuh di air;
   e. ikan dari balong tersebut jangan dimakan;
   f. aman dalam pemakaiannya;
   g. tidak terdapat sumber air minum yang terletak di bah balong tersebut atau yang sejajar denga jarak 15 meter;
   h. tidak terdapat tanam-tanaman yang tumbuh di atas permukaan air.

6. Kakus *Septic Tank*

   Septic Tank berasal dari kata septic, yang berarti pembusukan secara anaerobik. Kita pergunakan nama septic tank karena dalam pembuangan kotoran terjadi proses pembusukan oleh kuman-kuman pembusuk yang sifatnya anaerob. Septic tank bisa terjadi dari dua bak atau lebih serta dapat pula terdiri atas satu bak saja dengan mengatur sedemikian rupa (misalnya dengan memasang beberapa sekat atau tembok penghalang), sehingga dapat memperlambat pengaliran air kotor di dalam bak tersebut. Di dalam bak bagian pertama akan terdapat proses penghancuran, pembusukan, dan pengendapan. Di dalam bak terdapat tiga macam lapisan, yaitu:

   b. lapisan yang terapung, yang terdiri atas kotoran-kotoran padat;
   c. lapisan cair;
   d. lapisan endap (lumpur) (Mubarak dan Chayatin, 2009).

E. Pengelolaan Sampah

Sampah adalah bahan buangan sebagai akibat kegiatan manusia dan hewan, yang merupakan bahan yang sudah tidak digunakan lagi, sehingga menjadi bahan buangan yang tidak berguna lagi. Permasalahan sampah dimulai sejak meningkatnya jumlah manusia dan hewan penghasil sampah, dengan semakin padatnya populasi penduduk di suatu area.

Penanganan sampah tidak hanya sampai di bak sampah saja tetapi lebih dari itu, bagaimana bila bak tersebut sudah penuh dan ke mana harus membuangnya. Bila dibiarkan menumpuk akan menyebabkan masalah estetika (bau, kotor) dan menjadi sarang serangga pengganggu (lalat, nyamuk, lipas) dan tikus yang kesemuanya akan mengakibatkan gangguan kesehatan. Berbagai permasalahan yang timbul diakibatkan oleh sampah adalah sebagai berikut.

1. Tempat berkembang biaknya lalat dan tikus.
2. Mencemari lingkungan (tanah, sumber air, dan udara).
3. Sumber penyakit karena menjadi sarang atau sumber makanan bagi serangga (lalat dan lipas) dan tikus serta keracunan.
4. Mengganggu estetika karena bau busuk serta dengan banyaknya lalat dan tikus menjadikan kotor atau menjijikkan.
5. Terjadinya kecelakaan atau bencana.

Pengelolaan sampah adalah suatu kegiatan pengendalian sampah mulai dari tempat penyimpanan sementara, pengumpulan, pengangkutan, sampai pembuangan akhir dengan menggunakan teknik sesuai prinsip-prinsip kesehatan masyarakat atau kesehatan lingkungan. Cara-cara pengelolaan sampah tersebut antara lain sebagai berikut.

1. Pengelolaan mulai dari sumber penghasil sampah, idealnya sebelum dibuang ke bak sampah sebagai tempat penyimpanan sementara, dipisah-pisah menurut jenisnya (sampah basah, sampah kering).
2. Tempat penyimpanan (bak/tong sampah) hendaknya terbuat dari bahan yang kuat, tidak berkarat, tertutup (*ratproof/insect proof*), dan tidak bocor. Untuk are terbatas dengan penduduk yang padat, bak sampah ini

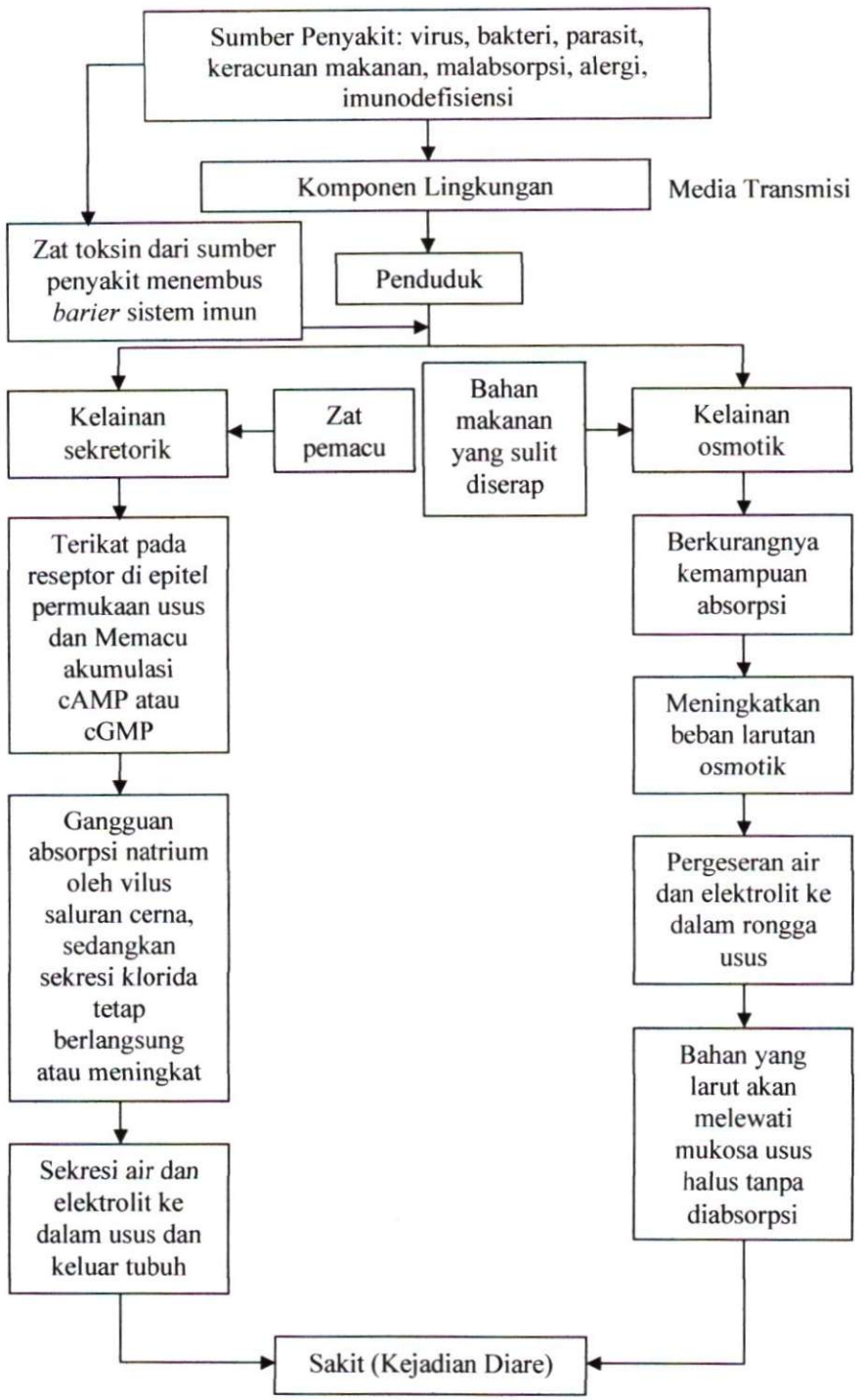
tidak boleh dilakukan pembakaran sampah karena akan mencemari udara sekitar serta mencegah terjadinya kebakaran. Penyimpanan sampah ini paling lama 2-3 hari.

3. Pengumpulan dilakukan dengan cara pembersihan masing-masing bak/tong sampah di rumah-rumah dan kemudian menyimpannya di tempat pengumpulan sementara (TPS). Penyimpanan TPS juga jangan terlalu lama, paling lama 2 hari karena bak sampah sudah mengalami proses penyimpanan. Permasalahan yang banyak terjadi pada TPS ini adalah TPS yang biasanya terbuka sehingga sampah berceceran, banyak lalat, dan tikus, untuk itu dianjurkan agar segera diangkut ke tempat pembuangan akhir (TPA). Proses yang lebih baik lagi jika pengangkutan sampah langsung dibawa ke TPA tanpa melalui TPS lagi karena dapat mengurangi biaya pengumpulan dan mengurangi permasalahan yang banyak terjadi di TPS (Suyono dan Budiman, 2010).
4. Pemusnahan dan pengolahan sampah

   Pemusnahan dan atau pengolahan sampah padat dapat dilakukan melalui berbagai cara sebagai berikut.

   a. Ditanam (*landfill*), yaitu pemusnahan sampah dengan membuat lubang di tanah kemudian sampah dimasukkan dan ditimbun dengan tanah.
   b. Dibakar (*incineration*), yaitu memusnahkan sampah dengan jalan membakar di dalam tungku pembakaran (*incenerator*).
   c. Dijadikan pupuk (*composting*), yaitu pengolahan sampah menjadi pupuk kompos, khususnya untuk sampah organik daun-daunan, sisa makanan, dan sampah lain yang dapat membusuk (Notoatmodjo, 2009).

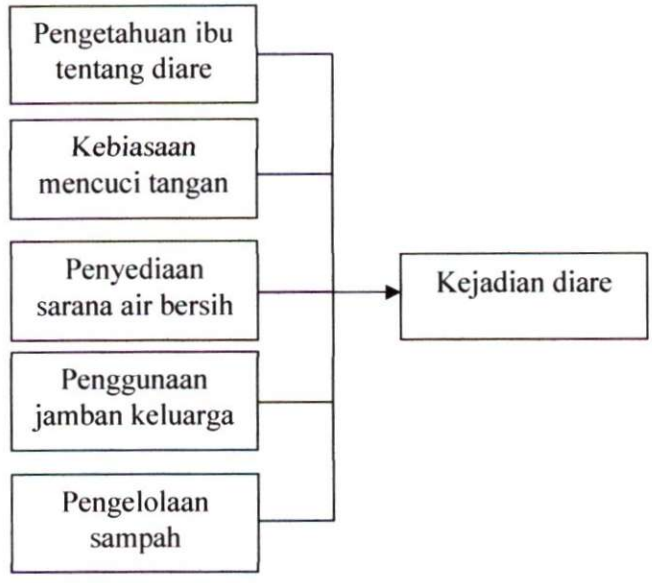
2.2. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Skema Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi dari patogenesis atau kejadian penyakit dalam bentuk teori simpul (Achmadi, 1991), teori patofisiologi diare (Ushen, 1999 dan Suuratmaja, 2010 serta Depkes RI Dikjen PP&PL, 2009)

2.3. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Skema Kerangka Konsep

2.4. Hipotesis

1. Ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun.
2. Ada hubungan bermakna antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun.
3. Ada hubungan bermakna antara penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun.
4. Ada hubungan bermakna antara penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun.
5. Ada hubungan bermakna antara pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun.

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *study* observasional analitik dengan desain *cross sectional* (Sastroasmoro, 2008).

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2011-Maret 2012 di wilayah Puskesmas Plaju Palembang. Peneliti mengambil lokasi ini dengan pertimbangan karena kasus diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di daerah ini cukup banyak. Selain itu, pada daerah ini terbagi menjadi dua daerah, yaitu Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS) dimana kasus diare banyak terjadi di DAS. Maka dari itu, peneliti ingin menganalisa lebih jauh faktor-faktor apa saja yang masih berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi target pada penelitian ini adalah semua anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang dengan ibu sebagai responden.

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah semua anak usia sekolah 6-12 tahun yang bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Plaju Palembang yang memenuhi kriteria penelitian dengan ibu sebagai responden.

3.3.2. Sampel dan Besar Sampel

Sampel penelitian ini adalah sebagian anak usia sekolah 6-12 tahun yang bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Plaju Palembang yang memenuhi kriteria penelitian dengan ibu sebagai responden.

Besar Sampel ditentukan dengan menggunakan rumus (Dahlan, 2010):

$$n1 = n2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2} \right)^2$$

Keterangan :

$n_1=n_2$ = jumlah subjek

Z_α = deviat baku alfa

Z_β = deviat baku beta

P_2 = proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya

Q_2 = 1-P_2

P_1 = proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan *judgement* peneliti.

Q_1 = 1-P_1

P_1-P_2 = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

P = proporsi total = (P_1+P_2)/2

Q = 1-P

Menghitung besar sampel

Kesalahan tipe I ditetapkan sebesar 5%, hipotesis satu arah, sehingga Z_α = 1,64.

Kesalahan tipe II ditetapkan sebesar 20%, maka Z_β =0,84.

P_2 = proporsi diare pada kelompok tanpa risiko sebesar 0,13 (Wulandari, 2009)

Q_2 = 1 - P2 = 1 – 0,13 = 0,87→ Q_2 = 0,87

P1 - P2 = selisih proporsi diare minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan sebesar 0,2.

P_1 = P_2 + 0,2= 0,13 + 0,2 = 0,33 → P_1 = 0,33

Q_1 = 1 - P_1 = 1 – 0,33= 0,67 → Q_1 = 0,67

P $= \frac{P1+P2}{2} = \frac{0,33+0,13}{2} = 0,23$ → P = 0,23

Q = 1 – P = 1- 0,23 = 0,77 → Q = 0,77

Dengan memasukkan nilai-nilai di atas pada rumus, diperoleh:

$$n1 = n2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2}\right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{1{,}64\sqrt{2 \times 0{,}23 \times 0{,}77} + 0{,}84\sqrt{0{,}33 \times 0{,}67 + 0{,}13 \times 0{,}87}}{0{,}33 - 0{,}13}\right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{1{,}64\sqrt{0{,}35} + 0{,}84\sqrt{0{,}22 + 0{,}11}}{0{,}2}\right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{1{,}64\sqrt{0{,}35} + 0{,}84\sqrt{0{,}33}}{0{,}2}\right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{1{,}64 \times 0{,}59 + 0{,}84 \times 0{,}57}{0{,}2}\right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{0{,}97 + 0{,}48}{0{,}2}\right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{1{,}45}{0{,}2}\right)^2$$

n1 = n2 = 52,6 (dibulatkan menjadi 53)

Dengan demikian, besar sampel yang diperlukan sebesar n1 = n2 = 53, dengan n1 adalah Daerah Aliran Sungai (DAS) sebesar 53 sampel dan n2 adalah Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS) sebesar 53 sampel.

3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Kriteria Inklusi

1. Anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang dengan ibu sebagai responden.
2. Responden dapat berkomunikasi dengan baik.
3. Responden dapat membaca dan menulis dengan baik.
4. Bersedia menjadi responden.

B. Kriteria Eksklusi

1. Responden menolak isi kuesioner.
2. Responden tidak dapat berkomunikasi dengan baik.
3. Responden tidak dapat membaca dan menulis dengan baik.

4. Anak yang sudah tidak memiliki ibu lagi.
5. Anak dengan diare karena penyakit lain.

3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan metode *cluster random sampling*. Teknik ini dilakukan jika populasinya besar atau luas, dengan prinsip unit-unit observasi dalam satu cluster heterogen dan antar cluster homogen (Arikunto, 2010). Pada penelitian ini yang menjadi clusternya adalah Kelurahan berdasarkan Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS).

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel *Dependent*

Kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun.

3.4.2. Variabel *Independent*

1. Pengetahuan ibu tentang diare.
2. Kebiasaan mencuci tangan.
3. Penyediaan sarana air bersih.
4. Penggunaan jamban keluarga.
5. Pengelolaan sampah.

3.5. Definisi Operasional

1. Diare

   Definisi : Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Departemen Kesehatan RI, 2011).

   Alat ukur : Kuesioner

   Cara ukur : Angket

   Hasil ukur : 1) Diare

2) Tidak diare

Skala ukur : Nominal

2. Pengetahuan ibu tentang diare

Definisi : Kedalaman pengetahuan ibu yang dicakup dalam domain kognitif tentang pengertian, penyebab, gejala dan tanda, cara penularan, pengobatan, serta pencegahan diare (Notoatmodjo (2007).

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Angket

Hasil ukur : 1) Pengetahuan baik bila nilai ≥ rata-rata/median

2) Pengetahuan kurang bila nilai < rata-rata/median

Skala ukur : Nominal

3. Kebiasaan mencuci tangan

Definisi : Kebiasaan keluarga dalam mencuci tangan dengan sabun sebelum makan atau sebelum menyuapi makan anak, sesudah buang air besar atau sesudah buang tinja anak, serta sebelum memasak dan menyiapkan makanan (Depkes, 2009).

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Angket

Hasil ukur : 1) Kebiasaan baik bila nilai ≥ rata-rata/ median

2) Kebiasaan kurang bila nilai < rata-rata/ median

Skala ukur : Nominal

4. Penyediaan sarana air bersih

Definisi : Sumber air yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, seperti kebutuhan minum dan memasak dengan kriteria:

1) air sungai;

2) air sumur;

3) PAM;

4) air minum isi ulang.

Dikelompokkan menjadi sumber air tidak terlindung (1 dan 2) dan sumber air terlindung (3 dan 4) (Notoatmodjo, 2007).

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Angket

Hasil ukur : 1) Sumber air terlindung bila nilai ≥ rata-rata/ median

2) Sumber air tidak terlindung bila nilai < rata-rata/ median

Skala ukur : Nominal

5. Penggunaan jamban keluarga

Definisi : Penggunaan jamban sesuai macam-macam jamban dan jaraknya dengan sumber air minum (Mubarak dan Chayatin, 2009), dengan kriteria:

1) jamban/kakus tanpa *septic tank* atau jamban di atas sungai;

2) jamban/kakus dengan *septic tank* atau jamban leher angsa;

Dikelompokkan menjadi jamban tidak sehat (1) dan jamban sehat (2).

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Angket

Hasil ukur : 1) Jamban sehat bila nilai ≥ rata-rata/ median

2) Jamban tidak sehat bila nilai < rata-rata/ median

Skala ukur : Nominal

6. Pengelolaan sampah

Definisi : Kegiatan keluarga dalam pengelolaan sampah mulai dari tempat penyimpanan sementara, pengumpulan, pengangkutan, sampai pembuangan akhir dengan menggunakan teknik sesuai prinsip-prinsip kesehatan masyarakat atau kesehatan lingkungan (Suyono dan Budiman, 2010).

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Angket

Hasil ukur : 1) Baik bila nilai ≥ rata-rata/ median

2) Buruk bila nilai < rata-rata/ median

Skala ukur : Nominal

3.6. Cara Pengumpulan Data

3.6.1. Data Primer

Pengumpulan data dilakukan secara langsung dengan pengisian kuesioner oleh responden. Kuesioner dibuat dengan bahasa yang mudah dimengerti dan diberi petunjuk pengisian. Data primer yang dikumpulkan meliputi:

1. pengetahuan ibu tentang diare,
2. kebiasaan mencuci tangan,
3. penyediaan sarana air bersih,
4. penggunaan jamban keluarga,
5. pengelolaan sampah.

Sebelum penelitian dilakukan, akan dilakukan uji coba kuesioner, yaitu dengan uji validitas dan uji reliabilitas kuesioner.

3.6.2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari instansi-instansi kesehatan seperti Dinas Kesehatan Kota Palembang, Puskesmas Plaju dan Kantor Camat Plaju yang meliputi data jumlah kasus, gambaran umum lokasi penelitian dan data demografi.

3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1. Cara Pengolahan Data

A. *Editing* (Penyuntingan data)

Merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner. Hasil wawancara, angket, atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (*editing*) terlebih dahulu.

B. *Coding* (Pengkodean data)

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean (*coding*), yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

C. *Data Entry* (Memasukkan data)

Jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer..

D. *Cleaning* (Pembersihan data)

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. Proses ini disebut pembersihan data (Notoatmodjo, 2010).

3.7.2. Analisis Data

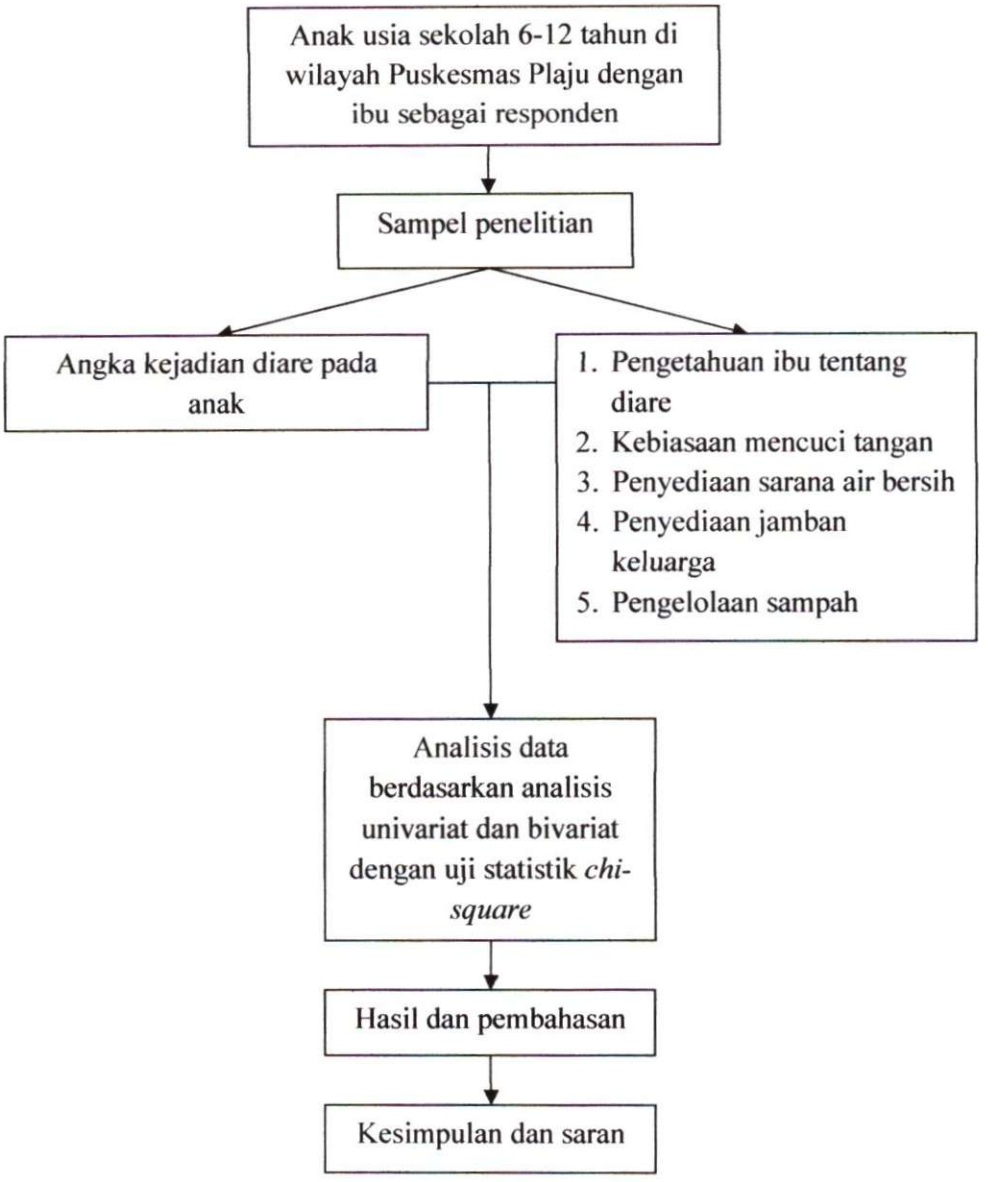
A. Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel, baik variabel *dependent* maupun variabel *independent*.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan secara korelasional antara variabel *dependent* dengan variabel *independent*. Analisis ini dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* dengan derajat kebebasan 1 dan tingkat kepercayaan $\alpha = 0,05$. Analisis data pada penelitian ini menggunakan aplikasi pengolahan data secara komputerisasi. Hasil pengumpulan dan analisis data akan disajikan dalam bentuk tabel 2x2 disertai dengan penjelasannya (Sastroasmoro dan Ismael, 2008).

3.8. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Skema Alur Penelitian

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Pada bab ini, peneliti akan memaparkan hasil dari penelitian yang telah dilakukan. Berdasarkan cara pengambilan sampel dengan metode *cluster random sampling*, penelitian ini dilakukan di 3 kelurahan, yaitu Kelurahan Bagus Kuning, Kelurahan Plaju Ilir, dan Kelurahan Talang Putri yang berada di wilayah Puskesmas Plaju. Tempat penelitian tersebut dibagi menjadi 2 daerah, yaitu Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS).

4.1.1. Gambaran Umum dan Karakteristik Lokasi Penelitian

Puskesmas Plaju merupakan salah satu Puskesmas Induk di kecamatan Plaju yang mempunyai 3 Puskesmas Pembantu, dan merupakan Puskesmas koordinator untuk Kecamatan Plaju dengan luas wilayah kerja 126,5 km^2.

Geografi wilayah kerja Puskesmas Plaju terdiri dari daerah daratan dan sebagian kecil di pinggir sungai dan rawa dengan batas wilayah sebagai berikut.

1. Utara berbatasan dengan Sungai Musi.
2. Selatan berbatasan dengan Kabupaten Banyuasin.
3. Timur berbatasan dengan Kabupaten OKI.
4. Barat berbatasan dengan Kelurahan Sentosa.

Berdasarkan surat keputusan Walikota Palembang, wilayah kerja Puskesmas Plaju meliputi 7 (tujuh) Kelurahan.

1. Kelurahan Plaju Ulu;
2. Kelurahan Plaju Ilir;
3. Kelurahan Plaju Darat;
4. Kelurahan Bagus Kuning;
5. Kelurahan Talang Bubuk;
6. Kelurahan Talang Putri;
7. Kelurahan Komperta.

Berdasarkan data dari Puskesmas Plaju, daftar 10 penyakit terbanyak di Puskesmas Plaju tahun 2010 menunjukkan kasus diare berada pada posisi kesepuluh dengan jumlah 385 kasus. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.1 di bawah ini.

Tabel 4.1. 10 Penyakit Terbanyak di Puskesmas Plaju Tahun 2010

No.	Nama Penyakit	Jumlah
1	ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan atas)	2311
2	Penyakit Pulpa dan Jaringan Periapical	1348
3	Hipertensi	1256
4	Reumatik	1218
5	Penyakit Lain	1128
6	Penyakit Kulit Alergi	749
7	Psikosa	571
8	TB Paru	433
9	Penyakit Kulit Infeksi	388
10	Diare	385

Sumber: Data dari Profil Puskesmas Plaju Tahun 2011

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju. Berdasarkan data penelitian di lapangan, dari lima variabel independent yang diteliti, ternyata terdapat perbedaan hasil di beberapa tempat (data lihat lampiran 6). Sebagai contoh, untuk variabel penggunaan jamban keluarga, ternyata masyarakat yang tinggal di Daerah Aliran Sungai (DAS) rata-rata masih menggunakan jamban cemplung yang tergolong jamban tidak sehat dibandingkan dengan masyarakat yang tinggal di Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS). Bukan hanya itu, dalam pengelolaan sampah, masyarakat yang tinggal di daerah aliran sungai tidak membuang sampah pada tempatnya melainkan membuang sampah tersebut ke sungai. Data selengkapanya dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Gambaran Karakteristik Penggunaan Jamban Keluarga dan Pengelolaan Sampah di DAS dan non DAS

Karakteristik	Frekuensi	Persen (%)
DAS		
Jamban tidak sehat	29	54,7
Jamban sehat	24	45,3
Jumlah	53	100
DAS		
Pengelolaan sampah buruk	33	62,3
Pengelolaan sampah baik	20	37,7
Jumlah	53	100
Non DAS		
Jamban tidak sehat	1	1,9
Jambat sehat	52	98,1
Jumlah	53	100
Non DAS		
Pengelolaan sampah buruk	0	0
Pengelolaan sampah baik	53	100
Jumlah	53	100

Berdasarkan tabel di atas, penggunaan jamban sehat pada daerah bukan aliran sungai sebesar 52 (98,1%), artinya pada daerah bukan aliran sungai hampir semua masyarakat di sana menggunakan jamban yang dikategorikan jamban sehat atau jamban leher angsa dibandingkan masyarakat yang masih menggunakan jamban yang tidak sehat hanya sebesar 1 (1,9%). Sedangkan pada daerah aliran sungai, rata-rata masyarakat di sana masih menggunakan jamban yang dikategorikan jamban tidak sehat atau jamban cemplung sebesar 29 (54,7%) dan yang menggunakan jamban yang sehat sebesar 24 (45,3%).

Pada pengelolaan sampah, masyarakat yang tinggal di daerah aliran sungai rata-rata pengelolaan sampahnya buruk sebesar 33 (62,3%) dibandingkan pengelolaan sampah yang baik sebesar 20 (37,7%). Hal ini dikarenakan kebanyakkan masyarakat di sana tidak melakukan pengelolaan sampah dengan baik, yaitu dengan membuang sampah sembarangan atau membuang sampah ke sungai. Sedangkan pada masyarakat di daerah bukan aliran sungai, mereka sudah menerapkan sistem pengelolaan sampah yang baik sebesar 53 (100%).

4.1.2. Hasil Analisis Univariat

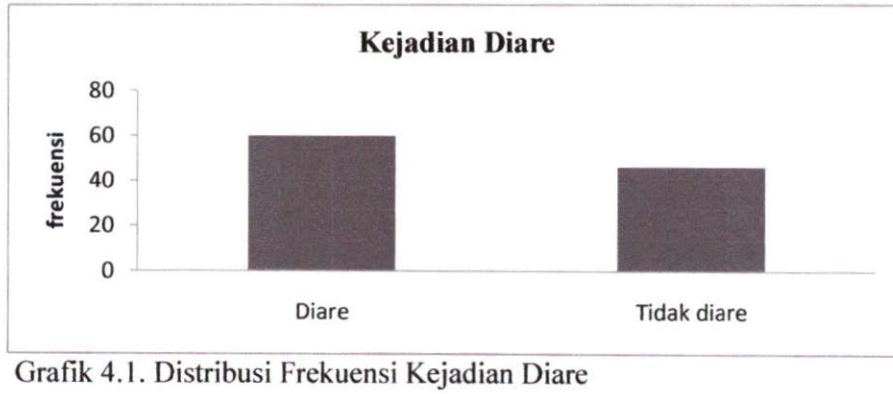
Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel, baik variabel *dependent* maupun variabel *independent*. Distribusi frekuensi ini meliputi kejadian diare, pengetahuan ibu tentang diare, kebiasaan mencuci tangan, penyediaan sarana air bersih, penggunaan jamban keluarga, dan pengelolaan sampah.

A. Kejadian Diare

Hasil penelitian mengenai kejadian diare diperoleh dari hasil kuesioner yang diberikan kepada responden. Dalam variabel ini, responden yang diambil dibatasi pada ibu-ibu yang memiliki anak usia sekolah 6-12 tahun dimana anak-anak tersebut pernah mengalami diare selama tahun 2011 kemarin. Hasil distribusi frekuensi kejadian diare selengkapnya disajikan pada Tabel 4.3. dan Grafik 4.1.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Kejadian Diare

Kejadian Diare	Frekuensi	Persentase
Diare	60	56,6%
Tidak diare	46	43,4%
Total	106	100%



Grafik 4.1. Distribusi Frekuensi Kejadian Diare

Berdasarkan tabel dan grafik di atas menunjukkan bahwa dari 106 responden, jumlah kejadian diare pada anak-anak usia sekolah 6-12 tahun

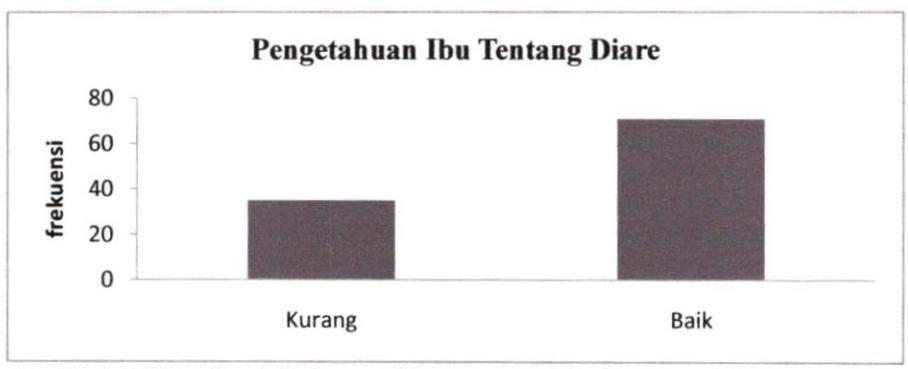
sebesar 60 (56,6%) dan jumlah tidak diare sebesar 46 (43,4%). Hal ini menunjukkan bahwa kasus diare cukup banyak pada anak-anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas plaju.

B. Pengetahuan Ibu Tentang Diare

Kedalaman pengetahuan ibu diukur berdasarkan tingkat pengetahuan dalam domain kognitif dimana pengetahuan baik bila nilai ≥ rata-rata/median dan kurang bila nilai < rata-rata/median. Pertanyaan diajukan menggunakan kuesioner tentang pengertian, penyebab, gejala dan tanda, cara penularan, pengobatan, serta pencegahan diare. Hasil distribusi frekuensi pengetahuan ibu tentang diare selengkapnya disajikan pada Tabel 4.4. dan Grafik 4.2.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Tentang Diare

Pengetahuan Ibu Tentang Diare	Frekuensi	Persentase
Kurang	35	33,0%
Baik	71	67,0%
Total	106	100%



Grafik 4.2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Tentang Diare

Berdasarkan tabel dan grafik di atas menunjukkan bahwa dari 106 responden, ibu-ibu yang memiliki pengetahuan yang baik tentang diare sebesar 71 (67,0%), artinya sudah banyak ibu-ibu yang tahu tentang penyakit diare mulai dari pengertian sampai pencegahan diare. Sedangkan ibu-ibu yang memiliki pengetahuan kurang tentang diare sebesar 35 (33,0%), artinya

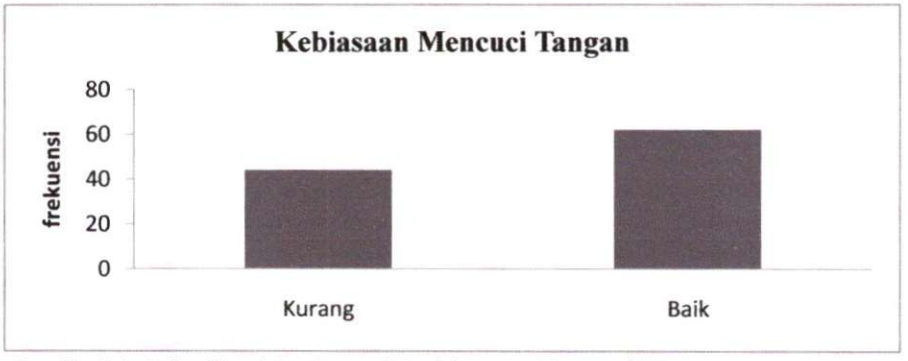
sebagian kecil dari ibu-ibu tersebut masih belum mengerti tentang penyakit diare.

C. Kebiasaan Mencuci Tangan

Kebiasaan mencuci tangan dinilai sesuai dengan jawaban responden dalam kuesioner. Kebiasaan ini meliputi cuci tangan dengan sabun sebelum makan atau sebelum menyuapi makan anak, sesudah buang air besar, serta sebelum memasak dan menyiapkan makanan. Hasil distribusi frekuensi kebiasaan mencuci tangan selengkapnya disajikan pada Tabel 4.5. dan Grafik 4.3.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan

Kebiasaan Mencuci Tangan	Frekuensi	Persentase
Kurang	44	41,5%
Baik	62	58,5%
Total	106	100%



Grafik 4.3. Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan

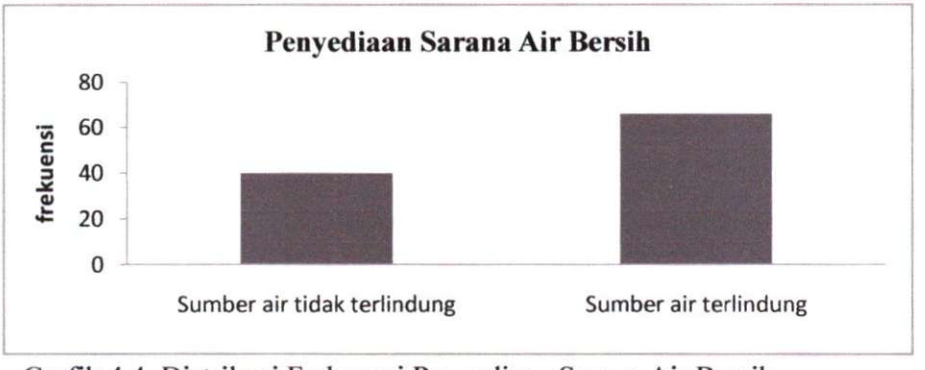
Berdasarkan tabel dan grafik di atas menunjukkan bahwa dari 106 responden, kebiasaan mencuci tangan yang baik sebesar 62 (58,5%), artinya sudah sebagian keluarga yang telah menerapkan kebiasaan mencuci tangan di rumah. Sedangkan jumlah kebiasaan mencuci tangan yang kurang sebesar 44 (41,5%), artinya masih ada keluarga yang belum menerapkan kebiasaan mencuci tangan dirumah.

D. Penyediaan Sarana Air Bersih

Penyediaan sarana air bersih ini adalah sumber air yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, seperti kebutuhan minum dan memasak dengan kriteria: 1) air sungai; 2) air sumur; 3) PAM; 4) air minum isi ulang. Dikelompokkan menjadi air tidak terlindung (1 dan 2) dan air terlindung (3 dan 4). Hasil distribusi frekuensi penyediaan sarana air bersih selengkapnya disajikan pada Tabel 4.6. dan Grafik 4.4.

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Penyediaan Sarana Air Bersih

Penyediaan Sarana Air Bersih	Frekuensi	Persentase
Sumber air tidak terlindung	40	37,7%
Sumber air terlindung	66	62,3%
Total	106	100%



Grafik 4.4. Distribusi Frekuensi Penyediaan Sarana Air Bersih

Berdasarkan tabel dan grafik di atas menunjukkan bahwa dari 106 responden, yang menggunakan sumber air terlindung sebesar 66 (62,3%), artinya sudah banyak masyarakat yang menggunakan sumber air terlindung, seperti air PAM untuk keperluan memasak dan air minum isi ulang untuk keperluan minum. Sedangkan yang menggunakan sumber air tidak terlindung sebesar 40 (37,7%), artinya masih ada sebagian masyarakat yang menggunakan sumber air tidak terlindung untuk keperluan memasak dan minum, seperti air sungai terutama masyarakat yang tinggal di daerah aliran sungai.

E. Penggunaan Jamban Keluarga

Penggunaan jamban keluarga dibagi menjadi dua, yaitu jamban sehat dan jamban tidak sehat berdasarkan jenis dan jaraknya dengan sumber air minum. Hasil distribusi frekuensi penggunaan jamban keluarga selengkapnya disajikan pada Tabel 4.7. dan Grafik 4.5.

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Penggunaan Jamban Keluarga

Penggunaan Jamban Keluarga	Frekuensi	Persentase
Jamban tidak sehat	30	28,3%
Jamban sehat	76	71,7%
Total	106	100%

Grafik 4.5. Distribusi Frekuensi Penggunaan Jamban Keluarga

Berdasarkan tabel dan grafik di atas menunjukkan bahwa dari 106 responden, yang menggunakan jamban sehat sebesar 76 (71,7%), artinya sudah banyak keluarga yang memiliki jamban sehat dirumah. Sedangkan yang menggunakan jamban tidak sehat sebesar 30 (28,3%), artinya masih ada keluarga yang memiliki jamban tidak sehat dirumah terutama pada keluarga yang tinggal di daerah aliran sungai. Keluarga yang tinggal di daerah tersebut, rata-rata menggunakan jamban cemplung atau jamban tanpa *septic tank*.

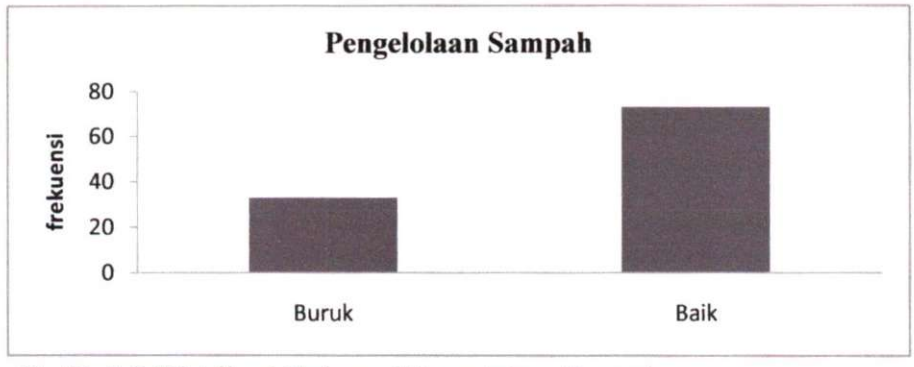
F. Pengelolaan Sampah

Pengelolaan sampah dinilai berdasarkan kegiatan keluarga dalam pengelolaan sampah yang dimulai dari tempat penyimpanan sementara,

pengumpulan, pengangkutan, sampai pembuangan akhir dengan menggunakan teknik sesuai prinsip-prinsip kesehatan masyarakat atau kesehatan lingkungan. Hasil distribusi frekuensi pengelolaan sampah selengkapnya disajikan pada Tabel 4.8. dan Grafik 4.6.

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Pengelolaan Sampah

Pengelolaan Sampah	Frekuensi	Persentase
Buruk	33	31,1%
Baik	73	68,9%
Total	106	100%



Grafik 4.6. Distribusi Frekuensi Pengelolaan Sampah

Berdasarkan tabel dan grafik di atas menunjukkan bahwa dari 106 responden, pengelolaan sampah yang baik sebesar 73 (68,9%), artinya sebagian besar masyarakat di sana sudah sadar akan pengelolaan sampah yang baik. Sedangkan pengelolaan sampah yang buruk sebesar 33 (31,1%), artinya masih ada sebagian kecil masyarakat yang tidak mengelola sampah dengan baik terutama masyarakat yang tinggal di daerah aliran sungai. Sebagian masyarakat yang tinggal di daerah tersebut masih membuang sampah sembarangan atau dibuang ke sungai.

4.1.3. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dan variabel dependent.

Hubungan antara variabel tersebut meliputi, hubungan antara pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare, hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare, hubungan antara penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare, hubungan antara penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare, serta hubungan pengelolaan sampah dengan kejadian diare.

A. Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun

Hasil analisis antara hubungan pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun dapat dilihat pada Tabel 4.9. berikut ini.

Tabel 4.9. Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 tahun

No	Pengetahuan Ibu Tentang Diare	Kejadian Diare				Jumlah		P Value	OR 95% CI
		Diare		Tidak Diare					
		n	%	n	%	N	%		
1	Kurang	27	77,1	8	22,9	35	100	0,005	3,886 (1,554-9,718)
2	Baik	33	46,5	38	53,5	71	100		
	Total	60	56,6	46	43,4	106	100		

Berdasarkan tabel di atas menunjukan bahwa persentase diare pada pengetahuan ibu tentang diare yang kurang adalah lebih besar (77,1%) dibandingkan pengetahuan ibu tentang diare yang baik (46,5%).

Dari hasil analisis hubungan antara pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji *chi square* memperoleh *p-value* (0,005) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.

Selain itu, dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 3,8 (95% CI: (1,554-9,718), artinya ibu yang memiliki pengetahuan tentang diare yang kurang merupakan faktor resiko yang kuat (OR > 1), yaitu mempunyai risiko 3,8 kali lebih besar untuk terjadinya penyakit diare dibandingkan dengan ibu yang memiliki pengetahuan tentang diare yang baik.

B. Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun

Hasil analisis antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun dapat dilihat pada Tabel 4.10. berikut ini.

Tabel 4.10. Hubungan Antara Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 tahun

No	Kebiasaan Mencuci Tangan	Kejadian Diare				Jumlah		P Value	OR 95% CI
		Diare		Tidak Diare					
		N	%	n	%	N	%		
1	Kebiasaan Kurang	28	63,6	16	36,4	44	100	0,302	1,641 (0,744-3,618)
2	Kebiasaan Baik	32	51,6	30	48,4	62	100		
	Total	60	56,6	46	43,4	106	100		

Berdasarkan tabel di atas menunjukan bahwa persentase diare pada kebiasaan mencuci tangan yang kurang sebesar (63,6%) tidak jauh berbeda dengan kebiasaan mencuci tangan yang baik sebesar (51,6%).

Dari hasil analisis hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji *chi square* memperoleh *p-value* (0,302) > α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini diterima, artinya tidak ada hubungan bermakna antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Palembang.

C. Hubungan Antara Penyediaan Sarana Air Bersih Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun

Hasil analisis antara hubungan penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun dapat dilihat pada Tabel 4.11. berikut ini.

Tabel 4.11. Hubungan Antara Penyediaan Sarana Air Bersih Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 tahun

No	Penyediaan Sarana Air Bersih	Kejadian Diare				Jumlah		P Value	OR 95% CI
		Diare		Tidak Diare					
		n	%	n	%	N	%		
1	Sumber air tidak terlindung	30	75,0	10	25,0	40	100	0,006	3,600 (1,517-8,544)
2	Sumber air terlindung	30	45,5	36	54,5	66	100		
	Total	60	56,6	46	43,4	106	100		

Berdasarkan tabel di atas menunjukan bahwa persentase diare pada keluarga yang menggunakan sumber air tidak terlindung adalah lebih besar (75,0%) dibandingkan yang menggunakan sumber air terlindung (45,5%).

Dari hasil analisis hubungan penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji *chi square* memperoleh *p-value* (0,006) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju Plaju.

Selain itu, dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 3,6 (95% CI: (1,517-8,544) berarti keluarga yang menggunakan sumber air tidak terlindung merupakan faktor resiko yang kuat (OR > 1), yaitu mempunyai risiko 3,6 kali lebih besar untuk terjadinya penyakit diare dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan sumber air terlindung.

D. Hubungan Antara Penggunaan Jamban Keluarga Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun

Hasil analisis antara hubungan penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun dapat dilihat pada Tabel 4.12. berikut ini.

Tabel 4.12. Hubungan Antara Penggunaan Jamban Keluarga Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 tahun

No	Penggunaan Jamban Keluarga	Kejadian Diare				Jumlah		P Value	OR 95% CI
		Diare		Tidak Diare					
		n	%	n	%	N	%		
1	Jamban tidak sehat	24	80,0	6	20,0	30	100	0,005	4,444 (1,633-12,100)
2	Jamban sehat	36	47,4	40	52,6	76	100		
	Total	60	56,6	46	43,4	106	100		

Berdasarkan tabel di atas menunjukan bahwa persentase diare pada penggunaan jamban keluarga yang tidak sehat adalah lebih besar (80,0%) dibandingkan dengan penggunaan jamban keluarga yang sehat (47,4%).

Dari hasil analisis hubungan penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji *chi square* memperoleh *p-value* (0,005) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Selain itu, dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 4,4 (95% CI: (1,633-12,100) berarti penggunaan jamban keluarga yang tidak sehat merupakan faktor resiko yang kuat (OR > 1), yaitu mempunyai risiko 4,4 kali lebih besar untuk terjadinya penyakit diare dibandingkan dengan penggunaan jamban keluarga yang sehat.

E. Hubungan Antara Pengelolaan Sampah Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju

Hasil analisis antara hubungan pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun dapat dilihat pada Tabel 4.13. berikut ini.

Tabel 4.13. Hubungan Antara Pengelolaan Sampah Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 tahun

No	Pengelolaan Sampah	Kejadian Diare				Jumlah		P Value	OR 95% CI
		Diare		Tidak Diare					
		n	%	n	%	N	%		
1	Buruk	29	87,9	4	12,1	33	100	0,000	9,823 (3,130-30,829)
2	Baik	31	42,5	42	57,5	73	100		
	Total	60	56,6	46	43,4	106	100		

Berdasarkan tabel di atas menunjukan bahwa persentase diare pada pengelolaan sampah yang buruk adalah lebih besar (87,9%) dibandingkan pengelolaan sampah yang baik (42,5%).

Dari hasil analisis hubungan antara pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji *chi square* memperoleh *p-value* (0,000) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Selain itu, dari hasil analisis diperoleh nilai OR = 9,8 (95% CI: (3,130-30,829) berarti pengelolaan sampah yang buruk merupakan faktor resiko yang kuat (OR > 1), yaitu mempunyai risiko 9,8 kali lebih besar untuk terjadinya penyakit diare dibandingkan dengan pengelolaan sampah yang baik.

4.2. Pembahasan

Pada bagian ini peneliti akan membahas hasil analisis penelitian dan informasi hasil penelitian terdahulu sebagai bahan perbandingan dengan hasil penelitian ini. Pada penelitian ini terdapat keterbatasan penelitiaan karena peneliti menggunakan angket yang tergantung pada kejujuran responden. Selain itu peneliti menggunakan metode *cross sectional* di mana hanya mengumpulkan data pada satu saat yang bersamaan dan juga kurang mencari tahu sebab akibat.

Pembahasan tersebut meliputi, kejadian diare pada anak, hubungan pengetahuan ibu tentang diare, kebiasaan mencuci tangan, penyediaan sarana air bersih, penggunaan jamban keluarga, dan pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

4.2.1. Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju

Berdasarkan hasil analisis univariat, distribusi frekuensi kejadian diare menunjukkan bahwa dari 106 responden, jumlah kejadian diare pada anak-anak usia sekolah 6-12 tahun sebesar 60 (56,6%) dan jumlah tidak diare sebesar 46 (43,4%). Hal ini menunjukkan bahwa kasus diare cukup banyak pada anak-anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Penyakit diare merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan pada anak di dunia. Hal ini kebanyakkan disebabkan oleh makanan dan sumber air yang terkontaminasi (WHO, 2009). Mekanisme penularan utama untuk patogen diare adalah tinja-mulut, dengan makanan dan air yang merupakan penghantar untuk kebanyakan kejadian (Pickering dan Snyder, 1999).

Infeksi virus dan bakteri tidak selamanya akan menyebabkan terjadinya diare karena tubuh mempunyai mekanisme daya tahan tubuh. Usus adalah organ utama yang berfungsi sebagai pintu masuk terhadap invasi dari berbagai bahan yang berbahaya, yang masuk ke dalam lumen usus. Bahan-bahan ini antara lain mikroorganisme, antigen toksin, dll. Jika bahan-bahan ini dapat menembus *barier* mekanisme daya tahan tubuh dan masuk ke dalam

sirkulasi sistemik, terjadilah bermacam-macam reaksi seperti infeksi, alergi atau keadaan autoimunitas (Suraatmaja, 2010).

Menurut WHO dan UNICEF (2009), anak-anak dengan status gizi dan kesehatan yang buruk, serta mereka yang tinggal di kondisi lingkungan yang buruk, lebih rentan terhadap penyakit diare. Anak-anak juga lebih berisiko terjadinya dehidrasi akibat diare daripada orang dewasa karena di dalam tubuh anak-anak membutuhkan air lebih besar untuk metabolisme dibandingkan proporsi berat badannya sendiri.

4.2.2. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju

Berdasarkan hasil analisis univariat, distribusi frekuensi pengetahuan ibu tentang diare menunjukkan bahwa dari 106 responden, ibu-ibu yang memiliki pengetahuan yang baik tentang diare sebesar 71 (67,0%), sedangkan ibu-ibu yang memiliki pengetahuan kurang tentang diare sebesar 35 (33,0%), artinya sudah banyak ibu-ibu yang tahu tentang penyakit diare mulai dari pengertian sampai pencegahan diare.

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukan bahwa persentase diare pada pengetahuan ibu tentang diare yang kurang adalah lebih besar (77,1%) dibandingkan pengetahuan ibu tentang diare yang baik (46,5%). Berdasarkan hasil hubungan pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare menggunakan uji *chi square* diperoleh *p-value* (0,005) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Maryatun dan Purwaningsih (2004), yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak di wilayah kerja Puskesmas Setabelan Kota Surakarta dengan nilai p = 0,377. Hal ini mungkin karena karakteristik responden disuatu daerah dengan daerah

lain berbeda-beda, sehingga pemahaman terhadap diare dan penanganannya pun juga berbeda.

Menurut Notoatmodjo (2007), tingkat pendidikan seseorang dapat meningkatkan pengetahuannya tentang kesehatan. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah tingkat pendidikan. Pendidikan akan memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat.

4.2.3. Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju

Berdasarkan hasil analisis univariat, distribusi frekuensi kebiasaan mencuci tangan menunjukkan bahwa dari 106 responden, kebiasaan mencuci tangan yang baik sebesar 62 (58,5%), artinya sudah sebagian keluarga yang telah menerapkan kebiasaan mencuci tangan di rumah. Sedangkan jumlah kebiasaan mencuci tangan yang kurang sebesar 44 (41,5%), artinya masih ada keluarga yang belum menerapkan kebiasaan mencuci tangan dirumah.

Berdasarkan hasil analisis bivariat, menunjukan bahwa persentase diare pada kebiasaan mencuci tangan yang kurang sebesar (63,6%) tidak jauh berbeda dengan kebiasaan mencuci tangan yang baik sebesar (51,6%). Berdasarkan hasil analisis hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji *chi square* memperoleh *p-value* (0,302) > α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini diterima, artinya tidak ada hubungan bermakna antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju. Hasi penelitian yang menyatakan tidak ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare mungkin disebabkan karena adanya variabel perancu yang mempengaruhi.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Purwito (2011), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang cuci tangan dengan kejadian diare pada siswa kelas VI di SDN 3 Geluran Kecamatan Taman Kabupaten Sidoarjo dengan nilai p = 0,00.

Menurut WHO dan UNICEF (2009), seseorang yang mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi tingkat penyakit diare. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan air saja kurang efektif dalam mencegah penyakit diare daripada menggunakan sabun. Sabun memecah lemak dan kotoran yang membawa kuman dan patogen penyebab diare. Sejumlah penelitian lainnya menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi insiden penyakit diare hingga lebih dari 40%. Hal ini juga tergantung dari sumber air yang digunakan untuk mencuci tangan dalam mengurangi tingkat penyakit diare.

4.2.4. Hubungan Penyediaan Sarana Air Bersih Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju

Berdasarkan hasil analisis univariat, distribusi frekuensi penyediaan sarana air bersih menunjukkan bahwa dari 106 responden, yang menggunakan sumber air terlindung sebesar 66 (62,3%), artinya sudah banyak masyarakat yang menggunakan sumber air terlindung, seperti air PAM untuk keperluan memasak dan air minum isi ulang untuk keperluan minum. Sedangkan yang menggunakan sumber air tidak terlindung sebesar 40 (37,7%), artinya masih ada sebagian masyarakat yang menggunakan sumber air tidak terlindung untuk keperluan memasak dan minum, seperti air sungai terutama masyarakat yang tinggal di daerah aliran sungai.

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukan bahwa persentase diare pada keluarga yang menggunakan sumber air tidak terlindung adalah lebih besar (75,0%) dibandingkan keluarga yang menggunakan sumber air terlindung (45,5%). Berdasarkan hasil analisis hubungan penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji *chi square* memperoleh *p-value* (0,006) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Budiyono dan Wuryanto (2007), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara sumber air minum dengan kejadian diare pada anak di Kelurahan Bandarharjo Kota Semarang dengan nilai p=0,032.

Masyarakat yang terjangkau oleh penyediaan air yang benar-benar bersih mempunyai risiko menderita diare lebih kecil dibanding dengan masyarakat yang tidak mendapatkan air bersih. Masyarakat dapat mengurangi risiko terhadap serangan diare yaitu dengan menggunakan air yang bersih dan melindungi air tersebut dari kontaminasi mulai dari sumbernya sampai penyimpanan di rumah (Kemenkes RI, 2011).

4.2.5. Hubungan Penggunaan Jamban Keluarga Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju

Berdasarkan hasil analisis univariat, distribusi frekuensi penggunaan jamban keluarga menunjukkan bahwa dari 106 responden, yang menggunakan jamban sehat sebesar 76 (71,7%), artinya sudah banyak keluarga yang memiliki jamban sehat dirumah. Sedangkan yang menggunakan jamban tidak sehat sebesar 30 (28,3%), artinya masih ada keluarga yang memiliki jamban tidak sehat dirumah terutama pada keluarga yang tinggal di daerah aliran sungai. Keluarga yang tinggal di daerah tersebut, rata-rata menggunakan jamban cemplung atau jamban tanpa *septic tank*.

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukan bahwa persentase diare pada penggunaan jamban keluarga yang tidak sehat adalah lebih besar (80,0%) dibandingkan dengan penggunaan jamban keluarga (47,4%). Hasil analisis hubungan penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji c*hi square* memperoleh *p-value* (0,005) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wulandari (2009), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis tempat pembuangan tinja dengan kejadian diare pada anak di Desa Blimbing, Kecamatan Sambirejo, Sragen dengan nilai p = 0,001.

Pengalaman dibeberapa negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak yang besar dalam penurunan risiko terhadap penyakit diare. Keluarga yang tidak mempunyai jamban harus membuat jamban dan keluarga harus buang air besar di jamban (Depkes, 2009).

4.2.6. Hubungan Pengelolaan Sampah Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju

Berdasarkan hasil analisis bivariat pengelolaan sampah menunjukkan bahwa dari 106 responden, pengelolaan sampah yang baik sebesar 73 (68,9%), artinya sebagian besar masyarakat di sana sudah sadar akan pengelolaan sampah yang baik. Sedangkan pengelolaan sampah yang buruk sebesar 33 (31,1%), artinya masih ada sebagian kecil masyarakat tidak mengelola sampah dengan baik terutama masyarakat yang tinggal di daerah aliran sungai. Sebagian masyarakat yang tinggal di daerah tersebut masih membuang sampah sembarangan atau dibuang ke sungai.

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukan bahwa persentase diare pada pengelolaan sampah yang buruk adalah lebih besar (87,9%) dibandingkan pengelolaan sampah yang baik (42,5%). Hasil analisis hubungan antara pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun, dengan uji c*hi square* memperoleh *p-value* (0,000) < α (0,05). Secara statistik dapat dikatakan Ho dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju.

Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian Juniyas dan Balelay (2008), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kondisi penggunaan tempat pembuangan sampah dengan kejadian diare pada penduduk di

Kelurahan Oesapa Kecamatan Kelapa Lima Kota Kupang yang ditunjukkan dengan nilai p = 0,04.

Penanganan sampah tidak hanya sampai di bak sampah saja tetapi lebih dari itu, bagaimana bila bak tersebut sudah penuh dan ke mana harus membuangnya. Bila dibiarkan menumpuk akan menyebabkan masalah estetika (bau, kotor) dan menjadi sarang serangga pengganggu (lalat, nyamuk, lipas) dan tikus yang kesemuanya akan mengakibatkan gangguan kesehatan (Suyono dan Budiman, 2010).

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dan pembahasan yang dikemukakan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Distribusi frekuensi kejadian diare menunjukkan bahwa dari 106 responden, jumlah kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun sebesar 60 (56,6%) dan jumlah tidak diare sebesar 46 (43,4%).
2. Ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu tentang diare dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju dengan *p-value* (0,005) < α (0,05).
3. Tidak ada hubungan bermakna antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju dengan *p-value* (0,302) > α (0,05).
4. Ada hubungan bermakna antara penyediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju dengan *p-value* (0,006) < α (0,05).
5. Ada hubungan bermakna antara penggunaan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju dengan *p-value* (0,005) < α (0,05).
6. Ada hubungan bermakna antara pengelolaan sampah dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju dengan *p-value* (0,000) < α (0,05).

5.2. Saran

Pada bagian ini, peneliti akan memberikan saran berdasarkan hasil atau kesimpulan penelitian guna memberikan solusi dari hasil penelitian tersebut. Selain itu, permasalahan dalam kesimpulan yang belum terjawab dapat disarankan untuk penelitian selanjutnya, serta dari manfaat penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukkan bagi instansi yang terkait seperti puskesmas dan dinas

kesehatan serta bagi masyarakat. Saran yang dapat peneliti berikan adalah sebagai berikut.

A. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan

1. Hendaknya petugas kesehatan melakukan penyuluhan tentang penyakit diare mulai dari pengertian, penyebab, gejala dan tanda, pengobatan, serta pencegahan diare supaya ibu-ibu lebih mengerti tentang penyakit diare.
2. Hendaknya petugas kesehatan melakukan penyuluhan untuk memotivasi masyarakat dalam hal sanitasi lingkungan sampai masyarakat betul-betul memahaminya serta mengupayakan dalam penyediaan sarana air bersih, penggunaan jamban keluarga dan pengelolaan sampah yang baik di wilayah Puskesmas Plaju terutama pada daerah aliran sungai.

B. Bagi Masyarakat

1. Diharapkan lebih memahami tentang penyakit diare dan faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit tersebut.
2. Mengupayakan untuk menggunakan jamban yang memenuhi syarat sehingga jamban tersebut dikategorikan jamban sehat
3. Mengupayakan untuk menyediakan sumber air bersih untuk keperluan sehari-hari terutama untuk keperluan memasak dan minum.
4. Mengupayakan untuk tidak membuang sampah sembarangan atau membuangnya di sungai karena akan berakibat buruk terhadap kesehatan terutama penyakit diare.

C. Bagi Peneliti Lain

1. Penelitian selanjutnya dapat menambah faktor-faktor lain di luar penelitian ini, seperti faktor sosial ekonomi, faktor lingkungan rumah, faktor Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), dan lain sebaginya.
2. Penelitian selanjutnya dapat menambah jumlah sampel yang lebih banyak dan menggunakan metode serta tehnik pengambilan sampel yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

Achmadi, U.F. 2005. Manajemen Penyakit: "Berbasis Wilayah". Kompas, Jakarta, Indonesia, hal. 25.

Adisasmito, W. 2007. Faktor Risiko Diare Pada Bayi dan Balita di Indonesia: "Systemic Review Penelitian Akademik Bidang Kesehatan Masyarakat". MAKARA KESEHATAN. 11 (1): 1-10, (*http://journal.ui.ac.id/upload/artikel/01_Wiku%20AS_FAKTOR%20RISIKO%20DIARE_Revisi.PDF*, Diakses 17 November 2011)

Anonymous. 2011. Peta Plaju, (*http://maps.google.co.id/maps?hl=id&tab=wl*, Diakses 26 Januari 2012)

Arikunto, S. 2010. Prosedur Penelitian: "Suatu Pendekatan Praktik". Rineka Cipta, Yogyakarta, Indonesia, hal. 185.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI. 2008. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2007): "Laporan Nasional 2007", (*http://www.k4health.org/system/files/laporanNasional%20Riskesdas%202007.pdf*, Diakses 24 Januari 2012).

Boyle, J.T. 1999. Sindrom Klinis Laboratorium Mikrobiologi: "Diare Kronis". Dalam: Wahab, A.S. (Editor). Ilmu Kesehatan Anak Nelson (Volume 2), hal. 1354. EGC, Jakarta, Indonesia.

Budiyono dan Wuryanto M.A. 2007. Hubungan Praktik Penggunaan Fasilitas Sanitasi dan Praktik *Personal Hygiene* dengan Kejadian Diare Pada Anak di Kelurahan Bandarharjo Kota Semarang. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia 2 (1): 36.

Dahlan, M.S. 2010. Seri Evidence Based Medicine 2: "Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel". Salemba Medika, Jakarta, Indonesia, hal. 46.

Davey, P. 2005. At a Glance Medicine. Terjemahan oleh: Rahmalia, A. dan Novianty, C. Erlangga, Jakarta, Indonesia, hal. 32.

Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2011. Profil Kesehatan Kota Palembang 2010. Dinas Kesehatan Kota Palembang, Palembang, hal. 23, (*http://dinkes.palembang.go.id/tampung/dokumen/dokumen-56-57.pdf*, Diakses 24 November 2011)

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2011. Laporan P4D (Program Pengembangan Pemberantasan Penyakit Diare.

Departemen Kesehatan RI. 2009. Buku Pedoman Pengendalian Penyakit Diare. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta, Indonesia, hal. 1, 5 dan 86-87.

_____. 2011. Buku Saku Petugas Kesehatan. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta, (*http://www.depkes.go.id/downloads/Tata%20Laksana%20Diare/Buku%20Saku%20Lintas%20Diare.pdf*, Diakses 14 desember 2011)

Dewi, M.I. 2011. Gambaran Faktor yang Dapat Meningkatkan Terjadinya diare Pada Anak Usia Sekolah (5-12 Tahun) di RW 06 Kelurahan Wonokromo. Karya Tulis Ilmiah, Jurusan Ilmu Keperawatan Stikes Yarsis (*http://share.stikesyarsis.ac.id/elib/main/dok/00084/*, Diakses 24 Januari 2012).

Hadi, S. 2002. Gastroenterologi. P.T. ALUMNI, Bandung, Indonesia, hal. 43.

Junias, M. dan Balelay, Eliaser. 2008. Hubungan Antara Pembuangan Sampah Dengan Kejadian Diare Pada Penduduk di Kelurahan Oesapa Kecamatan Kelapa Lima Kupang. MKM 3 (2): 92-104, (*http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/320892104_0852-6974.pdf*, Diakses 10 Desember 2011)

Kementerian Kesehatan RI. 2010. Profil Kesehatan Indonesia 2009. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, hal. 33-34 dan 50, (*http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202008.pdf*, Diakses 26 november 2011)

_____. 2011. Situasi Diare di Indonesia. Subdit Pengendalian Diare dan Infeksi Saluran Pencernaan Kemenkes RI. Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan 2 (2): 24, (*http://www.depkes.go.id/downloads/Buletin%20Diare_Final(1).pdf*, Diakses 24 Januari 2012)

Maryatun, A. dan Purwangingsih, W. 2008. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Diare Dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita Wilayah Kerja Puskesmas Setabelan Kota Surakarta 2004. PROFESI edisi 3, hal. 50-56, (*http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/ed03085056.pdf*, Diakses 17 November 2011)

Mubarak, W.I. dan Chayatin, N. 2009. Ilmu kesehatan Masyarakat: "Teori dan Aplikasi". Salemba Medika. Jakarta, Indonesia, hal. 307-309.

Notoatmodjo, S. 2007. Kesehatan Masyarakat: "Ilmu dan Seni". Rineka Cipta. Jakarta, Indonesia, hal. 131-146, 172-177 dan 192.

_____. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia, hal. 176-178

Pickering, L.K. dan Snyder, J.D. 1999. Gejala-Gejala dan Tanda-Tanda Utama Gangguan Saluran Pencernaan: "Gastroenteritis". Dalam: Wahab, A.S. (Editor). Ilmu Kesehatan Anak Nelson (Volume 2), hal. 889. EGC, Jakarta, Indonesia.

Purwito, E.G. 2011. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Cuci Tangan Dengan Kejadian Diare Pada Siswa Kelas VI di SDN 3 Geluran Kecamatan Taman Kabupaten sidoarjo, Jurusan Ilmu Keperawatan Stikes Yarsis (*http://share.stikesyarsis.ac.id/elib/main/dok/00448/*, Diakses 24 Januari 2012).

Rosso, J.M. dan Arlianti. 2009. Investasi untuk Kesehatan dan Gizi Sekolah di Indonesia. BEC-TF, (*ddp-ext.worldbank.org/EdStats/IDNwp09a.pdf*, Diakses 24 Januari 2012).

Sastroasmoro, S dan Ismael, S. 2008. Dasar-dasar Metodelogi Penelitian: "Studi Cross-Sectional" Klinis. Sagung Seto. Jakarta, Indonesia. Hal 112-126.

Suraatmaja, S. 2010. Kapita Selekta: "Gastroenterologi Anak". CV. Sagung Seto, Jakarta, Indonesia, hal. 1-12.

Suyono dan Budiman. 2010. Ilmu Kesehatan Masyarakat: "Dalam Konteks Kesehatan Lingkungan". EGC, Jakarta, Indonesia, hal.129-130.

The United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO). 2009. Diarrhoea: "Why Children are Still Dying and What Can be Done". UNICEF/WHO. New York, USA.

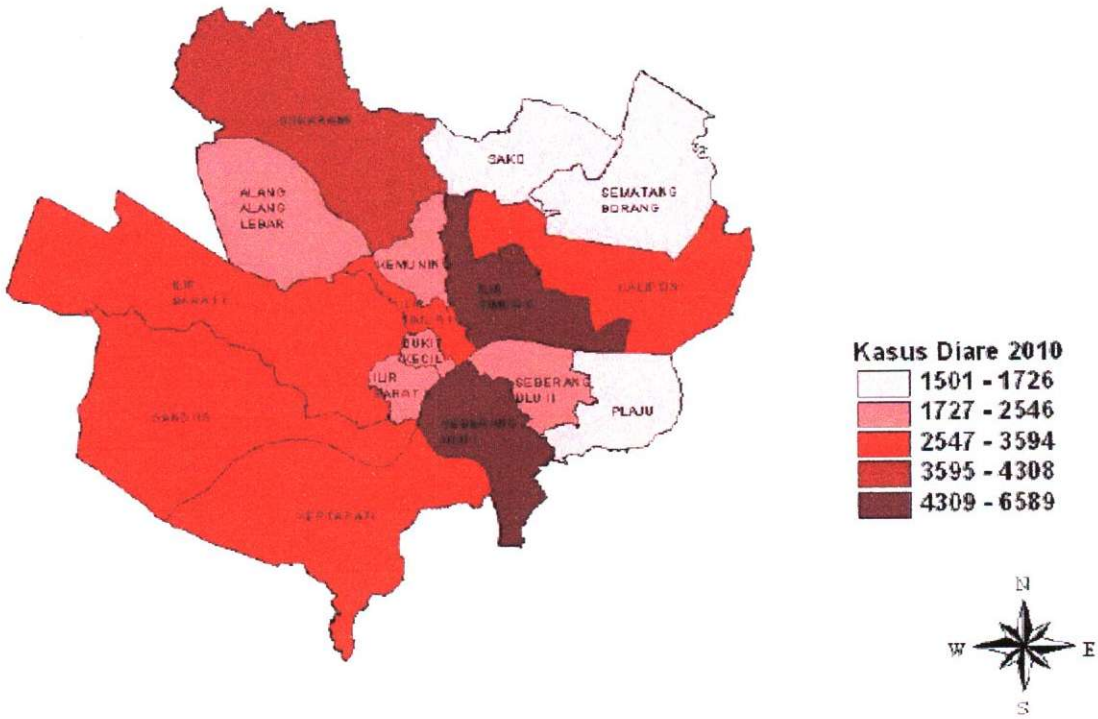
Ushen, M. 1999. Sistem Saluran Pencernaan: "Gejala-Gejala dan Tanda-Tanda Utama Gangguan Saluran Pencernaan". Dalam: Wahab, A.S. (Editor). Ilmu Kesehatan Anak Nelson (Volume 2), hal. 1273-1274. EGC, Jakarta, Indonesia.

WHO. 2009. Diarrhoeal Disease, (*http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html*, Diakses 25 Desember 2011)

Widoyono. 2008. Penyakit Tropis: "Epidemiologi, Penularan, Pencegahan & Pemberantasannya". Erlangga, Jakarta, Indonesia, hal. 145-151.

Wulandari, P.A. 2009. Hubungan Antara Faktor Lingkungan dan Faktor Sosiodemografi dengan Kejadian Diare pada Balita di Desa Blimbing Kecamatan Sambirejo Kabupaten Sragen. Skripsi, Jurusan Kesehatan Masyarakat UMS, hal. 15-21, (*http://etd.eprints.ums.ac.id/5960/1/J410050008.PDF*, Diakses 10 desember 2011)

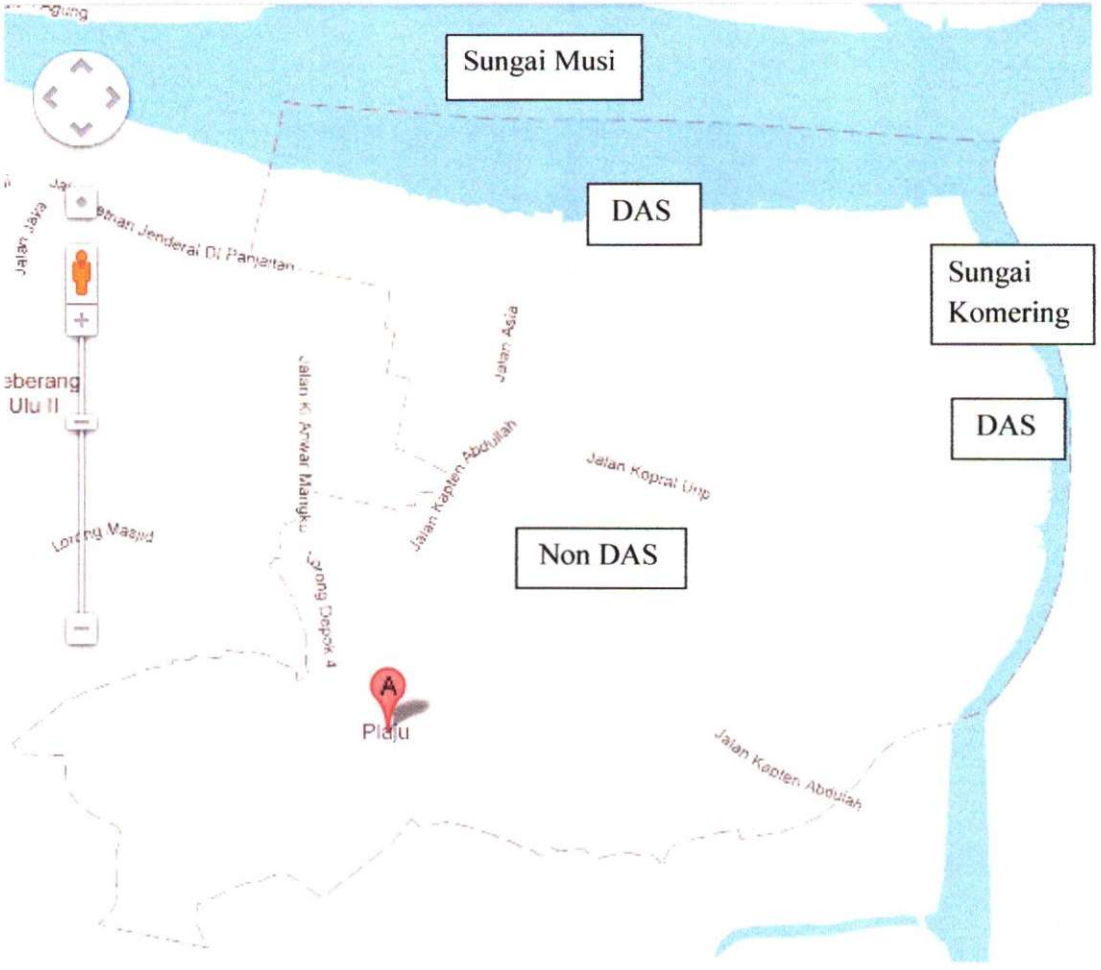
Lampiran 1. Peta Kota Palembang Berdasarkan Jumlah Kasus Diare Per Kecamatan Tahun 2010



Gambar 1.1 Peta Kota Palembang Berdasarkan Jumlah Kasus Diare Per Kecamatan Tahun 2010

Sumber: Profil Kesehatan Kota Palembang Tahun 2010

Lampiran 2. Peta Daerah Plaju Berdasarkan Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS)



Gambar 1.2 Peta Daerah Plaju Berdasarkan Daerah Aliran Sungai (DAS) dan Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS)

Sumber: Anonymous, Peta Plaju, http://maps.google.co.id/maps?hl=id&tab=wl

Lampiran 3. Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden

PENELITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DIARE PADA ANAK USIA SEKOLAH 6-12 TAHUN DI WILAYAH PUSKESMAS PLAJU KOTA PALEMBANG TAHUN 2012

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Endang Dwi Kurnia

NIM : 702008007

Mahasiswa S1 dari Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Palembang.

Palembang, ...2012

Responden

(_____)

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian Tentang Diare

KUISIONER PENELITIAN TENTANG DIARE

Selamat pagi/siang/sore/Bu. Saya mahasiswa Kedokteran Muhammadiyah Palembang. Saya sedang melaksanakan penelitian untuk skripsi saya tentang diare. Saya ingin berbicang-bincang dengan Ibu seputar diare dan faktor-faktor yang berhubungan dengan diare pada anak. Saya ucapkan terima kasih atas partisipasi Ibu dalam pelaksanaan penelitian ini.

Petunjuk pengisian kuesioner

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti.
2. Isilah data pribadi ibu terlebih dahulu.
3. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan sebenarnya.
4. Untuk jenis pertanyaan yang memiliki pilihan ganda beri tanda (x) pada jawaban yang dianggap benar.
5. Untuk jenis pertanyaan yang berada pada kolom beri tanda (√) pada kolom yang sesuai.
6. Jika ada pertanyaan yang kurang dimengerti, silahkan tanyakan pada peneliti.
7. Lembar kuesioner ini dikembalikan setelah mengisi seluruh pertanyaan.

Identitas Responden

1. No Responden :
2. Nama Ibu :
3. Umur Ibu :
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :
6. Nama Anak :
7. Umur Anak :
8. Alamat :

A. Diare

1. Selama tahun 2011 kemarin, apakah anak Ibu pernah menderita diare?
   a. Ya b. Tidak

B. Pengetahuan Ibu Tentang Diare

1. Apa yang dimaksud dengan diare?
   a. Buang air besar lembek atau cair hanya 1X sehari
   b. Buang air besar lebih dari 2X sehari
   c. Buang air besar lembek atau cair lebih dari 3X sehari
   d. Buang air besar lembek atau cair kurang dari 3X sehari
2. Apa penyebab tersering pada diare?
   a. Infeksi virus dan bakteri
   b. Karena kebanyakan makan dan minum
   c. Ini merupakan penyakit turunan
   d. Semua salah

3. Menurut Ibu, bagaimana cara penularan diare?
   a. Melalui lidah
   b. Melalui tangan
   c. Melalui makanan dan minuman
   d. Melalui kulit
4. Menurut Ibu, apa gejala dan tanda diare?
   a. Berak cair/lembek
   b. Nafsu makan berkurang
   c. Semua salah
   d. Semua benar
5. Apa faktor-faktor yang dapat menyebabkan diare?
   a. Membuang tinja sembarangan
   b. Keadaan lingkungan yang kotor
   c. Kurangnya penyediaan air bersih
   d. Semua benar
6. Di bawah ini, mana yang termasuk salah satu pencegahan diare?
   a. Berdoa sebelum dan sesudah makan
   b. Mandi dengan teratur 3X sehari
   c. Menggosok gigi sebelum tidur
   d. Cuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan
7. Apa itu oralit?
   a. Campuran gula garam
   b. Campuran asam jawa
   c. Campuran gula teh
   d. Campuran gula kopi
8. Bagaimana cara pembuatan oralit?
   a. Campurkan 1 sendok teh gula dengan ¼ sendok teh garam ke dalam 1 gelas air masak.
   b. Campurkan 1 sendok teh gula dengan ½ sendok makan garam ke dalam 1 gelas air masak.
   c. Campurkan ½ sendok makan teh dengan 1 sendok makan gula ke dalam air masak.
   d. Campurkan ½ sendok makan asam jawa dengan 1 sendok makan gula ke dalam air masak.

C. Kebiasaan Mencuci Tangan

No.	Pernyataan	Ya	Kadang-kadang	Tidak
1	2	3	4	5
1	Keluarga mencuci tangan sebelum menyuapi makan anak.			
2	Keluarga mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar.			
3	Setiap mencuci tangan keluarga menggunakan sabun.			
4	Ibu mencuci tangan sebelum memasak dan menyiapkan makanan?			
5	Anak Ibu mencuci tangan sebelum makan dari jajanan.			

D. Penyediaan Sarana Air Bersih

1. Apakah jenis sumber air bersih di rumah?
   a. PAM
   b. Air sumur
   c. Air sungai
2. Apakah jenis sumber air minum di rumah?
   a. PAM/Air minum isi ulang
   b. Air sumur
   c. Air sungai

No.	Pernyataan	Ya	Kadang-kadang	Tidak
1	2	3	4	5
1	Untuk keluarga selalu disediakan air bersih.			
2	Di rumah membeli air minum isi ulang			
3	Keluarga berusaha memperoleh sumber air bersih jika sumber air bersih tersebut jauh dari rumah.			

E. Penggunaan jamban keluarga

1. Apakah ibu mempunyai jamban/kakus/wc sendiri?
   a. Ya b. Tidak
2. Apa jenis jamban/kakus/wc yang ibu punya?
   a. Jamban dengan tangki septic/leher angsa
   b. Jamban tanpa tangki septic/jamban cemplung
3. Apakah jamban mempunyai lantai?
   a. Ya b. Tidak
4. Berapa jarak antara sumber air bersih dengan jamban/kakus/wc?
   a. Ya b. Tidak

F. Pengelolaan Sampah

No.	Pernyataan	Ya	Kadang-kadang	Tidak
1	2	3	4	5
1	Keluarga membuang sampah pada tempatnya.			
2	Sampah dibuang berdasarkan jenisnya (organik, misalnya sisa makanan, daun-daunan, kertas, dan non organik, misalnya plastik atau botol).			
3	Keluarga melakukan pemusnahan dan pengelolaan sampah, misalnya ditanam, dibakar, atau dijadikan pupuk.			

Lampiran 5. Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner

Reliability
Scale: ALL VARIABLES

1. Kuesioner Pengetahuan Ibu Tentang Diare

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.855	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	6.20	8.063	.459	.850
p2	6.25	7.461	.676	.831
p3	6.20	7.221	.838	.818
p4	6.40	7.516	.587	.839
p5	6.20	7.221	.838	.818
p6	6.25	7.882	.498	.847
p7	6.20	7.853	.550	.842
p8	6.20	8.168	.415	.853
p9	6.25	8.829	.132	.877
p10	6.40	7.305	.671	.831

Interpretasi: Terlihat dari 10 pertanyaan, ada dua pertanyaan, yaitu p8 (r=0,415) dan p9 (r=0,132) yang nilainya lebih rendah dari r tabel (r=0,444). Sehingga pertanyaan p8 dan p9 tidak valid, sedangkan untuk pertanyaan p1,p2,p3,p4,p5,p6,p7, dan p10 dinyatakan valid.

Langkah selanjutnya melakukan analisis lagi dengan mengeluarkan pertanyaan yang tidak valid.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.877	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	4.75	6.197	.512	.874
p2	4.80	5.747	.691	.856
p3	4.75	5.566	.841	.841

p4	4.95	5.839	.578	.869
p5	4.75	5.566	.841	.841
p6	4.80	6.168	.487	.877
p7	4.75	6.092	.564	.869
p10	4.95	5.734	.627	.863

Interpretasi: Terlihat dari 8 pertanyaan, nilai r pada masing-masing pertanyaan lebih tinggi dari nilai r tabel (r=0,444). Sehingga semua pertanyaan dinyatakan valid.

Dari hasil uji di atas ternyata nilai r Alpha (0,877) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (r=0,444), maka kedelapan pertanyaan di atas adalah reliable.

2. Kuesioner Kebiasaan Mencuci Tangan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.924	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c1	10.05	7.524	.779	.911
c2	9.85	8.029	.731	.920
c3	9.90	7.358	.936	.884
c4	9.90	7.042	.917	.884
c5	10.10	6.937	.713	.934

Interpretasi: Terlihat dari 5 pertanyaan, nilai r pada masing-masing pertanyaan lebih tinggi dari nilai r tabel (r=0,444). Sehingga semua pertanyaan dinyatakan valid.

Dari hasil uji di atas ternyata nilai r Alpha (0,924) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (r=0,444), maka kedelapan pertanyaan di atas adalah reliable.

3. Kuesioner Penyediaan Sarana Air Bersih

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.863	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	9.40	5.621	.820	.798
a2	9.00	6.947	.578	.860
a3	9.25	6.092	.723	.825
a4	9.70	6.642	.591	.857
a5	9.45	5.734	.717	.827

Interpretasi: Terlihat dari 5 pertanyaan, nilai r pada masing-masing pertanyaan lebih tinggi dari nilai r tabel (r=0,444). Sehingga semua pertanyaan dinyatakan valid.

Dari hasil uji di atas ternyata nilai r Alpha (0,863) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (r=0,444), maka kedelapan pertanyaan di atas adalah reliable.

4. Kuesioner Penggunaan Jamban Keluarga

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.806	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
j1	6.50	2.263	.597	.769
j2	6.80	1.747	.854	.675
j3	6.60	2.358	.408	.821
j4	6.70	2.116	.547	.783
j5	6.60	2.147	.581	.771

Interpretasi: Terlihat dari 5 pertanyaan, ada satu pertanyaan, yaitu j3 (r=0,408) yang nilainya lebih rendah dari r tabel (r=0,444). Sehingga pertanyaan j3 tidak valid, sedangkan untuk pertanyaan j1,j2,j4, dan j5 dinyatakan valid.

Langkah selanjutnya melakukan analisis lagi dengan mengeluarkan pertanyaan yang tidak valid.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
j1	4.80	1.537	.641	.781
j2	5.10	1.253	.733	.731
j4	5.00	1.474	.518	.836
j5	4.90	1.358	.711	.744

Interpretasi: Terlihat dari 4 pertanyaan, nilai r pada masing-masing pertanyaan lebih tinggi dari nilai r tabel (r=0,444). Sehingga semua pertanyaan dinyatakan valid.

Dari hasil uji di atas ternyata nilai r Alpha (0,821) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (r=0,444), maka kedelapan pertanyaan di atas adalah reliable.

5. Kuesioner Pengelolaan Sampah

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.821	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	4.50	2.158	.589	.854
s2	4.15	2.239	.727	.705
s3	4.15	2.239	.727	.705

Interpretasi: Terlihat dari 3 pertanyaan, nilai r pada masing-masing pertanyaan lebih tinggi dari nilai r tabel (r=0,444). Sehingga semua pertanyaan dinyatakan valid.

Dari hasil uji di atas ternyata nilai r Alpha (0,821) lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (r=0,444), maka kedelapan pertanyaan di atas adalah reliable.

Lampiran 6. Data Hasil Penelitian

Data di Daerah bukan Aliran Sungai (non DAS)

no	Kejadian Diare	Pengetahuan Ibu Tentang Diare	Kebiasaan Mencuci Tangan	Penyediaan Sarana Air Bersih	Penggunaan Jamban Keluarga	Pengelolaan Sampah
1	2	6	15	13	8	9
2	2	8	15	14	8	7
3	1	8	15	13	7	6
4	2	8	15	15	7	9
5	2	8	14	12	7	6
6	2	6	15	14	8	9
7	2	7	14	15	8	9
8	1	7	15	15	6	5
9	2	8	15	13	7	9
10	1	8	12	13	4	9
11	2	8	13	14	7	7
12	2	7	15	15	8	5
13	2	7	15	15	8	9
14	1	7	15	15	8	9
15	1	7	15	15	8	9
16	1	6	15	15	8	6
17	2	6	13	15	8	9
18	1	8	15	12	7	7
19	1	8	15	15	7	7
20	1	8	15	13	7	6
21	1	6	12	14	8	5
22	1	4	14	13	8	7
23	1	6	13	15	7	5
24	1	6	12	13	6	6
25	1	3	12	13	6	5
26	1	8	15	13	7	8
27	2	5	15	14	8	9
28	2	8	15	15	8	9
29	1	4	13	14	8	6
30	2	7	15	13	8	5
31	2	7	15	13	8	5
32	2	5	12	13	8	9
33	1	5	12	13	7	5
34	2	8	15	15	8	9
35	2	8	15	15	8	9
36	2	8	15	15	8	9
37	2	8	15	15	8	9

38	1	4	12	13	8	5
39	1	4	12	13	8	5
40	1	4	12	13	8	5
41	2	8	15	15	8	9
42	2	8	15	14	8	8
43	2	8	15	14	8	9
44	2	8	15	13	8	8
45	1	5	12	13	8	6
46	2	7	14	15	8	9
47	2	7	14	15	8	9
48	2	7	14	15	8	9
49	1	3	11	12	7	5
50	1	3	11	12	7	5
51	2	8	15	15	8	8
52	2	8	15	14	8	8

Data di Daerah Aliran Sungai (DAS)

53	2	8	15	15	8	8
54	1	7	14	10	6	5
55	2	8	15	11	6	7
56	2	8	15	14	6	5
57	2	7	15	11	6	9
58	2	6	15	13	6	9
59	1	7	15	14	6	5
60	1	7	15	14	6	5
61	1	8	14	15	5	5
62	1	7	13	13	5	4
63	1	7	13	13	5	4
64	2	8	14	11	6	6
65	2	8	14	11	6	6
66	1	5	13	6	5	4
67	2	7	15	11	6	9
68	1	5	15	10	5	3
69	1	5	15	10	5	3
70	2	5	15	13	6	6
71	1	5	15	13	5	3
72	1	6	13	9	5	3
73	1	7	15	7	5	4
74	1	6	11	10	5	3
75	1	6	11	10	5	3
76	1	7	15	9	5	5

77	1	7	15	9	5	5
78	1	7	15	9	5	5
79	1	7	15	9	4	4
80	1	1	14	9	4	3
81	2	7	13	12	5	3
82	1	7	13	15	6	4
83	1	5	14	13	5	4
84	1	5	13	15	6	3
85	2	6	15	11	4	7
86	1	7	9	7	5	4
87	1	7	9	7	5	4
88	1	8	15	9	6	4
89	1	8	15	9	6	4
90	1	7	15	15	5	3
91	2	7	15	15	5	3
92	1	2	15	7	5	3
93	1	2	15	7	5	3
94	1	7	15	9	6	4
95	1	7	15	9	6	4
96	1	7	15	9	6	4
97	2	7	13	13	7	8
98	2	7	13	13	7	8
99	1	7	15	11	6	3
100	1	7	15	11	6	3
101	2	7	14	10	5	6
102	1	4	15	7	5	4
103	1	8	15	8	6	5
104	1	7	15	8	6	3
105	2	8	14	14	4	3
106	2	8	14	11	4	3

Lampiran 7. Hasil analisis Univariat

diare

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diare	60	56.6	56.6	56.6
	tidak diare	46	43.4	43.4	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

kelompok pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	35	33.0	33.0	33.0
	baik	71	67.0	67.0	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

kelompok cuci tangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	44	41.5	41.5	41.5
	baik	62	58.5	58.5	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

kelompok air bersih

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sumber air tidak terlindung	40	37.7	37.7	37.7
	sumber air terlindung	66	62.3	62.3	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

kelompok jamban

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jamban tidak sehat	30	28.3	28.3	28.3
	jamban sehat	76	71.7	71.7	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

kelompok sampah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	33	31.1	31.1	31.1
	baik	73	68.9	68.9	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

Lampiran 8. Hasil Analisis Bivariat

Pengetahuan Ibu Tentang Diare – Kejadian Diare

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kelompok pengetahuan * diare	106	100.0%	0	.0%	106	100.0%

kelompok pengetahuan * diare Crosstabulation

			diare		
			diare	tidak diare	Total
kelompok pengetahuan	kurang	Count	27	8	35
		% within kelompok pengetahuan	77.1%	22.9%	100.0%
	baik	Count	33	38	71
		% within kelompok pengetahuan	46.5%	53.5%	100.0%
Total		Count	60	46	106
		% within kelompok pengetahuan	56.6%	43.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.974[a]	1	.003		
Continuity Correction[b]	7.769	1	.005		
Likelihood Ratio	9.390	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	8.889	1	.003		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.19.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kelompok pengetahuan (kurang / baik)	3.886	1.554	9.718
For cohort diare = diare	1.660	1.220	2.258
For cohort diare = tidak diare	.427	.224	.815
N of Valid Cases	106		

Kebiasaan Mencuci Tangan – Kejadian Diare

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kelompok cuci tangan * diare	106	100.0%	0	.0%	106	100.0%

kelompok cuci tangan * diare Crosstabulation

			diare		
			diare	tidak diare	Total
kelompok cuci tangan	kurang	Count	28	16	44
		% within kelompok cuci tangan	63.6%	36.4%	100.0%
	baik	Count	32	30	62
		% within kelompok cuci tangan	51.6%	48.4%	100.0%
Total		Count	60	46	106
		% within kelompok cuci tangan	56.6%	43.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.515[a]	1	.218		
Continuity Correction[b]	1.065	1	.302		
Likelihood Ratio	1.525	1	.217		
Fisher's Exact Test				.239	.151
Linear-by-Linear Association	1.500	1	.221		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.09.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kelompok cuci tangan (kurang / baik)	1.641	.744	3.618
For cohort diare = diare	1.233	.888	1.713
For cohort diare = tidak diare	.752	.471	1.200
N of Valid Cases	106		

Penyediaan Sarana Air Bersih – Kejadian Diare

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kelompok air bersih * diare	106	100.0%	0	.0%	106	100.0%

kelompok air bersih * diare Crosstabulation

			Diare		
			diare	tidak diare	Total
kelompok air bersih	sumber air tidak terlindung	Count	30	10	40
		% within kelompok air bersih	75.0%	25.0%	100.0%
	sumber air terlindung	Count	30	36	66
		% within kelompok air bersih	45.5%	54.5%	100.0%
Total		Count	60	46	106
		% within kelompok air bersih	56.6%	43.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.851[a]	1	.003		
Continuity Correction[b]	7.689	1	.006		
Likelihood Ratio	9.157	1	.002		
Fisher's Exact Test				.004	.002
Linear-by-Linear Association	8.767	1	.003		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.36.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kelompok air bersih (sumber air tidak terlindung / sumber air terlindung)	3.600	1.517	8.544
For cohort diare = diare	1.650	1.199	2.270
For cohort diare = tidak diare	.458	.257	.819
N of Valid Cases	106		

Penggunaan Jamban Keluarga – Kejadian Diare

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kelompok jamban * diare	106	100.0%	0	.0%	106	100.0%

kelompok jamban * diare Crosstabulation

			diare		
			diare	tidak diare	Total
kelompok jamban	jamban tidak sehat	Count	24	6	30
		% within kelompok jamban	80.0%	20.0%	100.0%
	jamban sehat	Count	36	40	76
		% within kelompok jamban	47.4%	52.6%	100.0%
Total		Count	60	46	106
		% within kelompok jamban	56.6%	43.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.324[a]	1	.002		
Continuity Correction[b]	8.043	1	.005		
Likelihood Ratio	9.921	1	.002		
Fisher's Exact Test				.002	.002
Linear-by-Linear Association	9.236	1	.002		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.02.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kelompok jamban (jamban tidak sehat / jamban sehat)	4.444	1.633	12.100
For cohort diare = diare	1.689	1.255	2.273
For cohort diare = tidak diare	.380	.180	.802
N of Valid Cases	106		

Pengelolaan Sampah – Kejadian Diare

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kelompok sampah * diare	106	100.0%	0	.0%	106	100.0%

kelompok sampah * diare Crosstabulation

			diare		
			diare	tidak diare	Total
kelompok sampah	buruk	Count	29	4	33
		% within kelompok sampah	87.9%	12.1%	100.0%
	baik	Count	31	42	73
		% within kelompok sampah	42.5%	57.5%	100.0%
Total		Count	60	46	106
		% within kelompok sampah	56.6%	43.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19.081[a]	1	.000		
Continuity Correction[b]	17.277	1	.000		
Likelihood Ratio	21.181	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	18.901	1	.000		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.32.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kelompok sampah (buruk / baik)	9.823	3.130	30.829
For cohort diare = diare	2.069	1.540	2.781
For cohort diare = tidak diare	.211	.082	.539
N of Valid Cases	106		

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Endang Dwi Kurnia	PEMBIMBING I : dr. H. Syahrul Muhammad, MARS
NIM : 70 2008 007	PEMBIMBING II : Indri Ramayanti, S.Si, M.Sc

JUDUL PROPOSAL : Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 tahun di Wilayah Puskesmas Plaju Kota Palembang Tahun 2012

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING I	PARAF PEMBIMBING II	KETERANGAN
1.	18-2-2012	Perbaikan BAB IV			
2.	20-2-2012	Perbaikan BAB IV			
3.	24-2-2012	Konsultasi BAB V			
4.	22-2-2012	Konsultasi BAB V			
5.	27-2-2012	ACC			
6.	27-2-2012	Konsultasi BAB IV & V			
7.	27-2-2012	ACC			
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada tanggal : / /

a.n. Dekan
Ketua UPK,

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

Palembang, 02 Februari 2012

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Nomor : 1210 /H-5/FK-UMP/II/2012
Lampiran
Perihal : Surat Pengantar Izin Penelitian

Kepada Yth
Walikota Palembang
c.q. Kepala Badan Kesatuan
Bangsa, Politik dan Perlindungan
Masyarakat Kota Palembang.
di
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.
Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah. SWT. Amin Ya robbal alamin.

Sehubungan dengan akan berakhirnya proses pendidikan Tahap Akademik mahasiswa angkatan 2008 Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Maka sebagai salah satu syarat kelulusan, diwajibkan kepada setiap mahasiswa untuk membuat Skripsi sebagai bentuk pengalaman belajar riset. Dengan ini diberitahukan kepada Saudara bahwa mahasiswa :

No.	Nama	NIM	Tempat Penelitian	Judul
1.	Endang Dwi Kurnia	70 2008 007	Puskesmas Plaju	Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6-12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju Kota Palembang Tahun 2012

Berkenaan dengan hal tersebut, kami mohon Bapak tidak berkeberatan untuk memberikan izin kepada mahasiswa yang bersangkutan, sehingga memperoleh bahan-bahan yang dibutuhkan beserta penjelasan lainnya dari instansi yang berada dalam wilayah kerja Bapak/Ibu. Untuk kemudian digunakan dalam penyusunan skripsi.

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan dipublikasikan kepada pihak ketiga.

Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih .
Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Dekan,

Prof. Dr.KHM.Arsyad,DABK,SpAnd
NBM/NIDN. 0603 4809 1052253/0002064803

Tembusan :
1. Yth. Pembantu Dekan I FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Yth. Kasubag. Akademik FK UMP
4. Yth. UP2M FK UMP.
5. Arsip

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALEMBANG
JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG
TELPON (0711) 368726
Email : badankesbang@yahoo.co.id

Palembang, 02 Februari 2012

Nomor : 070 / 083 / BAN.KBPM / 2012
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

Kepada Yth.
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang
2. Pimpinan Puskesmas Plaju Palembang

di -
Palembang

Memperhatikan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 78 / H-5 / FK – UMP / I / 2012 Tanggal 02 Fberuari 2012 perihal tersebut diatas, dengan ini diberitahukan kepada saudara bahwa :

No.	*Nama*	*NIM*	*Judul Penelitian*
1.	*Endang Dwi Kurnia*	*70 2008 007*	*Faktor faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usi sekolah 6 – 12 tahun di wilayah puskesmas plaju kota palembang tahun 2012*

Untuk melakukan pengambilan data secara langsung.
Lama Pengambilan Data : 02 Februari 2012 s.d 29 Februari 2012

Dengan Catatan :

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku didaerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperlunya.

a.n KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,
POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA PALEMBANG
SEKRETARIS BADAN

Drs. MUHAMMAD EFFENDY
NIP. 19590421 198003 1 009

Tembusan :
1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs.

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
DINAS KESEHATAN
Jalan Merdeka Nomor 72 Palembang, Provinsi Sumatera Selatan
Telpon : (0711) 350651 Faksimili : (0711) 350523, 350722 Kode Pos 30131
Email : dinkes_palembang@yahoo.co.id, Website : www.dinkes.palembang.go.id

Nomor : 070/ 52 /Yankes/ II /2012
Hal : Izin Pengambilan Data

Palembang, 8 - 2 - 2012
Kepada YTH
Pimpinan Puskesmas
Plaju
di
Palembang

Sehubungan dengan surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik, dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang Nomor : 070/082/BAN.KBPM/2012 tanggal 02 Februari 2012 *Perihal : Permohonan Izin Pengambilan Data, maka dengan ini kami menyetujui* dan memberikan izin untuk pengambilan data dan penelitian di Puskesmas Saudara atas :

No	Nama	NIM	Judul Penelitian / Materi Pengambilan Data	Waktu Penelitian
1.	Endang Dwi Kurnia	702008007	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak usia sekolah 6-12 tahun di wilayah Puskesmas Plaju kota Palembang tahun 2012	02 Februari 2012 s.d. 29 Februari 2012
2.				
3.				
4.				

Demikian untuk dilaksanakan.

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Palembang
Sekretaris

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG DINAS KESEHATAN

Dr. Hj. Letizia, M.Kes
Pembina Tk. I
Nip. 195402141991032002

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PLAJU
Jl. D.I. Panjaitan No. 40 Rt. I Rw. I Kel. Plaju Ulu Kec. Plaju Palembang 30268
Telp. / Fax. (0711) 7078746 Email : pkmplaju_plg@yahoo.co.id

SURAT TUGAS

Nomor : 800/050/Pkm Plj/II/2012

Pimpinan Puskesmas Plaju dengan ini menugaskan kepada :

Nama	: Endang Dwi Kurnia (NIM. 702008007)
Jabatan	: Mahasiswi Kedokteran Muhammadiyah Palembang
Maksud Perjalanan Dinas	: Menyebarkan kuesioner diare ke Ibu-ibu Yang mempunyai anak 6-12 th
Tujuan Perjalanan Dinas	: Rt.24 dan Rt.10 Kel Bagus Kuning Kec. Plaju Palembang
Lama Perjalanan	: 10 (Sepuluh) hari
Tanggal Berangkat	: 13 Februari 2012
Tanggal Kembali	: 23 Februari 2012

Demikianlah surat tugas ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Palembang
Pada Tanggal : 13 Februari 2012

Mengetahui
RT 24

Pimpinan
Puskesmas Plaju

Dr. Hj. Rita Agustia, M.Kes
Nip. 195908141987012001

Mengetahui
RT 10

(ISMAIL NDRA)

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PLAJU
Jl. D.I. Panjaitan No. 40 Rt. I Rw. I Kel. Plaju Ulu Kec. Plaju Palembang 30268
Telp. / Fax. (0711) 7078746 Email : pkmplaju_plg@yahoo.co.id

SURAT TUGAS

Nomor : 800/050/Pkm Plj/II/2012

Pimpinan Puskesmas Plaju dengan ini menugaskan kepada :

Nama	: Endang Dwi Kurnia (NIM. 702008007)
Jabatan	: Mahasiswi Kedokteran Muhammadiyah Palembang
Maksud Perjalanan Dinas	: Menyebarkan kuesioner diare ke Ibu-ibu Yang mempunyai anak 6-12 th
Tujuan Perjalanan Dinas	: Rt.05 dan Rt.06 Kel. Plaju Ilir Kec. Plaju Palembang
Lama Perjalanan	: 10 (Sepuluh) hari
Tanggal Berangkat	: 13 Februari 2012
Tanggal Kembali	: 23 Februari 2012

Demikianlah surat tugas ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Palembang
Pada Tanggal : 13 Februari 2012

Mengetahui
RT 05 RW II LINGKUNGAN V
KELURAHAN PLAJU ILIR
KEC. Ahmad Mukhlisin . Amd

Pimpinan
Puskesmas Plaju

PUSKESMAS PLAJU
Dr. Hj. Rita Agustia, M.Kes
Nip. 19590814198701200l

Mengetahui
RT.06

RT 06 RW III LINGKUNGAN I
Hj. BASRIANI
KELURAHAN PLAJU ILIR
KEC. PLAJU

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PLAJU
Jl. D.I. Panjaitan No. 40 Rt. I Rw. I Kel. Plaju Ulu Kec. Plaju Palembang 30268
Telp. / Fax. (0711) 7078746 Email : pkmplaju_plg@yahoo.co.id

SURAT TUGAS

Nomor : 800/050/Pkm Plj/II/2012

Pimpinan Puskesmas Plaju dengan ini menugaskan kepada :

Nama	: Endang Dwi Kurnia (NIM. 702008007)
Jabatan	: Mahasiswi Kedokteran Muhammadiyah Palembang
Maksud Perjalanan Dinas	: Menyebarkan kuesioner diare ke Ibu-ibu Yang mempunyai anak 6-12 th
Tujuan Perjalanan Dinas	: Rt.20 dan Rt.23 Kel. Talang Putri Kec. Plaju Palembang
Lama Perjalanan	: 10 (Sepuluh) hari
Tanggal Berangkat	: 13 Februari 2012
Tanggal Kembali	: 23 Februari 2012

Demikianlah surat tugas ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Palembang
Pada Tanggal : 13 Februari 2012

Mengetahui
RT.20

RT 20 KEC. PLAJU KEL. TALANG PUTERI LING. I A. RW V

Pimpinan
Puskesmas Plaju

PUSKESMAS PLAJU

Dr. Hj. Rita Agustia, M.Kes
Nip. 195908141987012001

Mengetahui
RT.23

RT 23 KEC. PLAJU KEL. TALANG PUTERI LING. I A. RW VI

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PLAJU
Jl. D.I. Panjaitan No. 40 Rt. I Rw. I Kel. Plaju Ulu Kec. Plaju Palembang 30268
Telp. / Fax. (0711) 7078746 Email : pkmplaju_plg@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070 / 063 / Pkm Plj / II / 2012

Yang bertanda tangan dibawah ini Pimpinan Puskesmas Plaju menerangkan bahwa :

N a m a	: Endang Dwi Kurnia
N I M	: 702008007
Mahasiswa	: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
Judul Skripsi	: Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah 6 – 12 Tahun di Wilayah Puskesmas Plaju Kota Palembang Tahun 2012

Memang benar telah melakukan penelitian pengambilan data sehubungan dengan judul Skripsi diatas di Puskesmas Plaju dari tanggal 02 Februari 2012 s/d 29 Februari 2012

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Palembang, 21 Februari 2012

Pimpinan
Puskesmas Plaju

PUSKESMAS PLAJU

Dr. Hj. Rita Agustia, M.Kes
NIP. 195908141987012001

BIODATA

Nama : Endang Dwi Kurnia

Tempat Tanggal Lahir: Palembang, 17 Mei 1990

Alamat : Jalan Kapten Abdullah Lr. Setia Rt. 10 Rw. 04 No.747 Kelurahan Talang Bubuk Kecamatan Plaju Kota Palembang 30267

Telp/Hp : 085381315131

Email : ewik_cayang90@yahoo.co.id

Agama : Islam

Nama Orang Tua

Ayah : H. Kasbun Nitihardjo

Ibu : Hj. Bahriah, B.Sc

Jumlah Saudara : 2

Anak Ke- : 2

Riwayat Pendidikan : TK Sandi Putra Telkom Palembang tahun 1995-1996
SD Negeri 100 Palembang tahun 1996-2002
SMP Negeri 45 Palembang tahun 2002-2005
SMA Negeri 10 Palembang tahun 2005-2008
Pendidikan Dokter Umum UMP tahun 2008

Palembang, Maret 2012

(Endang Dwi Kurnia)