

613.1  
SuC  
h ei

**HUBUNGAN ANTARA KETERSEDIAAN DAN PEMANFAATAN SARANA  
AIR BERSIH DAN JAMBAAN KELUARGA DENGAN KEJADIAN DIARE  
PADA ANAK BALITA DI PUSKESMAS SONOKIDUL  
KECAMATAN KUNDURAN  
KABUPATEN BLORA  
TAHUN 2002**



Tesis  
Untuk memenuhi persyaratan  
Mencapai derajat Sarjana S-2

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Oleh  
Edi Sucipto  
NIM: E4A 000 076

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG  
PEBRUARI 2003**

**UPT-POSTAK-INDIP**

## PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :  
**Hubungan Antara Ketersediaan Dan Pemanfaatan Sarana Air Bersih Dan  
Jamban Keluarga Dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita Di  
Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran  
Kabupaten Blora**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :  
Edi Sucipto  
NIM: E4A 000076  
Konsentrasi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 25 Pebruari 2003  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

dr. Hj. Anneke Suparwati, MPH  
Nip: 131 610 340

Pembimbing Anggota

dr. Suhartono, M.Kes.  
Nip : 131 962 238

Penguji

A.R. Gafar, SKM, M.Kes  
Nip. 140 068 516

Penguji

Dra. Chriswardani S, M.Kes  
Nip. 131 832 258

Semarang, 15 Maret 2003

Universitas Diponegoro  
Program Pasca Sarjana  
Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Program



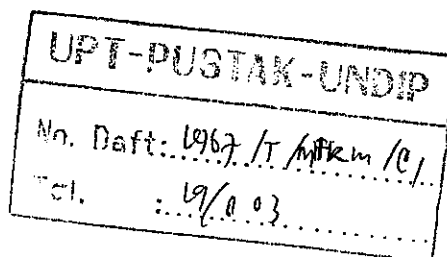
Edi Sucipto, S1 PH, DR (PH)  
Nip: 031 252 965

## PERNYATAAN

Penelitian ini benar-benar saya lakukan sendiri setelah terlebih dahulu mendapat persetujuan praproposal dari pembimbing dan penguji. Didalam pelaksanaannya saya telah mendapat ijin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blora serta kepala puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran kabupaten Blora. Sebelum terjun ke lapangan saya menghadap untuk mendapatkan ijin dari birokrat yang bersangkutan. Penelitian ini tidak mencontoh penelitian yang sudah ada, tidak melakukan manipulasi hasil dan tidak ada tekanan untuk menampilkan hasil-hasil tertentu. Sumber-sumber data yang saya peroleh telah terlebih dahulu saya minta persetujuannya untuk secara sukarela memberikan informasi yang sebenarnya.

Blora, 27 Desember 2002

Edi Sucipto



## PERSEMBAHAN

Tesis ini kupersembahkan kepada :

1. Ibunda “ MU’IJAH “

Yang telah memberikan cinta dan kasih sayang serta diiringi dengan do’a – do’a yang terus menerus di setiap saat mengiringi setiap langkah-langkah ananda.

2. Istri tercinta “ JINIATI” dan ananda tersayang TONNY AGUS SUCIPTO

Yang telah memberikan dorongan dan kesempatan kepada saya, sehingga dengan ijin Allah dapat menyelesaikan tesis ini

Dengan penuh kesabaran, kerja keras dan do’a, saya susun karyaku ini karena semata-mata memegang teguh Firman Allah Swt dalam Q.s. Al Imron : 200 :

Hai orang-orang yang beriman, bersabarlah kamu dan kuatkanlah kesabaranmu dan tetaplah bersiap siaga (di perbatasan Negerimu) dan bertakwalah kepada Allah supaya kamu beruntung.

Kemudian Allah Swt Berfirman dalam Q.s. An. Nisaa : 40:

Sesungguhnya Allah tidak menganiaya seseorang walaupun sebesar Zarah, dan jika ada kebajikan sebesar Zarah, Niscaya Allah akan melipat gandakan dan memberikan dari sisi-Nya.

Maka saya mengharap karyaku ini termasuk kebaikan sebesar Zarah pula.

MOTTO

*Hai orang-orang yang beriman bersabarlah kamu dan kuatkanlah kesabaranmu dan tetaplah bersiap siaga (diperbatasan Negerimu) serta bertakwalah kepada Allah supaya kamu beruntung*

*Sesungguhnya Allah tidak akan merubah suatu kaum, kecuali kaum itu berusaha merubah nasibnya sendiri.*

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Edi Sucipto  
Tempat, Tanggal lahir : Ngawi, 30 September 1968  
Agama : Islam  
Alamat : Desa Rowobungkul, Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora

### A. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 1982 lulus SDN Mantingan III, Kecamatan Mantingan, Kabupaten Ngawi
2. Tahun 1985 lulus SMPN I Mantingan, Kecamatan Mantingan Kabupaten Ngawi
3. Tahun 1988 lulus SMAN I Ngawi
4. Tahun 1989 lulus SPPH Madiun
5. Tahun 1997 lulus AKL Purwokerto
6. Tahun 2001 lulus Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) UNDIP Semarang
7. Tahun 2001 sampai sekarang menjadi Mahasiswa Program Pascasarjana UNDIP Semarang, Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

### B. Riwayat Pekerjaan

1. Tahun 1990-1995 Staf Puskesmas Rowobungkul
2. Tahun 1995-1997 Tugas belajar di AKL Purwokerto
3. Tahun 1997-1999 Staf Puskesmas Rowobungkul merangkap Puskesmas Kunduran Kecamatan Kunduran kabupaten Blora
4. Tahun 1999 mengikuti Tugas belajar di UNDIP Program HPV tahun anggaran 1999-2002.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang atas berkah dan ridho-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya

Dalam penyusunan tesis ini, penulis tidak lepas dari bimbingan, ujian dan dorongan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. dr. Hj. Anneke Suparwati, M.Kes. selaku pembimbing utama dan dosen penguji tesis
2. dr. Suhartono. M.Kes. selaku pembimbing pendamping dan dosen penguji tesis
3. Dra. Chriswardani S, M.Kes. selaku dosen penguji tesis
4. A.R. Gafar, SKM, M.Kes. Selaku dosen penguji tesis
5. dr. Budhi Tjahjanto, MM, selaku kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, yang memberikan ijin tempat penelitian
6. Busron, selaku yang melaksanakan tugas sebagai kepala puskesmas Sonokidul, yang memberikan ijin penelitian
7. Karyawan puskesmas Sonokidul yang telah membantu pelaksanaan teknis penelitian di lapangan
8. Teman-teman yang selalu memberikan semangat, membantu penyusunan proposal, pelaksanaan, pengolahan data dan diskripsi hasil penelitian.

Semoga Allah SWT memberikan imbalan pahala yang sepadan dengan amalnya. Penulis berharap tesis ini dapat memberikan manfaat pada pihak-pihak yang berkepentingan.

Master's Degree Program of Public Health  
Science Majoring of Administration and  
Health Policy  
Diponegoro  
University 2002

## ABSTRACT

### Edi Sucipto

The Relationship Between Availability and Using of the Means of Clean Water and Family's Lavatory with The Occurrence of Diarrhea at Children less than Five Years Old at Sonokidul Health Center at Kunduran Sub District, Blora District, 2002

xi + 93 pages + 25 tables + 1 pictures + enclosures

The result of health survey of households in 1995 showed that the number of mortalities at all of age groups was 112.000 persons or 54/100.000 citizens every year. The number of mortalities at children less than five years old was 2.5 per 1.000 children. One of environmental factors that have relationship with the occurrence of diarrhea is water and food. The report at Sonokidul Health Center showed that the coverage of clean water was 61% (the target was 80.0%), the coverage of family's lavatory was 54% (the target was 70.0%), and the occurrence of diarrhea at Sonokidul Health Center was 18.3% from all children less than five years old (the occurrence of diarrhea at Blora District was 7.98%). The aim of this research was to know the relationship between availability and the means of using clean water of clean water and family's lavatory with the occurrence of diarrhea at children less than five years old and to determine the strategy of diarrhea intervention at Sonokidul Health Center.

Research design used *Case-Control Study* with 60 cases and 60 controls. The variables of research were availability and the means of using clean water of clean water and family's lavatory, clean behavior and healthy behavior, and the occurrence of diarrhea at children less than five years old. The location of research was at Sonokidul Health Center, Kunduran Sub District, Blora District, 2002.

The percentage of the availability of means of using clean water at Sonokidul Health center is 45.2%. The percentage of the availability of family's lavatory is 52.5%. The percentage of the using of family's lavatory is 54.2%. the percentage of clean and healthy behavior is 69.2%.

The variables that have no significant relationship with the occurrence of diarrhea at children less than five years old are availability of means of clean water (p value = 0.2721 availability of family's lavatory

(p value = 0.143), using of family's lavatory (p value = 0.142). The variables that have significant relationship with the occurrence of diarrhea at children less than five years old are using of means of clean water (p value = 0.018 and OR = 2.479; 95% CI = 1.169 - 5.255), clean and healthy behavior (p value = 0.016 and OR = 2.600; 95% CI = 1.194 - 5.660). *Focus Group Discussion* determines the strategy of intervention. To increase clean and healthy behavior and to increase the using of the means of using clean water, it needs to do elucidation routinely, to improve, to build the means of clean water by involving the people directly, and to propose 10 units of well at each village.

The Head of Blora District Health Office in determining the policy to handle the diarrhea cases specifically at children less than under five years old, he should consider the factor of clean and healthy behavior and the using of the clean water means in order to be more effective and more efficient.

The Heads of the Health Center in doing the eradication and the intervention of diarrhea specifically at children less than five years old in order to be more effective and more efficient. It is done by the elucidation of clean and healthy behavior and the using of the clean water means that fulfill the health requirements.

Key Words: Diarrhea, Clean Water, and Family's  
Lavatory Bibliography; 37,1981-2002

ABSTRAK

Edi Sucipto

Hubungan antara Ketersediaan dan Pemanfaatan Sarana Air Bersih dan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare pada Anak Balita di Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora Tahun 2002

xi + 93 halaman + 25 tabel + 1 gambar + lampiran

Hasil survei Kesehatan Rumah Tangga pada tahun 1995 menunjukkan bahwa setiap tahunnya terdapat 112.000 kematian pada semua golongan umur atau (54/100.000) penduduk. Pada balita terjadi kematian 2,5 per 1.000 balita. Salah satu faktor lingkungan yang berhubungan dengan terjadinya diare adalah air dan makanan. Laporan di Puskesmas Sonokidul menunjukkan bahwa cakupan air bersih mencapai 61% (target 80%), sedangkan cakupan jamban keluarga 54% (target 70%), sedangkan kejadian diare di Puskesmas Sonokidul 18,3 % dari jumlah balita (kabupaten 7,98%) Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita serta menentukan strategi penanggulangan diare di Puskesmas Sonokidul.

Metode penelitian dengan studi kasus kontrol dengan 60 kasus dan 60 kontrol. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah : Ketersediaan dan Pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga, Perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian diare pada anak balita. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2002

Ketersediaan sarana air bersih di Puskesmas Sonokidul sebanyak 45,2%, pemanfaatan sarana air bersih mencapai 52,5%, ketersediaan jamban keluarga mencapai 52,5%, pemanfaatan jamban keluarga mencapai 54,2% dan perilaku hidup bersih dan sehat mencapai 69,2%. Ketersediaan sarana air bersih tidak berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita ( $p=0,272$ ), Pemanfaatan sarana air bersih berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita ( $p=0,018$ ) dan  $OR=2,479$ :95%CI = 1,169-5,255, Ketersediaan jamban keluarga tidak berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita ( $p=0,143$ ), Pemanfaatan jamban keluarga tidak berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita ( $p=0,142$ ) dan perilaku hidup bersih dan sehat berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita ( $p=0,016$ ) dan  $OR=2,600$ : 95% CI = 1,194-5,660. Strategi penanggulangan di tentukan melalui diskusi kelompok yaitu, untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat serta peningkatan pemanfaatan sarana air bersih di lakukan dengan penyuluhan secara rutin, perbaikan dan pembangunan sarana air bersih dengan melibatkan masyarakat secara langsung, serta mengusulkan pembangunan 10 unit sumur gali di setiap desa.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blora dalam menentukan kebijakan untuk menangani kasus diare khususnya pada balita agar mempertimbangkan faktor perilaku hidup bersih dan sehat serta faktor pemanfaatan sarana air bersih agar lebih efektif dan efisien.

Kepala Puskesmas dalam melaksanakan pemberantasan dan penanggulangan diare khususnya pada balita agar melibatkan peran serta masyarakat agar lebih efektif dan efisien dengan cara dilakukannya penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih yang memenuhi syarat kesehatan.

Kata kunci : Diare, Air bersih, Jamban keluarga.

Kepustakaan : 37. 1981-2002

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar peryaratan.....	ii
Persembahan .....	iii
Motto .....	iv
Daftar riwayat hidup.....	v
Kata Pengantar .....	vi
Abstraksi.....	vii
Daftar isi.....	viii
Daftar tabel.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar belakang .....	1
B. Perumusan masalah .....	5
C. Tujuan penelitian .....	7
D. Manfaat penelitian .....	8
E. Ruang lingkup penelitian .....	9
F. Keaslian penelitian .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kesehatan masyarakat .....	12
B. Diare .....	22
C. Pencegahan dan pemberantasan penyakit diare .....	30
D. Teori perilaku .....	33
E. Hubungan penyediaan air bersih dan sanitasi dengan penyakit .....	35
F. Penentuan konsep stratrgi.....	38
G. Kerangka teori .....	40
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Kerangka konsep .....	41
B. Hipotesis .....	42
C. Variabel penelitian.....	42
D. Definisi operasional .....	43
E. Rancangan penelitian .....	46
F. Populasi dan sampel .....	47
G. Instrumen penelitian .....	49
H. Pengumpulan data .....	52
I. Pengolahan dan analisa data .....	52

<b>BAB IV HASIL PENELITIAN</b>	
A. Pelaksanaan Penelitian .....	57
B. Gambaran umum wilayah .....	57
C. Karakteristik responden .....	60
D. Sarana air bersih .....	61
E. Analisa bivariat .....	64
F. Analisa multivariat .....	69
G. Strategi Penanggulangan .....	70
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
A. Keterbatasan penelitian .....	78
B. Kejadian diare .....	78
C. Ketersediaan dan pemanfaatan SAB .....	79
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	91
B. Saran .....	92

Daftar pustaka

Lampiran :

1. Data penyakit diare di Kab. Blora
2. Pedoman wawancara survai pendahuluan
3. Uji coba kuesioner
4. Kuesioner penelitian
5. Peta wilayah
6. Uji Statistik

## DAFTAR TABEL

Tabel	Isi Tabel	Halaman
4.1	Distribusi Penduduk Menurut Mata Pencaharian .....	58
4.2	Distribusi Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan .....	59
4.3	Distribusi Pencapaian Sarana Sanitasi .....	60
4.4	Distribusi Tingkat pendidikan Ibu .....	61
4.5	Distribusi Ketersediaan Sarana Air Bersih .....	61
4.6	Distribusi Pemanfaatan Sarana Air Bersih .....	62
4.7	Distribusi Ketersediaan Jamban Keluarga .....	63
4.8	Distribusi Pemanfaatan Jamban Keluarga .....	63
4.9	Distribusi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat .....	64
4.10	Hubungan Ketersediaan Sarana Air Bersih dengan Kejadian Diare ....	64
4.11	Hubungan Pemanfaatan SAB dengan Kejadian Diare.....	65
4.12	Hubungan Ketersediaan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare .....	66
4.13	Hubungan Pemanfaatan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare .....	67
4.14	Hubungan PHBS dengan Kejadian Diare .....	68
4.15	Hasil Diskusi Kelompok Desa Botoreco .....	71
4.16	Hasil Diskusi Kelompok Desa Buloh .....	71
4.17	Hasil Diskusi Kelompok Desa Sempu .....	72
4.18	Hasil Diskusi Kelompok Desa Kodokan .....	72
4.19	Hasil Diskusi Kelompok Desa Plosorejo .....	73
4.20	Hasil Diskusi Kelompok Desa Sonokidul .....	73
4.21	Hasil Diskusi Kelompok Desa Kemiri .....	74
4.22	Hasil Diskusi Kelompok Desa Ngilen .....	74
4.23	Hasil Diskusi Kelompok Desa Cungkup .....	75
4.24	Hasil Diskusi kelompok tahap ke dua .....	76
5.1	Strategi Penanggulangan Diare .....	90

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Penyakit diare adalah penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk, dan konsistensi tinja melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi berak lebih dari biasanya (tiga kali dalam sehari). (Noerasid, Haroen, 1999). Di Indonesia penyakit diare masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama. Hal ini disebabkan masih tingginya (12-36%) angka kesakitan karena diare yang menimbulkan kematian terutama pada bayi dan anak balita. (Dep. Kes. RI, 1990/1991)

Hasil-hasil survei menunjukkan bahwa angka kesakitan diare untuk seluruh golongan umur adalah berkisar antara 120-360 per 1000 penduduk dan untuk balita menderita satu atau dua kali episode diare setiap tahunnya atau 60 % dari semua kesakitan. Sebagian besar ( 76%) kematian karena diare terjadi pada balita. Sebesar 15,5% kematian bayi dan 26,4% kematian pada balita disebabkan karena penyakit diare murni. (Dep. Kes. RI, 1990/1991). Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (1995), menunjukkan bahwa setiap tahunnya terdapat 112.000 kematian pada semua golongan umur . Pada balita terjadi kematian. 2,5 per 1000 Balita. Berdasarkan kajian dan analisis dari beberapa survei yang dilakukan, angka kesakitan diare pada semua golongan umur adalah 280/1000 penduduk (Dep. Kes. RI 2000). Masih tingginya angka kesakitan dan kematian tersebut di atas disebabkan karena kesehatan lingkungan yang masih belum memadai, disamping pengaruh faktor-faktor

**UPI - PUSTAKA - UNDIP**

lainnya seperti gizi, kependudukan, pendidikan, keadaan sosial ekonomi dan perilaku masyarakat yang mempengaruhi keadaan penyakit diare ( Dep. Kes. RI, 1990/1991)

Salah satu faktor lingkungan yang berhubungan dengan terjadinya diare adalah air dan makanan. Air yang dapat menimbulkan atau menularkan penyakit diare adalah air yang tercemar oleh kuman penyebab diare. Sedangkan makanan yang dapat menimbulkan atau menularkan penyakit diare adalah makanan yang tercemar oleh berbagai kuman yang berasal dari tanah, udara, manusia dan vektor seperti lalat (Soemirat, 1994)

Penderita penyakit diare di Jawa Tengah untuk semua golongan umur tahun 1999 terdapat kasus 431.923 ( 1,8%) dan pada tahun 2000 mengalami kenaikan 431.923 (2,1%) (Badan Pusat Statistik Jawa Tengah, 2000)

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten Blora tahun 1998 sampai dengan tahun 2000 kasus diare menduduki peringkat ke dua setelah ISPA. Jumlah kasus diare untuk semua golongan umur tahun 1998 terdapat 19.860 (2,43%) dari jumlah penduduk, 23,8 % kasus diantaranya terjadi pada balita , tahun 1999 terdapat kasus diare sebanyak 20.427 (2,49%) dari jumlah penduduk, dimana 25,3% terjadi kasus diare pada balita. Pada tahun 2000 terdapat kasus diare sebanyak 21.952 (2,67%) dari jumlah penduduk, 31,3% kasus terjadi pada balita. Angka ini diperkirakan masih berada dibawah angka yang sebenarnya, karena penderita diare yang tidak dirujuk ke Puskesmas cukup banyak.

Berdasarkan data dari Profil kesehatan Kabupaten Blora tahun 2000 di sebutkan bahwa cakupan sarana air bersih di Kabupaten Blora mencapai 73,5% ( target 80%), sedangkan cakupan jamban keluarga sebanyak 89.992 atau 54,7%( target 70%)

Kabupaten Blora terdiri dari 26 Puskesmas yang tersebar di 16 Kecamatan. Dari 26 Puskesmas tersebut ,Puskesmas Sonokidul merupakan Puskesmas yang kasus diarenya tertinggi dibanding Puskesmas-Puskesmas lain. Tahun 1998 jumlah kasus diare pada balita 471 anak (20,51%) ,Tahun 1999 jumlah kasus diare pada balita 546 anak (23,5%) , sedangkan pada tahun 2000 jumlah kasus diare pada balita 431 anak (18,38%) dari jumlah balita. Kasus diare pada anak balita melebihi rata-rata Kabupaten (7,98%). Data penyakit diare seluruh Puskesmas di Kabupaten Blora tahun 1998 s/d tahun 2000 terlampir.

Cakupan air bersih di Puskesmas Sonokidul sebanyak 846 buah (61%), hal ini menimbulkan masalah, karena menurut Dep.Kes.RI tahun 2000 standar cakupan air bersih untuk lingkungan pedesaan adalah 80%. Cakupan Jamban keluarga di Puskesmas Sonokidul sebanyak 2.455 buah (55%). Hal tersebut juga menimbulkan masalah, karena standar cakupan jamban keluarga untuk lingkungan pedesaan adalah 70%. Hasil wawancara penulis pada bulan Juli tahun 2002 dengan menggunakan koesioner pada dua kelompok, yaitu dengan kelompok pertama (tokoh masyarakat / kepala desa dan tim penggerak PKK desa) pada konferensi kepala desa di Kecamatan Kunduran dengan jumlah sasaran 12 kepala desa dan 11 ibu tim penggerak

PKK desa menunjukkan bahwa, penyebab terjadinya diare/ mencret di Puskesmas Sonokidul diantaranya adalah : sebagian besar masyarakat jarang memanfaatkan sarana air bersih dan jamban keluarga. Hasil wawancara kelompok kedua dengan dua kelompok ibu-ibu rumah tangga Rt 3 dan Rt 4 Rw. II di desa Sonokidul Kecamatan Kunduran, jumlah yang hadir 25 orang. Hasil data sekunder dari Puskesmas Sonokidul menyebutkan bahwa di Rt 3 dan Rt 4 Rw II terdapat 68 balita, pada bulan Mei dan Juni 2002 terdapat 13 anak (19%) menderita diare. Hasil wawancara dengan dua kelompok ibu tersebut menunjukkan bahwa 13 orang responden (52%) tersedia sarana air bersih dan 12 orang responden (48%) tidak tersedia sarana air bersih. Dari 25 orang responden 12 orang responden (48%) memanfaatkan sarana air bersih, 13 orang responden (52%) responden tidak memanfaatkan sarana air bersih. Kemudian dari 25 orang responden yang tersedia jamban keluarga 10 orang responden (40%) dan 15 orang responden (60%) tidak tersedia jamban. Dari 25 orang responden yang memanfaatkan jamban keluarga sebanyak 10 orang responden(40%), dan yang 16 orang responden (60%) tidak memanfaatkan jamban . Data tersebut diatas memungkinkan terjadinya penyakit diare / mencret pada balita yang cukup tinggi di daerah tersebut.

Perilaku adalah refleksi dari kejiwaan seperti emosi, berfikir, minat, kehendak, keinginan, sikap, pengertian, motivasi, persepsi dan lain sebagainya. Gejala kejiwaan yang tercermin dalam tindakan manusia tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu perjalanan, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat (Mar'at 1981). Dari definisi ini pada dasarnya

perilaku tersebut merupakan refleksi dari beberapa gejala kejiwaan, misalnya perilaku memanfaatkan sarana air bersih atau perilaku memanfaatkan jamban keluarga dengan benar harus didukung oleh keinginan untuk mewujudkan pengetahuan yang didapat dengan benar. Dan kesemuanya itu juga harus didukung oleh motivasi yang kuat untuk membentuk sikap yang positif.

Adanya jamban dan air bersih disertai perilaku hidup bersih, telah terbukti sangat efektif dalam mencegah terjadinya penyakit diare. Adanya jamban dapat menurunkan kasus diare sebesar 14 – 27% dan adanya air bersih disertai cuci tangan dapat menurunkan kasus diare sebesar 22-27% (Setiorogo.S.1990)

Upaya pemerintah untuk penanggulangan diare sudah dilakukan melalui meningkatkan kondisi sanitasi lingkungan baik melalui program proyek desa tertinggal maupun proyek lainnya, namun sampai saat ini belum mencapai tujuan yang diharapkan, karena berdasarkan data yang ada kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan sarana air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman belum menurun ( Profil Din. Kes. Blora, 2000 )

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis akan meneliti tentang hubungan antara ketersediaan dan pemanfaatan air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora.

## **B. Perumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka peneliti mengambil beberapa permasalahan diantaranya adalah : Kasus diare pada anak balita di

Kabupaten Blora cukup tinggi, pada tahun 2000 terdapat kasus diare sebanyak 6.869 (31,3%), sedangkan cakupan air bersih mencapai 73,5% (target 80%), Cakupan jamban keluarga sebesar 54% (target 70%), (Dep.Kes.RI,2000)

Puskesmas Sonokidul merupakan salah satu Puskesmas yang kasus diarenya tertinggi dari Puskesmas-Puskesmas lain. Tahun 2000 jumlah kasus diare pada balita sebanyak 431 (18,38%) . Kasus diare pada anak balita melebihi rata-rata Kabupaten (7,98%) bahkan melebihi rata-rata Nasional (2,8%) (Depkes,RI,2000), cakupan air bersih di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul mencapai 61%, cakupan Jamban keluarga (55%)

Berdasarkan hasil wawancara pada kedua kelompok tersebut diatas menyebutkan bahwa : sebagian besar masyarakat jarang memanfaatkan sarana air bersih dan jamban keluarga , 13 orang responden (52%) tersedia sarana air bersih dan 12 orang responden (48%) tidak tersedia sarana air bersih. Dari 25 orang responden 12 orang responden (48%) memanfaatkan sarana air bersih, 13 orang responden (52%) responden tidak memanfaatkan sarana air bersih. Kemudian dari 25 orang responden yang tersedia jamban keluarga 10 orang responden (40%) dan 15 orang responden (60%) tidak tersedia jamban. Dari 25 orang responden yang memanfaatkan jamban keluarga sebanyak 10 responden(40%), dan yang 16 orang responden (60%) tidak memanfaatkan jamban . Data tersebut diatas memungkinkan terjadinya penyakit diare / mencret pada balita yang cukup tinggi di daerah tersebut.

Dengan demikian maka muncul permasalahan apakah ada hubungan antara ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2000.

### **C. Tujuan penelitian**

#### **1. Tujuan umum**

- a. Untuk mengetahui hubungan antara ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2002 ?
- b. Untuk menentukan strategi penanggulangan penyakit diare di Puskesmas Sonokidul dilihat dari aspek ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga.

#### **2. Tujuan khusus**

- a. Untuk mengetahui deskripsi ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga serta kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul
- b. Untuk mengetahui hubungan ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian penyakit diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul
- c. Untuk mengetahui hubungan pemanfaatan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul
- d. Untuk mengetahui hubungan ketersediaan jamban keluarga dengan kejadian penyakit diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul

- e. Untuk mengetahui hubungan pemanfaatan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul
- f. Untuk mengetahui hubungan perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul
- g. Untuk menentukan strategi penanggulangan kejadian diare yang berkaitan dengan ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga.

#### **D. Manfaat penelitian**

##### **1. Bagi institusi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi institusi-institusi antara lain :

- a. Dinas Kesehatan dalam rangka pengambilan keputusan kebijakan dan perbaikan dalam rangka penanggulangan penyakit diare pada balita di Kabupaten Blora untuk masa yang akan datang.
- b. Puskesmas Sonokidul dalam rangka pengambilan keputusan penanggulangan penyakit diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul
- c. Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa dapat berperan aktif dalam rangka penanggulangan penyakit diare pada anak balita di tingkat Desa.

2. Bagi program studi / ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat memacu penelitian lebih lanjut tentang hubungan pemanfaatan dan ketersediaan sarana sanitasi terhadap kejadian diare pada balita dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

3. Bagi peneliti

Diharapkan dapat memberikan ketrampilan dan menambah pengalaman bagi penulis dalam menerapkan ilmu pengetahuan yang pernah penulis peroleh di bangku kuliah bidang studi Administrasi Kebijakan Kesehatan .

**E. Ruang lingkup penelitian**

1. Lingkup keilmuan

Penelitian ini merupakan penelitian bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan.

2. Lingkup masalah

Penelitian ini dibatasi hanya pada masalah ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian penyakit diare pada anak balita serta penentuan strategi penanggulangan penyakit tersebut di Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora.

3. Lingkup lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora.

4. Lingkup sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai balita di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran .

## 5. Lingkup waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei sampai Desember 2002.

## F. Keaslian penelitian

Penelitian tentang hubungan pemanfaatan dan ketersediaan sarana air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita menurut sepengetahuan peneliti belum pernah dilakukan. Namun penelitian yang hampir serupa sudah pernah dilakukan oleh :

1. Suharti (1997) pengaruh air bersih kaitanya dengan kejadian diare di desa Sondongagung Kecamatan Godean Kabupaten Sleman, Yogyakarta jenis penelitian *Explanatory Research*, Metode yang digunakan survai sampel dengan pendekatan cros sectional , variabel bebas yang diteliti adalah pendidikan, Pendapatan perkapita dalam keluarga, pengetahuan responden tentang air bersih dan sikap responden terhadap air bersih, Sedangkan variabel terikat adalah jumlah kejadian diare, hasil yang didapat variabel yang ada hubungan dengan jumlah kejadian diare adalah pendidikan dan pengetahuan responden tentang air bersih sedangkan variabel bebas yang lain tidak berhubungan. Perbedaan dalam penelitian ini adalah pada variabel bebas dan variabel terikat.
2. Sulastri (1999) hubungan antara praktek ibu dalam penyiapan makanan dan minuman bagi balita dengan kejadian diare pada balita di pemukiman sekitar tempat pembuangan akhir sampah kota Madya Magelang di desa Banyuurip Kecamatan Tegalrejo Kabupaten Magelang, jenis penelitian ini adalah *Explanatory Reseaech*, di analisis dengan uji Chi square, variabel

bebas dalam penelitian ini praktek ibu dalam penyiapan makanan dan minuman bagi balita dan yang menjadi variabel terikat adalah kejadian diare pada balita. Hasil dari penelitian ini adalah ada hubungan antara praktek penyiapan makanan dan minuman terhadap kejadian diare.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Edi Sucipto yang berjudul “ Hubungan antara ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora tahun 2002 menggunakan teori yang dipakai oleh Noerasid, Haroen, 1999. Jenis penelitian observasional dengan desain penelitian *case control study*. Kemudian setelah mengetahui variabel yang berhubungan dilanjutkan dengan menentukan strategi penanggulangan melalui metode FGD (Fokus Grup Diskusi) .

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Suharti, yang pertama pada variabel bebas, penelitian Suharti variabel bebas hanya pengaruh air bersih sedangkan variabel bebas pada penelitian kami meliputi : Ketersediaan sarana air bersih, Pemanfaatan sarana air bersih, Ketersediaan jamban keluarga, Pemanfaatan jamban keluarga serta Perilaku hidup bersih dan sehat. Kedua pada jenis penelitian, penelitian suhartini jenis penelitian *Explanatory Research* dengan pendekatan cros sectional, sedangkan jenis penelitian kami observasional dengan desain penelitian *case control study*. Kemudian setelah mengetahui variabel yang berhubungan dilanjutkan dengan menentukan strategi penanggulangan melalui metode FGD (Fokus Grup Diskusi) .

Penelitian ini juga berbeda dengan penelitian Sulastrri, yang pertama pada variabel bebas, penelitian Sulastrri variabel bebas hanya Praktek ibu dalam penyiapan makanan dan minuman bagi balita, sedangkan variabel bebas pada penelitian kami meliputi : Ketersediaan sarana air bersih, Pemanfaatan sarana air bersih, Ketersediaan jamban keluarga, Pemanfaatan jamban keluarga serta Perilaku hidup bersih dan sehat. Kedua pada jenis penelitian, penelitian suhartini jenis penelitian *Exsplanatory Research* dengan pendekatan cros sectional, sedangkan jenis penelitian kami observasional dengan desain penelitian *case control study*. Kemudian setelah mengetahui variabel yang berhubungan dilanjutkan dengan menentukan strategi penanggulangan melalui metode FGD (Fokus Grup Diskusi).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kesehatan lingkungan**

Kesehatan lingkungan menurut Walter R. Lym adalah hubungan timbal balik antara manusia dengan lingkungan yang berakibat atau mempengaruhi derajat kesehatan manusia. WHO dalam Azwar A., 1989, menyatakan ilmu kesehatan lingkungan adalah suatu ilmu dan ketrampilan yang memusatkan perhatiannya pada usaha semua pengendalian semua faktor yang ada pada lingkungan fisik manusia yang diperkirakan menimbulkan atau akan menimbulkan hal-hal yang merugikan perkembangan fisik, kesehatan ataupun kelangsungan hidupnya.

Azwar A. 1989 menyatakan ilmu kesehatan lingkungan adalah suatu ilmu bagian dari ilmu kesehatan masyarakat yang menitikberatkan perhatiannya pada perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengkoordinasian dan penilaian dari semua faktor yang ada pada lingkungan fisik manusia yang diperkirakan ada hubungan atau berhubungan dengan perkembangan fisik, kesehatan ataupun kelangsungan hidup manusia sedemikian rupa sehingga derajat kesehatan lebih dapat ditingkatkan.

Notoatmojo S. menyatakan kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap

terwujudnya status kesehatan yang optimum pula sedangkan usaha kesehatan lingkungan adalah suatu usaha untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan hidup manusia agar merupakan media yang baik untuk terwujudnya kesehatan yang optimum bagi manusia yang hidup didalamnya.

Ruang lingkup kesehatan lingkungan menurut Notoatmojo S. antara lain mencakup : Pembuangan kotoran manusia (tinja), penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor/limbah, kandang ternak dan sebagainya. Ruang lingkup kesehatan lingkungan menurut WHO (1972) lebih luas lagi, dan belum tentu berlaku untuk semua negara, untuk negara yang sedang berkembang seperti Indonesia ini antara lain adalah : penyediaan air, pengelolaan sampah, pengawasan vektor (termasuk lalat), pencegahan dan pengawasan pencemaran tanah oleh kotoran manusia, sanitasi makanan dan susu, pengotoran udara, kesehatan kerja, perumahan, kesehatan tempat-tempat umum, tindakan sanitasi dalam keadaan darurat (banjir) dan kebisingan (Azwar A., 1989).

Ruang lingkup kesehatan lingkungan menurut Notoatmojo.S meliputi :

#### 1. Faktor teknis

##### a. Penyediaan air bersih

Penyediaan air bersih bisa melalui sistem perpipaan dan non perpipaan. Bilamana penyediaan air untuk masyarakat dengan sistem perpipaan tidak praktis, maka sumber air tanpa pengolahan seperti sumur gali, sumur pompa tangan dan perlindungan mata air (yang mungkin secara alami tidak bersih) harus dipergunakan. Dalam situasi seperti ini desinfeksi tidak

selalu bisa dilaksanakan. Kepercayaan ditumpukan pada hasil inspeksi sanitasi dan tidak semata-mata pada hasil pemeriksaan bakteriologis. Segala sesuatu yang mungkin bisa dikerjakan harus dikerjakan untuk mencegah pencemaran air, sumber sumber pencemaran yang nyata harus dipindahkan dari daerah penangkapan langsung. Perhatian khusus ditujukan kepada pengamanan pembuangan kotoran ( Din.Kes.RI, 1993)

- \* Sumur-sumur dan tangki penampungan harus dilindungi dengan penembokan dan penutupan, pembuangan air dipermukaan harus dihindarkan, erosi dicegah dan daerah sekitarnya dikeraskan.
- \* Orang-orang dan binatang dilarang masuk dengan cara membuat pagar, sumber air harus dirancang sedemikian rupa sehingga pengotoran air air tidak terjadi pada saat air diambil.

Karena pengambilan air tidak melalui perpipaan, air yang berasal dari sumber ini kualitasnya dapat menurun secara dratis selama dalam pengangkutan atau penyimpanan sebelum di minum. Tangki / jerigen untuk mengangkut air harus selalu bersih dan tertutup. Faktor paling penting untuk mencapai tujuan ini adalah menjaga hubungan baik dengan masyarakat setempat, dan pendidikan tentang hygiene dan sanitasi sederhana harus di utamakan. Secara bakteriologis tujuan harus diarahkan untuk mengurangi jumlah bakteri coli sampai kurang dari 10 per 100 m<sup>l</sup> tetapi yang lebih penting adalah jaminan tidak adanya bakteri golongan coli tinja. Jika organisme ini berulang dijumpai atau inspeksi sanitasi menunjukkan dengan jelas sumber pencemar yang tidak

dapat dihilangkan maka sumber air bersih lain sebagai alternatif harus dicari bila mana memungkinkan. Pemanfaatan terhadap sumber air tanah dan penampungan air hujan harus dilindungi agar air-air ini bisa memenuhi persyaratan pedoman kualitas air bersih.

Walaupun sumber – sumber air bersih perorangan berada diluar jangkauan wewenang instansi kesehatan unit pengolahan penyediaan air seperti ini tetap harus memenuhi persyaratan air bersih. Hasil tes bakteriologis dan inspeksi sanitasi harus dapat menumbuhkan keinginan untuk perbaikan. Pengolahan sebagian mungkin perlu untuk menghilangkan kekeruhan, walaupun hitungan total golongan coli rendah, atau mungkin memerlukan pengolahan untuk memperbaiki kualitas parameter lain.

Berikut syarat-syarat sarana kesehatan (Dep.Kes.RI, 1994 )

1). Sumur pompa tangan dalam / dangkal

- \* Jarak SPT minimal 11 m dari sumber pencemar antara lain : Jamban, air kotor/comberan tempat pembuangan sampah, kandang ternak dan lain-lain.
- \* Lantai harus kedap air, Air minimal 1 m dari sumur, tidak retak/bocor, mudah dibersihkan, dan tidak tergenang air.
- \* SPAL harus kedap air, tidak menimbulkan genangan, panjang SPAL dengan sumur resapan minimal 11 m
- \* Pipa penghisap di bagian atas dilindungi minimal 3 m dari lantai dengan pipa pelindung atau diberi cor rapat air.

- \* Ujung bawah pipa saringan diberi kerikil sebesar biji jagung
- \* Klep dan karet penghisap harus bekerja dengan baik agar tidak memerlukan air pancingan.
- \* Dudukan pompa harus kuat, rapat air dan tidak retak.

## 2). Sumur gali (SGL)

- \* Jarak SGL minimal 11 m dari sumber pencemar antara lain : jamban, air kotor/comberan tempat pembuangan sampah, kandang ternak dan lain-lain.
- \* Lantai harus kedap air minimal 1 m dari sumur, tidak retak/bocor, mudah dibersihkan, dan tidak tergenang air.
- \* Tinggi bibir sumur minimal 80 cm dari lantai, terbuat dari bahan yang kuat dan rapat air.
- \* Dinding sumur minimal sedalam 3 m dari lantai, kedap air
- \* Jika pengambilan air dengan ember harus ada ember khusus dan tali timba harus selalu berada di bagian atas atau tergantung.

## 3). Perlindungan mata air (PMA)

- \* Sumber air harus pada mata air, bukan pada saluran air yang berasal dari mata air tersebut yang kemungkinan telah tercemar
- \* Jarak PMA minimal 11 m dari sumber pencemar antara lain : jamban, air kotor/ comberan tempat pembuangan sampah, kandang ternak dan lain-lain.

- \* Tutup bak perlindungan dan dinding bak rapat air pada bagian atas / belakang bak perlindungan dibuat saluran/selokan air yang arahnya keluar dari bak, agar tidak mencemari air yang masuk . Lantai bak harus rapat air dan mudah dibersihkan. Kemiringan lantai mengarah pada pipa penguras.

b. Jamban Keluarga

Jamban Keluarga adalah suatu bangunan yang dipergunakan untuk membuang tinja atau kotoran manusia/najis bagi keluarga yang lazim disebut kakus/WC.

Jamban Keluarga bermanfaat untuk mencegah terjadinya penularan penyakit dan pencemaran dari kotoran manusia, syarat jamban yang sehat antara lain:

- \* Kotoran manusia tidak mencemari permukaan tanah.
- \* Kotoran manusia tidak mencemari air permukaan dan air tanah
- \* Kotoran manusia tidak dapat dijamah oleh lalat
- \* Jamban tidak menimbulkan sarang nyamuk
- \* Jamban tidak menimbulkan bau yang mengganggu
- \* Terdapat air untuk pembersih

c. Pembuangan Sampah

Sampah adalah semua benda atau produk sisa dalam bentuk padat sebagai akibat aktifitas manusia yang dianggap tidak bermanfaat dan tidak dikehendakinya dibuang sebagai barang tidak berguna. Pengelolaan

sampah adalah upaya mengelola sampah yang memenuhi persyaratan kesehatan sehingga terwujud mutu lingkungan yang sehat yang dapat mengurangi resiko terjadinya penularan penyakit dan gangguan kesehatan. Tempat sampah adalah sarana yang digunakan keluarga untuk membuang sampah atau membuang barang yang sudah tidak dibutuhkan. Adapun yang perlu diperhatikan dalam mengelola sampah rumah tangga adalah:

- \* Tersedianya tempat pengumpul sampah di dalam rumah yang terbuat dari bahan kedap air dan tertutup.
- \* Sampah basah dapat segera ditanam pada lubang galian dengan ukuran 1m X 1m X 1m dalam 3 sampai 6 bulan.
- \* Sampah kering seperti botol kertas dan lainnya dapat dimanfaatkan kembali sedang kaleng bekas digepengkan kemudian dibuang ketempat sampah atau ditanam.
- \* Sampah bekas bahan beracun (pestisida, pupuk, insektisida) ditanam di tempat yang aman dan jauh dari sumber air.
- \* Sampah diangkut ke tempat pembuangan sementara maksimal satu minggu sekali.

d. Sarana Pembuangan Air Limbah

Sarana Pembuangan Air Limbah adalah suatu bangunan yang digunakan untuk membuang air buangan dari kamar mandi, tempat cuci, dapur dan

lain-lain, bukan dari jamban atau perturasan. Saluran Pembuangan Air Limbah yang sehat hendaknya memenuhi syarat sebagai berikut:

- \* Tidak mencemari sumber air bersih (jarak minimal 11 m).
- \* Tidak menimbulkan genangan air yang dapat dipergunakan untuk sarang nyamuk (diberi tutup yang cukup rapat).
- \* Tidak menimbulkan bau (diberi tutup yang cukup rapat).
- \* Tidak menimbulkan becek atau pandangan yang tidak menyenangkan (tidak bocor sampai meluap).

## 2. Faktor non teknis

### a. Tingkat pendidikan

Dengan makin bertambah luasnya kesempatan mendapatkan pendidikan, akan tercipta norma dan nilai yang mengarah kepada sikap dan perilaku terhadap hidup sehat yang menguntungkan upaya kesehatan. (Indonesia, Depkes, 1984 ).

### b. Tingkat penghasilan ekonomi

Pertumbuhan ekonomi telah meningkat sampai dewasa ini dan sampai tahun 2000 diperkirakan akan terus meningkat. Kecenderungan tersebut akan mempengaruhi pula di bidang kesehatan. Sebaliknya dengan meningkatnya derajat kesehatan akan meningkatkan produktivitas kerja, yang mendorong pertumbuhan ekonomi yang lebih mantap. Dengan makin meningkatnya usaha pembangunan, diharapkan pendapatan perkapita akan meningkat dan pembagian pendapatan masyarakat akan lebih merata. Hal ini akan

meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih baik (Indonesia, Depkes, 1984).

Marsum Ghozali (1984) menyatakan bahwa tingkat ekonomi masyarakat berpengaruh dalam segi pembiayaan dan perawatan program pada pelaksanaan cara pembuangan tinja. Jika tingkat ekonomi masyarakat tinggi akan menunjang program yang ada, tetapi jika tingkat ekonomi masyarakat rendah maka akan berakibat:

- 1) Sulit menciptakan pembaharuan cara pembuangan tinja yang lebih baik dari cara lama yang mereka pakai.
- 2) Mengakibatkan masih terbatasnya atau sama sekali belum tersedianya sarana fisik yang dapat merangsang pembaharuan sikap tentang cara-cara pembuangan tinja yang baik.

Udin Djabu et.al. (1991, h. 39) menyatakan bahwa dalam perencanaan dan pemilihan tipe jamban, biaya tidak boleh dijadikan faktor dominan tapi perlu dicarikan jalan tengah berdasarkan pertimbangan yang seksama atas semua unsur yang terkait, sehingga dapat menciptakan lingkungan yang saniter dan dapat diterima oleh keluarga.

\* Kelompok kesehatan lingkungan

- Air bersih, keluarga menggunakan air bersih (PAM, Sumur, Perpipaan) untuk keperluan sehari-hari.
- Jamban keluarga, anggota keluarga buang air besar di jamban/WC yang memenuhi syarat kesehatan.

- Air yang diminum dimasak terlebih dulu.
- Mandi dengan menggunakan sabun mandi dan air bersih
- Cuci tangan sebelum dan sesudah makan.
- Pencucian peralatan menggunakan sabun.
- Air bersih tersedia di jamban.
- Terdapat SPAL dan sering di bersihkan.
- Tempat pembuangan sampah sementara /lobang sampah sering dipergunakan.

## **B. Diare**

### **1. Pengertian Diare.( Depkes,RI,1990/1991)**

Diare berasal dari bahasa Yunani yaitu *diarroi* yang berarti mengalir terus. Terdapat beberapa pendapat tentang definisi penyakit diare. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia, diare atau penyakit diare adalah bila tinja mengandung air lebih banyak dari pada normal. Menurut WHO diare adalah berak cair lebih dari tiga kali dalam 24 jam, dan lebih menitikberatkan pada konsistensi tinja dari pada menghitung frekuensi berak. Ibu-ibu biasanya tahu kapan anaknya menderita diare, mereka biasanya mengatakan bahwa berak anaknya encer atau cair. Ibu-ibu biasanya menggunakan istilah lokal antara lain di Indonesia adalah mencret, berak-berak, mabyur, muntaber, beser dan lain-lain. Menurut Dirjen. PPM dan PLP, diare adalah penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk, konsistensi tinja melembek sampai

mencair dan bertambahnya frekuensi berak lebih dari biasanya (tiga kali dalam sehari).

## 2. Klasifikasi Diare.

Berdasarkan hasil seminar nasional pemberantasan diare tahun 1990, diputuskan bahwa penentuan diagnosa penyakit diare digunakan klasifikasi sebagai berikut:

a. Diare akut, yaitu apabila diare berlangsung kurang dari 14 hari tanpa diselang seling berhenti lebih dari 2 hari.

Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dari tubuh penderita, gradasi penyakit diare akut dapat dibedakan dalam empat katagori, yaitu:

1) Diare tanpa dehidrasi.

2) Diare dengan dehidrasi ringan, apabila cairan yang hilang 5% dari berat badan.

3) Diare dengan dehidrasi sedang, apabila cairan yang hilang berkisar 6% sampai 10% dari berat badan.

4) Diare dengan dehidrasi berat, cairan yang hilang lebih dari 10%.

b. Diare persisten, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari.

c. Diare berdarah, yaitu diare yang dalam tinja penderita terdapat darah.

d. Diare dengan penyakit penyerta yaitu penyakit ISPA.

### 3. Penyebab Diare ( Noerasid, Haroen,dkk,1999)

Penyebab penyakit diare dibagi menjadi enam kelompok antara lain :

- a. Infeksi
  - bakteri : Shigella, Salmonella, E.Coli, Golongan vibrio
  - Virus : Rotavirus, Adenovirus
  - Parasit : Protozoa, E.Histolytica, Giardia lamblia
- b. Malabsorpsi
- c. Alergi
- d. Keracunan ( Keracunan bahan-bahan kimia dan Keracunan oleh racun yang dikandung dan diproduksi)
- e. Imuno-defisiensi
- f. Sebab-sebab lain.

Penyebab penyakit diare bisa berupa virus, bakteri, protozoa atau dapat pula oleh faktor makanan, alergi, serta malnutrisi. Oleh karena itu manifestasi penyakit di masyarakat juga bervariasi. Menurut Simanjuntak dalam Seminar Nasional Pemberantasan Diare tahun 1990, beberapa mikroba penyebab penyakit beserta insidensi, patogenesis, cara penularan, serta gejala-gejalanya adalah sebagai berikut:

#### a. *Rotavirus*

Merupakan 25% dari episode diare pada anak umur 6 – 24 bulan. Di masyarakat diperkirakan hanya 5 – 10%, dan terdapat di daerah

kosmopolitan. Rotavirus menyebabkan kerusakan tak beraturan pada epithelium usus. Penularan berlangsung secara *orofaecal*, mungkin juga secara droplet di udara. Gejala yang muncul : diare encer, muntah-muntah dan demam, dehidrasi bervariasi dari yang tanpa gejala hingga berat.

b. *Escherichia coli*

Menyebabkan sekitar 5% dari diare di negara berkembang. Penularan secara *orofaecal* serta melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi *E. coli*. Gejala yang ditimbulkan sangat bervariasi, tergantung dari tipe *E. coli*-nya. Pada infeksi EPEC (*Enteropathogenic E. coli*), biasanya sembuh sendiri, tetapi bisa fatal atau menjadi diare persisten, terutama pada anak berumur kurang dari 6 bulan. Pada ETEC (*Enterotoxigenic E. coli*), biasanya juga sembuh sendiri. Bakteri ini sering menyerang wisatawan dari negara maju ke negara berkembang. EAEC (*Enteroadherent E. coli*) menyebabkan diare encer, kadang-kadang menjadi diare persisten. EIEC (*Enteroinvasive E. coli*) memperlihatkan gejala seperti pada orang yang terinfeksi *Shigella*. Sedangkan pada EHEC (*Enterohaemorrhagic E. coli*), biasanya penderita mengalami sakit perut mendadak, demam subfebris, diare cair dan kemudian ada darah.

c. *Shigella*

Insidensi diare yang disebabkan *Shigella* diperkirakan 10 – 15% dari diare akut. Pada infeksi *Shigella*, bakteri menembus dan bersarang di bawah sel epitel dan membuat borok pada usus. Penularan terjadi melalui kontak

langsung dengan penderita atau melalui makanan dan minuman yang tercemar *Shigella*.

Gejala yang timbul meliputi diare agak encer, sakit perut, dan tenesmus, tinja berlendir dan berdarah. Gejala akan lebih berat bila penderita mengalami malnutrisi.

d. *Campylobacter jejuni*

Insidensi penyakit adalah 5 – 10% penderita diare di daerah cosmopolitan. Di negara berkembang biasanya diderita anak berusia di bawah satu tahun. Patogenesis, kemungkinan menembus ileum dan usus besar, mengeluarkan dua jenis toksin, yaitu sitotoksin dan enterotoksin terinlabil. Penularan terjadi melalui kontak langsung dengan penderita atau melalui tinja orang atau hewan terinfeksi. Gejalanya meliputi diare encer, tetapi sebagian seperti disentri dengan tinja berdarah dan berlendir.

e. *Vibrio cholerae*

Di Asia dan Afrika merupakan endemis penyakit *V. cholerae* dan merupakan 5 – 10% penderita diare yang dirawat di pelayanan kesehatan. Patogenesis penyakit ini adalah bakteri melekat dan berkembang pada mukosa usus dan menghasilkan enterotoksin. Penularan berlangsung melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi. Penularan melalui kontak langsung jarang terjadi. Dikenal dua biotipe *V. cholerae* yaitu El Tor dan Klasik, serta dua seotype, yaitu Ogawa dan Inaka. Gejalanya

sangat berat, yaitu mendadak dan dehidrasi, shock dan dapat meninggal dalam beberapa jam.

f. *Salmonella sp (non typhoid)*

Di negara berkembang jarang ditemukan. Di daerah urban, 10% penderita disebabkan oleh *Salmonella*. Patogenesis : *Salmonella* menembus epithelium dan menghasilkan enterotoksin yang menyebabkan diare encer. Bila mukosa usus mengalami kerusakan maka tinja akan berdarah. Penularan terjadi melalui daging unggas, susu, dan telur yang terkontaminasi. Lebih dari 2000 serotipe *Salmonella* yang menyebabkan diare dengan sakit perut, muntah dan demam.

g. *Yersinia sp*

Menyebabkan 10% diare akut. Patogenesis penyakit belum diketahui secara jelas, demikian juga cara penularannya, tetapi diperkirakan terjadi secara *Orofaecal*. Gejala yang timbul meliputi diare agak ringan, sakit perut, sakit kepala sub febrile.

h. *Vibrio parahaemolyticus*

Kurang dari 10% dari penyebab diare. Patogenesis mirip *V. cholera*. Penularan terjadi melalui ikan laut yang terkontaminasi. Gejala yang timbul meliputi diare cair, sakit perut, mual, muntah, demam dan sakit kepala kadang-kadang seperti disentri.

i. *Giardia lamblia*

Terdapat di daerah cosmopolitan. Pada anak-anak hamper 100% terdapat *G. lamblia* terutama pada usai 1 –5 tahun. Patogenesis : infestasi terdapat di usus halus, tetapi mekanismenya belum diketahui secara jelas. Pada kasus yang berat terjadi pelebaran usus halus. Penularan terjadi secara *Orofaecal* melalui makanan dan minuman. *G. lamblia* menyebabkan diare akut dan kadang persisten. Terjadi malabsorpsi dengan adanya lemak dalam tinja, dan penderita mengalami sakit perut.

Sebagian besar kasus tanpa menunjukkan gejala sehingga diragukan apakah parasit ini dapat menyebabkan diare.

j. *Entamoeba histolytica*

Insidensinya sangat bervariasi dari satu tempat ke tempat lain, terutama terdapat di daerah cosmopolitan. *E. histolytica* menembus usus halus dan usus besar, mengeluarkan neurohumoral yang merusak saluran usus. Penularan terjadi secara *Orofaecal*. Sekitar 90% penderita tidak menunjukkan adanya gejala. Yang menunjukkan gejala berkisar dari diare persisten ringan hingga berat yang dapat menyebabkan abses hati.

k. *Cyptosporadium*

Menyebabkan kurang lebih 5 –15% dari diare yang terjadi di negara berkembang. *Cyptosporadium* melekat pada permukaan microvilli dari *enterosit*, yang menyebabkan malabsorpsi akibat kerusakan mukosa usus.

Penularan terjadi secara *Orofaecal*. Gejala yang nampak khas dengan diare akut cair.

Beberapa penyebab diare yang bukan merupakan mikroba, adalah sebagai berikut:

1) Makanan

Diare yang disebabkan oleh makanan antara lain karena mengkonsumsi makanan basi, terlalu banyak lemak, kurang masak, intoleransi makanan (laktosa, susu). Makanan tersebut tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik sehingga mengakibatkan peninggian tekanan osmotik, akhirnya menimbulkan *Osmotic diarrhea* (Dep.Kes.RI,1979)

2) Alergi

Diare dapat disebabkan karena alergi terhadap makanan dan susu. Ini biasa terjadi pada anak-anak pada usia di bawah 2 (dua) tahun. Gejala yang sering terjadi adalah muntah dan berak akibat adanya fraksi *beta-lactoglobulin* dari susu yang membentuk suatu reaksi, sehingga menyebabkan kerusakan sel epitel mukosa dan hiper peristaltic usus (Dep.Kes.RI 1979)

3) Malnutrisi

Malnutrisi menyebabkan atropi pada berbagai organ tubuh termasuk mukosa lambung, yang dapat menyebabkan produksi asam lambung berkurang. Keadaan ini menyebabkan bakteri tumbuh subur,

malabsorpsi karbohidrat dan sebagainya, sehingga terjadi diare (Dep.Kes.RI, 1990)

### C. Pencegahan dan pemberantasan penyakit diare

Usaha kesehatan dapat digolongkan menjadi 4 macam, yaitu usaha peningkatan (*promotif*), usaha pencegahan (*preventif*), usaha pengobatan (*curatif*) dan usaha pemulihan (*rehabilitasi*). Usaha ini pada dasarnya ditujukan terhadap tiga faktor, yang mempengaruhi timbulnya penyakit, sesuai dengan pendapat John Gordon yaitu faktor penjamu (*host*), bibit penyakit (*agent*), dan faktor lingkungan (*enviroment*). Jika keempat usaha di atas dikaitkan dengan tiga faktor tersebut maka usaha yang dapat dilakukan dalam pencegahan diare adalah sebagai berikut:( Enjang,I,1991)

#### 1. Terhadap faktor penjamu.

Mempertinggi daya tahan tubuh manusia dan meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam prinsip-prinsip hygiene perorangan. Pencegahan diare pada anak balita antara lain : ( Noerasid, Haroen,dkk,1999)

##### a. Imunisasi

Dengan ditemukannya cairan rehidrasi oral dan dilakukannya pengobatan diare dengan upaya rehidrasi oral, angka kesakitan bayi dan anak balita yang disebabkan diare makin lama makin menurun. Namun demikian angka kesakitan diare masih tetap tinggi ialah sekitar 400 per 1000 kelahiran hidup, (SKRT tahun 1985) menunjukkan bahwa episode diare

pada bayi dan anak balita berturut-turut masih 2,6 dan 2,2 kali per bayi/ anak per tahun, sehingga jumlah kasus diare masih tetap sekitar 60 juta per tahun. Salah satu jalan pintas yang sangat ampuh untuk menurunkan angka kesakitan suatu penyakit infeksi baik oleh virus maupun bakteri adalah imunisasi. Hal ini berlaku pula untuk penyakit diare dan penyakit gastrointestinal lainnya. Untuk dapat membuat vaksin secara baik, efisien dan efektif diperlukan pengetahuan mengenai mekanisme kekebalan tubuh pada umumnya terutama kekebalan saluran pencernaan makanan.

b. Pemberian ASI

ASI adalah makanan bayi yang paling alamiyah, sesuai dengan kebutuhan gizi bayi dan mempunyai nilai proteksi yang tidak bisa ditiru oleh pabrik susu manapun juga. Tetapi pada pertengahan abad ke - 18 berbagai pernyataan penggunaan air susu binatang belum mengalami berbagai modifikasi. Pada permulaan abad ke-20 sudah dimulai produksi secara masal susu kaleng yang berasal dari air susu sapi sebagai pengganti ASI.

Pada akhir-akhir ini dengan bertambahnya penggunaan "Pengganti ASI" (PASI) untuk makanan bayi, terutama di negara-negara yang sedang berkembang, timbulah berbagai sindrom, misalnya yang dikenal dengan *sindrom Jelliffe* yang terdiri dari kekurangan kalori protein tipe marasmus, monilisasi pada mulut, dan diare karena infeksi. Hal ini disebabkan karena di negara-negara yang sedang berkembang, tingkat pendidikan ibu yang masih rendah, kebersihan yang masih kurang, tidak

adanya sarana air bersih, dan rendahnya keadaan sosial ekonomi dari penduduknya.

c. Prilaku kesehatan

Untuk melakukan pola prilaku hidup bersih dan sehat dilakukan beberapa penilaian antara lain adalah :

- Penimbangan Balita . Apabila ada balita pertanyaanya adalah apakah sudah ditimbang secara teratur ke posyandu minimal 8X setahun.
- Gizi , anggota keluarga makan dengan gizi seimbang .
- Air bersih, keluarga menggunakan air bersih (PAM,Sumur Perpipaan) untuk keperluan sehari-hari.
- Jamban keluarga, keluarga buang air besar di jamban/WC yang memenuhi syarat kesehatan.
- Air yang di minum dimasak terlebih dulu.
- Mandi menggunakan sabun mandi.
- Selalu cuci tangan sebelum makan dengan menggunakan sabun
- Pencucian peralatan menggunakan sabun.
- Limbah, apakah SPAL sering di bersihkan.

2. Terhadap faktor bibit penyakit.

- a. Memberantas sumber penularan penyakit, baik dengan mengobati penderita maupun *carrier* atau dengan meniadakan *reservoir* penyakit.

- b. Mencegah terjadinya penyebaran kuman, baik di tempat umum maupun di lingkungan rumah.
  - c. Meningkatkan taraf hidup rakyat, sehingga dapat memperbaiki dan memelihara kesehatan.
3. Terhadap faktor lingkungan

Mengubah atau mempengaruhi faktor lingkungan hidup, sehingga faktor-faktor yang tidak baik dapat diawasi sedemikian rupa sehingga tidak membahayakan kesehatan manusia.

#### **D. Teori Perilaku**

Menurut Bloom, derajat kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu : faktor lingkungan, faktor perilaku, faktor pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Faktor perilaku dewasa ini mempunyai peran yang besar dalam status kesehatan baik individu maupun masyarakat. ( Notoadmojo, s. 1993).

##### **1. Pengertian perilaku**

Perilaku adalah refleksi dari kejiwaan seperti emosi, berfikir, minat, kehendak, keinginan, sikap, pengertian, motivasi, persepsi dan lain sebagainya. Gejala kejiwaan yang tercermin dalam tindakan manusia tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu perjalan, keyakinan, saran fisik dan sosial budaya masyarakat (Mar'at 1981). Dari definisi ini pada dasarnya perilaku tersebut merupakan refleksi dari beberapa gejala kejiwaan, misalnya perilaku memanfaatkan sarana air bersih atau perilaku memanfaatkan jamban

keluarga dengan benar harus didukung oleh keinginan untuk mewujudkan pengetahuan yang didapat dengan benar. Dan kesemuanya itu juga harus didukung oleh motivasi yang kuat untuk membentuk sikap yang positif.

## 2. Perilaku dalam bidang kesehatan

Untuk mengetahui perilaku dalam bidang kesehatan, terlebih dahulu perlu kita mengetahui tentang konsep sehat menurut WHO (1947), menyebutkan bahwa sehat adalah suatu keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental dan sosial, sehingga tidak terbatas pada bebas penyakit atau kelemahan saja (Mar'at, 1981) oleh karena itu kesehatan merupakan konsep yang multi dimensional, sehingga pendekatan terhadap masalah kesehatan pun harus multi sektoral (holistik multi disipliner) yang menyangkut aspek-aspek biologis, psikologis dan sosial. Aspek-aspek tersebut akan mempengaruhi perilaku seseorang.

Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Perilaku sehat (*health behaviour* ) berhubungan dengan tindakan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya dalam hal ini termasuk tindakan untuk mencegah penyakit dan kebersihan perorangan serta memilih makanan yang bermanfaat bagi pemeliharaan dan peningkatan kesehatannya. Perilaku sehat ini adalah tindakan dari seseorang yang menganggap dirinya sehat.

- b. Perilaku sakit (*illness behaviour*) :segala tindakan seseorang yang merasa dirinya sakit, termasuk kemampuan/ pengetahuan individu tersebut untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit dan usaha-usaha pencegahan penyakitnya.
- c. Perilaku peranan sakit (*the sick role behaviour*): segala tindakan individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan termasuk semua usaha untuk mencari kesembuhan. ( Notoadmojo,s, 1985)

#### **E. Hubungan Penyediaan air bersih dan sanitasi dengan penyakit.**

Air merupakan kebutuhan pokok untuk kehidupan manusia. Penyediaan air yang amat penting dalam pencegahan penyakit, untuk fasilitas perorangan, rumah tangga dan higiene makanan. Penyediaan air untuk kepentingan rumah tangga yang memenuhi kualitas dan kuantitas akan mempunyai kontribusi dalam menurunkan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui tinja ke mulut dan penyakit yang dapat ditularkan melalui lainnya. Penyakit-penyakit tersebut dibagi menjadi tiga kelompok. Pertama : penyakit-penyakit yang ditularkan melalui tinja ke mulut seperti : hepatitis A, desentri basiler dan beberapa penyakit diare. Penyakit-penyakit yang paling dipengaruhi oleh kecukupan kuantitas air untuk kegunaan higiene adalah yang berhubungan dengan water-washed penyakit-penyakit tersebut yang disebarkan melalui air dan lainnya seperti makanan atau tangan. Kedua : infeksi kulit dan mata, seperti trakhom, infeksi kulit dan penyakit-penyakit jamur kulit. Prevalensi dari penyakit tersebut berhubungan

dengan higiene yang jelek. Ketiga : infeksi yang dibawa oleh kutu dan tungau seperti scabies (WHO,1997). Program penyediaan air bersih dan sanitasi dilakukan untuk mengelola atau menekan jumlah serta mencegah penyakit bawaan air. Penyakit bawaan air adalah ; (Soemirat J., 1992)

1. Penyebabnya berada di dalam air : *Cholera, Typhus abdominalis / paratyphus, dysenteri basilaris, diare (oleh rotavirus), Dysenteri amoeba, Hepatitis infectiosa, poliomyelitis, anterior acuta* dan lain-lain.
2. Penyebabnya bersarang dalam air : *DHF, Filariasis, Malaria, Encephatitis* dll.
3. Kurangnya air bersih untuk membersihkan diri : *Trachoma, Scabies*.
4. Pejamu sementaraanya terdapat dalam air : *Schistosomiasis, Dracunculosis*.

Menurut WHO (1990) sekitar 60% penduduk di negara-negara yang sedang berkembang hidup dalam lingkungan yang tidak sehat, terutama karena kurangnya persediaan air bersih dan menyebabkan 1.000 – 2.500 anak balita meninggal tiap jam karena diare, fakta menunjukkan bahwa upaya peningkatan kebersihan / sanitasi, dirumah dan lingkungan hidup kita akan dapat menghilangkan 80% - 90% penyakit dan penyebabnya yang melanda masyarakat tersebut (S. Khana, 1990).

Menurut Setyorogo (1990) beberapa penyakit menular yang erat kaitannya dengan masalah air bersih dan sanitasi antara lain :

a. Penyakit diare

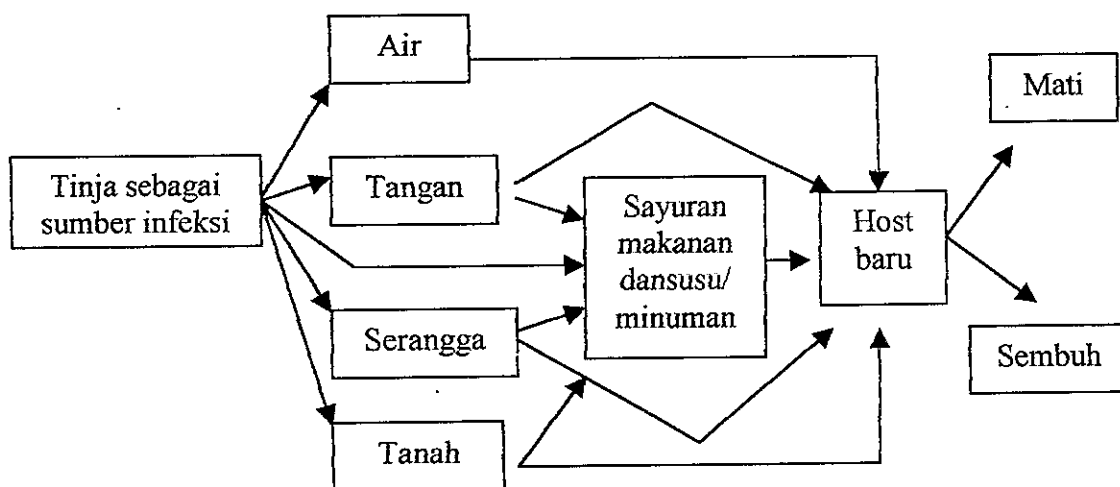
Penyakit diare menyebabkan kematian sebesar 12% dari semua kematian pada semua golongan umur dan sebagian besar yang meninggal karena diare

adalah bayi dan anak balita (70%). Penyakit ini sering timbul dalam bentuk KLB (Kejadian Luar Biasa) dan dikenal masyarakat sebagai penyakit “muntaber”, ditularkan terutama melalui air yang tercemar oleh tinja dan sampah sebagai akibat kebiasaan membuang tinja dan sampah ke sungai. Tersedianya air bersih yang memenuhi syarat kesehatan sangat penting dalam penanggulangan diare.

b. Penyakit infeksi kulit dan diare

Menurut WHO (1984) penyediaan air bersih dan kebersihan perorangan, rumah dan lingkungan mempunyai bobot tinggi dalam pemberantasan penyakit diare dan kulit, khusus untuk diare yang disebabkan oleh bakteri, sanitasi makanan dan minuman mempunyai bobot tinggi (untuk diare oleh virus dan protozoa mempunyai bobot sedang) sedangkan pembuangan kotoran manusia mempunyai bobot sedang.

Gambar 2.1. Perjalanan tinja sebagai sumber infeksi



Sumber : Depkes, RI, 1990

Upaya untuk menghentikan penyakit oleh tinja, selain kebersihan perorangan dan penyehatan makanan/minumam, yang penting adalah bagaimana supaya tinja tersebut tidak bisa kontak dengan air, tangan, serangga dan tanah. Pencegahan supaya tinja tidak sampai ke mulut melalui tanah, lalat, tangan, makanan ataupun air atau dengan istilah lain untuk memutuskan siklus tinja mulut (Eshuis Jan dan Manschot Peter) yaitu dengan cara sanitasi /pembuangan kotoran manusia di jamban, memberi penutup pada kakus untuk mencegah lalat, mencuci tangan sesudah buang air besar dan sebelum mengelola makanan, hygiene makanan dan perlindungan dan pengolahan air dengan cara purifikasi dan klorinasi.

Hasil evaluasi dampak penyediaan air bersih dan sanitasi di Indonesia terhadap penyakit bawaan air yang dilakukan Soemirat J. dan Ma<sup>ru</sup> rufin FI 1990 ( Soemirat S.J. 1992) yang diwakili oleh Gastroenteritis ( Cholera, Typhus, Dysenterie) tampaknya penyakit ini naik terus mulai tahun 1969 sampai tahun 1984, setelah itu tampak mulai turun, sedangkan kegiatan sanitasi dan pelayanan air bersih naik terus, sekalipun lambat. Angka kematian terus turun tetapi tampaknya lebih ditentukan oleh upaya pengobatan dari pada upaya pencegahan. Hasil evaluasi tersebut disimpulkan bahwa usaha dalam bidang sanitasi dan penyediaan air bersih belum memadai sehingga belum memberikan dampak yang berarti. Dampak kepada masyarakat bisa terlihat apabila cakupan sanitasi maupun air bersih paling tidak 80%, pada waktu itu tahun 1989 sanitasi baru 17,5% dan air bersih 37,25%.

Hasil konferensi Global Air Bersih dan Sanitasi di New Delhi yang mengatakan evaluasi terhadap dekade air bersih ( 1981-1990) tidak ada satu negarapun yang dapat mencapai target dekadanya, adapun saranya adalah Penyediaan air bersih dan sanitasi harus merupakan program terpadu, kelestarian pembangunannya perlu didukung oleh lembaga masyarakat yang kuat, pemerintah jangan sebagai pemberi, tetapi menjadi promotor atau fasilitator, masyarakat perlu diikut sertakan agar merasa memiliki dan meningkatkan efisiensi dan efektifitas program ersebut. (Soemirat.J.1992)

#### **F. Pengertian strategi**

Strategi merupakan alat untuk mencapai tujuan. Dalam perkembanganya, konsep mengenai strategi terus berkembang. Hal ini dapat ditunjukkan oleh adanya perbedaan konsep mengenai strategi selama 30 tahun terakhir. Untuk jelasnya, kita bisa melihat perkembangan tersebut sebagai berikut :

a. Chandler (1962)

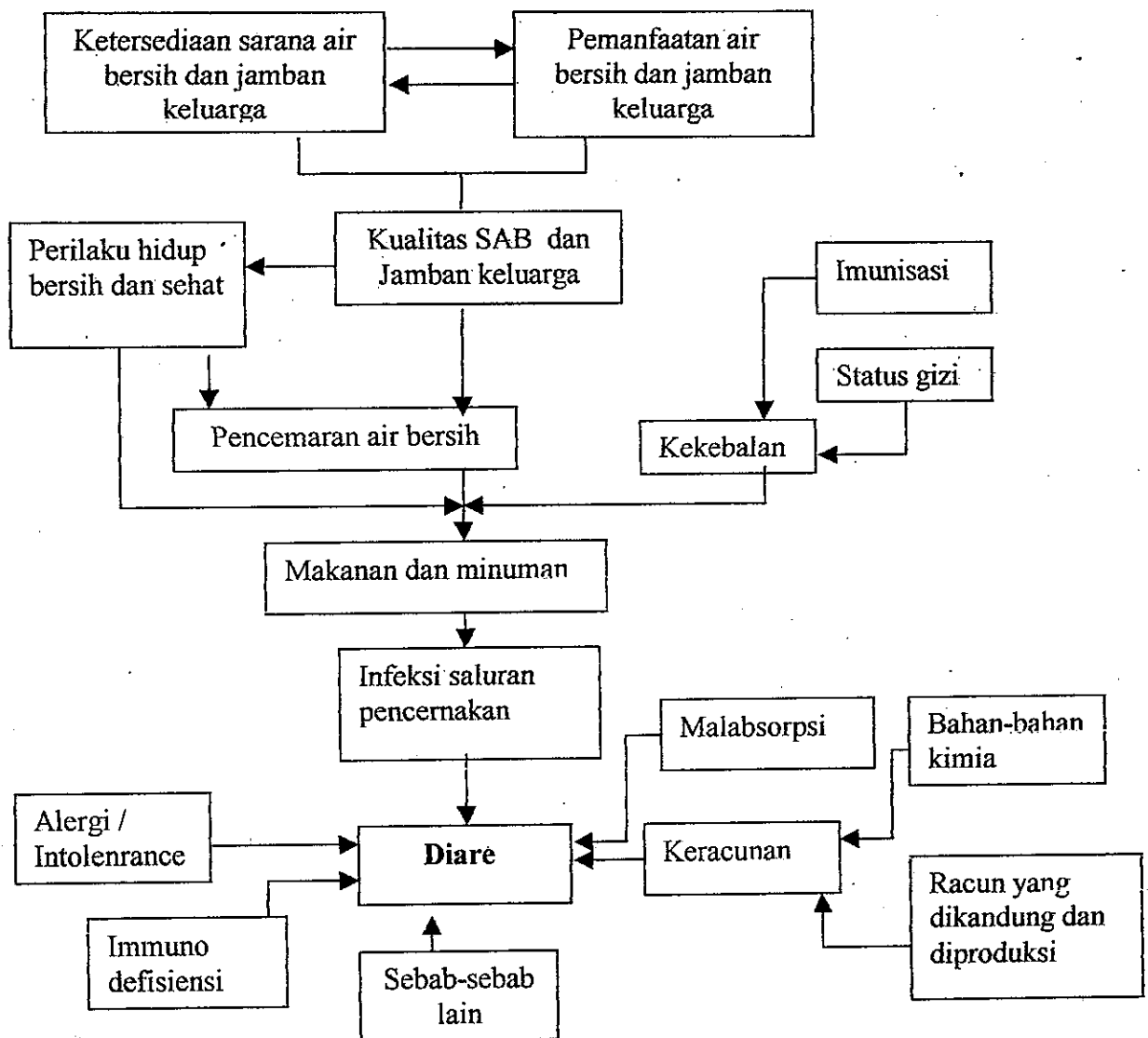
Strategi merupakan alat untuk mencapai tujuan variabel dalam kaitannya dengan tujuan jangka panjang, program tindak lanjut, serta prioritas alokasi sumber daya.

b. Andrews (1980), Chaffe (1985)

Strategi adalah kekuatan motivasi untuk mengambil keputusan, seperti stakeholders, manajer, karyawan, komunitas, pemerintah, dan sebagainya, yang baik secara langsung maupun tidak langsung menerima keuntungan

atau biaya yang ditimbulkan oleh semua tindakan yang dilakukan oleh institusi. Analisis dan diagnosa fenomena penanggulangan dilakukan dengan diskusi

### G. Kerangka teori

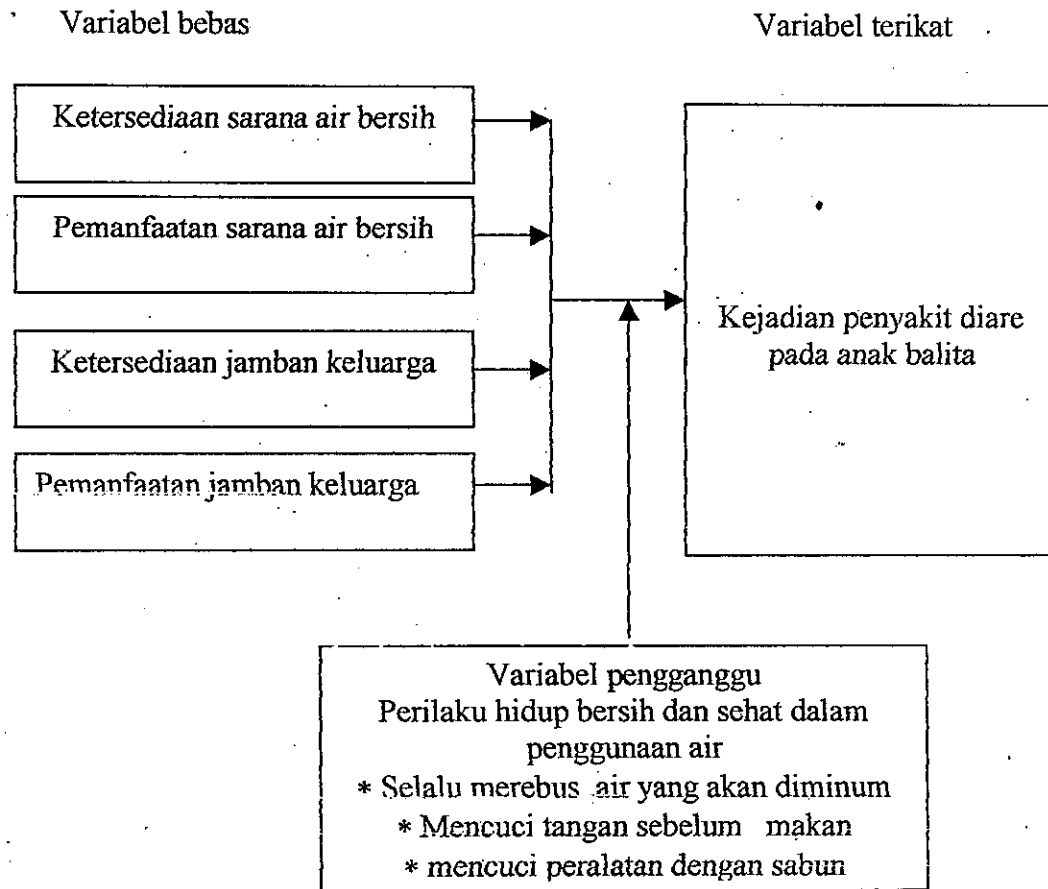


Sumber : Noerasid, Haroen, 1999 dan Dep.Kes.RI, 2000.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka konsep penelitian



#### B. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah

1. Ada hubungan ketersediaan sarana air bersih terhadap kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul
2. Ada hubungan pemanfaatan sarana air bersih terhadap kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul.

3. Ada hubungan ketersediaan jamban keluarga terhadap kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul.
4. Ada hubungan pemanfaatan jamban keluarga terhadap kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul
5. Ada hubungan antara perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul .
6. Ada hubungan antara ketersediaan sarana air bersih, pemanfaatan sarana air bersih, ketersediaan jamban keluarga dan pemanfaatan jamban keluarga serta perilaku hidup bersih dan sehat secara bersama-sama dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul kecamatan Kunduran Kabupaten Blora

### **C. Variabel penelitian**

1. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah
  - \* Ketersediaan sarana air bersih
  - \* Pemanfaatan sarana air bersih
  - \* Ketersediaan jamban keluarga
  - \* Pemanfaatan jamban keluarga
2. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah
  - \* Kejadian penyakit diare pada anak balita
3. Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah
  - \* Perilaku penggunaan air bersih dari responden meliputi merebus air minum , mencuci tangan dan peralatan dengan sabun

#### D. Definisi operasional

##### 1. Variabel bebas

- a. Ketersediaan sarana air bersih adalah terdapatnya sarana air bersih milik pribadi yang memenuhi kriteria inspeksi sanitasi :

Kriteria sarana air bersih diperoleh dari pemenuhan persyaratan dengan ketentuan ( Depkes,RI,1994)

- Tidak adanya jamban/sumber pencemar lain dalam jarak 11 m
- Tidak ada kolam / genangan air dalam jarak 11 m
- Saluran pembuangan air limbah tidak rusak pada jarak 11 m
- Dinding kedap air minimal 3 m.
- Lantai kedap air minimal 1 m dari sarana

Dikategorikan menjadi 2 (dua)

- Tersedia, jika sarana memenuhi semua persyaratan (skor 1)
- Tidak tersedia, jika salah satu atau lebih persyaratan tersebut tidak terpenuhi. (skor 0)

Skala : Nominal

- b. Pemanfaatan sarana air bersih adalah pemenuhan kebutuhan air untuk keperluan rumah tangga yang di dapat dari sarana yang memenuhi persyaratan sarana air bersih :

Kriteria pemanfaatan sarana air bersih dibagi menjadi 2 kategori

- Memanfaatkan : selalu (skor 1)
- Tidak memanfaatkan : tidak selalu ( skor 0)

Skala : Nominal

c. Ketersediaan jamban keluarga adalah tersedianya sarana pembuangan tinja/ kotoran manusia milik pribadi yang memenuhi persyaratan kesehatan /jamban sehat yaitu :

- Kotoran manusia tidak mencemari air bersih dan permukaan tanah.
- Kotoran manusia tidak dapat dijamah oleh lalat dan binatang lain
- Jamban tidak menimbulkan bau yang mengganggu
- Terdapat air bersih

Kriteria persyaratan :

- Jamban sehat bila jamban tersebut memenuhi semua persyaratan
- Jamban tidak sehat bila salah satu atau lebih dari persyaratan tersebut tidak terpenuhi.

Dikategorikan menjadi 2 (dua) bagian

- Tersedia, jika memiliki jamban sehat (skor 1)
- Tidak tersedia, jika memiliki jamban tidak sehat (skor 0)

Skala : Nominal

d. Pemanfaatan jamban keluarga adalah pemenuhan kebutuhan untuk membuang tinja/kotoran manusia pada jamban yang memenuhi persyaratan kesehatan

Kriteria pemanfaatan jamban bagi menjadi 2 kategori

- 1) Memanfaatkan: selalu (skor 1)
- 2) Tidak memanfaatkan: tidak selalu (skor 0)

Skala : Nominal

e. Variabel pengganggu

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah Perilaku hidup bersih dan sehat yang dibatasi pada penggunaan air meliputi : masyarakat selalu merebus air minum dan mencuci tangan dan peralatan dengan menggunakan sabun

Dikelompokan menjadi 2 kategori

- 1) Perilaku baik jika masyarakat selalu merebus air minum dan mencuci tangan serta peralatan dengan menggunakan pembersih.(skor 1)
- 2) Perilaku tidak baik Jika masyarakat tidak selalu merebus air minum dan mencuci tangan serta peralatan dengan menggunakan pembersih. (skor 0)

Skala : Nominal

f. Variabel dependen

Kejadian penyakit diare pada balita

Kejadian penyakit diare pada balita adalah kejadian diare/mencret pada balita yang tercatat di puskesmas pada bulan Agustus sampai dengan bulan September 2002 dengan diagnosa adanya perubahan bentuk dan konsistensi tinja melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi berak lebih dari biasanya (minimal tiga kali atau lebih dalam sehari) atau adanya keterangan dari medis / paramedis yang diperkirakan penyebabnya adalah karena infeksi saluran pencernaan oleh bakteri penyebab penyakit diare.

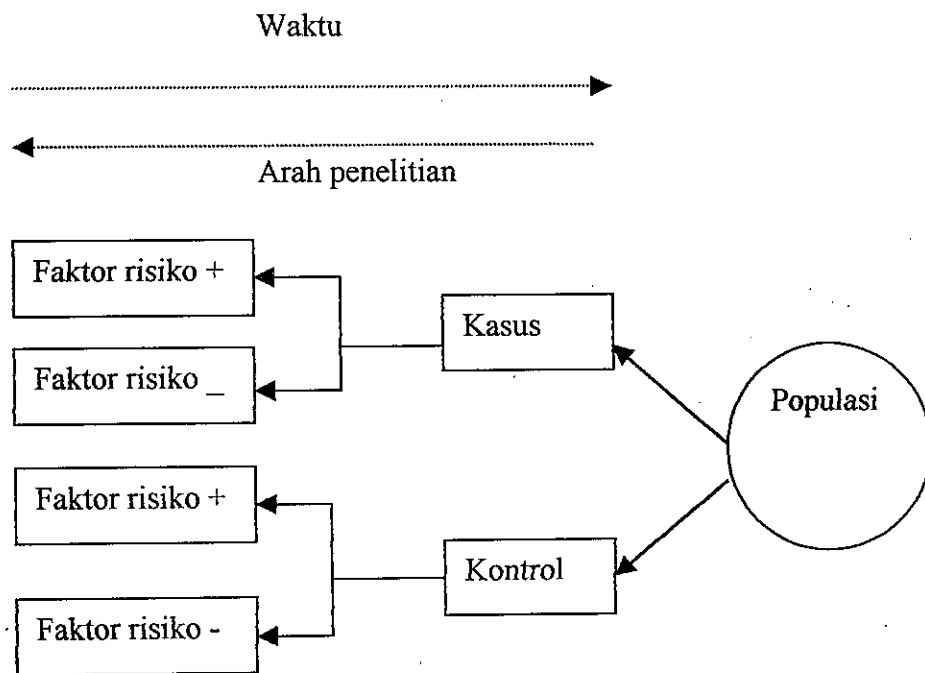
- g. Kasus dalam penelitian ini adalah penderita diare pada balita yang tercatat di puskesmas pada bulan Agustus dan September 2002 yang berada di wilayah kerja puskesmas Sonokidul yang diperkirakan penyebabnya adalah karena infeksi saluran pencernaan oleh bakteri penyebab diare yaitu adanya bau yang khas dari tinja penderita.
- h. Kontrol dalam penelitian ini adalah balita yang berkunjung ke puskesmas yang tidak menderita diare berdasarkan dari catatan medis atau keterangan dari tenaga medis/paramedis selama bulan Agustus dan September 2002, yang berdomisili disekitar kasus yang mempunyai kriteria inklusi yaitu : Balita dan tingkat pendidikan ibu sama dengan tingkat pendidikan ibu balita yang menjadi kasus.
- i. Balita adalah umur anak yang menjadi kasus maupun kontrol pada saat penelitian di bawah lima tahun diperoleh dari keterangan responden atau berdasarkan Kartu Menuju Sehat atau catatan rekam medis.
- j. Pendidikan adalah tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai ibu, diperoleh dari keterangan responden dan ditunjukkan dengan bukti ijazah atau kartu keluarga

#### **E. Rancangan penelitian**

Jenis penelitian observasional dengan menggunakan desain penelitian *case control study*, yaitu mengukur besar risiko faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita . Kasus dalam penelitian ini adalah balita yang menderita diare di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul yang telah di periksa oleh tenaga kesehatan di Puskesmas, sedangkan kontrol adalah balita

yang berkunjung di Puskesmas Sonokidul yang tidak menderita penyakit diare selama dua bulan terakhir. Metode pengumpulan data dengan cara observasi dan survei dengan menggunakan kuesioner. Penjelasan hasil-hasil penelitian menyoroti hubungan antara variabel-variabel bebas dan variabel terikat dan menguji hipotesis

Rancangan penelitian adalah sebagai berikut :



## F. Populasi dan sampel

### 1. Populasi

#### a. Populasi kasus

Populasi kasus adalah seluruh balita penderita diare yang berkunjung ke puskesmas Sonokidul pada bulan Agustus dan September 2002

b. Populasi kontrol

Populasi kontrol adalah seluruh balita non penderita diare berdasarkan catatan medis atau keterangan tenaga medis/paramedis yang berkunjung ke Puskesmas Sonokidul pada bulan Agustus dan September 2002.

2. Sampel / populasi study

a. Sampel / populasi studi pada kasus

Adalah sebagian dari jumlah populasi kasus yang berkunjung ke puskesmas Sonokidul pada bulan Agustus dan September 2002

b. Sampel / populasi studi pada kontrol

Adalah sebagian dari jumlah populasi kontrol pada bulan Agustus dan September 2002

3. Adapun perhitungan besarnya populasi study/ sampel kasus dapat diketahui dengan rumus sebagai berikut : (Lemeshow,S.,1997)

$$n_1 = n_2 = \frac{\{Z_{\alpha/2}\sqrt{[OR \times P_2(1-P_2)]} + Z_{\beta}\sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

$n$  = Besar sampel

$Z_{\alpha}$  = Tingkat kemaknaan 5% (1,96)

$Z_{\beta}$  = Power sebesar 80%(0,842)

OR = *Odd ratio*

$P_1$  = Proporsi paparan pada kelompok kasus (0,67)

$P_2$  = Proporsi paparan pada kelompok kontrol 50%(0,5)

$$P1 = \frac{OR \cdot P2}{OR \cdot P2 + (1 - P2)}$$

$$n1 = n2 = \frac{\{1,96/2 \sqrt{[2 \times 0,5(1-0,5)]} + 0,842 \sqrt{[0,67(1-0,67) + 0,5(1-0,5)]}\}^2}{(0,67 - 0,5)^2}$$

$$= \frac{1,615}{0,0289}$$

$$= 55,8 (60)$$

Dari perhitungan besar sampel dapat diketahui, Jumlah sampel pada kasus 60 balita dan kontrol 60 balita, jadi dalam penelitian ini jumlah sampel baik untuk kasus kontrol masing-masing 60 balita, sehingga jumlah seluruhnya sebanyak 120 balita.

Distribusi sampel dilakukan dengan cara simple random sampling didasarkan atas daftar penderita diare sebagai kasus dan penderita non diare sebagai kontrol di Puskesmas Sonokidul. Kemudian survai dilakukan dengan kunjungan rumah ke rumah yang terpilih untuk di selidiki.

### G. Instrumen penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah cek list dan kuesioner. Cek list digunakan untuk opservasional sedangkan kuesioner dipergunakan untuk wawancara tentang kejadian penyakit diare pada anak balita, ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih, ketersediaan dan pemanfaatan jamban

#### 1. Pengukuran validitas kuesioner

Validitas adalah untuk mengetahui apakah yang dipergunakan untuk mengumpulkan data penelitian benar-benar mengukur apa yang ingin diukur. Kuesioner sebelum dipergunakan terlebih dahulu dilakukan uji

coba terhadap 30 responden di luar wilayah puskesmas Sonokidul yang mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan wilayah kerja puskesmas Sonokidul yaitu di wilayah kerja Puskesmas Rowobungkul Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora pada bulan September 2002, yang bertujuan untuk menghindari bias responden. dengan demikian akan dapat diketahui apakah kuesioner tersebut sudah merupakan alat ukur yang betul- betul dapat mengukur apa yang seharusnya perlu diukur dengan *internal validity* . Skor nilai dari tiap-tiap item pertanyaan di korelasikan dengan skor totalnya, dengan uji korelasi *product moment*. Besarnya nilai korelasi paling sedikit 0,239 dan bila nilai korelasinya kurang memenuhi syarat maka item pertanyaan dimaksud di keluarkan (Singgih, 2000). Hasil uji validitas variabel-variabel penelitian adalah sebagai berikut :

- a. Reliabilitas ketersediaan sarana air bersih pada besarnya *reliability coefficients* dengan nilai alpha 0,8358 termasuk reliabel
- b. Reliabilitas pemanfaatan sarana air bersih pada besarnya *reliability coefficients* dengan nilai alpha 0,6329 termasuk reliabel
- c. Reliabilitas ketersediaan jamban keluarga pada besarnya *reliability coefficients* dengan nilai alpha 0,7464 termasuk reliabel
- d. Reliabilitas pemanfaatan jamban keluarga pada besarnya *reliability coefficients* dengan nilai alpha 0,7454 termasuk reliabel
- e. Reliabilitas perilaku hidup bersih dan sehat pada besarnya *reliability coefficients* nilai alpha 0,7782 termasuk reliabel

## 2. Pengukuran reliabilitas kuesioner.

Reliabilitas menunjukkan keterandalan suatu alat ukur dapat dipercaya dan konsisten dalam mengukur obyek penelitian. Reliabilitas didekati dengan *reliability analysis*. Nilai reliabilitas di ketahui dengan nilai alpha ( $\alpha$ ) yang dihasilkan dibandingkan dengan tabel pada 30 kasus dan tingkat signifikansi 5% yaitu 0,239 ( Singgih, 2000)

- a. Validitas ketersediaan sarana air bersih dari 7 pertanyaan yang digunakan, 6 pertanyaan mempunyai korelasi item total lebih dari cut value, 0,117 pada tingkat signifikansi 5% termasuk valid.
- b. Validitas pemanfaatan sarana air bersih dari 7 pertanyaan yang digunakan, 5 pertanyaan mempunyai korelasi item total lebih dari cut value, 0,117 pada tingkat signifikansi 5% termasuk valid.
- c. Validitas ketersediaan jamban keluarga dari 7 pertanyaan yang digunakan, 6 pertanyaan mempunyai korelasi item total lebih dari cut value, 0,117 pada tingkat signifikansi 5% termasuk valid.
- d. Validitas pemanfaatan jamban keluarga dari 7 pertanyaan yang digunakan, 5 pertanyaan mempunyai korelasi item total lebih dari cut value, 0,117 pada tingkat signifikansi 5% termasuk valid.
- e. Validitas perilaku hidup bersih dan sehat dari 8 pertanyaan yang digunakan, 6 pertanyaan mempunyai korelasi item total lebih dari cut value, 0,117 pada tingkat signifikansi 5% termasuk valid.

## **H. Pengumpulan data**

Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dari 2 ( dua ) sumber

### **1. Data primer**

Data yang diperoleh secara langsung dari responden melalui teknik wawancara dengan menggunakan kuesioner dan cek list yang telah disediakan berdasarkan kasus yang ada di puskesmas. Pengumpulan data ini dilakukan oleh peneliti dibantu oleh petugas pewawancara yang telah dilatih terlebih dulu sebelum turun lapangan agar didapat kesamaan persepsi dengan peneliti.

### **2. Data sekunder**

Merupakan hasil pencatatan dari data yang telah ada di puskesmas Sonokidul kecamatan Kunduran atau instansi lain yang terkait. Data sekunder yang diperoleh antara lain data penyakit diare , data demografi, geografi, serta cakupan sarana penyediaan air bersih dan kesehatan lingkungan lainnya.

## **I. Pengolahan dan Analisis data**

Pengolahan dan analisa data univariat, bivariat dan multivariat dilakukan dengan bantuan komputer yaitu dengan menggunakan program software SPSS for windows versi 10.

### **1. Pengolahan data**

Setelah data berhasil dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan sebagai berikut

a. Editing

Langkah ini dimaksudkan untuk melakukan pengeditan kelengkapan data kesinambungan data dan kesamaan data.

b. Koding

Setelah dilakukan editing langkah selanjutnya adalah melakukan pengkodean data untuk memudahkan pengolahannya.

c. Tabulasi

Tabulasi merupakan kelanjutan langkah koding untuk mengelompokkan data kedalam suatu data tertentu menurut sifat sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

2. Analisa data

Data yang telah diolah kemudian dianalisa secara deskriptip analitik sesuai dengan tujuan dan skala data variabel yang akan dianalisa.

a. Analisa univariant digunakan untuk mendeskripsikan semua variabel bebas dari penelitian dalam bentuk tabel distribusi frekkuensi.

b. Analisa Bivariat, untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat menggunakan Uji Chi Square dengan bantuan program SPSS (Santoso, 1999 )

$$X_h^2 = \sum \frac{(f_{oi} - f_{ei})^2}{f_{oi}}$$

$$X_h^2 = \text{Chi Square}$$

$f_{oi}$  = frekuensi hasil observasi

$f_{ei}$  = frekuensi harapan

Apabila dalam tabel terdapat nilai observasi nol atau nilai frekuensi harapan kurang dari 5, maka dilakukan penyederhanaan kategori menjadi tabel 2 baris 2 kolom dengan memperhatikan korelasi Yates, dengan rumus sebagai berikut :

$$X_h^2 = \frac{n(|ad - bc| - \frac{1}{2}n)^2}{(a+b)(a+c)(c+d)(b+d)}$$

Keterangan

n = Jumlah sampel

a, b, c, d = isi sel a, b, c, dan d

Penentuan faktor resiko

	Terpapar	Tak terpapar	Total
Kasus	a	b	a + b
Kontrol	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	n

Besarnya resiko relatif dengan menggunakan odds rasio. Perhitungan odds rasio diperoleh dengan menggunakan rumus :

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

### c. Analisa Multivariat

Untuk mengetahui pengaruh variabel - variabel bebas secara bersama sama terhadap variabel terikat, serta untuk melakukan prediksi variabel terikat apabila terjadi perubahan variabel bebas. Analisa data mempertimbangkan jenis data yang digunakan pada variabel dependen yaitu data nominal dikotomi yang sesuai menggunakan regresi logistik. Dalam proses penghitungan dengan bantuan program aplikasi

computer SPSS for windows versi 10,1. Pengambilan keputusan : Ho ditolak apabila  $(p) < 0,05$  dan Ho diterima apabila  $(p) > 0,05$  (Santoso,1999)

3. Setelah mengetahui variabel yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita, dilanjutkan dengan penentuan strategi penanggulangan melalui metode diskusi FGD (*Focus Group Discussion*). FGD dalam penelitian ini diskusi yang dipimpin, untuk mencari kesamaan pendapat yang pokok permasalahannya sudah diketahui terlebih dahulu, dan untuk mengefektivkan peserta dibatasi antara 6 –12 peserta dan mempunyai tingkat pendidikan atau pengetahuan yang sama.

Dalam strategi penanggulangan kami melakukan FGD karena kami ingin melibatkan masyarakat secara langsung, pemecahan masalah ini mulai dari perencanaan sampai dengan pelaksanaan. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blora bahwa : Suatu kegiatan yang tidak melibatkan masyarakat secara langsung maka hasilnya tidak akan bertahan lama, tetapi sebaliknya suatu kegiatan yang melibatkan masyarakat secara langsung maka hasilnya akan bertahan lama karena masyarakat tersebut merasa memiliki atau merasa ikut bertanggung jawab tentang kegiatan tersebut. FGD dilakukan dua tahap yaitu :

- a. Tahap pertama

- Dilaksanakan pada tanggal 25 November 2002

- Peserta 6 orang terdiri dari
  - Kepala Desa
  - Ketua LKMD
  - Sie VII LKMD
  - Tokoh masyarakat
  - Ketua BPD
  - Anggota BPD

b. Tahap kedua

- Dilaksanakan pada tanggal 25 November 2002
- Peserta 12 orang yang terdiri dari :
  - Kasie PMD
  - Kepala Puskesmas
  - Petugas PKL Puskesmas Sonokidul
  - Peneliti
  - Kepala Desa dari masing-masing Desa berjumlah 9 orang

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Pelaksanaan Penelitian

##### 1. Waktu Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 1 Oktober sampai dengan 10 November 2002.

##### 2. Faktor Pendukung dan Penghambat

*Interviewer* adalah petugas yang mempunyai daerah binaan masing-masing, sehingga dapat mengembangkan komunikasi interpersonal dengan baik. Dukungan responden diperoleh dengan memberikan jawaban secara jelas sehingga *interview* berjalan dengan lancar. Faktor penghambat terletak pada rumah responden yang berjauhan, sehingga tidak efisien waktu.

#### B. Gambaran Umum Wilayah

##### 1. Kondisi Geografi dan Demografi

Wilayah kerja Puskesmas Sonokidul kecamatan Kunduran meliputi 9 desa terdiri dari 20 RW dan 241 RT dengan batas-batas wilayah sebagai berikut:

- sebelah utara : wilayah kerja Puskesmas Kunduran
- sebelah selatan : wilayah kerja Puskesmas Doplang
- sebelah barat : Puskesmas Sulus Kabupaten Grobogan
- sebelah timur : wilayah kerja Puskesmas Rowobungkul

Wilayah kerja Puskesmas Sonokidul terdiri dari 1 Pustu dan 3 Polindes.

Secara administratif, wilayah kerja Puskesmas Sonokidul mempunyai luas

wilayah 5.908,531 Ha yang terdiri dari tanah sawah 4.080,975 Ha tanah kering 1.462,125 Ha dan sungai/jalan/hutan 365,431 Ha. Keadaan tanah 80 % tanah datar sampai bergelombang, 20% tanah bergelombang sampai bergunung, ketinggian daerah rata-rata 208 m di atas permukaan laut.

Menurut statistik kependudukan wilayah kerja Puskesmas Sonokidul tahun 2001 mempunyai jumlah penduduk 22.994 jiwa terdiri dari 11.198 (48,70%) jiwa laki-laki dan perempuan 11.769 (51,30%) serta jumlah balita 2.837 (12,3%) jiwa.

## 2. Mata Pencarian

Mata pencarian penduduk wilayah kerja Puskesmas Sonokidul adalah petani pemilik tanah : 7747 (62,98%), kemudian diikuti petani/penyekap 1685 (13,70%) dan petani penggarap tanah 1322 (10,70%). Industri kecil menduduki urutan paling rendah 4 (0,03%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel : 4.1.

Tabel : 4.1  
Distribusi Frekuensi Penduduk Menurut Mata Pencarian di Wilayah Kerja  
Puskesmas Sonokidul Tahun 2001

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah	%
1	Petani pemilik tanah	7747	62,98
2	Petani penggarap tanah	1322	10,70
3	PNS	295	2,39
4	Petani/penyekap	1685	13,70
5	Pensiunan PNS/ABRI	174	1,41
6	Pedagang	40	0,03
7	Buruh tani	841	6,84
8	Buruh bangunan	155	1,26
9	Industri kecil	4	0,03
10	ABRI	21	0,17
11	Pengangkutan	18	0,15
	Jumlah	12.302	100

Sumber : Puskesmas Sonokidul, 2001

### 3. Pendidikan

Tingkat pendidikan terbanyak di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul adalah tamat SD 12.671 (55,11%) kemudian diikuti belum sekolah 3.837 (16,69%) dan yang paling rendah adalah tingkat PT 14 (0,06%).

Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel : 4.2.

Tabel : 4.2  
Distribusi Frekuensi Penduduk menurut Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Tahun 2001

No	Jenis Pendidikan	Jumlah	Prosentase
1	Belum sekolah	3.837	16,69
2	Tidak tamat SD	2.516	10,94
3	Tamat SD	12.671	55,11
4	Tamat SLTP	1.261	5,48
5	Tamat SLTA	554	2,41
6	Tamat Akademi	22	0,09
7	Tamat PT	14	0,06
8	Buta huruf	2.119	9,2
	Jumlah	22994	100

Sumber : Data Puskesmas Sonokidul, 2001

### 4. Transportasi Antar desa

Transportasi di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul sangat lancar, bisa dicapai dengan menggunakan roda empat maupun roda dua, tetapi untuk masuk antar pedukuhan ada yang hanya bisa dilalui dengan roda dua.

### 5. Puskesmas Sonokidul

#### a. Tenaga kesehatan

Puskesmas Sonokidul berdiri pada tahun 1990. Dulunya masih merupakan Puskesmas pembantu wilayah kerja Puskesmas Kunduran kecamatan Kunduran. Wilayah kerja Puskesmas Sonokidul meliputi 9 desa. Puskesmas Sonokidul dipimpin oleh seorang dokter PTT yang masa

akhir kontraknya selesai pada bulan Oktober 2002 kemudian dilanjutkan oleh perawat senior yang dibantu oleh 13 tenaga paramedis dan non paramedis.

b. Sarana

Pada tahun 1990 Puskesmas Sonokidul berdiri menjadi Puskesmas Induk. Pada tahun 1993 dibangun Puskesmas pembantu di Desa Sempu dan Desa Botoreco, serta dilengkapi dengan satu unit mobil Puskesmas keliling (Pusling).

6. Kesehatan lingkungan

Pencapaian program kesehatan lingkungan di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul pada umumnya belum mencapai target yang di harapkan. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel : 4.3.

Tabel : 4.3.  
Distribusi Hasil Pencapaian Sarana Sanitasi di Puskesmas Sonokidul sampai dengan Desember 2002

No	Jenis sarana	Jumlah Sasaran	Diperiksa	Memenuhi syarat
1	Perumahan	4.578	1.200	5,6%
2	TP2M( Tempat Penjualan Makanan dan Minuman)	72	72	10,2%
3	STTU( Sanitasi Tempat-Tempat Umum)	89	89	60,5%
4	TPS( Tempat Pembuangan Sampah)	4.578	1.200	2,4%
5	Pemeriksaan air bersih	1.342	18	11%

Sumber : Data Puskesmas Sonokidul ,2000

C. Karakteristik Responden

1. Pendidikan

Tingkat pendidikan responden yang terbesar pada Sekolah Dasar sebesar 56(46,3%) , kemudian disusul dengan sekolah lanjutan tingkat pertama

54(44,6%) dan yang paling kecil pada Sekolah Lanjutan Tingkat Atas 4(3,3%). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel : 4.4

Tabel : 4.4  
Distribusi Tingkat Pendidikan Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Tahun 2002

No	Tingkat Pendidikan	Kasus	Kontrol	Total
1	Tidak Sekolah / Tidak Tamat SD	3 (2,5%)	3(2,5%)	6(5%)
2	Sekolah Dasar	28(23,1%)	28(23,1%)	56(46,3%)
3	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama	27(22,3%)	27(22,3%)	54(44,6%)
4	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas	2 (1,65%)	2(1,65%)	4(3,3%)
	Jumlah	120	100	100

#### D. Sarana Air Bersih (SAB) dan jamban keluarga

##### 1. Ketersediaan Sarana Air Bersih

Dari kelompok kasus yang tidak tersedia SAB 36(60,0%), yang tersedia sarana air bersih yang memenuhi syarat adalah 24(40,0%) sedangkan dari kelompok kontrol yang tidak tersedia sarana air bersih adalah 29(48,3%), yang tersedia SAB adalah 31(51,7%), untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel : 4.5

Tabel : 4.5  
Distribusi Ketersediaan Sarana Air Bersih di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Ketersediaan SAB	Kasus	Kontrol	Total
Tidak tersedia SAB	36 (60,0%)	29 (48,3%)	65 (54,2%)
Tersedia SAB	24 (40,0%)	31 (51,7%)	55(45,8%)
Total	60 (100%)	60 (100%)	120(100%)

## 2. Pemanfaatan Sarana Air Bersih

Dari kelompok kasus yang tidak memanfaatkan SAB 35(58,3%), yang memanfaatkan sarana air bersih yang memenuhi syarat adalah 25(41,7%) sedangkan dari kelompok kontrol yang tidak memanfaatkan sarana air bersih adalah 22(36,7%), yang memanfaatkan SAB adalah 38(63,3%), untuk lebih jelas dapat dilihat pada dilihat pada tabel : 4.6

Tabel : 4.6  
Distribusi Pemanfaatan Sarana Air Bersih di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul  
Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pemanfaatan SAB	Kasus	Kontrol	Total
Tidak memanfaatkan SAB	35 (58,3%)	22 (36,7%)	57 (47,5%)
Memanfaatkan SAB	25 (41,7%)	38 (63,3%)	63(52,5%)
Total	60 (100%)	60 (100%)	120(100%)

## 3. Ketersediaan jamban keluarga

Dari kelompok kasus yang tidak tersedia jamban keluarga 33(55,0%), yang tersedia jamban keluarga yang memenuhi syarat adalah 27(45,0%) sedangkan dari kelompok kontrol yang tidak tersedia jamban keluarga adalah 24(40,0%), yang tersedia jamban keluarga adalah 36(60,0%), untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.7

Tabel : 4.7  
Distribusi Ketersediaan Jamban Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul  
Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Ketersediaan Jaga	Kasus	Kontrol	Total
Tidak tersedia Jaga	33 (55,0%)	24 (40,0%)	57 (47,5%)
Tersedia Jaga	27 (45,0%)	36 (60,0%)	63(52,5%)
Total	60 (100%)	60 (100%)	120(100%)

#### 4. Pemanfaatan jamban keluarga

Dari kelompok kasus yang tidak memanfaatkan jamban keluarga adalah 32(53,3%), yang memanfaatkan jamban keluarga adalah 28(46,7%) sedangkan dari kelompok kontrol yang tidak memanfaatkan jamban keluarga adalah 23(38,3%), yang memanfaatkan jamban keluarga adalah 37(61,7%), untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.8

Tabel : 4.8  
Distribusi Pemanfaatan Jamban Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul  
Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pemanfaatan Jaga	Kasus	Kontrol	Total
Tidak memanfaatkan Jaga	32 (53,3%)	23 (38,3%)	55 (45,8%)
Memanfaatkan Jaga	28 (46,7%)	37 (61,7%)	65(54,2%)
Total	60 (100%)	60 (100%)	120(100%)

#### 5. Perilaku hidup bersih dan sehat

Dari kelompok kasus yang perilaku hidup bersih dan sehat tidak baik adalah 34(56,7%), yang berperilaku hidup bersih dan sehatnya baik adalah

26(43,3%) sedangkan dari kelompok kontrol yang perilaku hidup bersih dan sehat tidak baik adalah 18(30,0%), dan yang perilaku hidup bersih dan sehat baik adalah 42(70,0%), untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.9

Tabel 4.9  
Distribusi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Wilayah Kerja  
Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran  
Tahun 2002

P H B S	Kasus	Kontrol	Total
PHBS tidak Baik	34 (56,7%)	18 (30,0%)	52 (43,3%)
PHBS baik	26 (43,3%)	42 (70,0%)	68(56,7%)
Total	60 (100%)	60 (100%)	120(100%)

#### E. Analisa Bivariat

1. Hubungan ketersediaan sarana air bersih (SAB) dengan kejadian diare pada anak balita. Distribusi tabel silang ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak balita dapat dilihat pada tabel 4.10

Tabel 4.10  
Hubungan ketersediaan SAB dengan kejadian Diare pada Anak Balita di  
Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran  
Tahun 2002

Ketersediaan SAB	Kasus	Kontrol	Total
Tidak tersedia SAB	36 60,0%	29 48,3%	65 54,2%
Tersedia SAB	24 40,0%	31 61,7%	55 45,6%
Total	60 100%	60 100%	120 100,0%

$$X^2=1,645 \quad p= 0,275$$

Dari hasil penelitian dapat ditunjukkan bahwa dari 60 kelompok kasus yang tidak tersedia sarana air bersih adalah 36(60%) sedangkan pada kelompok kontrol dari 60 responden yang tidak tersedia sarana air bersihnya adalah 29(48,3%). Dari 120 responden, yang tidak tersedia SAB sebanyak 65(54,2%) dan yang tersedia SAB 55(45,8%).

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan SAB yang memenuhi syarat kesehatan dengan kejadian diare pada anak balita ( $p = 0,275$ ).

## 2. Hubungan pemanfaatan SAB dengan kejadian diare pada anak balita.

Distribusi tabel silang pemanfaatan SAB dengan kejadian diare pada anak balita dapat dilihat pada tabel 4.11.

Tabel 4.11  
Hubungan Pemanfaatan Sarana Air Bersih dengan Kejadian Diare pada Anak Balita  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran  
Tahun 2002

Pemanfaatan SAB	Kasus	Kontrol	Total
Tidak memanfaatkan	35 58,4%	22 36,7%	55 47,5%
Memanfaatkan	25 41,6%	38 63,3%	63 52,5%
Total	60 100%	60 100%	120 100,0%

$X^2=5,647$   $p=0,28$ , OR = 3,184 CI 95%= 1,501-6,757,

Dalam tabel 4.11 dapat diamati bahwa dari 60 kelompok kasus yang tidak memanfaatkan sarana air bersih 35(58,3%), sedangkan dari kelompok kontrol yang tidak memanfaatkan sarana air bersihnya adalah 22(36,7%). Dari 120 responden, yang tidak memanfaatkan SAB sebanyak 57(47,5%) dan yang memanfaatkan SAB 63(52,5%)

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemanfaatan SAB dengan kejadian diare pada anak balita diperoleh tingkat signifikansi ( $p = 0,028$ ).

*Odd ratio* sebesar 3,184 dengan 95% CI : 1,160-5,039 yang berarti dapat diasumsikan bahwa responden yang tidak memanfaatkan SAB yang memenuhi syarat kesehatan akan mempunyai resiko diare pada anak balita kurang lebih 3,184 kali daripada responden yang memanfaatkan SAB yang memenuhi syarat kesehatan.

### 3. Hubungan Ketersediaan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare.

Distribusi tabel silang ketersediaan jamban dengan kejadian diare pada anak balita dapat dilihat pada tabel 4.12.

Tabel 4.12  
Hubungan Ketersediaan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Ketersediaan Jaga	Kasus	Kontrol	Total
Tidak tersedia	33 55,0%	24 40,0%	57 47,5%
Tersedia	27 45,0%	36 60,0%	63 52,5%
Total	60 100%	60 100%	120 100,0%

$$X^2=2,7075 \quad p=0,143$$

Dalam tabel 4.12 dapat diamati bahwa dari kelompok kasus yang tidak tersedia jamban keluarga adalah 33(55%), sedangkan kelompok kontrol dari 60 responden yang tidak tersedia jamban keluarga 24(40%). Dari 120 responden yang tidak tersedia jamban keluarga sebanyak 57(47,5%) dan yang tersedia jamban keluarga 63(52,5%)

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan jamban dengan kejadian diare pada anak balita ( $p = 0,143$ ).

#### 4. Hubungan Pemanfaatan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare.

Distribusi tabel silang pemanfaatan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita dapat dilihat pada tabel 4.13

Tabel 4.13  
Hubungan Pemanfaatan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pemanfaatan Jaga	Kasus	Kontrol	Total
Tidak memanfaatkan	32 53,3%	23 38,3%	55 45,8%
Memanfaatkan	28 46,7%	37 61,7%	65 54,2%
Total	60 100%	60 100%	120 100,0%

$X^2=2,719$   $p=0,142$

Dalam tabel 4.13 dapat diamati bahwa dari 60 kelompok kasus yang tidak memanfaatkan jamban keluarga adalah 32(53,3%) dan yang memanfaatkan jamban keluarga adalah 28(46,7%) sedangkan dari kelompok kontrol dari 60 responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga adalah 23(38,3%) dan yang memanfaatkan jamban keluarga adalah 37(61,7%). Dari 120 responden yang tidak memanfaatkan jamban keluarga sebanyak 55(45,8%) dan yang memanfaatkan jamban keluarga 65(54,2%)

Hasil uji *chi square* yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara memanfaatkan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita ( $p = 0,142$ ).

5. Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita.

Distribusi tabel silang perilaku sehat dengan kejadian diare pada anak balita dapat dilihat pada tabel 4.14.

Tabel: 4 .14

Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Tahun 2002

P H B S	Kasus	Kontrol	Total
Perilaku tidak baik	34	18	52
	56,7%	30,0%	43,3%
Perilaku baik	26	42	68
	43,3%	70,0%	46,7%
Total	60	60	120
	100%	100%	100,0%

$\chi^2=8,688$   $p=0,005$   $OR=3,051$   $CI=95\% = 1,438-6,473$

Tabel 4.14 dapat diamati bahwa dari kelompok kasus yang berperilaku tidak baik adalah 24(40%) dan yang berperilaku baik adalah 26(43,3%) sedangkan dari kelompok kontrol dari 60 responden yang berperilaku tidak baik adalah 13(21,7%) dan yang berperilaku baik adalah 42(70,0%). Dari 120 responden, yang berperilaku tidak baik 52(43,3%) dan yang berperilaku baik sebanyak 68(56,7%)

Hasil uji *chi square* yang menyatakan bahwa ada hubungan antara perilaku sehat dengan kejadian diare pada anak balita diperoleh tingkat signifikansi ( $p = 0,005$ ).

*Odd ratio* sebesar 3,051 dengan 95% CI : 1,438 – 6,473 diasumsikan bahwa responden yang perilakunya tidak baik akan mempunyai resiko diare

pada anak balitanya kurang lebih 3,051 kali daripada responden yang berperilaku baik.

#### F. Analisa Multivariat

Analisa multivariat dimaksudkan untuk menguji variabel independen secara bersama-sama terhadap variabel dependen. Variabel independen yang akan dilakukan analisa multivariat diseleksi terlebih dahulu dengan hanya melakukan uji lanjutan terhadap variabel-variabel yang telah terbukti mempunyai hubungan yang bermakna. Dengan demikian dilakukan dengan uji lanjutan terhadap 2 variabel yang berhubungan yaitu pemanfaatan sarana air bersih dan perilaku sehat. Uji statistik yang digunakan adalah model regresi binary. Dengan teknik ini diharapkan diketahui besarnya pengaruh masing-masing variabel independen sehingga dapat digunakan untuk memprediksi hasil yang akan terjadi pada variabel dependen dengan melakukan manipulasi atas variabel independen.

Hasil pengujian pada *variable in equation* keduanya menunjukkan adanya hubungan yang *significance*. Kemudian dilanjutkan uji *logistic regression* tahap ke dua dengan memasukkan variabel tersebut. Hasil uji *logistic regression* tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kelayakan model regresi, dengan melihat *Homers and Lemeshow Test* dapat diketahui bahwa probabilitas mempunyai *significance* 0,953 lebih besar dari *cut value* 0,05. Hal ini berarti klasifikasi model regresi yang diprediksi tidak berbeda dengan klasifikasi yang diamati. Oleh karena itu model regresi layak digunakan untuk analisis selanjutnya.

2. Kelayakan koefisien regresi dapat diketahui dengan melihat *significance* variable yang diamati pada tabel *Variables in Equation*. *Significance* pemanfaatan SAB 0,095 diatas 0,05 sehingga pemanfaatan SAB tidak layak digunakan untuk memprediksi kejadian diare. Sedangkan *significance* perilaku sehat 0,016 dibawah 0,05. Dengan demikian perilaku hidup bersih dan sehat layak digunakan untuk memprediksi kejadian diare.

Cara menafsir regresi binary adalah dengan pendekatan probabilitas. Oleh karena karena itu tidak ada probabilitas negatif atau lebih dari satu. Angka negatif dianggap probabilitas 0, angka positif lebih dari satu dianggap probabilitas 1 dan angka positif diantara 0 sampai 1 probabilitas sesuai angkanya (Singgih,2000).

Hasil analisis statistik multivariat regresi logistik mengenai faktor risiko pada perilaku hidup bersih dan sehat OR= 2,600, 95%, CI=1,194-5,660 Responden yang perilakunya tidak baik mempunyai resiko terserang penyakit diare pada anak balitanya sebesar 2,600 kali dibandingkan dengan responden yang berperilaku baik.

#### G. Strategi penanggulangan

Untuk mendapatkan informasi guna memecahkan permasalahan masih rendahnya perilaku hidup bersih dan sehat serta masih rendahnya pemanfaatan sarana air bersih digunakan metode diskusi kelompok.

##### 1. Hasil diskusi tahap pertama

Hasil diskusi tahap pertama masing-masing Desa berjumlah enam peserta untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.15  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Botoreco di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus dilakukan untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Program yang harus dilakukan adalah dengan memberitahu pada masyarakat bahwa kurangnya PHBS itu bisa menyebabkan diare melalui penyuluhan.	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus dilakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Program yang harus dilakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih yaitu dengan penyuluhan pada masyarakat bahwa tidak memanfaatkan sarana air bersih dapat menimbulkan diare	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Perbaiki sarana air bersih yang rusak, pembangunan sarana air bersih yang baru dan mengusulkan bantuan sarana air bersih kepada pemerintah	Kepala Desa bersama-sama dengan LKMD

Tabel 4.16  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Buloh di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus dilakukan untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Meningkatkan PHBS supaya tidak bisa sakit diare dengan dilakukan penyuluhan di masyarakat	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus dilakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Meningkatkan pemanfaatan SAB supaya tidak sakit diare dengan dilakukan penyuluhan di masyarakat.	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Perbaiki SAB yang rusak Pembangunan SAB baru Minta bantuan dari pemerintah	Masyarakat bersama LKMD dan Kepala Desa

Tabel 4.17  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Sempu di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya PHBS	Memberitahu pada masyarakat dengan diadakanya penyuluhan di masyrakat tiap-tiap bulan.	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Meningkatkan pemanfaatan SAB di masyarakat melalui penyuluhan	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat di pergunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Perbaiki SAB yang rusak Pembangunan SAB baru Minta bantuan dari pemerinta	Masyarakat bersama LKMD dan kepala Desa

Tabel 4.18  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Kodokan di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Meningkatkan PHBS di masyarakat dengan di adakanya penyuluhan, Lomba PHBS di Sekolah, dan di masyarakat	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Meningkatkan pemanfaatan SAB dengan melakukan penyuluhan dan diadakannya Lomba di Sekolah dan di masyarakat	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat di pergunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Perbaiki SAB yang rusak Pembangunan SAB bar	Masyarakat bersama KLMD dan Kepala Desa

Tabel 4.19  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Plosorejo di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus di lakuka untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Memberitahu pada masyara kat bahwa penyebab diare itu diantaranya adalah PHBS	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Memberitahu pada mas yarakat bahwa tidak memanfaatkan sarana air bersih dapat menimbulkan diare	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat di per gunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Minta bantuan dari pemerintah Perbaikan SAB yang rusak Pembangunan SAB baru	KLMD Kepala Desa

Tabel 4.20  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Sonokidul di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus di lakuka untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Mengumpulkan masyarakat untuk di beri penyuluhan tentang PHBS supaya tidak mudah terkena diare khususnya pada anak balita dan umumnya pada masyarakat	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Mengumpulkan masyarakat untuk di beri penyuluhan tentang pemanfaatan SAB supaya tidak mudah terkena diare	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat di per gunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Perbaikan SAB yang rusak Pembangunan SAB baru Minta bantuan dari pemerintah	Masyarakat bersama KLMD Kepala Desa

Tabel 4.21  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Kemiri di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus di lakuka untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Programnya adalah meningkatkan PHBS di masyarakat melalui penyuluhan, supaya masyarakat mengerti tentang penyebab diare	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Programnya adalah meningkatkan pemanfaatan sarana air bersih di masyarakat supaya masyarakat mengerti tentang bahaya diare.	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat di pergunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Perbaikan SAB yang rusak Pembangunan SAB baru	Masyarakat bersama KLMD

Tabel 4.22  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Ngilen di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus di lakuka untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Diadakannya penyuluhan di masyarakat tempatnya di balai desa yang memberikan penyuluhan dari Puskesmas	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus di lakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Diadakan penyuluhan di masyarakat tempatnya di balai desa yang memberikan penyuluhan dari Puskesmas	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat di pergunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Proyek air bersih Pembangunan SAB baru Minta bantuan dari pemerintah	Masyarakat bersama KLMD Kepala Desa

Tabel 4.23  
 Hasil Diskusi Kelompok Desa Cungkup di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

Pertanyaan	Program	Pelaksana
Program apa yang harus dilakukan untuk mengatasi kurangnya PHBS dari masyarakat	Program yang harus dilakukan dengan memberitahu pada masyarakat bahwa PHBS itu bisa menyebabkan diare	Kepala Puskesmas dan Staf
Program apa yang harus dilakukan untuk mengatasi kurangnya pemanfaatan sarana air bersih	Program yang harus dilakukan dengan memberitahu pada masyarakat bahwa tidak memanfaatkan sarana air bersih dapat menimbulkan diare	Kepala Puskesmas dan Staf
Usulan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah tersebut	Perbaiki SAB yang rusak Pembangunan SAB baru Minta bantuan dari pemerintah	Masyarakat bersama KLMD dan kepala Desa

## 2. Hasil diskusi kelompok tahap kedua

Pada diskusi kelompok tahap kedua ini masing-masing Desa diwakili oleh satu peserta, di tambah dengan instansi terkait yaitu :

- Kepala Puskesmas dan Petugas Kesehatan Lingkungan
- Kasie PMD
- Kepala Desa Botoreco
- Kepala Desa Sempu
- Kepala Desa Plosorejo
- Kepala Desa Kemiri
- Kepala Desa Cungkup
- Peneliti
- Kepala Desa Buloh
- Kepala Desa Kodokan
- Kepala Desa Sonokidul
- Kepala Desa Ngilen

Pada diskusi kelompok pada tahap kedua ini kepala desa hanya mendengarkan penjelasan dari instansi terkait.

Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 4.24

Tabel 4.24  
 Hasil Diskusi Kelompok Tahap Kedua di Desa Sonokidul  
 Kecamatan Kunduran Tahun 2002

No	Pertanyaan	Peserta	
		Kepala Puskesmas Dinas Kesehatan	Kepala seksi PMD Kecamatan Kunduran
1	2	3	4
1	Bagaimana menanggapi program penanganan kurangnya PHBS	Hampir semua tindakan tentang PHBS dan pemanfaatan sarana air bersih dilakukan dengan memberikan pengertian atau pengetahuan kepada masyarakat tentang pentingnya PHBS dan pemanfaatan sarana air bersih dengan melalui penyuluhan dan ada pula yang juga mengusulkan diadakannya kegiatan lomba untuk meningkatkan PHBS dan pemanfaatan sarana air bersih. Menurut saya tindakan ini benar karena dengan diadakannya penyuluhan masyarakat akan cepat mengerti dan dengan penyuluhan biaya dapat di tekan seminimal mungkin. Kami bersedia melakukan penyuluhan, dengan melibatkan masyarakat seperti LKMD, agar LKMD nantinya melanjutkan ke masyarakat.	Saya sangat setuju sekali apa yang telah di usulkan dari masyarakat mengenai cara-cara menanggulangi penyakit diare, dan saya sangat salut sekali tentang kegiatan-kegiatan seperti ini karena cara yang seperti inilah yang dapat menghasilkan hasil yang maksimal. Mengapa demikian karena cara ini secara langsung melibatkan masyarakat jadi masyarakat dapat memahami permasalahan lebih awal dan penunggu langan yang lebih awal pula. Disamping itu masyarakat juga merasa ikut bertanggung jawab tentang semua kegiatan kegiatan yang dilakukan didalamnya. Tentang niat melibatkan kader dari masyarakat (LKMD) itu memang betul supaya LKMD nantinya bisa melakukan kegiatan sendiri di masyarakat.
2	Bagaimana menanggapi program penanganan kurangnya pemanfaatan SAB		
3	Bagaimana menanggapi usulan-usulan tersebut.	Usulan tersebut wajar wajar saja karena masih dalam konteks penanggulangan diare. Namun yang terpenting untuk dilakukan sekarang adalah kegiatan-kegiatan yang bersifat non fisik.	Mengenahi usulan usulan pembangunan SAB kami bersedia melanjutkan usulan tersebut ke tingkat kabupaten. Namun yang menjadi pertanyaan berapa jumlah SAB yang di usulkan tersebut.

## Lanjutan hasil diskusi kelompok tahap kedua

No	Pertanyaan	Peserta	
		Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan	Mahasiswa MIKM
1	2	3	4
1	Bagaimana menanggapi program penanganan penanganannya kurangnya PHBS	Saya juga sangat setuju sekali dalam penanganan kurangnya PHBS dan kurangnya pemanfaatan sarana air bersih ini dilakukan antara lain kegiatan diadakannya penyuluhan, seperti kegiatan yang pernah saya lakukan untuk menangani permasalahan atau sosialisasi hal baru saya juga melakukannya dengan mengadakan penyuluhan bersama teman-teman lintas program bahkan tidak jarang kami juga melibatkan lintas sektoral. Kami bersedia melakukan penyuluhan bersama dengan teman-teman tentunya masyarakat juga ikut aktif didalamnya.	Saya setuju tentang apa yang diusulkan oleh pemuka-pemuka masyarakat ini. Memang benar salah satu kegiatan atau cara untuk meningkatkan pengetahuan atau cara untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih ini bisa dilakukan beberapa cara antara lain dengan kegiatan penyuluhan misalnya penyuluhan lewat sekolah-sekolah lewat organisasi tertentu yang berada di tengah tengah masyarakat. Sebenarnya masih banyak cara untuk meningkatkan PHBS dan pemanfaatan SAB misalnya melalui demonstrasi, perlombaan, peningkatan pendidikan namun yang tepat adalah lewat penyuluhan.
2	Bagaimana menanggapi program penanganan penanganannya kurangnya pemanfaatan SAB	Saya juga sangat setuju sekali dalam penanganan kurangnya PHBS dan kurangnya pemanfaatan sarana air bersih ini dilakukan antara lain kegiatan diadakannya penyuluhan, seperti kegiatan yang pernah saya lakukan untuk menangani permasalahan atau sosialisasi hal baru saya juga melakukannya dengan mengadakan penyuluhan bersama teman-teman lintas program bahkan tidak jarang kami juga melibatkan lintas sektoral. Kami bersedia melakukan penyuluhan bersama dengan teman-teman tentunya masyarakat juga ikut aktif didalamnya.	Saya setuju tentang apa yang diusulkan oleh pemuka-pemuka masyarakat ini. Memang benar salah satu kegiatan atau cara untuk meningkatkan pengetahuan atau cara untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih ini bisa dilakukan beberapa cara antara lain dengan kegiatan penyuluhan misalnya penyuluhan lewat sekolah-sekolah lewat organisasi tertentu yang berada di tengah tengah masyarakat. Sebenarnya masih banyak cara untuk meningkatkan PHBS dan pemanfaatan SAB misalnya melalui demonstrasi, perlombaan, peningkatan pendidikan namun yang tepat adalah lewat penyuluhan.
3	Bagaimana menanggapi usulan-usulan tersebut.	Usulan tersebut baik sekali karena untuk meningkatkan pemanfaatan sarana air bersih salah satunya adalah meningkatkannya cakupan air bersih atau meningkatkan sarana air bersih yang memenuhi sarat kesehatan.	Mengenahi jumlah usulan adalah 20 buah tiap-tiap desa, karena jumlah sarana yang ada 846 buah yang terdiri dari sarana umum 488 buah sarana pribadi 358 buah cakupan (61%) bila ditambah 180 buah menjadi 926 buah (80,3%) target terpenuhi.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### A. Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini peneliti mempunyai beberapa keterbatasan diantaranya adalah :

##### 1. Metode penelitian

Metode penelitian menggunakan *case control study* . Dalam penentuan kontrol tidak bisa mencari kontrol yang benar-benar sama dengan kasus.

##### 2. Penentuan kasus

Penentuan kasus berdasarkan data sekunder dari Puskesmas yang di diagnosa oleh tenaga medis dan para medis, jadi tidak bisa menentukan kepastian penyebab penyakit diare karena tidak dilakukan pemeriksaan secara laboratorium.

#### B. Kejadian diare

Secara operasional, didefinisikan bahwa diare adalah buang air besar lembek/cair bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (biasanya 3 kali atau lebih dalam sehari).( Dep.Kes.RI,2000). Jumlah balita di Puskesmas Sonokidul sebanyak 2.837 jiwa yang merasa sakit dan berobat di Puskesmas Sonokidul pada bulan Agustus dan September sebanyak 256 balita dan penderita diare sebanyak 87 kasus (38%). Kasus diare ini tidak bisa menggambarkan jumlah kasus yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul, karena masih banyak kasus diare yang tidak di rujuk ke Puskesmas

Sonokidul atau masih banyaknya kasus diare yang di rujuk di sarana kesehatan yang lain.

Berdasarkan wawancara dari tokoh masyarakat, hal ini disebabkan antara lain kurangnya pengetahuan dari masyarakat tentang penyebab dari penyakit diare tersebut. Disamping itu berdasarkan hasil wawancara dengan petugas kesehatan bahwa kebijakan dalam program pemberantasan penyakit diare yang dilaksanakan di Puskesmas Sonokidul selama ini bersifat pasif, yaitu petugas hanya menangani kasus pada penderita yang berkunjung ke Puskesmas saja. Kebijakan yang seperti ini dilakukan sejak kepala Puskesmas Sonokidul di jabat oleh seorang dokter. Hal ini disebabkan karena kurangnya tenaga yang ada.

C: Ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga

1. Ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare

Dalam uji *Chi Square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak balita, karena penyakit diare ini di pengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah faktor perilaku dari orang tua balita atau perilaku dari balita itu sendiri yang lebih dominan dibanding dengan ketersediaan sarana air bersih. Ketersediaan sarana air bersih ini hanya terbatas pada ada dan tidaknya suatu sarana tersebut, atau tersedia dan tidak tersedia sarana tersebut. Jadi tidak langsung berhubungan dengan pemanfaatan sarana tersebut. Walaupun sarana air bersih tersebut ada tetapi tidak dimanfaatkan, ada pula sarana air bersih tersebut tidak ada tetapi masyarakat tetap bisa memanfaatkan sarana air bersih dari milik umum atau milik tetangga. Hal ini yang mendukung tidak

adanya hubungan antara ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare pada anak balita.

Berdasarkan hasil dari wawancara dengan tokoh masyarakat bahwa : 37,5% tokoh masyarakat tidak tersedia sarana air bersih yang memenuhi syarat kesehatan, dalam pemenuhan kebutuhan air bersih untuk setiap harinya mengambil dari sarana milik umum atau milik tetangga, sehingga walaupun masyarakat tersebut tidak tersedia sarana air bersih dia tetap bisa memanfaatkan sarana air bersih. Namun 63,5% tokoh masyarakat yang tidak tersedia sarana air bersih, untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari mengambil dari sarana yang ada atau yang tidak memenuhi syarat, tetapi untuk air yang diminum sebagian besar di rebus terlebih dahulu. Cakupan sarana sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul dari tahun ke tahun mempunyai peningkatan, tetapi jumlah kasus diare juga ikut meningkat hal ini disebabkan karena kegiatan sanitasinya masih di bawah target. Hal ini sesuai dengan pendapat Soemirat.S.J. (1992) menyimpulkan bahwa ; Kegiatan sanitasi dan pelayanan air bersih akan naik terus sekalipun lambat, angka kematian akan terus turun tetapi tidak diikuti oleh angka kesakitan. Jadi penurunan angka kematian tampaknya lebih ditentukan oleh upaya pengobatan dari pada upaya pencegahan. Hal ini dapat disimpulkan bahwa usaha dalam bidang sanitasi dan penyediaan air bersih belum memadai sehingga belum memberikan dampak yang berarti. Dampak kepada masyarakat bisa terlihat apa bila cakupan sanitasi maupun air bersih paling tidak mencapai 80 %. Dengan demikian ketersediaan sarana sanitasi maupun air bersih di Puskesmas

Sonokidul benar-benar tidak bisa menimbulkan dampak yang berarti atau tidak ada hubungan antara ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare karena cakupan sarana air bersih baru 61%.

## 2. Pemanfaatan sarana air bersih dengan kejadian diare

Dari hasil uji *Chi Square*, menunjukkan adanya hubungan antara pemanfaatan SAB dengan kejadian diare pada anak balita. Hal ini disebabkan karena banyaknya responden yang memanfaatkan sarana air bersih yang memenuhi persyaratan secara fisik. Memanfaatkan sarana air bersih berarti sarana tersebut sudah memenuhi persyaratan kesehatan sehingga diharapkan risiko untuk terjadi pencemaran oleh bakteri penyebab diare sangatlah rendah. Namun demikian tidak menutup kemungkinan bahwa air yang didapat dari sarana yang memenuhi syarat tersebut sudah bebas dari pencemaran, karena pencemaran bisa saja terjadi melalui pengambilan, pengangkutan maupun penyimpanan, dan yang tidak kalah pentingnya adalah kebiasaan untuk memasak air dan perilaku memanfaatkan sarana tersebut.

Hal ini sesuai dengan pendapat Atmijoyo (1981) yaitu dalam menangani masalah diare faktor perilaku manusia yang memanfaatkan sarana sanitasi perlu diperhatikan. Dengan adanya pemanfaatan sarana sanitasi yang memenuhi syarat dapat efektif menurunkan insiden penyakit khususnya diare.

Air dan makanan merupakan sarana yang sangat disenangi bakteri untuk berkembang biak, hal ini sesuai dengan pendapat Soemirat (1994), salah satu faktor lingkungan yang berhubungan dengan terjadinya diare adalah air dan makanan. Air yang dapat menimbulkan dan menularkan

penyakit diare adalah air yang tercemar oleh kuman penyebab diare. Sedangkan makanan yang dapat menimbulkan atau menularkan penyakit diare adalah makanan yang tercemar oleh berbagai kuman yang berasal dari tanah, udara, manusia dan vektor seperti lalat.

*Odd ratio* antara pemanfaatan sarana air bersih dengan tidak memanfaatkan sarana air bersih sebesar 2,418 dengan 95% CI = 1,160-5.039 yang berarti dapat diasumsikan bahwa responden yang tidak memanfaatkan SAB yang memenuhi syarat kesehatan akan mempunyai resiko terkena penyakit diare pada anak balitanya kurang lebih 2,418 kali dibandingkan responden yang memanfaatkan SAB yang memenuhi syarat.

### 3. Ketersediaan dan pemanfaatan jamban keluarga

#### a. Ketersediaan jamban keluarga dengan kejadian diare.

Hasil uji *chi square* menunjukkan tidak adanya hubungan antara ketersediaan jamban dengan kejadian diare pada anak balita.

#### b. Pemanfaatan jamban dengan kejadian diare.

Hasil uji *chi square* menunjukkan tidak adanya hubungan antara pemanfaatan jamban dengan kejadian diare pada anak balita.

Karena responden yang tersedia jamban keluarga maupun yang memanfaatkan jamban keluarga akan sia-sia karena secara komunitas dalam lingkungannya juga banyak yang tidak tersedia maupun banyak yang tidak memanfaatkannya, sehingga ketersediaan jamban sebesar 63(52,5%) dan pemanfaatan jamban keluarga sebesar 65(54,2%) belum bisa memutus rantai penularan penyakit diare. Hal ini didukung oleh

data sekunder tentang kegiatan kesehatan lingkungan yang dilakukan di Puskesmas Sonokidul bahwa : Pemeriksaan perumahan dari 1200 rumah yang diperiksa hanya 5,6% yang laik sehat, Pemeriksaan tempat penyimpanan dan penjualan makanan dan minuman dari 72 yang diperiksa yang memenuhi syarat hanya 10,2%, kemudian dari Sanitasi tempat-tempat umum dari 89 yang diperiksa yang memenuhi syarat kesehatan hanya 60,5%, serta dari pemeriksaan sampel air dari 18 sampel diperiksa yang memenuhi syarat untuk air bersih hanya 11%. Hal ini Hasil ini bila dilihat secara sepintas memang kontradiksi dengan pendapat setiogoro.S (1990) yang menyatakan bahwa : Adanya jamban dan air bersih disertai perilaku hidup bersih, telah terbukti sangat efektif dalam pencegahan penyakit diare. Adanya jamban dapat menurunkan kasus diare sebesar 14-27% dan adanya air bersih disertai cuci tangan dapat menurunkan kasus diare 22-27%. Pendapat tersebut mungkin ada benarnya karena kasus diare yang dimaksud tidak di batasi pada golongan umur tertentu, yaitu untuk semua golongan umur, sedangkan penelitian yang kami lakukan dibatasi pada balita sehingga kasus diare yang diderita oleh balita tersebut belum pasti disebabkan oleh bakteri penyebab diare karena cara mendiagnosa penyakit tersebut tidak dilakukan dengan uji laboratorium, disamping itu balita sangat rentan sekali terhadap penyebab penyakit tertentu yang mengakibatkan diare pada balita. Hasil penelitan ini sesuai dengan WHO (1984) bahwa: Khusus untuk diare yang disebabkan oleh bakteri, sanitasi makanan dan minuman mempunyai

bobot yang tinggi sedangkan pembuangan kotoran mempunyai bobot yang rendah. Hal ini didukung dengan Hasil wawancara dengan tokoh masyarakat bahwa ada beberapa kepala keluarga yang mempunyai jamban keluarga itu masih berupa jamban cubluk yang tidak ada penutupnya, hal ini sangat rentan terhadap pencemaran. Disamping itu masih terdapatnya beberapa keluarga yang membuang tinjanya di sungai yang dapat menimbulkan pencemaran karena sungai tersebut masih dimanfaatkan untuk mandi dan mencuci. Hal ini didukung oleh pendapat Udin Jambu (1983) bahwa : sungai yang dapat dipergunakan untuk pembuangan tinja adalah sungai yang debitnya besar dan tidak dipergunakan untuk keperluan rumah tangga (mandi, cuci, dll), sungai yang dipergunakan adalah sungai kecil .

#### 4. Perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian diare.

Hasil uji *chi square* menunjukkan adanya hubungan antara perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian diare pada anak balita. Hal ini disebabkan karena responden yang berperilaku baik terhadap penggunaan air dan selalu mencuci tangan serta peralatan dengan pembersih diharapkan bakteri yang terdapat didalam air atau pada tangan maupun peralatan akan mati, sehingga air atau makanan yang dikonsumsi akan bebas terhadap bakteri.

Sesuai dengan pendapat Sulastri, (1999) menyatakan bahwa : Praktek penyiapan makanan dan minuman bagi balita berhubungan dengan kejadian diare .

Makanan dan minuman yang ada didalam rumah harus bebas dari serangga dan lalat karena makanan dan minuman tersebut bisa tercemar oleh bakteri lewat udara maupaun serangga seperti lalat. Hal ini sesuai dengan pendapat Purwana, 1987 menyebutkan bahwa lalat dewasa akan memasuki rumah dan toko dengan mudah karena tertarik pada makanan manusia dan tinja serta sampah di sekitar rumah. Kuman patogen dapat diletakkan ketika lalat sedang makan, dan muntahan yang dihasilkan untuk mencairkan makanan. Lalat dapat menimbulkan berbagai penyakit pada manusia seperti typhoid fever, paratyphoid fever, disentri, diare dan lain-lain. Dengan demikian apabila perilaku hidup bersih dan sehat tidak dilakukan dengan baik mempunyai resiko yang besar untuk terjangkit penyakit. Pada dewasa ini faktor perilaku mempunyai pengaruh yang besar terhadap derajat kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Bloom dalam bukunya Notoadmojo, S.J. 1993. Bahwa derajat kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu faktor lingkungan, faktor perilaku, faktor pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Faktor perilaku dewasa ini mempunyai peran yang besar dalam status kesehatan baik individu maupun masyarakat

*Odd ratio* sebesar 3,051 dengan 95% CI = 1,438-6,473 dapat diasumsikan bahwa responden yang perilakunya tidak baik akan mempunyai resiko terkena penyakit diare pada balitanya sebesar 3,051 kali bila dibandingkan dengan responden yang berperilaku baik.

## 5. Analisis multivariat

Dari lima variabel penelitian, ada dua variabel yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita. Kedua variabel tersebut adalah pemanfaatan sarana air bersih dan perilaku hidup bersih dan sehat. Setelah dilakukan analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik maka variabel pemanfaatan sarana air bersih tidak berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita ( $p$ )= 0,095 dan tidak dapat digunakan untuk memprediksi kejadian diare pada anak balita. Hal ini disebabkan karena didalam pemanfaatan sarana hanya bertumpu pada kondisi fisik sarana tersebut, sedangkan kondisi sarana yang baik tidak menjamin terhadap kualitas airnya. Hal ini didukung dari data sekunder Puskesmas bahwa dari 18 sampel yang diperiksa di laboratorium air di Kabupaten Blora yang memenuhi syarat air bersih hanya 2(11%). Sedangkan Variabel yang berhubungan dengan kejadian diare adalah perilaku pemanfaatan air ( $p$ ) 0,016. Hal ini disebabkan karena perilaku hidup bersih dan sehat tidak hanya pada perilaku penggunaan air saja tetapi mencakup pada perilaku kebersihan perorangan baik pada ibu balita maupun pada anak balita itu sendiri. Odd rasio pada pemanfaatan sarana air bersih adalah 2,600 , 95% CI = 1,194-5,660. Hal ini dapat diasumsikan bahwa responden yang tidak berperilaku baik balitanya akan mengalami risiko kejadian diare kurang lebih 2,600 kali dibandingkan dengan responden yang memanfaatkan sarana air bersih. Atau semakin tinggi responden yang berperilaku baik.

## 6. Strategi penanggulangan

Strategi yang dipergunakan untuk penanganan kasus diare pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul melalui metode diskusi untuk mencari kesepakatan dalam pemecahan masalah yang dihadapi. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita. Untuk merubah perilaku berhubungan dengan pengetahuan. Hal ini sesuai dengan pendapatnya Notoadmojo.S.J.1993 yang mengatakan bahwa : pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku maupun pemanfaatan sesuatu baik secara langsung maupun tidak langsung melalui perantara sikap. Sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktek. Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata (praktek) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan. Disamping itu menurut Green (1990) mengatakan bahwa pengetahuan dan sikap adalah merupakan faktor predisposisi dari perilaku seseorang. Kita ketahui bersama bahwa untuk merubah atau memotivasi seseorang agar mau menerima suatu sikap dan kebiasaan baru dipengaruhi oleh proses intra-personal yaitu keuntungan yang didapat diperoleh dan proses inter-personal yaitu apakah dengan menerima gagasan baru tersebut dia tidak tersisih dari kelompoknya. Oleh karena itu menurut Lewin (1984) untuk mengefektifkan perubahan perilaku dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu :

- a Memperkuat atau meningkatkan pendidikan, penerangan, bahkan kalau perlu dengan membuat peraturan atau undang-undang.

- b Mengikut sertakan mereka dalam memecahkan masalah-masalah kesehatan.
- c Dengan kombinasi keduanya jadi disamping kita melakukan pendidikan, penerangan dan sebagainya, kita juga melibatkan mereka kedalam usaha-usaha mengatasi problem kesehatan masyarakat.

Menurut Sujono (1984) mengatakan bahwa agar suatu ide dapat menjadi sikap dan pendapat serta kegiatan nyata pada seseorang melalui beberapa proses yaitu bertambahnya pengetahuan, credibility, evaluasi dan trial, dan dapat dukungan sosial serta psikologis. Bila adopsi ini mendapatkan pengetahuan dari individu maupun sosial, maka terjadilah perubahan pada diri individu dan masyarakat.

Berdasarkan dengan ketentuan-ketentuan tersebut diatas maka dalam melakukan penanggulangan diare perlu melibatkan unsur-unsur dari masyarakat dan instansi yang terkait.

Hasil diskusi pada tahap pertama 89,9% menyatakan bahwa cara yang digunakan untuk mengatasi kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat serta kurangnya pemanfaatan sarana air bersih dengan menggunakan penyuluhan, perbaikan sarana dan pembangunan sarana sumur gali menggunakan dana swadaya dari masyarakat serta mengajukan pengusulan kepada pemerintah daerah. Adapun pelaksana penyuluhan di bebaskan kepada kepala puskesmas dan staf. Pada saat ini penyuluhan khusus diare dari petugas Puskesmas dirasakan masih kurang. Diharapkan penyuluhan dilaksanakan pada tiap-tiap Posyandu di masing-masing Desa.

Hasil diskusi kelompok pada tahap kedua, kepala Puskesmas menegaskan bahwa :

- a. Program yang harus dilaksanakan untuk penanggulangan diare khususnya pada anak balita dilakukan dengan penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih dengan meteri antara lain :
  - ◆ Memasak air minum
  - ◆ Mencuci tangan setelah buang air besar, membuang tinja anak balita, dan sebelum makan dengan pembersih.
  - ◆ Mencuci peralatan memasak, makan maupun minum.
  - ◆ Memanfaatkan sarana air bersih yang memenuhi persyaratan kesehatan
  - ◆ Melakukan perbaikan sarana air bersih agar sarana tersebut memenuhi syarat kesehatan.
- b. Kegiatan penyuluhan ini tidak harus dilakukan oleh petugas kesehatan, Namun lembaga yang ada di desa juga ikut bertanggung jawab seperti LKMD dan PKK.
- c. Petugas kesehatan akan melakukan pembinaan kepada kader kesehatan atau lembaga masyarakat di desa khususnya LKMD cara penanggulangan diare, kemudian LKMD tersebut bertanggung jawab untuk menyebarluaskan .

Untuk lebih jelas tentang strategi penanggulangan dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel .1  
Strategi Penanggulangan Diare Di Puskesmas Sonokidul Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora

No	Strategi	Kegiatan	Sasaran	Pelaksana	Sumber dana	Indikator keberhasilan	Penanggung jawab
	2	3	4	5	6	7	8
1	Meningkatkan SDM	Meningkatkan pelatihan tentang pemberantasan Diare	Petugas P2M Din.Kes dan Pus kesmas	PEMDA	APBD	Melakukan tata laksana penderita diare secara benar.	Bupati
		Meningkatkan manajemen pengelola program	Petugas P2M Din.Kes dan Pus Kesmas	Din.Kes Kabupaten	APBD	Melakukan manajemen program dengan benar	Bupati
		Supervisi	Petugas P2M Pus kesmas	Din.Kes Kabupaten	DinKes.Kab	P2M Pus kesmas berjalan baik	Ka.Din.Kes. Kabupaten
2	Menggerakkan PSM	Penyuluhan tentang PHBS serta pemanfaatan SAB	LKMD Kader Kesling	Petugas Kesling dan P2M Puskesmas	JPKM	LKMD dan kader kesling ikut berperan aktif dalam penanggulangan diare	Kepala Puskesmas
		Stimulan	Masyarakat yang tidak punya SAB	Petugas Kesling dan P2M Puskesmas	JPKM	Dibangunnya SAB sebagai stimulan di masyarakat	Kepala Puskesmas
3	Peningkatan PHBS	Lomba PHBS di tingkat RT	Ibu Balita	LKMD dan Kader Kesling	PMD	Ibu balita di tingkat RT sudah mengenal baik PHBS	Camat
4	Meningkatkan Pemanfaatan SAB	Pembentukan (POKMAIR) kelompok pemakai air	Ibu Balita	LKMD Kader Kesling	JPKM	Terbentuknya kelompok pemakai air di tiap – tiap sarana	Camat

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian mengenai hubungan antara ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban keluarga dengan kejadian diare pada anak balita di Puskesmas Sonokidul, dapat diambil beberapa kesimpulan antara lain:

1. Ketersediaan sarana air bersih di wilayah kerja Puskesmas Sonokidul 45,2%, Pemanfaatan sarana air bersih sebanyak 52,5%, Ketersediaan jamban keluarga sebanyak 52,5%, Pemanfaatan jamban keluarga sebanyak 54,2% serta perilaku hidup bersih dan sehat mencapai 69,2%.
2. Ketersediaan sarana air bersih tidak berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita.
3. Pemanfaatan sarana air bersih berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita .
4. Ketersediaan jamban keluarga tidak berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita.
5. Pemanfaatan jamban keluarga tidak berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita.
6. Perilaku hidup bersih dan sehat berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita.

7. Strategi penanggulangan diare dilakukan dengan melakukan penyuluhan secara intensif yang melibatkan masyarakat tentang faktor penyebab diare pada anak balita yaitu perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih.

#### B. Saran

Untuk meningkatkan upaya pemberantasan penyakit diare perlu mengambil langkah-langkah sebagai berikut :

1. Dinas Kesehatan : Dalam upaya pemberantasan penyakit diare pada balita agar diprioritaskan pada peningkatan sumber daya manusia melalui : Pendidikan medik pemberantasan diare, pelatihan tentang penanggulangan diare bagi petugas P2M di tingkat Kabupaten dan tingkat Puskesmas.
2. Puskesmas Sonokidul : Meningkatkan peran serta masyarakat dalam rangka penanggulangan diare pada anak balita melalui penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih mengenai :
  - a. Air minum harus dimasak terlebih dahulu
  - b. Cuci tangan sesudah buang air besar, membuang tinja balita , sebelum makan serta sebelum memberikan makan pada anak balita.
  - c. Mencuci peralatan makan dan minum dengan sabun.
  - d. Pemberian stimulan pada masyarakat yang betul-betul tidak punya dan tidak mampu untuk membuat sarana air bersih.
  - e. Pembentukan kelompok pemakai air pada tiap-tiap sarana yang beranggotakan ibu-ibu yang mempunyai anak balita dan yang bertempat tinggal di sekitar sarana.

3. Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa : Ikut berperan aktif dalam rangka penanggulangan diare pada anak balita dengan menyebarluaskan pada kalangan masyarakat, khususnya pada kelompok ibu-ibu yang mempunyai anak balita tentang perilaku hidup bersih dan sehat serta pemanfaatan sarana air bersih sebagai mana yang telah didapatkan dari petugas kesehatan tersebut.
4. Program studi : Agar dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada anak balita yang penentuan diagnosa kasusnya dilengkapi dengan pemeriksaan laboratorium.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar Azrul, 1989, *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*, Cetakan ke-4, Mutiara Sumber Widya, Jakarta.
- Biro Pusat Statistik, 2000, *Profil kesehatan Jawa Tengah*. Kantor statistik Propinsi Jawa Tengah.
- Departemen Dalam Negeri, 1999, *Tambahan Petunjuk Pelaksanaan dan Pembangunan Kabupaten/Kota Pembangunan Prasarana Umum (Buku I) Program Pembangunan Prasarana Dasar Permukiman Perdesaan Tahun 1999/2000*, Direktorat Pembangunan Daerah, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1990, *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan* Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Dep.Kes. RI, *Pemberantasan Penyakit Menular dan penyehatan lingkungan pemukiman*, Jakarta, 2002.
- Depkes RI, 2000. *Profil kesehatan Indonesia*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Dinas kesehatan Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah, 1996, *Petunjuk Inspeksi Sanitasi Sarana Air Bersih*, Sub. Din. Pembinaan Kesehatan Lingkungan, Semarang.
- Dirjen. PPM dan PLP. *Epidemiologi penyakit Diare di Indonesia* Dep.Kes.RI.Jakarta 1986.
- Dirjen. PPM dan PLP *Pendidikan medik Pemberantasan Diare*, Dep.Kes.RI, Jakarta 1990
- Djambu, Udin, 1990, *Pedoman Bidang Study Pembuangan Tinja dan Air Limbah Pada Instansi Pendidikan Sanitasi Kesehatan Lingkungan*, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- \_\_\_\_\_, 1990, *Pedoman Penggunaan dan Pemeliharaan Sarana Penyediaan Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman*, Direktorat Jendral PPM dan PLP, Jakarta, hal 12.
- \_\_\_\_\_, 1995, *Pengawasan Kualitas Lingkungan Bidang Pembuangan Kotoran Manusia*, Direktorat PLP, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 1995, *Modul Pelatihan Pengawasan Kualitas Kesehatan Lingkungan tingkat Puskesmas*, Direktorat Jendral PPM dan PLP, Jakarta.

- \_\_\_\_\_, 1999, *Pedoman Pelaksanaan Pekan Sanitasi*, Kerja sama RI-UNICEF, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 1999, *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Latihan Metode penelitian*, terjemahan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Pusat Penelitian Penyakit Tidak Menular, Jakarta
- Ghozali, Marsum, 1984, *Pembuangan tinja dan faktor yang mempengaruhinya*.
- Green, L.W. *Health Education Planning : A. Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Company USA 1980
- Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2000. *Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Proyek Penyediaan dan Pengawasan Air Bersih Propinsi Jawa Tengah Tahun 2000*, Kan.Wil. Dep.Kes. Propinsi Jateng, Semarang.
- Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, *Profil kesehatan Kabupaten Blora Tahun 1996- 2000* .
- Lemeshow, S., Hosmer Jr. D.W., Klar, J., Lwanga, S.K., 1997. *Besarsampel dalam penelitian Kesehatan*, GAMA University Prss, Jogjakarta.
- Mar'at . *Sikap Manusia, Perubahan serta pengukurannya*. Ghalia Indonesia. Bandung 1981
- Muninjaya AA, Gde, 1999, *Manajemen Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Murti, Bhisma, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Nasir, Mohammad, 1988, *Metode Penelitian*, Cetakan Ke-3, Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Nasir, Moh, 1988, *Metode penelitian*, Ghalia, Indonesia, Jakarta.
- Notoatmojo, Soekidjo, 1997, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip dasar*, rineka Cipta, Jakarta.
- Noerasid, Haroen, dkk, 1999, *Gastroenteroli anak praktis*, Balai penerbit FKUI, jakarta.
- Notoadmojo, S *Pengantar Pendidikan kesehatan dan Ilmu Prilaku Kesehatan*, Andi Offset. Yogyakarta. 1993
- Notoadmojo. S. dkk *Pengantar prilaku, Ilmu Prilaku Kesehatan FKM*. UI Jakarta 1985

- Organisasi Kesehatan Sedunia, 1990, *Evaluasi Program Dasar-dasar Bimbingan*,<sup>xvi</sup>  
Organisasi Kesehatan Sedunia, Geneva.
- Puskesmas , Sonokidul SP2TP 1996-2000 Data penyakit.
- Santoso singgih, 1999. *SPSS Elekmedia Komputindo*, Gramedia, Jakarta.
- Setyorogo, Sudijono, 1990, *Peranan Air bersih dan Sanitasi dalam Pemberantasan Penyakit Merular*, Sanitas Vol.II No.2., YLKI, Jakarta, 1992, hal. 81-84.
- Soemirat S.J., 1992, *Epidemiologi dan Metode Statistik*, Diktat Penataran Pengelolaan Penyehatan Air, Jurusan Teknik Lingkungan-ITB, Bandung.
- Sunaryo, 1995, *Kegiatan Penyediaan Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan Permukiman yang Bertumpu pada Masyarakat*, Hasil Lokakarya Lintas Program dan Lintas Sektor Di Wisma Tenang, Jakarta.
- Suharti, *Pengaruh Air Bersih Kaitanya Dengan Kejadian Diare di Desa Sondongagung Kecamatan Godean Kabupaten Sleman Yogyakarta*, 1997.
- Sulastri, *Hubungan Antara Praktek ibu dalam Penyiapan Makanan dan Minuman, Bagi Balita Dengan Kejadian Diare Pada Anak Balita di Pemukiman Sekitar Pembuangan Akhir Sampah Kota Madya Magelang*, 1999.
- Trisnantoro, Laksono dan Riyarto, Sigit, 1994, *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*, Terjemahan, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Wasito. B. Diare, *Penanggulangan dan hasil-hasilnya* Dep.Kes.RI, Jakarta 1979