HUBUNGAN HIGIENE DASAR RUMAH TANGGA DENGAN KEJADIAN DIARE DI INDONESIA: SKI 2023

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

INATSA ZHAFIRA PARKESIT
030002300155

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

Bidang Ilmu : Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN HIGIENE DASAR RUMAH TANGGA DENGAN KEJADIAN DIARE DI INDONESIA: SKI 2023

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

INATSA ZHAFIRA PARKESIT, 030002300155

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:
HUBUNGAN HIGIENE DASAR RUMAH TANGGA DENGAN KEJADIAN DIARE DI INDONESIA: SKI 2023

Inatsa Zhafira Parkesit
NIM 030002300155

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Dewan Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Kamis, Tanggal 2 Juli 2026

Pembimbing

Dr. dr. Tubagus Ferdi Fadilah, Sp.A., M.Kes., FISQua
NIK:2653/USAKTI

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN HIGIENE DASAR RUMAH TANGGA DENGAN KEJADIAN DIARE DI INDONESIA: SKI 2023

INATSA ZHAFIRA PARKESIT

NIM 030002300155

Telah diuji dan disahkan dihadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari ..... , Tanggal 2026

Ketua Penguji

Nama :.....

NIK :.....

Anggota Penguji I

Nama : Dr. dr. Tubagus Ferdi Fadilah, Sp.A., M.Kes., FISQua

NIK : 2653/USAKTI

Anggota Penguji II

Nama :.....

NIK :.....

Jakarta, ... 2026

Dekan

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK: 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Inatsa Zhafira Parkesit
NIM	: 030002300155
Program Studi	: Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Jl. Tawakal XI No. 25, RT.8/RW.9, Tomang, Grogol Petamburaan, Kota Jakarta Barat, DKI Jakarta, ID 11450
Telepon / mobile E-mail	: 08128546585
E-mail	: 030002300155@std.trisakti.ac.id
Judul Proposal Skripsi	: Hubungan Higiene Dasar Rumah Tangga dengan Kejadian Diare di Indonesia: SKI 2023

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan proposal skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, ...2026



Inatsa Zhafira Parkesit

030002300155

DAFTAR ISI

HALAMAN PROPOSAL SKRIPSI ..... **i**
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ..... **ii**
HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI ..... **iv**
DAFTAR ISI ..... **v**
DAFTAR TABEL ..... **viii**
DAFTAR GAMBAR ..... **ix**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **x**
DAFTAR SINGKATAN ..... **xi**

BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 2
1.3 Tujuan 2
1.3.1 Tujuan umum 2
1.3.2 Tujuan khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 3
1.5.1 Manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan 3
1.5.2 Manfaat bagi profesi/institusi 3
1.5.3 Manfaat bagi masyarakat 4

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI **5**
2.1 Tinjauan Pustaka 5
2.1.1 Diare 5
2.1.1.1 Definisi diare 5
2.1.1.2 Epidemiologi diare 5
2.1.1.2.1 Epidemiologi diare global 5
2.1.1.2.2 Epidemiologi diare di Indonesia 5
2.1.1.2.3 Epidemiologi diare berdasarkan SKI 2023 6
2.1.1.3 Etiologi diare 6
2.1.1.4 Faktor risiko diare 6
2.1.1.4.1 Faktor host (pejamu) 6
2.1.1.4.2 Faktor agent (penyebab) 8
2.1.1.4.3 Faktor environment (lingkungan) 9
2.1.1.5 Klasifikasi diare 10
2.1.1.6 Patofisiologi diare 10
2.1.1.7 Tanda dan gejala klinis diare 12
2.1.1.8 Diagnosis diare 13
2.1.1.9 Tatalaksana diare 14
2.1.1.10 Komplikasi diare 15

2.1.2 Higiene 16
2.1.2.1 Definisi higiene 16
2.1.2.2 Higiene dasar rumah tangga 16
2.1.2.3 Perbedaan higiene dan sanitasi 16
2.1.2.4 Klasifikasi akses higiene (Tangga Higiene JMP WHO-UNICEF) 17
2.1.2.4.1 Akses higiene dasar 17
2.1.2.4.2 Akses higiene terbatas 17
2.1.2.4.3 Tanpa fasilitas higiene……17
2.1.2.5 Komponen higiene dasar rumah tangga 18
2.1.2.5.1 Fasilitas Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) .. 18
2.1.2.5.2 Ketersediaan sabun rumah tangga 18
2.1.2.5.3 Ketersediaan air bersih untuk keperluan higiene..……... 18
2.1.2.6 Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) 19
2.1.2.6.1 Definisi dan teknik CTPS yang benar..... 19
2.1.2.6.2 Momen kritis cuci tangan 19
2.1.2.6.3 Peran sabun dalam memutus rantai penularan penyakit..... 20
2.1.2.7 Indikator higiene dasar dalam SKI 2023 20
2.1.2.7.1 Definisi operasional akses higiene dasar 20
2.1.2.7.2 Distribusi akses higiene dasar per provinsi berdasarkan SKI 2023..... 21
2.1.2.8 Faktor yang memengaruhi higiene dasar rumah tangga..... 22
2.1.2.8.1 Higiene dasar rumah tangga menurut wilayah tempat tinggal 21
2.1.3 Hubungan higiene dasar dengan diare 22
2.1.3.1 Mekanisme biologis higiene dalam mencegah diare..... 24
2.1.3.1.1 Jalur transmisi fekal-oral 24
2.1.3.1.2 Peran tangan sebagai vektor penularan patogen enteropatogen..... 25
2.1.3.1.3 Mekanisme CTPS dalam memutus rantai penularan..... 25
2.1.3.2 Bukti ilmiah hubungan higiene dengan kejadian diare 25
2.1.3.2.1 Studi internasional 25
2.1.3.2.2 Studi nasional..... 26
2.1.4 Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023..... 26
2.1.4.1 Gambaran umum SKI 2023..... 26
2.1.4.2 Latar belakang dan tujuan SKI 2023 27
2.1.4.3 Metodologi dan cakupan SKI 2023..... 27
2.1.4.4 Perbedaan SKI 2023 dengan Riskesdas sebelumnya 27
2.1.5 Hasil SKI 2023 terkait kejadian diare..... 28
2.2 Ringkasan pustaka..... 29
2.3 Kerangka teori 31

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 32
3.1 Kerangka Konsep 32
3.1.1 Variabel penelitian 32
3.1.1.1 Variabel bebas 32
3.1.1.2 Variabel tergantung 32
3.2 Definisi operasional 33

BAB IV METODE PENELITIAN 35
4.1 Desain penelitian 35
4.2 Lokasi dan waktu penelitian 35
4.3 Populasi dan sampel penelitian 35
4.3.1 Populasi 35
4.3.2 Sampel 35
4.3.2.1 Kriteria inklusi 35
4.3.2.2 Kriteria eksklusi 35
4.4 Bahan dan instrument penelitian 36
4.5 Cara pengambilan data 36
4.6 Analisis data 36
4.6.1 Analisis univariat 36
4.6.2 Analisis bivariat 37
4.7 Alur kerja penelitian 38
4.8 Etika penelitian 38
4.9 Penjadwalan penelitian 39

DAFTAR PUSTAKA 41
LAMPIRAN 44

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Proporsi ketersediaan fasilitas cuci tangan rumah tangga menurut provinsi, SKI 2023 21
Tabel 2. Ringkasan pustaka..... 29
Tabel 3. Definisi operasional 33
Tabel 4. Penjadwalan pelaksanaan penelitian..... 39
Tabel 5. Distribusi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tempat tinggal), higiene dasar, dan diare..... 44
Tabel 6. Distribusi higiene dasar dan diare pada wilayah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) 44
Tabel 7. Hubungan antara higiene dasar dengan diare 44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Tangga Higiene JMP WHO-UNICEF 17
Gambar 2. Kerangka teori 31
Gambar 3. Kerangka konsep 32
Gambar 4. Alur kerja penelitian 38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table* 44
Lampiran 2. Kuesioner Rumah Tangga data SKI 2023 Blok I 45
Lampiran 3. Kuesioner Rumah Tangga data SKI 2023 Blok IV 45
Lampiran 4. Kuesioner Individu data SKI 2023 Blok XI Kode A01 45
Lampiran 5. Kuesioner Rumah Tangga data SKI 2023 Blok VI 46
Lampiran 6. Data responden 46

DAFTAR SINGKATAN

ART	= Anggota Rumah Tangga
BAB	= buang air besar
BKPK	= Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
BPS	= Badan Pusat Statistik
cAMP	= *cyclic adenosine monophosphate*
cGMP	= *cyclic guanosine monophosphate*
COVID-19	= *Coronavirus Disease 2019*
CRP	= *C-reactive protein*
CTPS	= Cuci Tangan Pakai Sabun
EKG	= elektrokardiogram
Germas	= Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
GMCs	= *giant migrating contractions*
HIV	= *Human Immunodeficiency Virus*
IBD	= *Inflammatory Bowel Disease*
IPKM	= Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
JMP	= *Joint Monitoring Programme*
KLB	= Kejadian Luar Biasa
OR	= *Odds Ratio*
PAF	= *platelet-activating factor*
PCR	= *Polymerase Chain Reaction*
PDAM	= Perusahaan Daerah Air Minum
PHBS	= Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PIS-PK	= Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
Riskesdas	= Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	= Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RUTA	= Rumah Tangga
SDGs	= *Sustainable Development Goals*
SKI	= Survei Kesehatan Indonesia
SPAL	= Sarana Pembuangan Air Limbah
SPM	= Standar Pelayanan Minimal
SPSS	= *Statistical Package for the Social Sciences*
SSGI	= Survei Status Gizi Indonesia
TSH	= *thyroid-stimulating hormone*
UNICEF	= *United Nations Children's Fund*
WHO	= *World Health Organization*

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Diare adalah keadaan ketika frekuensi buang air besar seseorang meningkat hingga 3 kali atau lebih dalam periode 24 jam, disertai perubahan bentuk tinja menjadi lunak atau cair. Indikator lain dari kondisi diare adalah ketika frekuensi defekasi melebihi kebiasaan atau pola harian normal dari individu tersebut. Diare umumnya terjadi akibat adanya infeksi pada sistem pencernaan yang dipicu oleh berbagai mikroorganisme patogen.(1)

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2024, penyakit diare tercatat sebagai penyebab kematian terbesar ketiga pada kelompok anak usia di bawah lima tahun, dengan angka kematian mencapai 443.832 jiwa setiap tahunnya.(1) Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2024, diare dikategorikan sebagai masalah kesehatan masyarakat yang berisiko memicu Kejadian Luar Biasa (KLB) dan kematian.(2) Sepanjang tahun tersebut, 3.056.072 kasus pada seluruh kelompok usia yang ditangani di fasilitas kesehatan.(2) Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 melaporkan bahwa prevalensi diare di Indonesia pada seluruh kelompok usia mencapai 4,3%.(3)

Peningkatan angka kejadian diare dipengaruhi oleh kondisi higiene dan sanitasi lingkungan yang belum memenuhi standar kesehatan. Keterbatasan akses air bersih, rendahnya pengetahuan masyarakat, serta perilaku kebersihan pribadi yang kurang baik, seperti tidak mencuci tangan dengan benar, penggunaan toilet yang tidak higienis, buang air besar sembarangan, dan pengelolaan limbah yang buruk dapat meningkatkan risiko penyebaran diare.(4)

Berdasarkan SKI 2023, higiene dasar rumah tangga diukur melalui ketersediaan fasilitas cuci tangan sebagai sarana utama menjaga kebersihan. Tingkat higiene dibagi menjadi tiga kategori, yaitu tidak memiliki akses apabila rumah tangga tidak menyediakan fasilitas cuci tangan, akses terbatas apabila fasilitas tersedia tetapi tidak dilengkapi air dan sabun, serta akses

higiene dasar apabila fasilitas cuci tangan lengkap dengan air dan sabun di rumah.[1]

Penelitian oleh Noguchi, *et al* tahun 2021 menunjukkan bahwa rumah yang memiliki sarana mencuci tangan yang dilengkapi air dan sabun, berkontribusi dalam menurunkan angka kejadian diare.[5] Studi Sari, *et al* tahun 2025 juga menunjukkan bahwa akses higiene dasar berkaitan dengan rendahnya kasus diare.[6] Sedangkan menurut Silalahi, *et al* tahun 2024, akses higiene dasar tidak memiliki hubungan signifikan dengan kejadian diare.[7] Selain itu, menurut Lidiana, *et al* tahun 2021, akses higiene dasar juga diketahui tidak memiliki hubungan dengan diare.[8]

Meskipun penelitian sebelumnya telah menganalisis hubungan higiene dasar rumah tangga dengan kejadian diare, sebagian besar penelitian masih dilakukan pada populasi atau wilayah tertentu sehingga hasilnya belum menggambarkan kondisi secara nasional. Selain itu, penelitian yang menggunakan data SKI 2023 untuk menganalisis hubungan tersebut masih terbatas. Oleh karena itu, kebaruan penelitian ini terletak pada penggunaan data SKI 2023 yang representatif secara nasional untuk menganalisis hubungan higiene dasar rumah tangga dengan kejadian diare di Indonesia.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara higiene dasar rumah tangga dengan kejadian diare di Indonesia?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia melalui pemahaman hubungan antara higiene dasar rumah tangga dan kejadian diare sebagai dasar upaya pencegahan diare di tingkat keluarga.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mendeskripsikan distribusi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, dan tempat tinggal), higiene dasar rumah tangga dan diare pada seluruh kelompok umur di Indonesia berdasarkan data SKI 2023.
2. Mendeskripsikan distribusi higiene dasar rumah tangga dan kejadian diare berdasarkan tempat tinggal (perkotaan dan pedesaan) di Indonesia berdasarkan data SKI 2023.
3. Menganalisis hubungan higiene dasar rumah tangga dengan kejadian diare di Indonesia berdasarkan data SKI 2023.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara higiene dasar rumah tangga dengan kejadian diare di Indonesia berdasarkan analisis data SKI 2023.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Temuan dari studi ini diharapkan bisa berkontribusi dalam kemajuan ilmu kesehatan masyarakat, terutama yang berkaitan dengan higiene dasar rumah tangga yang berhubungan dengan kejadian diare di Indonesia. Penelitian ini berpotensi menambah bukti akademis mengenai pentingnya akses higiene dasar dalam rumah tangga terhadap munculnya diare dan dapat menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya.

1.5.2 Manfaat bagi profesi/institusi

Untuk puskesmas, dinas kesehatan, dan lembaga layanan kesehatan lainnya, hasil dari penelitian ini diharapkan bisa menjadi pertimbangan dalam perencanaan, pelaksanaan, serta penilaian program pencegahan diare dengan meningkatkan akses higiene dasar di rumah tangga.

1.5.3 Manfaat bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat memperoleh pemahaman dan informasi yang lebih baik mengenai pentingnya akses higiene dasar dalam rumah tangga untuk mencegah kejadian diare. Dengan ini, diharapkan masyarakat mampu meningkatkan kesadaran akan pentingnya akses higiene dasar guna menurunkan potensi terjadinya penyakit diare di lingkungan rumah.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan pustaka

2.1.1 Diare

2.1.1.1 Definisi diare

Diare adalah keadaan ketika frekuensi buang air besar seseorang meningkat hingga 3 kali atau lebih, dalam periode 24 jam disertai perubahan bentuk tinja menjadi lunak atau cair. Indikator lain dari kondisi diare adalah ketika frekuensi defekasi melebihi kebiasaan atau pola harian normal dari individu tersebut. Diare umumnya terjadi akibat adanya infeksi pada sistem pencernaan yang dipicu oleh berbagai mikroorganisme patogen.[1]

2.1.1.2 Epidemiologi diare

2.1.1.2.1 Epidemiologi diare global

Menurut WHO tahun 2024, diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat terutama di negara dengan tingkat pendapatan rendah hingga menengah. Secara global, diperkirakan ada sekitar 1,7 miliar kejadian diare setiap tahun, dan mayoritasnya terjadi pada anak-anak. Untuk kelompok usia 1–59 bulan, diare berada di posisi ke-3 sebagai penyebab kematian dengan angka kematian mencapai 443.832 jiwa setiap tahunnya.[1] Secara global, beban mortalitas akibat penyakit diare pada tahun 2021 mencapai 1,17 juta jiwa, yang mencakup seluruh kelompok umur usia.[9]

2.1.1.2.2 Epidemiologi diare di Indonesia

Salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia adalah tingginya angka morbiditas diare. Merujuk pada laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, tingkat prevalensi penyakit ini berkisar antara 6,8% hingga 8% yang tersebar di seluruh tingkatan usia.[10] Jumlah penderita diare yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan di Indonesia pada tahun 2024 tercatat sebanyak 1.014.133 kasus pada kelompok usia balita dan 3.056.072 kasus pada seluruh kelompok umur.[2]

2.1.1.2.3 Epidemiologi diare berdasarkan SKI 2023

Angka kejadian diare di Indonesia yang teridentifikasi lewat gejala maupun diagnosis medis berada di angka 4,3%. Jika ditinjau per wilayah, Kepulauan Riau mencatat persentase yang paling minim, yakni sebesar 2,1%, disusul oleh Kalimantan Utara (2,2%) dan Bangka Belitung (2,3%). Sedangkan lonjakan kasus paling signifikan ditemukan di wilayah Indonesia Timur, khususnya Provinsi Papua Tengah yang mencapai 16,1% serta Papua Pegunungan sebesar 14,6%.[3]

2.1.1.3 Etiologi diare

Penyebab diare terbagi menjadi dua kategori, yaitu infeksi dan non-infeksi.[11] Penyebab infeksi sering kali menjadi yang utama, khususnya karena virus seperti rotavirus. Selain itu, ada juga bakteri seperti *Shigella*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella*, *Escherichia coli*, dan *Campylobacter.* Parasit seperti *Cryptosporidium, Giardia lamblia*, dan *Entamoeba histolytica*.[1,11] Di samping infeksi, diare juga bisa muncul akibat faktor non-infeksi, seperti efek samping dari obat-obatan (misalnya antibiotik, antasida, laksatif), malabsorpsi karbohidrat, intoleransi terhadap laktosa, penyakit radang usus, insufisiensi pankreas, dan *irritable bowel syndrome*.[11]

2.1.1.4 Faktor risiko diare

2.1.1.4.1 Faktor *host* (pejamu)

1. Usia

Diare dapat terjadi pada semua kelompok usia, mulai bayi, anak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia, namun beban terbesar masih terdapat pada bayi dan balita karena sistem imun yang belum matang, tingginya paparan terhadap agen infeksi, serta praktik makan dan minum yang belum sepenuhnya higienis. Pada anak usia sekolah, remaja, dewasa, dan lanjut usia, kejadian diare lebih banyak berhubungan dengan konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi, higiene personal yang kurang, kondisi sanitasi lingkungan yang buruk, serta adanya penyakit penyerta, sementara pada lansia diare lebih

berisiko menimbulkan dehidrasi dan komplikasi akibat penurunan fungsi fisiologis dan daya tahan tubuh.[12]

2. Jenis kelamin

Risiko diare pada perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki. Laki-laki cenderung memiliki aktivitas yang lebih tinggi di lingkungan, sehingga paparan terhadap sumber infeksi lebih besar.[12]

3. Tempat tinggal

Tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi kejadian diare karena setiap wilayah memiliki karakteristik lingkungan dan sosial yang berbeda. Perbedaan antara wilayah perkotaan dan pedesaan meliputi kepadatan penduduk, akses terhadap air bersih, fasilitas sanitasi, pengelolaan limbah, akses pelayanan kesehatan, serta perilaku hidup bersih dan sehat. Perbedaan karakteristik tersebut dapat memengaruhi risiko paparan mikroorganisme penyebab diare melalui jalur transmisi fekal-oral.[13]

Hubungan antara tempat tinggal dan kejadian diare tidak selalu menunjukkan pola yang sama pada setiap penelitian. Beberapa penelitian melaporkan bahwa kejadian diare lebih banyak ditemukan di wilayah perkotaan akibat tingginya kepadatan penduduk, kondisi sanitasi yang kurang baik, pengelolaan limbah yang belum optimal, serta rendahnya praktik cuci tangan.[13] Sebaliknya, penelitian lain menunjukkan bahwa masyarakat di wilayah pedesaan memiliki risiko diare yang lebih tinggi karena keterbatasan sanitasi layak, termasuk penggunaan jamban yang belum memenuhi syarat kesehatan, sehingga meningkatkan risiko kontaminasi sumber air oleh mikroorganisme patogen.[14]

4. Tingkat pendidikan

Jenjang pendidikan memegang peranan cukup penting dalam kesehatan masyarakat. Pendidikan masyarakat yang rendah menjadikan mereka sulit diberitahu mengenai pentingnya higiene perorangan dan sanitasi lingkungan untuk mencegah terjangkitnya penyakit menular, seperti diare. Dengan sulitnya mereka menerima penyuluhan, menyebabkan mereka tidak peduli terhadap upaya pencegahan penyakit menular.[12]

5. Jenis pekerjaan.

Pekerjaan merupakan salah satu indikator yang dapat menggambarkan tingkat pendapatan, pendidikan, serta status sosial ekonomi seseorang. Selain itu, jenis pekerjaan juga berkaitan dengan tingkat risiko paparan tertentu yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan. Oleh karena itu, pekerjaan sering digunakan sebagai salah satu prediktor untuk menilai status kesehatan dan kondisi kehidupan suatu populasi.[12]

6. Status gizi

Status gizi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada semua kelompok umur. Individu dengan status gizi kurang memiliki daya tahan tubuh yang lebih rendah sehingga lebih rentan mengalami infeksi, termasuk diare.[12]

7. *Personal hygiene*

Personal hygiene merupakan upaya menjaga kebersihan diri yang berperan penting dalam mempertahankan kesehatan dan mencegah penyakit. Salah satu praktik higiene yang paling efektif adalah mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir. Tindakan ini mampu mengurangi jumlah mikroorganisme patogen yang menempel pada tangan sehingga dapat memutus rantai penularan penyakit, termasuk diare. Dengan demikian, penerapan kebiasaan cuci tangan yang baik menjadi salah satu langkah penting dalam menurunkan risiko kejadian diare.[12]

2.1.1.4.2 Faktor agen (penyebab)

Diare dapat terjadi akibat faktor infeksi maupun non-infeksi. Penyebab yang paling sering ditemukan adalah infeksi, terutama yang disebabkan oleh virus, dengan rotavirus sebagai salah satu agen utama. Selain virus, beberapa bakteri seperti *Shigella, Vibrio cholerae, Salmonella, Escherichia coli,* dan *Campylobacter* juga diketahui berperan dalam terjadinya diare. Infeksi parasit juga turut menjadi faktor penyebab penyakit ini. Di sisi lain, diare non-infeksi dapat muncul akibat penggunaan obat tertentu, termasuk antibiotik, antasida, dan laksatif, serta berbagai gangguan medis seperti malabsorpsi karbohidrat,

intoleransi laktosa, *inflammatory bowel disease*, insufisiensi pankreas, dan *irritable bowel syndrome*.[11]

2.1.1.4.3 Faktor *environment* (lingkungan)

1. Sarana air bersih

Air merupakan kebutuhan esensial yang digunakan dalam berbagai aktivitas sehari-hari, seperti minum, memasak, mandi, mencuci, dan menjaga kebersihan lingkungan. Ketersediaan sarana air bersih dapat diperoleh dari berbagai sumber, antara lain sumur gali, sumur pompa dangkal maupun dalam, penampungan air hujan, mata air yang terlindungi, serta jaringan penyediaan air minum dari Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM). Agar aman digunakan, air harus memenuhi standar kualitas yang meliputi aspek fisik, kimia, bakteriologis, dan radioaktif sesuai dengan ketentuan kesehatan yang berlaku.[12]

2. Pembuangan kotoran (jamban)

Kotoran manusia merupakan sumber berbagai mikroorganisme penyebab penyakit termasuk diare, sehingga pengelolaannya harus dilakukan secara aman dan sesuai dengan standar kesehatan lingkungan. Keberadaan jamban yang memenuhi syarat kesehatan sangat penting untuk mencegah penyebaran penyakit melalui kontaminasi lingkungan. Jamban yang sehat harus mampu mencegah pencemaran terhadap sumber air dan tanah, tidak menimbulkan bau yang mengganggu, bebas dari vektor seperti lalat dan serangga, aman serta nyaman digunakan, mudah dibersihkan, dan tidak menimbulkan dampak negatif bagi lingkungan sekitar. Selain itu, konstruksi jamban dianjurkan memiliki penutup dan ditempatkan dengan jarak minimal 10 meter dari sumber air bersih guna mengurangi risiko pencemaran.[12]

3. Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL)

Pengelolaan air limbah rumah tangga yang kurang memadai dapat menurunkan kualitas lingkungan dan menjadi salah satu penyebab terjadinya pencemaran sumber air. Air yang telah tercemar dapat berperan sebagai media penularan berbagai penyakit infeksi, termasuk diare. Oleh sebab itu,

keberadaan SPAL yang memenuhi standar kesehatan sangat diperlukan, yaitu harus mampu mengalirkan limbah secara efektif tanpa mencemari sumber air di sekitarnya, tidak menyebabkan terbentuknya genangan, tidak menimbulkan bau yang mengganggu, serta menjaga kondisi lingkungan tetap kering sehingga tidak menjadi tempat yang mendukung perkembangan bibit penyakit maupun vektor penular penyakit.(12)

4. Sarana pembuangan sampah

Pengelolaan sampah yang tidak baik dapat menjadi tempat berkembang biaknya vektor penyakit seperti lalat yang dapat membawa kuman penyebab diare ke makanan. Lokasi pembuangan sampah yang baik sebaiknya tidak mencemari lingkungan, tidak menjadi sarang vektor, tidak menimbulkan bau, serta memiliki konstruksi yang kuat, tertutup, dan mudah dibersihkan.(12)

5. Higiene dasar rumah tangga

Higiene dasar rumah tangga merupakan salah satu faktor risiko lingkungan yang berperan dalam kejadian diare, karena kondisi higiene rumah tangga yang mencakup akses higiene dasar, akses higiene terbatas, tidak ada akses higiene, dan ketersediaan sabun dapat memengaruhi penularan penyakit melalui jalur fekal-oral.(6)

2.1.1.5 Klasifikasi Diare

Pengelompokan diare berdasarkan durasi keluhan dilakukan untuk memperkirakan kemungkinan penyebabnya serta menentukan strategi diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat. Diare dibedakan menjadi diare akut dengan durasi kurang dari 14 hari, diare persisten selama 14–30 hari, dan diare kronik apabila berlangsung lebih dari 30 hari.(11)

2.1.1.6 Patofisiologi diare

Terdapat empat mekanisme utama yang mendasari terjadinya diare, dan dalam kondisi klinis, mekanisme-mekanisme tersebut dapat terjadi secara bersamaan.(15)

1. Diare osmotik

Diare osmotik terjadi akibat akumulasi zat-zat osmotik yang tidak dapat diserap secara adekuat di dalam lumen usus. Kondisi ini umumnya ditemukan pada gangguan malabsorpsi, yaitu ketika nutrien tidak tercerna atau tidak terserap dengan baik sehingga tetap berada di dalam lumen usus dan menimbulkan efek osmotik yang menarik air ke dalam lumen. Salah satu contoh kondisi yang dapat menyebabkan mekanisme ini adalah insufisiensi pankreas eksokrin. Retensi nutrien yang tidak terserap juga dapat memengaruhi komposisi mikrobiota usus serta meningkatkan proses fermentasi karbohidrat, sehingga jumlah partikel osmotik di lumen semakin bertambah.(15)

Pada diare osmotik, volume air dalam feses sebanding dengan jumlah solut osmotik yang tidak terserap. Penyerapan elektrolit umumnya masih berlangsung normal, sehingga kadar natrium dan kalium dalam feses relatif rendah. Kondisi ini menjadi dasar penghitungan *fecal osmotic gap*, yaitu selisih antara osmolalitas lumen (sekitar 290 mOsm/kg, setara dengan cairan tubuh karena kolon tidak mampu mempertahankan gradien osmotik terhadap plasma) dengan kontribusi osmolalitas dari elektrolit feses, yang dihitung dari dua kali jumlah natrium dan kalium untuk memperhitungkan anion pendampingnya. Nilai *fecal osmotic gap* yang lebih dari 50 mOsm/kg mengarah pada diare osmotik. Secara klinis, diare jenis ini akan berkurang atau menghilang ketika asupan zat yang tidak dapat diserap dihentikan.(15)

2. Diare sekretorik

Diare sekretorik disebabkan oleh gangguan mekanisme transport ion pada sel epitel usus. Pada kondisi ini terjadi perubahan mediator intraseluler seperti *intra-cellular cyclic adenosine monophosphate* (cAMP), *cyclic guanosine monophosphate* (cGMP), kalsium, dan protein kinase yang menyebabkan penurunan absorpsi natrium klorida atau peningkatan sekresi klorida ke dalam lumen usus. Mediator tersebut dapat berasal dari hormon atau neuropeptida endogen, produk sel inflamasi, toksin bakteri, penggunaan laksatif, serta asam lemak dan asam empedu. Ciri utama diare sekretorik adalah sebagian besar osmolaritas feses ditentukan oleh elektrolit (natrium, kalium, dan anionnya), sehingga *osmotic gap* relatif rendah. Selain itu, diare tetap

berlangsung meskipun pasien tidak mengonsumsi makanan karena prosesnya tidak bergantung pada asupan oral. Contoh kondisi yang termasuk dalam mekanisme ini adalah infeksi *enteropathogenic E.coli* dan *inflammatory bowel disease*.[15]

3. Peningkatan permeabilitas mukosa

Pada mekanisme ini, diare terjadi akibat peningkatan permeabilitas mukosa usus yang menyebabkan kehilangan cairan, elektrolit, protein, hingga eritrosit ke dalam lumen usus. Kondisi ini umumnya ditemukan pada enteropati erosif atau ulseratif, penyakit inflamasi seperti *Inflammatory Bowel Disease* (IBD), serta gangguan neoplastik seperti limfoma usus. Kerusakan integritas mukosa menyebabkan gangguan fungsi *barrier*, sehingga berbagai komponen plasma dapat keluar menuju lumen usus dan meningkatkan volume cairan intraluminal.[15]

4. Gangguan motilitas

Perubahan pola motilitas usus juga berperan dalam terjadinya diare, terutama pada kondisi inflamasi usus seperti IBD. Pada keadaan ini terdapat dua gangguan utama, yaitu penurunan kontraksi fasik termasuk *migrating motor complex*, serta peningkatan *giant migrating contractions* (GMCs), yaitu kontraksi propulsif kuat yang dapat merambat dari usus halus hingga kolon. Peningkatan GMCs mempercepat transit isi usus, termasuk sekresi pankreatobilier dan makanan yang belum tercerna, menuju kolon. Hal ini meningkatkan beban osmotik di kolon dan berkontribusi terhadap terjadinya diare. Salah satu mediator inflamasi yang diduga berperan dalam stimulasi GMCs adalah *platelet-activating factor* (PAF), yang diproduksi oleh berbagai sel imun seperti neutrofil, monosit, makrofag, sel mast, dan eosinofil.[15]

2.1.1.7 Tanda dan gejala klinis diare

Pada penderita diare, akan terjadi perubahan konsistensi tinja menjadi lembek atau cair, nyeri atau kram perut, perut kembung, mual, muntah, serta demam, terutama bila disebabkan oleh infeksi. Pada beberapa kasus, tinja dapat disertai lendir atau darah, terutama pada infeksi bakteri tertentu. Kehilangan

cairan dan elektrolit akibat diare dapat menyebabkan dehidrasi, yang ditandai dengan rasa haus, mulut kering, penurunan frekuensi buang air kecil, serta tubuh terasa lemah.(11)

Derajat dehidrasi pada pasien diare dapat dibedakan menjadi minimal/tanpa dehidrasi, dehidrasi sedang, dan dehidrasi berat berdasarkan kehilangan berat badan dan tanda klinis. Pada dehidrasi minimal atau tanpa dehidrasi (kehilangan berat badan <3%), kesadaran baik, denyut jantung dan kualitas nadi normal, pernapasan normal, mata dan air mata normal, mulut serta lidah masih basah, cubitan kulit segera kembali, waktu pengisian kapiler normal, ekstremitas hangat, dan produksi urin normal.(16)

Pada dehidrasi sedang (kehilangan berat badan 3–9%), kesadaran biasanya masih normal tetapi pasien tampak lelah, gelisah, atau iritabel; denyut jantung normal hingga meningkat, nadi normal tetapi dapat terasa lemah, pernapasan normal namun dapat menjadi cepat, mata tampak sedikit cowong, air mata berkurang, mulut dan lidah kering, cubitan kulit kembali dalam waktu kurang dari 2 detik, waktu pengisian kapiler memanjang, ekstremitas terasa dingin, dan produksi urin berkurang.(16)

Pada dehidrasi berat (kehilangan berat badan >9%), pasien tampak apatis hingga tidak sadar, dapat terjadi takikardi atau bradikardi pada kasus berat, nadi lemah kecil atau tidak teraba, pernapasan dalam, mata sangat cowong, air mata tidak ada, mulut dan lidah sangat kering, cubitan kulit kembali lebih dari 2 detik, waktu pengisian kapiler memanjang dengan perfusi yang minimal, ekstremitas dingin kebiruan, dan produksi urin sangat sedikit.(16)

2.1.1.8 Diagnosis diare

Anamnesis diare meliputi awitan, durasi, frekuensi, konsistensi dan karakteristik feses, serta gejala penyerta seperti muntah, demam, nyeri perut, dan buang air besar (BAB) berdarah atau mukoid. Selain itu, perlu digali faktor risiko seperti riwayat konsumsi makanan/minuman berisiko, perjalanan ke daerah endemis, penggunaan obat (terutama antibiotik dan laksatif), riwayat

penyakit seperti IBD, seliak, atau imunokompromi, serta adanya kontak dengan penderita serupa.[11]

Pemeriksaan fisik bertujuan menilai derajat keparahan, terutama mengevaluasi tanda dehidrasi, demam, nyeri abdomen, tenesmus, dan tanda sepsis. Temuan seperti BAB cair dalam jumlah banyak tanpa darah cenderung non-inflamatorik, sedangkan BAB sedikit disertai darah atau mukus, demam, dan nyeri perut mengarah ke diare inflamatorik.[11]

Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai indikasi. Pada diare akut, pemeriksaan feses; kultur atau *Polymerase Chain Reaction* (PCR) multipleks dianjurkan pada kasus diare berat, berlangsung >7 hari, disertai demam lama, disentri, sepsis, imunokompromi, atau tidak membaik dengan terapi. Pada diare kronik, dilakukan pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, fungsi hati, *thyroid stimulating hormone* (TSH), *C-reactive protein* (CRP), analisis feses lengkap, *fecal calprotectin*, serta skrining *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Bila terdapat tanda bahaya atau kecurigaan inflamasi, dilakukan kolonoskopi, sedangkan kelainan usus halus dievaluasi dengan *computed tomography enterography*, *magnetic resonance enterography* atau *capsule endoscopy*.[11]

2.1.1.9 Tatalaksana diare

Hal yang perlu diperhatikan pada diare adalah kemungkinan terjadinya komplikasi seperti dehidrasi dan gangguan elektrolit. Penatalaksanaan utama adalah terapi rehidrasi dengan pemberian cairan yang cukup, seperti air putih atau larutan yang mengandung elektrolit dan nutrisi. Oralit merupakan terapi yang efektif karena mengandung elektrolit dan glukosa yang membantu meningkatkan absorpsi air dan elektrolit di usus. Pada diare derajat berat pada dewasa, oralit dapat diberikan sekitar 400–600 mL per jam dan juga dapat dipertimbangkan pada diare kronik. Apabila pasien tidak mampu mengonsumsi cairan secara oral, rehidrasi dapat diberikan melalui cairan intravena isotonik seperti Ringer Laktat.[11]

Penggunaan antibiotik pada diare akut tidak selalu diperlukan karena sebagian besar kasus disebabkan oleh virus. Antibiotik direkomendasikan secara selektif pada kondisi tertentu, seperti demam ≥72 jam, gejala disentri, tanda sepsis, kondisi imunokompromi, serta diare derajat sedang hingga berat termasuk diare pelancong. Pilihan antibiotik empiris yang dapat digunakan antara lain golongan fluorokuinolon, makrolid, sefalosporin, atau nitroimidazol, dengan makrolid seperti azitromisin sering direkomendasikan sebagai lini pertama di Asia karena tingginya resistensi *Campylobacter* terhadap fluorokuinolon.(11)

Selain itu, probiotik dapat dipertimbangkan karena terbukti dapat menurunkan durasi dan frekuensi diare serta membantu mencegah diare akibat penggunaan antibiotik. Obat antidiare seperti loperamid juga dapat digunakan untuk mengurangi frekuensi dan memperpendek durasi diare akut, namun tidak dianjurkan pada kasus disentri, demam menetap, atau risiko megakolon toksik.(11)

2.1.1.10 Komplikasi diare

Kehilangan cairan serta elektrolit secara tiba-tiba pada pasien diare dewasa dapat menyebabkan sejumlah komplikasi. Komplikasi yang paling umum ditemukan adalah dehidrasi, yang dapat diklasifikasikan menjadi dehidrasi ringan, sedang, hingga berat. Tingkat keparahan dehidrasi ini dipengaruhi oleh banyaknya cairan yang hilang serta cepat atau lambatnya penanganan yang diberikan. Jika tidak segera ditangani, kondisi tersebut dapat berlanjut menjadi syok hipovolemik, yaitu keadaan ketika terjadi penurunan volume darah secara signifikan akibat kehilangan cairan, sehingga mengganggu perfusi jaringan dan berpotensi mengancam nyawa.(17)

Selain dehidrasi, komplikasi lain yang dapat terjadi adalah ketidakseimbangan elektrolit, terutama hipokalemia atau penurunan kadar kalium dalam darah. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai manifestasi klinis seperti kelemahan otot, ileus atau meteorismus, bradikardi, serta perubahan pada hasil elektrokardiogram (EKG). Pada keadaan tertentu,

gangguan cairan dan elektrolit juga dapat memicu hipoglikemia serta penurunan kesadaran.[17]

2.1.2 Higiene

2.1.2.1 Definisi higiene

Sesuai dengan keterangan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2004, higiene merupakan tindakan kesehatan yang dilakukan dengan menjaga dan melindungi kebersihan diri, seperti mencuci tangan untuk menjaga kebersihan tangan, mencuci piring guna menjaga kebersihan peralatan makan, serta membuang bagian makanan yang sudah tidak baik untuk menjaga kualitas keseluruhan makanan.[18] Kamus Besar Bahasa Indonesia menjelaskan higiene sebagai ilmu mengenai kesehatan dan berbagai upaya untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan.[19]

2.1.2.2 Higiene dasar rumah tangga

Higiene dasar rumah tangga merupakan upaya kesehatan dengan cara memelihara dan melindungi kebersihan individu di dalam lingkungan rumah, seperti mencuci tangan dengan air bersih dan sabun untuk kebersihan tangan, mencuci piring untuk menjaga kebersihan peralatan makan, memotong kuku, mencuci pakaian setelah dipakai, dan mandi untuk menjaga kebersihan tubuh. Higiene adalah usaha kesehatan yang menitikberatkan kegiatannya pada usaha kesehatan individu maupun usaha kesehatan pribadi hidup manusia.[20]

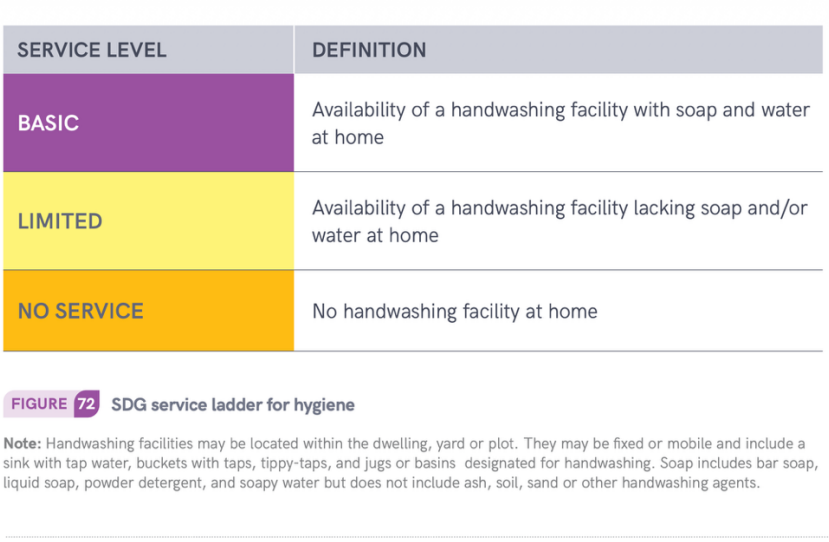
2.1.2.3 Perbedaan higiene dan sanitasi

Higiene secara etimologis berasal dari bahasa Yunani "*hygeia*" (kesehatan), merujuk pada upaya preventif individu untuk menjaga kebersihan fisik dan psikis guna mencegah penyakit, dengan fokus pada perilaku pribadi yang bersentuhan langsung dengan patogen.[19]

Sanitasi adalah upaya kesehatan masyarakat terencana untuk mencegah pencemaran lingkungan hidup melalui pengelolaan air bersih, pembuangan tinja, limbah cair, sampah padat, dan pengendalian vektor.[19]

2.1.2.4 Klasifikasi akses higiene (tangga higiene *JMP WHO-UNICEF*)

Tangga Higiene JMP (*Joint Monitoring Programme*) WHO-UNICEF mengklasifikasikan akses fasilitas cuci tangan berdasarkan ketersediaan sabun/cair dan air bersih di lokasi tetap rumah tangga, menjadi indikator utama *Sustainable Development Goals* (SDG) 6.2 pencegahan diare global.[21]



SERVICE LEVEL	DEFINITION
BASIC	Availability of a handwashing facility with soap and water at home
LIMITED	Availability of a handwashing facility lacking soap and/or water at home
NO SERVICE	No handwashing facility at home

FIGURE 72 SDG service ladder for hygiene

Note: Handwashing facilities may be located within the dwelling, yard or plot. They may be fixed or mobile and include a sink with tap water, buckets with taps, tippy-taps, and jugs or basins designated for handwashing. Soap includes bar soap, liquid soap, powder detergent, and soapy water but does not include ash, soil, sand or other handwashing agents.

Gambar 1. Tangga Higiene JMP WHO-UNICEF

Sumber: WHO-UNICEF *Joint Monitoring Programme* (JMP) *for Water Supply, Sanitation and Hygiene* tahun 2021.[21]

2.1.2.4.1 Akses higiene dasar

Ketersediaan fasilitas cuci tangan di rumah yang dilengkapi dengan sabun dan air.[21]

2.1.2.4.2 Akses higiene terbatas

Ketersediaan fasilitas cuci tangan di rumah, tetapi tidak tersedia sabun dan/atau air.[21]

2.1.2.4.3 Tidak ada akses

Kondisi ketika rumah tangga tidak memiliki fasilitas cuci tangan.[21]

2.1.2.5 Komponen higiene dasar rumah tangga

2.1.2.5.1 Fasilitas Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

Fasilitas CTPS merupakan salah satu faktor penting dalam mendukung perilaku hidup bersih dan sehat. Ketersediaan sarana seperti air mengalir, sabun, dan tempat cuci tangan yang memadai dapat meningkatkan kebiasaan mencuci tangan secara benar.[22]

Sarana CTPS yang baik setidaknya terdiri atas sumber air bersih yang disimpan dalam wadah atau dialirkan melalui pipa, sabun batang atau sabun cair, sistem pembuangan air limbah seperti lubang resapan atau drainase yang memadai, media informasi berupa poster atau papan instruksi berisi langkah-langkah mencuci tangan yang benar, serta sarana untuk mengeringkan tangan seperti tisu, lap sekali pakai, atau pengering udara.[22]

2.1.2.5.2 Ketersediaan sabun rumah tangga

Ketersediaan sabun di rumah tangga merupakan salah satu komponen penting dalam penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Sabun berfungsi membantu menghilangkan kotoran dan mikroorganisme pada tangan sehingga dapat mengurangi risiko penularan berbagai penyakit infeksi, termasuk diare. Adanya sabun di rumah tangga juga mendukung kebiasaan CTPS serta menjaga kebersihan peralatan makan, peralatan masak, dan lingkungan rumah. Oleh karena itu, ketersediaan sabun menjadi faktor pendukung penting dalam upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.[23]

2.1.2.5.3 Ketersediaan air bersih untuk keperluan higiene

Ketersediaan air bersih merupakan faktor penting dalam mendukung praktik higiene, seperti mencuci tangan, mandi, dan membersihkan peralatan makan. Akses terhadap air bersih yang memadai membantu mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab penyakit. Sebaliknya, keterbatasan air bersih dapat menghambat penerapan higiene yang baik dan meningkatkan risiko terjadinya diare. Agar aman digunakan, air harus memenuhi standar

kualitas yang meliputi aspek fisik, kimia, bakteriologis, dan radioaktif sesuai dengan ketentuan kesehatan yang berlaku.[22]

2.1.2.6 Perilaku CTPS

2.1.2.6.1 Definisi dan teknik CTPS yang benar

Cuci tangan pakai sabun adalah aktivitas membersihkan area tangan dengan memanfaatkan sabun dan air mengalir untuk menghilangkan kotoran secara fisik sekaligus penyebaran infeksi dari satu individu ke individu lainnya.[24] Aktivitas membersihkan tangan menggunakan sabun dan air memerlukan durasi sekitar 40 hingga 60 detik.[22]

Teknik CTPS dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu membasahi kedua tangan dengan air bersih yang mengalir, kemudian mengaplikasikan sabun secukupnya pada seluruh permukaan tangan. Selanjutnya, kedua telapak tangan digosok secara bergantian, diikuti dengan membersihkan punggung tangan dan sela-sela jari. Telapak tangan kemudian digosok dengan posisi jari saling bertautan, dilanjutkan dengan membersihkan punggung jari menggunakan posisi jari saling mengunci. Ibu jari dibersihkan dengan gerakan memutar menggunakan genggaman tangan yang lain, kemudian ujung jari dan area kuku digosok pada telapak tangan. Setelah seluruh bagian tangan dibersihkan, tangan dibilas menggunakan air bersih yang mengalir, kemudian dikeringkan dengan tisu atau lap sekali pakai yang bersih. Tahap terakhir adalah menutup keran air menggunakan tisu atau lap sekali pakai agar tangan tidak terkontaminasi kembali.[22,25]

2.1.2.6.2 Momen kritis cuci tangan

Praktik CTPS sebaiknya dilakukan pada waktu kritis, meliputi sebelum makan, setelah buang air besar, sebelum menyusui, sebelum menyiapkan makanan, setelah membersihkan bayi yang buang air besar, dan setelah berinteraksi dengan hewan. Waktu-waktu tersebut merupakan kondisi yang berpotensi meningkatkan risiko perpindahan mikroorganisme penyebab penyakit.[25]

2.1.2.6.3 Peran sabun dalam memutus rantai penularan penyakit

Tangan merupakan bagian tubuh yang paling sering berinteraksi dengan lingkungan sehingga berpotensi menjadi media penularan berbagai mikroorganisme penyebab penyakit. Oleh karena itu, menjaga kebersihan tangan melalui kebiasaan mencuci tangan secara rutin sangat penting untuk mencegah terjadinya penularan penyakit. Apabila tangan tidak dicuci menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir, mikroorganisme yang menempel pada permukaan kulit dapat masuk ke dalam tubuh melalui makanan, minuman, atau kontak dengan area tubuh lainnya.[22]

Secara alami, permukaan kulit tangan mengandung minyak dan kelembapan yang dapat menyebabkan debu, kotoran, serta mikroorganisme mudah melekat. Kondisi tersebut meningkatkan risiko perpindahan mikroorganisme ke benda atau makanan yang disentuh. Penggunaan sabun saat mencuci tangan berfungsi menghilangkan minyak, kotoran, dan mikroorganisme yang menempel pada kulit. Agar proses pembersihan berlangsung secara optimal, tangan perlu dicuci menggunakan sabun dan dibilas dengan air bersih yang mengalir sehingga kotoran dan mikroorganisme dapat terangkat secara efektif. Berbagai jenis sabun, seperti sabun batang, sabun cair, maupun sabun krim, dapat digunakan untuk mendukung praktik cuci tangan yang benar.[22]

2.1.2.7 Indikator higiene dasar dalam SKI 2023

2.1.2.7.1 Definisi operasional akses higiene dasar

Menurut data SKI 2023, higiene dasar rumah tangga merujuk pada ketersediaan fasilitas cuci tangan sebagai upaya utama dalam menjaga kebersihan.[3]

Klasifikasi higiene dibedakan menjadi tiga tingkat, yaitu tidak ada akses (tidak tersedia fasilitas cuci tangan di rumah), akses higiene terbatas (tersedia fasilitas cuci tangan, tetapi tidak tersedia air dan sabun di rumah), serta akses higiene dasar (tersedia fasilitas cuci tangan yang dilengkapi air dan sabun di rumah).[3]

2.1.2.7.2 Distribusi akses higiene dasar per provinsi berdasarkan SKI 2023

Tabel 1. Proporsi ketersediaan fasilitas cuci tangan rumah tangga menurut provinsi, SKI 2023.

Provinsi	Ada, di dalam rumah	Ada, di luar rumah	Tidak ada tempat cuci tangan	Tidak diizinkan melihat	N tertimbang
	%	%	%	%	
Aceh	56,9	6,8	35,1	1,2	5.756
Sumatra Utara	70,0	4,9	24,4	0,7	15.884
Sumatra Barat	68,7	5,8	24,8	0,8	6.042
Riau	69,1	8,4	22,1	0,4	7.051
Jambi	74,6	6,6	18,1	0,7	4.051
Sumatera Selatan	72,3	8,5	18,9	0,2	9.402
Bengkulu	66,7	8,5	24,4	0,4	2.323
Lampung	76,6	11,7	11,6	0,1	10.424
Bangka Belitung	82,5	6,2	10,9	0,4	1.707
Kepulauan Riau	86,4	3,5	10,0	0,1	2.514
DKI Jakarta	85,6	5,1	9,2	0,2	12.317
Jawa Barat	82,7	5,5	11,7	0,1	58.510
Jawa Tengah	84,0	9,3	6,6	0,1	44.456
DI Yogyakarta	78,2	18,8	3,0	0,0	4.957
Jawa Timur	79,4	10,4	10,1	0,1	50.588
Banten	77,9	4,4	17,6	0,1	13.332
Bali	76,2	21,5	2,3	0,0	5.149
Nusa Tenggara Barat	55,9	22,0	22,0	0,1	6.849
Nusa Tenggara Timur	17,3	29,4	52,9	0,3	5.333
Kalimantan Barat	65,9	8,0	25,5	0,5	5.783
Kalimantan Tengah	71,2	6,2	21,8	0,8	3.178
Kalimantan Selatan	86,2	7,1	6,5	0,3	5.023
Kalimantan Timur	87,4	6,0	6,1	0,5	4.319
Kalimantan Utara	84,4	3,6	12,0	0,0	729
Sulawesi Utara	79,4	10,4	10,0	0,3	3.031
Sulawesi Tengah	78,1	7,1	14,6	0,2	3.215
Sulawesi Selatan	75,4	8,9	15,5	0,3	9.483
Sulawesi Tenggara	67,4	6,8	25,2	0,6	2.733
Gorontalo	66,9	9,5	22,2	1,4	1.260
Sulawesi Barat	71,5	5,8	22,6	0,1	1.467
Maluku	53,2	28,6	17,8	0,4	1.751
Maluku Utara	60,1	28,4	11,2	0,3	1.222
Papua Barat	44,4	15,9	38,0	1,7	563
Papua Barat Daya	58,2	23,4	18,0	0,4	599
Papua	62,8	15,4	21,1	0,7	1.029
Papua Selatan	47,0	20,1	31,6	1,3	546
Papua Tengah	30,1	29,0	37,9	3,0	1.528
Papua Pegunungan	15,4	22,7	57,5	4,5	1.516
INDONESIA	**76,1**	**9,2**	**14,5**	**0,3**	**315.621**

Sumber: Data SKI 2023.[3]

2.1.2.8 Faktor yang memengaruhi higiene dasar rumah tangga

Pendidikan dan pengetahuan kesehatan berperan dalam meningkatkan kemampuan individu untuk memahami informasi kesehatan serta pentingnya penyediaan fasilitas cuci tangan yang dilengkapi air dan sabun. Semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengetahuan kesehatan, semakin baik pula kesadaran rumah tangga dalam menyediakan serta memanfaatkan fasilitas cuci tangan secara tepat. Sebaliknya, rendahnya pendidikan dan pengetahuan kesehatan dapat menyebabkan rumah tangga kurang menyadari pentingnya penyediaan fasilitas tersebut sehingga akses higiene dasar menjadi kurang optimal.[26]

Pendapatan dan kemampuan finansial memengaruhi kemampuan rumah tangga dalam menyediakan dan memelihara fasilitas cuci tangan, termasuk memastikan ketersediaan air dan sabun. Keterbatasan ekonomi dapat menghambat penyediaan maupun pemeliharaan fasilitas tersebut sehingga rumah tangga lebih berisiko tidak memiliki fasilitas cuci tangan atau memiliki fasilitas yang tidak dilengkapi air dan/atau sabun. Oleh karena itu, rumah tangga dengan kondisi ekonomi yang lebih baik cenderung memiliki akses higiene dasar, sedangkan rumah tangga dengan kondisi ekonomi yang lebih rendah lebih sering berada pada kategori akses higiene terbatas atau tidak memiliki akses higiene.[27]

Kepemilikan jamban dan sanitasi dasar rumah juga berperan dalam mendukung akses higiene dasar rumah tangga. Rumah tangga yang memiliki sanitasi dasar yang baik, seperti jamban sehat dengan pembuangan tinja yang memenuhi syarat, umumnya lebih memperhatikan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk menyediakan fasilitas cuci tangan yang dilengkapi air dan sabun. Sebaliknya, rumah tangga yang belum memiliki sanitasi dasar yang memadai cenderung memiliki keterbatasan fasilitas kebersihan sehingga lebih sering tidak memiliki fasilitas cuci tangan atau memiliki fasilitas tanpa ketersediaan air dan/atau sabun. Dengan demikian, kondisi sanitasi dasar rumah dapat memengaruhi akses higiene dasar rumah tangga.[27]

2.1.2.8.1 Higiene dasar rumah tangga menurut wilayah tempat tinggal

Wilayah tempat tinggal merupakan salah satu aspek yang berkaitan dengan higiene dasar rumah tangga. Perbedaan karakteristik antara wilayah perkotaan dan perdesaan, seperti tingkat pendidikan, kondisi sosial ekonomi, dapat memengaruhi kemampuan rumah tangga dalam menyediakan fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun. Rumah tangga di wilayah perkotaan umumnya memiliki akses yang lebih mudah terhadap pendidikan, kesempatan kerja, dan kondisi sosial ekonomi yang lebih baik. Kondisi tersebut mendukung ketersediaan fasilitas higiene dasar. Sebaliknya, rumah tangga di wilayah perdesaan cenderung memiliki tingkat pendidikan dan kondisi sosial ekonomi yang lebih rendah sehingga lebih banyak rumah tangga yang memiliki fasilitas cuci tangan tanpa air dan/atau sabun atau bahkan tidak memiliki fasilitas cuci tangan.[26]

Data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2025 menunjukkan bahwa proporsi rumah tangga yang memiliki fasilitas cuci tangan dengan sabun dan air di wilayah perkotaan mencapai 84,59%, sedangkan di wilayah perdesaan sebesar 77,26%. Temuan tersebut menunjukkan bahwa karakteristik wilayah tempat tinggal dapat memengaruhi akses higiene dasar rumah tangga.[26]

2.1.3 Hubungan higiene dasar dengan diare

Akses higiene dasar yang meliputi ketersediaan sarana cuci tangan, air bersih, dan sabun merupakan komponen penting dalam pencegahan diare. Keberadaan fasilitas tersebut mendukung praktik cuci tangan pakai sabun pada waktu-waktu penting, seperti sebelum makan dan setelah buang air besar, sehingga dapat mengurangi perpindahan mikroorganisme penyebab penyakit melalui tangan.[28,29]

Higiene dasar berhubungan dengan rendahnya kejadian diare, sedangkan keterbatasan akses terhadap higiene dasar dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit tersebut. Rumah tangga yang memiliki sarana cuci tangan dengan air bersih dan sabun cenderung lebih mampu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat secara konsisten. Selain itu, ketersediaan sabun sebagai salah satu

komponen higiene dasar berperan dalam memutus rantai penularan patogen penyebab diare.[28,29]

2.1.3.1 Mekanisme biologis higiene dalam mencegah diare

Higiene berperan penting dalam mencegah diare dengan mengurangi risiko masuknya mikroorganisme patogen ke dalam saluran pencernaan. Penularan diare umumnya terjadi melalui jalur fekal-oral, yaitu ketika bakteri, virus, atau parasit yang berasal dari tinja masuk ke dalam tubuh melalui tangan, makanan, minuman, atau benda yang terkontaminasi. Oleh karena itu, penerapan higiene yang baik dapat membantu memutus rantai penularan penyakit.[30]

Salah satu praktik higiene yang efektif adalah mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir. Sabun membantu menghilangkan kotoran dan mikroorganisme yang menempel pada tangan, sedangkan air mengalir membilas kontaminan tersebut. Dengan berkurangnya jumlah mikroorganisme pada tangan, risiko penularan patogen penyebab diare, seperti *Escherichia coli, Shigella, Vibrio cholerae*, dan rotavirus, dapat diminimalkan.[30]

2.1.3.1.1 Jalur transmisi fekal-oral

Jalur fekal oral menggambarkan proses ketika patogen yang berasal dari tinja manusia masuk kembali ke mulut manusia lain melalui air minum, makanan, atau tangan yang terkontaminasi. Jalur ini menjadi rute utama penularan diare di lingkungan dengan sanitasi dasar dan higiene yang buruk, misalnya pada praktik buang air besar sembarangan atau pengelolaan limbah yang tidak memadai.[31]

Patogen penyebab diare seperti rotavirus, *Escherichia coli* patogenik, *Shigella*, dan *Vibrio cholerae* dapat bertahan di air, tanah, permukaan benda, maupun makanan yang terpapar tinja, kemudian menginfeksi manusia ketika dikonsumsi atau ketika tangan yang kotor menyentuh mulut.[31]

2.1.3.1.2 Peran tangan sebagai vektor penularan patogen enteropatogen

Tangan berperan penting dalam proses penyebaran mikroorganisme penyebab diare karena sering bersentuhan dengan berbagai permukaan yang berpotensi terkontaminasi. Mikroorganisme yang berasal dari tinja, tanah, air, atau lingkungan sekitar dapat menempel pada tangan dan berpindah ke dalam tubuh melalui makanan, minuman, maupun kontak langsung dengan mulut. Proses penularan ini dikenal sebagai jalur fekal-oral dan merupakan salah satu mekanisme utama terjadinya diare.(32)

Keberadaan mikroorganisme pada tangan dapat meningkatkan risiko infeksi saluran pencernaan apabila kebersihan tangan tidak terjaga dengan baik. Oleh karena itu, mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir menjadi langkah penting untuk mengurangi jumlah patogen pada tangan serta mencegah perpindahannya ke dalam tubuh. Dengan menurunnya tingkat kontaminasi pada tangan, risiko penularan penyakit diare juga dapat berkurang.(32)

2.1.3.1.3 Mekanisme CTPS dalam memutus rantai penularan

Cuci tangan pakai sabun memutus rantai penularan melalui friksi mekanis yang mengangkat kotoran dan mikroba, ditambah efek surfaktan sabun yang melarutkan lipid virus serta bakteri. Praktik ini pada waktu kritis seperti setelah BAB dan sebelum makan efektif menurunkan risiko infeksi hingga 40-50%.(22)

2.1.3.2 Bukti ilmiah hubungan higiene dengan kejadian diare

2.1.3.2.1 Studi internasional

Sebuah penelitian oleh Noguchi, *et al* tahun 2021 menunjukkan adanya hubungan antara higiene rumah tangga dan kejadian diare. Individu yang tinggal di rumah tangga dengan fasilitas cuci tangan yang hanya menyediakan air tanpa sabun memiliki risiko diare yang lebih tinggi dibandingkan anak yang tinggal di rumah tangga dengan fasilitas cuci tangan yang dilengkapi sabun ($p < 0,001$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa ketersediaan sabun sebagai

bagian dari higiene dasar berhubungan dengan lebih rendahnya kejadian diare pada anak.(5)

Temuan ini sejalan dengan mekanisme penularan diare melalui jalur fekal-oral. Tangan yang terkontaminasi mikroorganisme patogen dapat menjadi media perpindahan kuman ke makanan, minuman, maupun mulut. Penggunaan sabun saat mencuci tangan membantu menghilangkan mikroorganisme dari permukaan kulit sehingga mengurangi risiko penularan patogen penyebab diare. Oleh karena itu, rumah tangga yang memiliki akses terhadap sarana higiene yang memadai cenderung memiliki risiko kejadian diare yang lebih rendah.(5)

Secara keseluruhan, bukti ilmiah tersebut menunjukkan bahwa higiene yang baik, khususnya ketersediaan sabun pada fasilitas cuci tangan rumah tangga, berhubungan signifikan dengan menurunnya kejadian diare.(5)

2.1.3.2.2 Studi nasional

Penelitian Sari, *et al* tahun 2025 menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara higiene dan prevalensi diare. Akses higiene yang terbatas berhubungan dengan prevalensi diare (p = 0,002), yang berarti semakin rendah akses masyarakat terhadap fasilitas higiene, semakin tinggi kejadian diare.(6)

Ketersediaan fasilitas cuci tangan yang dilengkapi air bersih dan sabun berkontribusi dalam menurunkan risiko diare. Rumah tangga yang memiliki akses terhadap sarana higiene yang memadai cenderung lebih mampu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat sehingga risiko kontaminasi makanan dan minuman oleh patogen menjadi lebih rendah. Sebaliknya, keterbatasan fasilitas higiene dapat meningkatkan peluang terjadinya penularan bakteri, virus, maupun parasit penyebab diare.(6)

2.1.4 Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023

2.1.4.1 Gambaran umum SKI 2023

Survei Kesehatan Indonesia 2023 merupakan sebuah penelitian kesehatan yang menggabungkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) serta Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGI). SKI 2023 dilaksanakan untuk

mengevaluasi capaian hasil pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan selama lima tahun terakhir di Indonesia untuk mengetahui kondisi status gizi balita dari tahun 2019 – 2024.[3]

2.1.4.2 Latar belakang dan tujuan SKI 2023

Survei Kesehatan Indonesia merupakan upaya pemerintah dalam melakukan evaluasi pembangunan kesehatan melalui pengumpulan data di berbagai bidang kesehatan berbasis komunitas. Survei ini diselenggarakan untuk mengevaluasi perkembangan hasil pembangunan kesehatan secara berkala dalam interval lima tahunan. Dalam pelaksanaannya Riskesdas telah dilakukan pada tahun 2007, 2013, dan 2018. Sementara itu, SSGI dilaksanakan pada tahun 2019, 2021, dan 2022. Kegiatan survei pada tahun 2020 tidak dapat diselenggarakan karena adanya pandemi COVID-19 yang membatasi pelaksanaan pengumpulan data lapangan dan interaksi langsung dengan masyarakat.[3]

2.1.4.3 Metodologi dan cakupan SKI 2023

Survei Kesehatan Indonesia 2023 merupakan survei kesehatan berbasis komunitas yang dirancang untuk menghasilkan data kesehatan yang representatif hingga tingkat kabupaten/kota di Indonesia. Pengumpulan data dilakukan oleh enumerator terlatih melalui wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan kesehatan menggunakan instrumen rumah tangga, individu, dan rumah tangga balita. Sebelum pengumpulan data, dilakukan pemutakhiran rumah tangga sampel berdasarkan daftar yang diperoleh BPS.[3]

Sampel SKI 2023 terdiri atas 315.646 rumah tangga dan 284.177 rumah tangga balita dengan total 1.191.692 responden. Data yang terkumpul selanjutnya melalui proses *editing*, *cleaning*, dan pembobotan agar dapat mewakili populasi secara nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.[3]

2.1.4.4 Perbedaan SKI 2023 dengan Riskesdas sebelumnya

Survei Kesehatan Indonesia 2023 berbeda mendasar dengan Riskesdas karena menggabungkan Riskesdas dan SSGI dalam satu survei, sedangkan

Riskesdas 2007, 2013, dan 2018 hanya mengumpulkan data kesehatan tanpa integrasi survei gizi balita yang dilakukan terpisah sejak 2019.[3]

Target sampel SKI 2023 mencapai 586.000 rumah tangga yang terdiri dari 345.000 rumah tangga biasa dan 345.000 rumah tangga balita, sedangkan Riskesdas sebelumnya hanya 345.000 rumah tangga biasa tanpa data balita terintegrasi. SKI 2023 mengukur kembali 75 persen indikator utama Riskesdas 2007-2018 ditambah indikator baru COVID-19, Transformasi Kesehatan, *Sustainable Development Goals* (SDGs), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Rencana Strategis (Renstra), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), Program Indonesia Sehat-Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dan Gerakan Masyarakat Sehat (Germas), sementara Riskesdas lama hanya mengukur indikator dasar kesehatan tanpa indikator tambahan tersebut.[3]

Pengukuran biomedis dan gigi pada SKI 2023 meluas ke 2.500 blok sensus dengan keterwakilan nasional untuk kedua komponen ini, sedangkan Riskesdas sebelumnya keterwakilannya hanya hingga kabupaten kota.[3]

Survei Kesehatan Indonesia 2023 bertujuan evaluasi capaian 5 tahun dan tren gizi tahunan 2019-2024, sedangkan Riskesdas hanya evaluasi kesehatan dasar tanpa tren gizi tahunan.[3]

2.1.5 Hasil SKI 2023 terkait kejadian diare

Menurut hasil SKI 2023, prevalensi kejadian diare yang didasarkan pada diagnosis atau gejala di seluruh kelompok usia di Indonesia adalah 4,3% secara nasional. Di beberapa provinsi, angka ini bervariasi, dengan provinsi yang mencatat angka tertinggi seperti Papua Tengah (16,1%) dan Papua Pegunungan (14,6%), sementara provinsi dengan angka terrendah meliputi Kepulauan Riau (2,1%), Kalimantan Utara (2,2%) dan Bangka Belitung (2,3%). Data SKI 2023 juga menunjukkan bahwa prevalensi diare pada anak dibawah lima tahun mengalami penurunan dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2018, yaitu dari 12,3% menjadi 7,4%.[3]

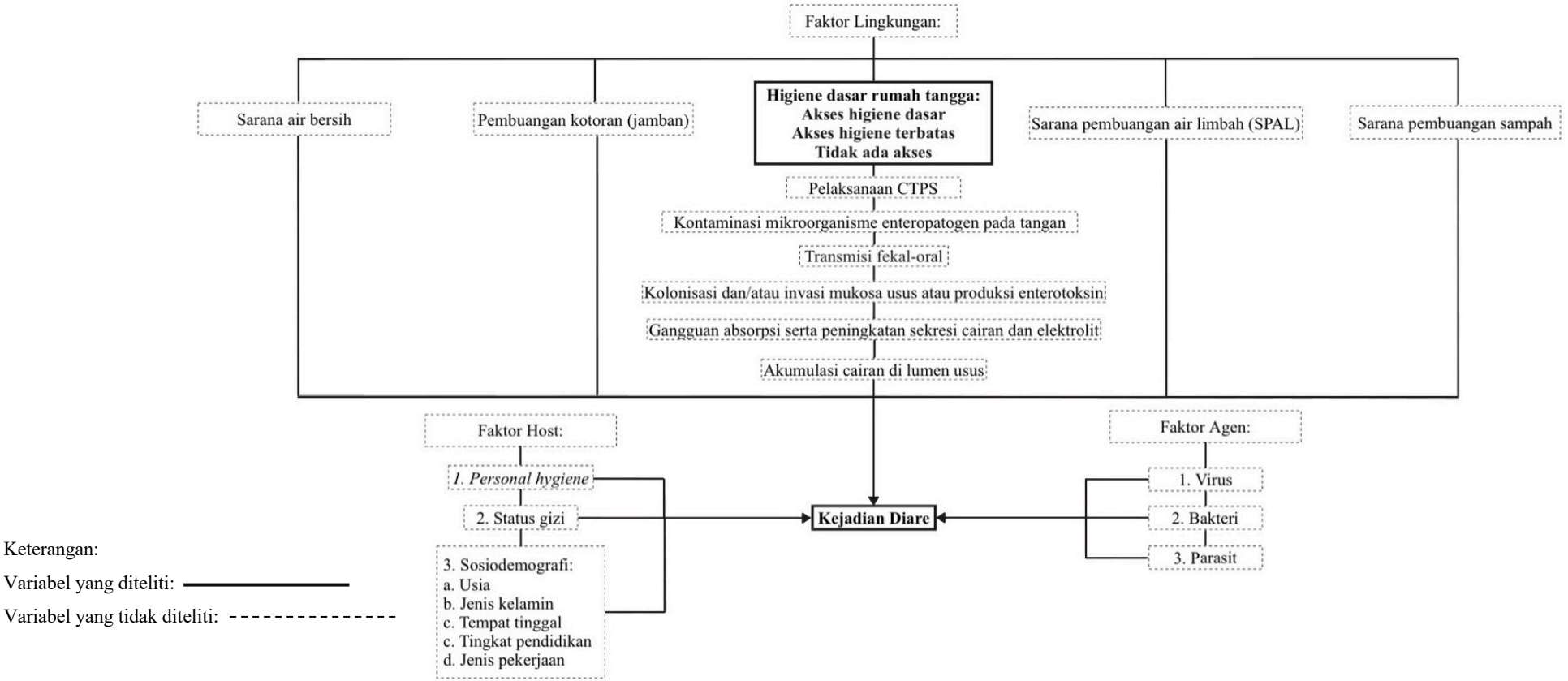
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 2. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Sari, *et al*.[6]	Seluruh provinsi di Indonesia, 2024	*Cross-sectional*	Semua kelompok usia di Indonesia	Variabel independen: Akses higiene terbatas, akses higiene dasar Variabel dependen: Prevalensi diare pada semua umur menurut provinsi	3 bulan	Akses higiene terbatas memiliki hubungan dengan prevalensi diare (p = 0,002) Akses higiene dasar menunjukkan hubungan dengan prevalensi diare (p = 0,002)
Noguchi, *et al*.[5]	Republik Demokratik Kongo, 2021	*Prospective cohort*	11.404 anak di bawah usia lima tahun (balita)	Variabel independen: Akses higiene dasar, akses higiene terbatas, tidak ada akses Variabel dependen: Episode penyakit diare pada anak balita dalam dua minggu terakhir sebelum survei dilakukan	5 bulan	Terdapat hubungan antara akses higiene dasar dengan dengan kejadian diare (p < 0,001) Terdapat hubungan antara akses higiene terbatas dengan kejadian diare (p < 0,001 Tidak ada hubungan antara tidak ada akses higiene dengan kejadian diare (p < 0,001)
Rohmah, *et al.*[33]	Jawa barat, 2025	*Cross-sectional*	58 ibu balita	Variabel independen: Akses higiene dasar Variabel dependen: Kejadian penyakit diare	2 bulan	Terdapat hubungan antara akses higiene dasar dengan kejadian diare (p = 0,006).
Lidiana, *et al.*[8]	Kalimantan Barat, 2021	*Case control*	Total 75 responden yang terbagi menjadi 25 responden kelompok kasus (penderita diare)	Variabel independen: Akses higiene dasar	1 bulan	Tidak ada hubungan antara akses higiene dasar dengan kejadian diare (p = 0,600).

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
			dan 50 responden kelompok kontrol	Variabel dependen: Kejadian diare		
Silalahi, *et al.*[7]	Sumatera Utara, 2024	*Cross-sectional*	57.311 responden mencakup semua kelompok umur	Variabel independen: Akses higiene dasar Variabel dependen: Kejadian diare	3 bulan	Tidak ada hubungan antara akses higiene dasar dengan kejadian diare (p = 0,085).

2.2 Kerangka teori

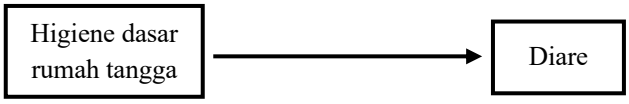


Gambar 2. Kerangka teori

Sumber: Diadaptasi dari Supariasa, *et al* tahun 2002,[34] Adisasmito, *et al* tahun 2007,[11] Setiawan, *et al* tahun 2019.[12]

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 3. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel penelitian

3.1.1.1 Variabel bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah higiene dasar rumah tangga

3.1.1.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah diare

3.2 Definisi operasional

Tabel 3. Definisi operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara pengukuran	Hasil	Skala	Referensi
Usia	Lama waktu hidup seseorang yang dihitung sejak lahir dalam tahun.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok IV Kode B4K7	1. Balita (< 5 tahun) 2. Anak-anak (5-9 tahun) 3. Remaja (10-18 tahun) 4. Dewasa (>18 -59 tahun) 5. Lansia (≥ 60 tahun)	Ordinal	Kemenkes.[35] SKI 2023.[3]
Jenis kelamin	Perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan. Perbedaan biologis tersebut dapat dilihat dari alat kelamin serta perbedaan genetik.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok IV Kode B4K4	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal	BPS.[36] SKI 2023.[3]
Tempat tinggal	Tempat yang digunakan oleh individu atau kelompok sebagai lokasi untuk menetap	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok I Kode B1R5	1. Perkotaan 2. Pedesaan	Nominal	SKI 2023.[3]
Higiene dasar	Higiene dasar rumah tangga merujuk pada ketersediaan akses fasilitas cuci tangan sebagai upaya utama dalam menjaga kebersihan.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, kuesioner rumah tangga blok VI.	1. Akses higiene dasar 2. Akses Higiene Terbatas 3. Tidak Ada Akses	Ordinal	SKI 2023.[3]

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara pengukuran	Hasil	Skala	Referensi
	Akses Higiene Dasar: Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun di rumah, Akses Higiene Terbatas: Tersedia fasilitas cuci tangan namun tidak tersedia air dan sabun di rumah, Tidak Ada Akses: Tidak tersedia fasilitas cuci tangan di rumah					
Diare	Diare adalah keadaan ketika frekuensi buang air besar seseorang meningkat hingga 3 kali atau lebih dalam periode 24 jam, disertai perubahan bentuk tinja menjadi lunak atau cair. Indikator lain dari kondisi diare adalah ketika frekuensi defekasi melebihi kebiasaan atau pola harian normal dari individu tersebut.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, kuesioner individu blok XI Kode A01	1. Ya 2. Tidak	Nominal	WHO.[1] SKI 2023.[3]

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini merupakan analisis lanjutan dari data SKI 2023 terkait diare sehingga diperoleh penjelasan mengenai higiene dasar yang berhubungan dengan kejadian diare.

4.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang didapatkan dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK), yaitu data SKI 2023. Pengambilan data sekunder dilakukan secara langsung oleh peneliti dengan mengunjungi Kementerian Kesehatan Indonesia pada bulan September - November 2026.

4.3 Populasi dan sampel penelitian

4.3.1 Populasi

Anggota Rumah Tangga (ART) yang diwawancara dan dilakukan pengukuran pada data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 yaitu 877.531 di Indonesia.

4.3.2 Sampel

Metode pengambilan data dilakukan dengan mengambil data seluruh populasi sebagai responden dari hasil SKI 2023 *(total sampling)*.

4.3.2.1 Kriteria inklusi

Anggota Rumah Tangga (ART) yang tercatat sebagai responden dalam SKI 2023.

4.3.2.2 Kriteria eksklusi

Data responden yang tidak lengkap.

4.4 Bahan dan instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan berupa kuesioner SKI 2023. Data kuesioner yang diperlukan akan diajukan kepada Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) melalui portal layanan permintaan data kementerian Kesehatan. Data yang diperlukan yaitu:

1. Kuesioner SKI 2023 data set rumah tangga (RUTA):
    a. Kuesioner RUTA blok IV kode B4K4, untuk mendapatkan data jenis kelamin
    b. Kuesioner RUTA blok IV kode B4K7 THN, untuk mendapatkan data usia
    c. Kuesioner RUTA blok I kode B1R5, untuk mendapatkan data tempat tinggal (perkotaan/pedesaan)
    d. Kuesioner RUTA blok VI, untuk mendapatkan data higiene dasar
2. Kuesioner SKI 2023 data set individu:
    a. Kuesioner individu blok XI kode A01, untuk mendapatkan data kejadian diare

4.5 Cara pengambilan data

Peneliti akan melakukan pengambilan data yaitu berupa data sekunder yang didapatkan dari hasil SKI tahun 2023 yang sudah terdata dalam kuesioner-kuesioner. Data kuesioner yang diperlukan akan diajukan kepada Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) melalui portal layanan permintaan data Kementerian Kesehatan.

4.6 Analisis data

Proses pengolahan dan analisis data dilakukan dengan memasukkan data ke program komputer *Statistical Package For Social Sciences* (SPSS) versi 31.

4.6.1 Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan secara rinci ciri tiap variable yang dikaji, baik variabel bebas ataupun variable terikat

dalam bentuk frekuensi atau persentase. Variabel yang diteliti adalah diare dan higiene dasar.

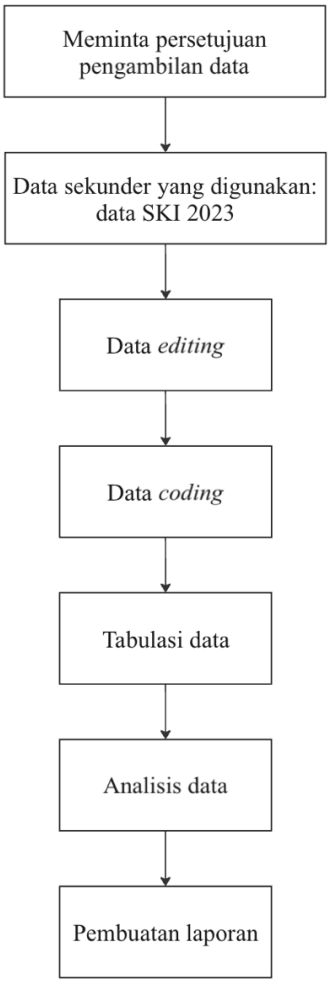
4.6.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan menentukan hubungan antara variabel higiene dasar rumah tangga dengan kejadian diare. Data yang diterima akan dianalisis mempergunakan uji *Chi-square* guna mencari hubungan antara variabel bebas yang datanya sifatnya kategorik dengan variabel terikat yang datanya bersifat kategorik. Apabila terdapat frekuensi ekspektasi ‹5 dalam tabel kontingensi, maka digunakan uji *Fisher's Exact* sebagai uji alternatif.

Setelah dilakukan uji *Chi-square*, selanjutnya dilakukan analisis untuk mengetahui derajat hubungan antara variabel independent terhadap variabel dependen yang dikenal dengan *Odds Ratio* (OR). Berikut adalah interpretasi dari nilai *odds ratio*:

- OR = 1 artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen
- OR < 1 artinya variabel independen berhubungan negatif dengan variabel dependen
- OR > 1 artinya variabel independen berhubungan positif dengan variabel dependen

4.7 Alur kerja penelitian



Gambar 4. Alur kerja penelitian

4.8 Etika penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat persetujuan kaji etik oleh Komisi Etik Riset Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Dalam penelitian ini peneliti mengajukan permohonan izin tertulis dengan sepengetahuan Dekan Fakultas Kedokteran Fakultas Universitas Trisakti untuk diberikan kepada BKPK untuk mendapatkan data sekunder

4.9 Penjadwalan penelitian

Tabel 4. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	WAKTU											
	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I (Pendahuluan)												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (Tinjauan, ringkasan pustaka, kerangka teori)												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III (Kerangka konsep & definisi operasional)												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV (Metode penelitian)												
Pengumpulan makalah proposal												
Ujian proposal												
Pengumpulan revisi pasca ujian												
Pengajuan kaji etik penelitian												
Penelitian												
Pembuatan serta penuntasan BAB V (Hasil)												
Pembuatan serta penuntasan BAB VI (Pembahasan)												
Pembuatan serta penuntasan BAB VII (Kesimpulan dan saran)												

Kegiatan	WAKTU											
	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari
Penyusunan manuskrip publikasi E-jurnal												
Ujian skripsi												

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Diarrhoeal Disease. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease. Accessed February 26, 2026.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2025. Available at: https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2024. Accessed March 5, 2026.
3. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2024. Available at: https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/hasil-ski-2023/. Accessed June 11, 2026.
4. Aisyiah N, Islam F, Ashari AE, et al. Kualitas Sanitasi Higiene dengan Peningkatan Frekuensi Diare pada Balita. Health Safety Environment Journal 2024; 3: 1-9.
5. Noguchi Y, Nonaka D, Kounnavong S, et al. Effects of hand-washing facilities with water and soap on diarrhea incidence among children under five years in Lao People's Democratic Republic: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2021; 18:1-14. DOI: 10.3390/ijerph18020687
6. Sari N, Pangestuti A, Wismaningsih ER, et al. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare di Indonesia Tahun 2023. Jurnal Mutiara Kesehatan 2025; 10: 137-45. DOI: 10.51544/jmkm.v10i2.6482.
7. Silalahi DK, Wulandari RA. Dampak Faktor Lingkungan terhadap Kejadian Diare di Provinsi Sumatera Utara: Analisis Data Survei Kesehatan Indonesia. Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat 2024; 16: 204–12. DOI:10.52022/jikm.v16i4.705.
8. Lidiana S, Saepudin M, Adib M. Hubungan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Diare pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Siantan Tengah Tahun 2021. Journal of Environmental Health and Sanitation Technology 2022; 1: 67–3.
9. GBD 2021. Diarrhoeal Diseases Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific burden of diarrhoeal diseases, their risk factors, and aetiologies, 1990-2021, for 204 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Infect Dis 2024; 25: 519–36. DOI:10.1016/S1473-3099(24)00691-1
10. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.
11. Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia, Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia. Konsensus Penatalaksanaan Diare pada Dewasa di Indonesia tahun 2024. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia; 2024.
12. Setyawan IG, Setyaningsih W. Studi Epidemiologi dengan Pendekatan Analisis Spasial terhadap faktor-faktor Risiko yang Berhubungan dengan

Kejadian Diare pada Anak di Kecamatan Karangmalang Kabupaten Sragen. Surakarta: Tahta Media Group; 2021.
13. Manullang HF, Lubis FH, Ulfah S, et al. Hubungan antara daerah tempat tinggal dengan kejadian diare pada balita usia 24-59 bulan di Sumatera Utara. Jurnal Penelitian Kesmasy. 2025; 8: 126-34. doi:10.36656/jpksy.v8i1.2696.
14. Labado N, Wulandari RA. Hubungan Sumber Air Minum dengan Kejadian Diare di Provinsi Gorontalo. Jurnal Medika Hutama. 2022; 3: 2837-847.
15. Marks SL. Diarrhea. In: Washabau RJ, Day MJ, editors. Canine and Feline Gastroenterology. USA: Saunders Elsevier; 2013. p.99-108.
16. Makmun D, Simadibrata M, Abdullah M, et al, editors. Konsensus Penatalaksanaan Diare Akut pada Dewasa di Indonesia. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia; 2009.
17. Anggraini D, Kumala O. Diare Pada Anak. Sciena Scientific Journal 2022; 1: 311-9. DOI: 10.56260/sciena.v1i4.60.
18. Achnia A, Pratiwi C. Gambaran Penerapan Higiene dan Sanitasi pada Penyelenggaraan Makanan di Instalasi Gizi Rumah Sakit Universitas Sumatera Utara. Jurnal Andaliman: Jurnal Gizi Pangan, Klinik dan Masyarakat 2023; 3: 15–3.
19. Anam MA, Setioko MD, Rahmadian A. Penerapan Higiene, Sanitasi dan Keselamatan Kerja di Dapur. Jurnal Pengabdian Masyarakat Waradin 2021; 1: 74–4.
20. Zulfita A, Sari NP, Wardani S, et al. Hubungan antara Personal Hygiene Ibu Rumah Tangga dan Sarana Sanitasi Dasar dengan Kejadian Diare pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sapta Taruna Tahun 2021. Media Kesmas (Public Health Media) 2022; 2: 151-61. DOI: 10.25311/kesmas.Vol2.Iss1.512.
21. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water supply, Sanitation and Hygiene (JMP). Progress on Household Drinking Water, Sanitation And Hygiene 2000-2020: Five Years into the SDGs. UN Water 2021. Available at: https://www.unwater.org/sites/default/files/app/uploads/2021/07/jmp-2021-wash-households-launch-version.pdf. Accessed June 12, 2026.22.
22. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Panduan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS). Jakarta: UNICEF Indonesia; 2021. Available at: https://www.unicef.org/indonesia/id/media/7436/file/Panduan%20Cuci%20Tangan%20Pakai%20Sabun.pdf. Accessed June 12, 2026.
23. Sarashy NBH, Cahyani CN, Fadhilah LN, et al. Penyuluhan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Sebagai Paya Peningkatan Kualitas Kesehatan di Lingkungan Sekolah. Jurnal Pengabdian Masyarakat 2023; 3: 87-4. DOI: 10.47575/apma.v3i2.375.
24. Wulandhani S, Misnarliah M, Hartati H, et al. Edukasi Kesehatan Cara Mencuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) pada Anak Usia Sekolah Dasar. J Pengabdian Masyarakat Bangsa 2024; 1: 3354-358. DOI: 10.59837/jpmba.v1i12.723.

25. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Biasakan Cuci Tangan Pakai Sabun pada 5 Waktu Kritis. Kemkes.go.id 2020. Available at: https://kemkes.go.id/id/biasakan-cuci-tangan-pakai-sabun-pada-5-waktu-kritis. Accessed June 13, 2026.
26. Widyastuti D, Jamaluddin HN, Arisanti R, et al. Analysis of the Influence of Socioeconomic Factors on Access to Proper Sanitation in Indonesia in 2021. Seminar Nasional Official Statistics. 2023; 1: 105-16. doi:10.34123/semnasoffstat.v2023i1.1853.
27. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, UNICEF. Penilaian pasar Untuk Produk dan Layanan Kebersihan Tangan di Indonesia. Jakarta: UNICEF Indonesia; 2022. Available at: https://www.unicef.org/indonesia/media/15596/file/Penilaian%20Pasar%20untuk%20Produk%20dan%20Layanan%20Kebersihan%20Tangan%20di%20Indonesia.pdf
28. Dwitasari R, Kustono D, Al-Irsyad M, et al. Hubungan Sanitasi, Personal Hygiene dan Kandungan Escherichia Coli dengan Diare di Puskesmas Dinoyo Kota Malang. Jurnal Anestesi 2023; 2: 1-12. DOI: 10.59680/anestesi.v2i1.721.
29. Sari N, Pangestuti A, Retnani Wismaningsih E, et al. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare di Indonesia tahun 2023. Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat 2025; 10: 137–45. DOI:10.51544/JMKM.V10I2.648230.
30. Faradilla A, Solikhah S, Rustiawan A. Dampak Sanitasi dan Perilaku Higiene terhadap Kejadian Diare pada Balita. Jurnal Bermasyarakat 2026; 6:305–12. DOI:10.37373/BEMAS.V6I2.1801
31. Andinatania M, Trijayanthi Utama W, Agustina Daulay S, et al. Literature review: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare pada Balita. Medula 2024; 14: 1713-720.
32. George CM, Cirhuza LB, Birindwa A, et al. Child Hand Contamination is Associated with Subsequent Pediatric Diarrhea in Rural Democratic Republic of the Congo (REDUCE Program). Tropical Medicine & International Health 2021; 26: 102–10. DOI:10.1111/TMI.13510
33. Rohmah N, Syahrul F. Relationship between Hand-washing Habit and Toilet Use with Diarrhea Incidence in Children Under Five Years. Jurnal Berkala Epidemiologi 2017; 5: 95-106. DOI: 10.20473/jbe.v5i1.2017.95-106.
34. Velentina PK, Faizah A. Relationship of Nutritional Status on Diarrhea in Children in a Community Health Centre Batu Aji 2020. Zona Keperawatan 2020; 11: 54-2.
35. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kategori Usia. 2024. Available at: https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia. Accessed June 14, 2026.
36. Badan Pusat Statistik. Metadata Variabel. Jakarta: Badan Pusat Statistik. Available at: https://sirusa.web.bps.go.id/metadata/variabel/217475. Accessed June 18, 2026.

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table*

Tabel 5. Distribusi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tempat tinggal), higiene dasar, dan diare

	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
Balita (< 5 tahun)		
Anak-anak (5-9 tahun)		
Remaja (10-18 tahun)		
Dewasa (>18-59 tahun)		
Lansia (≥ 60 tahun)		
Jenis kelamin		
Perempuan		
Laki-laki		
Tempat tinggal		
Perkotaan		
Pedesaan		
Higiene dasar		
Akses higiene dasar		
Akses higiene terbatas		
Tidak ada akses		
Diare		
Ya		
Tidak		

Tabel 6. Distribusi higiene dasar dan diare berdasarkan tempat tinggal (perkotaan dan pedesaan)

	Perkotaan		Pedesaan	
	n	%	n	%
Higiene dasar				
Akses higiene dasar				
Akses higiene terbatas				
Tidak ada akses				
Diare				
Ya				
Tidak				

Tabel 7. Hubungan antara higiene dasar dengan diare

Higiene dasar	Diare				Total		OR (95% CI)	*P-value**
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Akses higiene dasar								
Akses higiene terbatas								
Tidak ada akses								

Keterangan *: Uji *Chi-square*

Lampiran 2. Kuesioner rumah tangga data SKI 2023 Blok I



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

SURVEI KESEHATAN INDONESIA 2023

PERTANYAAN RUMAH TANGGA

RAHASIA | **Nomor Rekomendasi Survei Statistik Sektoral: V-23.0000.001** | **SKI23.RT**

I. PENGENALAN TEMPAT

NO 1-9 SALIN DARI BLOK I SKI23.DPRT

1	Provinsi		☐☐
2	Kabupaten/Kota		☐☐
3	Kecamatan		☐☐☐
4	Desa/Kelurahan		☐☐☐
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	☐
6	Nomor Blok Sensus		☐☐☐☐
7	Nomor Kode Sampel		☐☐☐☐☐☐
8	No. Urut Sampel Rumah Tangga		☐☐
9	Nama Kepala Rumah Tangga		
10	Alamat Rumah		
11	Terpilih Sampel Biomedis	1. Ya 2. Tidak	☐

Lampiran 3. Kuesioner rumah tangga data SKI 2023 Blok IV

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART) / NIK	Hubungan dengan kepala rumah tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perem-puan	Status kawin [KODE]	Tanggal lahir	Umur Jika umur < 1 bln isikan dalam kotak"Hari" Jika umur < 5 thn isikan dlm kotak"Bulan" Jika umur ≥ 5 thn isikan dlm kotak "Tahun"	**Khusus ART > 5 tahun** Status Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	**Khusus ART ≥ 10 tahun** Status Pekerjaan [KODE]	**Khusus ART Perempuan ≥ 10 tahun** Status Kehamilan saat ini 1. Hamil 2. Tidak	Kepemilikan Jaminan Kesehatan 1. BPJS PBI 2. BPJS non PBI 4. Jamkesda 8. Asuransi kesehatan swasta 16. Lainnya 32. Tidak ada **Bila jawaban > 1 jumlahkan kode jawaban**	ART diwawancarai? 1. Ya 2. Ya, didampingi 3. Ya, diwakili 4. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
5	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
6	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
7	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐
8	Nama : NIK :	☐☐	☐	☐	Tgl: ☐☐ Bln: ☐☐ Thn: ☐☐☐☐	a. ☐☐Hr b. ☐☐Bln c. ☐☐☐Thn	☐	☐	☐	☐☐	☐

GUNAKAN HALAMAN 4 APABILA JUMLAH ART > 8 ORANG

Kode kolom (3): Hubungan dgn kepala rumah tangga
01= Kepala RT
02= Istri/suami
03= Anak kandung
04= Anak angkat/tiri
05= Menantu
06= Cucu
07= Orang tua/ mertua
08= Pembantu rumah tangga/ sopir
09= Famili lain
10= Lainnya

Kode kolom (5): Status Kawin
1= Belum Kawin
2= Kawin
3= Cerai hidup
4= Cerai mati

Kode kolom (8): Pendidikan Tertinggi
1= Tidak/ belum pernah sekolah
2= Tidak tamat SD/MI
3= Tamat SD/MI
4= Tamat SLTP/MTS
5= Tamat SLTA/MA
6= Tamat D1/D2/D3
7=Tamat PT

Kode Kolom (9): Status Pekerjaan
1= Tidak bekerja
2= Sekolah
3= PNS/ TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD
4= Pegawai swasta
5= Wiraswasta
6= Petani/buruh tani
7= Nelayan
8= Buruh/ sopir/ pembantu ruta
9= Lainnya

Lampiran 4. Kuesioner individu data SKI 2023 Blok XI Kode A01

A. PENYAKIT MENULAR		
[NAMA] pada pertanyaan di bawah ini merujuk pada NAMA ART yang tercatat pada pertanyaan Blok XI P.1		
DIARE/ MENCRET [ART SEMUA UMUR]		
A01	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita diare oleh tenaga kesehatan?	
	1. Ya, ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak ➔ **A.03** 8. Tidak tahu ➔ **A.03**

Lampiran 5. Kuesioner rumah tangga data SKI 2023 Blok VI

21	Apakah tersedia tempat untuk untuk mencuci tangan?	1. Ada, di dalam rumah 2. Ada, di luar rumah	3. Tidak ada tempat cuci tangan ➔ **P.25** 4. Tidak diizinkan melihat ➔ **P.25**
22	Jenis sarana mencuci tangan yang tersedia? 1. Wastafel/Kran air 2. Ember/gentong/gallon dengan keran/bolongan	3. Ember/gentong/bak mandi menggunakan gayung 4. Lainnya	
23	Apakah tersedia air di tempat mencuci tangan?	1. Tersedia air mengalir 2. Tersedia air tidak mengalir	3. Tidak tersedia air
24	Apakah tersedia sabun, detergen atau cairan antiseptik di tempat mencuci tangan?	1. Ya	2. Tidak

Lampiran 6. Data responden

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Tempat Tinggal	Higiene Dasar	Diare
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						