

SKRIPSI

**HUBUNGAN *PERSONAL HYGIENE* DAN RIWAYAT
KONTAK DENGAN KEJADIAN DEMAM TIFOID
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARE
KABUPATEN MADIUN**



Oleh :

DIAZ HAFSHAH ROSDIANA

NIM : 201503015

**PEMINATAN KESEHATAN LINGKUNGAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2019**

SKRIPSI

**HUBUNGAN *PERSONAL HYGIENE* DAN RIWAYAT
KONTAK DENGAN KEJADIAN DEMAM TIFOID
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARE
KABUPATEN MADIUN**

Diajukan untuk memenuhi
Salah satu persyaratan dalam mencapai gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)



Oleh :
DIAZ HAFSHAH ROSDIANA
NIM : 201503015

**PEMINATAN KESEHATAN LINGKUNGAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Skripsi ini telah disetujui Pembimbing dan telah dinyatakan layak untuk mengikuti Ujian Sidang

SKRIPSI

HUBUNGAN *PERSONAL HYGIENE* DAN RIWAYAT KONTAK DENGAN KEJADIAN DEMAM TIFOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARE KABUPATEN MADIUN

Menyetujui,
Pembimbing I



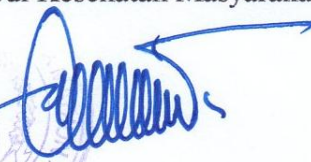

Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes
NIDN. 0711037803

Menyetujui,
Pembimbing II



Avicena Sakufa Marsanti, S.KM., M.Kes
NIS. 20150114

Mengetahui,
Ketua Prodi Kesehatan Masyarakat

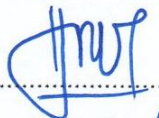
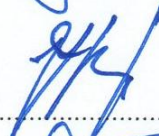
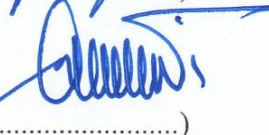
Avicena Sakufa Marsanti, S.KM., M.Kes
NIS. 20150114

LEMBAR PENGESAHAN

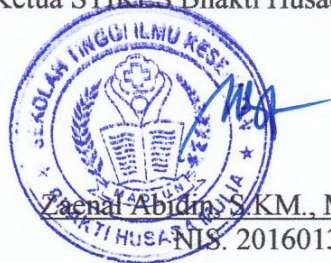
Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Tugas Akhir (Skripsi) dan dinyatakan telah memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)

Pada Tanggal 12 September 2019

Dewan Penguji :

| Tim Penguji | Nama | Tanda Tangan |
|------------------|----------------------------------|---|
| 1. Dewan Penguji | : Hanifah Ardiani, S.KM., M.KM | () |
| 2. Penguji I | : Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes | () |
| 3. Penguji II | : Avicena Sakufa M., S.KM.,M.Kes | () |

Mengesahkan,
Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun



Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)
NIS. 20160130

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan segenap rasa syukur kepada Allah SWT, saya persembahkan skripsi ini kepada:

1. Kedua orang tua saya yang telah mendoakan, memberikan dukungan dan semangat sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Adik saya Azzahra Dwi R., terima kasih untuk segala dukungan dan semangatnya agar dapat penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
3. Sahabat-sahabat saya, Alifia, Annisa, Delia, Desty, Endang, Mimin, Nini, Nuvri, dan Temy yang selalu setia mendukung, mendengarkan keluh kesah penulis dan selalu memberikan semangat serta saran yang berguna selama mengerjakan skripsi ini.
4. Teman seperjuangan penulis selama di ITS yang telah memberikan dukungan serta motivasi agar dapat terselesaikannya skripsi ini Ziya dan Hanninda terima kasih.
5. Teman-teman S1 Kesehatan Masyarakat Angkatan 2015
6. Serta tidak lupa penulis ucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada dosen dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, yang telah memberikan motivasi, dukungan dan bantuannya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Diaz Hafshah Rosdiana

NIM : 201503015

Judul : Hubungan *Personal Hygiene* dan Riwayat Kontak dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan dalam memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan baik yang sudah maupun belum/tidak dipublikasikan, sumbernya dijelaskan dalam tulisan dan daftar pustaka.

Madiun, 12 September 2019



Diaz Hafshah R.
NIM. 201503015

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Diaz Hafshah Rosdiana
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat dan Tanggal Lahir : Madiun, 31 Maret 1995
Agama : Islam
Alamat : Jl. Mayang Kembar I RT 12 RW 03 Munggut,
Kec. Wungu, Kab.Madiun
Email : diazhafshah@gmail.com
Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 2 Manisrejo (2001-2007)
2. SMP Negeri 4 Madiun (2007-2010)
3. MAN 2 Madiun (2010-2013)
4. ITS (2013-2015)
5. STIKES Bhakti Husada (2015-2019)
Mulia Madiun

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan *Personal Hygiene* dan Riwayat Kontak dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian skripsi ini, yaitu:

1. Bapak Zaenal Abidin, S.KM.,M.Kes (Epid), selaku Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
2. Ibu Avicena Sakufa Marsanti, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun dan selaku Dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dan masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
3. Ibu Riska Ratnawati, S.KM.,M.Kes, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dan masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Hanifah Ardiani, S.KM., M.KM, selaku dewan penguji yang telah bersedia meluangkan waktu dan pikirannya untuk menguji skripsi yang telah dibuat oleh penulis.
5. Sahabat-sahabat dan teman-teman Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat angkatan 2015 untuk segala *support*, motivasi, dan bantuannya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, saya ucapkan terimakasih yang sedalam-dalamnya.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga diharapkan adanya tanggapan, kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penelitian ini. Penulis juga berharap semoga

skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi penulis serta orang-orang yang peduli dengan dunia kesehatan masyarakat pada khususnya.

Madiun, 12 September 2019

Penyusun

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN 2019**

ABSTRAK

Diaz Hafshah Rosdiana

**HUBUNGAN *PERSONAL HYGIENE* DAN RIWAYAT KONTAK DENGAN
KEJADIAN DEMAM TIFOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARE
KABUPATEN MADIUN**

140 halaman + 20 tabel + 7 gambar + 12 lampiran

Latar Belakang: Demam tifoid adalah penyakit menular yang muncul karena infeksi akut pada saluran pencernaan disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Puskesmas Kare penderita demam tifoid tahun 2017: 83 pasien, tahun 2018 sebanyak 114 pasien, dan Januari- Juli 2019 sebanyak 44 pasien.

Tujuan: Mengidentifikasi hubungan *personal hygiene* dan riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare.

Metode: Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survei analitik dengan pendekatan atau desain studi kasus kontrol. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Jumlah responden kasus: 35 responden, dan kontrol: 35 responden dengan total sampel sebanyak 70 responden. Teknik analisis data menggunakan uji *Chi-square*.

Hasil: Tidak ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan ($p=0.627$; OR=1.425; 95%CI =0.548–3.704), kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak ($p= 0.094$; OR=2.538; 95%CI =0.969–6.650) dengan kejadian demam tifoid. Ada hubungan antara mencuci tangan setelah BAB ($p= 0.016$; OR=3.750; 95%CI =1.383–10.169), makan/jajan di luar rumah ($p= 0.026$; OR=0.280; 95%CI =0.1–0.784), dan riwayat kontak langsung dengan penderita ($p= 0.017$; OR=3.692; 95%CI =1.372–9.933) dengan kejadian demam tifoid.

Saran: Petugas kesehatan harusnya memberikan informasi ataupun meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya menjaga kebersihan diri dan pengetahuan tentang kontak langsung dengan penderita demam tifoid.

Kata Kunci : *Personal Hygiene*, Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita, Demam Tifoid

Kepustakaan : 45 (2001-2019)

**PUBLIC HEALTH STUDY PROGRAM
HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCE BHAKTI HUSADA MULIA
MADIUN 2019**

ABSTRACT

Diaz Hafshah Rosdiana

***THE RELATION OF PERSONAL HYGIENE AND CONTACT HISTORY
WITH INCIDENCE OF TYPHOID FEVER IN THE WORKING AREA IN
PUBLIC HEALTH CENTER OF KARE IN MADIUN REGENCY***

140 pages + 20 tables + 7 images + 12 attachments

Background: Typhoid fever is an infectious disease that arises from acute infections of the gastrointestinal tract caused by *Salmonella Typhi*. Public Health Center of Kare sufferers of typhoid fever in 2017: 83 patients, 2018: 114 patients, and January - July 2019: 44 patients.

Purpose: Identifying the relationship between personal hygiene and contact history with incidence of typhoid fever in the working area in Public Health Center of Kare in Madiun Regency.

Methods: The type of research was analytic survey with a case control study design. Sampling techniques using purposive sampling. Number of case respondents: 35 respondents, and controls: 35 respondents, with a total sample: 70 respondents. Data analysis techniques using Chi-square test.

Result: There was no relationship between the habit of hand washing before meals ($P = 0.627$; $OR = 1,425$; $95\% CI = 0.548 - 3.704$), the habit of washing raw food ingredients before cooking ($P = 0094$; $OR = 2.538$; $95\% CI = 0.969 - 6.650$) with the incidence of typhoid fever. There was relationship between the habit of hand washing after defecation ($p = 0.016$; $OR = 3.750$; $95\% CI = 1.383 - 10.169$), the eating habits outdoors ($p = 0.026$; $OR = 0.280$; $95\% CI = 0.1 - 0.784$), and direct contact history with sufferers ($P = 0.017$; $OR = 3.692$; $95\% CI = 1.372 - 9.933$) with the incidence of typhoid fever.

Advice: The health officers should provide information or improve socialization to the public about the importance of maintaining personal hygiene and knowledge of direct contact with the sufferer of typhoid fever.

Keywords : *personal hygiene, contact history with the sufferer, typhoid fever.*

Literature : *45 (2001-2019)*

DAFTAR ISI

| | |
|---------------------------|-------|
| SAMPUL DEPAN | i |
| SAMPUL DALAM..... | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| HALAMAN PERSEMBAHAN..... | v |
| HALAMAN PERNYATAAN | vi |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP..... | vii |
| KATA PENGANTAR | viii |
| ABSTRAK..... | x |
| DAFTAR ISI..... | xii |
| DAFTAR TABEL..... | xv |
| DAFTAR GAMBAR | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xviii |
| DAFTAR SINGKATAN | xix |
| DAFTAR ISTILAH | xx |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|-------------------------------|---|
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 6 |
| 1.5 Keaslian Penelitian | 7 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|--------------------------------------|----|
| 2.1 Demam Tifoid | 10 |
| 2.1.1 Pengertian Demam Tifoid..... | 10 |
| 2.1.2 Epidemiologi Demam Tifoid..... | 10 |
| 2.1.3 Etiologi Demam Tifoid..... | 12 |

| | | |
|--|--|----|
| 2.1.4 | Patogenesis Demam Tifoid..... | 13 |
| 2.1.5 | Cara Penularan Demam Tifoid..... | 16 |
| 2.1.6 | Diagnosis Demam Tifoid..... | 17 |
| 2.1.7 | Penatalaksanaan Demam Tifoid..... | 19 |
| 2.1.8 | Pencegahan Demam Tifoid..... | 21 |
| 2.2 | Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Tifoid..... | 22 |
| 2.2.1 | Faktor <i>Host</i> (Penjamu)..... | 22 |
| 2.2.2 | <i>Agent</i> (Penyebab)..... | 32 |
| 2.2.3 | <i>Environment</i> (Faktor Lingkungan)..... | 33 |
| 2.3 | Kerangka Teori..... | 35 |
| BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN | | |
| 3.1 | Kerangka Konsep..... | 37 |
| 3.2 | Hipotesa Penelitian..... | 38 |
| BAB IV METODOLOGI PENELITIAN | | |
| 4.1 | Desain Penelitian..... | 40 |
| 4.2 | Populasi dan Sampel..... | 41 |
| 4.2.1 | Populasi..... | 41 |
| 4.2.2 | Sampel..... | 41 |
| 4.2.3 | Kriteria Sampel..... | 43 |
| 4.3 | Teknik Sampling..... | 44 |
| 4.4 | Kerangka Kerja Penelitian..... | 45 |
| 4.5 | Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... | 46 |
| 4.5.1 | Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... | 46 |
| 4.5.2 | Definisi Operasional..... | 46 |
| 4.6 | Instrumen Penelitian..... | 51 |
| 4.7 | Uji Validitas dan Uji Reliabilitas..... | 51 |
| 4.7.1 | Uji Validitas..... | 51 |
| 4.7.2 | Uji Reliabilitas..... | 53 |
| 4.8 | Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 53 |
| 4.9 | Prosedur Pengumpulan Data..... | 54 |

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 4.9.1 | Pengumpulan Data..... | 54 |
| 4.9.2 | Pengolahan Data | 55 |
| 4.10 | Analisis Data | 57 |
| 4.10.1 | Analisa Univariat..... | 57 |
| 4.10.2 | Analisa Bivariat | 58 |
| 4.11 | Etika Penelitian..... | 60 |
| BAB V | HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | |
| 5.1 | Hasil Penelitian..... | 62 |
| 5.1.1 | Gambaran Umum | 62 |
| 5.1.2 | Hasil Analisis Univariat..... | 63 |
| 5.1.3 | Hasil Analisis Bivariat..... | 68 |
| 5.2 | Pembahasan | 74 |
| 5.2.1 | Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Tifoid | 74 |
| 5.2.2 | Faktor yang Tidak Berhubungan dengan Kejadian Demam Tifoid..... | 79 |
| 5.3 | Keterbatasan Penelitian | 84 |
| BAB VI | KESIMPULAN DAN SARAN | |
| 6.1 | Kesimpulan..... | 85 |
| 6.2 | Saran | 86 |
| | DAFTAR PUSTAKA | 88 |
| | LAMPIRAN..... | 92 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-------------------|--|----|
| Tabel 1.1 | Keaslian Penelitian..... | 7 |
| Tabel 4.1 | Distribusi <i>Odd Ratio</i> (OR) Penelitian Terdahulu..... | 42 |
| Tabel 4.2 | Definisi Operasional..... | 47 |
| Tabel 4.3 | Data Validitas Instrumen Penelitian..... | 52 |
| Tabel 4.4 | Waktu Penelitian | 54 |
| Tabel 4.5 | <i>Coding</i> Variabel Penelitian | 55 |
| Tabel 5.1 | Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun..... | 63 |
| Tabel 5.2 | Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun..... | 64 |
| Tabel 5.3 | Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun..... | 64 |
| Tabel 5.4 | Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun | 65 |
| Tabel 5.5 | Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun | 66 |
| Tabel 5.6 | Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun | 66 |
| Tabel 5.7 | Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun | 67 |
| Tabel 5.8 | Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun..... | 67 |
| Tabel 5.9 | Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun..... | 68 |
| Tabel 5.10 | Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan dengan Kejadian Demam Tifoid..... | 69 |
| Tabel 5.11 | Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB dengan Kejadian Demam Tifoid..... | 70 |

| | |
|---|----|
| Tabel 5.12 Hubungan Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah dengan Kejadian Demam Tifoid..... | 71 |
| Tabel 5.13 Hubungan Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak dengan Kejadian Demam Tifoid..... | 72 |
| Tabel 5.14 Hubungan Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita dengan Kejadian Demam Tifoid..... | 73 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|-------------------|---|----|
| Gambar 2.1 | Patogenesis Demam Tifoid..... | 15 |
| Gambar 2.2 | Cara Penularan Demam Tifoid..... | 16 |
| Gambar 2.3 | Kerangka Teori..... | 36 |
| Gambar 3.1 | Kerangka Konsep | 37 |
| Gambar 4.1 | Rancangan Penelitian | 40 |
| Gambar 4.2 | Kerangka Kerja Penelitian..... | 45 |
| Gambar 5.1 | Peta Wilayah Kerja Puskesmas Kare | 62 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|---|-----|
| Lampiran 1 | Surat Izin Pengambilan Data Awal | 92 |
| Lampiran 2 | Surat Izin Penelitian | 93 |
| Lampiran 3 | Surat Izin Validitas dan Reliabilitas | 94 |
| Lampiran 4 | Surat Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)..... | 95 |
| Lampiran 5 | Lembar Kuesioner | 96 |
| Lampiran 6 | Dokumentasi penelitian | 99 |
| Lampiran 7 | Output Validitas dan Reliabilitas..... | 101 |
| Lampiran 8 | Tabulasi Data Kuesioner Responden..... | 105 |
| Lampiran 9 | Hasil Analisis Univariat | 108 |
| Lampiran 10 | Hasil Analisis Uji Bivariat..... | 112 |
| Lampiran 11 | Form Bimbingan Skripsi | 118 |
| Lampiran 12 | Lembar Persetujuan Perbaikan Skripsi..... | 119 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------|------------------------------------|
| BAB | : Buang Air Besar |
| BAK | : Buang Air Kecil |
| Depkes | : Departemen Kesehatan |
| ISPA | : Infeksi Saluran Pernapasan Akut |
| Kemenkes | : Kementrian Kesehatan |
| Kepmenkes | : Keputusan Menteri Kesehatan |
| OR | : <i>Odds Ratio</i> |
| pH | : <i>Power of Hydrogen</i> |
| PHBS | : Perilaku Hidup Bersih dan Sehat |
| Puskesmas | : Pusat Kesehatan Masyarakat |
| RI | : Republik Indonesia |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

DAFTAR ISTILAH

| | |
|-----------------------------|--|
| <i>Agent</i> | : Suatu unsur, organisme hidup yang dapat menyebabkan terjadinya suatu penyakit |
| <i>Anomity</i> | : Tanpa Nama |
| <i>Asymptomatic Carrier</i> | : Pembawa Penyakit |
| <i>Carrier</i> | : Pembawa |
| <i>Case control</i> | : Kasus Kontrol |
| <i>Coding</i> | : Pemberian Kode |
| <i>Editing</i> | : Pengeditan |
| <i>Entry</i> | : Masuk |
| <i>Environment</i> | : Faktor lingkungan, semua faktor luar dari suatu individu yang menyebabkan penularan penyakit |
| <i>Fomitus</i> | : Seseorang yang sudah terinfeksi bakteri penyebab tipes |
| <i>Host</i> | : Manusia atau makhluk hidup yang menjadi tempat terjadinya proses alamiah penyebab penyakit |
| <i>Informed Consent</i> | : Lembar Persetujuan |
| <i>Makrofag</i> | : Sel Pada Jaringan Yang Berasal dari Sel Darah Putih |
| <i>Pathogenesis</i> | : Perjalanan Penyakit |
| <i>Personal Hygiene</i> | : Kebersihan Perorangan |
| <i>Purposive Sampling</i> | : Teknik yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya, kemudian peneliti menetapkan berdasarkan pertimbangannya |
| <i>Reservoir</i> | : Hewan, anthropoda, tanaman, tanah, atau zat dan kombinasinya dimana agen yang menular dapat secara hidup berkembang |
| <i>Salmonella typhi</i> | : Bakteri Penyebab Tipes |
| <i>Software</i> | : Perangkat Lunak |
| <i>Tabulating</i> | : Tabulasi |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demam tifoid atau *thypus abdominalis* merupakan penyakit menular yang muncul karena infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *Salmonella typhi* (Zulkoni, 2011). Demam tifoid merupakan penyakit yang rawan terjadi di Indonesia, karena karakteristik iklim yang sangat rawan dengan penyakit yang berhubungan dengan musim. Terjadinya penyakit yang berkaitan dengan musim yang ada di Indonesia dapat dilihat meningkatnya kejadian penyakit pada musim hujan. Penyakit yang harus diwaspadai pada saat musim hujan adalah ISPA, leptospirosis, penyakit kulit, diare, demam berdarah, dan demam tifoid (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Cara penyebaran penyakit demam tifoid dapat terjadi melalui berbagai cara, salah satunya dikenal dengan 5F yaitu (*food, finger, fomitus, fly, feces*). Pertama, *food*, makanan yang dikonsumsi dan didapati dari tempat yang kurang bersih dapat menjadi media penularan penyakit terlebih jika makanan tersebut terkontaminasi akibat dari pengolahan makanan yang tidak benar. Kedua, *finger*, jari-jari pada tangan dapat juga menjadi media penularan. Penularan dapat terjadi jika jari tangan tidak dicuci secara bersih setelah buang air kecil ataupun buang air besar. Ketiga, *fomitus*, seseorang yang sudah terinfeksi bakteri penyebab *typhus*, muntahan dari penderita dapat menjadi media lain untuk menularkan demam tifoid. Keempat, *feces*,

kotoran/*feces* yang dibuang oleh penderita *typhus* banyak mempunyai bakteri penyebab *typhus*. Kelima, *fly*, lalat sangat suka hinggap di tempat/benda kotor di mana tempat tersebut dapat menjadi sarang bagi bakteri *Salmonella typhi*, lalat yang hinggap di tempat/benda kotor dapat membawa bakteri *Salmonella typhi* yang kemudian hinggap di makanan dan akhirnya menimbulkan kontaminasi (Lepi, 2015).

Menurut data WHO tahun 2016, terdapat 21.5 juta kasus demam tifoid di seluruh dunia dengan insidensi 222.000 kasus kematian setiap tahun. Demam tifoid menjadi penyebab utama terjadinya mortalitas dan morbiditas di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Batubuya, 2017). WHO memperkirakan 70% kematian terjadi di Asia. Indonesia merupakan negara endemik demam tifoid. Diperkirakan terdapat 800 penderita per 100.000 penduduk setiap tahun yang ditemukan sepanjang tahun. Penyakit ini tersebar di seluruh wilayah dengan insidensi yang tidak berbeda jauh antar daerah (Widoyono, 2011). Berdasarkan Infodatin tahun 2013, dalam sebelas besar morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap anak balita (usia 1-4 tahun) yang terkena demam tifoid dan paratifoid sebesar 9.747 jiwa (Infodatin, 2013).

Kejadian demam tifoid erat kaitannya dengan hygiene pribadi dan sanitasi lingkungan, seperti hygiene perorangan (kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan kebiasaan mencuci tangan setelah buang air besar) yang rendah, hygiene makanan, lingkungan yang kumuh seperti penyediaan air bersih yang kurang memadai, pembuangan sampah dan kotoran manusia

yang kurang memenuhi syarat kesehatan, kebersihan tempat-tempat umum (rumah makan, restoran) yang kurang serta perilaku masyarakat yang tidak mendukung untuk hidup sehat (Depkes RI, 2006). Kejadian penyakit demam tifoid juga berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di antaranya yaitu sanitasi lingkungan yang buruk (tidak menggunakan jamban saat buang air besar, dan kualitas sumber air bersih buruk), mengonsumsi makanan (sayuran) dalam kondisi mentah dan minum air yang tidak direbus terlebih dahulu (Depkes RI, 2011).

Di wilayah Jawa Timur pada tahun 2012, angka kejadian demam tifoid sebesar 483 kasus (Dinas Kesehatan Propinsi Jatim, 2012). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun menunjukkan bahwa kasus demam tifoid masih sering terjadi setiap tahunnya. Berdasarkan rekapitulasi laporan demam tifoid sekabupaten Madiun, pada tahun 2017 terjadi 1.084 kasus, dan pada tahun 2018 terdapat 967 kasus demam tifoid (Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun, 2018). Salah satu puskesmas yang mempunyai angka kejadian demam tifoid cukup tinggi adalah puskesmas Kare. Puskesmas Kare merupakan salah satu dari 9 puskesmas rawat inap yang ada di Kabupaten Madiun. Pada tahun 2017 jumlah pasien yang menderita demam tifoid sebanyak 83 pasien dan mengalami peningkatan di tahun 2018 sebanyak 114 pasien, dan untuk tahun 2019 sampai dengan bulan Juli sebanyak 44 pasien (Puskesmas Kare, 2019).

Faktor yang dapat menyebabkan masyarakat setempat terkena demam tifoid adalah rendahnya pengetahuan tentang kebersihan diri seperti tidak mencuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar, kebiasaan makan di luar rumah, pola istirahat, rendahnya tingkat pendidikan, dan riwayat kontak langsung dengan seseorang yang terinfeksi demam tifoid, di mana hal tersebut dapat menyebabkan vektor menularkan melalui makanan yang terkontaminasi bakteri *Salmonella typhi*. Faktor lain yang berpengaruh adalah sanitasi lingkungan yang belum sesuai seperti kualitas sumber air bersih, kualitas jamban keluarga, pengelolaan sampah rumah tangga, dan pengelolaan makanan dan minuman rumah tangga. *Personal hygiene*, riwayat kontak langsung dan sanitasi lingkungan merupakan salah satu penyebab terjadinya kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare yang dapat terlihat dari keadaan sanitasi lingkungan yang masih kurang memadai (Puskesmas Kare, 2019).

Demam tifoid termasuk penyakit yang mudah dicegah dengan perubahan perilaku masyarakat dan ketersediaan fasilitas sanitasi yang baik. Kebiasaan untuk mencuci tangan dengan rutin menggunakan sabun dan air mengalir dapat mengurangi terkena kontaminasi bakteri penyebab penyakit *typhus*. Mencoba untuk menghindari kontak terlalu dekat dengan orang yang sedang sakit, karena bakteri *Salmonella typhi* mudah menyebar dari satu orang ke orang lainnya. Mengonsumsi makanan dan minuman yang terjamin kebersihannya karena makanan dan minuman menjadi media penularan yang paling sering.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan *personal hygiene* dan riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana hubungan *personal hygiene* dan riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskemas Kare Kabupaten Madiun?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan *personal hygiene* dan riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *personal hygiene* di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
2. Mengidentifikasi riwayat kontak di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
3. Mengidentifikasi demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
4. Menganalisis hubungan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

5. Menganalisis hubungan kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
6. Menganalisis hubungan kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
7. Menganalisis hubungan kebiasaan makan/jajan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
8. Menganalisis hubungan riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi masyarakat mengenai faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi kejadian demam tifoid sehingga dapat melakukan pencegahan terhadap penyakit tersebut.

1.4.2 Bagi Puskesmas

Dapat memberikan masukan dan pertimbangan kepada puskesmas untuk dapat memberikan informasi mengenai pengaruh *personal hygiene* dan riwayat kontak terhadap kejadian demam tifoid sehingga dapat dijadikan sebagai pengambilan kebijakan dalam program pencegahan penyakit demam tifoid.

1.4.3 Bagi Peneliti

Dapat digunakan sebagai sarana untuk menerapkan dan mengembangkan ilmu yang secara teoritik diperoleh di perkuliahan serta untuk meningkatkan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan lingkungan.

1.4.4 Bagi Institusi

Dapat menjadi bahan bacaan dan juga bahan acuan untuk pihak institusi sehingga dapat dimanfaatkan sebagai bahan referensi khususnya mengenai demam tifoid.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| No | Perbedaan | Penelitian Terdahulu | | | Penelitian Sekarang |
|----|-----------|--|--|--|--|
| 1 | Peneliti | Farissa Ulfa, Oktia Woro Kasmini Handayani | Andayani, Arulita Ika Fibriana | Putri Aristia Ningsih | Diaz Hafshah Rosdiana |
| 2 | Tahun | 2018 | 2018 | 2018 | 2019 |
| 3 | Judul | Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Pagiyanen | Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Karangmalang | Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Ngrambe Kabupaten Ngawi Tahun 2018 | Hubungan <i>Personal</i> <i>Hygiene</i> dan Riwayat Kontak Dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun |

| No | Perbedaan | Penelitian Terdahulu | | | Penelitian Sekarang |
|----|----------------------|---|---|---|---|
| 4 | Tempat Penelitian | Wilayah Kerja Puskesmas Pagiyanten Kabupaten Tegal | Wilayah Kerja Puskesmas Karangmalang Kota Semarang | Wilayah Kerja Puskesmas Ngrambe Kabupaten Ngawi | Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun |
| 5 | Rancangan Penelitian | Analitik observasional dengan desain penelitian <i>case-control</i> | Analitik dengan desain studi <i>case control</i> | Analitik kuantitatif dengan pendekatan <i>case control</i> | Analitik dengan rancangan <i>case control</i> |
| 6 | Variabel | - Variabel Bebas: umur, jenis kelamin, keadaan sosial ekonomi, kebiasaan makan di luar rumah, kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah, riwayat keluarga yang menderita tifoid, sarana pembuangan | - Variabel Bebas: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, kebiasaan makan di luar rumah, kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah, penyimpanan makanan masak di rumah, sarana air bersih, kondisi | - Variabel Bebas: sanitasi lingkungan, higiene perorangan, umur, pendidikan, pengetahuan - Variabel Terikat: Kejadian Demam Tifoid | - Variabel Bebas: kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah, kebiasaan makan/jajan di luar rumah riwayat kontak - Variabel Terikat: Kejadian Demam Tifoid |

| No | Perbedaan | Penelitian Terdahulu | | | Penelitian Sekarang |
|----|------------------|--|---|---|--|
| | | n tinja (jamban sehat) - Variabel Terikat: kejadian demam tifoid | tempat sampah, kondisi saluran air limbah, riwayat kontak dengan penderita demam tifoid - Variabel Terikat: kejadian demam tifoid | | |
| 7 | Hasil Penelitian | Ada hubungan antara kebiasaan makan di luar rumah, kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah, dan jamban sehat dengan kejadian demam tifoid | Ada hubungan antara pendapatan keluarga, kebiasaan makan di luar rumah, kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kondisi tempat sampah, kondisi saluran air limbah, riwayat kontak dengan penderita demam tifoid | Ada hubungan antara pendidikan, pengetahuan, sanitasi lingkungan, higiene perorangan dengan kejadian demam tifoid | Ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan makan/jajan di luar rumah, dan riwayat kontak langsung dengan penderita dengan kejadian demam tifoid |

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Demam Tifoid

2.1.1 Pengertian Demam Tifoid

Penyakit demam tifoid yang biasa juga disebut *typhus* atau tipes dalam bahasa Indonesianya, merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Salmonella enterica*, khususnya turunannya, yaitu *Salmonella typhi* terutama menyerang bagian saluran pencernaan (Depkes RI, 2009). Penyakit demam tifoid merupakan penyakit yang ditularkan melalui makanan dan minuman yang tercemar oleh bakteri *Salmonella typhi*. Seseorang yang menderita penyakit tifus menandakan bahwa ia sering mengkonsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri ini (Zulkoni, 2010).

Basil penyebab tifoid adalah *Salmonella typhi* dan *paratyphi* dari genus *Salmonella*. Basil ini dapat hidup sampai beberapa minggu di alam bebas seperti di dalam air, es, sampah, dan debu. Sedangkan reservoir satu-satunya adalah manusia yaitu seseorang yang sedang sakit atau karier (Kepmenkes RI, 2006).

2.1.2 Epidemiologi Demam Tifoid

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi yang dijumpai di seluruh dunia, secara luas di daerah tropis dan subtropis terutama di daerah dengan kualitas sumber air yang tidak memadai dengan standar

higienis dan sanitasi yang rendah yang mana di Indonesia dijumpai dalam keadaan endemis (Putra, 2012).

Dari data WHO pada tahun 2016, terdapat 21.5 juta kasus demam tifoid di seluruh dunia dengan insidensi 222.000 kasus kematian setiap tahun. Demam tifoid menjadi penyebab utama terjadinya mortalitas dan morbiditas di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Batubuya, 2017 dalam Farissa, 2018). WHO memperkirakan 70% kematian terjadi di Asia. Indonesia merupakan negara endemik demam tifoid. Diperkirakan terdapat 800 penderita per 100.000 penduduk setiap tahun yang ditemukan sepanjang tahun. Penyakit ini tersebar di seluruh wilayah dengan insidensi yang tidak berbeda jauh antar daerah (Widoyono, 2011). Tingginya insidens rate penyakit demam tifoid di negara berkembang sangat erat kaitannya dengan higiene perorangan dan sanitasi lingkungan yang kurang baik.

Salmonella typhi dapat hidup didalam tubuh manusia. Manusia yang terinfeksi *Salmonella typhi* dapat mengekspresikannya melalui sekret saluran nafas, urin dan tinja dalam jangka waktu yang sangat bervariasi. *Salmonella typhi* yang berada diluar tubuh manusia dapat hidup untuk beberapa minggu apabila berada di dalam air, es, debu atau kotoran yang kering maupun pada pakaian. Akan tetapi *Salmonella typhi* hanya dapat hidup kurang dari 1 minggu *raw sewage*, dan mudah dimatikan dengan klorinasi dan pasteurisasi (temp 63°C) (Sumarmo, 2012).

2.1.3 Etiologi Demam Tifoid

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi*. Bakteri *Salmonella typhi* berbentuk batang, Gram negatif, bergerak, tidak berspora, berflagel, tidak berkapsul, tumbuh dengan baik pada suhu optimal 37°C dengan pH Antara 6-8, bersifat fakultatif anaerob dan hidup subur pada media yang mengandung empedu (Kepmenkes RI, 2006). Mikroorganisme ini dapat ditemukan pada tinja dan urin setelah 1 minggu demam (hari ke-8 demam) dan bakteri ini akan mati pada pemanasan 57°C selama beberapa menit. Sementara itu, jika penderita diobati dengan benar, maka kuman tidak akan ditemukan pada tinja dan urin pada minggu ke-4. Akan tetapi, seseorang bisa dinyatakan karier bila pada minggu ke-4 masih terdapat kuman melalui pemeriksaan kultur tinja (Widoyono, 2011).

Salmonella typhi mempunyai antigen somatik (O) yang terdiri dari protein dan envelope antigen (K) yang terdiri dari polisakarida. Mempunyai makromolekuler lipopolisakarida kompleks yang membentuk lapis luar dari dinding sel dan dinamakan endotoksin. *Salmonella typhi* juga dapat memperoleh pasmid faktor-R yang berkaitan dengan resistensi terhadap multipel antibiotik. Bakteri salmonella typhi mempunyai beberapa komponen antigen, yaitu:

- A. Antigen somatik (O) merupakan polisakarida dan bersifat spesifik group. Tahan terhadap pendidihan, alkohol, dan asam.

- B. Antigen flagella (H) yang merupakan komponen protein berada dalam flagella, bersifat spesifik spesies. Antigen ini rusak dengan pendidihan dan alkohol tetapi tidak rusak oleh formaldehid.
- C. Antigen virulla (Vi) merupakan polisakarida, berada di kapsul berhubungan dengan daya invasif bakteri dan efektifitas vaksin. Antibody yang terbentuk dan menetap lama dalam darah dan dapat memberi petunjuk bahwa individu tersebut sebagai pembawa kuman (karier) (Sumarmo, 2012).

2.1.4 Patogenesis Demam Tifoid

Perjalanan penyakit dari demam tifoid ditandai dengan invasi bakteri yang kemudian bermultiplikasi dalam sel mononuclear fagositik, hati, limfa, nodus limfatikus, dan plakpeyeri di ileum. Masuknya *Salmonella typhi* ke dalam tubuh manusia melalui makanan yang terkontaminasi bakteri tersebut. Sebagian bakteri mati oleh asam lambung, sebagian lagi lolos masuk kedalam usus dan selanjutnya berkembang biak. Bila respon imunitas humoral mukosa (IgA) usus kurang baik maka kuman akan menembus sel-sel epitel utama (sel M) dan selanjutnya ke lamina propria, kuman-kuman berkembang biak dan difagosit oleh sel-sel fagositosis terutama oleh makrofag.

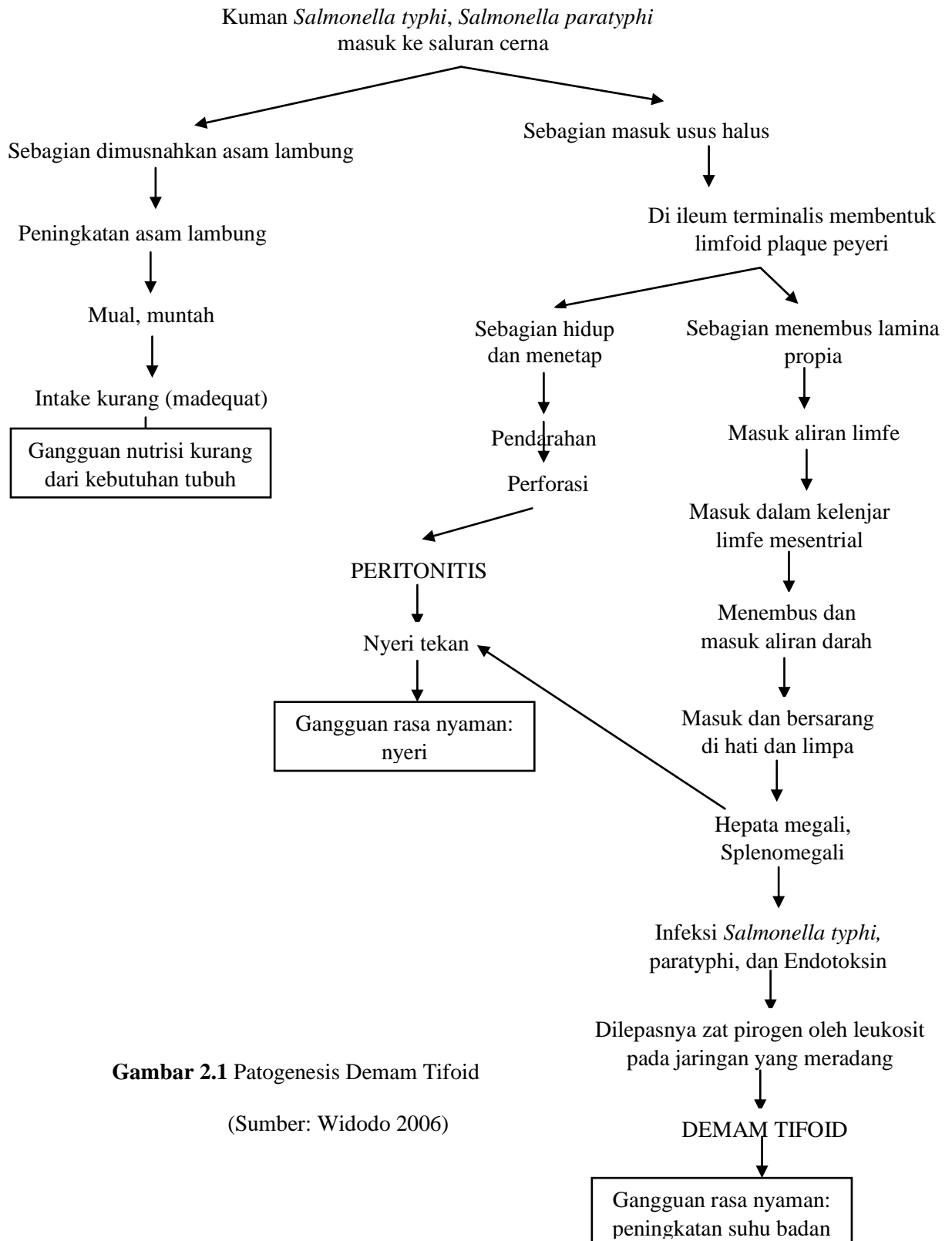
Kuman dapat hidup dalam makrofag dan seterusnya dibawa ke plaque peyeri ileum distal, kelenjar getah bening mesenterika, duktustorasikus, dan akhirnya masuk kedalam sirkulasi darah dan

menyebabkan bakterimia pertama yang asimtomatik serta menyebar ke seluruh organ retikulo endothelial terutama hati dan limfa. Di dalam organ-organ ini, kuman keluar dari sel fagositik untuk selanjutnya berkembang biak di luar sel. Selanjutnya kuman ini masuk ke dalam sirkulasi darah kembali dan menimbulkan bakterimia yang kedua disertai dengan tanda-tanda dan gejala penyakit infeksi sistemik.

Di dalam hati, kuman masuk ke dalam kandung empedu, berkembang biak, dan bersama cairan empedu diekskresikan secara intermiten ke lumen usus. Sebagian kuman dikeluarkan melalui feses dan sebagian masuk lagi ke dalam sirkulasi setelah menembus usus. Proses yang sama terulang kembali, berhubung makrofag telah teraktivasi dan hiperaktif maka saat fagositosis kuman *Salmonella* terjadi pelepasan beberapa mediator inflamasi yang selanjutnya akan menimbulkan gejala reaksi inflamasi sistemik seperti demam, malaise, mialgia, sakit kepala, sakit perut, instabilitas vaskuler, gangguan mental, dan koagulasi.

Di dalam plak Peyeri makrofag hiperaktif menimbulkan reaksi hiperplasia jaringan. Perdarahan saluran cerna dapat terjadi akibat erosi pembuluh darah sekitar plak Peyeri yang sedang mengalami nekrosis dan hiperplasia akibat akumulasi sel-sel mononuklear di dinding usus. Proses patologi jaringan limfoid ini dapat berkembang hingga ke lapisan otot, serosa usus, dan dapat menghasilkan perforasi. Endotoksin dapat menempel di reseptor sel endotel kapiler dengan

akibat timbulnya komplikasi seperti gangguan neuropsikiatrik, kardiovaskular, pernafasan, dan gangguan organ lainnya (Widodo, 2006).

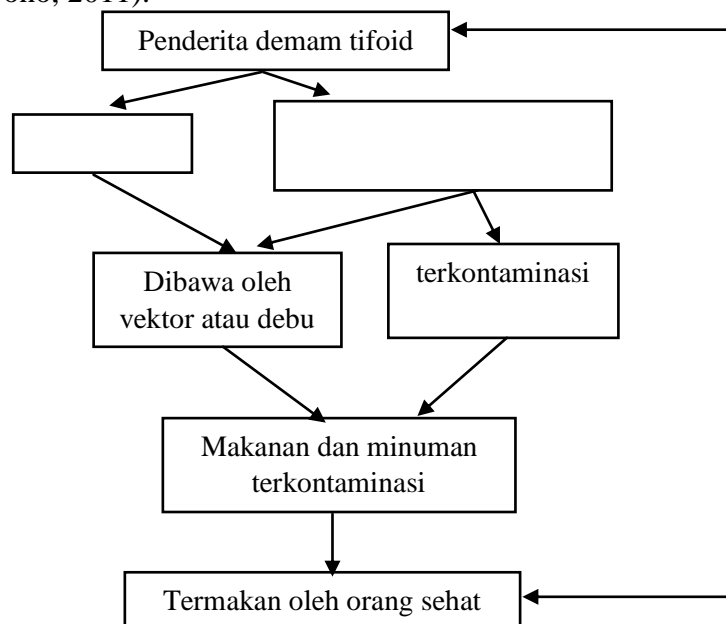


Gambar 2.1 Patogenesis Demam Tifoid

(Sumber: Widodo 2006)

2.1.5 Cara Penularan Demam Tifoid

Riwayat penyakit demam tifoid dalam satu keluarga sangat berpengaruh karena cenderung penularan yang dialami akan melalui jalan yang sama dan risiko tertular akan semakin cepat. Seseorang mampu menjadi pembawa penyakit (*asymptomatic carrier*) demam tifoid, tanpa menunjukkan tanda gejala tetapi mampu menularkan ke orang lain. Status *carrier* dapat terjadi setelah mendapat serangan akut. *Carrier* kronis harus diawasi dengan ketat dan dilarang melakukan pekerjaan yang dapat meularkan penyakit kepada orang lain. Feses penderita merupakan sumber utama bagi penularan demam tifoid (Widoyono, 2011).



Gambar 2.2 Cara Penularan Demam Tifoid

(Sumber: Muliawan, dkk 2000)

Penularan demam tifoid dapat terjadi melalui berbagai cara, salah satunya dikenal dengan 5F yaitu (*food, finger, fomitus, fly, feces*). Pertama, *food*, makanan yang dikonsumsi dan didapati dari tempat yang kurang bersih dapat menjadi media penularan penyakit terlebih jika makanan tersebut terkontaminasi akibat dari pengolahan makanan yang tidak benar. Kedua, *finger*, jari-jari pada tangan dapat juga menjadi media penularan. Penularan dapat terjadi jika jari tangan tidak dicuci secara bersih setelah buang air kecil ataupun buang air besar. Ketiga, *fomitus*, seseorang yang sudah terinfeksi bakteri penyebab *typhus*, muntahan dari penderita dapat menjadi media lain untuk menularkan demam tifoid. Keempat, *feces*, kotoran/*feces* yang dibuang oleh penderita *typhus* banyak mempunyai bakteri penyebab *typhus*. Kelima, *fly*, lalat sangat suka hinggap di tempat/benda kotor di mana tempat tersebut dapat menjadi sarang bagi bakteri *Salmonella typhi*, lalat yang hinggap di tempat/benda kotor dapat membawa bakteri *Salmonella typhi* yang kemudian hinggap di makanan dan akhirnya menimbulkan kontaminasi (Lepi, 2015).

2.1.6 Diagnosis Demam Tifoid

A. Keluhan dan Tanda Klinis

Gambaran klinis demam tifoid pada anak umur < 5 tahun, khususnya di bawah 1 tahun lebih sulit diduga karena seringkali tidak khas dan sangat bervariasi. Masa inkubasi demam tifoid berkisar Antara 7-14 hari, namun dapat mencapai 3-30 hari.

Selama masa inkubasi mungkin ditemukan gejala prodromal yaitu perasaan tidak enak badan, lesu, nyeri kepala, pusing, dan tidak bersemangat. Kemudian menyusul gejala dan tanda klinis yang biasa ditemukan (Dahlan, 2007).

1. Gejala

Semua pasien demam tifoid selalu menderita demam pada awal penyakit. Demam berlangsung 3 minggu bersifat febris, remiten dan suhu tidak terlalu tinggi. Pada awalnya suhu meningkat secara bertahap menyerupai anak tangga selama 2-7 hari, lebih tinggi pada sore dan malam hari, tetapi demam bisa pula mendadak tinggi. Dalam minggu kedua penderita akan terus menetap dalam keadaan demam, mulai menurun secara tajam pada minggu ketiga dan mencapai normal kembali pada minggu keempat. Pada penderita bayi mempunyai pola demam yang tidak beraturan, sedangkan pada anak seringkali disertai menggigil (Dahlan, 2007).

2. Tanda

Tanda klinis yang didapatkan pada anak dengan demam tifoid antara lain adalah pembesaran beberapa organ yang disertai dengan nyeri perabaan, antara lain hepatomegali dan splenomegali. Penderita demam tifoid dapat disertai dengan atau tanpa gangguan kesadaran.

Umumnya kesadaran penderita menurun walaupun tidak terlalu dalam, yaitu apatis sampai somnolen. Pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan roseola, yaitu bintik kemerahan karena emboli dalam kapiler kulit (Dahlan, 2007).

2.1.7 Penatalaksanaan Demam Tifoid

Prinsip penatalaksanaan demam tifoid masih menganut trilogi penatalaksanaan yang meliputi: istirahat dan perawatan, diet dan terapi penunjang (baik simptomatik maupun suportif), serta pemberian antimikroba. Selain itu diperlukan pula tatalaksana komplikasi demam tifoid yang meliputi komplikasi intestinal maupun ekstraintestinal (Kemenkes, 2006).

A. Istirahat dan Perawatan

Bertujuan untuk mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan. Tirah baring dengan perawatan dilakukan sepenuhnya di tempat seperti makan, minum, mandi, dan BAB/BAK. Posisi pasien diawasi untuk mencegah dukubitus dan pnemonia orthostatik serta higiene perorangan tetap perlu diperhatikan dan dijaga.

B. Diet dan terapi penunjang

Diet merupakan hal yang cukup penting dalam proses penyembuhan penyakit demam tifoid, karena makanan yang kurang akan menyebabkan menurunnya keadaan umum dan gizi

penderita akan semakin turun dan proses penyembuhan akan menjadi lama.

Selain dilakukan pencegahan juga dilakukan pengobatan demam tifoid terdiri dari 3 bagian yaitu:

A. Perawatan Tatalaksana

Penderita baru dengan kemungkinan demam tifoid sebaiknya dirawat inap. Rawat inap perlu bagi penderita komplikasi, bila pemasukan makanan atau cairan kurang (Soedarmo dkk, 2008). Pasien harus tirah baring absolut sampai minimal 7 hari bebas demam atau kurang lebih selama 14 hari. Maksud tirah baring adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi perdarahan usus atau perforasi usus (Juwono, 2004).

B. Diet

Kadang pula makanan diberikan melalui infus sampai penderita dapat mencerna makanan (Soedarmo dkk, 2008).

C. Obat-obatan

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi dengan angka kematian menurun secara drastis (1-4%). Obat-obat antimikroba yang sering digunakan antara lain:

1. Kloramfenikol, dosis diberikan 4 x 500 mg per hari dapat diberikan secara per oral atau intravena dan diberikan sampai dengan 7 hari bebas panas.
2. Tiamfenikol, dosis tiamfenikol adalah 4 x 500 mg.

3. Kotrimoxazol, dosis untuk orang dewasa adalah 2 x 2 tablet (1 tablet mengandung sulfametoksazol 400 mg dan 80 mg trimetoprin) diberikan selama 2 minggu.
4. Ampisilin dan amoksisilin, dosis yang dianjurkan Antara 50-150 mg/KgBB dan digunakan selama 2 minggu.
5. Seftriakson, dosis yang dianjurkan antara 3-4 gr, diberikan selama ½ jam per infus sekali sehari dan diberikan selama 3 hingga 5 hari.

2.1.8 Pencegahan Demam Tifoid

Pencegahan dari penyakit demam tifoid yaitu dengan cara sebagai berikut.

- A. Meningkatkan hygiene sanitasi makanan dan lingkungan, seperti membiasakan cuci tangan dengan bersih setelah BAB dan sebelum makan.
- B. Vaksinasi. Vaksinasi dengan menggunakan vaksin T.A.B (mengandung basil thypoid dan parathypoid A dan B yang dimatikan) yang diberikan subkutan 2 atau 3 kali pemberian dengan interval 10 hari merupakan tindakan yang praktis untuk mencegah penularan demam tifoid.
- C. Minum air yang telah dimasak. Masak air sekurang-kurangnya lima menit penuh (apabila air sudah masak, biarkan ia selama lima menit lagi). Buat es batu menggunakan air yang dimasak. Makan makanan yang baru dimasak. Jika terpaksa makan

di warung, pastikan makanan yang dipesan khas dan berada dalam keadaan `berasap` karena baru diangkat dari dapur. Tutup semua makanan dan minuman agar tidak dihinggapi lalat dan letakkan makanan ditempat tinggi.

- D. Gunakan penjepit, sendok, atau garpu bersih untuk mengambil makanan (Ani, 2017).

2.2 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Tifoid

2.2.1 Faktor *Host* (Penjamu)

Host adalah manusia atau makhluk hidup lainnya yang menjadi tempat terjadinya proses alamiah penyebab penyakit. Faktor host dan perilaku yang mempengaruhi terjadinya penyakit demam tifoid meliputi.

1. Umur

Demam tifoid masih merupakan penyakit endemis di Indonesia. Penyakit ini banyak menimbulkan masalah pada kelompok umur dewasa muda, karena tidak jarang disertai pendarahan dan perforasi usus yang sering menyebabkan kematian penderita. Secara umum insiden tifoid dilaporkan 75% didapatkan pada umur kurang dari 30 tahun (Depkes RI, 2006). Berdasarkan penelitian oleh Bukhari (2016) menunjukkan bahwa distribusi kasus demam tifoid menurut umur dengan risiko tinggi di daerah Taxila, Pakistan yaitu terletak pada rentang kelompok usia 10-15 tahun dan 25-35 tahun.

2. *Personal Hygiene*

a. Pengertian *Personal Hygiene*

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yang berarti *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* yang berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. *Hygiene* adalah ilmu pengetahuan tentang kesehatan dan pemeliharaan kesehatan. *Personal hygiene* adalah perawatan diri dengan cara melakukan beberapa fungsi seperti mandi, *toileting*, *hygiene* tubuh umum, dan berhias. *Hygiene* meliputi perawatan kulit, rambut, kuku, gigi, rongga mulut dan hidung, mata, telinga, dan area perineum-genital (Wartonah, 2010).

b. Tujuan *Personal Hygiene*

Tujuan dari *personal hygiene* adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan, memelihara kebersihan diri, memperbaiki *personal hygiene*, pencegahan penyakit, meningkatkan percaya diri, dan menciptakan keindahan. Karena pada dasarnya semua kesehatan individu tergantung pada kebersihan diri masing-masing. Orang yang sering mengalami sakit sebenarnya sedikit banyak

kebersihan dirinya kurang, sehingga sumber penyakit mudah untuk masuk di dalam tubuhnya (Wartonah, 2010).

- c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*
- 1) Citra tubuh, merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. *Personal hygiene* yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu. Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.
 - 2) Praktik sosial. Kebiasaan keluarga, jumlah orang di rumah, dan ketersediaan air panas atau air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan *personal hygiene*.
 - 3) Status sosial ekonomi. *Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shmpo, dan alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
 - 4) Pengetahuan. Pengetahuan *personal hygiene* sangatlah penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Seseorang harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri. Seringkali pembelajaran tentang penyakit atau

kondisi yang mendorong individu untuk meningkatkan *personal hygiene*.

- 5) Budaya. Kepercayaan kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi *personal hygiene*. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik perawatan diri yang berbeda.
- 6) Kondisi fisik. Pada keadaan sakit, tentu kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya (Tarwoto, 2004).

d. Dampak yang Timbul pada Masalah *Personal Hygiene*

- 1) Dampak fisik. Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.
- 2) Dampak psikososial. Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial (Tarwoto, 2004).

e. Jenis-jenis *Personal Hygiene*

1) Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan

Kebersihan tangan sangatlah penting bagi setiap orang. Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan harus dibiasakan. Pada umumnya ada keengganan untuk mencuci tangan sebelum mengerjakan sesuatu karena dirasakan memakan waktu, apalagi letaknya cukup jauh. Dengan kebiasaan mencuci tangan, sangat membantu dalam mencegah penularan bakteri dari tangan kepada makanan (Depkes RI, 2006). Berdasarkan penelitian oleh Farissa Ulfa (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid dengan nilai $p=0,02 < 0,05$.

2) Kebiasaan mencuci tangan pakai sabun setelah BAB

Kebersihan tangan merupakan salah satu hal yang penting karena tangan yang kotor atau terkontaminasi dapat memindahkan bakteri dan virus patogen dari tubuh, feses, atau sumber lain ke makanan. Pencucian tangan meskipun merupakan hal kecil dan sering disepelekan terbukti efektif dalam upaya pencegahan kontaminasi pada makanan

(Fathonah, 2005 dalam Laelawati, 2016). Kegiatan mencuci tangan sangat penting untuk bayi, anak-anak, penyaji makanan di restoran, atau warung serta orang-orang yang merawat dan mengasuh anak. Setiap tangan kontak dengan feses, urin, atau dubur sesudah buang air besar (BAB) maka harus dicuci pakai sabun dan kalau dapat disikat. Pencucian tangan dengan sabun sebagai pembersih, penggosokan, dan pembilasan dengan air mengalir akan menghanyutkan partikel kotoran yang banyak mengandung mikroba (Depkes RI, 2006). Berdasarkan penelitian oleh Farissa Ulfa (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara mencuci tangan pakai sabun setelah BAB dengan kejadian demam tifoid dengan nilai $p=0,04 < 0,05$.

- 3) Kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak

Penularan tifoid di beberapa negara terjadi karena mengkonsumsi kerang-kerangan yang berasal dari air yang tercemar, buah-buahan, sayuran mentah yang dipupuk dengan kotoran manusia (Dinkes Prov Jateng, 2006). Bahan mentah yang hendak dimakan

tanpa dimasak terlebih dahulu misalnya sayuran untuk lalapan, hendaknya dicuci bersih di bawah air mengalir untuk mencegah bahaya pencemaran oleh bakteri, telur, bahkan pestisida (Anies, 2006). Memasak setiap makanan akan mengurangi risiko infeksi, sebab mikroorganisme dalam makanan akan mati jika dimasak dengan baik. Berdasarkan penelitian oleh Seran (2015) yang menyebutkan bahwa ada hubungan Antara kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak dengan kejadian demam tifoid dengan nilai $p=0,029<0,05$.

4) Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah

Makanan jajanan di luar adalah makanan dalam bentuk, warna, rasa, serta ukuran tertentu sehingga menarik minat dan perhatian orang untuk membelinya yang banyak ditemukan di pinggir jalan yang dijajakan. Membeli makanan/minuman di luar rumah merupakan suatu kebiasaan sebagian besar masyarakat, dari kebiasaan ini tidak jarang seseorang kurang memperhatikan kebersihan dari makanan dan minuman yang dikonsumsi, serta menggunakan air minum tanpa dimasak terlebih dahulu, misalnya air susu yang terkontaminasi, air es

yang terkontaminasi, dan sebagainya (Rachmawati, 2006 dalam Putra, 2012).

Salah satu cara penularan demam tifoid terjadi melalui *food* (makanan), makanan dan minuman yang memiliki penanganan yang tidak *hygiene* dapat menyebabkan kontaminasi bakteri *Salmonella typhi* pada makanan/minuman yang dikonsumsi oleh orang sehat terutama anak-anak sekolah yang sering jajan sembarangan maka rawan tertular penyakit infeksi demam tifoid. Secara umum, untuk memperkecil kemungkinan tercemar *Salmonella typhi* adalah setiap individu harus memperhatikan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi. Makanan sebaiknya dibeli dari sumber yang layak dipercaya, penjual makanan yang ideal menjual bahan makanan yang bersih, segar, dan tidak tercemar (Addin, 2009).

Berdasarkan penelitian oleh Seran (2015) menyebutkan bahwa adanya hubungan Antara makan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid dengan nilai $p=0,031 < 0,05$ dan $OR=5,00$. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Alba (2016) yang menyebutkan bahwa kebiasaan makan di warung

atau restoran merupakan faktor risiko yang penting dalam penularan demam tifoid di kepulauan Indonesia.

3. Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita Demam Tifoid

Riwayat kontak adalah riwayat seseorang yang berhubungan dengan penderita demam tifoid baik secara langsung maupun tidak langsung. Kontak langsung berarti ada kontak antara orang sehat dan bahan muntahan penderita demam tifoid. Kontak tidak langsung dapat melalui air, misalnya air yang tidak dimasak, air es yang dibuat dari air yang terkontaminasi, atau dilayani oleh orang yang membawa kuman, baik penderita aktif maupun karier (Christie, 1980 dalam Musnelina, 2004).

Penularan demam tifoid selain didapatkan dari menelan makanan atau minuman yang terkontaminasi dapat juga dengan kontak langsung jari tangan yang terkontaminasi tinja, urin, sekret saluran nafas atau dengan pus penderita yang terinfeksi (Dian, 2007 dalam Hilda, 2016). Penularan dapat terjadi jika jari tangan tidak dicuci secara bersih setelah buang air kecil ataupun buang air besar (Lepi, 2015). Sekolah merupakan sumber penularan penyakit pada anak sekolah. Sebab, dalam interaksi antar anak banyak terjadi kontak yang dapat menyebabkan terjadinya penyebaran dan penularan penyakit (Mufidah, 2012).

Salmonella typhi dapat bertahan hidup pada ujung jari tangan minimal selama sepuluh menit dan sangat bermakna dalam penularannya (Dian, 2007 dalam Hilda, 2016).

Orang yang baru sembuh dari tifoid masih terus mensekresi *Salmonella typhi* dalam tinja dan air kemih sampai 3 bulan setelah sakit dan dapat menjadi karier kronik bila masih mengandung basil sampai 1 tahun atau lebih. Bagi penderita yang tidak diobati dengan adekuat, insiden karier dilaporkan 5-10% dan kurang lebih 3% menjadi karier kronik. Karier dapat dibagi menjadi beberapa jenis yaitu *healthy carrier (inapparent)* adalah mereka yang dalam sejarahnya tidak pernah menampakkan menderita penyakit tersebut secara klinis akan tetapi mengandung unsur penyebab yang mampu menular pada orang lain. *Incubatory carrier* (masa tunas) adalah mereka yang masih dalam masa tunas tetapi telah mempunyai potensi untuk menularkan penyakit atau sebagai sumber penularan. *Convalescent carrier* (baru sembuh klinis) adalah mereka yang baru sembuh dari penyakit menular tertentu tetapi masih merupakan sumber penyakit tersebut untuk masa tertentu, yang masa penularannya kemungkinan hanya sampai tiga bulan. *Chronis carrier* (menahun) merupakan sumber penularan yang cukup lama (Widodo, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian oleh Andayani (2018) menunjukkan bahwa ada hubungan antara riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid dengan nilai $p=0,0037<0,05$. Dengan nilai OR sebesar 3,7 dan $95\%CI=1,19-11,49$, maka dapat diketahui bahwa riwayat kontak dengan penderita demam tifoid mempunyai risiko 3,7 kali lebih besar menderita demam tifoid daripada responden yang tidak memiliki riwayat kontak dengan penderita demam tifoid. Dari hasil penelitian di lapangan, responden yang memiliki riwayat kontak dengan penderita demam tifoid sebesar 22,6%. Sebagian besar kontak tersebut antara ibu dan anak, di mana ibu merupakan orang yang mengolah masakan di rumah.

2.2.2 Agent (Penyebab)

Agent adalah suatu unsur, organisme hidup atau kuman infeksi yang dapat menyebabkan terjadinya suatu penyakit. Pada beberapa penyakit agen ini adalah sendiri, misalnya pada penyakit-penyakit infeksi. Sedangkan yang lain bisa terdiri dari beberapa agen yang bekerja sama, misalnya pada penyakit kanker.

Agent (faktor penyebab) dari demam tifoid adalah bakteri *Salmonella typhi* yang berbentuk batang, Gram negatif, bergerak, tidak berspora, berflagel, tidak berkapsul, tumbuh dengan baik pada suhu optimal $37^{\circ}C$ dengan pH Antara 6-8, bersifat fakultatif anaerob

dan hidup subur pada media yang mengandung empedu (Kepmenkes RI, 2006).

2.2.3 Environment (Faktor Lingkungan)

Lingkungan adalah semua faktor luar dari suatu individu yang dapat berupa lingkungan fisik, biologis, dan sosial yang menyebabkan atau memungkinkan penularan penyakit. Faktor lingkungan dan perilaku yang mempengaruhi terjadinya penyakit demam tifoid meliputi.

1. Keberadaan Vektor

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).

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 dalam Dewi, 2009). 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 dalam Dewi, 2009).

3. 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. 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).

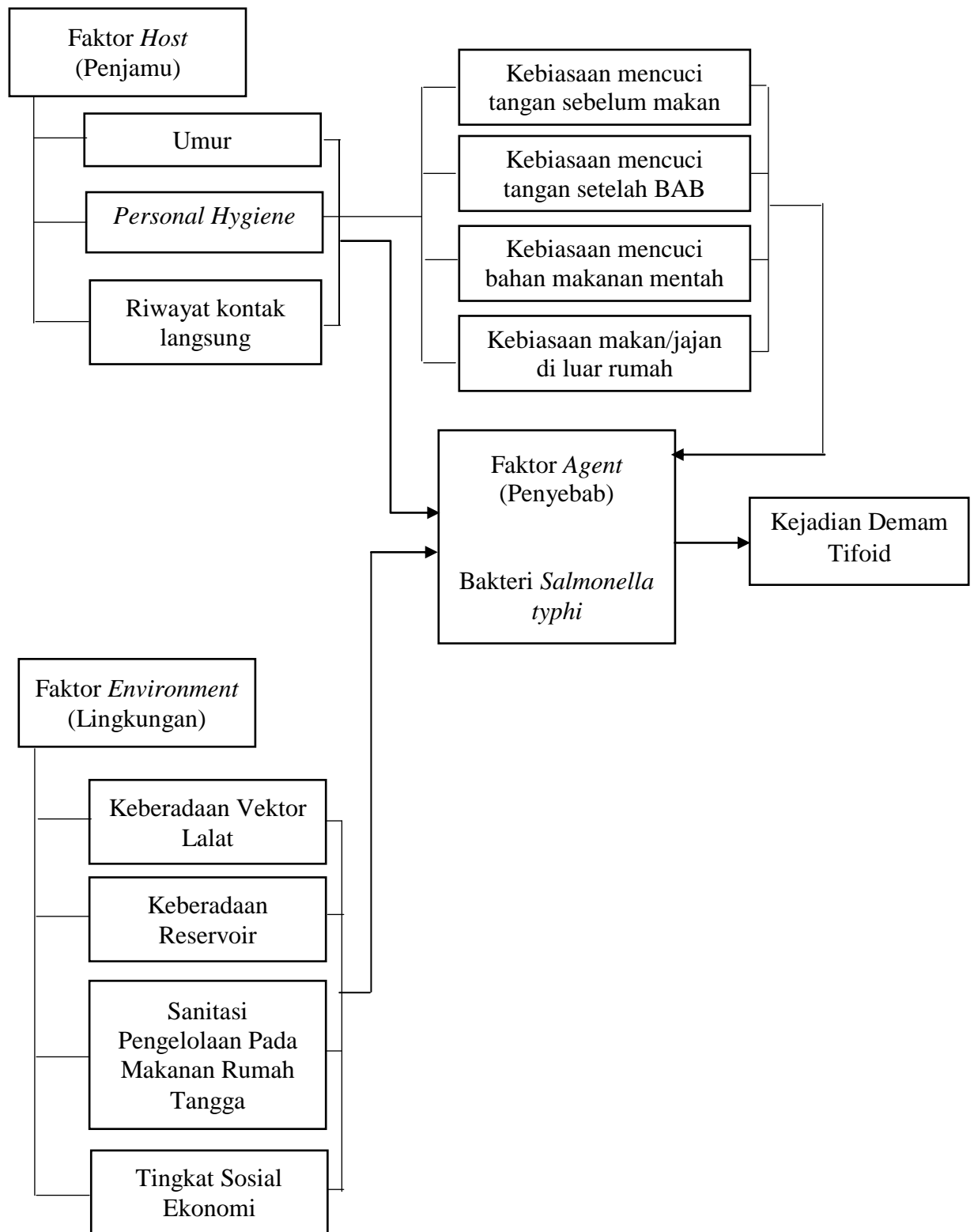
4. Tingkat Sosial Ekonomi

Pada faktor ini digambarkan dengan besarnya penghasilan. Adanya hubungan status sosial ekonomi seseorang dengan masalah kesehatan yang diderita bukan merupakan pengetahuan baru. Bagi mereka yang keadaan sosial ekonominya baik tentu tidak sulit melakukan pencegahan ataupun pengobatan penyakit. Sedangkan mereka dengan status ekonomi rendah dalam

kehidupan sehari-hari sering ditemukan beberapa masalah kesehatan tertentu seperti infeksi dan kelainan gizi (Sulistyaningsih, 2011). Sistem pangan pada penduduk kota berpenghasilan rendah lebih mengandalkan pada makanan jajanan siap santap dengan mutu yang rendah dan tidak terjamin keamanannya. Pencemaran mikroba patogen pada makanan disebabkan oleh penggunaan air yang tidak memenuhi syarat, pembuangan sampah tidak pada tempatnya, hygiene dan sanitasi yang tidak baik dalam penyimpanan makanan di rumah, dan penjualan makanan di tempat-tempat yang kotor atau di pinggir jalan. Penyakit melalui makanan yang sering menyerang penduduk berpenghasilan rendah adalah penyakit menular seperti tifus, paratifus, kolera, dan disentri (Fardiaz, 2001 dalam Laelawati, 2016).

2.3 Kerangka Teori

Berdasarkan uraian di atas, maka disusun kerangka teori mengenai hubungan antara perilaku hygiene perseorangan dengan kejadian demam tifoid.



Gambar 2.3 Kerangka Teori

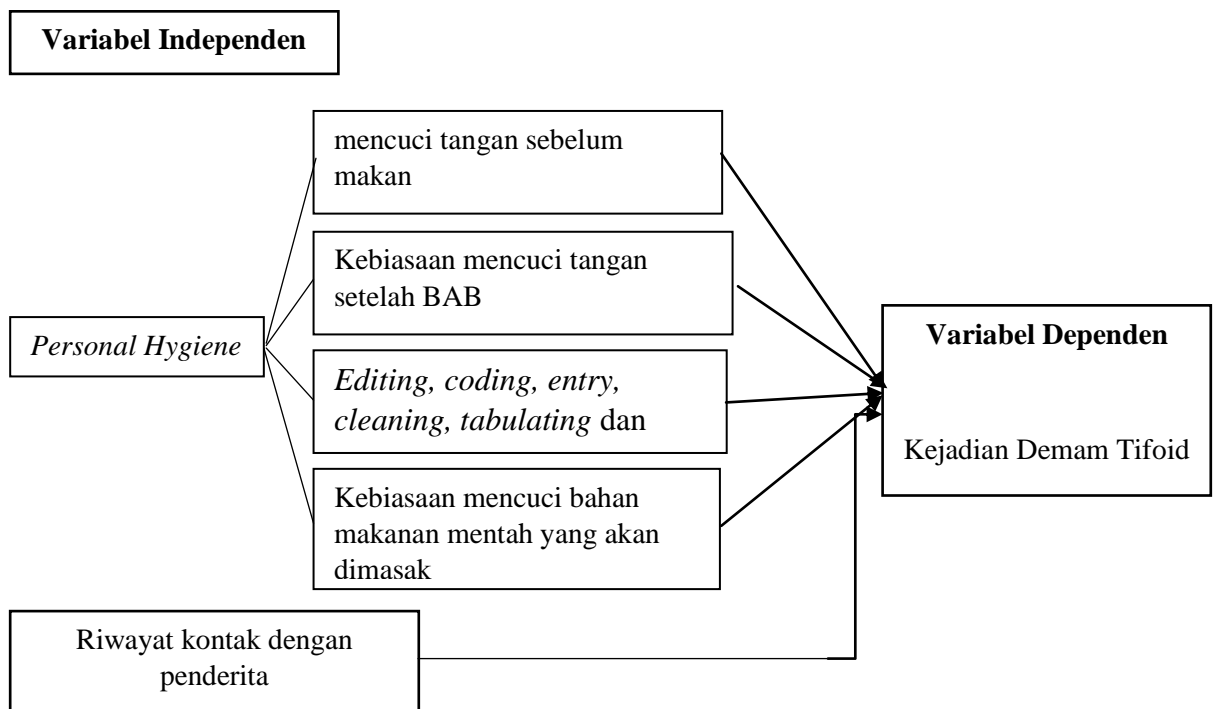
Sumber: Segitiga Epidemiologi (Notoadmodjo, 2011)

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN


3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:



Keterangan:

 : Diteliti

 : Berhubungan

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesa Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini dikenal dua jenis hipotesis yaitu

1. Hipotesis nol (H_0) : Hipotesis yang menerangkan tidak adanya hubungan antara variabel independen (X) dan variabel dependen (Y).
2. Hipotesis alternatif (H_a) : Hipotesis yang menerangkan adanya hubungan Antara variabel independen (X) dengan variabel dependen (Y)

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. H_a : Ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
- b. H_a : Ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
- c. H_a : Ada hubungan antara kebiasaan makan/jajan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja puskesmas Kare Kabupaten Madiun.
- d. H_a : Ada hubungan antara kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

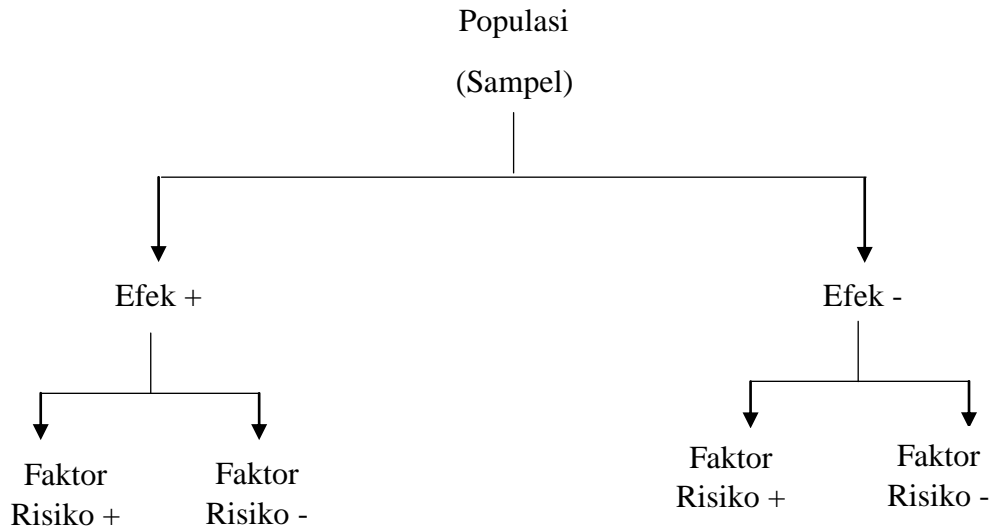
- e. Ha : Ada hubungan antara riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survei analitik dengan pendekatan atau desain studi kasus kontrol (*case control*). Dalam penelitian ini kelompok kasus (kelompok yang menderita penyakit yang sedang diteliti) dibandingkan dengan kelompok kontrol (kelompok yang tidak menderita penyakit yang sedang diteliti), kemudian secara retrospektif (penelusuran ke belakang) diteliti faktor risiko yang mungkin dapat menerangkan apakah kasus dan kontrol terkena paparan atau tidak (Ismael, 2002).



Gambar 4.1 Rancangan penelitian

Sumber: Notoatmodjo, 2012

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien rawat inap yang tercatat dalam rekam medik di wilayah kerja Puskesmas Kare sebanyak 160 selama bulan Januari hingga Juli 2019. Populasi kasus sebesar 44 pasien dan populasi kontrol sebesar 116 pasien.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni, 2014). Sampel kasus dalam penelitian ini adalah penderita demam tifoid yang melakukan pemeriksaan di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun, sedangkan untuk sampel kontrol adalah pasien yang tidak terdiagnosis demam tifoid yang melakukan pemeriksaan di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus *case control study* (Lemeshow) sebagai berikut.

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

$$\text{Dimana: } P_1 = \frac{OR \times P_2}{(1 - P_2) + (OR \times P_2)}$$

Keterangan:

P1 = Proporsi paparan pada kelompok kasus

P2 = Proporsi paparan pada kelompok kontrol

OR= Nilai Odds Ratio

α = Tingkat kemaknaan (5%) yaitu 1,96

β = Kekuatan uji (80%) yaitu 0,84

Tabel 4.1 Distribusi *Odd Ratio* (OR) Penelitian Terdahulu

| Variabel | P1 | P2 | OR | n |
|---|-------|-------|------|----|
| Kebiasaan cuci tangan sebelum makan (Andayani, 2018) | 0,714 | 0,452 | 3,03 | 55 |
| Kebiasaan cuci tangan setelah BAB (Andayani, 2018) | 0,69 | 0,429 | 2,97 | 26 |
| Kebiasaan makan/jajan di luar rumah (Andayani, 2018) | 0,381 | 0,143 | 3,69 | 35 |
| Kebiasaan mencuci bahan makanan mentah (Farissa, 2018) | 0,395 | 0,116 | 4,97 | 25 |
| Riwayat kontak langsung dengan penderita (Andayani, 2018) | 0,333 | 0,119 | 3,7 | 26 |

Perhitungan besar sampel didasarkan pada uji hipotesis terhadap

OR. Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan derajat kemaknaan (CI/*Confident Interval*) 95%. Maka perhitungan besar sampel adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned}
 P1 &= \frac{OR \times P2}{(1 - P2) + (OR \times P2)} \\
 &= \frac{3,69 \times 0,143}{(1 - 0,143) + (3,69 \times 0,143)} \\
 &= \frac{0,52767}{1,38467} = 0,381 \\
 n &= \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P2(1-P2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P1(1-P1) + P2(1-P2)}]^2}{(P1 - P2)^2} \\
 &= \frac{[1,96 \sqrt{2(0,143) \times (1-0,143)} + 0,84 \sqrt{0,381(1-0,381) + 0,143(1-0,143)}]^2}{(0,381 - 0,143)^2} \\
 &= \frac{1,940449}{0,056644} = 34,25 \approx 35
 \end{aligned}$$

Dari perhitungan di atas didapatkan sampel sebesar 35 responden. Dari persamaan di atas dan didasarkan pada perhitungan, P2 dan OR hasil penelitian yang dilakukan terdahulu di mana jumlah sampel setiap variabel $\alpha = 0,05$ dengan perbandingan 1:1. Berdasarkan perhitungan, maka jumlah sampel untuk kelompok kasus sebanyak 35 responden dan untuk kelompok kontrol sebanyak 35 responden, sehingga jumlah sampel keseluruhan adalah 70 responden.

4.2.3 Kriteria Sampel

Kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil penelitian, dibedakan menjadi dua bagian yaitu inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah sebagai berikut.
 - a. Untuk kelompok kasus
 - 1) Penderita demam tifoid dengan uji widal positif dan tercatat di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun
 - b. Untuk kelompok kontrol
 - 1) Pasien lain yang tidak memiliki gejala demam tifoid
 - 2) Memeriksa diri di Puskesmas Kare Kabupaten Madiun pada rentang waktu Januari – Juli 2019

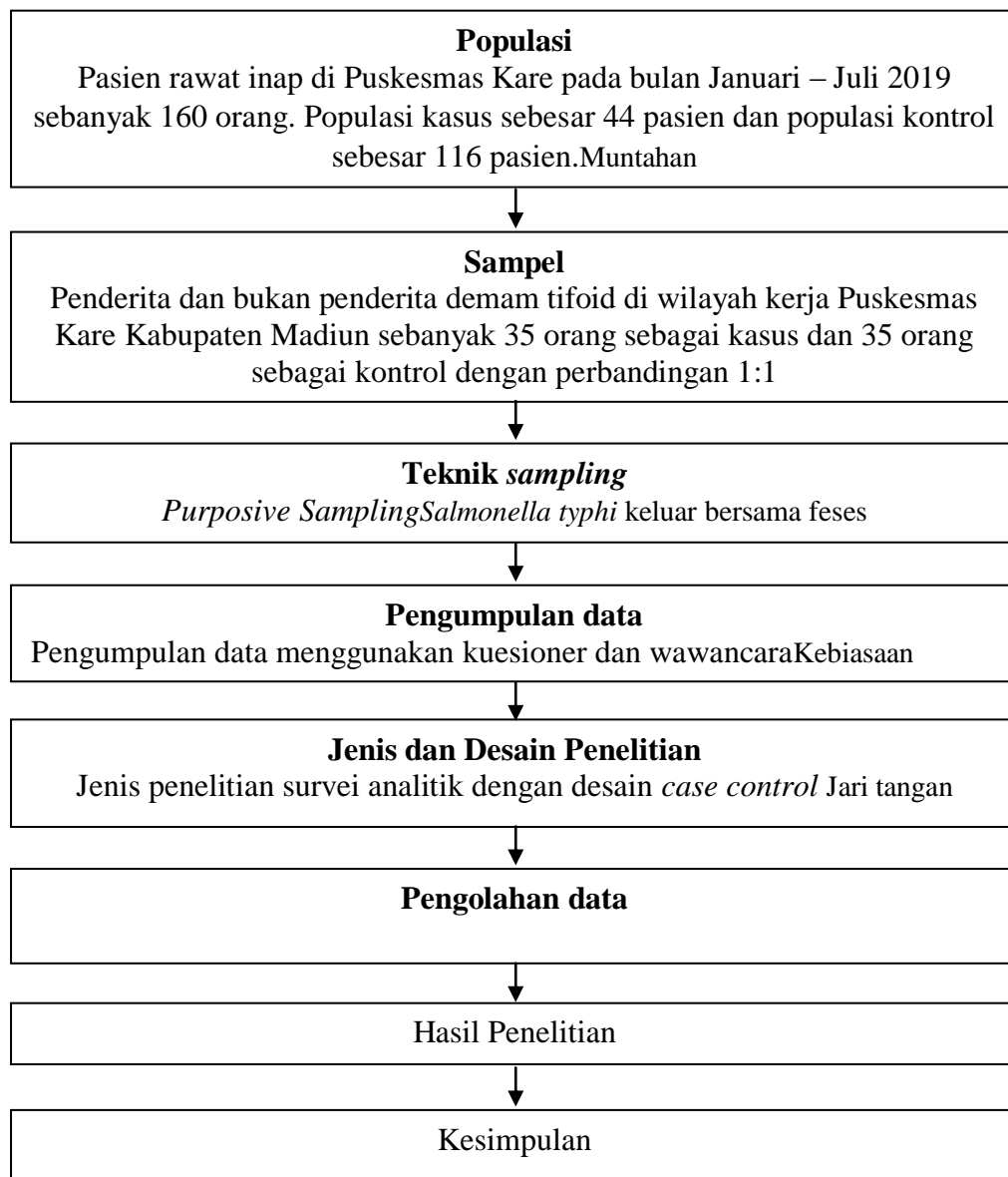
2. Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini kriteria eksklusi adalah sebagai berikut.
 - a. Untuk kelompok kasus
 - 1) Tidak berada di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun selama penelitian berlangsung
 - b. Untuk kelompok kontrol
 - 1) Tidak bisa ditemui 3x pada saat penelitian berlangsung

4.3 Teknik Sampling

Sampling adalah salah satu bagian dari proses penelitian yang mengumpulkan data dari target penelitian yang terbatas (Nursalam, 2013). Teknik sampling adalah cara atau teknik-teknik tertentu dalam mengambil sampel penelitian sehingga sampel tersebut sedapat mungkin mewakili populasinya (Notoatmodjo, 2012). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu teknik yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya, kemudian peneliti menetapkan berdasarkan pertimbangannya (Notoatmodjo, 2012).

4.4 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja adalah kegiatan penelitian yang akan dilakukan untuk mengumpulkan data yang akan diteliti untuk mencapai tujuan penelitian (Nursalam, 2013). Adapun kerangka kerja pada penelitian ini adalah sebagai berikut.



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.5.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian mengandung pengertian ukuran atau ciri-ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2012). Variabel yang digunakan dalam penelitian ini ada dua yaitu variabel bebas dan variabel terikat.

1. Variabel Bebas atau Independen

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (Sujarweni, 2014). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan makan/jajan di luar rumah, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak, dan riwayat kontak langsung penderita.

2. Variabel Terikat atau Dependen

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau akibat karena adanya variabel bebas (Sujarweni, 2014). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian demam tifoid.

4.5.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012).

Tabel 4.2 Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala data | Skor | Kriteria |
|----|--|--|---|-----------|------------|-------------------|--|
| 1. | Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan | Salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun | Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan sesuai dengan langkah mencuci tangan yaitu dengan menggunakan sabun dan air mengalir, menggosok kedua telapak tangan, sela-sela jari dan kuku. (Farissa U, 2018) | Kuesioner | Nominal | 1. Tidak 2. Ya | Melihat kuesioner yang diberikan 1. Dikatakan tidak jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $\leq 50\%$ 2. Dikatakan ya jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $> 50\%$ (Papatungan, 2016) |
| 2. | Kebiasaan mencuci tangan setelah BAB | Proses secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air untuk pencegahan penularan penyakit (Depkes, 2007). | Kebiasaan mencuci tangan setelah BAB sesuai dengan langkah mencuci tangan yaitu mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun. (Hilda N, 2016) | Kuesioner | Nominal | 1. Tidak 2. Ya | Melihat kuesioner yang diberikan 1. Dikatakan tidak jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $\leq 50\%$ 2. Dikatakan ya jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $> 50\%$ (Papatungan, 2016) |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala data | Skor | Kriteria |
|----|--|--|--|-----------|------------|-----------------------|--|
| 3. | Kebiasaan makan/jajan di luar rumah | Kebiasaan konsumsi makanan yang banyak ditemukan di pinggir jalan atau di luar rumah yang diujakan dalam bentuk, warna, rasa, ukuran tertentu sehingga menarik minat dan perhatian setiap orang untuk membelinya | 1. Frekuensi konsumsi jajan 2. Cara mengkonsumsi jajanan (Antika, 2017) | Kuesioner | Nominal | 1. Sering 2. Tidak | 1. Sering, jika responden menjawab benar dengan skor 4-7 dari pertanyaan yang diajukan 2. Tidak, jika responden menjawab benar dengan skor 1-3 pertanyaan yang diajukan (Rachmawati, 2006) |
| 4. | Kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak | Tindakan pembersihan/pencucian bahan makanan mentah sebelum dimasak | a. Tindakan responden mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak menggunakan air mengalir (Andayani, 2018). b. Tindakan responden mencuci bahan makanan mentah | Kuesioner | Nominal | 1. Tidak 2. Ya | Melihat kuesioner yang diberikan 1. Dikatakan tidak jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $\leq 50\%$ 2. Dikatakan ya jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $> 50\%$. (Papatungan, 2016) |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala data | Skor | Kriteria |
|----|--|---|--|---------------|------------|------------------------|---|
| | | | (sayur/buah) yang akan langsung dikonsumsi (Farissa U, 2018) | | | | |
| 5. | Riwayat kontak langsung dengan penderita | Perilaku responden yang pernah berhubungan atau kontak langsung dengan penderita demam tifoid | Faktor yang memungkinkan seseorang terpapar <i>Salmonella typhi</i> ditentukan oleh makanan atau minuman yang terkontaminasi ataupun dengan karier melalui kontak langsung karena risiko tertular (Honestdocs, 2019) | Kuesioner | Nominal | 1. Ya 2. Tidak | Melihat kuesioner yang diberikan 1. Dikatakan tidak jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $\leq 50\%$ 2. Dikatakan ya jika skor yang diperoleh dari jawaban responden $> 50\%$ (Paputungan, 2016) |
| 6. | Kejadian demam tifoid | Suatu penyakit yang terjadi karena adanya infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh <i>Salmonella typhi</i> | Penderita yang datang ke Puskesmas Kare dan terdiagnosa klinis menderita demam tifoid selama 5 bulan | Data sekunder | Nominal | 1. Kasus 2. Kontrol | 1. Dikatakan kasus jika terdiagnosa menderita demam tifoid dan tercatat dalam rekam medis Puskesmas Kare 2. Dikatakan kontrol |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala data | Skor | Kriteria |
|----|----------|----------------------|-----------|-----------|------------|------|---|
| | | | terakhir. | | | | jika tidak terdiagnosa menderita demam tifoid dan tercatat dalam rekam medis Puskesmas Kare |

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data, instrumen penelitian tersebut dapat berupa kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Adapun instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner, alat tulis, dan kamera. Dalam penelitian ini pengumpulan data menggunakan sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer yang digunakan adalah data rawat inap penderita demam tifoid, sedangkan lembar kuesioner digunakan untuk mendapatkan data *personal hygiene* yang meliputi: kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan makan/jajan di luar rumah, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak dan riwayat kontak langsung dengan penderita demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

4.7 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

4.7.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang sudah dibuat peneliti tersebut mampu mengukur apa yang hendak peneliti ukur, maka perlu diuji korelasi antara nilai tiap-tiap pertanyaan dengan skors total kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2012). Untuk mengukur validitas kuesioner menggunakan rumus korelasi *product moment pearson*. Hasil r hitung dibandingkan dengan

r tabel di mana jika $r\text{-hitung} > r\text{-tabel}$ atau $\text{sig } r < 0,05$ dinyatakan valid, sedangkan jika $r\text{-hitung} < r\text{-tabel}$ atau $\text{sig } r > 0,05$ maka dinyatakan tidak valid (Sujarweni, 2015).

Uji validitas kuesioner dilakukan pada penderita di Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo, karena kelompok tersebut dinilai memiliki karakteristik yang kurang lebih sama dengan sampel penelitian. Dengan menggunakan jumlah responden sebanyak 15 orang, nilai r tabel dapat diperoleh melalui tabel *product moment pearson*, dengan df (*degree of freedom*) = $15-2 = 13$, maka nilai r tabel adalah 0,441. Dari hasil *output SPSS* pada pengujian validitas dapat diketahui item pertanyaan yang valid dan tidak valid sebagai berikut:

Tabel 4.3 Data Validitas Instrumen Penelitian

| No | Variabel Pertanyaan | r hitung | r tabel | Keterangan |
|----|---------------------|----------|---------|------------|
| 1 | Pertanyaan 1 | 0,707 | 0,441 | Valid |
| 2 | Pertanyaan 2 | 0,645 | 0,441 | Valid |
| 3 | Pertanyaan 3 | 0,748 | 0,441 | Valid |
| 4 | Pertanyaan 4 | 0,748 | 0,441 | Valid |
| 5 | Pertanyaan 5 | 0,544 | 0,441 | Valid |
| 6 | Pertanyaan 6 | 0,713 | 0,441 | Valid |
| 7 | Pertanyaan 7 | 0,748 | 0,441 | Valid |
| 8 | Pertanyaan 8 | 0,713 | 0,441 | Valid |
| 9 | Pertanyaan 9 | 0,544 | 0,441 | Valid |
| 10 | Pertanyaan 10 | 0,660 | 0,441 | Valid |
| 11 | Pertanyaan 11 | 0,564 | 0,441 | Valid |
| 12 | Pertanyaan 12 | 0,564 | 0,441 | Valid |

| No | Variabel Pertanyaan | r hitung | r tabel | Keterangan |
|----|---------------------|----------|---------|------------|
| 13 | Pertanyaan 13 | 0,660 | 0,441 | Valid |
| 14 | Pertanyaan 14 | 0,581 | 0,441 | Valid |
| 15 | Pertanyaan 15 | 0,727 | 0,441 | Valid |
| 16 | Pertanyaan 16 | 0,774 | 0,441 | Valid |
| 17 | Pertanyaan 17 | 0,664 | 0,441 | Valid |
| 18 | Pertanyaan 18 | 0,664 | 0,441 | Valid |
| 19 | Pertanyaan 19 | 0,501 | 0,441 | Valid |
| 20 | Pertanyaan 20 | 0,664 | 0,441 | Valid |
| 21 | Pertanyaan 21 | 0,524 | 0,441 | Valid |

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Uji reliabilitas dapat dilihat pada nilai *cronbach alpha*, jika nilai *alpha* > 0,60 maka konstruk pernyataan yang merupakan dimensi variabel adalah reliabel (Notoatmodjo, 2012). Setelah dilakukan uji reliabilitas dengan *SPSS* didapatkan nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0,930. Dengan demikian pertanyaan dinyatakan reliabel karena $0,930 > 0,60$.

4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

Tabel 4.4 Waktu Penelitian

| No | Kegiatan | Waktu |
|----|---|-------------------------------------|
| 1 | Pengajuan Judul (ACC) | 22 Februari 2019 |
| 2 | Penyusunan dan bimbingan proposal skripsi | 14 Maret 2019 – 28 Mei 2019 |
| 3 | Ujian proposal | 22 Juni 2019 |
| 4 | Revisi proposal | 24 Juni 2019 – 23 Agustus 2019 |
| 5 | Penelitian, dan pengumpulan data | 26 Agustus 2019 – 30 Agustus 2019 |
| 6 | Penyusunan dan bimbingan skripsi | 31 Agustus – 4 September 2019 |
| 7 | Ujian skripsi | 6 September 2019 |
| 8 | Revisi | 7 September 2019 – 8 September 2019 |

4.9 Prosedur Pengumpulan Data

4.9.1 Pengumpulan Data

1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang secara langsung diambil dari obyek penelitian oleh peneliti perorangan maupun organisasi (Liawati, 2015). Data primer diperoleh langsung dari hasil kuesioner dengan cara survei langsung ke lokasi di wilayah kerja Puskesmas Kare dan melakukan wawancara dengan responden.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh lewat pihak lain, tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subyek penelitiannya (Saryono, 2011). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data jumlah pasien rawat inap yang

menderita demam tifoid yang diperoleh dari data rekam medis Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

2 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner oleh peneliti secara langsung kepada penderita demam tifoid mengenai *personal hygiene* antara lain kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan makan/jajan di luar rumah, dan kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak serta riwayat kontak langsung.

4.9.2 Pengolahan Data

Kegiatan dalam proses pengolahan data meliputi (Notoatmodjo, 2012):

1. *Editing*, yaitu memeriksa kelengkapan, kejelasan makna jawaban, konsistensi maupun kesalahan antar jawaban pada kuesioner.
2. *Coding*, yaitu memberikan kode-kode untuk memudahkan proses pengolahan data.

Tabel 4.5 *Coding* Variabel Penelitian

| No. | Variabel | Coding | Kategori | Kriteria |
|-----|--|--------|----------|-----------------------------------|
| 1. | Kebiasaan mencuci tangan sebelum makan | 1 | Tidak | Skor jawaban responden \leq 50% |
| | | 2 | Ya | Skor jawaban responden $>$ 50% |

| No. | Variabel | Coding | Kategori | Kriteria |
|-----|--|--------|----------|---|
| 2. | Kebiasaan mencuci tangan setelah BAB | 1 | Tidak | Skor jawaban responden \leq 50% |
| | | 2 | Ya | Skor jawaban responden $>$ 50% |
| 3. | Kebiasaan makan/jajan di luar rumah | 1 | Sering | Menjawab benar dengan skor 4-7 dari pertanyaan |
| | | 2 | Tidak | Menjawab benar dengan skor 1-3 pertanyaan |
| 4. | Kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak | 1 | Tidak | Skor jawaban responden \leq 50% |
| | | 2 | Ya | Skor jawaban responden $>$ 50% |
| 5. | Riwayat kontak langsung dengan penderita | 1 | Ya | Skor jawaban responden \leq 50% |
| | | 2 | Tidak | Skor jawaban responden $>$ 50% |
| 6. | Kejadian Demam Tifoid | 1 | Kasus | Kasus jika terdiagnosa menderita demam tifoid dan tercatat dalam rekam medis Puskesmas Kare |

| No. | Variabel | Coding | Kategori | Kriteria |
|-----|----------|--------|----------|---|
| | | 2 | Kontrol | Kontrol jika tidak terdiagnosa menderita demam tifoid dan tercatat dalam rekam medis Puskesmas Kare |

3. *Entry*, mengisi masing-masing jawaban dari responden dalam bentuk kode dimasukkan kedalam program atau kolom-kolom lembar kode (Notoatmodjo, 2010).
4. *Cleaning*, mengecek kembali data yang sudah dimasukkan untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, kelengkapan, dan sebagainya kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.
5. *Tabulating*, yang mengelompokkan data sesuai variabel yang akan diteliti guna memudahkan analisis data.

4.10 Analisis Data

4.10.1 Analisa Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menggambarkan masing-masing variabel

berupa kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan makan/jajan di luar rumah, dan kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak.

4.10.2 Analisa Bivariat

Data yang diperoleh akan dianalisis secara analitik untuk mengetahui hubungan antar variabel dengan menggunakan uji statistik. Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Analisis ini dilakukan untuk mengetahui hubungan yang signifikan dari kedua variabel, yaitu variabel bebas (kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan makan/jajan di luar rumah, kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak, dan riwayat kontak langsung dengan penderita) dan variabel terikat (kejadian demam tifoid) yang dianalisis dengan uji statistik *Chi Square* dan menggunakan *software* pengolahan data dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ dan taraf signifikan 95%.

Syarat Uji *Chi Square* adalah sebagai berikut:

- a. Bila dalam tabel 2 x 2 dijumpai nilai E (harapan) <5, lebih dari (20%), maka uji yang digunakan adalah *fisher exact* untuk semua variabel yang ditetapkan signifikansi derajat penolakan 5% (p-value 0,05).

- b. Bila tabel 2 x 2 tidak dijumpai nilai E (harapan) <5 lebih dari (20%) maka uji yang dipakai sebaiknya *continuity correction*.

Hasil Uji *Chi Square* hanya dapat menyimpulkan ada/tidaknya perbedaan proporsi antar kelompok atau dengan kata lain hanya dapat menyimpulkan ada/tidaknya hubungan antara dua variabel kategorik. Dengan demikian Uji *Chi Square* dapat digunakan untuk mencari hubungan dan tidak dapat untuk melihat seberapa besar hubungannya atau tidak dapat mengetahui kelompok mana yang memiliki resiko lebih besar (Sujarweni, 2015). Penentuan pemeriksaan hipotesis penelitian berdasarkan tingkat signifikansi (*p-value*) yang diperoleh dari uji *Chi-Square*, yaitu:

- a. Apabila $p\ value \leq 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga antara kedua variabel ada hubungan yang bermakna.
- b. Apabila $p > 0,05$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak, sehingga antara kedua variabel tidak ada hubungan yang bermakna.
- c. 95% CI tidak melewati angka 1 artinya berhubungan, 95% CI melewati angka 1 artinya tidak berhubungan.

Syarat *Odds Ratio*, sebagai berikut (Saryono, 2013):

- a. OR (*Odds Ratio*) < 1, artinya faktor yang diteliti merupakan faktor protektif untuk terjadinya efek.
- b. OR (*Odds Ratio*) > 1 artinya faktor yang diteliti merupakan faktor resiko.

- c. OR (*Odds Ratio*) = 1, artinya faktor yang diteliti bukan merupakan faktor resiko.

Odds Ratio dipakai untuk mencari perbandingan kemungkinan peristiwa terjadi di dalam satu kelompok dengan kemungkinan hal yang sama terjadi di kelompok lain. *Rasio odds* adalah ukuran besarnya efek dan umumnya digunakan untuk membandingkan hasil dalam uji klinik (Sujarweni, 2015).

4.11 Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan yang melibatkan Antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012).

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Confidentially* (Kerahasiaan)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan responden dan informasi yang telah dikumpulkan dijamin oleh peneliti. Data tersebut hanya disajikan dan dilaporkan kepada beberapa kelompok yang berhubungan dengan penelitian (Nursalam, 2011).

3. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Selama untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan identitas nama reponden pada lembar pengumpulan data. Peneliti hanya mencantumkan nama inisial responden. Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, sehingga tidak perlu mencantumkan nama identitas subjek (Nursalam, 2011).

BAB V

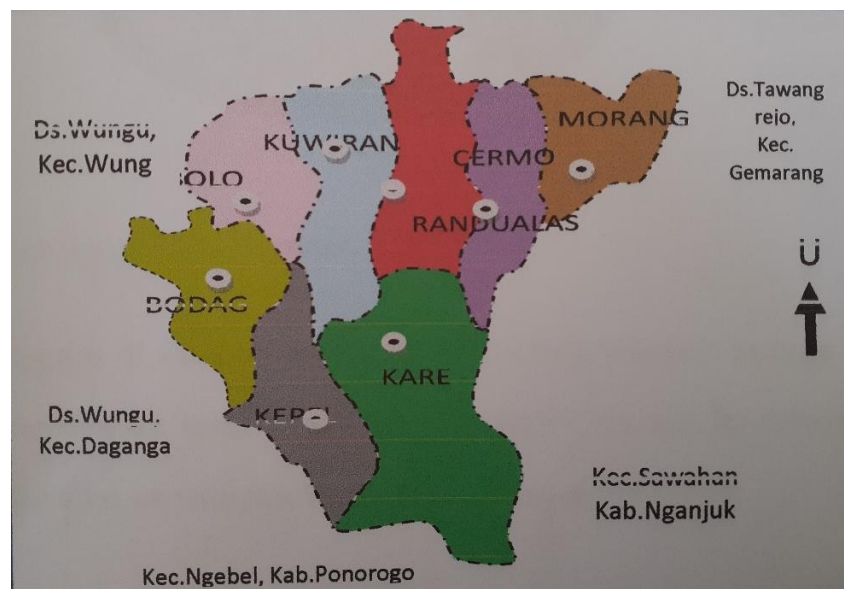
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum

A. Keadaan Geografis

Unit Pelaksana Teknis Puskesmas Kare merupakan salah satu Puskesmas Perawatan di Kabupaten Madiun. Jumlah wilayah kerjanya meliputi 8 desa, 35 dusun. Dari ke-8 desa terdapat sebuah UPT Puskesmas Kare terletak di Desa Kare, terdapat 3 Puskesmas Pembantu (Pustu Cermo, Pustu Randualas, dan Pustu Bolo), terdapat 2 Ponkesdes (Ds. Kepel, dan Ds. Bodag) dan terdapat 2 Polindes (Polindes Kuwiran dan Polindes Morang).



Gambar 5.1 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Kare

(Sumber: Profil Puskesmas Kare Kabupaten Madiun Tahun 2016)

Batas-batas Wilayah Kerja Puskesmas Kare adalah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara : Desa Tawangrejo Kec. Gemarang
2. Sebelah Barat : Desa Wungu Kec. Wungu dan Desa Wungu Kec. Dagangan
3. Sebelah Selatan : Desa Pupus Kec. Ngebel
4. Sebelah Timur : Kec. Sawahan Kab. Nganjuk

B. Kepadatan Penduduk

Jumlah penduduk di UPT Puskesmas Kare tahun 2016 adalah sebesar 30.107 jiwa dengan penduduk terbanyak terdapat di desa Kare sebanyak 6.172 jiwa, dan yang paling sedikit terdapat di desa Kuwiran sebanyak 1.352 jiwa. Desa Morang merupakan desa yang terpadat jumlah penduduknya dengan angka kepadatan 562.80 jiwa/km² dan desa terjarang adalah Kare dengan angka kepadatan 69.13 jiwa/km².

5.1.2 Hasil Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Adapun karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 5.1 sebagai berikut:

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Jenis Kelamin | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------------|------------------|-----------------------|
| Laki-laki | 29 | 41.4 |
| Perempuan | 41 | 58.6 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak mengalami demam tifoid adalah yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 41 orang (58.6%).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Adapun karakteristik responden berdasarkan umur menurut WHO dapat dilihat pada tabel 5.2 sebagai berikut:

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Umur | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------|-----------|----------------|
| 0-17 Tahun | 12 | 17.1 |
| 18-65 Tahun | 43 | 61.4 |
| 66-79 Tahun | 8 | 11.4 |
| 80-99 Tahun | 7 | 10.0 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang beresiko terkena demam tifoid berumur 18-65 tahun sebanyak 43 orang (61.4%).

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Adapun karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel 5.3 sebagai berikut:

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Pekerjaan | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----------------------|-----------|----------------|
| Tidak Bekerja/Pelajar | 26 | 37.1 |
| Buruh | 16 | 22.9 |
| Petani | 8 | 11.4 |
| Pegawai Negeri (PNS) | 7 | 10.0 |
| Pegawai Swasta | 13 | 18.6 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai pelajar atau tidak bekerja yaitu sebanyak 26 orang (37.1%) sedangkan PNS yaitu sebanyak 7 orang (10.0%) dan merupakan pekerjaan responden yang paling sedikit menderita demam tifoid.

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Adapun karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 5.4 sebagai berikut:

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Tingkat Pendidikan | Frekuensi | Persentase (%) |
|----------------------------|------------------|-----------------------|
| Dasar (SD&SMP) | 32 | 45.7 |
| Menengah (SMA/Sederajat) | 29 | 41.4 |
| Tinggi (Sarjana/Sederajat) | 9 | 12.9 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak mengalami demam tifoid adalah berpendidikan dasar tamat SD-SMP yaitu sebanyak 32 orang (45.7%).

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan

Adapun karakteristik responden berdasarkan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dapat dilihat pada tabel 5.5 sebagai berikut:

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan | Frekuensi | Persentase (%) |
|---|------------------|-----------------------|
| Ya | 41 | 58.6 |
| Tidak | 29 | 41.4 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan yaitu sebesar 58.6% atau sebanyak 41 responden dan yang sisanya adalah belum.

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB

Adapun karakteristik responden berdasarkan kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dapat dilihat pada tabel 5.6 sebagai berikut:

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB | Frekuensi | Persentase (%) |
|---|------------------|-----------------------|
| Ya | 31 | 44.3 |
| Tidak | 39 | 55.7 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB yaitu sebesar 55.7% atau sebanyak 39 responden.

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah

Adapun karakteristik responden berdasarkan kebiasaan makan/jajan di luar rumah dapat dilihat pada tabel 5.7 sebagai berikut:

Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah | Frekuensi | Persentase (%) |
|--|------------------|-----------------------|
| Sering | 44 | 62.9 |
| Tidak | 26 | 37.1 |
| Jumlah | 70 | 100.0 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kebiasaan makan/jajan di luar rumah yaitu sebesar 62.9% atau sebanyak 44 responden.

8. Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak

Adapun karakteristik responden berdasarkan kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak dapat dilihat pada tabel 5.8 sebagai berikut:

Tabel 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah | Frekuensi | Persentase (%) |
|---|------------------|-----------------------|
| Ya | 34 | 48.6 |
| Tidak | 36 | 51.4 |
| Jumlah | 70 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak yaitu sebesar 51.4% atau sebanyak 36 responden.

9. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita Demam Tifoid

Adapun karakteristik responden berdasarkan riwayat kontak langsung dengan penderita demam tifoid dapat dilihat pada tabel 5.9 sebagai berikut:

Tabel 5.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita | Frekuensi | Persentase (%) |
|---|------------------|-----------------------|
| Ya | 37 | 52.9 |
| Tidak | 33 | 47.1 |
| Jumlah | 70 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki riwayat kontak langsung dengan penderita demam tifoid yaitu sebesar 52.9% atau sebanyak 37 responden.

5.1.3 Hasil Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat ini digunakan untuk mengetahui hubungan dan besarnya *Odd Ratio* (OR) dan digunakan untuk memvariasi hubungan Antara variabel independen dan dependen dengan uji

statistic yang digunakan adalah *Chi Square* dan penentuan *Odd Ratio* (OR) dengan taraf kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan 0.05.

1. Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

Tabel 5.10 Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan dengan Kejadian Demam Tifoid

| Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan | Kejadian Demam Tifoid | | | | P- Value | OR (95% CI) |
|--|-----------------------|------------|-----------|------------|-------------|--------------------------|
| | Kasus | | Kontrol | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Tidak | 16 | 45.7 | 13 | 37.1 | 0.627 | 1.425 (0.548 – 3.704) |
| Ya | 19 | 54.3 | 22 | 62.9 | | |
| Total | 70 | 100 | 70 | 100 | | |

Sumber: Data Primer

Persentase responden yang memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan pada kelompok kontrol sebanyak 22 (62.9%) responden, lebih besar dari kelompok kasus yang hanya 19 (54.3%) responden. Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* yang telah dilakukan dilihat koreksi (*continuity correction*) dengan *P-value* 0.627 yang artinya tidak ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

2. Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

Tabel 5.11 Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB dengan Kejadian Demam Tifoid

| Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB | Kejadian Demam Tifoid | | | | P-Value | OR (95% CI) |
|--------------------------------------|-----------------------|------------|-----------|------------|---------|---------------------------|
| | Kasus | | Kontrol | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Tidak | 25 | 71.4 | 14 | 40 | 0.016 | 3.750 (1.383 – 10.169) |
| Ya | 10 | 28.6 | 21 | 60 | | |
| Total | 70 | 100 | 70 | 100 | | |

Sumber: Data Primer

Persentase responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB pada kelompok kasus sebanyak 25 (71.4%) responden, lebih besar dari kelompok kontrol yang hanya 14 (40%) responden. Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* yang telah dilakukan dilihat koreksi (*continuity correction*) dengan *P-value* 0.016 yang artinya ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Dengan nilai OR sebesar $3.750 > 1$, maka dapat disimpulkan responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB memiliki resiko 3.750 kali lebih besar menderita demam tifoid dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dengan 95% CI (1.383 – 10.169).

3. Hubungan Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

Tabel 5.12 Hubungan Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah dengan Kejadian Demam Tifoid

| Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah | Kejadian Demam Tifoid | | | | P-Value | OR (95% CI) |
|-------------------------------------|-----------------------|------------|-----------|------------|---------|------------------------|
| | Kasus | | Kontrol | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Sering | 17 | 48.6 | 27 | 77.1 | 0.026 | 0.280 (0.1 – 0.784) |
| Tidak | 18 | 51.4 | 8 | 22.9 | | |
| Total | 70 | 100 | 70 | 100 | | |

Sumber: Data Primer

Persentase responden yang memiliki kebiasaan makan/jajan di luar rumah pada kelompok kontrol sebanyak 27 (77.1%) responden, lebih besar dari kelompok kasus yang hanya 17 (48.6%) responden. Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* yang telah dilakukan dilihat koreksi (*continuity correction*) dengan *P-value* 0.026 yang artinya ada hubungan antara kebiasaan makan/jajan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Dengan nilai OR sebesar $0.280 < 1$, maka dapat disimpulkan responden yang memiliki kebiasaan makan/jajan di luar rumah memiliki resiko 0,280 kali lebih besar menderita demam tifoid dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki kebiasaan makan/jajan di luar rumah dengan 95% CI (0.1 – 0.784).

4. Hubungan Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

Tabel 5.13 Hubungan Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak dengan Kejadian Demam Tifoid

| Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak | Kejadian Demam Tifoid | | | | P- Value | OR (95% CI) |
|---|-----------------------|------------|-----------|------------|-------------|--------------------------|
| | Kasus | | Kontrol | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Tidak | 22 | 62.9 | 14 | 40 | 0.094 | 2.538 (0.969 – 6.650) |
| Ya | 13 | 37.1 | 21 | 60 | | |
| Total | 70 | 100 | 70 | 100 | | |

Sumber: Data Primer

Persentase responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak pada kelompok kasus sebanyak 22 (62.9%) responden, lebih besar dari kelompok kontrol yang hanya 14 (40%) responden. Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* yang telah dilakukan dilihat koreksi (*continuity correction*) dengan *P-value* 0.094 yang artinya tidak ada hubungan antara kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun.

5. Hubungan Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

Tabel 5.14 Hubungan Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita dengan Kejadian Demam Tifoid

| Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita | Kejadian Demam Tifoid | | | | P-Value | OR (95% CI) |
|--|-----------------------|------------|-----------|------------|---------|--------------------------|
| | Kasus | | Kontrol | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Ya | 24 | 68.6 | 13 | 37.1 | 0.017 | 3.692 (1.372 – 9.933) |
| Tidak | 11 | 31.4 | 22 | 62.9 | | |
| Total | 70 | 100 | 70 | 100 | | |

Sumber: Data Primer

Persentase responden yang memiliki riwayat kontak langsung dengan penderita pada kelompok kasus sebanyak 24 (68.6%) responden, lebih besar dari kelompok kontrol yang hanya 13 (37.1%) responden. Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* yang telah dilakukan dilihat koreksi (*continuity correction*) dengan *P-value* 0.017 yang artinya ada hubungan antara riwayat kontak langsung dengan penderita dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Dengan nilai OR sebesar $3.692 > 1$, maka dapat disimpulkan responden yang memiliki riwayat kontak langsung dengan penderita memiliki resiko 3.692 kali lebih besar menderita demam tifoid dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat kontak langsung dengan penderita dengan 95% CI (1.372 – 9.933).

5.2 Pembahasan

Berdasarkan analisis bivariat, variabel yang terbukti merupakan faktor resiko terhadap kejadian demam tifoid adalah kebiasaan mencuci tangan setelah BAB, kebiasaan makan/jajan di luar rumah, dan riwayat kontak langsung dengan penderita.

5.2.1 Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Tifoid

A. Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB

Berdasarkan analisis bivariat menggunakan uji *Chi-Square* untuk mengetahui hubungan antara variabel kebiasaan mencuci tangan setelah BAB terhadap kejadian demam tifoid diperoleh nilai $p = 0.016 < 0.05$ yang dapat diartikan bahwa ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Dengan nilai OR sebesar 3.750 dan 95%CI=1.383–10.169, maka dapat diketahui bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB mempunyai resiko 3.750 kali lebih besar menderita demam tifoid daripada responden yang memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB.

Tangan yang kotor atau terkontaminasi dapat memindahkan bakteri atau virus pathogen dari tubuh, feses atau sumber lain ke makanan. Oleh karenanya kebersihan tangan dengan mencuci tangan perlu mendapat prioritas tinggi,

walaupun hal tersebut sering disepelekan pencucian dengan sabun sebagai pembersih, penggosokkan dan pembilasan dengan air mengalir akan menghanyutkan partikel kotoran yang banyak mengandung mikroorganisme (Maghfiroh, 2016). Hasil penelitian ini selaras dengan hasil penelitian Papatungan (2016) di wilayah kerja Puskesmas Upai Kota Kotamubagu yang meneliti hubungan Antara perilaku hidup bersih dan sehat dengan kejadian demam tifoid, memperoleh hasil bahwa ada hubungan yang bermakna Antara variabel kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dengan kejadian demam tifoid ($p=0.041$).

Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini memiliki kemiripan karakteristik responden yaitu sebagian besar kejadian demam tifoid dialami oleh responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB (71.4%). Hasil penelitian di lapangan didapatkan bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB sebanyak 39 orang atau sebesar 55.7% lebih banyak jika dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan mencuci tangan setelah BAB yaitu 31 orang (44.3%). Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan responden didapatkan semua responden sudah mencuci tangan menggunakan sabun setelah buang air besar. Namun, masih banyak yang belum mengetahui cara atau langkah mencuci tangan yang baik dan benar. Hal ini

dikarenakan kurangnya pengetahuan responden dalam menjaga kebersihan diri khususnya kebersihan tangan, karena tangan merupakan salah satu media penularan penyakit demam tifoid.

B. Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ada hubungan antara makan/jajan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $p=0.026 < 0.05$ dengan nilai OR sebesar 0.280 dan $95\%CI=0.1-0.784$, maka dapat diketahui bahwa responden dengan kebiasaan makan/jajan di luar rumah mempunyai resiko 0.280 kali lebih besar daripada responden yang tidak memiliki kebiasaan makan/jajan di luar rumah.

Penelitian ini selaras dengan penelitian Alba (2016) di 3 pulau di Indonesia (Sulawesi, Kalimantan, dan Papua) yang meneliti tentang perilaku individu salah satu variabelnya adalah makan/jajan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid memperoleh hasil bahwa ada hubungan bermakna antara kebiasaan makan/jajan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid dengan $OR=6.9$ yang berarti bahwa responden yang memiliki kebiasaan makan/jajan di luar rumah mempunyai resiko 6.9 kali lebih besar terkena demam tifoid daripada responden yang tidak memiliki kebiasaan makan/jajan di luar

rumah. Penularan demam tifoid dapat terjadi ketika seseorang makan di tempat umum dan makanan tersebut disajikan oleh penderita tifus laten (tersembunyi) yang kurang menjaga kebersihan saat memasak yang mengakibatkan penularan bakteri *Salmonella typhi* pada pelanggannya (Papatungan, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian sebanyak 17 orang responden kasus (48.6%) sering makan/jajan di luar rumah karena sebagian besar responden merupakan seorang pelajar, di mana mereka sering mengkonsumsi makanan atau jajanan yang dijual di lingkungan sekolah yang belum terjamin kebersihannya. Sedangkan sebanyak 27 orang responden kontrol (77.1%) sering makan/jajan di luar rumah tetapi tidak beresiko terkena demam tifoid. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, didapatkan sebagian besar responden mempunyai kebiasaan makan di luar rumah seperti di sekolah, warung makan, dan pedagang keliling. Jenis makanan yang sering dikonsumsi beraneka ragam seperti siomay, gorengan, cilok, dan juga es kemasan. Responden lebih menyukai makanan tersebut karena harga yang terjangkau, murah dan rasanya enak serta disenangi oleh kalangan anak-anak sehingga mereka sering mengabaikan kebersihan dari makanan tersebut. Jajanan tersebut biasa dijual oleh pedagang pinggir jalan dengan keadaan terbuka sehingga dengan mudah debu dan lalat dapat hinggap. Kuman *Salmonella*

typhi yang dibawa oleh lalat dapat mencemari makanan yang dihindangi, sehingga orang mengkonsumsi makanan tersebut dapat beresiko menderita demam tifoid. Banyaknya tempat-tempat penjualan yang belum memenuhi syarat kesehatan di Indonesia seperti tingkat kebersihan yang buruk, berkontribusi terhadap peningkatan jumlah kasus demam tifoid (Purba, 2016).

C. Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ada hubungan antara riwayat kontak langsung dengan penderita demam tifoid dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $p=0.017 < 0.05$ dengan nilai OR sebesar 3.692 dan 95% CI(1.372-9.933), maka dapat diketahui bahwa riwayat kontak dengan penderita demam tifoid mempunyai resiko 3.692 kali lebih besar menderita demam tifoid daripada responden yang tidak memiliki riwayat kontak dengan penderita demam tifoid.

Riwayat penyakit demam tifoid dalam satu keluarga sangat berpengaruh karena penularan yang dialami akan melalui jalan yang sama dan resiko tertular akan semakin cepat. Seseorang mampu menjadi pembawa penyakit (*asymptomatic carrier*) demam tifoid, tanpa menunjukkan tanda gejala tetapi mampu menularkan ke orang lain. Status *carrier* dapat terjadi

setelah mendapat serangan akut. Feses penderita merupakan sumber utama bagi penularan demam tifoid (Nuruzzaman, 2016). Penelitian Javaid (2008) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor resiko demam tifoid adalah karena kurangnya pengetahuan tentang kontak langsung dengan penderita demam tifoid.

Hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa responden kasus yang memiliki riwayat kontak langsung dengan penderita demam tifoid sebanyak 24 orang (68.6%) lebih banyak dibandingkan dengan responden kasus yang tidak memiliki riwayat kontak langsung dengan penderita demam tifoid sebanyak 11 orang (31.4%). Sedangkan sebanyak 13 orang responden kontrol (37.1%) memiliki riwayat kontak langsung dengan penderita tetapi tidak beresiko terkena demam tifoid. Beberapa diantaranya dikarenakan adanya kontak antara ibu dan anak, di mana ibu merupakan orang yang mengolah makanan di rumah. Beberapa juga dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang kontak langsung dengan penderita demam tifoid.

5.2.2 Faktor yang Tidak Berhubungan dengan Kejadian Demam Tifoid

A. Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan

Berdasarkan hasil analisis bivariat yang dilakukan pada variabel bebas kebiasaan mencuci tangan sebelum makan menunjukkan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan bukan

merupakan faktor resiko kejadian demam tifoid. Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $p=0.627 > 0.05$ dengan nilai OR sebesar 1.425 95%CI(0.548-3.704), maka dapat diketahui bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan mempunyai resiko 1.425 kali lebih besar terkena demam tifoid daripada responden yang memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan.

Kebersihan diri salah satu penularan dari penyakit saluran pencernaan adalah melalui tangan yang tercemar oleh mikroorganisme yang merupakan penyebab penyakit. Mencuci tangan setelah buang air besar, mencuci tangan sebelum makan akan melindungi seseorang dari infeksi penyakit, kemudian kondisi kuku jari tangan seseorang juga mempengaruhi terjadinya demam tifoid, mencuci tangan dengan benar harus menggunakan sabun serta air yang mengalir karena menggosok sela-sela jari dan kuku dapat mencegah bakteri yang berada di kuku jari tangan. Pencucian tangan dengan sabun dan diikuti dengan pembilasan dapat menghilangkan mikroba yang terdapat pada tangan-tangan yang kotor atau terkontaminasi dapat memindahkan bakteri dan virus pathogen dari tubuh, tinja, atau sumber lain ke dalam makanan atau minuman (Rakhman, 2009).

Hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar responden kasus yang memiliki kebiasaan mencuci tangan

sebelum makan sebanyak 19 orang (54.3%) dan lainnya 45.7% tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan. Hasil penelitian dapat menggambarkan bahwa keadaan kasus dan kontrol memiliki perbedaan dan perbandingan yang cukup jelas. Di mana pada kasus dan kontrol, yang mempunyai praktik mencuci tangan sebelum makan yang baik sebanyak 41 orang (58.6%) dibandingkan dengan yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan. Dari 41 orang tersebut yang memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan terbukti menderita demam tifoid sebanyak 19 orang (54.3%), sedangkan dari 29 responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan terbukti tidak menderita menderita demam tifoid sebanyak 16 orang (45.7%).

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Pramitasari (2013) di RSUD Ungaran yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada pasien yang dirawat di RSUD Ungaran dengan nilai $OR=6.77$. Hal ini dikarenakan responden sudah banyak yang menyadari pentingnya mencuci tangan sebelum makan. Meskipun sebagian besar masih banyak yang belum mengetahui langkah mencuci tangan yang baik dan benar tetapi setidaknya mereka sudah menerapkan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir.

B. Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak

Berdasarkan hasil penelitian diketahui tidak ada hubungan antara kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak ataupun dimakan langsung dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun. Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $p=0.094 > 0.05$ dengan nilai OR sebesar 2.538 95%CI(0.969-6.650) maka dapat diketahui bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak mempunyai resiko 2.538 lebih besar menderita demam tifoid dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak. Dapat dikatakan bahwa kebiasaan mencuci bahan makanan mentah yang akan dimasak ataupun dimakan langsung bukan merupakan salah satu faktor resiko timbulnya penyakit demam tifoid.

Hal ini sejalan dengan penelitian Andayani (2018) di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak dengan kejadian demam tifoid pada pasien yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang dengan nilai $p\text{-value}=0.78$ dan OR=0.73. Hasil penelitian di lapangan diketahui bahwa sebagian besar responden belum memiliki kebiasaan mencuci bahan

makanan mentah yang baik yaitu sebesar 36 orang (51.4%) jika dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan baik sebanyak 34 orang (48.6%). Sedangkan sebanyak 14 orang responden kontrol (40%) tidak memiliki kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak akan tetapi tidak beresiko terkena demam tifoid. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan responden didapatkan masih ada sebagian yang tidak mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak atau yang akan langsung dimakan. Dalam hal ini responden sering mengkonsumsi buah seperti apel, jambu air, dan pisang. Selain itu juga mereka mengkonsumsi sayuran seperti tomat, mentimun, kubis, dan daun kemangi. Responden setelah membeli sayur dan buah tersebut biasanya langsung disimpan di lemari pendingin tanpa dicuci terlebih dahulu. Menurut mereka sayur dan buah tersebut terlihat bersih dan masih segar sehingga tidak perlu dicuci terlebih dahulu.

Bahan makanan seperti daging, ikan, telur, sayur, dan buah sebelum diolah harus dicuci terlebih dahulu. Terutama pada makanan yang akan dikonsumsi langsung atau dalam keadaan mentah. Bahan-bahan hewani biasanya masih mengandung kuman pathogen sedangkan pada buah dan sayur seringkali mengandung pestisida atau pupuk. Oleh karena itu

perlu dilakukan pencucian dengan air bersih dan mengalir (Farissa, 2018).

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang mungkin dapat mempengaruhi hasil penelitian yaitu sebagai berikut:

1. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang kemungkinan terjadi bias informasi karena jawaban responden tidak jujur. Namun peneliti mengatasi bias dengan melakukan *crosscheck* dengan tetangga responden.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan *personal hygiene* dan riwayat kontak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun yang dilakukan terhadap 70 responden di wilayah kerja Puskesmas Kare didapatkan hasil sebagai berikut

1. Karakteristik *personal hygiene*, responden menunjukkan baik sebanyak 38 orang (53.6%) dan buruk sebanyak 32 orang (46.4%).
2. Karakteristik riwayat kontak langsung dengan penderita, responden yang memiliki riwayat kontak langsung sebanyak 37 orang (52.9%) dan responden yang tidak memiliki riwayat kontak langsung sebanyak 33 orang (47.1%).
3. Karakteristik responden penderita demam tifoid, antara kasus dan kontrol bernilai sama yaitu sebanyak 35 orang (50%).
4. Tidak adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun karena nilai *p-value* 0.627, OR=1.425 (95% CI =0.548 – 3.704).
5. Adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan setelah BAB dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare

Kabupaten Madiun karena nilai *p-value* 0.016, OR=3.750 (95%CI =1.383 – 10.169).

6. Adanya hubungan antara kebiasaan makan/jajan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun karena nilai *p-value* 0.026, OR=0.280 (95%CI =0.1 – 0.784).
7. Tidak adanya hubungan antara kebiasaan mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun karena nilai *p-value* 0.094, OR=2.538 (95%CI =0.969 – 6.650).
8. Adanya hubungan antara riwayat kontak langsung dengan penderita dengan kejadian demam tifoid di wilayah kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun karena nilai *p-value* 0.017, OR=3.692 (95%CI =1.372 – 9.933).

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka peneliti dapat mengajukan saran antara lain sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Kesehatan (Puskesmas Kare)

Diharapkan dapat memberikan informasi ataupun meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya menjaga kebersihan diri dan pengetahuan tentang kontak langsung dengan penderita demam tifoid.

2. Bagi STIKES Bhakti Husada Mulia

Diharapkan institusi pendidikan dapat mempergunakan hasil penelitian ini sebagai referensi dan bahan tolak ukur untuk melakukan penelitian selanjutnya.

3. Bagi peneliti

Untuk peneliti selanjutnya masih dapat mengkaji ulang berkaitan dengan demam tifoid menggunakan variabel yang berbeda, dan desain penelitian yang lebih tepat dan tetap berpengaruh dengan kejadian demam tifoid.

DAFTAR PUSTAKA

- Addin, A. 2009. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit*. Bandung: PT. Puri Delco.
- Alba, S., Bakker, M. I., Hatta, M., Scheelbeek, P. F. D., Dwiyani, R., Usman, R., and Smits, H. L. 2016. *Risk Factors of Typhoid Infection in the Indonesian Archipelago*. PLoS ONE, 11(6):1-14
- Andini, Widya Citra. 2019. *Apa Itu Tifus (Demam Tifoid)?*. Tersedia dalam <https://helohehat.com/penyakit/tipes-demam-tifoid/> (diakses 6 April 2019).
- Arisman. 2009. *Keracunan Makanan: Buku Ajar Ilmu Gizi*. Jakarta: EGC.
- Aspina, Lepi. 2015. *Cara Penularan Penyakit Tipes*. Tersedia dalam <https://www.kompasiana.com/lepi/567e3241727e618407c49551/cara-penularan-penyakit-tipes> (diakses 6 April 2019).
- Astuti, R, D. 2006. *Hubungan Kebiasaan Makan di Pinggir Jalan dengan Penyebab Kejadian Demam Typhoid pada Pasien Dewasa yang Dirawat Inap BP RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tahun 2006*. Skripsi Universitas Indonesia, Fakultas Kedokteran.
- Batubuaya, D., Ratag, B, T., Wariki, W. 2017. *Hubungan Hygiene Perorangan dan Aspek Sosial Ekonomi Dengan Kejadian Demam Tifoid di Rumah Sakit Tk. III R. W. Mongisidi Manado*. Jurnal Media Kesehatan, 9(3): 1-8.
- Dahlan A, Aminullah A. 2007. *Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak Jilid II*. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*. Jakarta: Direktorat Jendral PP & PL.
- Depkes RI. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/MENKES/SK/V/2006 tentang Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. 2011. *Faktor-faktor Demam Typhoid*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Fardiaz, Srikandi. 2001. *Pangan dan Gizi*. Bogor: Sagung Seto.
- Fathonah, Siti. 2005. *Higiene dan Sanitasi Makanan*. Semarang: UNNES Press.


- Honestdocs. 2019. *Penyebab Tifus (Tipes) dan Cara Mencegahnya*. Tersedia dalam <https://www.honestdocs.id/penyebab-tifus-dan-cara-mencegahnya> (diakses 17 Juli 2019)
- Imah, Muslimatul Ani, dkk. 2017. *Patofisiologi Tifoid*. Kendal: Akper Muhammadiyah Kendal.
- Javaid, F., Rizwan, S., Ahmed, Z. 2008. *Risk Factors for Typhoid Fever in Children Squatter Settlements of Karachi: A Nested Case-Control Study*. *Journal of Infection and Public Health*, 1: 113-120
- Kementrian Kesehatan RI. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 365/MENKES/SK/V/2006 tentang Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. *Antisipasi Penyakit Menular Saat Banjir*. Jakarta.
- Laelawati, Ni'ma. 2016. *Hubungan Antara Faktor Sanitasi Lingkungan dan Higiene Perorangan dengan Kejadian Demam Tifoid Pada Anak Usia 5-14 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Miroto Kota Semarang*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Magfiroh, A. E., Siwiendrayanti, A. 2016. *Hubungan Cuci Tangan, Tempat Sampah, Kepemilikan SPAL, Sanitasi Makanan dengan Demam Tifoid*. *Jurnal Pena Medika*, 6(1): 34-45
- Masitoh, Dewi. 2009. *Hubungan Antara Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Sultan Hadlirin Jepara*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*.
- Musnelina, Lili, dkk. 2004. *Pola Pemberian Antibiotika Pengobatan Demam Tifoid Anak di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta*. *Makara, Kesehatan*. 8(1): 27-31.
- Nadjib, M. Bustam. 2012. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuruzzaman, H., Syahrul, F. 2016. *Analisis Resiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan Diri dan Kebiasaan Jajan di Rumah*. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(1): 74-86

- Nurvina. 2013. *Hubungan Antara Sanitasi Lingkungan, Hygiene Perorangan, dan Karakteristik Individu dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Paputungan, W., Rombot, D., dan Akili, R, H. 2016. *Hubungan Antara Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Upai Kota Kotamubagu Tahun 2015*. Jurnal Ilmiah Farmasi 5(2)
- Purba, I.E., Wandra, T., Nugrahini, N., Nawawi, S., dan Kandun, N. 2016. *Program Pengendalian Demam Tifoid di Indonesia: Tantangan dan Peluang*. Media Litbangkes, 26(2): 99-108
- Putra, A. 2012. *Hubungan Pengetahuan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Demam Typhoid Terhadap Kebiasaan Jajan di Luar Rumah*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Rakhman. 2009. *Faktor-faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam Tifoid Pada Orang Dewasa*. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Runniati, AD. 2008. *Hubungan Konsumsi Buah-buahan dan Sayuran Mentah dengan Kejadian Demam Typhoid yang di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo*. Skripsi. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Sandjaja, Dr. Bernadus. 2007. *Makanan Jajanan dan Lingkungan, Faktor Demam Typhoid*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Soedarmo SSP, Garna H, Hadinegoro SRS, Satari HI. 2008. *Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis Edisi ke-2*. Jakarta: UK Infeksi dan Pediatri Tropis Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Soedarmo, Sumarmo S. Pogewo. 2012. *Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis Edisi Ke 2*. Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Sujarweni Wiratna. 2015. *Statistik Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Sulistyaningsih. 2011. *Epidemiologi Dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sunyoto, Danang. 2012. *Teori, Kuesioner, dan Analisis Data Sumber Daya Manusia (Praktik Penelitian)*. Yogyakarta: Center of Academic Publishing Service.
- Swari, Risky Candra. 2018. *Tipes*. Terdapat dalam <https://helohehat.com/penyakit/tipes/> (diakses 6 April 2019).


- Tarwoto & Wartonah. 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi: 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ulfa, Farissa, Oktia W. 2018. *Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Pagiyanen*. Higeia 2(2)
- Widodo, J, Sudoyono AW. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V*.
- Widodo, Djoko. 2006. *Demam Tifoid dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI Jilid III*. Jakarta: IPD FKUI
- Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis*. Jakarta: Erlangga.
- Zulkoni, Akhsin. 2011. *Parasitologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1

| | | |
|--|--|--|
|  | PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DALAM NEGERI Jalan Alun – Alun Utara No. 4, ☎ (0351) 451295 MADIUN (63121) email : bakesbangpoldagri@madiunkab.go.id / bakesbangpoldagrikmadiun@gmail.com | |
| | <hr/> | |
| Madiun, 26 Pebruari 2019 | | |
| Nomor : 072/162/402.301/2019 Sifat : Biasa Lampiran : - Perihal : <u>Pengambilan Data Awal</u> | Kepada Yth. Sdr. Kadin Kesehatan Kabupaten Madiun Di - <u>MADIUN</u> | |
| <p>Menunjuk surat dari Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun, tanggal 22 Pebruari 2019, nomor : 182/STIKES/BHM/U/II/2019, perihal Permohonan Data Awal, bersama ini terlampir disampaikan dengan hormat Rekomendasi Ijin Penelitian/Survey/Kegiatan dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Dalam Negeri Kabupaten Madiun, atas nama : Diaz Hafshah Rosdiana, dengan judul : “Hubungan Personal Hygiene Dan Riwayat Kontak Dengan Kejadian Demam Tifoid”.</p> <p style="text-align: center;">Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih.</p> <p style="text-align: right; padding-right: 50px;"> an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DALAM NEGERI KABUPATEN MADIUN  Dr. ZAENAL ARAFIN Pembina Tingkat I NIP. 19630417 199203 1 006 </p> | | |
| <p><u>TEMBUSAN</u> disampaikan kepada :</p> Yth. 1. Bp. Bupati Madiun (Sebagai laporan) 2. Sdr. Kadin Kesehatan Kab. Madiun ③. Arsip (Yang bersangkutan) _____ | | |

Lampiran 2




PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DALAM NEGERI
 Jalan M.T. HARYONO ☎ (0351) 451295
C A R U B A N (63153)

| | |
|--|--|
| <p>Nomor : 072/679/402.301/2019</p> <p>Sifat : Biasa</p> <p>Lampiran : -</p> <p>Perihal : <u>Ijin Penelitian</u></p> | <p>Madiun, 26 Agustus 2019</p> <p>Kepada</p> <p>Yth. Sdr. Kepala Puskesmas Kare</p> <p>Kabupaten Madiun</p> <p>Di -</p> <p style="text-align: center;"><u>K A R E</u></p> |
|--|--|

Menunjuk surat dari Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun, tanggal 24 Agustus 2019, nomor : 091/STIKES/BHM/U/VIII/2019, perihal Permohonan Ijin Penelitian, bersama ini terlampir disampaikan dengan hormat Rekomendasi Ijin Penelitian/Survey/Kegiatan dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Dalam Negeri Kabupaten Madiun, atas nama : **Diaz Hafshah Rosdiana**, dengan judul : **“Hubungan Personal Hygiene Dan Riwayat Kontak Dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun”**.

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih.

an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA
 DAN POLITIK DALAM NEGERI
 KABUPATEN MADIUN



Drs. FAENAL ARIFIN
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19630417 199203 1 006


TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Bp. Bupati Madiun (Sebagai laporan)

2. Sdr. Kadin Kesehatan Kab. Madiun

③ Arsip (Yang bersangkutan)

Lampiran 3



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
 Kampus : Jl. Taman Praja Kec. Taman Kota Madiun Telp /Fax. (0351) 491947
 AKREDITASI BAN PT NO.383/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015
 website : www.stikes-bhm.ac.id

Nomor : 000/STIKES/BHM/U/1x/2019
 Lampiran : -
 Perihal : *Permohonan Uji Validitas & Reabilitas*

Kepada Yth :
Kepala Puskesmas Balerejo
 di -
Tempat


Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dalam rangka melengkapi data sebagai Tugas Akhir mahasiswa STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun, maka bersama ini kami mengajukan permohonan agar mahasiswa tersebut diperkenankan melakukan uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner. Adapun mahasiswa tersebut adalah :

Nama Mahasiswa : Diaz Hafshah Rosdiana
 NIM : 201503015
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Judul : Hubungan Personal Hygiene dan Riwayat Kontak dengan Kejadian Demam Tifoid

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Madiun, 24 Agustus 2019
 Ketua

Zaenal Abidin, S.KM.,M.Kes (Epid)
 NIDN. 0217097601

Lampiran 4**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

No. responden :

Nama :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta hak dan kewajiban sebagai responden. Dengan ini menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul **“Hubungan *Personal Hygiene* dan Riwayat Kontak dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun”**.

Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak lain. Saya percaya apa yang saya buat dijamin kerahasiaannya.

Madiun, Agustus 2019

Responden

(.....)

Lampiran 5

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN *PERSONAL HYGIENE* DAN RIWAYAT KONTAK DENGAN KEJADIAN DEMAM TIFOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARE KABUPATEN MADIUN

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan benar dan jujur.
2. Berilah tanda centang (√) pada kolom pertanyaan yang sesuai.
3. Setelah mengisi jawaban pada kuesioner ini, mohon diperiksa kembali agar pertanyaan yang belum terisi tidak terlewat (kosong).

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. No. Responden :
2. Kelompok : (kasus / kontrol) coret salah satu
3. Nama Responden :
4. Alamat :
5. Umur :
6. Jenis Kelamin : L / P (Lingkari Salah Satu)
7. Pendidikan Terakhir : (Lingkari Salah Satu)
 - a. Tidak sekolah/tidak tamat SD
 - b. SD/ sederajat
 - c. SLTP/ sederajat
 - d. SMA/ SMK
 - e. Akademik/ Perguruan Tinggi
8. Pekerjaan : (Lingkari Salah Satu)

| | |
|-------------------|------------------|
| a. Buruh | e. PNS |
| b. Petani | f. Tidak Bekerja |
| c. Pedagang | g. Lain-lain... |
| d. Pegawai Swasta | |

PERTANYAAN**B. KEBIASAAN MENCUCI TANGAN SEBELUM MAKAN**

| No. | Pertanyaan | Jawaban | |
|-----|--|---------|-------|
| | | Ya | Tidak |
| 1. | Apakah saudara menggunakan sabun ketika mencuci tangan? | | |
| 2. | Apakah saudara menggosok kedua telapak tangan, sela-sela jari dan kuku dengan sabun ketika mencuci tangan? | | |
| 3. | Apakah saudara mencuci tangan dengan menggunakan air yang mengalir? | | |
| 4. | Apakah saudara sering mencuci tangan sebelum makan? | | |

C. KEBIASAAN MENCUCI TANGAN SETELAH BAB

| No. | Pertanyaan | Jawaban | |
|-----|--|---------|-------|
| | | Ya | Tidak |
| 1. | Apakah saudara menggunakan sabun dan air mengalir ketika mencuci tangan? | | |
| 2. | Apakah saudara menggosok kedua telapak tangan, sela-sela jari dan kuku dengan sabun ketika mencuci tangan? | | |
| 3. | Apakah saudara mencuci tangan dengan sabun setelah BAB? | | |

D. KEBIASAAN MAKAN/JAJAN DI LUAR RUMAH

| No. | Pertanyaan | Jawaban | |
|-----|--|---------|-------|
| | | Sering | Tidak |
| 1. | Apakah saudara sering membeli makanan yang dijual di pinggir jalan? | | |
| 2. | Apakah saudara memberi gorengan yang tidak dikemas dengan tertutup di luar rumah? | | |
| 3. | Apakah saudara terbiasa memperhatikan kebersihan alat-alat yang digunakan untuk mengolah jajan? | | |
| 4. | Apakah saudara membeli makanan yang dihinggapi lalat? | | |
| 5. | Apakah saudara terbiasa tidak membawa bekal dan lebih memilih jajan saat beraktifitas di luar rumah? | | |
| 6. | Apakah saudara terbiasa sarapan pagi sebelum beraktifitas di luar rumah? | | |
| 7. | Dalam waktu seminggu, apakah anda mengkonsumsi makanan yang dimasak sendiri? | | |

E. KEBIASAAN MENCUCI BAHAN MAKANAN MENTAH SEBELUM DIMASAK

| No. | Pertanyaan | Jawaban | |
|-----|--|---------|-------|
| | | Ya | Tidak |
| 1. | Apakah saudara selalu mencuci bahan makanan mentah sebelum dimasak? | | |
| 2. | Apakah saudara mencuci bahan makanan mentah dengan air mengalir? | | |
| 3. | Ketika saudara makan sayuran mentah (lalapan), apakah sayuran tersebut dicuci sebelum dimakan? | | |
| 4. | Ketika saudara makan buah-buahan, apakah buah tersebut dicuci sebelum dimakan? | | |

F. RIWAYAT KONTAK LANGSUNG DENGAN PENDERITA

| No. | Pertanyaan | Jawaban | |
|-----|---|---------|-------|
| | | Ya | Tidak |
| 1. | Dalam 1 bulan terakhir, apakah saudara pernah menderita panas terutama pada sore/malam hari > 1 minggu disertai sakit kepala, sakit perut, sembelit atau diare? | | |
| 2. | Apakah saudara punya riwayat kontak dengan pasien tifoid? | | |
| 3. | Apakah saudara pernah melakukan perjalanan ke luar area dalam 12 bulan terakhir? | | |

Lampiran 6

Dokumentasi Penelitian



Gambar 1 Wawancara dengan Responden Kasus



Gambar 1 Wawancara dengan Responden Kasus



Gambar 3 Wawancara dengan Responden Kontrol



Gambar 4 Wawancara dengan Responden Kontrol

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .131 | .000 | .000 | .196 | .015 | | .015 | .196 | .091 | .326 | .326 | .091 | .040 | .040 | .079 | .040 | .474 | .326 | .474 | .635 | .001 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P8 | Pearson Correlation | .431 | .111 | .612 [*] | .612 [*] | .000 | 1.000 ^{**} | .612 [*] | 1 | .000 | .123 | -.111 | -.111 | .123 | .873 ^{**} | .873 ^{**} | .764 ^{**} | .873 ^{**} | .600 [*] | .167 | .600 [*] | .491 | .713 ^{**} |
| | Sig. (2-tailed) | .109 | .693 | .015 | .015 | 1.000 | .000 | .015 | | 1.000 | .662 | .693 | .693 | .662 | .000 | .000 | .001 | .000 | .018 | .553 | .018 | .063 | .003 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P9 | Pearson Correlation | .426 | .866 ^{**} | .354 | .354 | 1.000 ^{**} | .000 | .354 | .000 | 1 | .426 | .577 [*] | .577 [*] | .426 | .094 | .094 | .189 | .094 | .094 | .289 | .094 | .189 | .544 [*] |
| | Sig. (2-tailed) | .113 | .000 | .196 | .196 | .000 | 1.000 | .196 | 1.000 | | .113 | .024 | .024 | .113 | .738 | .738 | .500 | .738 | .738 | .297 | .738 | .500 | .036 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P10 | Pearson Correlation | .659 ^{**} | .492 | .452 | .452 | .426 | .123 | .452 | .123 | .426 | 1 | .739 ^{**} | .739 ^{**} | 1.000 ^{**} | .040 | .342 | .262 | .040 | .342 | .431 | .342 | .262 | .660 ^{**} |
| | Sig. (2-tailed) | .008 | .062 | .091 | .091 | .113 | .662 | .091 | .662 | .113 | | .002 | .002 | .000 | .887 | .211 | .346 | .887 | .211 | .109 | .211 | .346 | .007 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P11 | Pearson Correlation | .431 | .667 ^{**} | .272 | .272 | .577 [*] | -.111 | .272 | -.111 | .577 [*] | .739 ^{**} | 1 | 1.000 ^{**} | .739 ^{**} | -.218 | .055 | .218 | .055 | .327 | .444 | .327 | .218 | .564 [*] |
| | Sig. (2-tailed) | .109 | .007 | .326 | .326 | .024 | .693 | .326 | .693 | .024 | .002 | | .000 | .002 | .435 | .847 | .435 | .847 | .234 | .097 | .234 | .435 | .028 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P12 | Pearson Correlation | .431 | .667 ^{**} | .272 | .272 | .577 [*] | -.111 | .272 | -.111 | .577 [*] | .739 ^{**} | 1.000 ^{**} | 1 | .739 ^{**} | -.218 | .055 | .218 | .055 | .327 | .444 | .327 | .218 | .564 [*] |
| | Sig. (2-tailed) | .109 | .007 | .326 | .326 | .024 | .693 | .326 | .693 | .024 | .002 | .000 | | .002 | .435 | .847 | .435 | .847 | .234 | .097 | .234 | .435 | .028 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P13 | Pearson Correlation | .659 ^{**} | .492 | .452 | .452 | .426 | .123 | .452 | .123 | .426 | 1.000 ^{**} | .739 ^{**} | .739 ^{**} | 1 | .040 | .342 | .262 | .040 | .342 | .431 | .342 | .262 | .660 ^{**} |
| | Sig. (2-tailed) | .008 | .062 | .091 | .091 | .113 | .662 | .091 | .662 | .113 | .000 | .002 | .002 | | .887 | .211 | .346 | .887 | .211 | .109 | .211 | .346 | .007 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P14 | Pearson Correlation | .342 | -.055 | .535 [*] | .535 [*] | .094 | .873 ^{**} | .535 [*] | .873 ^{**} | .094 | .040 | -.218 | -.218 | .040 | 1 | .732 ^{**} | .607 [*] | .732 ^{**} | .464 | .055 | .464 | .339 | .581 [*] |
| | Sig. (2-tailed) | .211 | .847 | .040 | .040 | .738 | .000 | .040 | .000 | .738 | .887 | .435 | .435 | .887 | | .002 | .016 | .002 | .081 | .847 | .081 | .216 | .023 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P15 | Pearson Correlation | .645 ^{**} | .218 | .535 [*] | .535 [*] | .094 | .873 ^{**} | .535 [*] | .873 ^{**} | .094 | .342 | .055 | .055 | .342 | .732 ^{**} | 1 | .607 [*] | .732 ^{**} | .464 | .055 | .464 | .607 [*] | .727 ^{**} |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-------|---------|-------|--------|
| | Sig. (2-tailed) | .009 | .435 | .040 | .040 | .738 | .000 | .040 | .000 | .738 | .211 | .847 | .847 | .211 | .002 | | .016 | .002 | .081 | .847 | .081 | .016 | .002 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P16 | Pearson Correlation | .262 | .327 | .468 | .468 | .189 | .764** | .468 | .764** | .189 | .262 | .218 | .218 | .262 | .607* | .607* | 1 | .607* | .875** | .491 | .875** | .464 | .774** |
| | Sig. (2-tailed) | .346 | .234 | .079 | .079 | .500 | .001 | .079 | .001 | .500 | .346 | .435 | .435 | .346 | .016 | .016 | | .016 | .000 | .063 | .000 | .081 | .001 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P17 | Pearson Correlation | .342 | .218 | .535* | .535* | .094 | .873** | .535* | .873** | .094 | .040 | .055 | .055 | .040 | .732** | .732** | .607* | 1 | .464 | .055 | .464 | .607* | .664** |
| | Sig. (2-tailed) | .211 | .435 | .040 | .040 | .738 | .000 | .040 | .000 | .738 | .887 | .847 | .847 | .887 | .002 | .002 | .016 | | .081 | .847 | .081 | .016 | .007 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P18 | Pearson Correlation | .040 | .218 | .200 | .200 | .094 | .600* | .200 | .600* | .094 | .342 | .327 | .327 | .342 | .464 | .464 | .875** | .464 | 1 | .600* | 1.000** | .339 | .664** |
| | Sig. (2-tailed) | .887 | .435 | .474 | .474 | .738 | .018 | .474 | .018 | .738 | .211 | .234 | .234 | .211 | .081 | .081 | .000 | .081 | | .018 | .000 | .216 | .007 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P19 | Pearson Correlation | .123 | .389 | .272 | .272 | .289 | .167 | .272 | .167 | .289 | .431 | .444 | .444 | .431 | .055 | .055 | .491 | .055 | .600* | 1 | .600* | .055 | .501 |
| | Sig. (2-tailed) | .662 | .152 | .326 | .326 | .297 | .553 | .326 | .553 | .297 | .109 | .097 | .097 | .109 | .847 | .847 | .063 | .847 | .018 | | .018 | .847 | .057 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P20 | Pearson Correlation | .040 | .218 | .200 | .200 | .094 | .600* | .200 | .600* | .094 | .342 | .327 | .327 | .342 | .464 | .464 | .875** | .464 | 1.000** | .600* | 1 | .339 | .664** |
| | Sig. (2-tailed) | .887 | .435 | .474 | .474 | .738 | .018 | .474 | .018 | .738 | .211 | .234 | .234 | .211 | .081 | .081 | .000 | .081 | .000 | .018 | | .216 | .007 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| P21 | Pearson Correlation | .262 | .327 | .134 | .134 | .189 | .491 | .134 | .491 | .189 | .262 | .218 | .218 | .262 | .339 | .607* | .464 | .607* | .339 | | .339 | 1 | .524* |
| | Sig. (2-tailed) | .346 | .234 | .635 | .635 | .500 | .063 | .635 | .063 | .500 | .346 | .435 | .435 | .346 | .216 | .016 | .081 | .016 | .216 | .847 | .216 | | .045 |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| TOTAL | Pearson Correlation | .707** | .645** | .748** | .748** | .544* | .713** | .748** | .713** | .544* | .660** | .564* | .564* | .660** | .581* | .727** | .774** | .664** | .664** | .501 | .664** | .524* | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .003 | .009 | .001 | .001 | .036 | .003 | .001 | .003 | .036 | .007 | .028 | .028 | .007 | .023 | .002 | .001 | .007 | .007 | .057 | .007 | .045 | |
| | N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 15 | 71.4 |
| | Excluded ^a | 6 | 28.6 |
| | Total | 21 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .930 | 21 |

Lampiran 8

Tabulasi Data Kuesioner Responden

| No | Kelompok | Jenis Kelamin | Umur | Pekerjaan | Pendidikan | Kebiasaan Cuci Tangan Sebelum Makan | Kebiasaan Cuci Tangan Setelah BAB | Makan/Jajan di Luar Rumah | Kebiasaan Cuci Bahan Makanan Mentah | Riwayat Kontak Langsung |
|-----|----------|---------------|------|-----------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 2. | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 3. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 4. | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 5. | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 6. | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7. | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 8. | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 9. | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 10. | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11. | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 12. | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 13. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 14. | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 15. | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 16. | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 17. | 1 | 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 18. | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 19. | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 20. | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 21. | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22. | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 23. | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 24. | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 25. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 26. | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 27. | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 28. | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 29. | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 30. | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 31. | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 32. | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 33. | 1 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 34. | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 35. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 36. | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 37. | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 38. | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 39. | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 40. | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 41. | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 42. | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 43. | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 44. | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 45. | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 46. | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 47. | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 48. | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 49. | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 50. | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51. | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 52. | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 53. | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 54. | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 55. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 56. | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 57. | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 58. | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 59. | 2 | 1 | 4 | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 60. | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 61. | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 62. | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 63. | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 64. | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 65. | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 66. | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 67. | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 68. | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 69. | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 70. | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |

Lampiran 9

Hasil Analisis Univariat

Statistics

| | KejadianDemamTifoid | JenisKelamin | Umur | Pekerjaan | Pendidikan | CuciTanganSebelumMakan | CuciTanganSetelahBAB | MakanatauJajandiLuarRumah | CuciBahanMakananMentah | RiwayatKontakLangsung |
|---------|---------------------|--------------|------|-----------|------------|------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|
| N Valid | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

KejadianDemamTifoid

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kasus | 35 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| | Kontrol | 35 | 50.0 | 50.0 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

JenisKelamin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Laki-laki | 29 | 41.4 | 41.4 | 41.4 |
| | Perempuan | 41 | 58.6 | 58.6 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

Umur

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0-17 Tahun (di bawah umur) | 12 | 17.1 | 17.1 | 17.1 |
| | 18-65 Tahun (pemuda) | 43 | 61.4 | 61.4 | 78.6 |
| | 66-79 Tahun (setengah baya) | 8 | 11.4 | 11.4 | 90.0 |
| | 80-99 Tahun (orangtua) | 7 | 10.0 | 10.0 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

Pekerjaan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak Bekerja/Pelajar | 26 | 37.1 | 37.1 | 37.1 |
| | Buruh | 16 | 22.9 | 22.9 | 60.0 |
| | Petani | 8 | 11.4 | 11.4 | 71.4 |
| | Pegawai Negeri (PNS) | 7 | 10.0 | 10.0 | 81.4 |
| | Pegawai Swasta | 13 | 18.6 | 18.6 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Dasar (SD&SMP) | 32 | 45.7 | 45.7 | 45.7 |
| | Menengah (SMA/Sederajat) | 29 | 41.4 | 41.4 | 87.1 |
| | Tinggi (Sarjana/Sederajat) | 9 | 12.9 | 12.9 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

CuciTanganSebelumMakan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak | 29 | 41.4 | 41.4 | 41.4 |
| | Ya | 41 | 58.6 | 58.6 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

CuciTanganSetelahBAB

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak | 39 | 55.7 | 55.7 | 55.7 |
| | Ya | 31 | 44.3 | 44.3 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

MakanatauJajandiLuarRumah

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sering | 44 | 62.9 | 62.9 | 62.9 |
| | Tidak | 26 | 37.1 | 37.1 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

CuciBahanMakananMentah

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak | 36 | 51.4 | 51.4 | 51.4 |
| | Ya | 34 | 48.6 | 48.6 | 100.0 |
| | Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

RiwayatKontakLangsung

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ya | 37 | 52.9 | 52.9 | 52.9 |
| Tidak | 33 | 47.1 | 47.1 | 100.0 |
| Total | 70 | 100.0 | 100.0 | |

Lampiran 10

Hasil Analisis Uji Bivariat

A. Kebiasaan Mencuci Tangan Sebelum Makan

CuciTanganSebelumMakan * Kelompok Crosstabulation

| | | | Kelompok | | Total |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|---------|--------|
| | | | Kasus | Kontrol | |
| CuciTanganSebelumMakan | Tidak | Count | 16 | 13 | 29 |
| | | Expected Count | 14.5 | 14.5 | 29.0 |
| | | % within CuciTanganSebelumMakan | 55.2% | 44.8% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 45.7% | 37.1% | 41.4% |
| | Ya | Count | 19 | 22 | 41 |
| | | Expected Count | 20.5 | 20.5 | 41.0 |
| | | % within CuciTanganSebelumMakan | 46.3% | 53.7% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 54.3% | 62.9% | 58.6% |
| Total | Count | 35 | 35 | 70 | |
| | Expected Count | 35.0 | 35.0 | 70.0 | |
| | % within CuciTanganSebelumMakan | 50.0% | 50.0% | 100.0% | |
| | % within Kelompok | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .530 ^a | 1 | .467 | | |
| Continuity Correction ^d | .235 | 1 | .627 | | |
| Likelihood Ratio | .531 | 1 | .466 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .628 | .314 |
| Linear-by-Linear Association | .522 | 1 | .470 | | |
| N of Valid Cases ^b | 70 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for CuciTanganSebelumMakan (Tidak / Ya) | 1.425 | .548 | 3.704 |
| For cohort Kelompok = Kasus | 1.191 | .748 | 1.895 |
| For cohort Kelompok = Kontrol | .835 | .510 | 1.369 |
| N of Valid Cases | 70 | | |

B. Kebiasaan Mencuci Tangan Setelah BAB

CuciTanganSetelahBAB * Kelompok Crosstabulation

| | | | Kelompok | | Total |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|---------|--------|
| | | | Kasus | Kontrol | |
| CuciTanganSetelahBAB | Tidak | Count | 25 | 14 | 39 |
| | | Expected Count | 19.5 | 19.5 | 39.0 |
| | | % within CuciTanganSetelahBAB | 64.1% | 35.9% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 71.4% | 40.0% | 55.7% |
| | Ya | Count | 10 | 21 | 31 |
| | | Expected Count | 15.5 | 15.5 | 31.0 |
| | | % within CuciTanganSetelahBAB | 32.3% | 67.7% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 28.6% | 60.0% | 44.3% |
| Total | Count | 35 | 35 | 70 | |
| | Expected Count | 35.0 | 35.0 | 70.0 | |
| | % within CuciTanganSetelahBAB | 50.0% | 50.0% | 100.0% | |
| | % within Kelompok | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 7.006 ^a | 1 | .008 | | |
| Continuity Correction ^b | 5.790 | 1 | .016 | | |
| Likelihood Ratio | 7.135 | 1 | .008 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .015 | .008 |
| Linear-by-Linear Association | 6.906 | 1 | .009 | | |
| N of Valid Cases ^b | 70 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|--------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for CuciTanganSetelahBAB (Tidak / Ya) | 3.750 | 1.383 | 10.169 |
| For cohort Kelompok = Kasus | 1.987 | 1.133 | 3.484 |
| For cohort Kelompok = Kontrol | .530 | .326 | .860 |
| N of Valid Cases | 70 | | |

C. Kebiasaan Makan/Jajan di Luar Rumah

Crosstab

| | | Kelompok | | Total | |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------|--------|--------|
| | | Kasus | Kontrol | | |
| MakanatauJajandiLuarRumah | Sering | Count | 17 | 27 | 44 |
| | | Expected Count | 22.0 | 22.0 | 44.0 |
| | | % within MakanatauJajandiLuarRumah | 38.6% | 61.4% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 48.6% | 77.1% | 62.9% |
| | Tidak | Count | 18 | 8 | 26 |
| | | Expected Count | 13.0 | 13.0 | 26.0 |
| | | % within MakanatauJajandiLuarRumah | 69.2% | 30.8% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 51.4% | 22.9% | 37.1% |
| Total | Count | 35 | 35 | 70 | |
| | Expected Count | 35.0 | 35.0 | 70.0 | |
| | % within MakanatauJajandiLuarRumah | 50.0% | 50.0% | 100.0% | |
| | % within Kelompok | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6.119 ^a | 1 | .013 | | |
| Continuity Correction ^b | 4.956 | 1 | .026 | | |
| Likelihood Ratio | 6.240 | 1 | .012 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .025 | .013 |
| Linear-by-Linear Association | 6.031 | 1 | .014 | | |
| N of Valid Cases ^d | 70 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for MakanatauJajandiLuarRumahan (Sering / Tidak) | .280 | .100 | .784 |
| For cohort Kelompok = Kasus | .558 | .355 | .877 |
| For cohort Kelompok = Kontrol | 1.994 | 1.070 | 3.716 |
| N of Valid Cases | 70 | | |

D. Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah Sebelum Dimasak

CuciBahanMakananMentah * Kelompok Crosstabulation

| | | Kelompok | | Total | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|--------|--------|
| | | Kasus | Kontrol | | |
| CuciBahanMakananMentah | Tidak | Count | 22 | 14 | 36 |
| | | Expected Count | 18.0 | 18.0 | 36.0 |
| | | % within CuciBahanMakananMentah | 61.1% | 38.9% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 62.9% | 40.0% | 51.4% |
| | Ya | Count | 13 | 21 | 34 |
| | | Expected Count | 17.0 | 17.0 | 34.0 |
| | | % within CuciBahanMakananMentah | 38.2% | 61.8% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 37.1% | 60.0% | 48.6% |
| Total | Count | 35 | 35 | 70 | |
| | Expected Count | 35.0 | 35.0 | 70.0 | |
| | % within CuciBahanMakananMentah | 50.0% | 50.0% | 100.0% | |
| | % within Kelompok | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.660 ^a | 1 | .056 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.802 | 1 | .094 | | |
| Likelihood Ratio | 3.693 | 1 | .055 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .093 | .047 |
| Linear-by-Linear Association | 3.608 | 1 | .058 | | |
| N of Valid Cases ^d | 70 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for CuciBahanMakananMentah (Tidak / Ya) | 2.538 | .969 | 6.650 |
| For cohort Kelompok = Kasus | 1.598 | .969 | 2.636 |
| For cohort Kelompok = Kontrol | .630 | .387 | 1.025 |
| N of Valid Cases | 70 | | |

E. Riwayat Kontak Langsung dengan Penderita

RiwayatKontakLangsung * Kelompok Crosstabulation

| | | | Kelompok | | Total |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|---------|--------|
| | | | Kasus | Kontrol | |
| RiwayatKontakLangsung | Ya | Count | 24 | 14 | 38 |
| | | Expected Count | 19.0 | 19.0 | 38.0 |
| | | % within RiwayatKontakLangsung | 63.2% | 36.8% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 68.6% | 40.0% | 54.3% |
| | Tidak | Count | 11 | 21 | 32 |
| | | Expected Count | 16.0 | 16.0 | 32.0 |
| | | % within RiwayatKontakLangsung | 34.4% | 65.6% | 100.0% |
| | | % within Kelompok | 31.4% | 60.0% | 45.7% |
| Total | Count | 35 | 35 | 70 | |
| | Expected Count | 35.0 | 35.0 | 70.0 | |
| | % within RiwayatKontakLangsung | 50.0% | 50.0% | 100.0% | |
| | % within Kelompok | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5.757 ^a | 1 | .016 | | |
| Continuity Correction ^d | 4.663 | 1 | .031 | | |
| Likelihood Ratio | 5.841 | 1 | .016 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .030 | .015 |
| Linear-by-Linear Association | 5.674 | 1 | .017 | | |
| N of Valid Cases ^b | 70 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for RiwayatKontakLangsung (Ya / Tidak) | 3.273 | 1.224 | 8.748 |
| For cohort Kelompok = Kasus | 1.837 | 1.074 | 3.143 |
| For cohort Kelompok = Kontrol | .561 | .345 | .913 |
| N of Valid Cases | 70 | | |

Lampiran 11

Form Bimbingan Skripsi

Nama Mahasiswa : DIAZ HAESHAH R
 NIM : 201503015
 Judul : HUBUNGAN PERKUALIFIKASI DAN RUMAH TANGKAP DEWASA KESADARAN FISIKAL
 Pembimbing 1 : RUSKA PATINDHARTI SKM, M.Kes
 Pembimbing 2 : ANICENA SAKUNA SICM, M.Kes

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

■■■■ PRODI S1 KESEHATAN MASYARAKAT ■■■■

| PEMBIMBING 1 | | | | | PEMBIMBING 2 | | | | |
|--------------|---------------|---|-----------------------|-----|--------------|---------------|------------------------------------|------------------|-------------|
| NO | TANGGAL | TOPIK / BAB | HASIL KONSULTASI | Ttd | NO | TANGGAL | TOPIK / BAB | HASIL KONSULTASI | Ttd |
| 1 | 12 Feb 2019 | | Hasil judul | ☑ | 1 | 22/2/19 | | ACC judul | [Signature] |
| 2 | 14 Maret 2019 | Kontent bab 1 dan skema | revisi | ☑ | 2 | 20/3/19 | Bab 1, 2 dan 3 + Kerangka Berpikir | [Signature] | [Signature] |
| 3 | 21 Maret 2019 | konsep solusi & ada data krg vp & data | revisi bab 1 | ☑ | 3 | 4 April 2019 | Revisi Bab 1 | [Signature] | [Signature] |
| 4 | 25 Maret 2019 | Bab 2 → f. teori dan ada | lanjut bab 2 | ☑ | 4 | 10 April 2019 | Revisi Bab 1 | [Signature] | [Signature] |
| 5 | 5 April 2019 | Bab 2 Sistematisasi/teori Personal hygiene & lanjut bab 3 | lanjut bab 3 | ☑ | 5 | 18/4/2019 | lanjut bab 9 + kerangka teori | [Signature] | [Signature] |
| 6 | 10 April 2019 | Revisi k. konsep | lanjut bab 3 | ☑ | 6 | 30/4/2019 | lanjut bab 3 | [Signature] | [Signature] |
| 7 | 16 Mei 2019 | Definisi Operasional | revisi + lanjut bab 3 | ☑ | 7 | 11/5/2019 | revisi bab II H&T | [Signature] | [Signature] |
| 8 | 22 Mei 2019 | Simpulan | revisi | ☑ | 8 | 17/5/2019 | lanjut bab 10 | [Signature] | [Signature] |
| | | Acc | | ☑ | 9 | 23/5/2019 | revisi bab 9 | [Signature] | [Signature] |
| | | | | | 10 | 28/5/19 | ACC Simpulan | [Signature] | [Signature] |
| | | | | | 11 | 4/6/19 | ACC Semas | [Signature] | [Signature] |

| NO | TANGGAL | TOPIK / BAB | HASIL KONSULTASI | Ttd |
|----|---------|-------------|------------------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |


| NO | TANGGAL | TOPIK / BAB | HASIL KONSULTASI | Ttd |
|----|---------|-------------|------------------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Kaprosdi Kesehatan Masyarakat
 [Signature]


Lampiran 12 Lembar Persetujuan Perbaikan Skripsi

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SKRIPSI PRODI KESEHATAN MASYARAKAT STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN

Nama Mahasiswa : Diaz Hafshah Rosdiana
 NIM : 201503015
 Judul : Hubungan *Personal Hygiene* dan Riwayat Kontak dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Kare Kabupaten Madiun

| No | BAB/SUB BAB | HAL YANG DIREVISI | PENGUJI |
|----|------------------------------------|--|--|
| 1 | BAB 4 BAB 5 BAB 6 | 1. Perbaikan Abstrak 1. Perbaikan Tabel Waktu Penelitian 1. Perbaikan Hasil Analisis Univariat 2. Perbaikan Pembahasan 3. Perbaikan Keterbatasan Penelitian 1. Perbaikan Kesimpulan | Ketua Dewan Penguji  <u>Hanifah Ardiani, S.KM., M.KM</u> NIS. 20160136 |
| 2 | BAB 5 BAB 6 | 1. Perbaikan Abstrak 1. Perbaikan Pembahasan 1. Perbaikan Saran | Penguji 1  <u>Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes</u> NIDN. 0711037803 |
| 3 | BAB 4 BAB 5 Lampiran | 1. Perbaikan Tabel Waktu Penelitian 1. Perbaikan Keterbatasan Penelitian 1. Perbaikan Tabulasi Data Kuesioner | Penguji 2  <u>Avicena Sakufa M., S.KM., M.Kes</u> NIS. 20150114 |

Madiun, 12 September 2019
 Ketua Prodi Kesehatan Masyarakat


Avicena Sakufa Marsanti, S.KM., M.Kes
 NIS. 201550114

