



**HUBUNGAN ANTARA PERILAKU HIGIENE PERSEORANGAN
DENGAN KEJADIAN DEMAM TIFOID PADA PASIEN RAWAT
INAP DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN HADLIRIN JEPARA
TAHUN 2009**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

Dewi Masitoh
NIM 6450405100

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2009**

ABSTRAK

Dewi Masitoh. 2009. **Hubungan antara Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara Tahun 2009**. Skripsi. Jurusan Ilmu kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing I. Dra. E.R Rustiana, M. Si, Pembimbing II. dr. Oktia Woro K.H., M. Kes.

Kata Kunci: Perilaku Higiene Perseorangan, Demam Tifoid

Kejadian demam tifoid merupakan salah satu penyakit menular yang selalu terjadi setiap tahun. Berdasarkan data sepuluh kasus terbanyak di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2008, demam tifoid menempati urutan kedua pada bagian rawat inap dan urutan ketiga pada bagian rawat jalan. Dalam penelitian ini, permasalahan yang dikaji adalah hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2009. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2009.

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan rancangan penelitian kasus kontrol (*case control study*). Populasi kasus yaitu penderita demam tifoid yang menjalani rawat inap dan populasi kontrol adalah pasien bukan penderita demam tifoid yang menjalani rawat inap. Sampel terdiri dari sampel kasus berjumlah 28 orang, dan sample kontrol berjumlah 28 orang yang diperoleh menggunakan teknik *simple random sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan dokumentasi. Data yang diperoleh dalam penelitian ini dianalisis menggunakan uji *chi square* dengan derajat kemaknaan 0,05 dan menghitung nilai *Odds Ratio* (OR) .

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan (*p value*= 0,007 OR= 4,636), mencuci tangan setelah buang air besar (BAB) (*p value*= 0,019 OR=6,158), minum air matang (*p value*= 0,008 OR= 4,457), mengkonsumsi makanan matang (*p value*= 0,007 OR=4,500), mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi (*p value*= 0,018 OR=4,500), menggunakan alat makan yang bersih (*p value*= 0,032 OR=3,263) dengan kejadian demam tifoid.

Saran yang dianjurkan dalam penelitian ini adalah (1) bagi Rumah Sakit, diharapkan bekerjasama dalam upaya promotif dan preventif dengan memberikan informasi kepada penderita yang menjalani perawatan mengenai pentingnya melaksanakan perilaku higiene perseorangan sebagai upaya pencegahan penularan penyakit, (2) bagi penderita demam tifoid diharapkan dapat menerapkan dan meningkatkan perilaku higiene perseorangan dalam kehidupan sehari-hari supaya penularan demam tifoid dapat dicegah, (3) bagi peneliti yang akan melakukan penelitian dengan tema yang sama, diharapkan agar mengembangkan penelitian dengan metode penelitian yang lain dan efektif untuk menurunkan kejadian demam tifoid pada masyarakat.

ABSTRACT

Dewi Masitoh. 2009. **The Relation Between Personal Hygiene Behavior and Tifoid Fever Case of Opname Patients in Islamic Hospital of Sultan Hadlirin Jepara at 2009**. A Final Project. Public Health of Science Departement. Faculty of Sport Science, State University of Semarang. Advisor I. Dra. E.R Rustiana, M. Si, Advisor II. dr. Oktia Woro K.H., M. Kes.

Keywords: Personal Hygiene Behavior, Tifoid fever

Tifoid fever is an infectious disease that always happens every year. Data based on the ten most cases In Islamic Hospital of Sultan Hadlirin Jepara at 2008, tifoid fever in rank second at opname patient and third at outpatient . In this research, which investigated the problem is the relation behavior of personal hygiene with tifoid fever case of opname patients in Islamic Hospital of Sultan Hadlirin Jepara at 2009. The purpose of this research is to understand the relation between personal hygiene behavior and tifoid fever case of opname patients in Islamic Hospital of Sultan Hadlirin Jepara at 2009.

This is a research of analytical survey with a project case control study. The population case, that was tifoid fever opname patient and population control is not the patient's tifoid fever who undergo opname patient. The sample of case consist of 28 people and also 28 people for the sample control they were taken using a technique of simple random sampling. The instruments that were used in this research are in from questionnaires and documentation. The data of this study were analyzed using the chi square test with significance level of 0,05 and calculated the Odds Ratio (OR) values.

From the results of the research can be concluded that there are relation between the habit to wash hands before eating (p value = 0,007 OR = 4,636), washing hands after defecate (p value = 0,019 OR = 6,158), drinking reaping water (p value = 0,008 OR = 4,500), using a clean cutlery (p value = 0,032 OR = 3,263) with a fever outbreak tifoid.

From this research, it could be suggested that (1) for the Hospital, are expected to cooperate in preventive and promotional efforts to provide information to the people who care about the importance of implementing personal hygiene as a means of disease prevention, (2) for the people with fever tifoid excepted to implement and improve the behavior of the personal hygiene in daily life, so that tifoid fever can be prevented, (3) for the researchers who will conduct research with the same theme, are expected to develop research with the research method and effective to reduce fever outbreak tifoid the public.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan antara Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2009” ini telah diujikan dalam ujian skripsi pada tanggal 24 Agustus 2009 dan telah diperbaiki serta mendapat pengesahan dari panitia ujian dan para penguji skripsi.

Mengesahkan,

Panitia dan Penguji	Nama dan Tanda Tangan	Tanggal Penandatanganan
Ketua Panitia Ujian Skripsi	<u>Drs. H. Harry Pramono, M. Si</u> NIP.131 469 638	
Sekretaris Panitia Ujian Skripsi	<u>dr. Mahalul Azam, M, Kes</u> NIP. 132 297 151	
Penguji I	<u>Drs. Bambang Wahyono, M.Kes</u> NIP. 131 674 366	
Penguji II	<u>Dra. E. R. Rustiana, M. Si</u> NIP. 131 472 346	
Penguji III	<u>dr. Oktia Woro K.H, M. Kes.</u> NIP. 131 695 159	

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

"Semua yang pernah anda pelajari,
baik penting maupun tidak,
tidak pernah sia-sia" (Elanor Roosevelt)

PERSEMBAHAN

1. Karya ini penulis persembahkan untuk Ibu dan Bapak tercinta yang selalu memberikan do'a, perhatian, kasih sayang, dan kepercayaan demi keberhasilan putrinya
2. Almamater

KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan antara Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara Tahun 2009” .

Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang (UNNES)

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari partisipasi dan bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Drs. Harry Pramono, M. Si.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan, Drs. Nasution, M. Kes, atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, dr. H. Mahalul Azam, M. Kes. atas persetujuan dilaksanakannya sidang ujian skripsi.
4. Dosen Pembimbing I Dra. Eunike Raffy Rustiana, M. Si atas bimbingan, arahan dalam penyusunan skripsi ini..
5. Dosen Pembimbing II dr. Oktia Woro K.H, M. Kes atas bimbingan, arahan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Direktur Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara dr. H. Gunawan W.S, DTMH, M. Kes atas ijin untuk pengambilan data di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.
7. Penanggungjawab TU dan Kepegawaian Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, Ibu Elly Andriyani atas bantuan dan arahannya dalam pengambilan data.
8. Kepala Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, dr. Aliyatun Najah atas bantuannya dalam pengambilan data demam tifoid.

9. Kepala Pelayanan Medis, dr. Hj. Khozanah atas ijin dan bantuannya dalam pengambilan data pada bagian rawat inap.
10. Kepala Rawat Inap Ruang Mina, Ibu Sri Mulyani atas ijin, bantuan serta arahnya dalam pengambilan data pada pasien rawat inap.
11. Kepala Rawat Inap Ruang Musdalifah, Bapak Agus Cahyono, Amk atas ijin, bantuan serta arahnya dalam pengambilan data pada pasien rawat inap.
12. Seluruh staf dan karyawan Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara., atas bantuan dan informasi yang telah diberikan.
13. Pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, atas partisipasi dan kesediaannya menjadi responden.
14. Ibu, Bapak, Mbak Iis, Reza, Hilda serta keluargaku tercinta yang telah memberikan do'a, dukungan, dan kasih sayang yang tidak ternilai harganya.
15. Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2005, atas bantuan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
16. Teman-teman yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini (Naila Kamila, Rina, Sulistia, Endah, Dewi, Tyas, Kusniawati, Budiyarso).
17. Semua pihak yang telah membantu dalam skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena, itu segala kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan skripsi ini sangat penulis harapkan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya, dan penulis pada khususnya.

Semarang, Juni 2009

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR GRAFIK.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	7
1.5 Keaslian Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	11
BAB II LANDASAN TEORI	9
2.1 Landasan Teori.....	12
2.2 Kerangka Teori.....	26
BAB III METODE PENELITIAN.....	23
3.1 Kerangka Konsep	27
3.2 Hipotesis Penelitian	28

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	29
3.4 Variabel Penelitian	30
3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	31
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian.....	32
3.7 Sumber Data Penelitian	35
3.8 Instrumen Penelitian.....	35
3.9 Teknik Perolehan Data	37
3.10 Teknik Pengolahan dan Analisis.....	37
BAB IV HASIL PENELITIAN	40
4.1 Deskripsi Data.....	40
4.2 Hasil Penelitian	46
BAB V PEMBAHASAN	58
5.1 Pembahasan.....	58
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	65
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	66
6.1 Simpulan	66
6.2 Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN.....	71

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	8
3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	31
3.2 Tabel Hasil Perhitungan Sampel.....	34
3.3 Standar Reliabilitas Berdasarkan Nilai Alpha.....	37
3.4 Penentuan <i>Odds Ratio</i>	39
4.1 Data Sumber Daya Manusia Menurut Status dan Pendidikan RSI Sultan Hadlirin Jepara Tahun 2008.....	42
4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Golongan Umur	43
4.3 Distribusi Frekuensi Menurut Golongan Tingkat Pendidikan	44
4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin	45
4.5 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan	46
4.6 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB.....	46
4.7 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Minum Air Matang	47
4.8 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Matang.....	48
4.9 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah.....	49
4.10 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih.....	50
4.11 Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan dengan Kejadian Demam Tifoid	51

4.12 Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah Buang Air Besar dengan Kejadian Demam Tifoid	52
4.13 Tabulasi Silang antara Kebiasaan Minum Air Matang dengan Kejadian Demam Tifoid	53
4.14 Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mengkonsumsi Makanan Matang dengan Kejadian Demam Tifoid	54
4.15 Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah dengan Kejadian Demam Tifoid	55
4.16 Tabulasi Silang antara Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih dengan Kejadian Demam Tifoid	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Kerangka Teori	26
3.1 Kerangka Konsep	27
3.2 Skema Desain Penelitian Kasus Kontrol.....	30

DAFTAR GRAFIK

Grafik	Halaman
4.1 Sepuluh Kasus Terbanyak Bagian Rawat Jalan RSI Sultan Hadlirin Jepara Tahun 2008	41
4.2 Sepuluh Kasus Terbanyak Bagian Rawat Jalan RSI Sultan Hadlirin Jepara Tahun 2008	41
4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Golongan Umur	43
4.4 Distribusi Frekuensi Menurut Golongan Tingkat Pendidikan	44
4.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin	45
4.6 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan	46
4.7 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB.....	47
4.8 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Minum Air Matang	48
4.9 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Matang.....	49
4.10 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah.....	50
4.11 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1 Surat Tugas Pembimbing	72
2 Surat Tugas Penguji	73
3 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas pada Kesbanglinmas Jepara	74
4 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas pada Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara	75
5 Surat Ijin Penelitian dari Bappeda Jepara pada Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara	76
6 Surat Keterangan telah Mengambil data dari Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara	77
7 Daftar Sampel Kasus Penelitian.....	78
8 Daftar Sampel Kontrol penelitian	79
9 Kuesioner Penelitian	80
10 Kuesioner Penjaringan	82
11 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	85
12 Data Mentah Hasil Penelitian	89
13 Analisis Univariat	92
14 Analisis Bivariat.....	94
15 Dokumentasi	103

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pada Era globalisasi, masyarakat di dunia dituntut memiliki keahlian dan prestasi dalam memajukan negaranya dengan saling bersaing untuk maju pada semua sektor, baik pada sektor ekonomi, sosial maupun politik. Maka, kesehatan merupakan hal pokok yang harus diperhatikan. Apabila derajat kesehatan masyarakat tergolong baik, maka segala aktifitas masyarakat dapat berjalan dengan lancar. Derajat kesehatan yang tinggi menyebabkan tubuh menjadi prima sehingga seluruh organ tubuh dapat berfungsi sebagaimana mestinya tanpa mengalami gangguan berarti yang dapat beresiko menurunkan kondisi fisiologis serta psikologis seseorang dan dapat menghambat pekerjaan. Namun, timbulnya suatu penyakit merupakan ancaman terbesar yang beresiko menurunkan derajat kesehatan pada masyarakat di dunia ini.

Penyakit merupakan suatu gangguan fungsi dari sebuah organisme sebagai akibat dari infeksi serta tekanan dari lingkungan yang dapat menyebabkan menurunnya derajat kesehatan masyarakat (Anies, 2006: 1). Ancaman penyakit paling berbahaya dalam menurunkan derajat kesehatan masyarakat adalah penyakit menular yang dapat dibagi dalam tiga kelompok utama yaitu (1) penyakit sangat berbahaya karena tingkat kematiannya cukup tinggi, (2) penyakit menular yang menimbulkan kematian atau cacat dengan akibat yang lebih ringan (3) penyakit yang jarang menimbulkan kematian atau cacat namun dapat mewabah sehingga menimbulkan kerugian waktu, materi maupun biaya (Nur Nasry, 2006:10).

Penyakit menular yang paling sering terjadi di negara berkembang adalah penyakit pada saluran pernafasan dan pencernaan. Salah satu diantaranya adalah

kejadian demam tifoid. Pada tahun 2003 World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat sekitar 17 juta kasus demam tifoid di seluruh dunia dengan insidensi 600.000 kasus kematian setiap tahun. Demam tifoid merupakan penyakit menular yang bersifat endemik (Rizky Vitria, 2008). Di Negara Indonesia, demam tifoid tercatat dalam undang-undang nomor 06 tahun 1962 tentang wabah, kelompok ini merupakan penyakit yang mudah menular dan dapat menyerang banyak orang sehingga menimbulkan wabah. Penyakit ini tersebar secara merata di seluruh Provinsi di Negara Indonesia dan terjadi sepanjang tahun. Tidak hanya daerah pedesaan, demam tifoid juga terjadi pada daerah perkotaan (Santoso, dkk, 2005:235).

Demam tifoid atau *Typhoid fever* adalah penyakit demam akut yang disebabkan akibat infeksi *Salmonella typhi* (David Ovedoff, 2002: 5). Demam tifoid menyerang bagian lambung dan usus serta dapat ditularkan melalui penularan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, penyakit ini ditularkan dari orang ke orang. Sedangkan penularan tidak langsung yaitu penularan melalui makanan, minuman, serta binatang perantara.

Demam tifoid di Negara Indonesia merupakan penyakit menular yang dapat menelan korban jiwa dalam jumlah besar. Demam tifoid ini seringkali dialami oleh anak-anak maupun remaja. Hal ini terjadi disebabkan karena mereka belum menyadari pentingnya kebersihan makanan dan lingkungan. Disamping itu, penderita anak-anak umumnya belum memiliki kekebalan tubuh yang sempurna terhadap infeksi (Abdul Syukur, 2005: 53). Angka kejadian tertinggi penyakit demam tifoid ini ditemui pada anak-anak dan dewasa (dibawah umur 30 tahun) dan orang dewasa umumnya mengalami infeksi ringan dibanding anak-anak (Erik Tapan, 2004: 119).

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Republik Indonesia tahun 2000, jumlah kejadian demam tifoid di Rumah Sakit adalah 81.215 kasus pada pasien rawat

jalan dan 42.667 kasus pada pasien rawat inap Rumah sakit dan 231 diantaranya dinyatakan meninggal dunia. Sedangkan pada Puskesmas, penderita demam tifoid sejumlah 159.590 pasien. Sepanjang tahun 2003, demam tifoid tersebar secara merata di seluruh Provinsi dengan insidensi pada wilayah pedesaan 358/100.000 penduduk tiap tahun, sedangkan di perkotaan terjadi 760/100.000 penduduk tiap tahun.

Dalam profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2005 Demam tifoid termasuk dalam jenis kejadian luar biasa (KLB) dengan *attack rate* sebesar 11,63% yang menyerang dua kecamatan dengan jumlah dua desa dan jumlah penduduk yang terancam sejumlah 215 jiwa dengan jumlah penderita 25 jiwa. Di Kabupaten Jepara, kasus demam tifoid selalu terjadi setiap bulan. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara yaitu rekapitulasi data wabah W2 mingguan selama tahun 2008, menunjukkan bahwa Demam tifoid sebagai penyakit prioritas kedua dengan jumlah 2680 (0,98%) dan diare sebagai prioritas pertama dengan jumlah 19.380 (71,14%).

Hasil perolehan data dari Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, dapat diketahui bahwa dari tahun 2005 sampai dengan 2008, pasien penderita penyakit menular selalu meningkat. Salah satu penyakit yang sering diderita pasien adalah demam tifoid. Di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, kejadian demam tifoid merupakan penyakit yang seringkali terjadi baik pada pasien rawat inap maupun pasien rawat jalan dalam jumlah yang besar. Dari tahun 2005 sampai 2008, kejadian demam tifoid mengalami peningkatan besar. Hal ini ditunjukkan dengan jumlah pasien penderita demam tifoid tahun 2005 sejumlah 398 pasien, tahun 2006 meningkat menjadi 423 pasien, tahun 2007 sejumlah 952 pasien dan tahun 2008 sejumlah 1057 pasien. Berdasarkan data sepuluh kasus terbanyak di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, demam tifoid menempati urutan kedua pada bagian rawat inap dan ketiga pada bagian rawat jalan.

Data yang diperoleh dari bagian rekam medik Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara menunjukkan bahwa kasus demam tifoid pada pasien rawat jalan dari tahun 2005 sampai 2008 sejumlah 1453 pasien sedangkan pada pasien rawat inap sejumlah 1367 pasien. Maka hal ini merupakan masalah kesehatan yang perlu dicermati karena di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, kejadian demam tifoid selalu terjadi setiap bulan dan sepanjang tahun.

Penularan demam tifoid dapat terjadi akibat adanya binatang perantara (vektor dan reservoir), kebiasaan jajan, pengelolaan makanan yang tidak bersih, serta perilaku higiene perseorangan yang tidak memenuhi syarat. Dari beberapa aspek tersebut, perilaku individu merupakan aspek utama yang berperan dalam penularan demam tifoid. Menurut Juli Soemirat Slamet (2000, 74) perilaku higiene perseorangan seperti memelihara kebersihan tangan, kuku, gigi dan mulut, pakaian, rambut, sehingga tidak ada *agent* penyakit, merupakan aspek penting yang dapat mempengaruhi kesehatan individu.

Perilaku individu yang kurang benar, seperti kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan, tidak mencuci tangan setelah buang air besar, kebiasaan mengkonsumsi makanan produk daging dan sayuran yang tidak matang, mengkonsumsi buah yang tidak dicuci dengan air, minum air yang tidak direbus, serta menggunakan alat makan dan minum yang tidak bersih merupakan perilaku berisiko terinfeksi kuman *Salmonella typhi* sehingga dapat tertular penyakit demam tifoid.

Fenomena yang terjadi di masyarakat, masih banyak warga yang enggan menerapkan perilaku higiene perseorangan meskipun tingkat pengetahuan dan sikap mereka tentang kesehatan sudah cukup baik. Hal yang demikianlah yang menyebabkan jumlah penderita demam tifoid meningkat setiap tahunnya. Meskipun pihak instansi kesehatan telah melakukan upaya promotif dan penyuluhan tentang pentingnya perilaku higiene perseorangan serta kesehatan

lingkungan untuk mencegah dan menanggulangi penularan penyakit. Namun, upaya ini tidak akan berhasil tanpa adanya kesadaran tiap individu untuk merubah perilaku. Kunci utama keberhasilan dari terwujudnya masyarakat yang sehat adalah memulai dengan kesadaran diri sendiri untuk berperilaku hygiene dan sehat.

Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis berminat untuk melakukan penelitian tentang **”Hubungan antara Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara”**.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Adakah hubungan antara perilaku hygiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1.2.2.1 Apakah kebiasaan mencuci tangan sebelum makan berhubungan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara?

1.2.2.2 Apakah kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB) berhubungan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara?

1.2.2.3 Apakah kebiasaan minum air matang berhubungan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara?

1.2.2.4 Apakah kebiasaan mengkonsumsi makanan matang berhubungan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara?

1.2.2.5 Apakah kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi berhubungan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara?

1.2.2.6 Apakah kebiasaan penggunaan alat makan dan minum yang bersih dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini meliputi:

1.3.2.1 Untuk mengetahui adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.3.2.2 Untuk mengetahui adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB) dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.3.2.3 Untuk mengetahui adanya hubungan antara kebiasaan minum air matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.3.2.4 Untuk mengetahui adanya hubungan antara kebiasaan mengkonsumsi makanan matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.3.2.5 Untuk mengetahui adanya hubungan antara kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.3.2.6 Untuk mengetahui adanya hubungan antara kebiasaan penggunaan alat makan dan minum yang bersih dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah :

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Memberi informasi tentang hubungan perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid sehingga dapat bekerjasama dengan Dinas Kesehatan sebagai masukan untuk menentukan strategi pencegahan dan penanggulangan kejadian demam tifoid.

1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dapat menambah referensi serta pengetahuan tentang perilaku higiene perseorangan sebagai upaya pencegahan penularan demam tifoid.

1.4.3 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam penelitian, penulisan khususnya terkait perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid serta dapat menerapkan ilmu yang diperoleh selama kuliah di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Faktor risiko kondisi sanitasi lingkungan terhadap kejadian penyakit demam tifoid pada pasien rawat inap di RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2002/2003	Budiyono	Tahun 2003, RSUP Dr. Kariadi Semarang	Observasional research dengan menggunakan rancangan analisa bivariat dan pendekatan <i>case control</i>	<p>Variabel Bebas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepemilikan sarana air bersih 2. Kualitas air Bersih Kepunya-an jamban 3. Kualitas jamban 4. Kepunyaan tempat sampah 5. Pengelolaan sampah <p>Variabel Pengganggu:</p> <p>Perilaku :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jajan, 2. Kebutuhan mencuci tangan, 3. Kebutuhan buang air besar <p>Variabel Terikat :</p> <p>Kejadian Demam Tifoid</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan sarana air bersih dengan demam tifoid (p=0.372108, OR=1.5)</p> <p>Ada hubungan antara air bersih dengan demam tifoid (p=0.002979, OR=3.52)</p> <p>Ada hubungan tempat sampah dengan demam tifoid (p=0.034, OR=2.143)</p> <p>Ada hubungan pengelolaan sampah dengan demam tifoid (p=0.01659, OR=0.89)</p> <p>Tidak ada</p>

Lanjutan (tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
						hubungan BAB dengan demam tifoid.
2	Hubungan antara kondisi sanitasi rumah dengan kejadian luar biasa (KLB) demam tifoid di Desa Pejagoan Kecamatan Pejagoan Kabupaten Kebumen tahun 2006	Erlina Nur Hetty	Tahun 2007, di Desa Pejagoan Kecamatan Pejagoan Kabupaten Kebumen	Survey analitik dengan pendekatan <i>case control</i>	Variabel Bebas : 1. Kondisi sanitasi rumah 2. Sarana air bersih 3. Jamban atau WC 4. Kepemilikan tempat sampah 5. Praktik higiene perseorangan Variabel pengganggu: - Variabel Terikat : Kejadian Demam Tifoid	Hasil : semua variabel kondisi sanitasi rumah berhubungan dengan KLB demam tifoid Sarana air bersih (p=0,023, OR=2,58) Jamban (p=0,060, OR=2,194) Tempat sampah (p=0,048, OR=0,048) SPAL (p=0,020, OR=3,52) Praktik higiene perorangan (p=0,009, OR=2,95)
3	Hubungan antara Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2009	Dewi Masitoh	Tahun 2009, Di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara	Survey analitik dengan pendekatan <i>case control</i>	Variabel Bebas: Perilaku higiene perseorangan: 1. Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan 2. Kebiasaan mencuci tangan setelah BAB	

Lanjutan (tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
					3. Kebiasaan minum air matang	
					4. Kebiasaan makan makanan matang	
					5. Kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah	
					6. Kebiasaan menggunakan alat makan dan minum yang bersih	
					Variabel pengganggu:	
					a. Kebiasaan jajan	
					b. Sanitasi pengelolaan makanan pada rumah tangga	
					c. Keberadaan vektor dan <i>reservoir</i>	
					Variabel Terikat :	
					Kejadian Demam Tifoid	

Dari penelitian sebelumnya, hal yang membedakan dengan penelitian yang akan dilaksanakan adalah judul, tahun, responden dan tempat penelitian serta variabel penelitian. Variabel bebas yang akan diteliti adalah perilaku higiene perseorangan dengan variabel terikat kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Variabel perancu dalam penelitian ini adalah keberadaan vektor dan *reservoir*, sanitasi pengelolaan makanan pada rumah tangga, dan kebiasaan jajan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini meliputi lingkup tempat, waktu, dan materi.

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan Juni tahun 2009.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Lingkup materi dalam penelitian ini adalah epidemiologi penyakit menular terkait dengan kejadian demam tifoid.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Demam Tifoid

2.1.1.1 Pengertian Demam Tifoid

Tifus abdominalis (demam tifoid, *enteric fever*) ialah penyakit infeksi akut yang sering atau biasanya mengenai saluran cerna dengan gejala lebih dari tujuh hari gangguan pada saluran cerna, dan gangguan kesadaran (Arif Mansjoer, 2000:432).

Demam tifoid atau *typhoid fever* adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi* (David Ovedoff, 2002:5). Demam tifoid adalah penyakit salmonellosis yang menyerang pada bagian lambung dan usus (*gastrointestinal disease*) pada hewan dan manusia akibat infeksi bakteri *Salmonella typhi* (Edi Atmawinata, 2006:117).

Demam tifoid atau dalam dunia kedokteran disebut *typhoid fever* atau typhus abdominalis adalah penyakit perut akibat infeksi *Salmonella typhi* (Ircham Machfoedz, 2004:23).

2.1.1.2 Etiologi

Demam tifoid disebabkan oleh *Salmonella typhi* (*S. typhi*), salah satu genus dari entrobacteriaceae berbentuk batang gram negatif anaerobik fakultatif dan an aerogenik. Adapun sifat-sifat *Salmonella typhi* adalah :

1. Dapat memproduksi H₂S.
2. Dapat tumbuh pada suhu 5 - 47⁰C dengan suhu optimum 35 - 37⁰C.

3. PH 4,1 -9,0 dengan PH optimum 6,5-7,5. Pada PH dibawah 4,0 dan diatas 9,0 salmonella akan mati secara perlahan.
4. Bergerak dengan rambut getar, tidak berspora.
5. Memiliki empat macam antigen yaitu antigen O (bersifat hidolitik), antigen H yang bersifat thermolabil, antigen K dan antigen M serta antigen Vi (virulen) (Imam Supardi dan Sukamto, 1999: 158).

2.1.1.3 Epidemiologi

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari epidemik atau wabah dengan tujuan mengendalikan dan mencegah terulang kembali (Juli Soemirat, 2004: 4).

Demam tifoid di Indonesia, jarang ditemukan secara epidemik namun lebih sering bersifat sporadik, terpencar-pencar disuatu daerah dan jarang terjadi lebih dari satu kasus pada orang serumah. Di Indonesia demam tifoid dapat ditemukan sepanjang tahun. Didaerah endemik, transmisi terjadi melalui air yang tercemar *Salmonella typhi* (Arief Mansjoer, 1999:422).

Banyak binatang termasuk ternak, hewan pengerat dan unggas secara alami terinfeksi dengan berbagai salmonella terutama *Salmonella typhi* dan memiliki bakteri dalam jaringannya, ekskreta ataupun pada telur. Penyebaran demam tifoid seringkali melalui makanan dan binatang peliharaan di rumah (Jawetz, dkk, 2005: 369). Demam tifoid tersebar di seluruh dunia dan dikategorikan sebagai penyakit yang ditularkan melalui makanan (*foodborne disease*) akibat makanan yang terkontaminasi, terutama kontaminasi oleh binatang, merupakan cara penularan yang utama. Secara epidemiologis, gastroenteritis salmonella bisa terjadi berupa kejadian luar biasa (KLB) kecil di lingkungan masyarakat umum (James Chin, 2000: 458).

2.1.1.4 Patogenesis

Infeksi *Salmonella typhi* disebarkan melalui jalur oral. Setelah masuk kedalam tubuh manusia melalui mulut dan melewati masa inkubasi sampai 2 minggu, bakteri menerobos mukosa usus halus mengikuti aliran limfe dan memasuki aliran darah. Kuman berkembang biak menimbulkan kelainan pada usus. Pada ileum terminalis, plak peyer membesar. Permukaan luminal yang melapisi plak terlepas menimbulkan tukak berbentuk oval. Kemudian limpa membesar, melunak dan melembung sebagai hasil proliferasi dari mononukleus fagosit di pulpa merah, perubahan juga terjadi pada kelenjar getah bening diseluruh tubuh. Seperti salmonella lainnya, *Salmonella typhi* bisa ditemukan di tulang, persendian, selaput otak dan kantong empedu (Stanlay L. Robinsons, 2001:279).

Bakteri masuk melalui saluran cerna, dibutuhkan jumlah bakteri 10^5 - 10^9 untuk dapat menimbulkan infeksi. Sebagian besar, bakteri mati oleh asam lambung. Bakteri yang tetap hidup akan masuk kedalam ileum melalui mikrovili dan mencapai plak peyeri. Selanjutnya masuk kedalam pembuluh darah (disebut bakteremia primer). Pada tahap berikutnya, *Salmonella typhi* menuju ke organ sistem retikuloendotelial yaitu hati, limpa, sumsum tulang dan organ lain (disebut bakteremia sekunder). Kandung empedu merupakan organ yang sensitif terhadap infeksi *Salmonella typhi* (Arief Mansjoer, 2000:432).

Salmonella typhi masuk tubuh manusia melalui makanan dan air yang tercemar. Tanda umum penderita demam tifoid yaitu timbulnya perasaan lemah, pening, panas meningkat namun tidak begitu tinggi. Gejala mencolok pada minggu pertama adalah diare atau sebaliknya susah buang air besar. Minggu kedua, panas tubuh meningkat semakin tinggi sehingga penderita dapat mengigau dan mengakibatkan kesadaran menurun. Keadaan ini terjadi sampai minggu

ketiga. Pada minggu keempat, panas turun sampai normal. Bagian yang diserang adalah dinding usus halus. Kelenjar-kelenjar *limfoid* pada dinding usus tepatnya pada usus halus, mulanya membengkak dan pada kondisi inilah panas tubuh semakin meningkat. Pada tingkat berikutnya, terjadi kematian jaringan dinding usus atau bagian kelenjar *limfoid* yang telah membengkak mengalami *nekrosis* (mati), lalu lepas. Tahap ini merupakan tahap yang sangat berbahaya, karena usus bisa tembus (*perforasi*) dan terjadi perdarahan pada perut dan dapat menimbulkan kematian (Ircham Machfoedz, 2004: 23).

Basil tifoid yang tertelan menyebabkan terjadinya penetrasi kedalam mukosa usus halus dan dengan cepat masuk ke aliran limfe, kelenjar limfe dan aliran darah. Jumlah basil yang tertelan menentukan perkembangan penyakit (prokulasi 109 basil menyebabkan penyakit pada 95% orang, sedangkan 103 basil atau kurang jarang menyebabkan gejala). Setelah bakteremia awal, basil berkembang biak dalam sistem retikuloendotelial dan muncul kembali sebagai gelombang-gelombang bakteremia rekuren, menginfeksi bercak-bercak peyer pada ileum terminal, kandung empedu dan hati. Bila dinding usus terserang secara progresif, menjadi tipis, mudah terjadi perforasi. Basil mengandung endotoksin yang menyebabkan demam, leukopeni, trombositopenia dan hiperplasia sel-sel retikuloendotelial (David Ovedoff, 2002: 514).

2.1.1.5 Gejala dan Tanda

Gejala dan tanda demam tifoid pada minggu pertama adalah demam (biasanya turun naik), sakit kepala, konstipasi, sakit perut dan anoreksia, pembesaran lien pada akhir minggu pertama, bercak merah muda pada penderita kulit putih. Minggu kedua demam terus menerus, penderita lesu, lemah, delirium bahkan sampai koma, sering ditemukan batuk, epistaksis, hepatosplenomegali . minggu ketiga disorientasi mental, dapat terjadi toksemia hebat, diare kehijauan

seperti sup kacang polong, perforasi usus dan perdarahan dapat terjadi. Minggu ke empat biasanya gambaran klinik membaik, serta komplikasi berupa perdarahan dan perforasi usus dan infeksi supuratif lokal (pielonefritis, kolesistitis) (David Ovedoff, 2002: 515).

Masa tunas 7-14 (rata-rata 3-30) hari dan ditemukan gejala prodromal berupa rasa tidak enak badan. Minggu pertama, biasanya demam menurun pada pagi hari meningkat di sore dan malam hari. Selama minggu kedua, pasien berada dalam keadaan demam, turun secara berangsur-angsur pada minggu ketiga. Lidah kotor yaitu ditutupi selaput kecoklatan kotor, pada ujung dan tepi kemerahan, hati dan limfe membesar, nyeri pada perabaan. Biasanya terdapat konstipasi, tetapi mungkin normal bahkan diare (Arief Mansjoer, 2000: 432).

2.1.1.6 Diagnosis

Diagnosis pasti ditegakkan dengan menemukan kuman *Salmonella typhi* pada biakan empedu yang diambil dari darah pasien (Arief Mansjoer, 2000: 433). Tes aglutinasi pengenceran tabung (Widal tes), serum aglutinasi akan meningkat dengan cepat selama minggu kedua dan ketiga pada infeksi salmonella. Proses pengenceran berurutan dari serum yang tidak diketahui di tes terhadap antigen dari salmonella yang representatif. Hasilnya dapat diartikan tinggi atau menaikinya titer O ($\geq 1:160$) menyatakan bahwa infeksi aktif terjadi, dan titer H tinggi ($\geq 1:160$) menyatakan adanya imunisasi atau infeksi terdahulu (Jawets, Melnick, Adelbergs, 2005: 368).

2.1.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan demam tifoid ada tiga, yang pertama adalah pemberian antibiotik (untuk menghentikan dan memusnahkan penyebaran kuman) dengan kloramfenikol dosis hari pertama 4 x 250 mg, hari kedua 4 x 500 mg diberikan selama dilanjutkan sampai 2 hari bebas demam, kemudian dosis diturunkan menjadi 4 x 250 mg selama 5 hari kemudian. Ampisilin / amoksisilin dosis 50-

150 mg /KgBB diberikan selama 2 minggu. Kotrimoksazol, 2 x 2 tablet diberikan selama dua minggu, sefalosporin generasi II dan terbukti mengatasi DT dengan baik. Penatalaksanaan yang kedua adalah istirahat dan perawatan profesional yang bertujuan mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan. Usaha penatalaksanaan terakhir adalah diet dan terapi penunjang dengan pemberian diet bubur dan akhirnya nasi sesuai tingkat kesembuhan pasien. Pemberian vitamin dan mineral serta menjaga keseimbangan dan homeostasis, sistem imun akan berfungsi optimal (Arief Mansjoer, 2001:424).

2.1.1.8 *Carrier* (Pembawa)

Carrier adalah manusia tempat berdiamnya agent menular spesifik, dengan adanya penyakit yang secara klinis tidak terlihat nyata, tetapi dapat bertindak sebagai sumber infeksi yang cukup penting (Nur Nasry, 2006:12).

Carrier atau pembawa *Salmonella typhi* merupakan orang yang tidak menampakkan gejala demam tifoid, mereka merasa dirinya sehat, tetapi kotorannya mengandung kuman salmonella. Dengan demikian dia dapat menyebarkan penyakit ini. Sekitar 30% penderita demam tifoid akan menjadi *carrier* (Mervyn G Hardinge, 2002:405). Tinja *carrier* merupakan sumber kontaminasi yang penting pada kasus klinis setelah infeksi subklinis, beberapa individu melanjutkan untuk mempertahankan salmonella dalam jaringan tubuh selama waktu yang bervariasi (Jawetz, dkk, 2005:369).

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Demam Tifoid

2.1.2.1 Keberadaan Vektor

Vektor berasal dari bahasa latin yang berarti pembawa (*one who carries*). Pengertian vektor yang sebenarnya adalah golongan arthropoda atau binatang

yang tidak bertulang belakang lainnya (*avertebrata*) yang dapat memindahkan penyakit dari satu sumber ke sumber penjamu potensial (Nur Nasry, 2006:62).

Lalat dan serangga merupakan vektor penularan demam tifoid. Binatang ini merupakan vektor potensial menularkan tifoid dari hewan ke manusia. Kecoa sangat suka berada di tempat-tempat kotor dan ada tinjanya, begitupula lalat. Apabila binatang ini menyentuh makanan dan minuman, baik untuk manusia ataupun hewan, maka makanan dan minuman tersebut sangat besar kemungkinannya tercemar bakteri salmonella. Jika makanan atau minuman tersebut dikonsumsi manusia, maka dapat terjadi infeksi salmonella pada manusia (Edi Atmawinata, 2006:120).

Kecoa memakan segala makanan, termasuk makanan manusia. Kecoa menyukai susu, keju, daging, kue-kue, gula dan coklat. Disamping itu, juga menyukai buku, bagian dalam sepatu, kulit kecoa, kecoa yang telah mati, darah segar ataupun darah yang sudah kering, dahak, jari-jari tangan, dan kaki dari orang yang tidur atau sakit. Kecoa berjalan dari gedung satu ke gedung, dari saluran, taman, selokan, dan dalam tanah. Serangga ini suka makan tinja manusia dan menginjak kotoran maupun sampah ketika mencari makan. Maka, serangga ini berperan sebagai bagian dalam penyebaran penyakit diare, disentri, tifoid dan leptospirosis (Depkes RI, 2001:20).

Penyakit akibat infeksi salmonella ditularkan melalui tinja dan urine tikus yang mencemari makanan. Secara mekanis, tikus dan tempat kotor mencemari makanan yang dimakan dan diinjaknya. Karena kebiasaan dan tingkah lakunya maka dapat menimbulkan kerugian bagi kesehatan manusia (Depkes RI, 2001:24).

2.1.2.2 Keberadaan *Reservoir*

Reservoir adalah hewan, arthropoda, tanaman, tanah, atau zat dan kombinasinya dimana *agent* yang menular dapat secara normal hidup dan berkembang (Nur Nasry, 2006: 27). *Reservoir* hidup merupakan suatu mekanisme yang kompleks dalam mempertahankan spesiesnya dan membantu bertahan hidup di dalam lingkungan (Juli Soemirat, 2002:40). Sejumlah besar binatang peliharaan dan binatang liar bertindak sebagai *reservoir*, termasuk unggas, babi, hewan ternak, tikus, serta binatang peliharaan seperti iguana, kura-kura, ayam, anjing, kucing, dan juga manusia sebagai penderita, *carrier* yang sedang dalam masa penyembuhan dan terutama dalam kasus ringan dan kasus tanpa gejala. *Carrier* kronis jarang terjadi pada manusia, melainkan pada binatang peliharaan dan burung cukup tinggi (James Chin, 2000:534).

Manusia dan hewan merupakan sumber kontaminasi salmonella secara langsung maupun tidak langsung. Bakteri ini berasal dari manusia atau hewan yang terserang salmonella atau dari pembawa (*carrier*) bakteri tersebut (Imam Supardi dan Sukamto, 1999:164).

2.1.2.3 Kebiasaan Jajan

Kebiasaan banyak jajan adalah perilaku tidak baik, karena selain diragukan kebersihannya, belum tentu makanan yang dibeli itu bergizi. Disamping kurang bergizi, dapat menyebabkan badan tidak sehat dan lemah. Jajanan itu mungkin juga mengandung kuman penyakit yang mengakibatkan kita sakit (Sri Maryati, 2005:136).

Daerah pasar, penjaja makanan, warung dan lain-lain, di daerah perkotaan dan pedesaan masih banyak yang belum memenuhi syarat sanitasi makanan sehat (Ircham Machfoedz, 2004: 87). Kebiasaan makan, minum, di warung-warung dan sering bepergian ke luar pulau, dan tidak pernah mendapat vaksinasi beresiko menderita demam tifoid (Santoso, dkk, 2005:237).

2.1.2.4 Sanitasi Pengelolaan pada Makanan Rumah Tangga

Demam tifoid merupakan penyakit bawaan makanan yang ditularkan melalui pengelolaan makanan. Tindakan pengendalian khusus terkait pengelolaan makanan meliputi praktik penyiapan makanan yang baik termasuk teknik cuci tangan cermat dengan sabun dan air, pemasakan dan pemanasan makanan yang merata sebelum dikonsumsi, desinfeksi permukaan penyiapan makanan dan pencucian sayuran dan buah-buahan yang benar (WHO, 2005:186). Orang yang memasak hendaknya tidak boleh menderita penyakit yang memungkinkan bibit penyakitnya mengkontaminasi bahan makanan, bukan *carrier* suatu bibit penyakit mengerti menjaga hygiene perorangan dengan memakai pakaian bersih, tidak meludah di sembarang tempat, bersin, atau batuk-batuk serta tidak merokok saat memasak dan menyajikan makanan, mencuci tangan dengan sabun dan air hangat sebelum menjamah bahan makanan (Ircham Machfoedz, 2004:102).

Bahan makanan berupa daging, kerang, telur, dan unggas, dapat mengandung *Salmonella typhi* apabila terkontaminasi bakteri ini. Kuman penyebab penyakit pada manusia berkembang subur pada suhu yang sama dengan manusia yaitu 37° Celcius, itulah sebabnya makanan adalah salah satu penularan penyakit. Kebanyakan, kuman terbunuh pada suhu diatas 77° Celcius. Sehingga pemasakan

dengan suhu sekian dapat mencegah penyakit akibat *Salmonella typhi* (Abdul Syukur, 2005:284).

Usaha yang dilakukan pada penyiapan makanan adalah dengan, pencucian dan desinfeksi permukaan yang digunakan untuk penyiapan makanan serta pengusiran binatang peliharaan maupun binatang lainnya dari daerah makanan yang disiapkan (WHO, 2005:181).

Setelah proses pemasakan dan penyajian dilakukan, maka semua alat yang digunakan hendaknya dicuci dengan air bersih yang mengalir dan sabun. Air yang digunakan untuk mencuci piring dan mangkuk dapat menjadi sumber penularan penyakit di sekeliling rumah. Cara mencuci peralatan makan dengan air yang kotor dan tidak menggunakan sabun dapat menyebarkan kuman ke tempat sekitar dan mempercepat pembiakannya. Cara seperti itu hanya menyebarkan kuman-kuman ke tempat sekitarnya dan mengakibatkan lebih banyak kesusahan dan penyakit (Clifford Anderson, 2004:23).

Pencegahan kontaminasi dapat dilakukan melalui sanitasi yang baik terhadap alat pengolahan, ruang pengolahan, lingkungan dan pekerja atau pengelola makanan. Serangga dan lalat harus dijauhkan dari makanan. Makanan tidak boleh dibiarkan terlalu lama pada suhu kamar, penyimpanan dilakukan pada suhu rendah (Imam Supardi dan Sukanto, 1999:170).

2.1.2.5 Perilaku Higiene Perseorangan

Pengertian higiene adalah ilmu yang berhubungan dengan masalah kesehatan serta berbagai usaha untuk mempertahankan atau untuk memperbaiki kesehatan (Save Dagur, 2005:340). Higiene perseorangan adalah perilaku kesehatan dan

kebersihan seseorang. Kebersihan diri merupakan upaya seseorang dalam memelihara kesehatan dan mempertinggi agar tidak mudah sakit, diterapkan dengan perilaku kebersihan diri seperti mencuci tangan dengan sabun setelah BAB maupun sebelum menyentuh makanan, meminum air yang telah direbus, mengkonsumsi makanan matang, mencuci buah sebelum dimakan, dan menggunakan alat makan yang bersih, mandi teratur setiap hari, menggosok gigi setelah makan, keramas, memotong kuku dan tidak bermain terlalu dekat dengan binatang (PMI, 2001:75).

Perilaku higiene perseorangan yang beresiko dalam penularan penyakit menular melalui makanan dan air meliputi :

2.1.2.5.1 Kebiasaan Mencuci Tangan

Kebersihan diri merupakan faktor paling penting dalam usaha pemeliharaan kesehatan. Perilaku penting untuk mencegah penularan penyakit adalah mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum makan dan setelah BAB. Tujuan mencuci tangan adalah membersihkan tangan dari segala kotoran, mencegah penularan penyakit, dan melatih kebiasaan yang baik (PMI, 2006:38).

2.1.2.5.2 Kebiasaan Minum Air yang Telah Direbus

Air minum adalah air yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan, dapat langsung diminum, terbebas dari bibit penyakit dan zat kimia berlebihan, tidak bersifat asam maupun basa. Air minum harus direbus terlebih dahulu hingga mendidih, disimpan dengan tertutup rapat dan sebaiknya tidak lebih dari 24 jam setelah dimasak (PMI, 2006:10). Air minum dapat menularkan penyakit, air yang terkontaminasi tinja sering mengakibatkan epidemik yang eksplosif. Penyakit menular yang disebarkan melalui air secara langsung di masyarakat seringkali

dinyatakan sebagai penyakit bawaan air atau *water borne disease*. Penyakit-penyakit ini dapat menyebar apabila mikroorganisme penyebabnya dapat masuk ke dalam sumber air yang digunakan manusia dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari. *Salmonella typhi* adalah salah satu bakteri yang menyebabkan penyakit bawaan air (Juli Soemirat, 2002:95).

Pada penyakit bawaan air atau *water borne disease*, bibit penyakit patogen yang berada dalam air, terminum atau diminum manusia. Bisa juga air minum yang mengandung kuman patogen terminum. Contoh penyakit pada golongan ini adalah demam tifoid, kolera, disentri, dan hepatitis (Ircham Machfoedz, 2004:12)

2.1.2.5.3 Kebiasaan Makan Makanan Matang

Kerang dapat terkontaminasi dari air mengandung *Salmonella typhi*. Penularan melalui telur berasal dari unggas yang terkontaminasi selama proses pendinginan. Daging dan produknya berasal dari binatang yang terkontaminasi tinja hewan pengerat atau manusia (Jawetz, dkk, 2005:369). Pemasakan bahan makanan berupa unggas, susu, dan sayuran sampai matang akan membunuh mikroorganisme patogen. Maka semua bagian makanan harus mengepul dan terasa panas yang berarti bahwa semua bagian makanan harus mencapai suhu minimum 70⁰ Celcius (WHO, 2005:109).

2.1.2.5.4 Kebiasaan mencuci buah sebelum dikonsumsi

Buah dan sayuran dapat terkontaminasi oleh *Salmonella typhi*, karena buah dan sayuran kemungkinan dipupuk menggunakan kotoran manusia, dihindangi lalat yang merupakan vektor penyakit yang berperan dalam memindahkan mikroorganisme dari tinja ke buah-buahan baik yang masih terdapat di pohon

maupun yang dijual dipasar. Sebaiknya buah yang akan dimakan dicuci dan dikupas terlebih dahulu (James Chin, 2006:647).

2.1.2.5.5 Penggunaan alat makan dan minum yang bersih

Keracunan makanan kerap kali disebabkan pencemaran mikroba termasuk bakteri. Bakteri bukan hanya terdapat di udara, air dan tanah, melainkan juga pada usus dan saluran nafas hewan, bahkan rambut kita. Bakteri dapat sampai ke makanan karena kebersihan diri, peralatan untuk memasak maupun makan serta cara penanganan makanan yang kurang memenuhi syarat kesehatan. Sebagian kasus, terutama yang karena infeksi bakteri disertai demam, misalnya demam tifoid (*tyfus abdominalis*) yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau diare yang disebabkan *Escherichia coli* (Anies, 2006: 95). Permukaan alat yang digunakan untuk makanan harus dijaga agar selalu bersih untuk menghindari kontaminasi makanan (WHO, 2005:110).

2.1.3 Hubungan antara Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid

Demam tifoid (*typhus abdominalis*) merupakan penyakit menular yang menyerang usus halus. Seperti halnya kolera, penyakit ini sering menimbulkan wabah. Hal ini seringkali disebabkan dengan perilaku higiene dan sanitasi yang buruk (Anies, 2006:36). Pentingnya mencuci tangan setelah buang air besar dan sebelum memegang makanan dan minuman merupakan cara mencegah penularan demam tifoid (James Chin, 2000:648). Biasakan minum air yang telah dimasak mendidih terlebih dahulu untuk mencegah penularan demam tifoid (Erik tapan, 2004: 128).

Kerang dapat terkontaminasi dari air mengandung *Salmonella typhi*. Penularan melalui telur berasal dari unggas yang terkontaminasi selama proses pendinginan. Daging dan produknya berasal dari binatang yang terkontaminasi

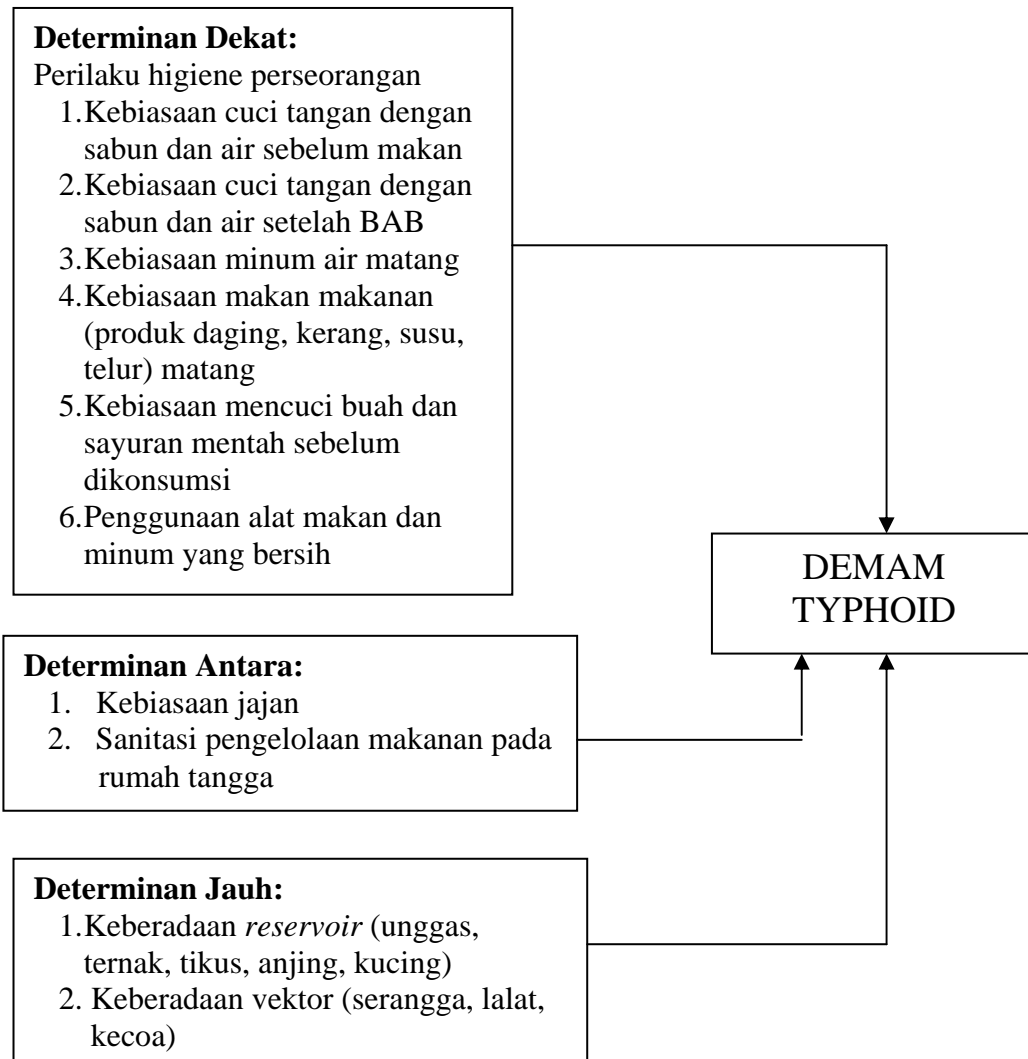
tinja hewan pengerat atau manusia (Jawetz, dkk, 2005:369). Pemasakan sampai matang akan membunuh organisme. Untuk memenuhi tujuan tersebut, semua bagian makanan harus menggepul dan terasa panas yang berarti bahwa semua bagian makanan harus mencapai suhu minimum 70⁰ celcius (WHO, 2005: 109).

Bahan mentah yang hendak dimakan tanpa dimasak terlebih dahulu misalnya sayuran untuk lalapan, hendaknya dicuci bersih dibawah air mengalir untuk mencegah bahaya pencemaran oleh bakteri, telur cacing, bahkan pestisida (Anies, 2006: 97). Bakteri dapat sampai ke makanan karena kebersihan diri, peralatan untuk memasak maupun makan serta cara penanganan makanan yang kurang memenuhi syarat kesehatan. Sebagian kasus, terutama yang karena infeksi bakteri disertai demam, misalnya demam tifoid (*tyfus abdominalis*) yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau diare yang disebabkan *Escherichia coli* (Anies, 2006: 95).

2.2 Kerangka Teori

Berdasarkan uraian dalam landasan teori, maka disusun kerangka teori mengenai hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian demam tifoid dibagi menjadi faktor determinan dekat, determinan antara dan determinan jauh.

Determinan dekat yaitu perilaku higiene perseorangan akan berpengaruh terhadap terjadinya demam tifoid. Sedangkan, determinan antara meliputi kebiasaan jajan dan sanitasi pengelolaan makanan pada rumah tangga secara langsung mempengaruhi determinan dekat akan berpengaruh terhadap terjadinya demam tifoid. Determinan jauh yaitu keberadaan *reservoir* dan vektor secara langsung mempengaruhi determinan antara dan secara tidak langsung mempengaruhi determinan dekat. Kerangka teori penelitian ini, lebih jelas dapat dilihat pada bagan sebagai berikut:



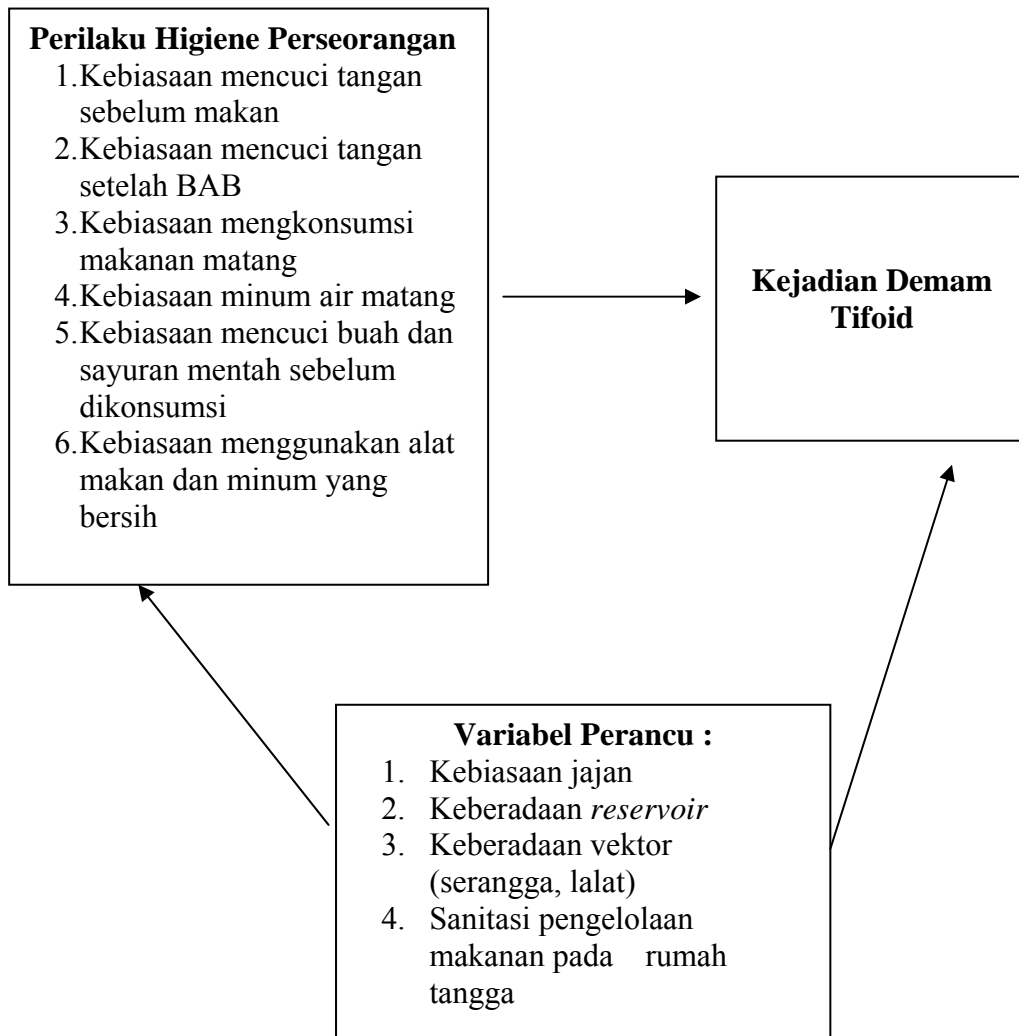
Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber :

Anies (2005), Imam Supardi dan Sukamto (1999),
James Chin (2000), Jawetz, dkk (2005), Santoso, dkk (2005), WHO (2005)

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1
Kerangka Konsep

Variabel perancu dalam penelitian ini adalah kebiasaan jajan, sanitasi pengelolaan makanan pada rumah tangga, keberadaan *reservoir* dan keberadaan vektor dikendalikan melalui *matching*, dengan menyamakan karakteristik subyek penelitian yang diketahui berdasarkan kuesioner penjangkaran.

3.2 Hipotesis Penelitian

3.1 Hipotesis Mayor

Hipotesis mayor dalam penelitian ini yaitu ada hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

3.2 Hipotesis Minor

Hipotesis minor dalam penelitian ini meliputi:

3.2.2.1 Ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

3.2.2.2 Ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB) dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

3.2.2.3 Ada hubungan antara kebiasaan minum air matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

3.2.2.4 Ada hubungan antara kebiasaan mengkonsumsi makanan matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

3.2.2.5 Ada hubungan antara kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

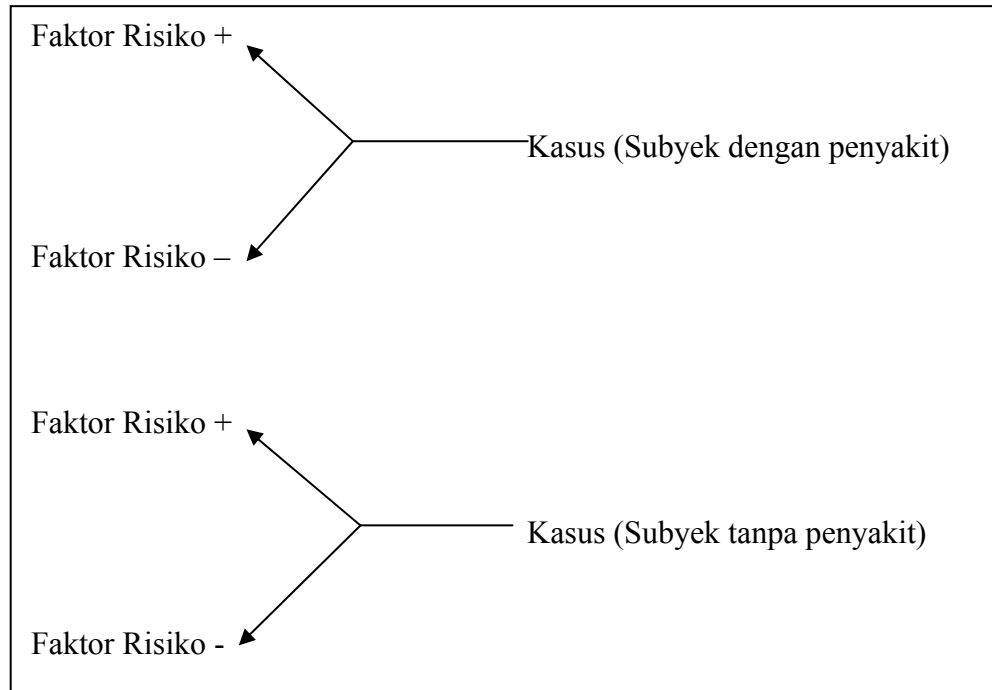
3.2.2.6 Ada hubungan antara kebiasaan penggunaan alat makan dan minuman yang bersih dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survey analitik dengan pendekatan atau desain studi kasus kontrol (*case control study*) yaitu penelitian epidemiologi analitik observasional yang mengkaji hubungan antara efek (dapat berupa penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor risiko tertentu. Subyek penelitian dipilih berdasarkan status penyakit, kemudian dilakukan pengamatan apakah subyek memiliki riwayat terpapar faktor penelitian atau tidak (Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 2002:110).

Dalam penelitian ini, kelompok kasus (kelompok yang menderita penyakit yang sedang diteliti) dibandingkan dengan kelompok kontrol (kelompok yang tidak menderita penyakit yang sedang diteliti). Studi dimulai dengan mengidentifikasi kelompok dengan kasus (kejadian demam tifoid) dengan kelompok bukan kasus (kontrol), kemudian secara retrospektif (penelusuran ke belakang) diteliti faktor risiko yang mungkin dapat menerangkan apakah kasus dan kontrol terkena paparan atau tidak (Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 2002:111).

Adapun skema desain penelitian kasus-kontrol adalah sebagai berikut :



Gambar 3.2
Skema Desain Penelitian Kasus-Kontrol
(Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 2002:112)

3.4 Variabel Penelitian

Variabel Bebas pada penelitian ini adalah perilaku higiene perseorangan kebiasaan cuci tangan dengan sabun dan air sebelum makan, cuci tangan dengan air dan sabun setelah BAB, minum air matang ,mengonsumsi makanan matang, mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi, , penggunaan alat makan dan minum yang bersih.

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Sedangkan sebagai variabel perancu adalah kebiasaan jajan, keberadaan vektor dan *reservoir*, serta sanitasi pengelolaan makanan pada rumah tangga.

3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3.1
Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Kategori	Skor	Skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variabel bebas: Perilaku higiene perseorangan	Perilaku seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit (Save Dagur, 2005:340). 1. Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum makan (James Chin, 2000: 648) 2. Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dan air setelah BAB (James Chin, 2000: 648) 3. Kebiasaan minum air matang (Erik Tapan, 2004: 128) 4. Kebiasaan mengkonsumsi makanan (daging, kerang, susu dan telur) yang matang (Jawetz, dkk:2005: 369) 5. Kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi (Anies, 2006: 97) 6. Penggunaan alat makan dan minum yang bersih. (Anies, 2006: 95)	1. Kurang apabila skor total $\leq X$ 2. Baik apabila Skor total $> X$ (Sumber: Agus Irianto, 2004: 124)	Skor =2 Apabila Jawaban Ya Skor =1 Apabila Jawaban Tidak	Ordinal

Lanjutan tabel (3.1)				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variabel Terikat : Demam tifoid	Penyakit demam akut yang disebabkan oleh <i>Salmonella typhi</i> (David Ovedoff, 2002: 5).	1. Tidak menderita demam tifoid 2. Menderita demam tifoid		Nominal

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:79) Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2009.

3.6.2 Sampel Penelitian

Adapun sampel dalam penelitian ini meliputi:

3.6.2.1 Sampel Kasus

Kriteria Inklusi dan Eksklusi dalam pengambilan sampel kasus adalah:

3.6.2.1.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara yang menderita demam tifoid (penyakit yang sedang diteliti) pada saat berlangsungnya penelitian.
2. Usia ≥ 13 tahun.
3. Bersedia mengikuti penelitian.

3.6.2.1.2 Kriteria Eksklusi

1. Tidak bersedia mengikuti penelitian.

3.6.2.2 Sampel Kontrol

Kriteria Inklusi dan Eksklusi dalam pengambilan sampel kontrol adalah :

3.6.2.2.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien bukan penderita demam tifoid yang dirawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara pada saat berlangsungnya penelitian.
2. Usia ≥ 13 tahun.
3. Responden bersedia mengikuti penelitian.

3.6.2.2.2 Kriteria Eksklusi.

1. Tidak bersedia mengikuti penelitian.

3.6.3 Cara Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel sedemikian rupa sehingga setiap unit dasar (individu) mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel (Eko Budiarto, 2001:18).

Pertimbangan pemilihan sampel berdasarkan kuesioner penjarangan dengan tujuan untuk mengetahui karakteristik sampel yang akan diteliti serta mengendalikan variabel perancu, dan sampel juga dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel pada penelitian ini terdiri dari sampel kasus dan kontrol. Sehingga penentuan sampel berdasarkan penelitian odds ratio (OR) terdahulu.

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus :

$$n_1=n_2 = \frac{Z\alpha^2 [1/Q_1P_1 + 1/Q_2P_2]}{[\ln(1-e)]^2}$$

Tabel 3.2
Hasil Perhitungan Sampel

No	Variabel yang diteliti	OR	P1	Q1	Sampel
1	Sarana air bersih	2,58	0,72	0,28	25
2	Kondisi jamban atau WC	2,194	0,687	0,313	24
3	Kondisi tempat sampah	2,399	0,706	0,294	25
4	Saluran pembuangan air limbah (SPAL)	3,52	0,779	0,221	28
5	Praktik higiene perorangan	2,95	0,747	0,253	26

Berdasarkan perhitungan tersebut, diperoleh bahwa besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah sampel dengan perbandingan 1:1 untuk kelompok kasus dan kontrol. Maka jumlah sampel penelitian kasus adalah 28 orang dan sampel kontrol 28 orang.

Keterangan :

n = Besar sampel tiap kelompok

Z α = Nilai simpangan dari rata-rata pada distribusi standar yang dibatasi α (50%) yaitu 1,96

OR = *odds ratio* penelitian terdahulu yaitu penelitian Erlina Nur Hetty

P₂ = Proporsi terpajan yang diharapkan terjadi pada kelompok kasus sesuai dengan *odds ratio* (OR) yang diperoleh dengan rumus :

$$P_2 = \frac{P_1}{OR(1 - P_1) + P_1}$$

P₁ = Perkiraan proporsi kelompok kontrol

e = Tingkat ketepatan relatif yang dikehendaki (50%)

(Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 2002:276).

3.7 Sumber Data Penelitian

Data primer yang akan diperoleh adalah perilaku higiene perseorangan responden melalui tehnik wawancara. Sedangkan data sekunder yang akan diambil bersumber dari data rekam medik pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara selama berlangsungnya penelitian baik yang menderita demam tifoid maupun yang tidak. Data ini untuk menentukan responden penelitian.

3.8 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah perangkat atau alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:48). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner (daftar pertanyaan), rekam medik, alat tulis serta dokumentasi. Kuesioner digunakan untuk mengetahui bagaimana perilaku higiene perseorangan pada pasien demam tifoid.

3.8.1 Validitas dan Reliabilitas

3.8.1.1 Validitas

Validitas dalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah ada korelasi tiap pertanyaan yang *significant*, maka perlu dilakukan uji *product moment*. Suatu instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang hendak diukur, serta instrumen dikatakan valid apabila korelasi tiap butiran memiliki nilai positif dan nilai r hitung $>$ r tabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:129).

Dalam buku Statistika untuk Penelitian karangan Sugiyono (2004), r tabel *product moment* untuk kuesioner dengan jumlah 23 item pertanyaan dan taraf signifikansi 50% adalah sebesar 0,413. Uji validitas pada kuesioner penelitian tentang perilaku higiene perseorangan yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 23 item pertanyaan, terdapat tujuh item yang tidak valid (r hitung $<$ r tabel) yaitu pada item P8 yaitu pertanyaan tentang kebiasaan mengkonsumsi daging (r hitung -0,718), P10 pertanyaan tentang kebiasaan mengkonsumsi kerang (r hitung -0,309), P12 pertanyaan kebiasaan minum susu (r hitung -0,718), P14 pertanyaan kebiasaan mengkonsumsi telur (r hitung -0,718), P18 pertanyaan kebiasaan mengkonsumsi sayuran lalapan (r hitung 0,000), P20 pertanyaan pencucian alat makan dan minum yang bersih (r hitung 0,000), P21 pertanyaan tentang kebiasaan pencucian alat makan dan minum dengan air bersih (r hitung 0,000).

Item yang tidak valid dikeluarkan, karena item pertanyaan yang valid telah mencakup variabel yang diteliti. Item P8, P10, P12, P14, P18, pertanyaan tentang kebiasaan mengkonsumsi daging, kerang, susu, telur, dan sayuran lalapan dimasukkan dalam kuesioner penjarangan.

3.8.1.2 Reliabilitas

Reliabilitas indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:133). Instrumen penelitian berupa kuesioner dikatakan reliabel sebagai perangkat penelitian, apabila hasil *cronbach alpha* yang diperoleh sesuai dengan standar berikut:

Tabel 3.3
Standar Reliabilitas Berdasarkan Nilai Alpha

Alpha	Tingkat Reliabilitas
0,00 – 0,20	Kurang Reliabel
>0,20 – 0,40	Agak Reliabel
>0,40 – 0,60	Cukup Reliabel
>0,60 – 0,80	Reliabel
>0,80 – 1,00	Sangat Reliabel

Sumber: Triton (2006: 248)

Nilai *cronbach alpha* yang diperoleh dari pengolahan SPSS versi 12,0 pada uji reliabilitas instrumen sebesar 0,849. Berarti *cronbach alpha* terdapat dalam interval >0,80 – 1,00 dan dapat disimpulkan bahwa instrumen penelitian tersebut tergolong sangat reliabel, sehingga dapat digunakan sebagai instrumen penelitian

3.9 Tehnik Perolehan Data

3.9.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil observasi, dokumentasi dan melalui wawancara atau suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari responden (Soekidjo Notoatmodjo, 2004:102).

Perolehan data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan tehnik wawancara yang dipandu oleh seorang pemandu wawancara. Dalam melakukan wawancara pemandu berpedoman pada kuesioner yang telah dibuat.

3.9.2 Data Sekunder

Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari catatan medik pasien rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2009.

3.10 Tehnik Pengolahan dan Analisis

3.10.1 Pengolahan Data

Data-data yang telah dikumpulkan diolah melalui langkah-langkah sebagai berikut :

3.10.1.1 *Editing*

Langkah *editing* bertujuan untuk mengecek perlengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data.

3.10.1.2 *Coding*

Coding dilakukan untuk mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori-kategori dengan memberikan kode pada setiap jawaban responden.

3.10.1.3 *Tabulating*

Tabulating dilakukan melalui mengelompokkan data ke dalam satu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimiliki., sesuai dengan tujuan penelitian.

3.10.1.4 *Entry*

Entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah mengalami proses *coding* ke dalam *variabel sheet* dalam SPSS.

3.10.2 Analisis Data

Data dalam penelitian ini dianalisis dengan menggunakan bantuan program SPSS melalui dua jenis analisis yaitu :

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat yang dilakukan terhadap variabel hasil penelitian pada umumnya dalam analisis hanya menggunakan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:188). Analisis Univariat bermanfaat untuk melihat apakah data telah layak untuk dianalisis, melihat gambaran data yang dikumpulkan dan apakah data telah optimal untuk dianalisis lebih lanjut.

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan dan berkorelasi (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:102). Pada analisis bivariat,

dilakukan dengan membuat tabel silang antara variabel terikat dan bebas yaitu untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

Analisis bivariat dilaksanakan dengan menggunakan uji *Chi square* (X^2) dengan menggunakan $\alpha = 0,05$ dan *Confidence Interval* (CI) sebesar 95 %. Estimasi besar sampel dihitung dengan menggunakan *Odd ratio* (OR). Dalam penelitian ini, uji *Chi square* digunakan sebagai uji dependensi untuk menguji hipotesis, mengenai ada atau tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Tabel 3.4
Tabel 2x2 penentuan *Odd Ratio* (OR)

Faktor Risiko	Efek		Total
	Kasus	Kontrol	
Ya (+)	a	b	a+b
Tidak (-)	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Keterangan :

a = kasus yang mengalami pajanan

b = kontrol yang mengalami pajanan

c = kasus yang tidak mengalami pajanan

d = kontrol yang tidak mengalami pajanan

(Soekidjo Notoatmodjo dan Sofyan Ismael, 2002:112).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Data

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

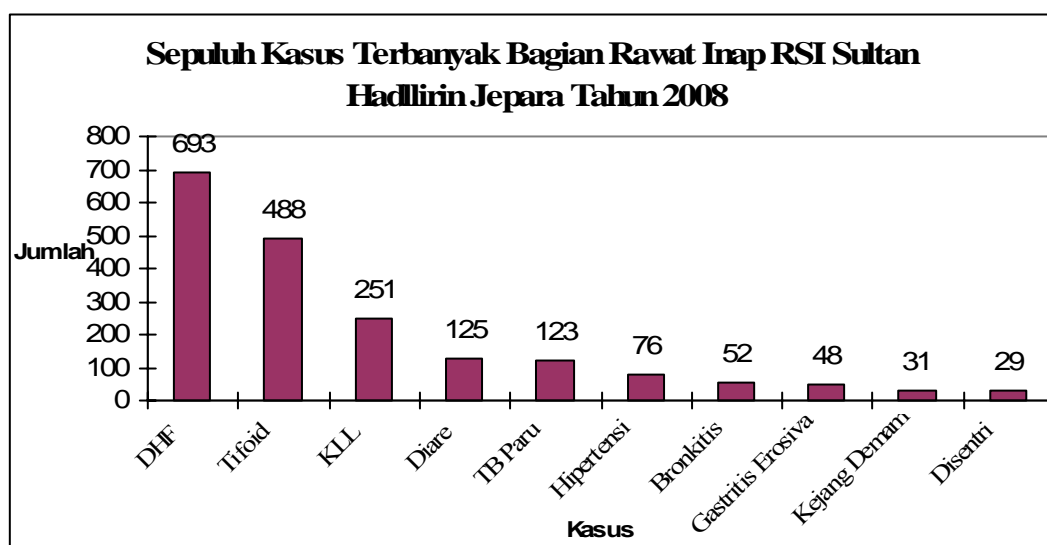
Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara yang terletak di Desa Kuwasen, Kecamatan Jepara, Kabupaten Jepara. Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin memiliki falsafah yaitu: pelayanan RSI Sultan Hadlirin dilandasi dengan keikhlasan serta amal sholeh dan RSI Sultan Hadlirin mengutamakan pelayanan cepat dan bermutu.

Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara terdiri dari tujuh gedung yang dimanfaatkan sebagai bangunan untuk poliklinik, fisioterapi, kamar bedah, kantor, rawat inap (ruang Musdalifah, Mina, Babussalam dan Siti Hajar), apotek, keuangan, rontgen, laboratorium, IGD, HND/ ICU, rekam medis, masjid, parkir, taman, jalan, kantin, laundry, ruang gizi, dsb.

Berdasarkan data yang diperoleh pada bagian rekam medik, angka kasus demam tifoid di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara sejak tahun 2005 sampai 2008 mengalami peningkatan. Dalam rekapitulasi penyakit menular, tahun 2005, angka demam tifoid diantara penyakit menular lainnya, sebesar 7,59%, tahun 2006 sebesar 7,69%, 2007 sebesar 9,44% dan pada tahun 2008 sebesar 11,55%.

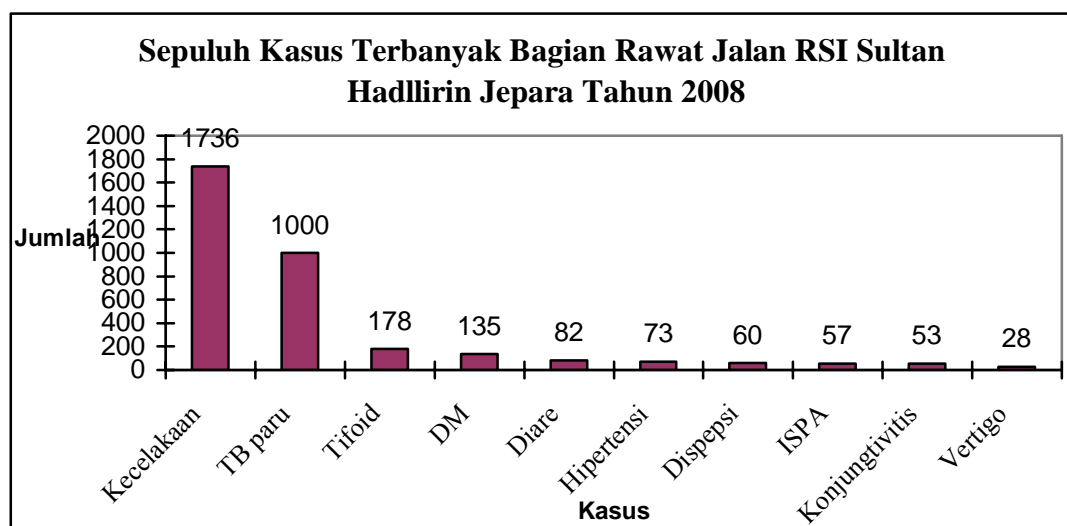
Data sepuluh kasus terbanyak di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara tahun 2008, menunjukkan bahwa kasus demam tifoid menempati urutan kedua

pada bagian rawat inap, dan urutan ketiga pada rawat jalan. Hal ini dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut:



Grafik 4.1

Sepuluh Kasus Terbanyak Bagian Rawat Inap RSI Sultan Hadlirin Jepara 2008
(Sumber: Laporan Kegiatan RSI Jepara Tahun 2008 dan RAPB Tahun 2009, 2008:9)



Grafik 4.2

Sepuluh Kasus Terbanyak Bagian Rawat Jalan RSI Sultan Hadlirin Jepara 2008
(Sumber: Laporan Kegiatan RSI Jepara Tahun 2008 dan RAPB Tahun 2009, 2008:9)

Di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, penanganan preventif pada kasus demam tifoid dilakukan dengan pemberian informasi kepada pasien tentang cara mencegah penularan demam tifoid baik dengan meningkatkan perilaku kebersihan diri dan pola hidup yang sehat oleh dokter ketika visit ataupun perawat. Penanganan kuratif pada pasien demam tifoid dilakukan oleh dokter spesialis penyakit dalam dan dokter anak (khusus pasien anak-anak) dibantu perawat melalui perawatan pasien dan pengobatan penyakit dengan pemberian obat antibiotik, salah satu diantaranya adalah siprofloksasin. Dosis yang diberikan berdasarkan anjuran dokter yang menangani penyakit tersebut dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

Selain penanganan kuratif, upaya penanganan rehabilitatif pada pasien demam tifoid dilakukan dengan pemberian kartu kontrol kepada pasien rawat inap yang sudah diperbolehkan pulang. Pasien disarankan untuk kontrol ke Rumah Sakit lima hari atau seminggu setelah pasien selesai menjalani rawat inap sehingga keadaan pasien dapat dipantau.

Ketenagaan Rumah sakit Islam Sultan Hadlirin dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.1
Data Sumber Daya Manusia Menurut Status dan Pendidikan RSI
Sultan Hadlirin Jepara Tahun 2008

No	Jenis Profesi	Jumlah	No	Jenis Profesi	Jumlah
1	Dokter Umum	15	10	D.III Gizi	1
2	Dokter Spesialis	16	11	Penata RO	2
3	Dokter Gigi	1	12	D. III Analis	5
4	Perawat AKPER	33	13	Fisioterapi	2
5	Perawat SPK	7	14	Tenaga SMA	14
6	Pembantu Perawat	2	15	Tenaga SMK	1
7	Bidan	6	16	Tenaga SMP	15
8	Apoteker	1	17	Tenaga SD	2
9	Ass. Apoteker	5	18	D.III Rekam Medik	1

(Sumber:Laporan Kegiatan RSI Jepara Tahun 2008 dan RAPB Tahun 2009,2008:10)

4.1.2 Karakteristik Responden

4.1.2.1 Umur Responden

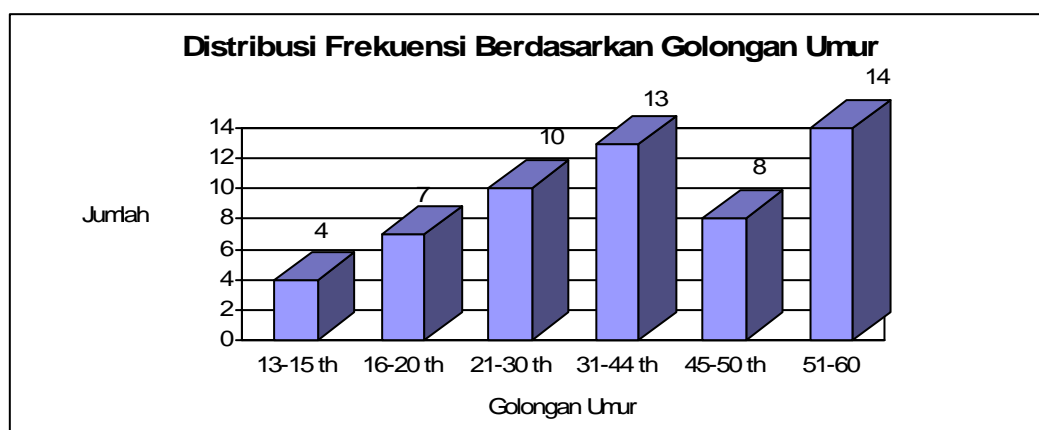
Berdasarkan penelitian yang dilakukan, diperoleh distribusi frekuensi golongan umur responden sebagai berikut:

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Golongan Umur

No	Kelompok Umur	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	13-15 Tahun	3	1	4	7,14
2.	16-20 Tahun	5	2	7	12,50
3	21-30 Tahun	6	4	10	17,86
4.	31-44 Tahun	7	6	13	23,21
5.	45-50 Tahun	3	5	8	14,29
6.	51-60 Tahun	4	10	14	25,00
7.	> 60 Tahun	0	0	0	0
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa 14 (25%) responden berusia 51 sampai dengan 60 tahun, dan 13 (23,21%) responden berusia 31 sampai dengan 44 tahun. Sedangkan yang berusia 13 sampai dengan 15 tahun sejumlah 4 (7,14%) responden. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.3
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Golongan Umur
(Sumber: Data primer)

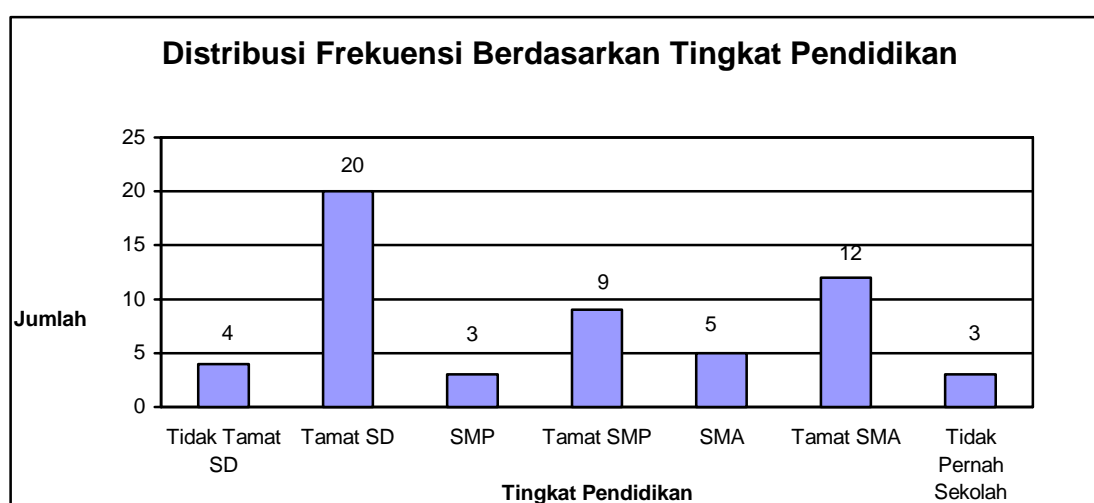
4.1.2.2 Tingkat Pendidikan Responden

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Menurut Golongan Tingkat Pendidikan

NO	PENDIDIKAN	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Masih sekolah SD	0	0	0	0
2.	Tidak tamat SD	1	3	4	7,14
3.	Tamat SD	11	9	20	35,71
4.	Masih Sekolah SMP	3	0	3	5,36
5.	Tamat SMP	4	5	9	16,07
6.	Masih Sekolah SMA	3	2	5	8,93
7.	Tamat SMA	5	7	12	21,43
8.	Masih PT	0	0	0	0
9.	Tamat PT	0	0	0	0
10.	Tidak pernah sekolah	1	2	3	5,36
Jumlah		28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Data pada tabel 4.4 tentang distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pendidikan responden, dapat diketahui bahwa sebagian besar tingkat pendidikan responden adalah tamat SD dengan jumlah 20 orang (35,71%). Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.4

Distribusi Frekuensi Menurut Golongan Tingkat Pendidikan
(Sumber: Data primer)

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

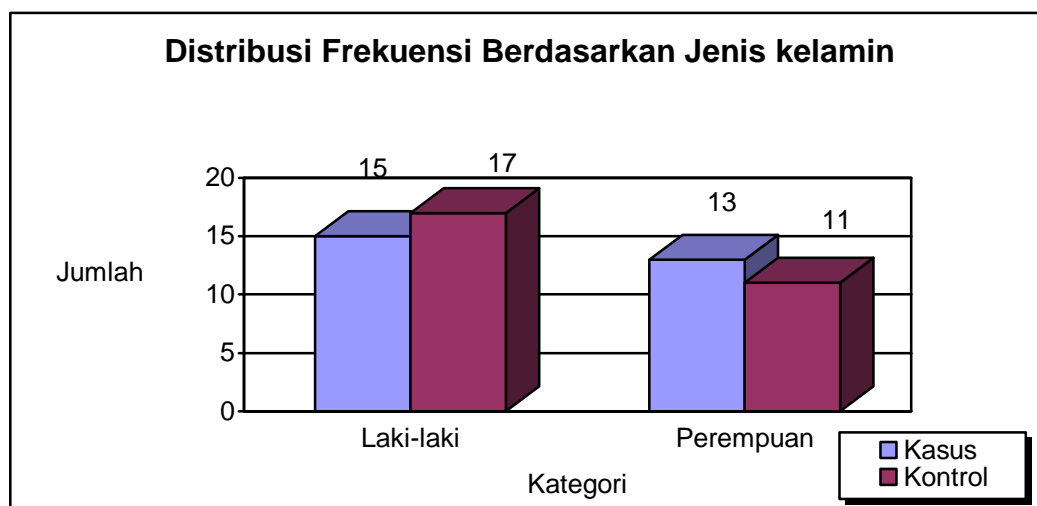
4.2.1.1 Jenis Kelamin

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

NO	Jenis Kelamin	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Laki-laki	15	17	32	57,14
2.	Perempuan	13	11	24	42,86
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki yaitu sejumlah 32 orang (57,14%), sedangkan responden perempuan sejumlah 24 orang (42,86%). Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.5
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin
(Sumber: Data primer)

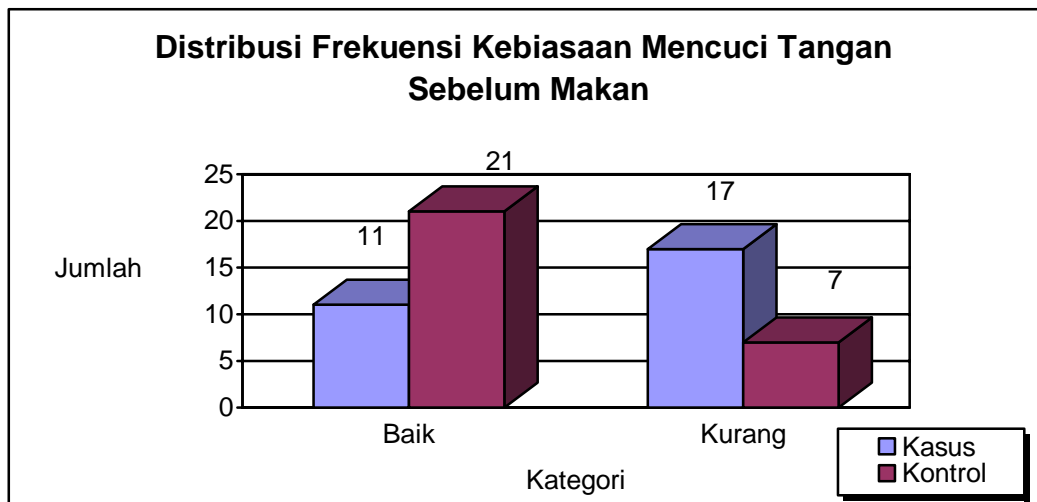
4.2.1.2 Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan

NO	Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Baik	11	21	32	57,14
2.	Kurang	17	7	24	42,86
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan distribusi frekuensi kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden termasuk dalam kategori baik dengan persentase 57,14%. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.6

Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan
(Sumber: Data primer)

4. 2.1.3 Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah Buang Air Besar

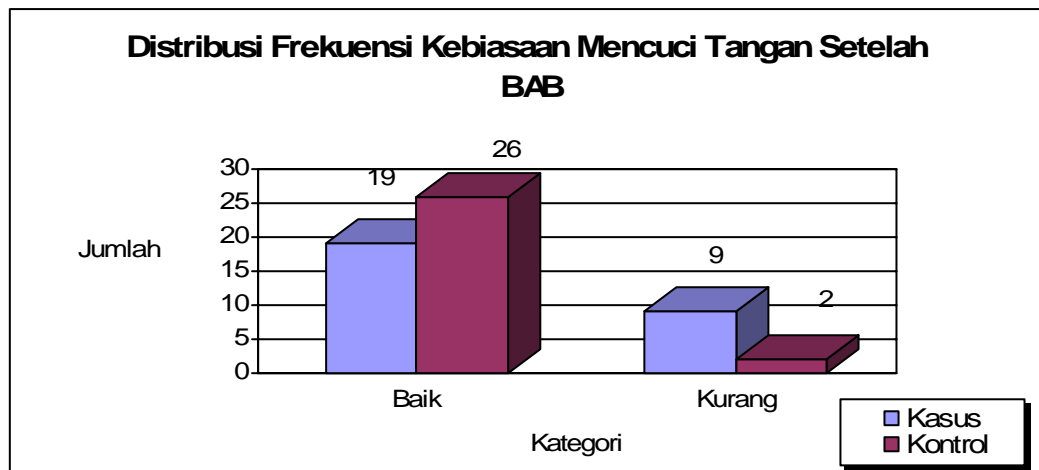
Tabel 4.6

Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB

NO	Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Baik	19	26	45	80,36
2.	Kurang	9	2	11	19,64
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Data dalam tabel distribusi frekuensi kebiasaan mencuci tangan setelah BAB menunjukkan bahwa sebagian besar responden termasuk dalam kategori baik dengan persentase 80,36%. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.7

Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB
(Sumber: Data primer)

4. 2.1.4 Kebiasaan Minum Air Matang

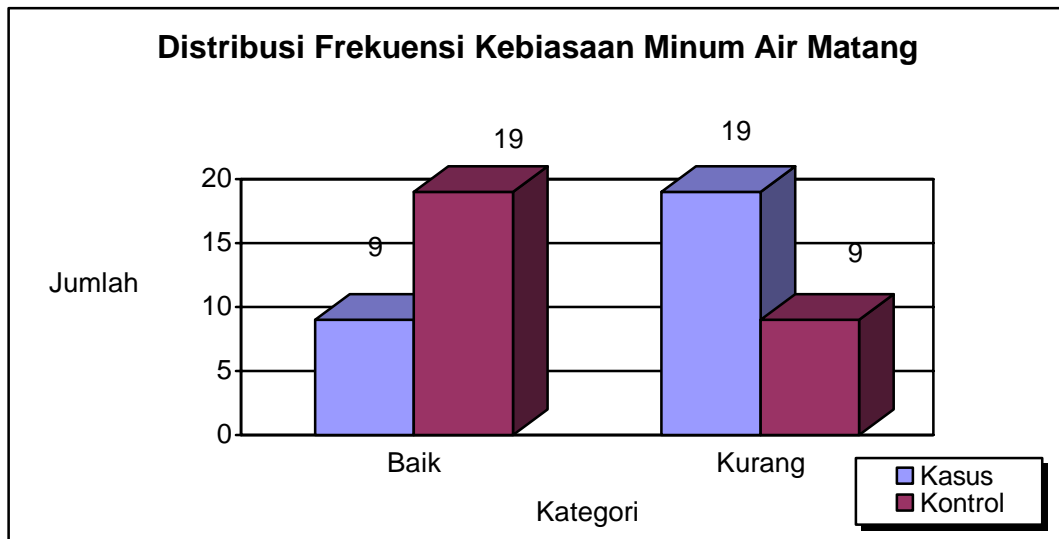
Tabel 4.7

Distribusi Frekuensi Kebiasaan Minum Air Matang

NO	Kebiasaan Minum Air Matang	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Baik	9	19	28	50
2.	Kurang	19	9	28	50
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Distribusi frekuensi kebiasaan minum air matang, dapat diketahui bahwa responden yang termasuk dalam kategori baik sejumlah 28 orang (50%), dan 28 orang (50%) responden termasuk dalam kategori kurang. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.8
Distribusi Frekuensi Kebiasaan Minum Air Matang
(Sumber: Data primer)

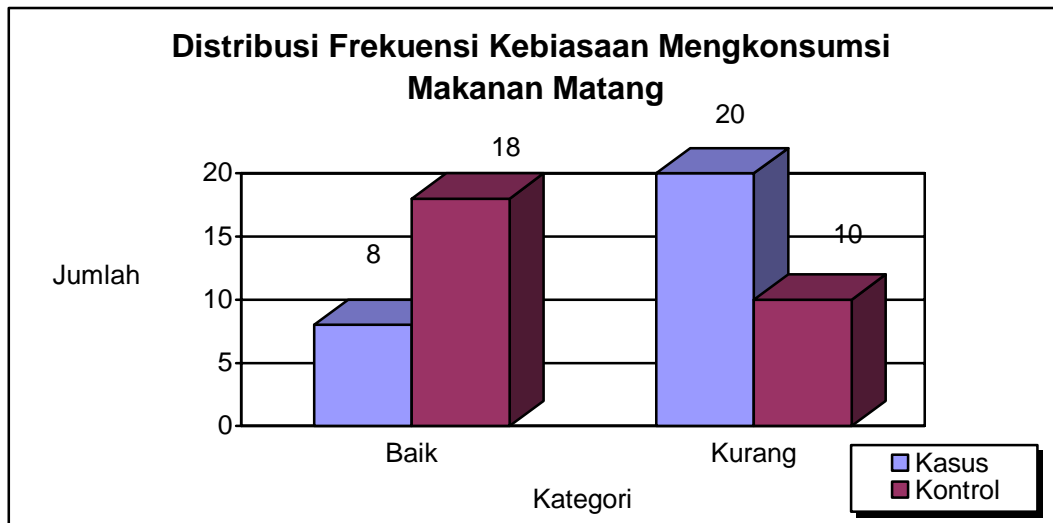
4. 2.1.5 Kebiasaan Mengkonsumsi Makanan Matang

Tabel 4.8
Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mengkonsumsi Makanan Matang

NO	Kebiasaan Mengkonsumsi Makanan Matang	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Baik	8	18	26	46,43
2.	Kurang	20	10	30	53,57
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Data dalam tabel distribusi frekuensi kebiasaan mengonsumsi makanan matang, menunjukkan bahwa sebagian besar responden termasuk dalam kategori kurang dengan persentase 53,57%. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.9
Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Matang
(Sumber: Data primer)

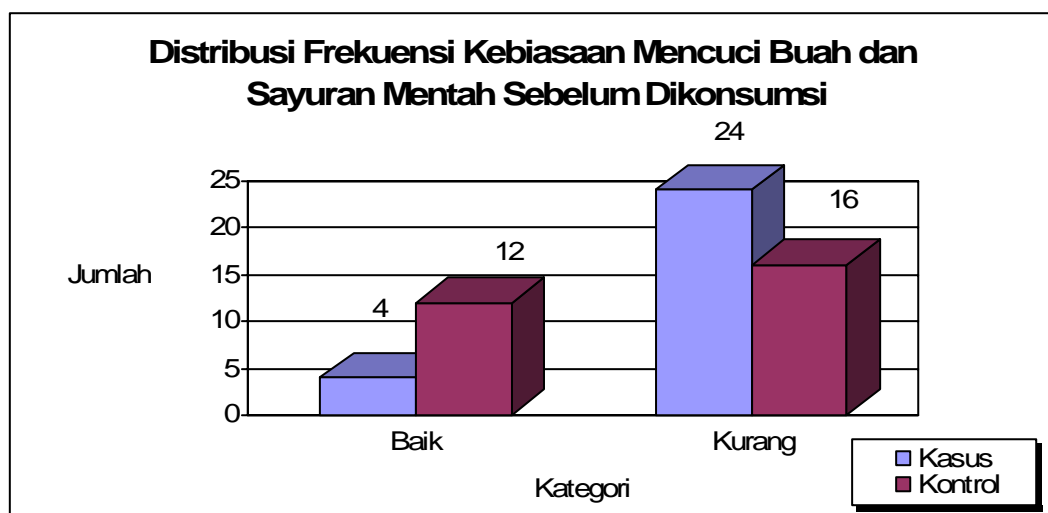
4. 2.1.6 Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah Sebelum Dikonsumsi

Tabel 4.9
Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah
Sebelum Dikonsumsi

NO	Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah Sebelum Dikonsumsi	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Baik	4	12	16	28,57
2.	Kurang	24	16	40	71,43
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan distribusi frekuensi kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden termasuk dalam kategori kurang dengan persentase 71,43%. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.10
Distribusi Frekuensi Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah Sebelum Dikonsumsi
(Sumber: Data primer)

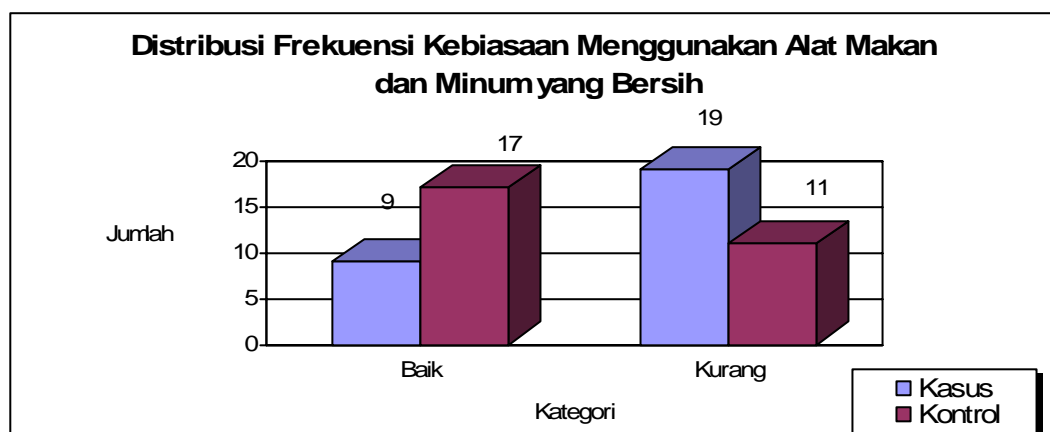
4. 2.1.7 Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih

Tabel 4.10
Distribusi Frekuensi Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih

NO	Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih	Kasus	Kontrol	Jumlah	(%)
1.	Baik	9	17	26	46,43
2.	Kurang	19	11	30	53,57
	Jumlah	28	28	56	100

(Sumber: Data primer)

Data dalam distribusi kebiasaan menggunakan alat makan dan minum yang bersih, dapat diketahui bahwa responden yang termasuk kategori baik sejumlah 26 orang (46,43%), sedangkan responden yang termasuk kategori kurang sejumlah 30 orang (53,57%). Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada grafik berikut:



Grafik 4.11

Distribusi Frekuensi Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih
(Sumber: Data primer)

4. 2.2 Analisis Bivariat

4. 2.2.1 Hubungan antara Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan dengan Kejadian Demam Tifoid

Tabel 4.11

Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan dengan Kejadian Demam Tifoid

Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan	Kejadian Demam Tifoid			OR	<i>P</i> value	95% CI		CC
	Demam Tifoid	Tidak Demam Tifoid	Total			1	2	
	Σ	Σ						
Kurang	17 60,71%	7 25%	24 42,86%	4,636	0,007	1,478	14,543	0,339
Baik	11 32,29%	21 75%	32 57,14%					

Berdasarkan Tabel 4.11 dapat diperoleh informasi bahwa sejumlah 17 (60,71%) pasien penderita demam tifoid pada kelompok kasus termasuk kategori kurang baik dalam kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, dan yang termasuk kategori baik sejumlah 11 (39,29%) penderita. Sementara itu, pada kelompok

kontrol diketahui sejumlah 7 (25%) pasien bukan penderita demam tifoid dengan kategori kurang baik dalam kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, sedangkan pasien bukan penderita demam tifoid dengan kategori baik sejumlah 21 (75%) pasien.

Hasil analisis yang diperoleh dari uji *Chi square* menunjukkan bahwa nilai *p value* $0,007 < \alpha$ (0,05), sehingga H_a diterima. Hal ini berarti, ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 4,636 (95% CI = 1,478-14,543), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan yang kurang baik, memiliki risiko 4,636 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik yaitu mencuci tangan sebelum makan dengan sabun dan air bersih.

4. 2.2.2 Hubungan antara Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah Buang Air Besar dengan Kejadian Demam Tifoid

Tabel 4.12
Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah Buang Air Besar dengan Kejadian Demam Tifoid

Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah Buang Air Besar	Kejadian Demam Tifoid			OR	<i>P</i> <i>value</i>	95% CI		CC
	Demam Tifoid	Tidak Demam Tifoid	Total			1	2	
	Σ	Σ						
Kurang	9 32,14%	2 7,14%	11 19,64%	6,158	0,019	1,192	31,821	0,300
Baik	19 67,86%	26 92,86%	45 80,36%					

Berdasarkan Tabel 4.12 dapat diperoleh informasi bahwa sejumlah 9 (32,14%) pasien penderita demam tifoid pada kelompok kasus dengan kategori kurang baik dalam kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB), dan yang termasuk kategori baik sejumlah 19 (67,86%) penderita. Pada kelompok kontrol diketahui bahwa 2 (7,14%) pasien bukan penderita demam tifoid termasuk kategori kurang baik dalam kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB), sedangkan pasien bukan penderita demam tifoid yang termasuk kategori baik sejumlah 26 (92,86%) pasien.

Hasil analisis yang diperoleh dari uji *Chi square* menunjukkan bahwa nilai *p value* $0,019 < \alpha (0,05)$, sehingga H_a diterima. Hal ini berarti, ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB) dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 6,158 (OR<1) (95% CI = 1,192-31,821), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB) yang kurang baik, yaitu dengan kebiasaan tidak mencuci tangan setelah BAB atau tidak menggunakan sabun memiliki risiko 6,158 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

4. 2.2.3 Hubungan antara Kebiasaan Minum Air Matang dengan Kejadian Demam Tifoid

Tabel 4.13
Tabulasi Silang antara Kebiasaan Minum Air Matang dengan Kejadian Demam Tifoid

Kebiasaan Minum Air Matang	Kejadian Demam Tifoid			OR	<i>P value</i>	95% CI		CC
	Demam Tifoid	Tidak Demam Tifoid	Total			1	2	
	\sum	\sum						
Kurang	19 67,86%	9 32,14%	28 50%	4,457	0,008	1,452	13,681	0,336
Baik	9 32,14%	19 67,86%	28 50%					

Berdasarkan Tabel 4.13 dapat diperoleh informasi bahwa sejumlah 19 (67,86%) pasien penderita demam tifoid pada kelompok kasus dengan kategori kurang baik dalam kebiasaan minum air matang, dan yang termasuk kategori baik sejumlah 9 (32,14%) penderita. Pada kelompok kontrol diketahui bahwa 9 (32,14%) pasien bukan penderita demam tifoid termasuk kategori kurang baik dalam kebiasaan minum air matang, sedangkan pasien bukan penderita demam tifoid dengan kategori baik sejumlah 19 (67,86%) pasien.

Hasil analisis yang diperoleh dari uji *Chi square* menunjukkan bahwa nilai *p value* $0,008 < \alpha$ (0,05), sehingga H_a diterima. Hal ini berarti, ada hubungan antara kebiasaan minum air matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 4,457 (OR<1) (95% CI = 1,452-13,681), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan minum air matang yang kurang baik, yaitu tidak direbus sampai matang beresiko 4,457 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

4.2.2.4 Hubungan antara Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Matang dengan Kejadian Demam Tifoid

Tabel 4.14
Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Matang dengan Kejadian Demam Tifoid

Kebiasaan Mengonsumsi Makanan Matang	Kejadian Demam Tifoid			OR	<i>P</i> <i>value</i>	95% CI		CC
	Demam Tifoid	Tidak Demam Tifoid	Total			1	2	
	Σ	Σ						
Kurang	20 71,43%	10 35,71%	30 53,57%	4,500	0,007	1,458	13,887	0,337
Baik	8 28,57%	18 64,29%	26 46,43%					

Berdasarkan Tabel 4.14 dapat diperoleh informasi bahwa sejumlah 20 (71,43%) pasien penderita demam tifoid pada kelompok kasus dengan kategori kurang baik dalam kebiasaan mengkonsumsi makanan matang, dan yang baik sejumlah 8 (28,57%) penderita. Pada kelompok kontrol diketahui bahwa 10 (35,71%) pasien bukan penderita demam tifoid termasuk kategori kurang baik dalam kebiasaan mengkonsumsi makanan matang, sedangkan pasien bukan penderita demam tifoid dengan kategori baik sejumlah 18 (64,29%) pasien. Hasil analisis yang diperoleh dari uji *Chi square* menunjukkan bahwa nilai *p value* $0,007 < \alpha (0,05)$, sehingga H_a diterima. Hal ini berarti, ada hubungan antara kebiasaan mengkonsumsi makanan matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 4,500 (OR<1) (95% CI = 1,458-13,887), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan mengkonsumsi makanan matang dengan kategori kurang baik, yaitu mengkonsumsi makanan daging, kerang, telur, sayuran yang tidak matang memiliki risiko 4,500 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

4. 2.2.5 Hubungan antara Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah Sebelum Dikonsumsi dengan Kejadian Demam Tifoid

Tabel 4.15
Tabulasi Silang antara Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah dengan Kejadian Demam Tifoid

Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah	Kejadian Demam Tifoid			OR	<i>P value</i>	95% CI		CC
	Demam Tifoid	Tidak Demam Tifoid	Total			1	2	
	Σ	Σ						
Kurang	24 85,71%	16 57,14%	40 71,43%	4,500	0,018	1,231	16,452	0,302
Baik	4 14,29%	12 42,86%	16 28,57%					

Berdasarkan Tabel 4.15 dapat diperoleh informasi bahwa sejumlah 24 (85,71%) pasien penderita demam tifoid pada kelompok kasus termasuk kategori kurang baik dalam kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi, dan dengan kategori baik sejumlah 4 (14,29%) penderita. Pada kelompok kontrol diketahui bahwa 16 (57,14%) pasien bukan penderita demam tifoid dengan kategori kurang baik dalam kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi, yaitu kebiasaan tidak mencuci buah dan sayuran mentah. Sedangkan pasien bukan penderita demam tifoid yang baik sejumlah 12 (42,86%) pasien.

Hasil analisis yang diperoleh dari uji *Chi square* menunjukkan bahwa nilai *p value* $0,018 < \alpha (0,05)$, sehingga H_a diterima. Hal ini berarti, ada hubungan antara kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara.

Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 4,500 (OR<1) (95% CI = 1,231-16,452), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan yang kurang baik, dengan tidak mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi memiliki risiko 4,500 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik dengan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi.

4. 2.2.6 Hubungan antara Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih dengan Kejadian Demam Tifoid

Tabel 4.16
Tabulasi Silang antara Kebiasaan Menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih dengan Kejadian Demam Tifoid

Kebiasaan menggunakan Alat Makan dan Minum yang Bersih	Kejadian Demam Tifoid			OR	P value	95% CI		CC
	Demam Tifoid	Tidak Demam Tifoid	Total			1	2	
	Σ	Σ						
Kurang	19 67,86%	11 39,29%	30 53,57%	3,263	0,032	1,089	9,776	0,275
Baik	9 32,14%	17 60,71%	26 46,43%					

Berdasarkan Tabel 4.16 dapat diperoleh informasi bahwa sejumlah 19 (67,86%) pasien penderita demam tifoid pada kelompok kasus kurang baik dalam kebiasaan menggunakan alat makan dan minum yang bersih, dan yang baik sejumlah 9 (32,14%) penderita. Pada kelompok kontrol diketahui bahwa 11 (39,29%) pasien bukan penderita demam tifoid kurang baik dalam kebiasaan menggunakan alat makan dan minum yang bersih, sedangkan pasien bukan penderita demam tifoid yang baik sejumlah 17 (60,71%) pasien.

Hasil analisis yang diperoleh dari uji *Chi square* menunjukkan bahwa nilai *p value* $0,032 < \alpha$ (0,05), sehingga H_a diterima. Hal ini berarti, ada hubungan antara kebiasaan menggunakan alat makan dan minum yang bersih dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 3,263 (OR<1) (95% CI = 1,089-9,776), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan menggunakan alat makan dan minum yang bersih yang kurang baik, memiliki risiko 3,263 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Demam tifoid

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden penderita demam tifoid dengan jenis kelamin laki-laki sejumlah 15 orang dan perempuan sejumlah 13 orang. Maka dapat diambil kesimpulan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki dengan aktivitas bekerja di luar rumah lebih beresiko menderita demam tifoid dibandingkan dengan responden perempuan. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa faktor jenis kelamin merupakan salah satu variabel deskriptif yang dapat memberikan perbedaan angka/ *rate* kejadian penyakit pada laki-laki dan perempuan. Perbedaan frekuensi penyakit menurut jenis kelamin ini dapat disebabkan karena pengaruh perbedaan aktivitas pekerjaan dan kebiasaan makan (Nur Nasry, 2008:99).

5.1.2 Hubungan antara Kebiasaan Mencuci Tangan sebelum Makan dengan Kejadian Demam Tifoid

Hasil penelitian, menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Kesimpulan tersebut berdasarkan hasil pada uji *chi square* yaitu *p value* 0,007 (lebih kecil dari α 0,05). Nilai *odds ratio* (OR) = 4,636 (95% CI = 1,478-14,543), dapat diartikan bahwa responden dengan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan yang kurang baik, memiliki risiko

4,636 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa pentingnya mencuci tangan setelah buang air besar dan sebelum memegang makanan dan minuman merupakan cara mencegah penularan demam tifoid (James Chin, 2000:648). Sebab, tujuan mencuci tangan adalah untuk membersihkan tangan dari segala kotoran, mencegah penularan penyakit, dan melatih kebiasaan yang baik (PMI, 2006:38).

Kuman *Salmonella typhi* dapat tahan hidup di air, di tanah kering, dan tempat pembuangan sampah selama dua minggu, dan dari sini mereka menyebar ke manusia. Apabila terkena infeksi kuman ini, paling sedikit tiga sampai empat minggu harus berbaring di rumah sakit, dan setelah itu dua sampai empat minggu istirahat di rumah. Belum lagi apabila berlanjut menjadi *carrier* yang seringkali akan mengganggu kesehatan. Sehingga banyak waktu yang terbuang hanya karena cara hidup yang kurang bersih pada kebiasaan makan, minum, serta buang air besar (Jan Takasihaeng: 2000: 87).

Membiasakan diri bersih merupakan upaya untuk mencegah penyakit, maka kebiasaan bersih harus dibina baik pada anak-anak maupun dewasa. Beberapa hal yang termasuk dalam kebiasaan bersih tersebut adalah mencuci tangan setelah dari kamar mandi, mencuci tangan sebelum makan, mencuci buah dan sayur sebelum dimakan, mencuci alat masak dan perabot untuk makan dengan air bersabun (Rusli Lutan, dkk: 2000: 131).

5.1.3 Hubungan antara Kebiasaan Mencuci Tangan setelah Buang Air Besar (BAB) dengan Kejadian Demam Tifoid

Hasil penelitian, menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Kesimpulan tersebut berdasarkan hasil pada uji *chi square* yaitu *p value* 0,019 (lebih kecil dari α 0,05). Nilai *odds ratio* (OR) = 6,158 (OR<1) (95% CI = 1,192-31,821), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar (BAB) yang kurang baik, yaitu tidak mencuci tangan setelah BAB ataupun tidak mencuci tangan dengan sabun setelah BAB beresiko 6,158 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa pentingnya mencuci tangan setelah buang air besar dan sebelum memegang makanan dan minuman merupakan cara mencegah penularan demam tifoid (James Chin, 2000:648).

Tinja orang berpenyakit klinis yang tidak dicurigai ataupun *carrier* merupakan sumber kontaminasi yang lebih penting daripada kasus klinis yang jelas diisolasikan.(Jawetz, Melnick, Adelbergs, 2005: 369).

Upaya pencegahan demam tifoid dapat dilakukan dengan pemberian penjelasan secara cukup kepada penderita, penderita yang telah sembuh dan kepada *carrier* tentang cara-cara menjaga kebersihan perorangan. Budayakan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar dan sebelum menyiapkan makanan (James Chin, 2000: 649).

5.1.4 Hubungan antara Kebiasaan Minum Air Matang dengan Kejadian Demam Tifoid

Hasil penelitian, menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan minum air matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Kesimpulan tersebut berdasarkan hasil pada uji *chi square* yaitu *p value* 0,008 (lebih kecil dari α 0,05). Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 4,457 (OR<1) (95% CI = 1,452-13,681), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan minum air yang kurang baik yaitu tidak direbus sampai matang, memiliki risiko 4,457 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik yaitu minum air yang direbus sampai matang.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Erik Tapan (2004: 128) bahwa biasakan minum air yang telah dimasak mendidih terlebih dahulu untuk mencegah penularan demam tifoid.

Peran air dalam terjadinya penyakit menular yaitu air sebagai penyebar mikroba patogen, sarang insekta penyebar penyakit,, jumlah ketersediaan yang tidak mencukupi sehingga orang tidak dapat membersihkan diri dengan baik, air sebagai sarang hospes sementara penyakit. Penyakit menular yang disebarkan oleh air secara langsung diantara masyarakat dinyatakan sebagai penyakit bawaan air (*water borne disease*). Penyakit ini hanya menyebar apabila mikroba penyebabnya masuk ke dalam sumber air yang digunakan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penyakit typhus abdominalis merupakan salah

satu penyakit bawaan air (*water borne disease*) dengan *agent Salmonella typhi*. (Juli Soemirat Slamet, 2002: 95).

5.1.5 Hubungan antara Kebiasaan Mengkonsumsi Makanan Matang dengan Kejadian Demam Tifoid

Hasil penelitian, menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan mengkonsumsi makanan matang dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Kesimpulan tersebut berdasarkan hasil pada uji *chi square* yaitu *p value* 0,007 (lebih kecil dari α 0,05). Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 4,500 (OR<1) (95% CI = 1,458-13,887), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan mengkonsumsi makanan yang kurang baik atau tidak matang, beresiko 4,500 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik yaitu mengonsumsi makanan matang..

Hal ini sesuai dengan pernyataan Jawetz, Melnick dan Adelbergs (2005: 369) pencegahan dan pengontrolan untuk mencegah kontaminasi makanan yaitu ternak yang terinfeksi, daging dan telur harus dimasak dengan benar.

Menurut I Wayan Suardana (2009: 219), salmonella dapat berasal dari ekskreta manusia maupun hewan, dan air yang terkontaminasi oleh limbah. Salmonella sering ditemukan dalam bahan makanan asal hewan terutama daging, daging unggas, dan telur yang belum atau masih setengah masak, dan disebarkan ke makanan lain melalui kontaminasi silang.

Salmonella kemungkinan terdapat dalam makanan dalam jumlah tinggi, tetapi tidak selalu menimbulkan perubahan dalam hal warna, bau, maupun rasa

dari makanan tersebut. Semakin tinggi jumlah salmonella dalam suatu makanan, maka semakin besar timbulnya gejala infeksi pada orang yang menelan makanan tersebut, dan semakin cepat waktu inkubasi sampai timbulnya gejala infeksi. Makanan-makanan yang sering terkontaminasi oleh salmonella yaitu telur, dan hasil olahannya, daging ayam, daging sapi, serta susu (Imam Supardi dan Sukanto, 1999: 163).

Banyak makanan mentah khususnya unggas, susu, sayuran, sangat sering terkontaminasi organisme penyebab penyakit. Pemasakan sampai matang akan membunuh organisme. Untuk memenuhi tujuan tersebut, semua bagian makanan harus mengepul dan terasa panas yang berarti bahwa semua bagian makanan harus mencapai suhu minimum 70⁰ celcius (WHO, 2005: 109).

5.1.6 Hubungan antara Kebiasaan Mencuci Buah dan Sayuran Mentah sebelum Dikonsumsi dengan Kejadian Demam Tifoid

Hasil penelitian, menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Kesimpulan tersebut berdasarkan hasil pada uji *chi square* yaitu *p value* 0,018 (lebih kecil dari α 0,05). Perhitungan *risk estimate*, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 4,500 (OR<1) (95% CI = 1,231-16,452), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi yang kurang baik yaitu tidak mencuci buah dan sayuran sebelum dikonsumsi, memiliki risiko 4,500 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Anies (2006: 97) bahwa bahan mentah yang hendak dimakan tanpa dimasak terlebih dahulu misalnya sayuran untuk lalapan, hendaknya dicuci bersih dibawah air mengalir untuk mencegah bahaya pencemaran oleh bakteri, telur cacing, bahkan pestisida.

Sayuran banyak yang secara langsung maupun tidak langsung terkontaminasi oleh pupuk, air maupun udara dan umumnya tertinggal disekitar kulit atau permukaan sayur, padahal vitamin dan mineralnya justru banyak terdapat dibawah permukaan kulit. Maka, untuk mengurangi paparan pencemaran tanpa mengurangi manfaatnya, sebaiknya sayuran dibersihkan dan dipersiapkan dengan cara yang cermat sebelum diolah dan dimakan (Andang Gunawan, 2001:73).

Buah-buahan dan sayuran segar merupakan satu-satunya kelompok makanan yang sekaligus memiliki kadar air tinggi, nutrisi dan pembentuk sifat basa. Olah sebab itu, porsi sayuran dan buah-buahan segar sebaiknya menempati persentase 60-70% dari seluruh menu dalam satu hari. Namun, pada kombinasi makanan serasi sudah banyak terbukti bahwa buah-buahan tidak pernah menimbulkan masalah jika cara mengkonsumsinya benar yaitu dengan dicuci bersih untuk menghilangkan kotoran dan mengurangi pestisida (Andang Gunawan, 2001: 68-70).

5.1.7 Hubungan antara Kebiasaan Menggunakan Alat Makan yang Bersih dengan Kejadian Demam Tifoid

Hasil penelitian, menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara. Kesimpulan tersebut berdasarkan hasil pada uji *chi square* yaitu *p value* 0,032 (lebih kecil dari α 0,05). Perhitungan *risk*

estimate, diperoleh nilai *odds ratio* (OR) = 3,263 (OR<1) (95% CI = 1,089-9,776), sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan kebiasaan menggunakan alat makan dan minum yang bersih yang kurang baik, memiliki risiko 3,263 kali untuk menderita demam tifoid apabila dibandingkan dengan responden dengan kebiasaan yang baik.

Keracunan makanan kerap kali disebabkan pencemaran mikroba termasuk bakteri. Bakteri bukan hanya terdapat di udara, air dan tanah, melainkan juga pada usus dan saluran nafas hewan, bahkan rambut kita. Bakteri dapat sampai ke makanan karena kebersihan diri, peralatan untuk memasak maupun makan serta cara penanganan makanan yang kurang memenuhi syarat kesehatan. Sebagian kasus, terutama yang karena infeksi bakteri disertai demam, misalnya demam tifoid (*tyfus abdominalis*) yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau diare yang disebabkan *Escherichia coli* (Anies, 2006: 95).

5.2 Keterbatasan Penelitian

1. Metode penelitian kasus kontrol merupakan penelitian dengan pengumpulan data retrospektif yang memiliki kelemahan *recall bias*. Responden mengingat kebiasaan sehari-hari dan seringkali malu dalam memberikan jawaban sehingga harus dilakukan wawancara secara mendalam.
2. Penelitian hanya meneliti hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid sehingga tidak melakukan perlakuan langsung kepada sampel penelitian tentang upaya efektif untuk meningkatkan perilaku higiene perseorangan dalam mencegah penularan demam tifoid.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Hasil penelitian tentang hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara dapat diketahui bahwa ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, mencuci tangan setelah buang air besar (BAB), minum air matang, mengkonsumsi makanan matang, mencuci buah dan sayuran mentah sebelum dikonsumsi, menggunakan alat makan yang bersih dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara

6.2 Saran

Berdasarkan penelitian tentang hubungan antara perilaku higiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara, saran yang diberikan peneliti yaitu sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit, diharapkan bekerjasama dalam upaya promotif dan preventif dengan memberikan informasi kepada penderita yang menjalani perawatan berupa pengarahan ataupun pengadaan media informasi di lingkungan rumah sakit berupa poster mengenai pentingnya melaksanakan perilaku higiene perseorangan sebagai upaya pencegahan penularan penyakit (preventif).

2. Bagi Penderita Demam Tifoid

Bagi penderita demam tifoid, diharapkan dapat menerapkan dan meningkatkan perilaku higiene perseorangan dalam kehidupan sehari-hari supaya penularan demam tifoid dapat dicegah.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti yang akan melakukan penelitian dengan tema yang sama, diharapkan agar mengembangkan penelitian dengan metode penelitian yang lain dan efektif untuk menurunkan kejadian demam tifoid pada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Syukur, 2005, *Ensiklopedi Umum untuk Pelajar*, Jakarta: PT Ichtiar Baru Van Hove.
- Agus Irianto, 2004, *Statistika, Konsep Dasar dan Aplikasinya*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Andang Gunawan, 2001, *Food Combining*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Anies, 2006, *Waspada Ancaman Penyakit Tidak Menular*, Jakarta: Elex Media Konputindo.
- _____, 2006, *Waspada Penyakit Lingkungan*, Jakarta: Elex Media Konputindo.
- Arif Mansjoer, 2000, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta: Media Aesculapius.
- _____, 2001, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta: Media Aesculapius.
- Clifford Anderson, 2004, *Petunjuk Modern kepada Manusia*, Terjemahan oleh Wiliam Walean. Bandung: Indonesia Publishing House
- David Ovedoff, 2002, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta Barat: Binarupa Aksara.
- Dirjen PPM dan PL, 2001, *Sanitasi Lingkungan dalam Pengendalian Vektor*, Jakarta: Depkes RI.
- Edi Atmawinata, 2006, *Mengenal Beberapa Penyakit Menular dari Hewan kepada Manusia*, Bandung: Yrama Widya.
- Eko Budiarto, 2001, *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: EGC
- _____, 2003, *Metodologi Penelitian Kedokteran*, Jakarta: EGC.
- Erik Tapan, 2004, *Dokter Internet*, Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Hardinge, Mervyn. 2002, *Kiat Keluarga Sehat Mencapai Hidup Prima dan Bugar*, Terjemahan oleh J.F Manullang. Bandung: Indonesia Publishing House.
- Imam Supardi, Sukamto, 1999, *Mikrobiologi dalam Pengolahan Pangan dan Keamanan Pangan*, Bandung: Penerbit Alumni.

- Ircham Machfoedz, 2004, *Menjaga Kesehatan Rumah dari Berbagai Penyakit*, Yogyakarta: Fitramaya.
- James Chin, 2000, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Jakarta: C.V Info Medika.
- Jan Takasihaeng, 2000, *Hidup Sehat dengan Problem Penyakit*. Jakarta: PT Kompas Media Nusantara.
- Jawetz, Melnick dan Adelbergs, 2005, *Mikrobiologi Kedokteran*, Terjemahan oleh Bagian Mikrobiologi Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga, Jakarta: Salemba Medika.
- Juli Soemirat, 2002, *Epidemiologi Lingkungan*, Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- _____, 2002, *Kesehatan Lingkungan*, Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2007, *Pedoman Penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Strata I*, Semarang: UNNES.
- Nur Nasry Noor, 2006, *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*, Jakarta: Rineka Cipta.
- _____, 2008, *Epidemiologi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- PMI, 2001, *Pedoman Pelatihan Kesehatan dan CBFA Pertolongan Pertama Berbasis Masyarakat*, Jakarta: PMI.
- PMI, 2006, *Pedoman Perawatan Keluarga*, Jakarta: PMI.
- Rizky Vitria Prasetyo, *Metode Diagnostik Demam Tifoid pada Anak*, <http://www.pediatrik.com/buletin/06224114418-f53zji.doc>. PDF. diakses 17 Maret 2008.
- Rusli Lutan, dkk, 2000, *Pendidikan Kesehatan*, Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional
- Santoso, dkk, 2004, *Gambaran Kasus Demam Tifoid di RSUD Koja 1999-2004*, Medika Jurnal Kedokteran dan Farmasi. Volume XXXI, April 2005, Jakarta: PT Grafiti Medika Pers.
- Save Dagur, 2005, *Kamus Besar Ilmu Pengetahuan*, Jakarta: Lembaga Pengkajian Kebudayaan Nasional.

Sri Maryati, 2005, *Tata Laksana Makanan*, Jakarta: Rineka Cipta

Soekidjo Notoatmodjo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta Pusat: Rineka Cipta.

Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Slamet, 2002, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Swardana dan Swacita, 2009, *Higiene Makanan*, Denpasar: Udayana University Press.

WHO, 2005, *Penyakit Bawaan Makanan*, Jakarta: EGC.