

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil Penelitian Terdahulu

Di bawah ini terdapat 2 jurnal internasional dan 3 jurnal nasional yang menjelaskan tentang kejadian diare yang dialami pada balita, diantaranya *Association of water handling and child feeding practice with childhood diarrhoea in rural community of Shouthern Nepal* (Dilaram Acharya et al,2017), *Effect of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised controlled trial* (Stepen P Luby et al, 2018), Faktor Resiko Kurangnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benu kota Kendari tahun 2017 (Dewi Grafika et al, 2017), Perilaku Ibu dalam pemberian Makanan Pendamping ASI pada Bayi usia 6-12 bulan di dusun Kedungsuruh desa Kebondalem Kecamatan Bareng Kabupaten Jombang (Heni, P & Nurul,Indah K, 2016), dan Faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada balita diwilayah kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru (Susi, H& Nurazila, 2018). Untuk lebih jelasnya, akan dijelaskan pada tabel 2.1 berikut ini:

Tabel 2.1 Hasil Penelitian Terdahulu

No	Judul penelitian (peneliti,tahun)	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Association of water handling and child feeding practice with childhood diarrhoea in rural community of Shouthern Nepal (Dilaram Acharya et al,2017)	Desain; Cross sectional Metodologi; Kuantitatif	Anak-anak cenderung banyak mengalami diare ketika ibu mereka menggunakan air yang tidak tertutup dan yang tidak mendapatkan asi eksklusif serta pemberian makanan oendamping yang tidak sesuai.	- Membahas kejadian diare - Membahas air bersih - Membahas pemberian makan dengan ASI dan makanan pendamping anak usia 1-5 tahun. - Menggunaka n desain dan metodologi yang sama - Karakteristik responden usia, jenis kelamin	- Tidak membahas tentang jamban sehat - Karakteristik responden permasalahan kesehatan anak 4 bulan terakhir
2.	Effect of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised controlled trial (Stepen P Luby et al, 2018)	Desain; Eksperiment al Metodologi; Kuantitatif	Tidak ada perbedaan signifikan antara tahun pertama dan kedua pada pengolahan air, sanitasi, perilaku cuci tangan dan nutrisi terhadap kejadian diare.	- Membahas sanitasi,kuali tas air - Menggunaka n metodologi kuantitatif - Karakteristik responden usia, jenis kelamin	- Membahas cuci tangan - Menggunaka n desain penelitian eksprimental sedangkan peneliti menggunakan desain penelitian cross sectional. - Menggunaka n metode RCT.
3.	Faktor Resiko Kurangnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga Terhadap Kejadian Diare pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benu kota Kendari	Desain; Survey analitik Metodologi; Kuantitatif	Terdapat lebih banyak yang tidak menggunakan ASI eksklusif dengan jumlah balita 61 balita (58,7%) sedangkan yang tidak beresiko berjumlah 43 balita (41,3%) dan nilai Odd	- Membahas kejadian diare - Membahas jamban sehat dan pemberian ASI eksklusif - Menggunaka n metodologi kuantitatif - Karakteristik responden	- Membahas PHBS cuci tangan - Menjumlah faktor yang bereiko dan tidak beresiko dari variable independenn ya. - Menggunaka n desain survey

tahun 2017 (Dewi Grafika et al, 2017)	Ratio pemberian ASI eksklusif beresiko/tidak beresiko berjumlah 2,059, mencuci tangan yang beresiko dengan jumlah 56 (53,8%) sedangkan yang tidak beresiko berjumlah 48 (46,2%) nilai Odds Ratio mencuci tangan beresiko/tidak beresiko 1,364, sedangkan penggunaan jamban sehat yang beresiko berjumlah 41 (39,4%) dan yang tidak beresiko berjumlah 63 (60,0%) dan nilai Odds Ratio penggunaan jamban sehat yang beresiko/tidak beresiko diperoleh hasilnya 0,567.	usia, jenis kelamin	sedangkan peneliti menggunakan desain cross sectional		
4.	Perilaku Ibu dalam memberian Makanan Pendamping ASI pada Bayi usia 6-12 bulan di dusun Kedungsuruh desa Kebondalem Kecamatan Bareng	Desain; deskriptif Metodologi; Kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian responden berperilaku negatif dalam memberikan MP-ASI pada bayi usia 6-12 bulan yaitu sebanyak 14	- Membahas MP-ASI pada bayi usia 6-12 bulan - Menggunakan kuisisioner - Mengamati perilak orang tua dalam pemberian MP-ASI	- Menggunakan desain deskriptif sedangkan peneliti mengunakan desain cross sectional - Menggunakan metode kualitatif

	Kabupaten Jombang (Heni, P & Nurul, Indah K, 2016)		responden (66,7%) dan sebagian kecil yaitu sebanyak 7 responden (33,3%) berperilaku positif dalam memberikan MP-ASI pada bayi usia 6-12 bulan.	- Karakteristik responden: usia	sedangkan peneliti menggunakan kuantitatif - Meneliti pendidikan orang tua - Karakteristik responden pendidikan, pekerjaan.
5.	Faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada balita di wilayah kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru (Susi, H& Nurazila, 2018)	Desain; cross sectional Metodologi; kuantitatif	Terdapat hubungan faktor antara variable independen dan variable dependen yang artinya H_0 diterima dan H_a ditolak dengan nilai $p\text{-value} < \alpha = 0,05$, pendidikan $p\text{-value} = 0,000$, pengetahuan $p\text{-value} = 0,000$, perilaku mencuci tangan $p\text{-value} = 0,000$.	- Membahas kejadian diare pada balita - Karakteristik responden: usia	- Faktor yang diteliti hanya pendidikan, pengetahuan dan perilaku cuci tangan - Karakteristik responden; pekerjaan, pendidikan
6.	Family food involvement is related to healthier dietary intake in preschool-age children	Desain; case control Metodologi; kuantitatif	Terdapat hubungan antara makanan keluarga dengan pemberian makanan yang lebih sehat/baik	- Membahas makanan keluarga untuk anak usia 2-5 tahun. - Karakteristik responden; usia, jenis kelamin	- Menggunakan metodologi kuantitatif - Tidak membahas ASI dan MP-ASI - Tidak membahas sanitasi. - Menggunakan desain case control.

B. Balita

1. Pengertian Balita

Balita merupakan anak usia dibawah 5 tahun dengan karakteristik pertumbuhan cepat pada usia 0-1 tahun dan pada umur 5 bulan berat badan naik 2 kali berat badan lahir dan pertumbuhan mulai lambat pada masa pra sekolah (Soetjiningsih, 2001). Menurut Supartini (2004), balita merupakan masa pertumbuhan tubuh dan otak yang sangat pesat dalam pengoptimalkan fungsinya, yang akan mempengaruhi kemampuan berbahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensia (Supartini, 2004).

2. Karakteristik Balita

Karakteristik balita dibagi menjadi 2 (Septiari, 2012), yaitu:

a. Anak usia 1-3 tahun

Usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif artinya anak menerima makanan yang disediakan orang tuanya. Pada usia ini, laju pertumbuhan lebih besar dari usia pra sekolah sehingga diperlukan makanan yang relatif lebih besar dengan porsi pemberian sedikit tapi sering.

b. Anak usia pra sekolah (3-5 tahun)

Pada usia pra sekolah anak menjadi konsumen aktif yaitu anak mulai memilih makanan yang disukainya, berat badan cenderung mengalami penurunan disebabkan karena

aktivitas anak menjadi lebih banyak dan mulai memilih maupun menolak makanan yang disediakan orang tuanya.

3. Tumbuh Kembang Balita

Tumbuh kembang anak menurut Denver II sebagai berikut:

a. Usia 0-6 Bulan :

- 1) Personal sosial: Anak sudah mulai bisa menatap muka lawan bicaranya, membalas senyuman dan mengamati gerakan tangannya, berusaha mencapai mainan dan makan sendiri.
- 2) Adaptif-motorik halus: Anak sudah mulai bisa mengambil/memegang benda, kedua tangannya sudah bisa bersentuhan dan memindahkan benda.
- 3) Bahasa: Anak sudah bisa bersuara/mengoceh dan menoleh ke arah sumber bunyi, meniru bunyi kata/kalimat dan memanggil papa/mama namun tidak spesifik.
- 4) Motorik Kasar: Anak sudah mulai membalikkan badannya, dada terangkat dan bertumpu pada lengan dan mengangkat kepala dengan tegak dan duduk tanpa pegangan meskipun tidak terlalu bisa melakukannya.

b. Usia 6-12 Bulan

- 1) Personal Sosial: Anak sudah pandai dalam mengambil mainan, meraih makanan, bertepuk tangan, menyatakan keinginan, dan minum dengan cangkir sendiri.

- 2) Adaptif-motorik halus: Anak sudah bisa memegang benda dengan ibu jari dan telunjuk serta menaruh benda ke dalam cangkir.
- 3) Bahasa: Anak sudah bisa menyebut papa mama dengan spesifik dan menguasai 3 kata.
- 4) Motorik Kasar: Anak sudah bisa duduk tanpa pegangan, berdiri dengan pegangan, bangkit untuk berdiri, bangkit lalu duduk, berdiri 2 detik, berdiri sendiri dan membungkuk kemudian berdiri.

c. Usia 12-24 Bulan

- 1) Personal Sosial: Anak jelas untuk menyatakan keinginan, meniru kegiatan yang di lihat, minum dengan cangkir sendiri, menggunakan sendok/garpu, membuka pakaian, menyuapi boneka, dan menggosok gigi walaupun dengan bantuan serta mencuci dan mengeringkan tangan.
- 2) Adaptif-motorik halus: Anak sudah bisa mengambil mainan yang ditunjukkan dan sudah bisa menumpuk mainan (kubus).
- 3) Bahasa: Anak sudah mulai menguasai 6 kata, menunjuk gambar lalu menyebutkannya dan mengucapkan kalimat yang sedikit dimengerti.
- 4) Motorik Kasar: Anak sudah bisa berjalan dengan baik, berjalan mundur, berlari, naik dan turun tangga, menendang bola dan melompat serta melempar bola dengan tangan.

d. Usia 24-36 Bulan

- 1) Personal Sosial: Anak bisa memakai baju, menggosok gigi, mencuci dan mengeringkan tangan sendiri, anak sudah bisa menyebut nama temannya.
- 2) Adaptif-motorik halus: Anak sudah bisa menggambar garis vertikal dan menggoyangkan ibu jari.
- 3) Bahasa: Anak sudah bisa mengkombinasikan kata, menyebut dan menunjuk gambar, mengetahui 4 kegiatan, mengerti 2 kata sifat (baik dan tidak baik) dan dapat menyebutkan 1 warna.
- 4) Motorik Kasar: Anak sudah pandai melompat, loncat jauh dan berdiri 1 kaki 2 detik.

e. Usia 36-48 Bulan

- 1) Personal Sosial: Anak sudah mulai belajar berpakaian tanpa bantuan, menggosok gigi tanpa bantuan, dan mengambil makanan.
- 2) Adaptif-motorik halus: Anak sudah bisa mencontoh gambar lingkaran dan + serta membedakan garis yang lebih panjang.
- 3) Bahasa: Anak sudah bisa mengartikan 5 kata, mengerti 4 kata depan, dan 3 kata sifat serta kegunaan 3 benda.
- 4) Motorik Kasar: Anak sudah bisa berdiri 1 kaki 5 detik, melompat dengan 1 kaki.

f. Usia 48-60 Bulan

- 1) Personal Sosial: Anak sudah pandai mengambil makanan sendiri, menggosok gigi sendiri, dan berpakaian tanpa bantuan.
- 2) Bahasa: Anak sudah bisa mengartikan 7 kata, menghitung 5 kubus, mengetahui 3 kata sifat dan menyebut 4 warna.
- 3) Motorik Kasar: Anak sudah bisa berdiri 1 kaki 6 detik dan berjalan dengan tumit ke jari kaki.

C. Diare

1. Pengertian Diare

Diare merupakan suatu penyakit yang ditandai bertambahnya defekasi (Buang Air Besar) lebih dari biasanya atau > 3 kali sehari yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan/tanpa darah dan lendir (Suraatmaja, 2007). Diare merupakan bagian dari gejala infeksi saluran intestinal, yang dapat disebabkan oleh berbagai jenis bakteri, virus, atau organisme parasit yang disebarkan melalui kontaminasi makanan atau minuman atau dari orang ke orang (WHO, 2017).

2. Faktor-Faktor Penyebab Diare

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya diare meliputi (Suharyono, 2008):

- a. Faktor gizi, menunjukkan semakin buruk gizi anak maka makin banyak kejadian diare yang dialami.

- b. Faktor perilaku makan, dipengaruhi oleh kemampuan ibu dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) terhadap makanan dari proses persiapan, memasak hingga menghadirkan makanan tersebut. Arti PHBS disini adalah bagaimana ibu menerapkan sanitasi makanan.
- c. Faktor sosial ekonomi. Kebanyakan anak yang mudah menderita diare berasal dari keluarga besar dengan daya beli yang rendah. Kondisi rumah yang buruk, tidak memiliki penyediaan air bersih yang memenuhi persyaratan kesehatan, pengetahuan, pendidikan orang tuanya yang rendah dan sikap serta kebiasaan yang tidak menguntungkan.
- d. Faktor lingkungan. Sanitasi yang buruk juga berpengaruh terhadap kejadian diare yang mengakibatkan adanya interaksi antar gen, penyakit dan tuan rumah seperti air, makanan, lalat, dan serangga lainnya, enterobakteri, parasit usus, virus, jamur, dan beberapa zat kimia yang telah dibuktikan pada berbagai penyelidikan epidemiologis sebagai penyebab penyakit diare.

Menurut Susanto (2017), faktor-faktor yang meningkatkan resiko terjadinya diare adalah faktor lingkungan, praktek penyapihan yang buruk dan malnutrisi, yaitu melalui praktik yang tidak higienis seperti menyiapkan makanan dengan tangan yang belum dicuci setelah buang air besar atau membersihkan tinja anak serta membiarkan anak bermain di daerah yang terkontaminasi

bakteri penyebab diare. Faktor diare akut pada balita lainnya yaitu faktor lingkungan, tingkat pengetahuan ibu, sosial ekonomi masyarakat, dan makan makanan yang dikonsumsi (Widoyono, 2011).

3. Klasifikasi Diare

Klasifikasi diare menurut Depkes RI (2000), dibagi menjadi empat yaitu:

- a. Diare Akut, merupakan diare yang berlangsung < 14 hari (umumnya kurang dari 7 hari) yang bisa berakibat dehidrasi. Menurut Faure (2013) dalam Hartati & Nurazila (2018), dehidrasi merupakan gejala diare yang menjadi penyebab utama kematian pada bayi dan anak kecil.
- b. Disentri, yaitu diare yang disertai adanya darah dalam tinja yang dapat menyebabkan anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, dan kemungkinan terjadinya komplikasi mukosa.
- c. Diare Persisten, yaitu diare yang berlangsung > 14 hari secara terus menerus dan dapat berakibat penurunan berat badan yang drastis serta gangguan metabolisme.
- d. Diare dengan masalah lain, yaitu anak yang menderita diare akut disertai diare persisten dan mungkin disertai penyakit lain juga (demam, gangguan gizi, atau penyakit lain).

4. Etiologi Diare

Penyebab diare menurut Widoyono (2008) dikelompokkan menjadi:

- a. Bakteri: *Escherichia coli*, *Shigella* sp dan *Vibrio cholera*;
- b. Virus: Rotavirus;
- c. Parasit: *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* dan *Cryptosporidium*;
- d. Makanan (makanan yang tercemar, basi, beracun, terlalu banyak lemak, sayuran mentah dan kurang matang);
- e. Malabsorpsi: karbohidrat, lemak, dan protein;
- f. Alergi: makanan dan susu sapi;
- g. Immunodefisiensi.

5. Gejala diare

Menurut Manoppo, Jeannete. I.Ch (2010), gejala dari diare antara lain; demam, muntah, batuk dan kejang serta bisa disertai dengan komplikasi diantaranya gangguan keseimbangan elektrolit, sepsis, bronkopneumonia dan syok hipovolemik.

Awal tanda dan gejala diare bayi dan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja cair disertai lendir atau darah. Warna tinja makin lama berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur empedu. Anus dan daerah sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam akibat

banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama diare (Ariani, 2016).

6. Komplikasi Diare

Komplikasi diare apabila klien mengalami dehidrasi menurut Suraatmaja (2007), antara lain: hypernatremia; hiponatremia; demam; edema/overhidrasi; asidosis; hypokalemia; ileus paralitikus; kejang; intoleransi laktosa; malabsorpsi glukosa; muntah; gagal ginjal.

7. Penularan diare

Menurut Depkes RI (2005), kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui fecal oral antara lain melalui makanan atau minuman yang tercemar tinja atau kontak langsung dengan tinja penderita.

8. Pencegahan Diare

Pencegahan penyakit diare menurut Depkes RI (2000) antara lain:

- 1) Peningkatan pemberian ASI (Air Susu Ibu);
- 2) Memberikan praktek pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dan imunisasi campak;
- 3) Penggunaan dan penyediaan sarana air bersih yang cukup;
- 4) Kebiasaan cuci tangan sebelum dan sesudah makan;
- 5) Penggunaan jamban yang benar;
- 6) Pembuangan kotoran yang tepat termasuk tinja anak-anak dan bayi dengan benar;

9. Penanggulangan Diare

Penanggulangan diare menurut Depkes RI (2005) antara lain:

- a. Pengamatan intensif dan pelaksanaan SKD (Sistem Kewaspadaan Dini) yang dilakukan untuk memperoleh data jumlah penderita dan kematian serta penderita baru yang belum dilaporkan dengan melakukan pengumpulan data secara harian pada daerah focus dan daerah sekitarnya yang mempunyai resiko tinggi terjangkit penyakit diare. Pelaksanaan SKD merupakan kegiatan dari surveillance epidemiologi yang berperan dalam mewaspadaai gejala timbulnya KLB (Kejadian Luar Biasa) diare.
- b. Penemuan kasus secara aktif
Tindakan ini berguna untuk menghindari terjadinya kematian lapangan karena diare pada saat terjadi KLB dimana sebagian penderita berada di masyarakat.
- c. Pembentukan pusat rehidrasi
Pusat rehidrasi ini berperan untuk penderita diare yang memerlukan perawatan dan pengobatan pada keadaan tertentu, misalkan lokasi KLB jauh dari puskesmas atau rumah sakit.
- d. Penyediaan logistic saat KLB
Segala sesuatu yang dibutuhkan oleh penderita diare saat terjadinya KLB.

e. Penyelidikan terjadinya KLB

Kegiatan penyelidikan KLB ini bertujuan untuk pengamatan intensif baik terhadap penderita maupun terhadap faktor resiko.

f. Pemutusan rantai penularan penyebab KLB

Upaya pemutusan rantai penularan penyakit diare pada saat KLB meliputi peningkatan kualitas kesehatan lingkungan dan penyuluhan kesehatan.

10. Prinsip Tatalaksana Diare

Menurut Depkes RI (2005) penatalaksanaan diare untuk menurunkan kematian dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

a. Mencegah terjadinya dehidrasi

Mencegah dehidrasi pada awal kejadian dapat dilakukan dengan mulai memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga yang dianjurkan.

b. Mengobati dehidrasi

Program pengobatan/penyembuhan diare program LINTAS DIARE (Lima Langkah Tuntaskan Diare) menurut Profil Kesehatan RI (2017), antara lain:

- 1) Rehidrasi menggunakan oralit osmolalitas rendah
- 2) Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut
- 3) Teruskan pemberian ASI dan makan
- 4) Antibiotik selektif
- 5) Nasihat kepada orang tua/pengasuh

Pengobatan diare balita bisa dilakukan dengan pemberian oralit dan zinc (Kemenkes RI, 2011).

a) Oralit

(1) Diare tanpa dehidrasi

Umur < 1 tahun: $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret

Umur 1- 4 tahun: $\frac{1}{2}$ - 1 gelas setiap kali anak mencret

Umur diatas 5 tahun: 1- $1\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret.

2) Diare dengan dehidrasi ringan sedang

Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75 ml/kg BB dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.

3) Diare dengan dehidrasi berat

Penderita dare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke Puskesmas untuk diberikan infus.

b) Zinc

Zinc merupakan mikronutrien yang berfungsi untuk mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada tiga bulan berikutnya (Profil Kesehatan R, 2017).

Zinc berperan dalam menghambat enzim Inducible Nitric Oxide Synthase (INOS), dimana ekskresi enzim ini

meningkat selama diare dan mengakibatkan hipersekresi epitel usus, selain itu zinc juga dapat mengepitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan morfologi dan fungsi selama kejadian diare (Kemenks RI, 2011).

Dosis pemberian Zinc pada balita:

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

Zinc tetap diberikan pada balita 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 balita diare (Kemenkes RI, 2011).

c) Memberi makan

Selama diare dianjurkan memberikan makanan yang mudah dicerna dan balita yang masih minum ASI harus lebih sering diberi ASI serta setelah diare berhenti pemberian makanan harus tetap dipantau untuk membantu pemulihan berat badan anak

d) Mengobati masalah lain

Apabila selama diare penderita mengalami penyakit lain maka diberikan pengobatan sesuai anjuran dokter dengan tetap mengutamakan dehidrasi.

D. Sanitasi

1. Pengertian Sanitasi

Sanitasi merupakan perilaku membudayakan hidup bersih dengan maksud mencegah manusia bersentuhan langsung dengan kotoran dan bahan buangan berbahaya lainnya dengan harapan bisa menjaga dan meningkatkan kesehatan manusia (Profil Kesehatan RI, 2017). Menurut Jenie dalam Purnawijayanti (2001) sanitasi merupakan penerapan dari prinsip-prinsip yang membantu memperbaiki, mempertahankan atau mengembalikan kesehatan yang baik pada manusia.

2. Ruang Lingkup Sanitasi

- a. Penyediaan air bersih atau air minum (*water supply*), meliputi pengawasan terhadap kualitas dan kuantitas, pemanfaatan air, penyakit-penyakit yang ditularkan melalui air, cara pengolahan, dan cara pemeliharaan.
- b. Pengolahan sampah (*refuse disposal*), meliputi cara atau sistem pembuangan dan cara penggunaannya serta pemeliharaannya.
- c. Pengolahan makanan dan minuman (*food sanitation*). Pengolahan makanan dimulai dari pengadaan bahan makanan/bahan baku, penyimpanan bahan makanan/bahan baku, pengolahan makanan, dan pengangkutan makanan, penyimpanan makanan dan penyajian makanan.

- d. Pengawasan atau pengendalian serangga dan binatang pengerat (*insect dan rodent control*), seperti cara pengendalian *vector*.
- e. Kesehatan dan keselamatan kerja, meliputi tempat/ruang kerja, pekerjaan, cara kerja dan tenaga kerja/pekerja.

3. Manfaat Sanitasi

- a. Mencegah penyakit menular;
- b. Mencegah kecelakaan;
- c. Mencegah timbulnya bau tidak sedap;
- d. Menghindari pencemaran;
- e. Mengurangi jumlah (presentase sakit);
- f. Lingkungan menjadi bersih, sehat dan nyaman.

4. Jenis-jenis Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan meliputi

- a. Ketersediaan air bersih

Syarat-syarat air minum yang sehat menurut Notoatmodjo (2003) adalah:

- 1) Syarat Fisik

Persyaratan untuk air minum yang sehat adalah bening (tidak berwarna), tidak berbau, tidak berasa, suhu dibawah suhu udara di luarnya.

2) Syarat Bakteriologis

Air yang diminum harus bebas dari bakteri, terutama yang bersifat patogen yang dapat dilakukan dengan memeriksa air tersebut, bila dari pemeriksaan 100 cc air terdapat < 4 bakteri E. coli, maka air tersebut sudah memenuhi syarat air sehat.

3) Syarat Kimia

Air minum yang sehat harus mengandung zat tertentu dengan jumlah tertentu dan tidak boleh terlalu berlebihan seperti flour (1-1,5 mg/l), chlor (250 mg/l), arsen (0,05 mg/l), tembaga (1,0 mg/l), besi (0,3 mg/l), zat organik (10 mg/l), Ph (6,5-9,6 mg/l) dan CO² (0 mg/l).

b. Kepemilikan Jamban

Jamban merupakan tempat pembuangan buang air besar yang dapat menimbulkan berbagai gangguan berupa gangguan estetika, kenyamanan dan kesehatan. Menurut Profil Kesehatan RI (2017), syarat jamban antara lain;

- 1) Tanah permukaan tidak boleh terjadi kontaminasi.
- 2) Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur.
- 3) Tidak boleh terkontaminasi air permukaan.
- 4) Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat dan hewan lain.

- 5) Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar, atau memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin.
- 6) Jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang.
- 7) Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana dan tidak mahal.

E. Perilaku Pemberian Makan Pada Balita

1. Perilaku

a. Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi dari individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmojo, 2010). Oktaviani (2015) mengatakan perilaku merupakan segenap manifestasi hayati individu dalam berinteraksi dengan lingkungan, mulai dari perilaku yang paling nampak sampai yang tidak tampak, dari yang dirasakan sampai paling yang tidak dirasakan. Wawan dan Dewi (2011) menjelaskan perilaku merupakan suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan yang baik disadari maupun tidak.

b. Jenis-jenis perilaku

Jenis-jenis perilaku individu menurut Oktaviani (2015) antara lain:

- 1) Perilaku sadar, perilaku yang melalui kerja otak dan pusat susunan syaraf,
- 2) Perilaku tak sadar, perilaku yang spontan atau *instingtif* ,
- 3) Perilaku tampak dan tidak tampak,
- 4) Perilaku sederhana dan kompleks,
- 5) Perilaku kognitif, afektif, konatif dan psikomotor,

c. Bentuk-bentuk perilaku

Menurut Notoatmojo (2011), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dibedakan menjadi dua yaitu:

1) Bentuk Pasif atau Perilaku Tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup yang masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada seseorang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati oleh seseorang secara jelas.

2) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus yang sudah dalam bentuk tindakan dan praktik yang jelas, yang dapat dengan mudah diamati dan dilihat oleh orang lain.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku menurut Lawrance Green (1980) dalam (Notoatmojo, 2010, hal: 59-60) antara lain:

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) yang terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pemungkin (*Enabling Factors*) yaitu faktor-faktor yang memfasilitasi perilaku atau tindakan yang dapat berupa sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan misalnya rumah sakit, puskesmas, posyandu, tempat pembuangan air, tempat pembuangan sampah dan makanan bergizi.
- 3) Faktor-faktor pendorong atau penguat (*Reinforcing Factors*) yaitu factor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya (Notoatmojo, 2007).

2. Perilaku Pemberian Makan Pada Balita

Pemberian makan pada balita ada 2 yaitu diberikan melalui air susu ibu (ASI) yang diberikan sejak lahir sampai anak berusia 2 tahun dan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) yang diberikan saat usia anak menginjak 6 bulan dan tetap diberikan ASI (Heni Purwati, 2016) dan ketika anak menginjak usia 2-5 tahun

maka akan diberikan makanan yang biasa dikonsumsi dikeluarganya.

a. Air Susu Ibu Eksklusif (ASI Eksklusif)

1) Pengertian Air Susu Ibu (ASI)

Air Susu Ibu (ASI) merupakan emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa, dan garam-garam anorganik yang disekresi di kelenjar mammae ibu untuk memberi makanan pada bayi yang berwarna putih yang disiapkan saat ibu mengalami kehamilan (Khamzah, 2012) sedangkan ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa ditambah makanan yang lain yang diberikan sampai anak berusia 6 bulan.

2) Mekanisme Produksi ASI

Menurut dr.Widodo Judarwanto dalam Khamzah (2012) mekanisme produksi ASI 5 tahapan yaitu:

- a) Pertama, produksi asi dimulai dari bulan ketiga kehamilan dan terbentuk beberapa hormon diantaranya progesteron, estrogen, *follicle stimulating hormone* (FSH), *luteinizing hormone* (LH), prolaktin, *oksitosin*, dan *human placental lactogen* (HPL).
- b) Kedua, pada bulan kelima dan keenam kehamilan, payudara siap memproduksi ASI. Namun, ASI bisa juga diproduksi tanpa kehamilan (*induce lactation*).

- c) Ketiga *Laktogenesis I*, payudara mulai memproduksi kolostrum.
- d) Keempat *Laktogenesis II*, yaitu saat melahirkan keluarnya plasenta menyebabkan turunnya tingkat hormon *progesteron*, *estrogen*, dan HPL secara tiba-tiba, namun *prolaktin* tetap tinggi yang menyebabkan produksi ASI menjadi sangat banyak. *Laktogenesis II* dimulai sekitar 30-40 jam setelah melahirkan, tetapi biasanya ibu merasakan payudara penuh sekitar 50-73 jam (2-3 hari) setelah melahirkan.
- e) Kelima *Laktogenesis III*, dimana sistem kontrol *autokrin* dimulai agar produksi ASI mulai stabil. Pada tahap ini apabila ASI yang dikeluarkan semakin banyak maka payudara juga akan memproduksi ASI dengan banyak.

3) Jenis ASI Berdasarkan Faktor Produksi

Menurut Khamzah, Siti Nur (2012), dilihat dari waktu produksinya ASI dibagi menjadi tiga jenis yaitu:

a) Kolostrum

Kolostrum merupakan cairan yang pertama dikeluarkan atau disekresi oleh kelenjar payudara pada 4 hari pertama setelah persalinan yang berwarna kuning keemasan karena tingginya komposisi lemak dan sel-sel hidup (Khamzah, Siti Nur, 2012). Menurut Rizki Natia Wiji

(2013), kolostrum merupakan ASI yang dihasilkan pada hari pertama sampai hari ketiga setelah bayi lahir yang berwarna kekuningan atau sirup bening yang mengandung protein tinggi dan sedikit lemak dan daripada susu matang.

Tabel 2.2. Kandungan Kolostrum dan manfaat kolostrum

Kandungan Kolostrum	Manfaat Kolostrum
Kaya antibody	Melindungi bayi terhadap infeksi dan alergi
Banyak sel darah putih	Melindungi bayi terhadap infeksi
Pencakar	Membersihkan air ketuban dan membantu mencegah bayi kuning
Faktor-faktor pertumbuhan	Membantu usus bayi berkembang lebih matang serta mencegah alergi dan keadaan tidak tahan.
Kaya vitamin A	Mengurangi keparahan infeksi dan mencegah penyakit mata pada bayi.

Sumber: Khamzah, 2012

b) Air Susu Masa Peralihan (Masa Transisi)

ASI Masa Transisi merupakan peralihan dari ASI kolostrum menjadi ASI *mature* yang diproduksi pada hari keempat sampai hari keempat belas setelah persalinan, dimana protein sudah mulai berkurang sedangkan karbohidrat dan lemak semakin banyak serta volumenya semakin meningkat (Khamzah, Siti Nur, 2012).

c) ASI Mature

Menurut Khamzah (2012) ASI Mature merupakan ASI yang diproduksi sejak hari keempat belas dan seterusnya dimana nutrisi bayi yang terus berubah disesuaikan dengan perkembangan bayi sampai usia 6 bulan dan nantinya bayi akan dikenalkan dengan makanan pendamping ASI.

d) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Produksi ASI

Menurut Khamzah (2012) produksi ASI dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

(1) Makanan Ibu

Makanan yang dikonsumsi ibu tentunya harus mengandung gizi yang baik, karena jika zat gizi yang diperlukan kurang maka akhirnya akan mengganggu kelenjar-kelenjar pembuat ASI bekerja sempurna sehingga mengganggu produksi ASI.

(2) Berat Lahir

Bayi dengan berat lahir kurang (<1500 gram) tentu akan mempengaruhi kekuatan untuk menghisap, frekuensi, dan lama penyusuan dibanding bayi yang lebih besar.

(3) Stres

Pengeluaran ASI akan berlangsung baik dan banyak jika ibu bayi dalam keadaan rileks dan nyaman sedangkan akan terganggu jika ibu bayi dalam keadaan stress disertai cemas.

(4) Konsumsi Rokok

Merokok dapat mengurangi produksi ASI karena mengganggu hormon *prolactin* dan *oksitosin* serta menstimulasi pelepasan adrenalin yang menghambat pelepasan *oksitosin*.

(5) Konsumsi Alkohol

Kandungan etanol dalam alkohol dapat menghambat produksi *oksitosin*. Pada dosis 0,5-0,8 gr/kg BB ibu dapat mengakibatkan kontraksi rahim 62% dari normal dan dosis 0,9-1,1 gr/kg BB mengakibatkan kontraksi rahim 32% dari normal (Matheson, 1989).

(6) Pil Kontrasepsi

Pil kontrasepsi yang mengandung kombinasi estrogen dan progestin dapat mengakibatkan penurunan volume dan durasi pengeluaran ASI.

(7) Perawatan Payudara

Pemijatan payudara menjelang laktasi perlu dilakukan sampai 6 minggu terakhir masa kehamilan yang diharapkan apabila terdapat penyumbatan pada saluran dalam payudara dapat dihindarkan sehingga pada waktunya ASI dikeluarkan dapat keluar dengan lancar.

e) Kandungan Nutrisi ASI

Menurut Khamzah (2012) kandungan nutrisi ASI, antara lain:

(1) Karbohidrat

Karbohidrat yang terbanyak dalam ASI adalah laktosa yang berstruktur kimia glukosa dan galaktosa, dimana galaktosa inilah yang berperan dalam perkembangan jaringan otak (Khamzah, 2012). Selain itu manfaat dari laktosa lainnya

yaitu dalam penyerapan kalsium, mencegah pertumbuhan bakteri yang tidak diinginkan serta penyerapan mineral-mineral lainnya.

Karbohidrat utama dalam ASI adalah laktosa yang akan diubah menjadi galaktosa. Galaktosa membentuk galaktolipid yang berperan penting dalam perkembangan otak bayi (Bahiyatun, 2009).

(2) Protein dan asam amino

Kandungan protein dalam ASI yang paling banyak adalah protein *whey* yang lebih mudah diserap oleh usus bayi dan sedikit protein *casein* yang susah dicerna usus bayi (Khamzah, 2012).

Asam amino yang berperan dalam perkembangan otak bayi yaitu *taurin*, *tirosin*, dan *triptofan*. Taurin adalah asam amino bebas yang jumlahnya sangat banyak di jaringan saraf, jaringan, otak yang sedang berkembang dan syaraf pada mata yang berperan sebagai neurotransmitter, mengatur aktivitas sel saraf, menstabilkan dinding sel saraf dan antioksidan (Yulianti, 2016).

(3) Lemak

Setengah dari energi yang terkandung dalam ASI adalah lemak omega-3 dan omega-6 yang dibutuhkan dalam pertumbuhan otak yang cepat selama bayi, selain itu juga

terdapat dalam DHA dan ARA yang berperan dalam perkembangan jaringan saraf dan retina mata serta lemak jenuh dan tak jenuh yang seimbang untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah (Khamzah, 2012).

(4) Karnitin

Karnitin dalam ASI membantu dalam proses pembentukan energi yang diperlukan untuk mempertahankan metabolisme (Khamzah, 2012).

(5) Vitamin yang tidak larut dalam air (Vitamin A, D, E, K)

Peran dari vitamin A, D, E, K yang terkandung dalam ASI, antara lain:

(a) Vitamin A dan betakaroten yang berperan dalam pembelahan sel, kekebalan tubuh, dan pertumbuhan

(b) Vitamin D, berperan dalam mencegah bayi dari penyakit tulang

(c) Vitamin E, berperan dalam ketahanan dingin sel darah merah

(d) Vitamin K, berperan dalam faktor pembekuan darah.

(6) Vitamin yang larut dalam air (Vitamin B,C) dan asam folat

Hampir semua vitamin yang larut dalam air terdapat pada ASI diantaranya vitamin B, vitamin C, dan asam folat. Kadar vitamin B1 dan B2 cukup tinggi dalam ASI, tetapi vitamin

B6 dan B12 serta asam folat rendah terutama pada ibu yang kurang gizi (Khamzah, 2012).

(7) Mineral

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia Cabang DKI Jakarta (2008), ASI memiliki kandungan mineral yang konstan selama laktasi. Garam organik yang terkandung dalam ASI yaitu kalium, kalium dan natrium. Kalsium berperan dalam pertumbuhan jaringan otot dan rangka, transmisi jaringan saraf dan pembekuan darah. Kadar kalsium dalam ASI lebih rendah dari susu formula tetapi lebih mudah diserap oleh usus bayi.

(8) Manfaat ASI

Manfaat ASI menurut Khamzah (2012), antara lain:

- (a) Menurunkan kejadian infeksi
- (b) Tumbuh kembang anak yang optimal
- (c) Mencegah kanker pada anak
- (d) Meningkatkan kecerdasan anak
- (e) Melindungi bayi dari serangan alergi
- (f) Menurunkan resiko gigi berlubang.

b. Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)

1) Pengertian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) merupakan makanan untuk balita selain ASI yang berguna untuk menyempurnakan status gizi bayi Purwati dan Nurul (2016). Makanan ini digunakan untuk mensuplay kebutuhan energi, perbaikan jaringan, pertumbuhan dan perkembangan bayi serta mengubah kebiasaan makanan bayi dari jenis makanan cair (ASI atau susu formula) kepada jenis makanan yang biasa dimakan oleh anggota keluarga lain (orang dewasa) (Kalnins, 2010). Makanan pendamping ASI diberikan sampai anak berumur 2 tahun.

2) Manfaat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)

- a) Memenuhi kebutuhan;
- b) Penyesuaian saluran cerna terhadap makanan tambahan;
- c) Mengajarkan bayi mengunyah dan menelan;
- d) Mengembangkan dalam hal menerima berbagai macam rasa;

3) Tanda-tanda anak siap menerima (MP-ASI)

Menurut Kemenkes (2012), tanda dari anak yang siap menerima makanan pendamping ASI (MP-ASI), antara lain:

- a) Bayi dapat duduk dan mempertahankan kepalanya
- b) Bisa melakukan gerakan mengunyah

- c) Berat badan terlihat meningkat 2 kali dari berat badan ketika lahir
- d) Terlihat tertarik pada makanan
- e) Mulai mendekati mulut ketika sendok didekatkan mulut
- f) Bisa memindahkan makanan dari mulut bagian depan ke mulut bagian belakang
- g) Bisa menggunakan lidah, dan tidak lagi mendorong makanan keluar menggunakan lidah
- h) Mulai tumbuh gigi
- i) Menghilangnya reflex menjulurkan lidah
- j) Bayi bersemangat mengambil dan meraih makanan
- k) Terlihat menyukai rasa-rasa baru
- l) Bayi sudah bisa membawa makanan sendiri dalam genggamannya.

4) Kriteria Makanan Tambahan Balita

Menurut Krisnatuti & Yenrina (2008), kriteria makanan tambahan ASI antara lain:

- a) Memiliki nilai energi dan kandungan protein yang tinggi
- b) Memiliki nilai suplementasi yang baik serta mengandung vitamin dan mineral yang cocok
- c) Dapat diterima oleh alat pencernaan bayi dengan baik
- d) Harga relatif murah

- e) Sebaiknya diproduksi dari bahan-bahan yang tersedia secara lokal
- f) Bersifat padat gizi
- g) Kandungan serat kasar atau bahan lain yang sukar dicerna dalam jumlah yang sedikit. Kandungan serat yang terlalu banyak justru akan mengganggu pencernaan bayi.

c. Makanan Keluarga

Wirandoko (2007) menyatakan bahwa pada balita usia 2-5 tahun termasuk dalam kelompok rentan atau rawan gizi.

Pada anak usia 2-5 tahun mereka akan lebih dikenalkan dengan makanan yang biasa dikonsumsi oleh keluarganya. Pengetahuan tentang kadar zat gizi dalam berbagai bahan makanan bagi kesehatan keluarga dapat membantu ibu memilih bahan makanan yang harganya tidak begitu mahal akan tetapi nilai gizinya tinggi (Sjahmien Moehji, 2002).

Anjuran pemberian makanan untuk usia 1-5 tahun menurut Moehji (1998) antara lain:

2. Usia 1-3 tahun

Pada usia 1-3 tahun makanan yang dikonsumsi anak tergantung pada apa yang disediakan ibunya karena pada usia ini anak bersifat konsumen pasif. Gigi susu telah tumbuh tetapi belum bisa digunakan untuk mengunyah makanan yang terlalu keras, namun sudah dikenalkan dengan makanan orang dewasa.

3. Usia 4 - 5 tahun

Pada usia 4-5 tahun anak sudah bisa memilih makanan yang disukai dan sebaiknya anak sudah diberikan kebiasaan makan yang baik melalui pendidikan gizi di rumah maupun di sekolah.

a) Gizi

Gizi merupakan proses organisme mengonsumsi makanan secara normal melalui proses pencernaan, absorpsi, transportasi dan penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, perkembangan dan fungsi normal organ serta menghasilkan energi (Supriasa, 2002). Manfaat zat gizi antara lain: Sebagai sumber energi dan tenaga menyokong pertumbuhan badan, memelihara jaringan tubuh dan mengganti jaringan yang rusak, mengatur metabolisme, sebagai mekanisme pertahanan tubuh dari penyakit, sumber energi dan tenaga.

b) Penilaian gizi

1) Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam

pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa, 2001).

2) Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

- Survei konsumsi makanan merupakan metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi.
- Statistik vital merupakan pengukuran dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu.
- Faktor ekologi digunakan untuk mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya (Hidayat, 2008).

c) Cara Mengukur Gizi Pada Anak Usia 0-5 Tahun

Pengukuran status gizi balita dapat dilakukan dengan indeks antropometri dan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT).

Rumus IMT:

$$\text{IMT} = \text{BB (kg)} \times \text{TB}^2 \text{ (m)}$$

Keterangan:

IMT: Indeks Massa Tubuh

BB: Berat Badan (kg)

TB: Tinggi Badan (m)

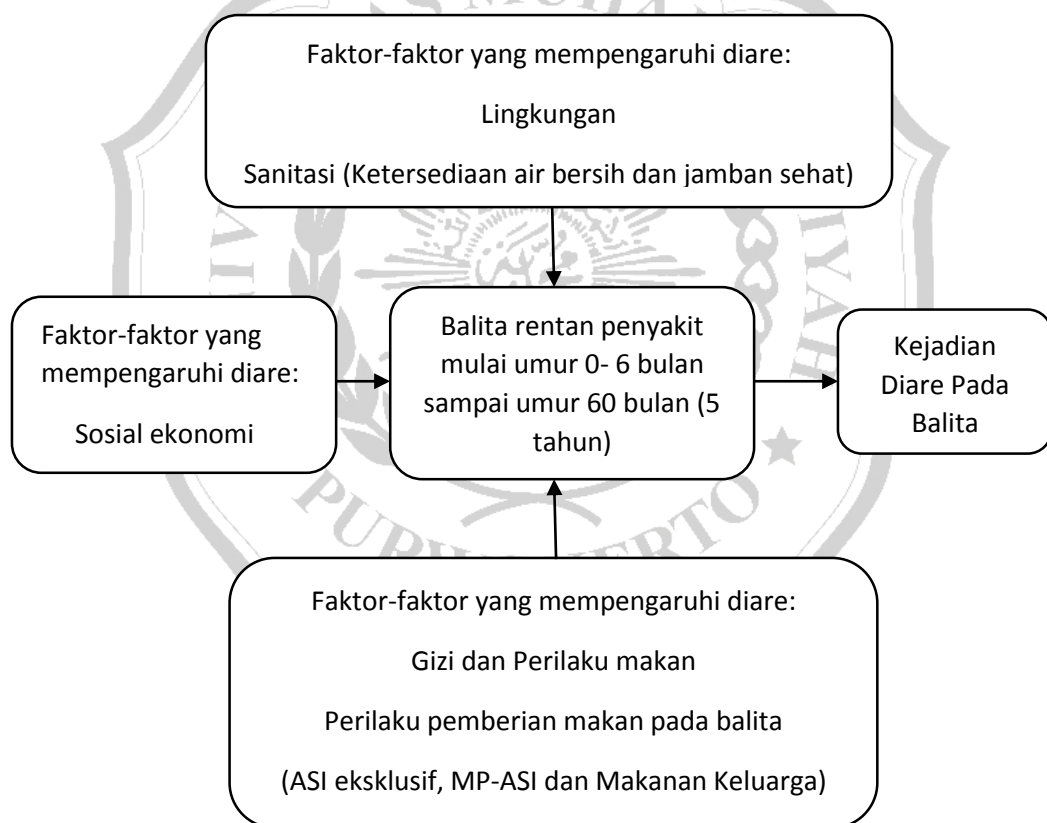
d) Klasifikasi Status Gizi

Status gizi dapat diperoleh dengan pemeriksaan antropometri. Indikator yang digunakan berdasarkan Depkes (2010) adalah (BB/U), (TB/U), (BB/TB), (IMT/U) klasifikasi status gizi berat badan per umur (BB/U) adalah sebagai berikut:

- (1) Gizi lebih, jika lebih dari 2,0 SD
- (2) Gizi baik, jika -2,0 SD sampai +2,0 SD
- (3) Gizi buruk, jika kurang dari -3,0 SD

E. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian adalah sekumpulan teori yang mendasari topik penelitian yang disusun berdasarkan teori yang sudah ada dalam tinjauan teori dan mengikuti kaidah *input*, proses dan *output* (Sugiyono, 2011). Hubungan sanitasi dan perilaku pemberian makan terhadap kejadian diare di Puskesmas Kedung Banteng diharapkan dapat mempermudah peneliti dalam melakukan penelitian. Kerangka teori penelitian ini adalah sebagai berikut:

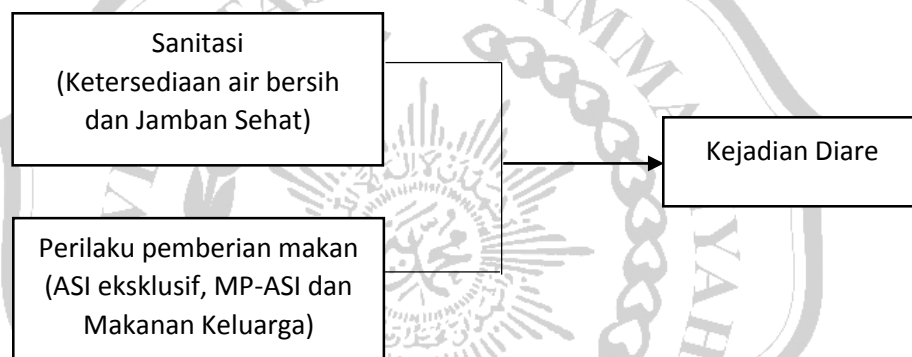


Gambar 2.1 Kerangka Teori (Suharyono, 2008)

F. Kerangka Konsep Dan Hipotesis Penelitian

4.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan penjelasan dari tinjauan pustaka mengenai hubungan antara sanitasi dan perilaku pemberian makan terhadap kejadian diare pada balita, maka dalam penelitian ini variabel independennya terdiri dari sanitasi dan perilaku pemberian makan, sedangkan variabel dependennya adalah kejadian diare. Secara sistematis masing-masing variabel dapat diuraikan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Notoatmojo (2007)

4.2 Hipotesis Penelitian

Ha : Ada hubungan sanitasi terhadap kejadian diare pada balita.

Ha : Ada hubungan perilaku pemberian makan terhadap kejadian diare pada balita.

Ho : Tidak ada hubungan sanitasi terhadap kejadian diare pada balita.

Ho : Tidak ada hubungan perilaku pemberian makan terhadap kejadian diare pada balita.