

SKRIPSI

2020

**HUBUNGAN CUCI TANGAN SEBELUM MAKAN DENGAN KEJADIAN DIARE
PADA ANAK DI PUSKESMAS JAGONG, KABUPATEN PANGKAJENE
KEPULAUAN TAHUN 2020**



OLEH:

Yustika Swasiyka Yusuf

C011171347

PEMBIMBING:

Dr. dr. St. Aizah Lawang, Sp.A(K), M.Kes

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2020



**Optimization Software:
www.balesio.com**

**HUBUNGAN CUCI TANGAN SEBELUM MAKAN DENGAN KEJADIAN DIARE
PADA ANAK DI PUSKESMAS JAGONG, KABUPATEN PANGKAJENE
KEPULAUAN TAHUN 2020**

Diajukan kepada Universitas Hasanuddin
Sebagai Salah Satu Syarat Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran

**Yustika Swasiyka Yusuf
C011171347**

PEMBIMBING :
Dr. dr. St. Aizah Lawang, Sp.A(K), M.Kes

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**



HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

**“HUBUNGAN CUCI TANGAN SEBELUM MAKAN DENGAN KEJADIAN
DIARE PADA ANAK DI PUSKESMAS JAGONG, KABUPATEN PANGKAJENE
DAN KEPULAUAN TAHUN 2020”**

Hari/ Tanggal : Selasa 27 Oktober 2020

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Zoom Meeting

Pembimbing :



Dr. Siti Azzah Layang, Sp. A(K), M.Kes

NIP. 19740321 200812 2 002



**BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

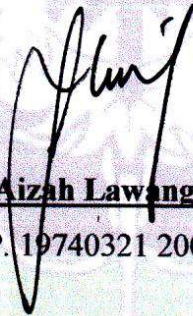
TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

**“HUBUNGAN CUCI TANGAN SEBELUM MAKAN DENGAN KEJADIAN
DIARE PADA ANAK DI PUSKESMAS JAGONG, KABUPATEN PANGKAJENE
KEPULAUAN TAHUN 2020 ”**

Makassar, 27 Oktober 2020

Pembimbing,



Dr. dr. St. Aizah Lawang, Sp. A(K), M.Kes

NIP. 19740321 200812 2 002



PANITIA SIDANG UJIAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS

HASANUDDIN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Yustika Swasiyka Yusuf

NIM : C011171347

Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter

Judul Skripsi : HUBUNGAN CUCI TANGAN SEBELUM MAKAN
DENGAN KEJADIAN DIARE PADA ANAK DI
PUSKESMAS JAGONG KABUPATEN PANGKAJENE
DAN KEPULAUAN TAHUN 2020

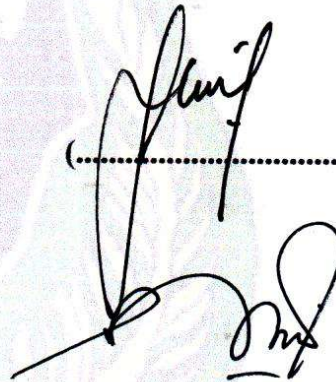
Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. St. Aizah Lawang, Sp.A(K), M.Kes

Penguji 1 : dr. Setia Budi, Sp.A(K)

(.....)



Penguji 2 : dr. Ratna Dewi Artati, Sp.A(K)

(.....)



Ditetapkan di : Makassar

Oktober 2020



HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yustika Swasyika Yusuf

NIM : C011171347

Program Studi : Pendidikan Dokter

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 18 September 2020

Penulis



Yustika Swasyika Yusuf

NIM C011171347



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas segala berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Hubungan Cuci Tangan Sebelum Makan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Di Puskesmas Jagong, Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan Tahun 2020**”. Skripsi ini dibuat sebagai salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak dapat terselaikan dengan baik tanpa adanya bantuan, dorongan, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Prof. dr. Budu, P.hD., Sp.M(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Univertas Hasanuddin yang telah memberikan kepercayaan kepada penulis untuk menimba ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Dr. dr. St. Aizah Lawang, Sp.A(K), M.Kes, selaku pembimbing skripsi yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan motivasi, petunjuk, dan saran kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik dan berjalan dengan lancar.
3. dr. Setia Budi, Sp.A(K) dan dr. Ratna Dewi Artati, Sp.A(K), selaku penguji skripsi yang telah memberikan saran dan masukan pada saat ujian seminar proposal hingga seminar akhir.
4. Kedua orang tua penulis, H. Muhammad Yusuf dan Hj. Kumalasari Majid, S.H yang selalu memberikan dorongan, motivasi, semangat, dan selalu mendoakan penulis.
5. Saudara-saudara tercinta penulis, Achmad Rizaldy Yusuf, Tenri Abeng, Asty Awuliyah, Tirsa Majid, Tenri Hafel, Thya pratiwi serta keluarga besar penulis yang juga memberikan dukungan serta motivasi kepada penulis
6. Sahabat penulis Muhammad Alif Fatur Rahman, Hasyemi Rafsan, Widya Rezkita, Mona Siradja, Yolanda Geraldly , Nuranggunsari Igusti, Ayu Sutra, Ramadhan Nur, Henny Puspita, Naura Nazifah, Luh Putu Gita Laksmi alu menemani dan membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi serta



- memberikan motivasi dan semangat untuk penulis sejak awal semester hingga saat ini.
7. Teman-teman angkatan 2017 (**V17REOUS**) atas dukungan dan semangat yang telah diberikan selama ini.
 8. Pemerintah Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan serta Para Staff Puskesmas Jagong yang telah memberikan izin dan membantu penulis selama penelitian dilaksanakan.
 9. Seluruh dosen, staf akademik, staf tata usaha, dan staf perpustakaan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan bantuan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati penulis senantiasa menerima kritik dan saran yang diberikan oleh pembaca. Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua serta bagi perkembangan ilmu kedepannya.

Makassar, 28 September 2020



Yustika Swasiyka Yusuf



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
ABSTRAK.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Definisi	5
2.2 Etiologi	5
2.3 Cara penularan dan faktor risiko	7
2.4 Klasifikasi.....	9
2.5 Patofisiologi.....	10
2.5.1 Diare Sekretorik	10
2.5.2 Diare Osmotik.....	10
2.5.3 Motilitas dan inavginasi mukosa	10



2.6 Manifestasi klinis	11
2.7 Diagnosis.....	11
2.7.1 Anamnesis	11
2.7.2 Pemeriksaan fisis	12
2.7.3 Pemeriksaan penunjang	12
2.7.4 Penatalaksanaan.....	12
2.7.5 Komplikasi.....	15
2.7.6 Prognosis	17
2.8 Kerangka teori.....	18
2.9 Kerangka konsep.....	19
BAB 3 METODE PENELITIAN	20
3.1 Desain Penelitian.....	20
3.2 Waktu dan Lokasi Penelitian	20
3.2.1 Waktu Penelitian.....	20
3.2.2 Lokasi Penelitian	20
3.3 Variabel Penelitian.....	20
3.3.1 Variabel Independen.....	20
3.3.2 Variabel Dependen	21
3.4 Definisi Operasional	21
3.5 Hipotesis	23
3.5.1 Hipotesis benar.....	23
3.5.2 Hipotesis salah	23
3.6 Populasi dan Sampel	23
3.6.1 Populasi	23
3.6.2 Sampel	23



3.6.3 Cara Pengambilan Sampel.....	23
3.7 Kriteria Sampel	24
3.7.1 Kriteria Inklusi.....	24
3.7.2 Kriteria Eksklusi	24
3.8 Jenis Data dan Instrumen Penelitian	24
3.8.1 Jenis Data Penelitian.....	24
3.8.2 Instrumen Penelitian	24
3.9 Manajemen Data Penelitian	24
3.9.1 Pengumpulan Data.....	24
3.9.2 Pengolahan Data	24
3.9.3 Analisis dan Penyajian Data	26
3.10 Alur Penelitian	27
3.11 Etika Penelitian	28
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN	29
4.1 Gambaran umum populasi dan sampel	29
4.2 Gambaran umum lokasi penelitian	29
4.3 Analisis.....	29
4.3.1 Hasil Analisis Univariat	29
4.3.2 Hasil Analisis Bivariat	32
BAB 5 PEMBAHASAN.....	34
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	37
6.1 Kesimpulan	37
6.2 Saran.....	37
6.3 KATA.....	38
6.4	40



DAFTAR TABEL

Tabel 2.2.1 Data Virus Penyebab Diare pada Anak	6
Tabel 2.2.2 Data Bakteri Penyebab Diare.....	6
Tabel 2.4.1 Klasifikasi Diare Menurut Derajat Dehidrasi	9
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik di Puskesmas Jagong Kabupaten Pangkep Tahun 2020.....	30
Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Puskesmas Jagong Kabupaten Pangkep Tahun 2020.....	31
Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku di Puskesmas Jagong Kabupaten Pangkep Tahun 2020.....	31
Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kejadian Diare di Puskesmas Jagong Kabupaten Pangkep Tahun 2020.....	32
Tabel 5.5. Hubungan Pengetahuan Cuci Tangan Terhadap Kejadian Diare di Puskesmas Jagong kabupaten pangkep tahun 2020.....	32
Tabel 5.6. Hubungan Perilaku Cuci Tangan Terhadap Kejadian Diare di Puskesmas Jagong kabupaten pangkep tahun 2020.....	33



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori	18
Gambar 2.2. Kerangka Konsep	19
Gambar 3.1. Alur Penelitian	27



Yustika Swasiyka Yusuf¹, Dr. dr. Siti Aizah Lawang, Sp.A(K), M.Kes²

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar angkatan 2017

²Pembimbing

**“HUBUNGAN CUCI TANGAN SEBELUM MAKAN DENGAN KEJADIAN
DIARE PADA ANAK DI PUSKESMAS JAGONG PANGKEP”**

ABSTRAK

LATAR BELAKANG : Tangan merupakan salah satu media tempat masuknya kuman penyakit. Beberapa penyakit yang dapat menular melalui tangan antara lain diare, thypoid, influenza, ISPA, kecacingan dan flu burung. Mencuci tangan secara tepat sebelum makan dapat mengurangi risiko penyakit diare sebesar 42 sampai 47%.

TUJUAN : Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku cuci tangan sebelum makan dengan kejadian diare pada anak di Puskesmas Jagong Pangkep tahun 2020.

METODE : Jenis penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan dengan mengumpulkan data melalui kuisisioner. Pengambilan sampel dengan teknik *Total Sampling*. Besar sampel 50 responden. Pengolahan data dengan *uji chi square*.

HASIL : Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin didapatkan perempuan lebih banyak yaitu 29 orang dibandingkan laki-laki yaitu 21 orang. Karakteristik responden berdasarkan umur didapatkan yang paling banyak pada rentan usia 9-12 tahun yaitu 20 orang. Karakteristik responden berdasarkan pengetahuan cuci tangan dengan pengetahuan kurang lebih banyak ditemukan yaitu 30 orang. Karakteristik responden berdasarkan perilaku cuci tangan didapatkan responden dengan perilaku kurang lebih banyak yaitu 44 orang. Karakteristik responden berdasarkan kejadian diare didapatkan responden yang pernah mengalami diare lebih banyak yaitu 47 orang. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,048$ ($p < 0,05$) yang menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan cuci tangan dengan kejadian diare dan nilai $p = 0,035$ ($p < 0,05$) yang menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku cuci tangan dengan kejadian diare.

KESIMPULAN : Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan perilaku cuci tangan sebelum makan dengan kejadian diare.

KATA KUNCI : Pengetahuan cuci tangan, perilaku cuci tangan, diare



**FACULTY OF MEDICINE
UNIVERSITY OF HASANUDDIN MAKASSAR**

Undergraduate Thesis, August 2020

Yustika Swasiyka Yusuf¹, Dr. dr. Siti Aizah Lawang, Sp.A(K), M.Kes²

¹Students of the Faculty of Medicine, University of Hasanuddin Makassar, class of 2017

²Supervisor

**“RELATIONSHIP OF WASHING HANDS BEFORE EATING WITH DIARRHEA
IN CHILDREN AT JAGONG PRIMARY HEALTH CARE PANGKEP”**

ABSTRACT

BACKGROUND : Hand is a medium where germs can enter. Some diseases that can be transmitted by hand include diarrhea, typhoid, influenza, ARI, worms and bird flu. Washing hands properly before eating can reduce the risk of diarrheal disease by 42 to 47%.

OBJECTIVE: To determine the relationship between the level of knowledge and behavior of washing hands before eating with the incidence of diarrhea in children at Jagong Primary Health Care Pangkep in 2020.

METHODS : This type of research is analytic with a cross sectional approach. This research was conducted by collecting data through a questionnaire. Sampling with total sampling technique. The sample size is 50 respondents. Data processing using the *chi square* test.

RESULTS : Characteristics of respondents based on gender found more women (29 people) than men (21 people). Characteristics of respondents based on age were found the most vulnerable people aged 9-12 years (20 people). Characteristics of respondents based on knowledge of hand washing with less knowledge were found more (30 people). Characteristics of respondents based on behavior of hand washing with less behavior were found more (44 people). Characteristics of respondents based on the incidence of diarrhea that respondents who had experienced diarrhea were found more (47 people). The results of statistical tests showed p value = 0.048 ($p < 0.05$) which indicated that there was a significant relationship between knowledge of washing hands and the incidence of diarrhea and p value = 0.035 ($p < 0.05$) which indicated that there was a significant relationship between hand washing behavior with the incidence of diarrhea.

CONCLUSION : There is a significant relationship between knowledge and behavior of washing hands before eating with the incidence of diarrhea.

KEYWORDS : Knowledge of hand washing, hand washing behavior, diarrhea



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang masalah

Tangan merupakan salah satu media tempat masuknya kuman penyakit. Beberapa penyakit yang dapat menular melalui tangan antara lain diare, thypoid, influenza, ISPA, kecacingan dan flu burung. Mencuci tangan secara tepat sebelum makan dapat mengurangi risiko penyakit diare sebesar 42 sampai 47%. (Kartika M dkk, 2016)

Enteritis akut atau gastroenteritis akut atau sering disebut sebagai diare, yaitu frekuensi yang abnormal dan konsistensi tinja yang lebih encer/cair.

Diare disebabkan oleh berbagai infeksi atau proses peradangan pada usus yang secara langsung mempengaruhi sekresi enterosit dan fungsi absorpsi.

Diare merupakan penyebab utama morbiditas dan merupakan penyakit yang paling umum terjadi pada anak di berbagai negara. (Marcdante, dkk., 2013. Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensial Edisi Keenam. Elsevier - Local. Jakarta)

Diare dapat berakibat fatal berupa kematian dimana penyebab utama kematian pada kasus diare adalah dehidrasi akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui feses. Sementara penyebab lainnya adalah diare yang disertai darah, diare dengan status gizi buruk dan adanya infeksi sekunder yang menyertai diare. (Christy M, 2015)

Sampai saat ini diare masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010 menyebutkan jumlah kasus diare ditemukan sebesar 213.435 penderita dengan jumlah kematian 1.289 sebagian besar sekitar 70-80 % terjadi pada bayi dan anak-anak. (Marsudi A dkk, 2015)

Anak usia sekolah merupakan kelompok usia yang rawan terhadap penularan berbagai penyakit terutama yang berhubungan dengan perut seperti diare, thypoid, kecacingan dan lain-lain. Kebiasaan anak-anak mengkonsumsi

an secara bebas diikuti perilaku anak-anak tidak melakukan cuci tangan di sabun sebelum makan akan mengakibatkan berbagai kuman penyakit ah masuk ke dalam tubuh, karena tangan adalah bagian tubuh yang paling



banyak tercemar kotoran dan bibit penyakit. (Kartika M dkk, 2016)

Menurut data WHO tahun 2013, setiap tahunnya terjadi kematian akibat diare sebesar 760.000 jiwa dan yang paling banyak terkena diare adalah anak yang berumur di bawah lima tahun. (Estiani dan Supamo, 2015)

Sedangkan Menurut kajian morbiditas diare pada tahun 2012, angka kesakitan diare pada semua umur sebesar 214 per 1000 penduduk dan angka kesakitan diare pada balita 900 per 1000 penduduk. (Sutarjo U, 2015)

Menurut Profil Kesehatan Indonesia (2014) yang mengutip dari hasil riskesdas tahun 2007 mengatakan bahwa diare merupakan penyebab kematian nomor satu pada bayi (31,4%) dan pada balita (25,2 %). (Sutarjo U, 2015)

Pada tahun 2013 terjadi 8 KLB diare di Indonesia yang tersebar di 6 Propinsi, salah satunya Sulawesi Selatan dengan period prevalence diare 10,2 % dan insiden diare pada balita di indonesia berkisar 6,7 persen. Lima provinsi dengan insiden diare tertinggi pada balita adalah Aceh (10,2%), Papua (9,6%), DKI Jakarta (8,9%), Sulawesi Selatan (8,1%), dan Banten (8,0%). Pada tahun 2014 terjadi 6 KLB Diare yang tersebar di 5 propinsi (Sumatera Utara, Sulawesi Selatan,Lampung, NTT dan Jawa Timur), 6 kabupaten/kota dengan jumlah penderita 2.549 orang dengan kematian 29 orang (CFR 1,14%). (Sutarjo U, 2015)

Sedangkan menurut data profil kesehatan indonesia (2015) menyatakan bahwa pada tahun 2015 terjadi 18 kali KLB diare yang tersebar di 11 provinsi dengan jumlah penderita sebesar 1.213 orang dan kematian sebanyak 30 orang (CFR 2,47). (Sutarjo U, 2016)

Data Profil kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (2014) menyatakan bahwa Sulawesi Selatan menjadi salah satu propinsi dengan KLB diare terbesar pada tahun 2014 di mana angka kesakitan diare tertinggi terjadi di kota Makassar, Gowa, Bulukumba, Takalar, Pangkep, dan Luwu Utara. Dari semua kelompok umur menurut data profil kesehatan sulawesi selatan,

jumlah kasus yang paling tinggi terjadi pada kelompok umur < 5 tahun sebanyak 93.560 kasus. Dari kasus tersebut, angka kesakitan diare terjadi di kota Makassar dengan kasus sebanyak 26.485 dari seluruh penduduk sebanyak 1.429.242 jiwa. (Syahrir, 2015)



Tingginya angka kejadian diare baik di Indonesia secara umum maupun di Sulawesi Selatan secara khusus mungkin terjadi akibat banyaknya faktor yang saling berhubungan satu sama lain seperti lingkungan yang kurang bersih termasuk sanitasi dan pola hidup masyarakat itu sendiri, status gizi balita yang berhubungan dengan sosial ekonominya serta tingkat pengetahuan masyarakat mengenai diare masih rendah sehingga mereka tidak mengetahui bagaimana tatalaksana diare yang tepat. (Syahrir, 2015)

Data Profil Kesehatan Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan (2013) menyatakan bahwa diare termasuk 10 jenis penyakit terbanyak di puskesmas Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan. Oleh karena itu, penting untuk diketahui bagaimana karakteristik diare dan gejalanya agar masyarakat mengetahui tentang apa saja diare sehingga diare bisa cepat ditangani. Atas pertimbangan tingginya angka kejadian diare, maka perlu dilakukan suatu penelitian untuk melihat hubungan cuci tangan sebelum makan dengan kejadian diare pada anak di Puskesmas Jagong Pangkep.



1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah di atas, maka penulis berniat mengangkat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimanakah hubungan cuci tangan sebelum makan dengan kejadian diare pada anak di Puskesmas Jagong Pangkep tahun 2020?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh informasi mengenai hubungan tingkat pengetahuan dan perilaku cuci tangan sebelum makan dengan kejadian diare pada anak di Puskesmas Jagong Pangkep tahun 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

- Mengetahui karakteristik diare pada anak di Puskesmas Jagong Pangkep tahun 2020.
- Mengetahui frekuensi diare pada anak di Puskesmas Jagong Pangkep pada tahun 2020.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Diperolehnya hubungan tingkat kesadaran cuci tangan sebelum makan dengan kejadian diare pada anak di Puskesmas Jagong Pangkep tahun 2020.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi pihak terkait khususnya instansi kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan melakukan upaya promotif dan preventif dalam menangani kasus diare.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan keilmuan dan diharapkan dapat menjadi bahan untuk memotivasi peneliti lain.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

Enteritis akut atau gastroenteritis akut atau sering disebut sebagai diare, yaitu frekuensi yang abnormal dan konsistensi tinja yang lebih encer/cair.

Diare disebabkan oleh berbagai infeksi atau proses peradangan pada usus yang secara langsung mempengaruhi sekresi enterosit dan fungsi absorpsi.

Diare merupakan penyebab utama morbiditas dan merupakan penyakit yang paling umum terjadi pada anak di berbagai negara. (Marcdante, dkk., 2013. Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensial Edisi Keenam. Elsevier - Local. Jakarta)

2.2 Etiologi

Organisme Patogen yang Seringkali menyebabkan diare dan mekanisme virulensinya (Marcdante, dkk., 2013. Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensial Edisi Keenam. Elsevier - Local. Jakarta)

-Bakteri : *Shigella sp.*, *Escherichia coli patogen*, *Vibrio sp.*, *Salmonella sp.*, *Bacillus cereus*, *Campylobacter jejuni*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, *pseudomonas*, *aeromonas*, *proteus dll.*

-Virus : *Rotavirus*, *Adenovirus*, *Norwalk*, *Virus*, *Astrovirus*, *Coronavirus*, *Echovirus*.

-Parasit- Protozoa : *Entamoeba histolytica*, *Giardia Lamblia*, *Balantidium coli*, *Cryptosporidium parvum*.

-Cacing : *Acsaris sp.*, *Trichuris sp.*, *Strongyloides stercoralis*.

-Jamur : *Candida sp.*

Jika terjadi diare, perlu dipertimbangkan apakah diare tersebut adalah infeksi primer (infeksi pada saluran cerna) atau infeksi sekunder (gejala penyerta dari suatu penyakit). (Tanto C, 2015)

Pada semua kasus diare, diare yang sering terjadi adalah *acute watery diarrhea* yang paling banyak disebabkan oleh *Enteropathogenic/ Enterotoxigenic Escherichia coli* dan diare disertai darah atau disebut sebagai disentri yang paling banyak disebabkan oleh *Entamoeba histolytica* dan *Shigella sp.* (Claudio F. L, 2015)



Berikut adalah data persebaran virus dan bakteri yang paling sering menyebabkan diare pada anak.

Tabel 2.2.1 Data Virus Penyebab Diare pada Anak

Virus	Genom	Usia penjamu	Cara penularan	Prodromal/ penularan lama sakit
<i>Rotavirus</i>	dsRNA	6-24 Bulan	Makanan,air,orang ke orang	2 hari/3-5 hari
<i>Calisivirus</i>	ssRNA	Anak dan dewasa	Makanan,air,orang ke orang	1-3 hari / 4 hari
<i>Adenovirus enteric</i>	dsDNA	Anak < 2 tahun	Orang ke orang	3-10 hari / 7 hari
<i>Astrovirus</i>	ssRNA	Anak	Air, orang ke orang	24-36 hari/ 1- 4 hari

Sumber : robun dan kotran. *Dasar Patologi Penyakit. Edisi 7.* (Behman dkk, 2015)

Tabel 2.2.2 Data Bakteri Penyebab Diare

Organisme	Masa inkubasi	Gejala dan Tanda
<i>Staphylococcus aureus</i>	1-8 jam	Mual dan muntah
<i>Enterotoxigenic Escherichia coli</i>	24-72 jam	Watery diarrhea
<i>Shiga toxin-producing Escherichia coli</i>	48-72 jam	Disentri



<i>Escherichia coli</i> (Shiga-toxin producing: STEC)	24-72 jam	Watery diarrhea dan disentri
<i>Enteropathogenic Escherichia coli</i>	Slow onset	Watery diarrhea
<i>Vibrio cholera</i>	24-72 jam	Watery diarrhea
<i>Shigella dysenteriae</i>	24-72 jam	Disentri

Sumber : Jawetz, Melnick & Adelberg`s 2015. *Medical Microbiology*.
25^{rh}

Edition: *Patogenesis of bacterial infection*. (Jawetz dkk, 2015)

2.3 Cara Penularan dan Faktor Risiko

Cara penularan diare pada umumnya melalui cara fekal – oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar oleh enteropatogen, atau kontak langsung tangan dengan penderita atau barang-barang yang telah tercemar tinja penderita atau tidak langsung melalui lalat. (melalui 4 F = finger, flies, fluid, field).

Faktor resiko yang dapat meningkatkan penularan enteropatogen antara lain : tidak memberikan ASI secara penuh untuk 4 – 6 bulan pertama kehidupan bayi, tidak memadainya penyediaan air bersih, pencemaran air oleh tinja, kurangnya sarana kebersihan (MCK), kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk, penyiapan dan penyimpanan makanan yang tidak higienis dan cara penyapihan yang tidak baik. Selain hal-hal tersebut, beberapa faktor pada penderita dapat meningkatkan kecenderungan untuk dijangkiti diare antara lain : gizi buruk, imunodefisiensi, berkurangnya keasaman lambung, menurunnya motilitas usus, menderita campak dalam 4 minggu terakhir dan faktor genetik.

1. Faktor umur Sebagian besar episode diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan. Insidensi tertinggi terjadi pada kelompok umur 6 – 11 bulan saat diberikan makanan pendamping ASI. Pola ini menggambarkan sinergi antara kombinasi efek penurunan kadar antibodi ibu, kurangnya kekebalan aktif bayi, asupan makanan yang mungkin terkontaminasi bakteri tinja dan kontak langsung dengan tinja manusia atau binatang pada saat bayi mulai merangkak.



Kebanyakan enteropatogen merangsang paling tidak sebagian kekebalan melawan infeksi atau penyakit yang berulang, yang membantu menjelaskan menurunnya insiden penyakit pada anak yang lebih besar dan pada orang dewasa.

2. Infeksi asimtomatik Sebagian besar infeksi usus bersifat asimtomatik dan proporsi asimtomatik ini meningkat setelah umur 2 tahun dikarenakan pembentukan imunitas aktif. Pada infeksi asimtomatik yang mungkin berlangsung beberapa hari atau minggu, tinja penderita mengandung virus, bakteri atau kista protozoa yang infeksius. Orang dengan infeksi asimtomatik berperan penting dalam penyebaran banyak enteropatogen terutama bila mereka tidak menyadari adanya infeksi, tidak menjaga kebersihan dan berpindah-pindah dari satu tempat ke tempat yang lain.

3. Faktor musim Variasi pola musiman diare dapat terjadi menurut letak geografis. Didaerah sub tropik, diare karena bakteri lebih sering terjadi pada musim panas, sedangkan diare karena virus terutama rotavirus puncaknya terjadi pada musim dingin. Didaerah tropik (termasuk Indonesia), diare yang disebabkan oleh rotavirus dapat terjadi sepanjang tahun dengan peningkatan sepanjang musim kemarau, sedangkan diare karena bakteri cenderung meningkat pada musim hujan.

4. Epidemik dan pandemi *Vibrio cholerae* 01 dan *Shigella dysenteriae* 1 dapat menyebabkan epidemik dan pandemi yang mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian pada semua golongan usia. Sejak tahun 1961, kolera yang disebabkan oleh *V. Cholera* 01 biotipe Eltor telah menyebar ke negara-negara di Afrika, Amerika Latin, Asia, Timur Tengah dan di beberapa daerah di Amerika Utara dan Eropa. Dalam kurun waktu yang sama *Shigella dysenteriae* tipe 1 menjadi penyebab wabah yang besar di Amerika Tengah dan terakhir di Afrika Tengah dan Asia Selatan. Pada akhir tahun 1992, di kenal strain baru *V. cholerae* 0139 yang menyebabkan epidemik di Asia dan lebih dari 11 mengalami wabah. (Juffrie dan Mohammad. 2015)



2.4 Klasifikasi

Terdapat beberapa pembagian diare, yaitu: (Setiati S, 2015)

1. Berdasarkan lama kejadian diare:
 - a. Diare akut : berlangsung <14 hari
 - b. Diare kronik : berlangsung > 14 hari
2. Berdasarkan derajat dehidrasi:
 - a. Diare tanpa dehidrasi
 - b. Diare dengan dehidrasi ringan-sedang
 - c. Diare dengan dehidrasi berat
3. Berdasarkan mekanisme patofisiologi:
 - a. Diare sekretorik
 - b. Diare osmotik
 - c. Diare infeksi

Tabel 2.4.1 Klasifikasi Diare Menurut Derajat Dehidrasi

Klasifikasi	Tanda dan gejala
Dehidrasi berat	Diare dehidrasi berat, bila terdapat 2 tanda di bawah ini atau lebih: <ul style="list-style-type: none">- Keadaan Umum : Lesu, lunglai, atau tidak sadar-Mata : Cekung- Rasa haus : Tidak bisa minum atau malas minum-Turgor kulit : Kembali sangat lambat (lebih dari 2 detik)
Dehidrasi ringan-sedang	<ul style="list-style-type: none">-Keadaan Umum : Gelisah, rewel-Mata : Cekung-Rasa haus : Haus, ingin minum banyak-Turgor kulit : menurun



Tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : baik - Mata : Normal - Rasa haus : Normal, minum biasa - -- Turgor kulit : kembali cepat
-----------------	--

Sumber : Buletin Jendela Data& Informasi Kesehatan, Volume 2. Triwulan 2.

2011.

2.5 Patofisiologi

2.5.1 Diare Sekretorik

Terjadi penurunan absorpsi, dan terjadi peningkatan sekresi di transport elektrolit. Dimana dalam pemeriksaan tinja terdapat tinja yang cair, osmolalitas normal yang disebabkan oleh bakteri kolera, E.coli toksigenik. Dimana tetap berlangsung selama diare, malabsorpsi garam empedu dapat meningkatkan sekresi air di usus, dan ditemukan adanya leukosit pada tinja.

2.5.2 Diare osmotik

Diare osmotik terjadi karena adanya gangguan transport, mengkonsumsi cairan yang tidak dapat diserap dan maldigesti. Dimana dalam pemeriksaan tinja, tinja berbentuk cair, asam, positif *reducing substance* yang artinya terjadi peningkatan osmolalitas osmoles. Biasa nya terjadi akibat defisiensi laktase, malabsorpsi glukosa-galaktosa, pemberian laksatif yang berlebihan.

2.5.3 Motilitas dan invasi mukosa

Peningkatan motilitas dimana defekasi mengalami penurunan waktu transit dan tinja dengan bentuk normal sampai cair, terstimulasi dengan refleks gastrokolik, yang biasanya disebabkan oleh keadaan seperti sindroma postvagotomy dumping, dan infeksi dapat mengakibatkan peningkatan motilitas.

Penurunan motilitas dimana defekasi mengalami gangguan sistem omuskular, terjadinya statis dan bakteri tumbuh lampau. Dimana bentuk yang normal samapai tidak berbentuk (cair). Dan kemungkinan dinya bakteri tumbuh lampau.



Invasi mukosa mengakibatkan terjadi inflamasi, penurunan luas permukaan mukosa dan reabsorpsi oleh kolon peningkatan motilitas usus. Dalam pemeriksaan tinja terdapat darah dan peningkatan leukosit. (Karen Marcdante, edisi keenam).

2.6 Manifestasi Klinis

Diare ditandai dengan pengeluaran feses yang cair dan dikeluarkan >3 kali dalam 24 jam dan banyaknya feses yang dikeluarkan tergantung pada kelaianan yang dialami. Diare akut sering disertai mual muntah, demam, diare bercampur darah segar, nyeri perut dan atau kejang perut. Sedangkan manifestasi sistemik yang biasa menjadi komplikasi diare adalah dehidrasi, asidosis metabolik, hipokalemia dan hiponatremia. Gangguan elektrolit pada kasus diare sering terjadi akibat diare disertai muntah. Diare disertai muntah akan menyebabkan kehilangan ion natrium, klorida dan bikarbonat yang cukup banyak. Apabila anak telah mengalami dehidrasi maka dapat ditemukan tanda berupa anak rewel, kehausan, mata cekung, ubun-ubun cekung, bibir kering dan turgor kulit menurun. Kehilangan cairan yang berlebihan juga secara tidak langsung akan menyebabkan penurunan tekanan darah yang menyebabkan penurunan perfusi ke organ seperti ginjal sehingga terjadi penurunan produksi urin (oligouri). Komplikasi lain yang termasuk dalam komplikasi berat dan ditakuti adalah terjadinya aritmia jantung yang disebabkan oleh ketidakseimbangan elektrolit dalam darah. (Juffrie M, 2015)

2.7 Diagnosis

2.7.1 Anamnesis

Informasi yang perlu diketahui dalam anamnesis pasien diare adalah lama diare berlangsung, frekuensi diare, volume tinja, konsistensi tinja, warna, bau, ada/tidaknya lendir dan darah, disertai muntah atau tidak, ada demam atau tidak, nyeri perut atau tidak, apakah anak pernah kejang atau tidak, apakah anak rewel, gelisah, buang air kecil sering, riwayat makan dan minum sebelum terjadinya diare (minimal 24 jam terakhir), apakah ada penderita diare di sekitar dan riwayat obat-obatan yang pernah dikonsumsi atau yang sedang dikonsumsi. (Tanto C, 2015)



2.7.2 Pemeriksaan Fisis

1. Periksa keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital dan status gizi (BB dan TB). (Tanto C, 2015)
2. Periksa adanya tanda-tanda dehidrasi : rewel/gelisah, letargi/kesadaran menurun, mata cekung, cubitan kulit perut kembali lambat (turgor kulit menurun), haus/minum lahap, malas atau tidak dapat minum, ubun-ubun cekung. (Tanto C, 2015)
3. Tanda-tanda ketidakseimbangan asam basa dan elektrolit: hipokalemia berupa kembung, kejang akibat gangguan natrium, napas cepat dan dalam akibat asidosis metabolik. (Tanto C, 2015)

2.7.3 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat digunakan sebagai monitoring keadaan pasien meskipun tidak selalu dibutuhkan. Beberapa pemeriksaan yang biasanya diperlukan adalah (Tanto C, 2015)

1. Darah : darah rutin, serum elektrolit, analisa gas darah, glukosa darah,.
2. Urin : urin rutin , pemeriksaan makroskopis dan mikroskopis
3. Tinja : kultur, pemeriksaan makroskopis dan mikroskopis

2.7.4 Penatalaksanaan

Tujuan utama penatalaksanaan pasien dengan diare adalah untuk mengeliminasi penyebab dari diare itu sendiri jika penyebabnya diketahui dan menangani komplikasi yang timbul akibat diare tersebut.

Terapi Manajemen diare harus dilakukan secara bertahap dengan meliputi:

- a. Penilaian awal, resusitasi dan stabilisasi

Pada tahap ini, perlu dilakukan penilaian status dehidrasi dan rehidrasi secepatnya. Diare persisten seringkali disertai gangguan elektrolit sehingga perlu dilakukan koreksi elektrolit, khususnya pada kondisi hipokalemia dan asidosis.

Pemberian antibiotik spektrum luas harus dipertimbangkan pada anak-anak yang menunjukkan gambaran kondisi kegawatan atau infeksi stemik sebelum hasil kultur diperoleh. (Soenarto, 2015)



b. Pemberian nutrisi

Kebutuhan energi dan protein pada diare persisten/kronis berturut-turut sebesar 100 kkal/kg/hari dan 2-3 g/kg/hari, sehingga diperlukan asupan yang mengandung energi 1 kkal/g. (Soenarto, 2015)

c. Terapi Farmakologis

Hipotermia sering ditemukan, sedangkan hipernatremia jarang terjadi.

Asidosis metabolik terjadi akibat kehilangan bikarbonat di dalam tinja, syok mengakibatkan terjadinya asidosis laktat dan retensi fosfat akibat timbulnya insufisiensi pre-renal. Pada umumnya untuk diare virus, pembagian terapi dehidrasi dengan defisit cairan dan elektrolit yang berat harus menggunakan terapi hidrasi parenteral. Derjata dehidrasi yang tidak berat (<10%) tanpa disertai dengan menggunakan cairan rehidrasi oral yang mengandung glukosa dan elektrolit. Obat anti muntah dapat diberikan untuk mengurangi muntah yang persisten.

Terapi antibiotik hanya diberikan pada pasien dengan *Salmonella typhi* (demam thypoid) dan sepsis atau bakteremia dengan tanda-tanda toksis sistemik, atau pasien dengan fokus menyebar, atau bayi kurang dari 3 bulan dengan *Salmonella nontifoid*. Terapi antibiotik untuk *Shigella* dapat memberikan kesembuhan 80% setelah 48 jam diberikan, dan dapat mengurangi penyebaran penyakit. Seringkali isolat *Shigella sonnei* yang merupakan strain *Shigella* yang sering mengenai anak sudah resisten terhadap amoksisilin dan trimethoprim- sulfamethoxazole (TMP-SMZ). Terapi yang dianjurkan untuk pasien anak pada kasus ini adalah sefalosporin generasi 3 atau fluorokuinolon pada pasien berusia 18 tahun ke atas.

Terapi untuk *C.difficile* termasuk penghentian pemberian antibiotik dan apabila diare yang terjadi cukup berat, metronidazol oral atau vankomisin dapat diberikan. Disentri akibat *E. Histolytica* dapat diterapi dengan metronidazol. Terapi untuk *G.lambliia* adalah dengan albendazol, metronidazol, furazolidone. Terapi untuk *Crytosprodium* untuk anak berusia kurang dari 12 bulan adalah nitazoxanide. (Karen J. Marcdante, edisi keenam).



d. Pemberian Zinc

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

Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya.(Black, 2003). Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa Zinc mempunyai efek protektif terhadap diare sebanyak 11 % dan menurut hasil pilot study menunjukkan bahwa Zinc mempunyai tingkat hasil guna sebesar 67 % (Hidayat 1998 dan Soenarto 2007). Berdasarkan bukti ini semua anak diare harus diberi Zinc segera saat anak mengalami diare.

Dosis pemberian Zinc pada balita: - Umur < 6 bulan : ½ tablet (10 Mg) per hari selama 10 hari. - Umur > 6 bulan : 1 tablet (20 mg) per hari selama 10 hari. Zinc tetap diberikan selama 10 hari walaupun diare sudah berhenti. Cara pemberian tablet zinc : Larutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang atau ASI, sesudah larut berikan pada anak diare. (Buletin Jendela data &Informasi, 2011)

e. Follow up

Follow up diperlukan untuk memantau tumbuh kembang anak sekaligus memantau perkembangan hasil terapi. Anak-anak yang tidak menunjukkan perbaikan dengan terapi membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut untuk menyingkirkan kemungkinan intractable diarrhea, yaitu diare yang berlangsung ≥ 2 minggu dimana 50% kebutuhan cairan anak harus diberikan dalam bentuk intravena. (Soenarto, 2015)

f. Edukasi/Nasihat pada Orang Tua



-) cara memberikan cairan di rumah
-) harus membawa anak kembali ke petugas kesehatan apabila:
 - a) berak cair lebih sering

- b) muntah berulang dan demam
- c) sangat haus
- d) makan dan minum sangat sedikit
- e) berak berdarah

tidak membaik dalam 3 hari (Soenarto, 2015)

2.7.5 Komplikasi

Berbagai macam komplikasi dapat terjadi pada pasien diare mulai dari yang ringan hingga yang berat. Maka dari itu, pemantauan secara berkala terhadap pasien diare sangat penting untuk dilakukan. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi yaitu :

1. Penurunan Berat Badan

Penurunan berat badan pada pasien diare dapat terjadi apabila asupan nutrisi selama diare tidak adekuat dan kehilangan banyak cairan yang tidak dikoreksi dengan cepat dan tepat, terlebih jika status gizi anak ketika terkena diare tergolong dalam status gizi kurang maka penurunan berat badan bisa terjadi dengan cepat. Asupan nutrisi selama diare perlu diperhatikan dengan baik untuk mencegah adanya penurunan berat badan dan malnutrisi. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)

2. Gangguan elektrolit

➤ Hiperkalemia

Hiperkalemia dapat menunjukkan gejala seperti penurunan frekuensi jantung, kelemahan otot dan denyut nadi menurun maka perlu dilakukan koreksi secepat mungkin. Dikatakan hiperkalemia apabila $K^+ > 5$ mEq/L. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)

➤ Hipokalemia

Gejala yang dapat muncul akibat hipokalemia adalah gangguan saluran pencernaan seperti ileus paralitik, kelemahan otot, aritmia jantung dan gangguan fungsi ginjal. Hipokalemia ringan dapat dikoreksi dengan pemberian makanan secara oral dengan makanan yang kaya kalium sedangkan untuk hipokalemia



berat harus segera dikoreksi dengan cepat melalui pemberian kalium secara enteral/parenteral jika kadar kalium dalam darah sudah jauh di bawah 0,9 mg/dl. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)

➤ Hipernatremia

Pasien dengan hipernatremia dapat menunjukkan gejala seperti kesadaran menurun, kejang, perdarahan intrakranial bahkan koma. Untuk mencegah hal ini, maka monitoring pemeriksaan elektrolit sangat perlu dilakukan. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)

➤ Hiponatremia

Apabila kadar Na^+ <130 mmol/L maka dapat disebut sebagai hiponatremia. Gejala hiponatremia dapat berupa kelemahan umum otot skeletal, sakit kepala hebat, mual muntah dan pernapasan dangkal sehingga untuk mencegah hal ini maka pemeriksaan elektrolit sangat diperlukan. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)

3. Asidosis Metabolik

Asidosis metabolik dapat ditandai dengan frekuensi pernapasan yang cepat dan dalam. Jika selama diare, diberikan cairan yang cukup maka hal tersebut akan mencegah maupun mengurangi terjadinya asidosis. Maka dari itu, monitoring gas darah perlu dilakukan secara cermat dan akurat terlebih jika diare sudah berlangsung > 3 hari. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)

4. Hipoglikemia

Gejala hipoglikemia dapat berupa lemas, berkeringat, pucat, bahkan bisa menyebabkan kejang. Hipoglikemia dapat terjadi apabila glukosa darah menurun dibawah normal. Maka sebaiknya, pemeriksaan kadar glukosa darah pada pasien diare sangat diperlukan. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)

Kematian. (Subagyo B dan Santoso NB, 2015)



2.7.6 Prognosis

Pada umumnya pasien yang mengalami diare dengan status gizi yang baik, penanganan yang sesuai (rehidrasi yang tepat dan pemberian antibiotik atas indikasi) akan mengalami pemulihan lebih cepat atau prognosinya lebih baik. (Kamaludin,2014)



2.8 Kerangka Teori

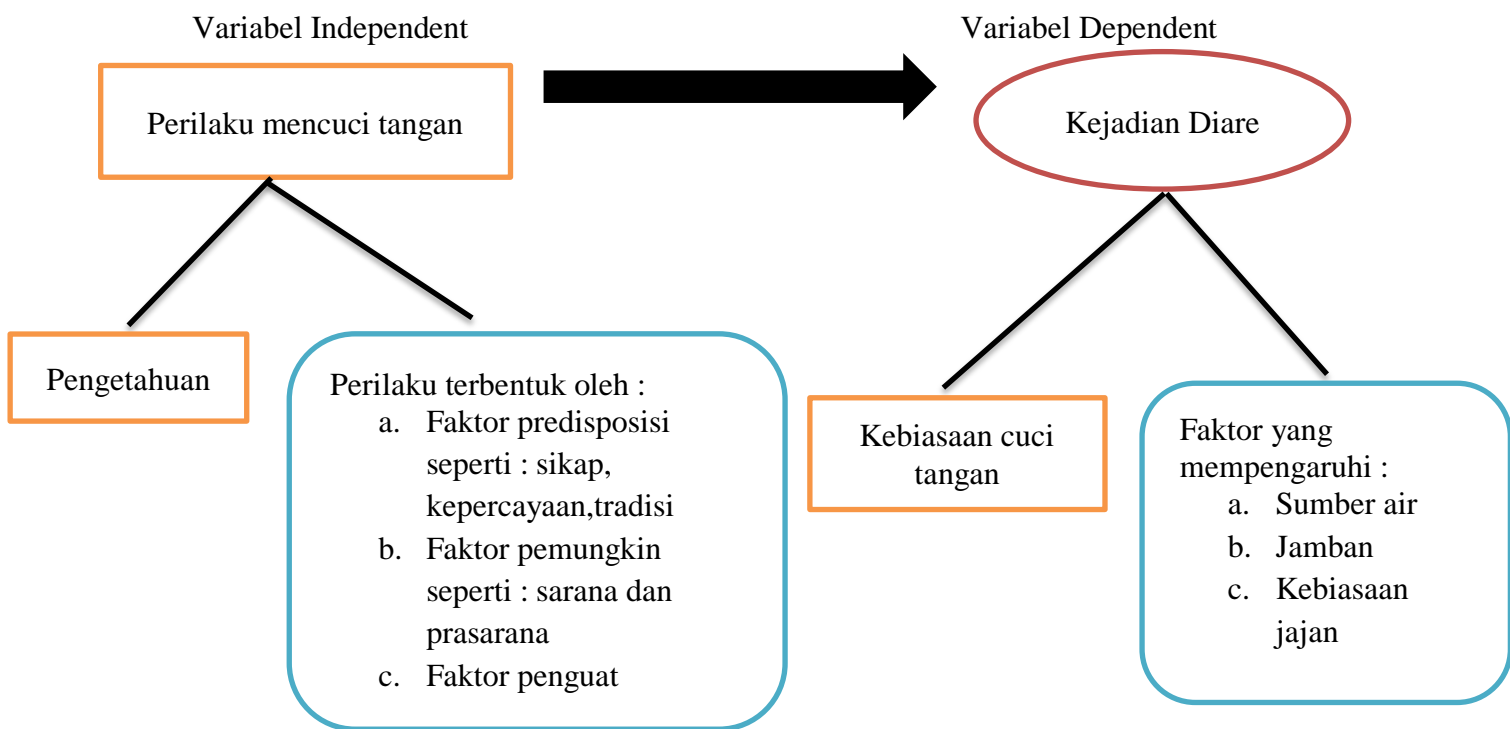


Gambar 2.1 Kerangka Teori



2.9 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti. Penelitian ini mengkaji tiga variabel yang terjadi dari dua variabel bebas (independen) yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain. Variabel dependen (terikat) yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel independen adalah perilaku cuci tangan pada anak di puskesmas, sedangkan variabel dependen adalah kejadian diare pada anak di puskesmas.



Keterangan :



: Variabel di teliti



: Variabel tidak di teliti



Gambar 2.2 Kerangka Konsep