

**GAMBARAN KEBIASAAN MENCUCI TANGAN DAN KEBIASAAN
KONSUMSI MAKANAN DILUAR PADA ANAK DENGAN
RIWAYAT DEMAM TYPHOID DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUARA JAWA**

SKRIPSI



Oleh :

**DAMARIS MANIK
NIM : B21739818001**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

**GAMBARAN KEBIASAAN MENCUCI TANGAN DAN KEBIASAAN
KONSUMSI MAKANAN DILUAR PADA ANAK DENGAN
RIWAYAT DEMAM TYPHOID DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MUARA JAWA**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi S.1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada
Samarinda



**DAMARIS MANIK
NIM : B21739818001**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN KEBIASAAN MENCUCI TANGAN DAN KEBIASAAN KONSUMSI
MAKANAN DILUAR PADA ANAK DENGAN RIWAYAT DEMAM
TYPOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA JAWA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

DAMARIS MANIK
NIM. B21739818001

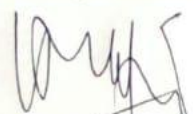
Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 29 Juli 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

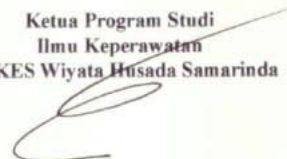
1. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S (.....)
NIK. 113072.88.17.096
2. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.82.06.009
3. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Kom (.....)
NIK. 113072.82.09.024
4. Ns. Aries Abivoga, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.86.18.128

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Damaris Manik
NIM : B21739818001
Program Studi : Ilmu Keperawatan S1 Keperawatan STIKES
Wiyata Husada Samarinda
Judul Penelitian : Gambaran Kebiasaan Mencuci Tangan dan
Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar Pada
Anak Dengan Riwayat Demam *Typhoid* di
Wilayah Kerja Puskesmas Muara Jawa

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, Juli 2019
Yang membuat pernyataan,

Damaris Manik
NIM. B21739818001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kebiasaan Mencuci Tangan dan Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar Pada Anak Dengan Riwayat Demam *Typhoid* di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Jawa”.

Penyusunan skripsi merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan S-I Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

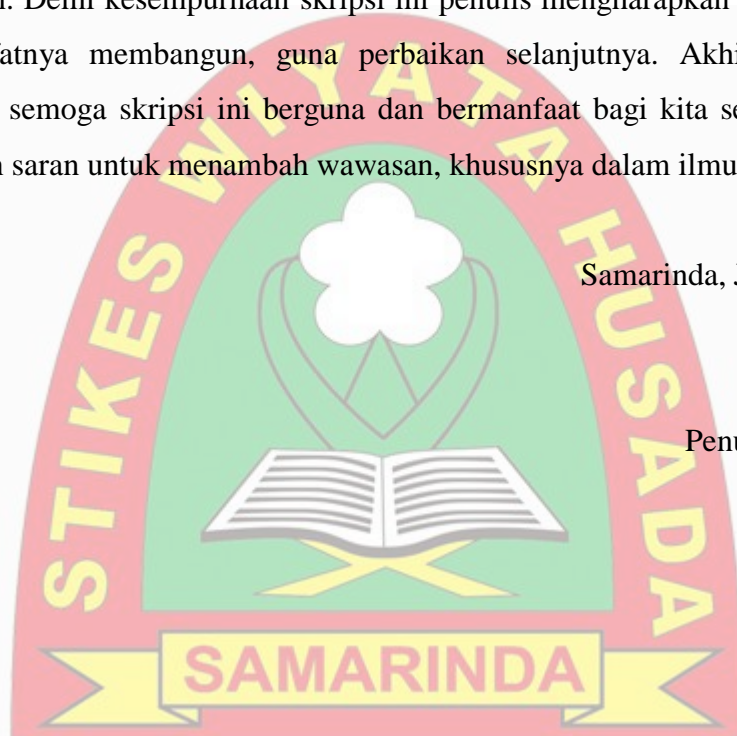
1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Ns. Siti Mukaromah, M.Kep selaku dosen Pembimbing I yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Ns. Aries Abiyoga, M.Kep selaku Pembimbing II yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, M.S selaku Penguji I dan Ibu Ns. Sumiati Sinaga, M.Kep selaku Penguji II yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini.
7. Kepala Puskesmas Muara Jawa, atas kesempatan yang telah diberikan untuk memberikan izin tempat penelitian.
8. Dosen dan Staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing penulis selama diperkuliahan.

9. Keluarga yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta do'a dan kasih sayangnya selama ini kepada penulis.
10. Seluruh rekan-rekan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritiknya dalam penulisan skripsi ini.
11. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Demi kesempurnaan skripsi ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan saran untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.

Samarinda, Juli 2019

Penulis



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Damaris Manik
NIM : B21739818001
Program Studi : Ilmu Keperawatan S1 Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Gambaran Kebiasaan Mencuci Tangan dan Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar Pada Anak Dengan Riwayat Demam *Typhoid* di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Jawa

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Juli 2019
Yang membuat pernyataan,

Damaris Manik
NIM. B21739818001

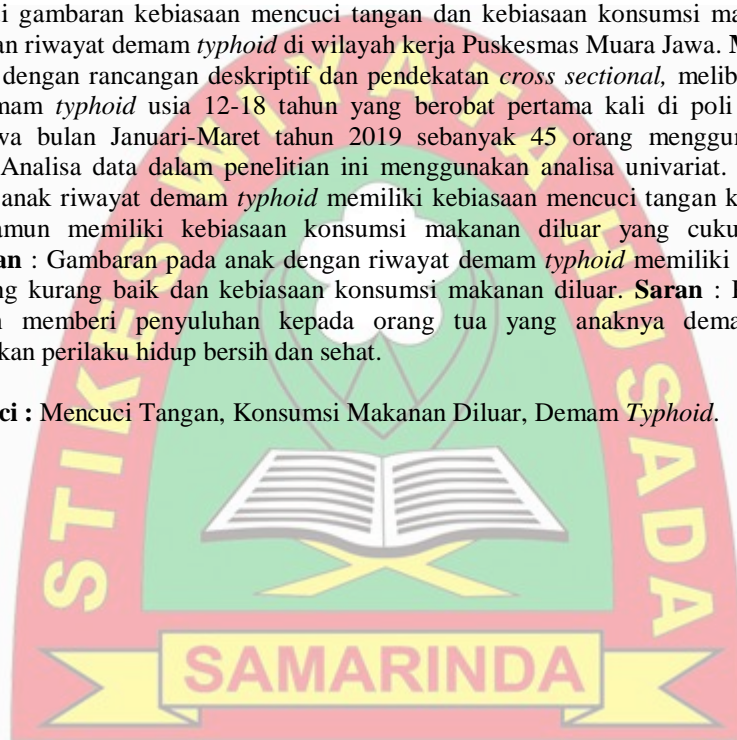
ABSTRAK

GAMBARAN KEBIASAAN MENCUCI TANGAN DAN KEBIASAAN KONSUMSI MAKANAN DILUAR PADA ANAK DENGAN RIWAYAT DEMAM TYPHOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA JAWA

Damaris Manik¹, Siti Mukaromah², Aries Abiyoga³

Latar Belakang : Demam *typhoid* merupakan penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *salmonella typhi*. Berdasarkan data yang diperoleh di Puskesmas Muara Jawa diketahui kejadian demam *typhoid* selama 6 bulan terakhir yaitu September 2018 sampai Februari 2019 terus mengalami peningkatan. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi demam *typhoid* diantaranya kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar. **Tujuan :** Untuk mengetahui gambaran kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa. **Metode :** Penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif dan pendekatan *cross sectional*, melibatkan sampel yaitu pasien demam *typhoid* usia 12-18 tahun yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 sebanyak 45 orang menggunakan teknik *total sampling*. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat. **Hasil Penelitian :** Mayoritas anak riwayat demam *typhoid* memiliki kebiasaan mencuci tangan kurang baik sebesar 51,1%, namun memiliki kebiasaan konsumsi makanan diluar yang cukup sebesar 51,1%. **Kesimpulan :** Gambaran pada anak dengan riwayat demam *typhoid* memiliki kebiasaan mencuci tangan yang kurang baik dan kebiasaan konsumsi makanan diluar. **Saran :** Petugas Puskesmas diharapkan memberi penyuluhan kepada orang tua yang anaknya demam *typhoid* untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Kata Kunci : Mencuci Tangan, Konsumsi Makanan Diluar, Demam *Typhoid*.



¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

^{2,3} Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

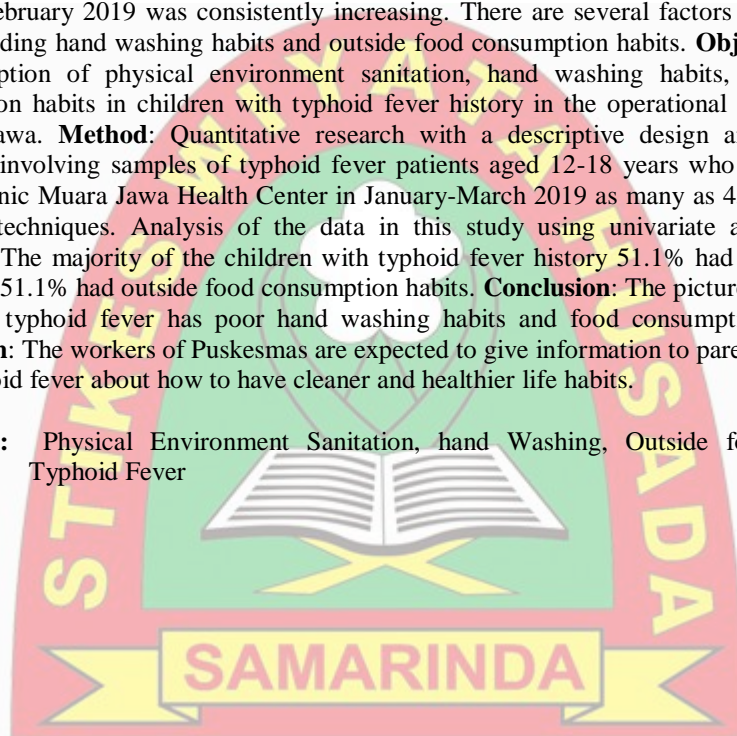
ABSTRACT

A DESCRIPTION OF HAND WASHING HABITS AND OUTSIDE FOOD CONSUMPTION HABITS IN CHILDREN WITH TYPHOID FEVER HISTORY IN THE OPERATIONAL AREA OF PUSKESMAS MUARA JAWA

Damaris Manik³, Siti Mukaromah⁴, Aries Abiyoga³

Background: Typhoid fever or typhus abdominals is an acute inflectional disease occurring in digestive system caused by salmonella typhi. Based on the data obtained from Puskesmas Muara Jawa, it was found that the occurrence of typhoid fever for the last six months, from September 2018 to February 2019 was consistently increasing. There are several factors that affect typhoid fever including hand washing habits and outside food consumption habits. **Objective:** To find out the description of physical environment sanitation, hand washing habits, and outside food consumption habits in children with typhoid fever history in the operational area of Puskesmas Muara Jawa. **Method:** Quantitative research with a descriptive design and cross sectional approach, involving samples of typhoid fever patients aged 12-18 years who first treated at the general clinic Muara Jawa Health Center in January-March 2019 as many as 45 people used total sampling techniques. Analysis of the data in this study using univariate analysis. **Research Findings:** The majority of the children with typhoid fever history 51.1% had bad hand washing habits and 51.1% had outside food consumption habits. **Conclusion:** The picture in children with a history of typhoid fever has poor hand washing habits and food consumption habits outside. **Suggestion:** The workers of Puskesmas are expected to give information to parents whose children have typhoid fever about how to have cleaner and healthier life habits.

Keywords: Physical Environment Sanitation, hand Washing, Outside food Consumption, Typhoid Fever



³ Student of Nursing Program, Institute of Health Sciences Wiyata Husada Samarinda

^{2,3} Lecturer of Nursing Program, Institute of Health Sciences Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	8
1. Demam <i>Tifoid</i>	8
2. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam <i>Tifoid</i>	22
3. Kebiasaan Mencuci Tangan	35
4. Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	37
5. Teori Keperawatan Demam <i>Tifoid</i>	38
B. Kerangka Teori Penelitian	42
C. Kerangka Konsep Penelitian	43
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	44
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	44
C. Populasi dan Sampel	44
D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional	45
E. Alat Pengumpulan Data	46
F. Uji Instrumen	47
G. Teknik Pengumpulan Data	49
H. Teknik Analisis Data	51
I. Etika Penelitian	52
J. Alur Penelitian	54

BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil Penelitian.....	55
	B. Pembahasan.....	62
	C. Keterbatasan Penelitian.....	66
BAB V	PENUTUP	
	A. Kesimpulan.....	67
	B. Saran.....	67
	DAFTAR PUSTAKA	69
	LAMPIRAN	73



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	45
Tabel 3.2. Kisi-Kisi Kuesioner Kebiasaan Mencuci Tangan.....	46
Tabel 3.3. Kisi-Kisi Kuesioner Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar.....	47
Tabel 3.4. Uji Normalitas Variabel Kebiasaan Mencuci Tangan dan Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar.....	51



DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. Kerangka Teori <i>Health Beliefs Model</i>	41
Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian	42
Skema 2.3. Kerangka Konsep Penelitian.....	43
Skema 3.1. Alur Penelitian	54



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden
- Lampiran 3. Kuesioner
- Lampiran 4. Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 5. Rekapitulasi Data Penelitian
- Lampiran 6. Hasil SPSS



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Pasal 28H Undang-undang Dasar 1945). Kesehatan adalah suatu sesuatu yang sangat kompleks yang saling berkaitan dengan masalah lain diluar kesehatan itu sendiri. Pemecahan masalah kesehatan masyarakat, tidak hanya dilihat dari segi kesehatannya sendiri, tetapi harus dilihat dari seluruh segi yang ada pengaruhnya terhadap masalah kesehatan. Banyak faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, baik kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat (Salis, 2016).

Pembangunan bidang kesehatan di Indonesia saat ini mempunyai beban ganda. Penyakit infeksi dan menular masih memerlukan perhatian besar seperti penyakit karena perilaku tidak sehat. Kemajuan transportasi dan komunikasi, membuat penyakit dapat berpindah dari satu daerah atau negara ke negara lain dalam waktu yang relatif singkat serta tidak mengenal batas wilayah administrasi (Murwati, 2013).

Salah satu penyakit menular tersebut yaitu demam *typhoid*. Demam *typhoid* atau *typhus abdominalis* merupakan penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *salmonella typhi* (Zulkoni, 2011 dalam Eunike, 2015). Demam *typhoid* masih dijumpai secara luas di berbagai negara berkembang yang terutama terletak di daerah tropis dan subtropis. Penyakit ini juga merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting karena penyebarannya berkaitan erat dengan urbanisasi, kepadatan penduduk, kesehatan lingkungan, sumber air dan sanitasi yang buruk serta standar hygiene industri pengolahan makanan yang masih rendah (Simanjuntak, 2009).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2010, memperkirakan terdapat sekitar 17 juta kasus demam typhoid di seluruh dunia dengan insidensi 600.000 kasus kematian tiap tahun. Insidens rate demam typhoid di Asia Selatan dan Tenggara termasuk China pada tahun 2010 rata-

rata 1.000 per 100.000 penduduk per tahun (Edi, 2018). Penyakit menular ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah kasus sebanyak 22 juta per tahun di dunia dan menyebabkan 216.000–600.000 kematian, studi yang dilakukan di daerah urban di beberapa negara Asia pada anak usia 5–15 tahun menunjukkan bahwa insidensi dengan biakan darah positif mencapai 180–194 per 100.000 anak, di Asia Selatan pada usia 5–15 tahun sebesar 400–500 per 100.000 penduduk, di Asia Tenggara 100–200 per 100.000 penduduk, dan di Asia Timur Laut kurang dari 100 kasus per 100.000 penduduk (Ivan, 2016).

Indonesia merupakan negara kepulauan terletak di kawasan *Asia Tenggara*, dengan angka penderita demam typhoid menurut WHO mencapai 81% per 100.000 penduduk (Depkes RI, 2013). Profil Kesehatan Indonesia tahun 2011, demam *typhoid* menempati urutan ketiga dari 10 penyakit terbanyak pasien rawat inap di rumah sakit tahun 2010 yaitu sebanyak 41.081 kasus, yang meninggal 274 orang dengan *case fatality rate* sebesar 0,67% (Depkes RI, 2013). Adapun rata-rata angka kesakitan demam *typhoid* di Indonesia sebesar 180-494/100.000 penduduk untuk anak umur 5 – 15 tahun dan 149-573/100.000 penduduk untuk umur lebih dari 16 tahun, yang berarti orang dewasa pun rentan mengalami kasus demam *typhoid* (Hedimo, 2013 dalam Evita, 2016). Secara umum insiden demam typhoid dilaporkan 75% didapatkan pada umur kurang dari 30 tahun. Pada anak-anak biasanya diatas 1 tahun dan terbanyak di atas 5 tahun (Edi, 2018).

Kalimantan Timur sebagai salah satu Provinsi di Indonesia memiliki kasus demam *typhoid* cukup tinggi, dimana tahun 2016 sebesar 8.317 kasus, tahun 2017 sebesar 7.136 kasus dan tahun 2018 sebesar 6.676 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2017). Kabupaten Kutai Kartanegara terletak di Provinsi Kalimantan Timur dengan angka kejadian demam *typhoid* tahun 2016 sebesar 1.247 kasus, tahun 2017 sebesar 1.070 kasus dan tahun 2018 sebesar 1.001 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara, 2018).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/SK/V/2006 tentang Pedoman Pengendalian Demam Typhoid

faktor risiko yang berhubungan dengan demam *typhoid*, diantaranya personal hygiene dan sanitasi lingkungan fisik. Personal hygiene yang rendah, seperti budaya cuci tangan yang tidak terbiasa dan higiene makanan dan minuman yang rendah diantaranya makanan yang tercemar dengan debu, sampah, dihindangi lalat, air minum yang tidak dimasak, dan sebagainya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dahlan (2014) menunjukkan bahwa ada hubungan sanitasi lingkungan fisik dengan kejadian demam typhoid di wilayah kerja puskesmas Lambur Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Haslinda (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bernakna antara kebiasaan konsumsi makanan diluar terhadap kejadian demam *typhoid*. Hasil penelitian Awa (2019) menunjukkan bahwa adanya hubungan kebiasaan mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun dengan kejadian demam thypoid pada orang dewasa di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo.

Berdasarkan data yang diperoleh di Puskesmas Muara Jawa diketahui demam *typhoid* pada tahun 2018 merupakan penyakit dengan peringkat nomor 9 dari 20 penyakit terbanyak berjumlah 506 orang, dengan kejadian demam *typhoid* selama 6 bulan terakhir yaitu September 2018 terdapat 49 orang, meningkat di bulan Oktober 2018 menjadi 56 orang, bulan November 2018 menurun menjadi 37 orang dan kembali meningkat bulan Desember 2018 berjumlah 51 orang, bulan Januari 2019 juga mengalami peningkatan berjumlah 71 orang dan menurun di bulan Februari 2019 berjumlah 49 orang (Data Puskesmas Muara Jawa, 2019).

Adapun kejadian demam *typhoid* dengan satu kali kunjungan pada bulan januari - Maret 2019 berjumlah 102 orang yang. Jumlah kunjungan berdasarkan kelompok anak usia sekolah (12-18 tahun) adalah 45 orang, kelompok umur ≥ 18 tahun berjumlah 43 orang. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian demam typhoid di wilayah kerja puskesmas Muara Jawa lebih banyak terjadi pada anak usia sekolah (Data Puskesmas Muara Jawa, 2019).

Studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa pada bulan Februari (2019) pada 10 (sepuluh) anak usia 12-18 tahun yang menderita demam *typhoid* diketahui bahwa ada 8 (delapan) anak yang mengatakan sering

membeli jajanan dipinggir jalan yang kurang terjaga kebersihannya seperti makanan terkena debu karena tidak ditutupi dan terdapat lalat yang hinggap di makanan. Selain itu, mereka juga jarang mencuci tangan yang baik dan benar setelah beraktivitas seperti menggunakan sabun, terkadang mereka hanya menggunakan air mengalir saja.

Demam *typhoid* akan berbahaya jika tidak ditangani secara baik dan benar, sehingga menyebabkan kematian. Komplikasi yang disebabkan demam *typhoid* adalah perdarahan dan perforasi usus. Kejadian demam *typhoid* pada anak juga dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak. Kondisi ini termasuk gawat darurat medis dan dapat mengancam nyawa. Itu sebabnya orang yang mengalami komplikasi tipes perlu mendapatkan penanganan medis segera (Swari, 2017).

Berdasarkan fenomena diatas, maka perlu dilakukan kajian lebih lanjut tentang “Gambaran Kebiasaan Mencuci Tangan dan Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar Pada Anak Dengan Riwayat Demam *Typhoid* di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Jawa”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Bagaimana kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui kebiasaan mencuci tangan pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

- b. Untuk mengetahui kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Sebagai bahan masukan bagi akademik dalam upaya penyebaran informasi mengenai penyakit demam *typhoid* pada anak.
- b. Merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan, pengetahuan, dan pengalaman peneliti dalam tugas dan pekerjaan.
- c. Meningkatkan kemampuan peneliti dalam menganalisa faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit demam *typhoid* pada anak.
- d. Sebagai persyaratan bagi peneliti untuk mengikuti proses penyelesaian tugas akhir program pendidikan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan informasi kepada Dinas Kesehatan dalam mengambil kebijakan-kebijakan untuk menurunkan angka kejadian demam *typhoid* pada anak di tiap Puskesmas.

b. Bagi Puskesmas Muara Jawa

- 1) Sebagai masukan dalam penetapan kebijaksanaan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu.
- 2) Untuk meningkatkan informasi yang dihasilkan oleh rekam medis.

c. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi bagi masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri pribadi agar tidak mudah terkena penyakit serta meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi atau acuan untuk di hubungkan dalam penelitian selanjutnya.

E. Penelitian Terkait

Dalam penelitian ini peneliti mengambil bahan pembelajaran dan masukan sebagai bahan pembanding dalam menyelesaikan penulisan ini dari berbagai hasil karya tulis dari mahasiswa-mahasiswa yang telah menyelesaikan skripsinya, yang dijelaskan berikut ini :

1. Marta (2018) mengenai Hubungan Sanitasi Lingkungan dan Faktor Budaya dengan kejadian *demam thypoid* di wilayah kerja Puskesmas Lambur Kabupaten Tanjung Lambung. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian yang diolah pada penelitian ini adalah pasien usia 5-15 tahun yang berobat di poli umum Puskesmas Temindung Kota Samarinda berjumlah 40 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*, sehingga sampel yaitu seluruh populasi. Analisis data menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian ada hubungan kebiasaan makan jajanan dengan kejadian demam *tifoid* pada pasien di Puskesmas Temindung (hasil *p value* : $0,027 < \alpha : 0,05$) dan ada hubungan kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian demam *tifoid* pada pasien di Puskesmas Temindung (hasil *p value* : $0,039 < \alpha : 0,05$). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu mengangkat variabel dependen yaitu kejadian demam *typhoid*, variabel independen kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian sekarang yaitu penelitian terdahulu berbeda dari segi jumlah sampel dan lokasi.
2. Haslinda (2016) mengenai hubungan *Personal Hygiene* dan Kebiasaan Jajan Terhadap Kejadian Demam *Typhoid* Pada Anak. Metode penelitian menggunakan survey analitik dengan pendekatan *case control*. Hasil penelitian ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian demam *typhoid* ($p=0,021$, $OR=0,248$) sedangkan untuk kebiasaan jajan ($p=0,015$, $OR= 0,206$) yang artinya ada hubungan kebiasaan jajan dengan kejadian demam *typhoid*. Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu mengangkat variabel dependen yaitu kejadian demam *typhoid*, variabel independen kebiasaan kajan dan jenis penelitian *case control*.

Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian sekarang yaitu penelitian terdahulu variabel independen juga mengangkat *Personal Hygiene*, sedangkan penelitian sekarang mengangkat tentang sanitasi lingkungan fisik dan kebiasaan mencuci tangan, serta berbeda dari segi, jenis penelitian, jumlah sampel dan lokasi.

3. Maria Ernawati Dona Awa (2019) mengenai hubungan kebiasaan mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun dengan kejadian demam thypoid pada orang dewasa di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kebiasaan mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun dengan kejadian demam thypoid pada orang dewasa di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo. Desain penelitian menggunakan desain korelasi dengan pendekatan *cohort retrospektif*. Populasi penelitian ini sebanyak 123 responden, sampel 47 kelompok kasus dan 47 kelompok kontrol, pengambilan sampel menggunakan simple random sampling. Penelitian ini menggunakan data rekam medik dan menggunakan kuesioner sebagai instrumen. Penelitian ini menggunakan uji statistikfisher exact. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan kebiasaan mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun dengan kejadian demam thypoid pada orang dewasa di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo dengan p-value 0,000 ($p\text{-value} \leq 0,005$). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu mengangkat variabel dependen yaitu kejadian demam *typhoid*, variabel independen kebiasaan mencuci tangan. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian sekarang yaitu penelitian sekarang juga mengangkat tentang sanitasi lingkungan fisik dan kebiasaan konsumsi makanan diluar, serta berbeda dari segi, jenis penelitian, jumlah sampel dan lokasi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Demam *Tifoid*

a. Definsi Demam Tifoid

Penyakit demam tifoid merupakan infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam lebih dari satu minggu, mengakibatkan gangguan pencernaan dan dapat menurunkan tingkat kesadaran (Rahmatillah et al., 2015). Demam tifoid adalah suatu penyakit infeksi sistemik yang bersifat akut. Penyakit ini disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Gejala klinis dari demam tifoid yaitu demam berkepanjangan, bakterimia, serta invasi bakteri sekaligus multiplikasi ke dalam sel-sel fagosit mononuklear dari hati, limpa, kelenjar limfe, usus dan peyer's patch (Soedarmo et al., 2008 dalam Evita, 2016).

Demam tifoid adalah suatu penyakit infeksi sistemik bersifat akut yang di sebabkan oleh *Salmonella Typhi*. Penyakit ini di tandai oleh panas berkepanjangan, di topan dengan bakteremia tanpa keterlibatan struktur endotelial atau endokardial dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi ke dalam sel fagosit mononuklear dari hati, limpa, kelenjar limfe usus dan *peyer's patch* (Sumarmo dkk dalam Evita, 2016).

Demam tifoid atau *typhoid fever* ialah suatu sindrom sistemik terutama disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Demam tifoid merupakan jenis terbanyak dari salmonellosis. Jenis lain dari demam enterik adalah demam paratifoid yang disebabkan oleh *S. paratyphi A*, *S. schottmuelleri* (semula *S. paratyphi B*) dan *S. hirschfeldii* (semula *S. paratyphi C*). Demam Typhoid memperlihatkan gejala lebih berat dibandingkan demam enterik yang lain (Widagdo, 2011 dalam Hidayati, 2016).

Penyebab utama dari penyakit ini adalah mikroorganisme *Salmonella Typhosa* dan *Salmonella Typhi*, A, B, dan C.

Mikroorganisme ini banyak terdapat di kotoran, tinja manusia dan makanan atau minuman yang terkena mikroorganisme yang di bawa oleh lalat. Sebenarnya sumber utama dari penyakit ini adalah lingkungan yang kotor dan tidak sehat. Tidak seperti virus yang dapat beterbangan di udara, mikroorganisme ini hidup di sanitasi yang buruk seperti lingkungan kumuh, makanan dan minuman yang tidak higienis Manifestas Klinik (Wulansari dalam Ramaningrum, 2016).

Menurut WHO, gejala demam *tifoid* sering kali muncul setelah 1 sampai 3 minggu terpapar mulai dari tingkat sedang hingga parah. Gejala klasik yang muncul mulai dari demam tinggi, malas, sakit kepala, konstipasi atau diare, *Rose-Spot* pada dada dan *Hepatosplenomegali*. *Rose spot* adalah suatu ruam makulopapular yang berwarna merah dengan ukuran 1 sampai 5 mm, sering kali di jumpai pada daerah abdomen, thoraks, ekstremitas dan punggung pada orang kulit putih, tetapi tidak pernah di laporkan di temukan pada anak Indonesia. Ruam ini muncul pada hari ke 7 sampai 10 dan bertahan selama 2 sampai 3 hari (Soedarmo dkk dalam Evita, 2016).

Periode inkubasi demam tifoid pada anak antara 5 sampai 40 hari dengan rata-rata 10 sampai 14 hari. Gejala klinis ringan tidak memerlukan perawatan, sedangkan gejala klinis berat harus di rawat. Anak mengalami demam tinggi pada sore hingga malam hari dan turun pada pagi hari. Banyak penderita demam tifoid yang di akibatkan kurang masukan cairan dan makanan. Penyakit demam tifoid ini bisa menyerang saat kuman tersebut masuk melalui makanan atau minuman, sehingga terjadi infeksi saluran pencernaan yaitu usus halus dan melalui peredaran darah, kuman sampai di organ tubuh terutama hati dan limpa, kemudian berkembang biak dalam hati dan limpa yang menyebabkan rasa nyeri saat diraba (Widagdo, 2011 dalam Hidayati, 2016).

b. Epidemiologi

Beberapa negara sudah menjalankan imunisasi tifoid sesuai rekomendasi *World Health Organization* (WHO) sehingga sulit

menentukan prevalens penyakit tersebut di dunia. Beberapa sistem surveilans untuk kasus demam tifoid di negara berkembang sangat terbatas, terutama di tingkat komunitas, sehingga prevalens penyakit yang sesungguhnya sangat sulit diperoleh. Data surveilans yang tersedia menunjukkan bahwa pada tahun 2000, estimasi penyakit adalah sebanyak 21.650.974 kasus, kematian terjadi pada 216.510 kasus tifoid dan 5.412.744 pada penyakit paratifoid. Data tersebut diekstrapolasi dari beberapa penelitian sehingga dapat kurang tepat, apalagi karena pemeriksaan penunjang diagnosis yang tidak akurat. Manifestasi gejala klinis demam tifoid dan derajat beratnya penyakit bervariasi pada populasi yang berbeda. Sebagian besar pasien yang dirawat di rumah sakit (RS) dengan demam tifoid berusia 5-25 tahun. Namun, beberapa penelitian di komunitas menunjukkan bahwa demam tifoid dapat terjadi pada usia kurang dari 5 tahun dengan gejala non-spesifik yang secara klinis tidak tampak seperti tifoid (Hadinegoro, dkk, 2012).

Demam tifoid merupakan penyakit demam yang sering ditemukan di negara berkembang. Pemberian antibiotik menyebabkan perubahan gejala klinis demam tifoid sehingga gejala demam klasik yang meningkat secara perlahan seperti *step ladder* dan toksisitas jarang ditemukan. Namun resistensi antimikroba sering menyebabkan gejala penyakit menjadi berat dan terjadi komplikasi. Banyak faktor yang mempengaruhi derajat beratnya penyakit dan gejala klinis infeksi, yaitu lamanya penyakit sebelum diberikan antimikroba yang tepat, pemilihan antimikroba, umur pasien, riwayat imunisasi, virulensi strain bakteri, jumlah kuantitas inokulum yang tertelan, dan beberapa faktor dari status imun pejamu. Setelah seorang terinfeksi *S. typhi*, periode asimtomatik berlangsung 7 sampai 14 (kisaran 3-60) hari. Awitan bakteremia ditandai gejala demam dan malaise. Pasien pada umumnya datang ke RS menjelang akhir minggu pertama setelah terjadi gejala demam, gejala mirip influenza, nyeri kepala, *anoreksia*, *nausea*, nyeri perut, batuk kering dan mialgia. Lidah kotor, nyeri

abdomen, diare, hepatomegali dan splenomegali sering ditemukan. *Bradikardia* relatif dan konstipasi dapat ditemukan pada demam tifoid, namun bukan gejala yang konsisten ditemukan di beberapa daerah geografis lainnya. Demam akan meningkat secara progresif dan pada minggu kedua, demam seringkali tinggi dan menetap (39-40 derajat celsius) (Hidayati, 2016).

Umur menderit tifoid di Indonesia (daerah endemis) di laporkan antara 3 sampai 19 tahun mencapai 91% kasus. Angka yang kurang lebih sama juga di laporkan dari Amerika Selatan. *Salmonella Typhi* dapat hidup dalam tubuh manusia (manusia sebagai natural *reservoir*). Manusia yang terinfeksi *Salmonella Typhi* dapat mengeksresikanya melalui sekret saluran nafas, urin dan tinja dalam jangka waktu yang sangat bervariasi. *Salmonella Typhi* yang berada di luar 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 pada *raw sewage* (bahan sampah), dan mudah di matikan dengan klorinasi dan pasteurisasi (temperatur 63⁰C). Terjadinya penularan *Salmonella Typhi* sebagian besar melalui minuman atau makanan yang tercemar oleh mikroorganisme yang berasal dari penderita atau pembawa mikroorganisme biasanya keluar bersama-sama dengan tinja. Dapat juga terjadi transmisi transplasental dari seorang ibu hamil yang berada dalam bakteremia ke pada bayinya, pernah di laporkan pula transmisi *oro fekal* dari seorang ibu pembawa mikroorganisme pada saat proses kelahirannya kepada bayinya dan sumber mikroorganisme berasal dari labolatorium peneliti (Sumarmo dkk dalam Evita, 2016).

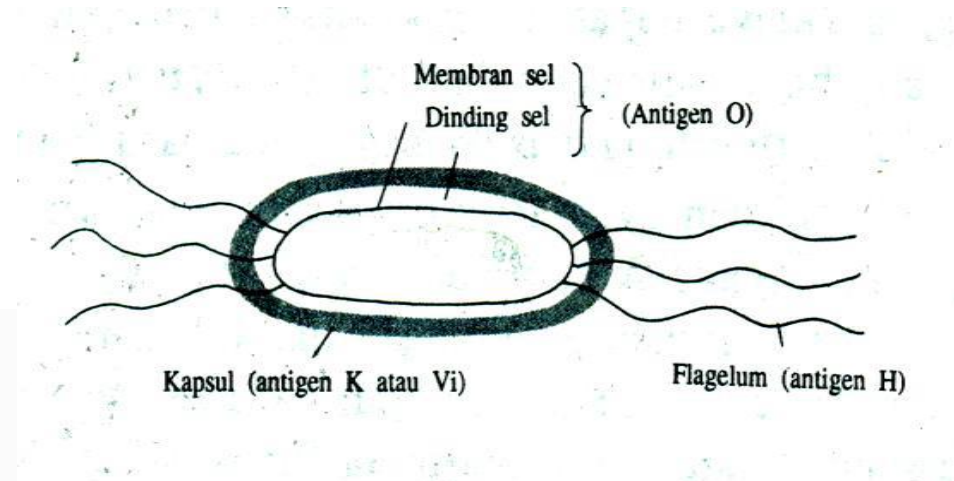
Beberapa *rose spot*, *lesi makulopapular* dengan diameter sekitar 2-4 mm, dilaporkan pada 5%-30% kasus yang tampak terutama pada abdomen dan dada. Komplikasi terjadi pada 10%-15% kasus yang menderit penyakit lebih dari 2 minggu. Komplikasi yang sering terjadi adalah perforasi saluran cerna (10%) dan ensefalopati tifoid (10-40%). Oleh karena itu, pemeriksaan diagnostik baru memegang

peran penting untuk mengetahui insidens kasus demam tifoid di suatu negara dan program jadwal imunisasi disesuaikan dengan prevalens penyakit di negara masing-masing. Perkembangan alat uji diagnostik untuk demam tifoid yang murah dapat dipercaya dapat memberi manfaat jangka panjang dalam mengendalikan dan mengobati penyakit tersebut (Hadinegoro, dkk, 2012).

c. Etiologi

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella Typhi*. Bakteri *Salmonella Typhi* berbentuk batang, gram negatif, tidak berspora, motil, berflagel, berkapsul, tumbuh dengan baik pada suhu optimal 37°C, bersifat fakultatif anaerob dan hidup subur pada media yang mengandung empedu. Isolat kuman *Salmonella Typhi* memiliki sifat-sifat gerak positif, reaksi fermentasi terhadap manitol dan sorbitol positif, sedangkan hasil negatif pada reaksi indol, fenilalanin deaminase, urease dan DNase. Bakteri *Salmonella Typhi* memiliki beberapa komponen antigen antara lain antigen dinding sel (O) yang merupakan lipopolisakarida dan bersifat spesifik grup. Antigen flagella (H) yang merupakan komponen protein berada dalam flagella dan bersifat spesifik spesies. Antigen virulen (Vi) merupakan polisakarida dan berada di kapsul yang melindungi seluruh permukaan sel. Antigen ini menghambat proses aglutinasi antigen O oleh anti O serum dan melindungi antigen O dari proses fagositosis. Antigen Vi berhubungan dengan daya invasif bakteri dan efektivitas vaksin. *Salmonella Typhi* menghasilkan endotoksin yang merupakan bagian terluar dari dinding sel, terdiri dari antigen O yang sudah dilepaskan, lipopolisakarida dan lipid A. Antibodi O, H dan Vi akan membentuk antibodi agglutinin di dalam tubuh. Sedangkan, *Outer Membran Protein* (OMP) pada *Salmonella Typhi* merupakan bagian terluar yang terletak di luar membran sitoplasma dan lapisan peptidoglikan yang membatasi sel dengan lingkungan sekitarnya. OMP sebagian besar terdiri dari protein purin, berperan pada patogenesis demam tifoid dan antigen yang

penting dalam mekanisme respon imun host. OMP berfungsi sebagai barier mengendalikan masuknya zat dan cairan ke membran sitoplasma selain itu berfungsi sebagai reseptor untuk bakteriofag dan bakteriosin (Innesa, 2013).



Gambar 2.1. *S. Typhi* dan Antigen Eksternal

Penyakit tifoid bisa menyerang saat bakteri tersebut masuk melalui makanan atau minuman, sehingga terjadi infeksi saluran pencernaan yaitu usus halus. Kemudian mengikuti peredaran darah, bakteri ini mencapai hati dan limpa sehingga berkembang biak disana yang menyebabkan rasa nyeri saat diraba. Gejala klinik demam tifoid pada anak biasanya memberikan gambaran klinis yang ringan bahkan dapat tanpa gejala (asimtomatik). Secara garis besar, tanda dan gejala yang ditimbulkan menurut Sumarmo dkk dalam Evita (2016). antara lain:

- 1) Demam lebih dari seminggu. Siang hari biasanya terlihat segar namun menjelang malamnya demam tinggi.
- 2) Lidah kotor. Bagian tengah berwarna putih dan pinggirnya merah. Biasanya anak akan merasa lidahnya pahit dan cenderung ingin makan yang asam-asam atau pedas.
- 3) Mual Berat sampai muntah. Bakteri *Salmonella typhi* berkembang biak di hati dan limpa, Akibatnya terjadi pembengkakan dan akhirnya menekan lambung sehingga terjadi rasa mual.

Dikarenakan mual yang berlebihan, akhirnya makanan tak bisa masuk secara sempurna dan biasanya keluar lagi lewat mulut.

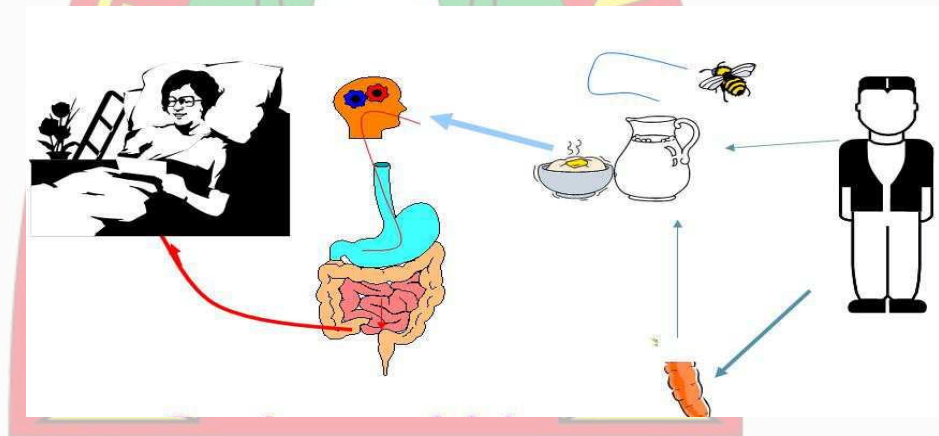
- 4) Diare atau Menceret. Sifat bakteri yang menyerang saluran cerna menyebabkan gangguan penyerapan cairan yang akhirnya terjadi diare, namun dalam beberapa kasus justru terjadi konstipasi (sulit buang air besar).
- 5) Lemas, pusing, dan sakit perut. Demam yang tinggi menimbulkan rasa lemas, pusing. Terjadinya pembengkakan hati dan limpa menimbulkan rasa sakit di perut.

Beberapa gejala klinis yang sering pada tifoid diantaranya setelah 7-14 hari tanpa keluhan atau gejala, dapat muncul keluhan atau gejala yang bervariasi mulai dari yang ringan dengan demam yang tidak tinggi, malaise, dan batuk kering sampai dengan gejala yang berat dengan demam yang berangsur makin tinggi setiap harinya, rasa tidak nyaman di perut, serta beraneka ragam keluhan lainnya. Gejala yang biasanya dijumpai adalah demam sore hari dengan serangkaian keluhan klinis, seperti anoreksia, mialgia, nyeri abdomen, dan obstipasi. Dapat disertai dengan lidah kotor, nyeri tekan perut, dan pembengkakan pada stadium lebih lanjut dari hati atau limpa atau kedua-duanya (Nelwan, 2012).

d. Patofisiologi

Demam (pireksia) adalah keadaan suhu tubuh di atas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus yang dipengaruhi oleh IL-1. Pengaturan suhu pada keadaan sehat atau demam merupakan keseimbangan antara produksi dan pelepasan panas. Demam merupakan bagian dari respon fase akut terhadap berbagai rangsangan infeksi, luka atau trauma, seperti halnya letargi, berkurangnya nafsu makan dan minum yang dapat menyebabkan dehidrasi, sulit tidur, hipozinkemia, sintesis protein fase akut dan lain-lain. Berbagai laporan penelitian memperlihatkan bahwa peningkatan suhu tubuh berhubungan langsung dengan tingkat sitokin pirogen yang diproduksi untuk mengatasi berbagai rangsang, terutama infeksi.

Demam dikenal sebagai mekanisme yang boros energi (setiap kenaikan suhu 1°C akan meningkatkan laju metabolisme sekitar 10%). Pirogen adalah suatu zat yang menyebabkan demam, terdapat dua jenis yaitu pirogen eksogen dan endogen. Rangsangan eksogen seperti endotoksin dan eksotoksin menginduksi leukosit untuk memproduksi pirogen endogen dan yang poten diantaranya adalah IL-1 dan TNF α . Pirogen endogen ini bekerja di daerah sistem syaraf pusat pada tingkat Organum Vasculosum Laminae Terminalis (OVLT). Sebagai respon terhadap sitokin tersebut maka pada OVLT terjadi sintesis prostaglandin, terutama prostaglandin-E2 yang bekerja melalui metabolisme asam arakhidonat jalur siklooksigenase 2 (COX-2). Prostaglandin ini bekerja secara langsung pada sel nuklear preoptik dengan hasil peningkatan suhu tubuh berupa demam (Inneke dalam Ramaningrum, 2016).



Gambar 2.2. Penularan Penyakit Tifoid

Adapun penyebaran *typhoid* menurut Sudoyo dkk dalam Evita (2016), dijelaskan sebagai berikut :

1) Makanan dan minuman

Lalat itu mengkontaminasi makanan, minuman, sayuran, maupun buah-buahan segar. Saat kuman masuk ke saluran pencernaan manusia, sebagian kuman mati oleh asam lambung dan sebagian kuman masuk ke usus halus. Setelah berhasil melampaui usus halus, kuman masuk ke kelenjar getah bening, ke pembuluh darah, dan ke seluruh tubuh (terutama pada organ hati, empedu, dan lain-

lain). Jika demikian keadaannya, kotoran dan air seni penderita bisa mengandung kuman *S.typhi* yang siap menginfeksi manusia lain melalui makanan atau pun minuman yang dicemari. Pada penderita yang tergolong *carrier* (pengidap kuman ini namun tidak menampakkan gejala sakit), kuman Salmonella bisa ada terus menerus di kotoran dan air seni sampai bertahun-tahun. *S. typhi* hanya berumah di dalam tubuh manusia.

2) Lingkungan

Demam *tifoid* sering ditemui di tempat-tempat di mana penduduknya kurang mengamalkan membasuh tangan manakala airnya mungkin tercemar dengan sisa kumbahan. Sekali bakteria *S. typhi* dimakan atau diminum, ia akan membagi dan merebak ke dalam saluran darah dan badan akan bertindak balas dengan menunjukkan beberapa gejala seperti demam. Pembuangan sampah disembarangan tempat dan hinggapan lalat (lipas dan tikus) yang akan menyebabkan demam *tifoid*. Penyakit demam *tifoid* ini bisa menyerang saat kuman tersebut masuk melalui makanan atau minuman, sehingga terjadi infeksi saluran pencernaan yaitu usus halus dan melalui peredaran darah, kuman sampai di organ tubuh terutama hati dan limpa. Ia kemudian berkembang biak dalam hati dan limpa yang menyebabkan rasa nyeri saat diraba.

e. Patogenesis

Patogenesis demam tifoid merupakan proses yang kompleks yang melalui beberapa tahapan. Setelah kuman *Salmonella typhi* tertelan, kuman tersebut dapat bertahan terhadap asam lambung dan masuk ke dalam tubuh melalui mukosa usus pada ileum terminalis. Di usus, bakteri melekat pada mikrovili, kemudian melalui barier usus yang melibatkan mekanisme membrane ruffling, actin rearrangement dan internalisasi dalam vakuola intraseluler. Kemudian Salmonella typhi menyebar ke sistem limfoid mesenterika dan masuk ke dalam pembuluh darah melalui sistem limfatik. Bakteremia primer terjadi pada tahap ini dan biasanya tidak didapatkan gejala dan kultur darah

biasanya masih memberikan hasil yang negative. Periode inkubasi ini terjadi selama 7-14 hari. Bakteri dalam pembuluh darah ini akan menyebar ke seluruh tubuh dan berkolonisasi dalam organ-organ sistem retikuloendotelial yakni di hati, limpa, dan sumsum tulang. Kuman juga dapat melakukan replikasi dalam makrofag. Setelah periode replikasi, kuman akan disebarkan kembali ke dalam sistem peredaran darah dan menyebabkan bakteremia sekunder sekaligus menandai berakhirnya periode inkubasi (Nelwan, 2012).

Penularan tersering terjadi melalui makanan dan minuman yang tercemar oleh kotoran manusia yang mengandung *Salmonella typhi*. Organisme yang tertelan tadi masuk ke dalam lambung untuk mencapai usus halus. Asam lambung tampaknya kurang berpengaruh terhadap kehidupannya. Organisme secara cepat mencapai usus halus bagian proksimal, melakukan penetrasi ke dalam lapisan epitel mukosa. *Salmonella typhi* telah sampai di kelenjar getah bening regional atau mesenterium dan kemudian terjadi bakteremia dan kuman sampai di hati, limpa, juga sumsum tulang dan ginjal. *Salmonella typhi* segera difagosit oleh sel-sel fagosit mononukleus yang ada di organ tersebut. Di sini kuman berkembang biak memperbanyak diri. Inilah karakteristik dari *Salmonella typhi* yang akan menentukan perjalanan penyakit yang ditimbulkannya (Adam dan Motarjemi, 2013).

f. Komplikasi

Komplikasi demam tifoid dapat dibagi atas dua bagian, yaitu:

1) Komplikasi Intestinal

a) Perdarahan Usus

Sekitar 25% penderita demam tifoid dapat mengalami perdarahan minor yang tidak membutuhkan tranfusi darah. Perdarahan hebat dapat terjadi hingga penderita mengalami syok. Secara klinis perdarahan akut darurat bedah ditegakkan bila terdapat perdarahan sebanyak 5 ml/kgBB/jam.

b) Perforasi Usus

Terjadi pada sekitar 3% dari penderita yang dirawat. Biasanya timbul pada minggu ketiga namun dapat pula terjadi pada minggu pertama. Penderita demam tifoid dengan perforasi mengeluh nyeri perut yang hebat terutama di daerah kuadran kanan bawah yang kemudian meyebar ke seluruh perut. Tanda perforasi lainnya adalah nadi cepat, tekanan darah turun dan bahkan sampai syok.

2) Komplikasi Ekstraintestinal

a) Komplikasi kardiovaskuler: kegagalan *sirkulasi perifer* (syok, sepsis), miokarditis, trombosis dan tromboflebitis.

b) Komplikasi darah: anemia hemolitik, trombositopenia, koagulasi intravaskuler diseminata, dan sindrom uremia hemolitik.

c) Komplikasi paru: pneumoni, empiema, dan pleuritis.

d) Komplikasi hepar dan kandung kemih: hepatitis dan kolelitiasis.

e) Komplikasi ginjal: glomerulonefritis, pielonefritis, dan perinefritis.

f) Komplikasi tulang: osteomielitis, periostitis, spondilitis, dan artritis.

g) Komplikasi neuropsikiatrik: delirium, meningismus, meningitis,

polineuritis perifer, psikosis, dan sindrom katatonia (Sudoyo dalam Innesa, 2013).

g. Diagnosis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis berupa demam, gangguan gastrointestinal dan mungkin di sertai perubahan dan gangguan kesadaran serta hasil pemeriksaan laboratorium yang menyatakan positif *tifoid*. Dengan kriteria ini maka seorang klinis dapat membuat diagnosis tersangka demam *tifoid*. Diagnosis pasti di

tegakkan melalui isolasi (*Salmonella Typhi*) dari darah. Pada dua minggu pertama sakit, kemungkinan mengisolasi (*Salmonella Typhi*) dari dalam darah pasien lebih besar dari pada minggu berikutnya. Biakan spesimen yang berasal dari aspirasi sumsum tulang mempunyai sensitivitas tertinggi, hasil positif di dapat pada 90% kasus. Akan tetapi prosedur ini sangat invasif sehingga tidak di gunakan dalam praktek sehari-hari. Pada keadaan tertentu dapat di lakukan biakan spesimen empedu yang di ambil dari duodenum dan memberikan hasil yang cukup baik. Pemeriksaan demam *typhoid* ada beberapa jenis yaitu untuk mendeteksi antibodi (*Salmonella Typhi*) dalam serum antigen terhadap *Salmonella Typhi* dalam darah, serum, urin dan DNA (*Salmonella Typhi*) dalam darah dan faeses polymerase chain reaction telah digunakan untuk memperbanyak gen salmonella sel. *Typhoid* secara spesifik pada darah pasien dan hasil dapat di peroleh hanya dalam beberapa jam. Metode ini spesifik dan lebih sensitif di banding dengan biakan darah (Sumarmo dkk dalam Evita, 2016).

Adapun menurut Sudoyo dkk dalam Seran (2015), untuk keakuratan dalam penegakan diagnosa penyakit, dokter akan melakukan beberapa pemeriksaan laboratorium diantaranya pemeriksaan darah tepi, pemeriksaan widal dan biakan empedu.

- 1) Pemeriksaan darah tepi merupakan pemeriksaan sederhana yang mudah dilakukan di laboratorium sederhana untuk membuat diagnosa cepat. Akan ada gambaran jumlah darah putih yang berkurang (leukopenia), jumlah limfosit yang meningkat dan eosinofilia.
- 2) Pemeriksaan widal adalah pemeriksaan darah untuk menemukan zat anti terhadap kuman tifus. Widal positif kalau titer O 1/200 atau lebih dan atau menunjukkan kenaikan progresif.
- 3) Diagnosa demam *typhoid* pasti positif bila dilakukan biakan empedu dengan ditemukannya kuman *Salmonella typhosa* dalam darah waktu minggu pertama dan kemudian sering ditemukan dalam urin dan feces. Sampel darah yang positif dibuat untuk menegakkan

diagnosa pasti. Sample urine dan feces dua kali berturut-turut digunakan untuk menentukan bahwa penderita telah benar-benar sembuh dan bukan pembawa kuman (*carrier*). Sedangkan untuk memastikan apakah penyakit yang diderita pasien adalah penyakit lain maka perlu ada diagnosa banding. Bila terdapat demam lebih dari lima hari, dokter akan memikirkan kemungkinan selain demam tifoid yaitu penyakit infeksi lain seperti Paratifoid A, B dan C, demam berdarah (*Dengue fever*), influenza, malaria, TBC (Tuberculosis), dan infeksi paru (Pneumonia).

h. Perawatan dan Pengobatan

Perawatan dan pengobatan terhadap penderita penyakit demam *tifoid* atau tifus bertujuan menghentikan invasi kuman, memperpendek perjalanan penyakit, mencegah terjadinya komplikasi, serta mencegah agar tak kambuh kembali. Pengobatan penyakit tifus dilakukan dengan jalan mengisolasi penderita dan melakukan desinfeksi pakaian, feces dan urin untuk mencegah penularan. Pasien harus berbaring di tempat tidur selama tiga hari hingga panas turun, kemudian baru boleh duduk, berdiri dan berjalan. Selain obat-obatan yang diberikan untuk mengurangi gejala yang timbul seperti demam dan rasa pusing. Untuk anak dengan demam *tifoid* maka pilihan antibiotika yang utama adalah *chloramphenicol* selama 10 hari dan diharapkan terjadi pemberantasan / eradikasi kuman serta waktu perawatan dipersingkat. Namun beberapa dokter ada yang memilih obat antibiotika lain seperti *ampicillin*, *trimethoprim - sulfamethoxazole*, *kotrimoksazol*, *sefalosporin*, dan *ciprofloxacin* sesuai kondisi pasien. Demam berlebihan menyebabkan penderita harus dirawat dan diberikan cairan infuse (Widodo, 2015).

Berikut pengobatan demam tifoid menurut Ramaningrum (2016):

1) Terapi Obat

Pengobatan demam tifoid dilakukan dengan tujuan untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah

kekambuhan, menurunkan resiko penularan serta mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Obat-obat pilihan pertama adalah kloramfenikol, ampisilin/amoksisilin dan kotrimoksazol. Obat pilihan kedua adalah sefalosporin generasi III. Obat-obat pilihan ketiga adalah meropenem, azithromisin dan fluorokuinolon.

- a) Kloramfenikol diberikan dengan dosis 50 mg/kg BB/hari, terbagi dalam 3-4 kali pemberian, oral atau intravena, selama 14 hari.
- b) Bilamana terdapat indikasi kontra pemberian kloramfenikol, diberi ampisilin dengan dosis 200 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali.
- c) Pemberian, intravena saat belum dapat minum obat, selama 21 hari, atau amoksisilin dengan dosis 100 mg/kgBB/hari, terbagi dalam 3-4 kali.
- d) Pemberian, oral/intravena selama 21 hari.
- e) Kotrimoksazol dengan dosis (tmp) 8 mg/kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian, oral, selama 14 hari.

2) Terapi diit

Adapun jenis diit yang digunakan dalam kasus demam *tifoid* ini adalah diit tinggi energi dan tinggi protein dengan bentuk makanan yang akan disajikan kepada pasien disesuaikan dengan kondisi dan keadaan pasien. Tujuan diit ini diberikan secara bertahap sesuai dengan keadaan pasien supaya tercapainya gizi yang optimal, dan menambah berat badan hingga mencapai berat badan normal.

i. Pencegahan

Secara umum untuk memperkecil kemungkinan tercemar (*Salmonella Typhi*) maka setiap individu harus memperhatikan kualitas makanan dan minuman yang mereka konsumsi. *Salmonella Typhi* di dalam air akan mati apabila di panaskan setinggi 57⁰C untuk beberapa menit atau dengan proses iodinasi atau klorinasi. Untuk makanan pemanasan sampai suhu 57⁰C beberapa menit dan secara merata juga

dapat mematikan kuman *Salmonella typhi*. Penurunan endemisitas suatu negara atau daerah tergantung baik pada baik buruknya pengadaan sarana air dan pengaturan pembuangan sampah serta tingkat kesadaran individu terhadap higiene pribadi. Imunisasi aktif dapat membantu menekan angka kejadian demam tifoid (Sumarmo dkk dalam Evita, 2016).

Adapun menurut Widodo (2015) pencegahan penyakit demam *tifoid* bisa dilakukan dengan cara perbaikan higiene dan sanitasi lingkungan serta penyuluhan kesehatan. Imunisasi dengan menggunakan vaksin oral dan vaksin suntikan (antigen Vi Polysaccharida capular) telah banyak digunakan. Saat ini pencegahan terhadap kuman *Salmonella* sudah bisa dilakukan dengan vaksinasi bernama *chotipa* (cholera-tifoid-paratifoid) atau *tipa* (tifoid-paratifoid). Untuk anak usia 2 tahun yang masih rentan, bisa juga divaksinasi. Kebersihan makanan dan minuman sangat penting dalam pencegahan demam *tifoid*. Merebus air minum sampai mendidih dan memasak makanan sampai matang juga sangat membantu. Secara detail, strategi pencegahan demam *tifoid* mencakup hal-hal sebagai berikut :

- 1) Penyediaan sumber air minum yang baik.
- 2) Penyediaan jamban yang sehat.
- 3) Sosialisasi budaya cuci tangan.
- 4) Pemberantasan lalat.
- 5) Pengawasan kepada para penjual makanan dan minuman

2. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam *Tifoid*

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang distribusi, frekuensi, dan determinan terhadap suatu penyakit (*tifoid*) atau masalah kesehatan. Peristiwa timbulnya penyakit atau tidaknya penyakit pada manusia dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu *agent, host, dan environment*. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian demam *tifoid* menurut Widodo (2015) yaitu :

- a. Penyebab penyakit (*agent*) yaitu bakteri *Salmonella typhi*.

Salmonella typhi (*S. typhi*) merupakan kuman patogen penyebab demam tifoid, yaitu suatu penyakit infeksi sistemik dengan gambaran demam yang berlangsung lama, adanya bakteremia disertai inflamasi yang dapat merusak usus dan organ-organ hati. *S. typhi* merupakan kuman batang gram negatif, yang tidak memiliki spora, bergerak dengan flagel peritrik, bersifat intraseluler fakultatif dan anerob fakultatif. Ukurannya berkisar antara 0,7-1,5X 2-5 pm, memiliki antigen somatik (O), antigen flagel (H) dengan 2 fase dan antigen kapsul (Vi). Kuman ini tahan terhadap selenit dan natrium deoksikolat yang dapat membunuh bakteri enterik lain, menghasilkan endotoksin, protein invasin dan MRHA (*Mannosa Resistant Haemagglutinin*). *S. typhi* adalah parasit intraseluler fakultatif, yang dapat hidup dalam makrofag dan menyebabkan gejala-gejala gastrointestinal hanya pada akhir perjalanan penyakit.

- b. Tuan rumah / manusia (*host*) :

- 1) Usia (kelompok umur balita sampai dengan dewasa)

Usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung. Jenis perhitungan umur/usia sebagai berikut:

- a) Usia Kronologis

Usia kronologis adalah perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia.

- b) Usia Mental

Usia mental adalah perhitungan usia yang didapatkan dari taraf kemampuan mental seseorang. Misalkan seorang anak secara kronologis berusia empat tahun akan tetapi masih merangkak dan belum dapat berbicara dengan kalimat lengkap dan menunjukkan kemampuan yang setara dengan anak

berusia satu tahun, maka dinyatakan bahwa usia mental anak tersebut adalah satu tahun.

c) Usia Biologis

Usia biologis adalah perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang. Kategori Umur menurut Depkes RI (2013):

(1) Masa balita	:	0 - 5 tahun
(2) Masa kanak-kanak	:	5 - 11 tahun
(3) Masa remaja Awal	:	12 - 16 tahun
(4) Masa remaja Akhir	:	17 - 25 tahun
(5) Masa dewasa Awal	:	26 - 35 tahun
(6) Masa dewasa Akhir	:	36 - 45 tahun
(7) Masa Lansia Awal	:	46 - 55 tahun
(8) Masa Lansia Akhir	:	56 - 65 tahun
(9) Masa Manula	:	lebih dari 65 tahun

Demam *tifoid* menyerang pada semua umur dimana meningkat setelah umur 5 tahun sebesar (87%) dikarenakan sistem kekebalan tubuh yang kurang, seringnya mengkonsumsi jajanan di luar rumah, dan kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan. Banyaknya aktivitas yang dilakukan didalam maupun diluar rumah, higiene perorangan yang kurang dan lingkungan yang kurang bersih juga menjadi penyebab terjadinya penyakit ini, sehingga dapat mengganggu aktifitas sehari-hari. Akibatnya penderita akan kehilangan waktu melakukan kegiatan berkisar 4-6 minggu.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan perbedaan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan ciri fisik biologis. Distribusi jenis kelamin penderita laki-laki dan perempuan pada demam *tifoid* tak ada perbedaan, tetapi laki-laki lebih banyak terpapar dengan kuman *salmonella thyphi* dibandingkan dengan perempuan, karena aktivitas di luar rumah.

3) Personal Hygiene

Noerhayati dalam Haslinda (2016) mengemukakan perilaku hygiene perseorangan yang beresiko dalam penularan penyakit menular melalui makanan dan air meliputi :

a) Kebiasaan Mencuci Tangan

Tangan adalah media utama penularan kuman penyebab penyakit. Meningkatkan kebersihan dari kotoran yang ditularkan melalui tangan merupakan cara yang efektif untuk mengurangi penyebaran infeksi *Salmonella* dan *E.coli*, yang menyebabkan penyakit ISPA, cholera, dysentrie, paratyphus, cacingan, keracunan makanan dan *tifoid*. Penularan penyakit *tifoid* karena bakteri *salmonella* mudah melekat pada kondisi tangan yang kotor, oleh karena itu penting untuk menjaga kebersihan tangan (Evita, 2016).

b) Kebiasaan Konsumsi Makanan di Luar Rumah

Secara umum, untuk memperkecil kemungkinan tercemar *Salmonella thyphi*, maka setiap individu harus memperhatikan kualitas makanan dan minuman yang mereka konsumsi. Penularan tifus dapat terjadi dimana saja dan kapan saja, biasanya terjadi melalui konsumsi makanan di luar rumah atau di tempat-tempat umum, apabila makanan atau minuman yang dikonsumsi kurang bersih. Dapat juga disebabkan karena makanan tersebut disajikan oleh seorang penderita tifus laten (tersembunyi) yang kurang menjaga kebersihan saat memasak. Seseorang dapat membawa kuman tifus dalam saluran pencernaannya tanpa sakit, ini yang disebut dengan penderita laten. Penderita ini dapat menularkan penyakit tifus ini ke banyak orang, apalagi jika dia bekerja dalam menyajikan makanan bagi banyak orang seperti tukang masak di restoran (Addin, 2009).

c) Kebiasaan Mencuci Bahan Makanan Mentah yang Akan Dimakan Langsung

Dibeberapa negara penularan tifoid terjadi karena mengkonsumsi kerangkerangan yang berasal dari air yang tercemar, buah-buahan, sayuran mentah yang dipupuk dengan kotoran manusia (Dinkes Prov Jateng, 2006 dalam Artanti, 2013). Bahan mentah yang hendak dimakan tanpa dimasak terlebih dahulu misalnya sayuran untuk lalapan, hendaknya dicuci bersih dibawah air mengalir untuk mencegah bahaya pencemaran oleh bakteri, telur bahkan pestisida (Anies, 2006 dalam Artanti, 2013).

Buah dan sayuran segar merupakan satu-satunya kelompok makanan yang sekaligus memiliki kadar air tinggi, nutrisi dan pembentukan sifat basa. Oleh sebab itu, porsi sayuran dan buah-buahan segar sebaiknya menempati persentase 60-70% dari seluruh menu dalam satu hari. Namun, pada kombinasi makanan serasi sudah banyak terbukti bahwa buah-buahan tidak pernah menimbulkan masalah jika cara mengkonsumsinya benar yaitu dengan dicuci bersih untuk menghilangkan kotoran dan mengurangi pestisida (Gunawan, 2001 dalam Artanti, 2013). Buah dan sayur dapat terkontaminasi oleh *Salmonella typhi*, karena buah dan sayur kemungkinan dipupuk menggunakan kotoran manusia (Chin, 2006 dalam Artanti, 2013).

c. Sanitasi Lingkungan (*environment*)

Kasjono (2011) mengemukakan lingkungan dapat diartikan secara mudah sebagai segala sesuatu yang berada di sekitar manusia. Secara lebih terperinci, lingkungan disekitar manusia dapat dikategorikan dalam:

- 1) Lingkungan fisik, termasuk di dalamnya adalah tanah, air, dan udara serta interaksi satu sama lain diantara faktor-faktor tersebut.

- 2) Lingkungan biologi, termasuk dalam hal ini semua organisme hidup baik binatang, tumbuh-tumbuhan maupun mikroorganisme, kecuali manusia sendiri.
- 3) Lingkungan sosial, termasuk semua interaksi antara manusia dari makhluk sesamanya yaitu meliputi faktor-faktor sosial, ekonomi, kebudayaan, psiko-sosial, dan lain-lain.

Berdasarkan kategori di atas dapat diartikan pula bahwa lingkungan adalah kumpulan dari semua kondisi /kekuatan dari luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan dari suatu organisme hidup (manusia).

Kesehatan lingkungan merupakan salah satu disiplin dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat dan merupakan perluasan prinsip-prinsip hygiene dan sanitasi. Ruang lingkup dari kesehatan lingkungan meliputi:

- 1) Penyediaan air minum
- 2) Pengolahan air buangan
- 3) Pengelolaan sampah padat
- 4) Pengendalian vector
- 5) Pencegahan atau pengendalian pencemaran tanah
- 6) Pengendalian pencemaran udara
- 7) Hygiene makanan
- 8) Perencanaan daerah perkotaan, dan lain-lain (Kasjono, 2011).

Sanitasi lingkungan secara relatif merupakan disiplin yang lebih terbatas yang sekarang telah dikembangkan menjadi kesehatan lingkungan. WHO mengemukakan definisi sanitasi lingkungan sebagai usaha pengendalian dari semua faktor-faktor lingkungan fisik manusia yang mungkin menimbulkan atau dapat menimbulkan hal-hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan dan daya tahan hidup manusia. Ruang lingkup sanitasi lingkungan terutama ditujukan kepada pengendalian (kontrol) dari:

- 1) Cara pembuangan dari ekskreta, air buangan dan sampah-sampah lainnya sehingga dapat menjamin bahwa cara-cara tersebut memadai dan aman.
- 2) Penyediaan air, untuk menjamin bahwa air yang digunakan oleh masyarakat cukup bersih dan sehat.
- 3) Perumahan, untuk menjamin bahwa rumah dapat memberikan rasa nyaman dan bebas dari kemungkinan penyebaran penyakit.
- 4) Makanan termasuk susu, untuk menjamin bahwa segala sesuatunya bersih dan aman.
- 5) Individu dan masyarakat agar terbiasa hidup sehat dan bersih.
- 6) Kondisi udara untuk menjamin bahwa udara luar bebas dari elemen yang merugikan, dan udara di dalam ruangan dapat mencukupi kebutuhan sesuai dengan aktifitas di dalamnya (Kasjono, 2011).

Sanitasi merupakan faktor penting dalam menciptakan lingkungan yang sehat. Banyaknya penyakit ditularkan karena tidak dilakukan cara-cara penanganan sanitasi yang benar. Upaya peningkatan kualitas air bersih akan berdampak positif apabila diikuti upaya perbaikan sanitasi. Upaya sanitasi meliputi pembangunan, perbaikan dan penggunaan sarana sanitasi, yaitu:

- 1) Pembuangan kotoran manusia (jamban).
- 2) Sarana pembuangan air limbah (SPAL).
- 3) Pembuangan sampah di lingkungan rumah (Kasjono, 2011).

Masalah kesehatan lingkungan yang sering disoroti adalah berkisar pada sanitasi (jamban), penyediaan air minum, perumahan (housing), pembuangan sampah dan pembuangan air kotor (air limbah). Secara nasional pelayanan sanitasi dan kesadaran masyarakat untuk menunjang peningkatan kualitas sanitasi lingkungan pada umumnya masih sangat rendah. Adapun permasalahan umum sistem pelayanan sanitasi perkotaan secara garis besar terdiri atas kesadaran dan Sumber Daya Manusia yang rendah; manajemen tidak profesional; tidak ada subsidi dari pemerintah Kabupaten / Kota; makin mahalnya biaya investasi untuk pengembangan, pengelolaan

dan pemeliharaan dan rendahnya kontribusi pemerintah kabupaten / kota dalam peningkatan kualitas sanitasi lingkungan.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 829/Menkes/SK/VII/1999 dalam Kasjono (2011) ketentuan persyaratan kesehatan rumah tinggal dari segi lingkungan fisik adalah sebagai berikut:

1) Bahan bahan bangunan

Tidak terbuat dari bahan yang dapat melepaskan zat yang dapat membahayakan kesehatan, antara lain:

- a) Debu total kurang dari 150 mg per meter persegi;
- b) Asbestos kurang dari 0,5 serat per kubik, per 24 jam;
- c) Timbal (Pb) kurang dari 300 mg per kg bahan;
- d) Tidak terbuat dari bahan yang dapat menjadi tumbuh dan berkembangnya mikroorganisme patogen.

2) Komponen dan penataan ruangan

- a) Lantai kedap air dan mudah dibersihkan;
- b) Dinding rumah memiliki ventilasi, di kamar mandi dan kamar cuci kedap air dan mudah dibersihkan;
- c) Langit-langit rumah mudah dibersihkan dan tidak rawan kecelakaan;
- d) Bubungan rumah 10 m dan ada penangkal petir;
- e) Ruang ditata sesuai dengan fungsi dan peruntukannya;
- f) Dapur harus memiliki sarana pembuangan asap.

3) Pencahayaan

Pencahayaan alam dan/atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan dengan intensitas penerangan minimal 60 lux dan tidak menyilaukan mata.

4) Kualitas udara

- a) Suhu udara nyaman, antara 18 – 30 °C;
- b) Kelembaban udara, antara 40 – 70 %;
- c) Gas SO₂ kurang dari 0,10 ppm per 24 jam;
- d) Pertukaran udara 5 kali 3 per menit untuk setiap penghuni;

- e) Gas CO kurang dari 100 ppm per 8 jam;
- f) Gas formaldehid kurang dari 120 mg per meter kubik.

5) Ventilasi

Luas lubang ventilasi alamiah yang permanen minimal 10% luas lantai.

6) Kepadatan hunian

Luas kamar tidur minimal 8 meter persegi, dan dianjurkan tidak untuk lebih dari 2 orang tidur.

Adapun menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan. Dijelaskan kelompok komponen rumah, meliputi langit-langit, dinding, lantai, ventilasi, sarana pembuangan asap dapur dan pencahayaan, sebagai berikut :

1) Langit-langit

Adapun persyaratan untuk langit-langit yang baik adalah dapat menahan debu dan kotoran lain yang jatuh dari atap, harus menutup rata kerangka atap serta mudah dibersihkan.

2) Dinding

Dinding harus tegak lurus agar dapat memikul berat dinding sendiri, beban tekanan angin dan bila sebagai dinding pemikul harus dapat memikul beban di atasnya, dinding harus terpisah dari pondasi oleh lapisan kedap air agar air tanah tidak meresap naik sehingga dinding terhindar dari basah, lembab dan tampak bersih tidak berlumut.

3) Lantai

Lantai harus kuat untuk menahan beban di atasnya, tidak licin, stabil waktu dipijak, permukaan lantai mudah dibersihkan. Lantai tanah sebaiknya tidak digunakan lagi, sebab bila musim hujan akan lembab sehingga dapat menimbulkan gangguan/penyakit terhadap penghuninya. Karena itu perlu dilapisi dengan lapisan yang kedap air seperti disemen, dipasang tegel, keramik. Untuk mencegah

masuknya air ke dalam rumah, sebaiknya lantai ditinggikan ± 20 cm dari permukaan tanah.

4) Pembagian ruangan / tata ruang

Setiap rumah harus mempunyai bagian ruangan yang sesuai dengan fungsinya. Adapun syarat pembagian ruangan yang baik adalah :

a) Ruang untuk istirahat/tidur

Adanya pemisah yang baik antara ruangan kamar tidur orang tua dengan kamar tidur anak, terutama anak usia dewasa. Tersedianya jumlah kamar yang cukup dengan luas ruangan sekurangnya 8 m² dan dianjurkan tidak untuk lebih dari 2 orang agar dapat memenuhi kebutuhan penghuninya untuk melakukan kegiatan.

b) Ruang dapur

Dapur harus mempunyai ruangan tersendiri, karena asap dari hasil pembakaran dapat membawa dampak negatif terhadap kesehatan. Ruang dapur harus memiliki ventilasi yang baik agar udara/asap dari dapur dapat teralirkan keluar.

c) Kamar mandi dan jamban keluarga

Setiap kamar mandi dan jamban paling sedikit memiliki satu lubang ventilasi untuk berhubungan dengan udara luar.

5) Ventilasi

Ventilasi ialah proses penyediaan udara segar ke dalam suatu ruangan dan pengeluaran udara kotor suatu ruangan baik alamiah maupun secara buatan. Ventilasi harus lancar diperlukan untuk menghindari pengaruh buruk yang dapat merugikan kesehatan. Ventilasi yang baik dalam ruangan harus mempunyai syarat-syarat, diantaranya :

a) Luas lubang ventilasi tetap, minimum 5% dari luas lantai ruangan. Sedangkan luas lubang ventilasi *insidental* (dapat dibuka dan ditutup) minimum 5%. Jumlah keduanya menjadi 10% kali luas lantai ruangan.

- b) Udara yang masuk harus udara bersih, tidak dicemari oleh asap kendaraan, dari pabrik, sampah, debu dan lainnya.
- c) Aliran udara diusahakan *Cross Ventilation* dengan menempatkan dua lubang jendela berhadapan antara dua dinding ruangan sehingga proses aliran udara lebih lancar.

6) Pencahayaan

Cahaya yang cukup kuat untuk penerangan di dalam rumah merupakan kebutuhan manusia. Penerangan ini dapat diperoleh dengan pengaturan cahaya alami dan cahaya buatan. Yang perlu diperhatikan, pencahayaan jangan sampai menimbulkan kesilauan.

a) Pencahayaan alamiah

Penerangan alami diperoleh dengan masuknya sinar matahari ke dalam ruangan melalui jendela, celah maupun bagian lain dari rumah yang terbuka, selain untuk penerangan, sinar ini juga mengurangi kelembaban ruangan, mengusir nyamuk atau serangga lainnya dan membunuh kuman penyebab penyakit tertentu. Suatu cara sederhana menilai baik tidaknya penerangan alam yang terdapat dalam sebuah rumah adalah baik, bila jelas membaca dengan huruf kecil, cukup; bila samar-samar bila membaca huruf kecil, kurang; bila hanya huruf besar yang terbaca, buruk; bila sukar membaca huruf besar.

b) Pencahayaan buatan

Penerangan dengan menggunakan sumber cahaya buatan, seperti lampu minyak tanah, listrik dan sebagainya.

7) Luas Bangunan Rumah

Luas bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, artinya luas bangunan harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya. Luas bangunan yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan kepadatan penghuni (*overcrowded*). Hal ini tidak sehat, disamping menyebabkan

kurangnya konsumsi oksigen, bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain. Sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, dikatakan memenuhi syarat jika $\geq 8 \text{ m}^2 / \text{orang}$.

Adapun menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan kesehatan perumahan. Dijelaskan aspek sarana sanitasi, maka beberapa sarana lingkungan yang berkaitan dengan perumahan sehat adalah sebagai berikut :

1) Sarana Air Bersih

Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak. Dikatakan air bersih jika memenuhi 3 syarat utama, antara lain :

a) Syarat fisik

Air tidak berwarna, tidak berbau, jernih dengan suhu di bawah suhu udara sehingga menimbulkan rasa nyaman.

b) Syarat kimia

Air yang tidak tercemar secara berlebihan oleh zat kimia, terutama yang berbahaya bagi kesehatan.

c) Syarat bakteriologis

Air tidak boleh mengandung suatu mikroorganisme. Misal sebagai petunjuk bahwa air telah dicemari oleh *faces* manusia adalah adanya *E. coli* karena bakteri ini selalu terdapat dalam *faces* manusia baik yang sakit, maupun orang sehat serta relatif lebih sukar dimatikan dengan pemanasan air.

2) Jamban (sarana pembuangan kotoran)

Pembuangan kotoran yaitu suatu pembuangan yang digunakan oleh keluarga atau sejumlah keluarga untuk buang air besar. Cara pembuangan tinja, prinsipnya yaitu :

a) Kotoran manusia tidak mencemari permukaan tanah.

b) Kotoran manusia tidak mencemari air permukaan / air tanah.

c) Kotoran manusia tidak dijamah lalat.

- d) Jamban tidak menimbulkan bau yang mengganggu.
- e) Konstruksi jamban tidak menimbulkan kecelakaan.

Ada 4 cara pembuangan tinja yaitu :

- a) Pembuangan tinja di atas tanah

Pada cara ini tinja dibuang begitu saja diatas permukaan tanah, halaman rumah, di kebun, di tepi sungai dan sebagainya. Cara demikian tentunya sama sekali tidak dianjurkan, karena dapat mengganggu kesehatan.

- b) Kakus lubang gali (*pit privy*)

Dengan cara ini tinja dikumpulkan kedalam lubang dibawah tanah, umumnya langsung terletak dibawah tempat jongkok. Fungsi dari lubang adalah mengisolasi tinja sehingga tidak memungkinkan penyebaran bakteri. Kakus semacam ini hanya baik digunakan ditempat dimana air tanah letaknya dalam.

- c) Kakus Air (*Aqua pravy*)

Cara ini hampir mirip dengan kakus lubang gali, hanya lubang kakus dibuat dari tangki yang kedap air yang berisi air, terletak langsung dibawah tempat jongkok. Cara kerjanya merupakan peralihan antara lubang kakus dengan *septic tank*. Fungsi dari *tank* adalah untuk menerima, menyimpan, mencernakan tinja serta melindunginya dari lalat dan serangga lainnya.

- d) *Septic Tank*

Septic Tank merupakan cara yang paling dianjurkan. Terdiri dari *tank* sedimentasi yang kedap air dimana tinja dan air masuk dan mengalami proses *dekomposisi* yaitu proses perubahan menjadi bentuk yang lebih sederhana (penguraian).

- 3) Pembuangan Air Limbah (SPAL)

Air limbah adalah cairan buangan yang berasal dari rumah tangga, industri, dan tempat umum lainnya dan biasanya mengandung bahan atau zat yang membahayakan kehidupan manusia serta mengganggu kelestarian lingkungan. Air limbah dipengaruhi oleh tingkat kehidupan masyarakat, dapat dikatakan

makin tinggi tingkat kehidupan masyarakat, makin kompleks pula sumber serta macam air limbah yang ditemui. Air limbah adalah air tidak bersih mengandung berbagai zat yang bersifat membahayakan kehidupan manusia ataupun hewan, dan lazimnya karena hasil perbuatan manusia. Dalam kehidupan sehari-hari, sumber air limbah yang lazim dikenal adalah :

- (a) Limbah rumah tangga, misalnya air dari kamar mandi dan dapur.
- (b) Limbah perusahaan, misalnya dari hotel, restoran, kolam renang.
- (c) Limbah industri.

4) Sampah

Sampah adalah semua produk sisa dalam bentuk padat, sebagai akibat aktifitas manusia, yang dianggap sudah tidak bermanfaat, agar sampah tidak membahayakan kesehatan manusia, maka perlu pengaturan pembuangannya, seperti tempat sampah yaitu tempat penyimpanan sementara sebelum sampah tersebut dikumpulkan untuk dibuang (dimusnahkan). Syarat tempat sampah adalah:

- (a) Terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan, kuat sehingga tidak mudah bocor, kedap air.
- (b) Harus ditutup rapat sehingga tidak menarik serangga atau binatang-binatang lainnya seperti tikus, kucing dan sebagainya.

3. Kebiasaan Mencuci Tangan Terhadap Kejadian Demam Tifoid

Tangan adalah media utama penularan kuman penyebab penyakit. Meningkatkan kebersihan dari kotoran yang ditularkan melalui tangan merupakan cara yang efektif untuk mengurangi penyebaran infeksi *Salmonella* dan *E.coli*, yang menyebabkan penyakit ISPA, cholera, dysentrie, paratyphus, cacangan, keracunan makanan dan *tifoid*. Penularan penyakit *tifoid* karena bakteri *salmonella* mudah melekat pada kondisi

tangan yang kotor, oleh karena itu penting untuk menjaga kebersihan tangan (Evita, 2016).

a. Mencuci tangan dengan sabun setelah Buang Air Besar

Tangan yang kotor atau terkontaminasi dapat memindahkan bakteri atau virus patogen dari tubuh, feses atau sumber lain ke makanan. Oleh karenanya kebersihan tangan dengan mencuci tangan perlu mendapat prioritas tinggi, walaupun hal tersebut sering disepelekan. 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, urine atau dubur sesudah buang air besar (BAB) maka harus dicuci pakai sabun dan kalau dapat disikat. Pencucian dengan sabun sebagai pembersih, penggosokkan dan pembilasan dengan air mengalir akan menghanyutkan partikel kotoran yang banyak mengandung mikroorganisme (Fathonah, 2005 dalam Artanti, 2013).

b. 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. Budaya cuci tangan yang benar adalah kegiatan terpenting. Setiap tangan yang dipergunakan untuk memegang makanan, maka tangan harus sudah bersih. Tangan perlu dicuci karena ribuan jasad renik, baik flora normal maupun cemaran, menempel ditempat tersebut dan mudah sekali berpindah ke makanan yang tersentuh. Pencucian dengan benar telah terbukti berhasil mereduksi angka kejadian kontaminasi dan KLB (Arisman, 2008 dalam Artanti, 2013). Cara mencuci tangan yang benar adalah sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan dengan air yang mengalir dan gunakan sabun. Tidak perlu harus sabun khusus antibakteri, namun lebih disarankan sabun yang berbentuk cairan.
- 2) Gosok tangan setidaknya selama 15-20 detik.
- 3) Bersihkan bagian pergelangan tangan, punggung tangan, sela-sela jari dan kuku.
- 4) Basuh tangan sampai bersih dengan air yang mengalir.
- 5) Keringkan dengan handuk bersih atau alat pengering lain.
- 6) Gunakan tisu /handuk sebagai penghalang ketika mematikan keran air (Proverawati, 2012).

Penularan bakteri *Salmonella typhi* salah satunya melalui jari tangan atau kuku. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan sebelum makan maka kuman *Salmonella typhi* dapat masuk ke tubuh orang sehat melalui mulut, selanjutnya orang sehat akan menjadi sakit (Zulkoni, 2010).

4. Kebiasaan Konsumsi Makanan di Luar Terhadap Kejadian Demam Tifoid

Makanan diluar merupakan masalah yang perlu menjadi perhatian masyarakat, khususnya orang tua, penjual, karena jajanan diluar sangat beresiko terhadap cemaran biologis atau kimiawi yang banyak mengganggu kesehatan, baik jangka pendek maupun jangka panjang pada anak sekolah. Meskipun makanan diluar memiliki keunggulan-keunggulan seperti murah, cita rasanya enak, dan dapat langsung dimakan tanpa pengolahan lebih lanjut, ternyata makanan jajanan masih beresiko terhadap kesehatan karena penanganannya sering tidak higienis, yang memungkinkan terkontaminasi oleh mikroba beracun maupun penggunaan bahan tambahan pangan (BTP). Infeksi dari makanan akan timbul apabila mengkonsumsi makanan yang terkontaminasi mikroorganisme patogen yang hidup. Mikroorganisme tersebut akan berkembang di dalam tubuh, apabila jumlahnya banyak akan menimbulkan gejala-gejala penyakit (Zulkoni, 2010).

5. Teori Keperawatan Demam Tifoid

Landasan teori yang akan digunakan sebagai acuan adalah teori *Health Beliefs Model* (Model Kepercayaan Kesehatan) yang dikembangkan oleh Rosenstock (1990 *cited in* Simon-Morten, Greene and Gottlieb, 2008 dalam Rifai, 2016). *Health Beliefs Model* ini merupakan model kognitif yang artinya perilaku individu dipengaruhi proses kognitif dalam dirinya. Proses kognitif ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti variabel demografi, karakteristik sosiopsikologis, dan variabel struktural. Variabel demografi meliputi kelas, usia dan jenis kelamin. Karakteristik sosiopsikologis meliputi, kepribadian, teman sebaya (*peers*), dan tekanan kelompok. Variabel struktural yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang masalah (Glanz *et al.*, 2008 dalam Rifai, 2016).

Peran perawat menurut Zaidin (2010) meliputi :

- a. Pelaksana pelayanan keperawatan
- b. Pengelola pelayanan keperawatan dan institusi Kependidikan
- c. Pendidik dalam keperawatan
- d. Peneliti dan pengembang keperawatan.

Menurut Brunner dan Sudarth (2008) dalam Aji (2016) peran ini dirancang untuk memenuhi perawatan kesehatan saat ini dan kebutuhan keperawatan dari konsumen yang merupakan penerima pelayanan keperawatan :

- a. Peran Pelaksana

Peran pelaksana dari perawat mencakup tindakan-tindakan yang dilakukan oleh perawat ketika ia mengemban tanggung jawab yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan dan kebutuhan perawatan pasien secara individu, keluarga mereka dan orang terdekat pasien.

- b. Peran Kepemimpinan

Peran kepemimpinan dari perawat yang secara tradisional kerap sebagai peran spesialisasi yang diembangkannya oleh perawat yang mempunyai gelar yang menunjukkan kepemimpinan dan mereka

yang memimpin sekelompok besar perawat atau profesional perawat kesehatan yang berhubungan.

c. Peran Peneliti

Peran peneliti dari perawat pada mulanya dianggap hanya dilakukan oleh para akademikus, perawat ilmuwan dan mahasiswa keperawatan di tingkat sarjana. Kini, partisipasi dalam proses penelitian dianggap sebagai tanggung jawab dari perawat dalam praktek klinis.

Menurut Rosenstock dalam Aji (2016) elemen dalam proses keperawatan meliputi pengkajian tingkat pertama, pengkajian tingkat kedua, diagnosis keperawatan, perencanaan, penentuan tujuan, intervensi dan evaluasi. Dalam praktik keperawatan, penerapan konsep holistik pada proses asuhan keperawatan melalui pendekatan model adaptasi Rosenstock dapat digambarkan sebagai berikut :

a. Pengkajian Tingkat Pertama

Pada tahap ini pengumpulan data yang dikumpulkan adalah meliputi pada sekumpulan tingkah laku sebagai sistem adaptasi yang berhubungan dengan empat model adaptasi yaitu : fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi melalui pendekatan sistem dan memandang manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosio-sosial secara utuh.

b. Pengkajian Tingkat Kedua

Pada tahap ini perawat menganalisis kegawatan dan gambaran tingkah laku klien, baik individu, keluarga maupun masyarakat secara menyeluruh terkait dengan kognator yaitu proses pikir individu (psiko-sosial) dan regulator yaitu proses fisiologis tubuh (biologi). Kemudian diidentifikasi sebagai respon yang adaptif atau maladaptif setelah diberikan dukungan oleh perawat. Perawat mengumpulkan data stimulus yang menjadi penyebab baik stimulus focal, konstektual maupun residual yang juga terkait dengan empat model adaptasi yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

c. Diagnosis Keperawatan

Keputusan tentang penentuan diagnosis keperawatan oleh Roy terkait dengan kondisi ketidakmampuan beradaptasi (maladaptif). Diagnosis keperawatan dirumuskan dengan mengobservasi tingkah laku klien terhadap pengaruh lingkungan. Dalam merumuskan menetapkan diagnosis keperawatan Rosenstock, menyatakan ada tiga alternatif yang dapat digunakan yaitu :

- 1) Menggunakan tipologi diagnosis yang dikembangkan oleh Roy dan terkait dengan model adaptasi yaitu fisiologis, konsep diri dan fungsi peran dan interdependen.
- 2) Meneruskan diagnosis dengan mengobservasi tingkah laku yang berhubungan dengan stimulus, baik fokal, kontekstual, maupun residual.
- 3) Sebagai suatu kesimpulan suatu model adaptasi yang berhubungan dengan stimulus.

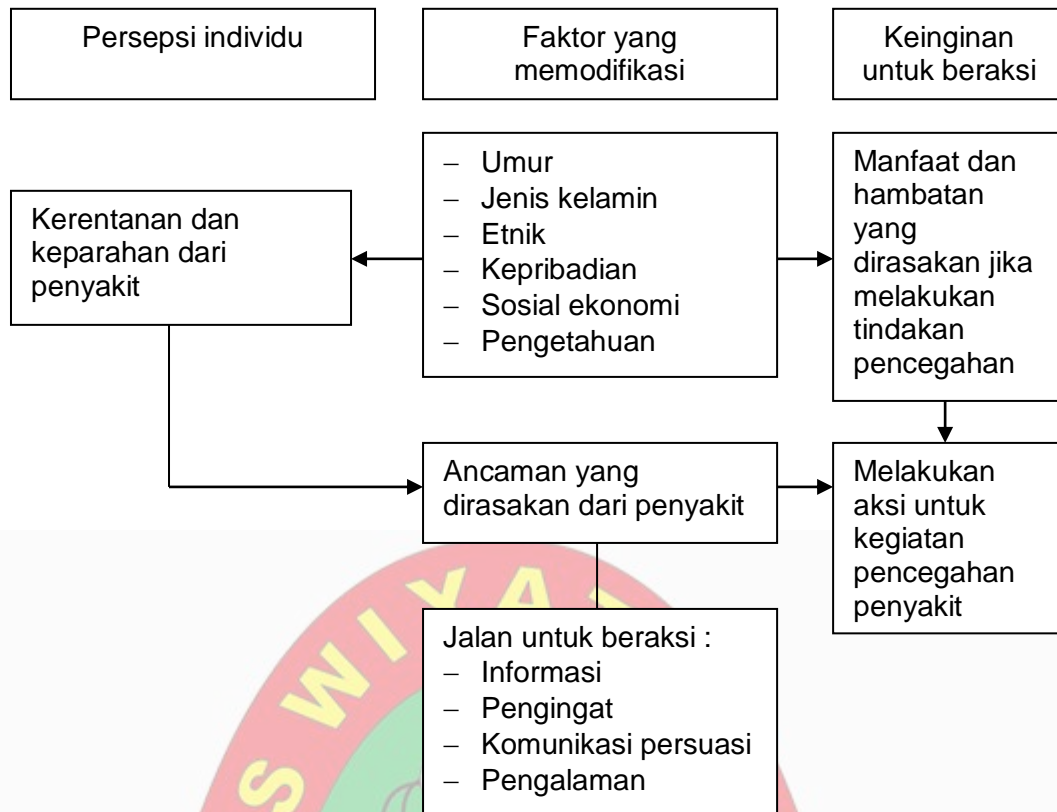
d. Intervensi

Pelaksanaan direncanakan dengan tujuan mengubah atau memanipulasi penyebab (stimulus), baik fokal, konseptual maupun residual difokuskan pada kemampuan individu dalam beradaptasi dalam terhadap stimulus. Hal ini dilakukan dengan mempertimbangkan keseluruhan aspek yang ada pada klien meliputi bio-psikosial.

e. Evaluasi

Merupakan tahap akhir proses keperawatan. Pada tahap ini yang dilakukan adalah membandingkan tingkah laku klien sebelum dan sesudah implementasi. Hal ini terkait dengan kemampuan klien dalam beradaptasi dan mencegah timbulnya kembali masalah yang pernah dialami. Kemampuan adaptasi ini meliputi seluruh aspek, baik bio, psiko dan sosial.

Berdasarkan landasan teori tersebut, kerangka teori yang diadaptasi dari *Health Beliefs Model* dapat dilihat pada gambar berikut:

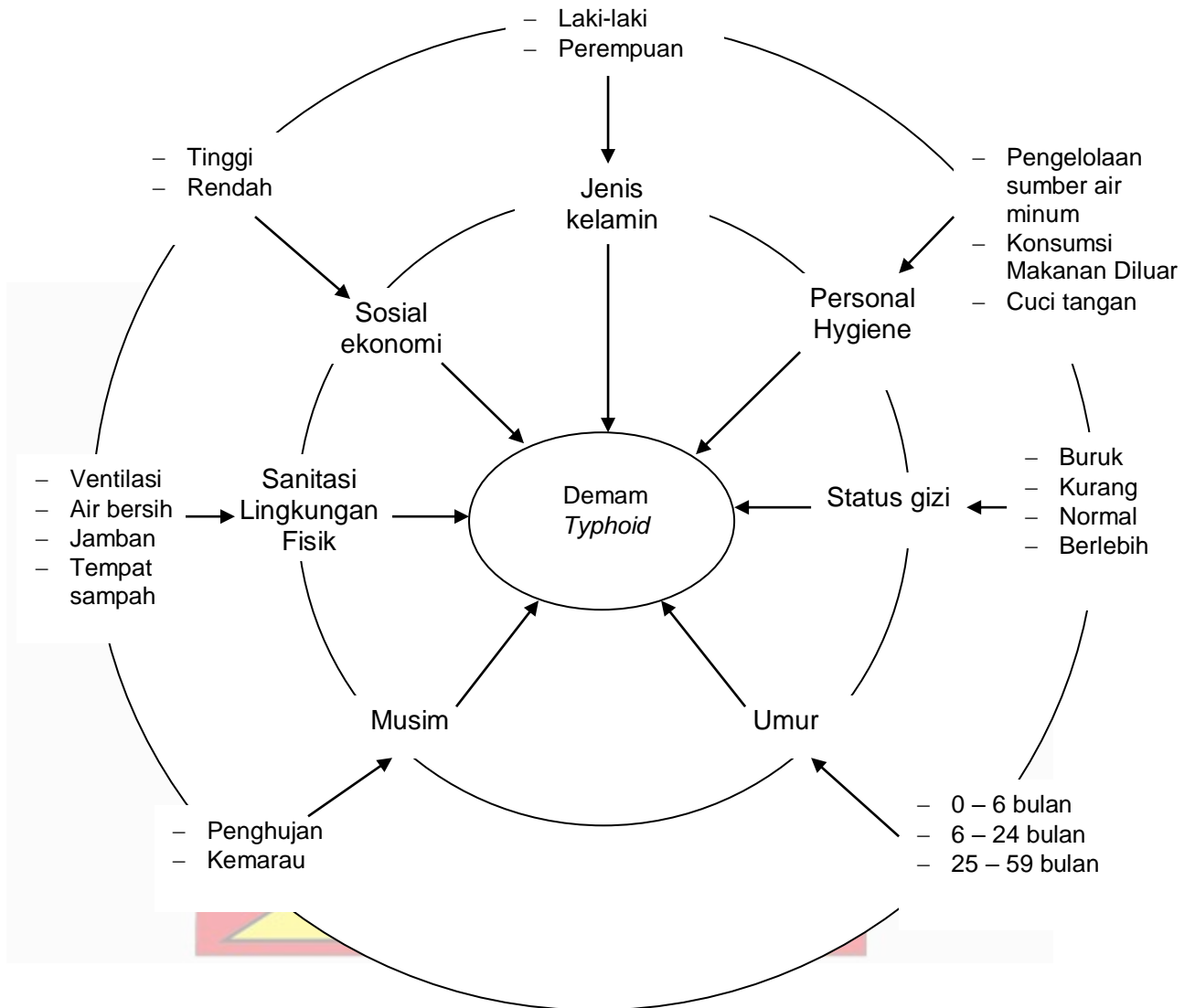


Skema 2.1. Kerangka Teori Keperawatan Berdasarkan Rosenstock dalam Rifai (2016)



B. Kerangka Teori Penelitian

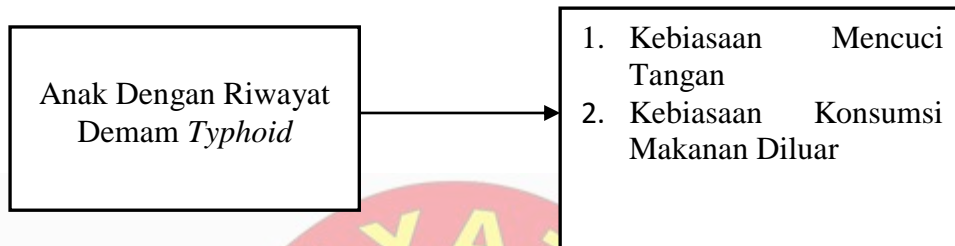
Kerangka teori adalah kerangka berpikir yang bersifat teoritis mengenai masalah, memberikan petunjuk-petunjuk terhadap kekurangan-kekurangan pada pengetahuan peneliti. Kerangka teori pada penelitian ini sebagai berikut :



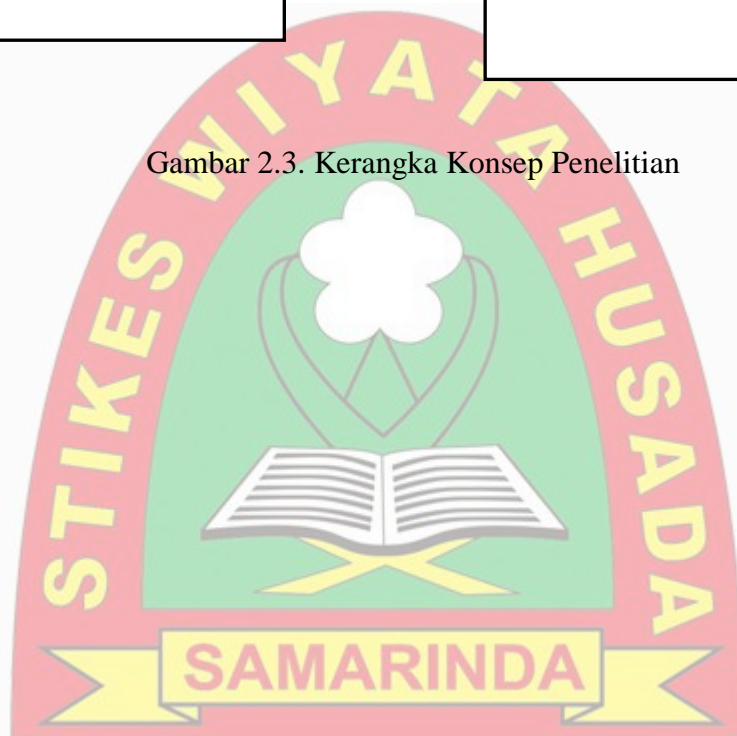
Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian
Modifikasi berdasarkan teori keperawatan Rosenstock dalam Rifai (2016)

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep yang diajukan dalam penelitian ini meliputi variabel dependen (variabel terikat) adalah kejadian demam tifoid dan variabel independen (variabel bebas) adalah kebiasaan makan jajanan dan higiene perorangan.



Gambar 2.3. Kerangka Konsep Penelitian



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini dilakukan secara deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk membuat deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Rancangan penelitian menggunakan desain *cross sectional* yang digunakan untuk meneliti suatu kejadian pada waktu yang bersamaan. *Cross sectional* adalah studi epidemiologi yang mempelajari prevalensi, distribusi, maupun hubungan penyakit dan paparan dengan mengamati status paparan, penyakit atau *outcome* lain secara serentak pada individu- individu dari suatu populasi pada suatu saat. Dengan demikian studi *cross sectional* tidak mengenal adanya dimensi waktu (Notoatmojo, 2012). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

2. Waktu penelitian.

Penelitian dilakukan pada bulan Mei-Juni 2019.

C. Populasi dan Sampel.

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien demam *typhoid* usia 12-18 tahun yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 sebanyak 45 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian populasi yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini menggunakan *total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Sehingga sampel adalah pasien demam *typhoid* usia 12-18 tahun yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 sebanyak 45 orang.

D. Variabel penelitian dan Defenisi Operasional

1. Variabel penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) menurut Soeparto, dkk dalam Nursalam (2011). Variabel dalam penelitian ini meliputi : kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar.
2. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2011).

Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Kebiasaan Mencuci Tangan	Responden mencuci tangan pada kegiatan setiap harinya sebelum dan sesudah menyiapkan makanan, sebelum dan sesudah makan, sesudah BAB dan BAK, sesudah membersihkan sampah dan sesudah bermain dengan hewan, menggunakan air bersih dan sabun , serta tidak saat tangan terlihat kotor saja	Kuesioner kebiasaan mencuci tangan dengan menggunakan skala likert dengan nilai: 5 = selalu 4 = sering 3 = kadang-kadang 2 = jarang 1 = tidak pernah	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean, karena data berdistribusi normal: 1. Baik apabila \geq 34,47 2. Kurang apabila $<$ 34,47	Ordinal

2	Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	Kebiasaan anak membeli makanan dipinggir jalan yang terbuka atau tanpa ada penutup 1 bulan terakhir	Kuesioner kebiasaan konsumsi makanan diluar menggunakan skala likert dengan nilai: 5 = selalu 4 = sering 3 = kadang-kadang 2 = jarang 1 = tidak pernah	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan mean karena data berdistribusi normal: 1. Baik apabila $\geq 41,96$ 2. Kurang apabila $< 41,96$	Ordinal
---	-----------------------------------	---	---	---	---------

E. Alat Pengumpulan Data

Instrumen penelitian atau alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner dan observasi, meliputi :

1. Identitas Responden

Berisi tentang karakteristik responden, yang terdiri dari 3 pertanyaan antara lain usia, jenis kelamin dan pendidikan.

2. Kuesioner Kebiasaan Mencuci Tangan

Variabel kebiasaan mencuci tangan berdasarkan penelitian terdahulu yang sudah diuji validitas oleh Marta (2018), hasil validasi kuesioner kebiasaan mencuci tangan dari 12 pertanyaan menjadi 10 pertanyaan dengan jawaban selalu nilai 5, sering nilai 4, kadang-kadang nilai 3, jarang nilai 2 dan tidak pernah nilai 1. Dimana terdapat 2 item pertanyaan tidak valid karena nilai r hasil (-0,059 dan -0,215) $< r$ tabel : 0,3610, sehingga item pertanyaan kebiasaan mencuci tangan berjumlah 10 pertanyaan, dengan nilai alpha cronbach : 0,893. Dengan option jawaban skala *Likert*. Pertanyaan *favorable* skor jawaban selalu nilai 5, sering nilai 4, kadang-kadang nilai 3, jarang nilai 2, tidak pernah setuju nilai 1. Pertanyaan *unfavorable* skor jawaban selalu nilai 1, sering nilai 2, kadang-kadang nilai 3, jarang nilai 4, tidak pernah setuju nilai 5.

Tabel 3.2. Kisi-Kisi Kuesioner Kebiasaan Mencuci Tangan

No	Variabel	Jumlah Item Pertanyaan	Nomor Item Pertanyaan	
			<i>Favorable</i> (+)	<i>Unfavorable</i> (-)
1	Kebiasaan Mencuci Tangan	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	9, 10

3. Kuesioner Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar

Variabel kebiasaan konsumsi makanan diluar berdasarkan penelitian terdahulu yang sudah diuji validitas oleh Marta (2018), hasil validasi kuesioner kebiasaan konsumsi makanan diluar yang dilakukan oleh Marta (2018) dari 10 pertanyaan menjadi 8 pertanyaan dengan jawaban selalu nilai 5, sering nilai 4, kadang-kadang nilai 3, jarang nilai 2 dan tidak pernah nilai 1. Dimana terdapat 2 item pertanyaan tidak valid karena nilai r hasil (0,000 dan 0,201) < r tabel : 0,3610, sehingga item pertanyaan kebiasaan konsumsi makanan diluar berjumlah 8 pertanyaan, dengan nilai alpha cronbach : 0,929. Karena kurangnya item pertanyaan peneliti menambahkan pertanyaan lagi menjadi 15 pertanyaan pada kuesioner kebiasaan konsumsi makanan diluar. Dengan option jawaban skala *Likert*. Pertanyaan *favorable* skor jawaban selalu nilai 5, sering nilai 4, kadang-kadang nilai 3, jarang nilai 2, tidak pernah setuju nilai 1. Pertanyaan *unfavorable* skor jawaban selalu nilai 1, sering nilai 2, kadang-kadang nilai 3, jarang nilai 4, tidak pernah setuju nilai 5.

Tabel 3.3. Kisi-Kisi Kuesioner Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar

No	Variabel	Jumlah Item Pertanyaan	Nomor Item Pertanyaan	
			<i>Favorable</i> (+)	<i>Unfavorable</i> (-)
1	Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	15	2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12	1, 6, 8, 11, 13, 14, 15

F. Uji Instrumen

Instrumen kuesioner variabel kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar berdasarkan penelitian terdahulu yang sudah diuji validitas oleh Marta (2018). Akan tetapi karena uji validitas yang dilakukan kurang dari tiga kali maka tetap dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

1. Uji Validitas

Uji instrumen dilakukan untuk mengetahui tingkat kesahihan (Valid) tiap item atau butir pernyataan dalam angket atau kuisioer. Instrumen dikatakan valid jika dapat mengukur apa yang seharusnya diukur atau mengukur apa yang diinginkan dengan tepat (Notoatmojo,

2012). Pengujian validitas dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing item pernyataan dengan skor total (Sugiyono, 2015). Uji validitas pada variabel penelitian ini menggunakan rumus *Pearson Product Moment* dengan alat bantu program komputer aplikasi statistik, sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy}{(N)(SD_x)(SD_y)}$$

Keterangan :

r_{xy} : Korelasi x dan y

$\sum xy$: Jumlah keseluruhan dari x dikalikan y

N : Jumlah subyek penelitian

SD_x : Standar deviasi x

SD_y : Standar deviasi y

Keputusan uji :

Bila $r_{hitung} \geq r_{tabel}$ (0,374) artinya pertanyaan tersebut valid.

Bila $r_{hitung} < r_{tabel}$ (0,374) artinya pertanyaan tersebut tidak valid.

Berdasarkan hasil uji validitas variabel kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar seluruh item pertanyaan dengan nilai $r_{hitung} > 0,374$ artinya valid sehingga tidak ada butir pertanyaan yang dibuang.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau taat asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmojo, 2012). Uji reliabilitas untuk variabel sikap menggunakan rumus *Alfa Cronbach* dengan alat bantu program komputer aplikasi statistik, dimana r_{11} dikatakan reliabel apabila hasilnya lebih besar dari r tabel : 0,374 dengan $df = n - 2 = 30 - 2 = 28$ dan $\alpha = 5\%$ (Sugiyono, 2010) sebagai berikut:

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan :

r_{11} : Reliabilitas instrumen

k : Banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$: Jumlah varians butir

$\sum \sigma_t^2$: Varians total

Berdasarkan hasil uji reliabilitas variabel kebiasaan mencuci tangan diperoleh r alpha hitung $0,942 > r$ tabel $0,374$: artinya pertanyaan tersebut reliabel. Begitupula variabel kebiasaan konsumsi makanan diluar diperoleh r alpha hitung $0,969 > r$ tabel $0,374$: artinya pertanyaan tersebut reliabel.

G. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2011). Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa dengan prosedur sebagai berikut:

1. Prosedur Pengumpulan Data
 - a. Membuat surat permohonan izin penelitian dari Stikes Wiyata Husada Samarinda yang ditujukan kepada Kepala Puskesmas Muara Jawa.
 - b. Setelah mendapatkan persetujuan dari Kepala Puskesmas Muara Jawa, setelah itu peneliti melakukan penyeleksian calon responden. Peneliti mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.
 - c. Meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar *Informed concent*.
 - d. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.
 - e. Setelah itu pertanyaan dalam kuisisioner dijawab, maka peneliti mengumpulkan data dan mengucapkan terima kasih kepada responden.

2. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data. Agar penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka data diolah peneliti (Notoatmojo, 2012) dengan tahapan sebagai berikut :

a. Editing Data

Melakukan pengecekan kelengkapan data, diantaranya kelengkapan ketentuan identitas dan hanya mencantumkan kode saja (*anonym*), kemudian mengisi kelengkapan data yaitu memeriksa instrumen pengumpulan data dan kelengkapan isian data jika di dalam instrumen terdapat sebuah atau beberapa *item* yang tidak dikehendaki peneliti.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding adalah usaha pengklasifikasian data dari para responden menurut macamnya. Dalam melakukan *coding*, data responden diklasifikasikan dengan menggunakan kode tertentu berupa angka, meliputi :

- 1) Jenis kelamin dengan kode 1 : laki-laki dan kode 2 : perempuan.
- 2) Pendidikan dengan kode 1 tidak tamat SD, kode 2 : tamat SD, kode 3 : tamat SMP, kode 4 : tamat SMA dan kode 5 : tamat perguruan tinggi.
- 3) Kebiasaan mencuci tangan dengan kode 1 : baik dan kode 2 : kurang.
- 4) Kebiasaan konsumsi makan diluar dengan kode 1 : baik dan kode 2 : kurang.

c. Pembersihan Data

Data yang telah dimasukan diperiksa kembali untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan, baik pada waktu pengkodean maupun dalam waktu membaca kode, sehingga siap untuk dianalisa.

d. Penetapan Skor

Setelah data terkumpul dan kelengkapannya diperiksa kemudian diberi skoring. Selanjutnya data dianalisis terlebih dahulu dengan menetapkan skor pada setiap item jawaban.

e. Tabulasi Data

Kemudian dilakukan tabulasi data dengan memasukan data-data hasil penelitian lalu memasukan data-data dalam tiap variabel ke program computer dengan bantuan *software* untuk dilakukan analisis data sehingga data akan muncul dalam bentuk sesuai dengan keinginan peneliti.

I. Tehnik Analisa Data

1. Uji Normalitas Data

Uji normalitas pada penelitian ini untuk mengetahui nilai titik potong pada variabel penelitian. Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan *shapiro wilk*, dimana data dikatakan berdistribusi normal jika nilai signifikannya $> 0,05$ dan berdistribusi tidak normal jika nilai signifikannya $< 0,05$. Hasil uji normalitas pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.4.

Uji Normalitas Variabel Sanitasi Lingkungan Fisik, Kebiasaan Mencuci Tangan dan Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	Skewness	Kurtosis	Shapiro - Wilk
Kebiasaan Mencuci Tangan	34,47	34	1,961	30-40	0,194	0,626	0,245
Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	41,96	42	7,977	37-48	0,245	-0,942	0,101

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel uji normalitas dilihat dari *shapiro wilk* diperoleh nilai signifikansi yaitu variabel kebiasaan mencuci tangan sebesar $0,245 > 0,05$ yaitu data berdistribusi normal, maka nilai titik potong menggunakan

mean dan variabel kebiasaan konsumsi makanan diluar sebesar $0,101 > 0,05$ yaitu data berdistribusi normal, maka nilai titik potong menggunakan mean.

2. Uji Univariat

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat. Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Untuk melakukan analisa data secara univariat digunakan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi (Notoatmojo, 2012), dengan rumus:

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase

F = Frekuensi responden untuk setiap pertanyaan yang ada

N = Besar sampel

J. Etika Penelitian

Nursalam (2011) menjelaskan bahwa dalam melakukan penelitian menekankan prinsip etika penelitian yang meliputi:

1. Prinsip Manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian yang dilaksanakan hanya mengisi kuesioner sehingga responden bebas dari bahaya.

b. Bebas dari Eksploitasi

Penelitian yang dilaksanakan ini hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan sehingga nama responden disembunyikan.

c. Risiko (*benefits ratio*)

Peneliti mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)
 - a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Responden mempunyai hak memutuskan bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun.
 - b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti memberikan penjelasan secara terperinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek
 - c. *Informed Consent*

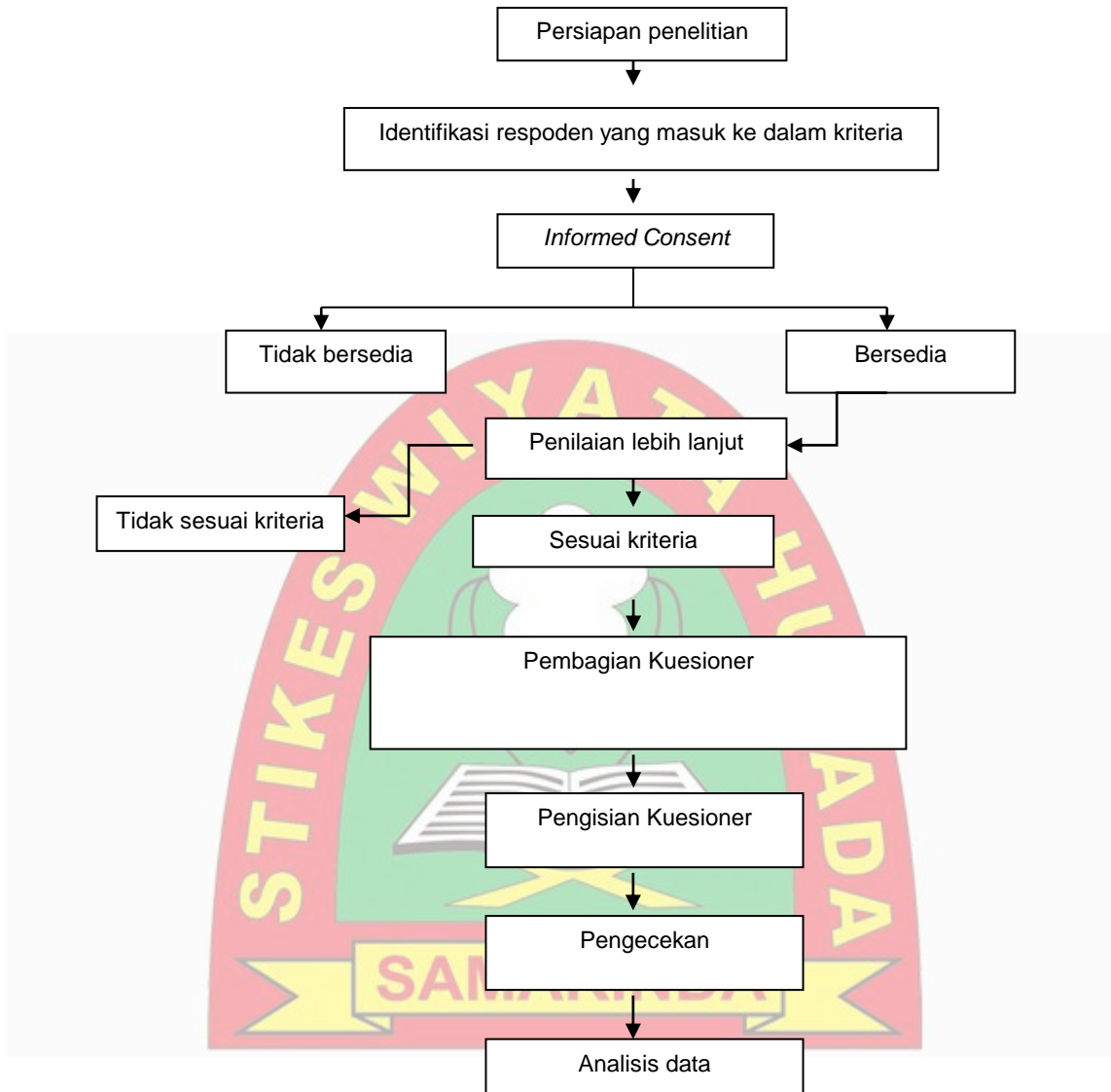
Responden diberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *Informed Consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
3. Prinsip keadilan (*right to justice*)
 - a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Responden mendapatkan perlakuan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi.
 - b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

K. Alur Penelitian

Jalannya penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Skema 3.1. Alur Penelitian

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Penelitian mengenai gambaran sanitasi lingkungan fisik, kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa, dilaksanakan pada bulan Mei-Juni 2019 di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

Puskesmas Muara Jawa merupakan satu diantara Puskesmas yang ada di wilayah Kabupaten Kutai Kartanegara. Puskesmas Muara Jawa terletak di Kecamatan Muara Jawa yang beribukota kecamatan di Muara Jawa Ulu dengan luas wilayah tercatat 754,50 Km² terbagi dalam delapan Kelurahan, yaitu Kelurahan Muara Jawa Ilir (23,79 Km²), Kelurahan Muara Jawa Tengah (62,45 Km²), Kelurahan Muara Jawa Ulu (17,65 Km²), Kelurahan Muara Kembang (262,9 Km²), Kelurahan Teluk Dalam (356,88 Km²), Kelurahan Dondang (10,71 Km²), Kelurahan Tamapole (8,03 Km²), dan Kelurahan Muara Jawa Pesisir (12,09 Km²).

Letak wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa antara 116059'-117024' Bujur Timur dan 0043' LS - 0055' LS dengan batas wilayah yaitu sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Muara Jawa, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Anggana dan Selat Makassar, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Loa Janan, sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Samboja.

Waktu tempuh dari Kecamatan Muara Jawa ke Ibukota Kabupaten 3 jam dengan jarak 147 km dengan perjalanan darat melewati Kecamatan Sanga-Sanga, Kotamadya Samarinda, Kecamatan Loa Janan dan Kecamatan Muara Jawa. Secara topografi, wilayah Kecamatan Muara Jawa merupakan daerah pantai, sungai dan daratan.

Beberapa wilayah hingga saat ini masih ada yang harus ditempuh melalui jalur sungai. Transportasi yang digunakan ke desa-desa berupa kendaraan roda dua, kendaraan roda empat dan kendaraan air (perahu/kapal).

Penduduk Muara Jawa berjumlah 35.362 jiwa yang tersebar di 8 kelurahan, dengan jumlah penduduk terbesar yakni 13.885 jiwa di Kelurahan Muara Jawa Ulu dan Kelurahan Muara Jawa Pesisir yaitu 7.512 jiwa, sedangkan jumlah penduduk di Kelurahan Muara Jawa Tengah yaitu 4.492 jiwa, Kelurahan Muara Kembang yaitu 3.443 jiwa, Kelurahan Muara Jawa Ilir yaitu 2.742 jiwa, Kelurahan Dondang yaitu 2.090 jiwa, Kelurahan Teluk Dalam yaitu 820 jiwa dan Kelurahan Tamapole yaitu 378 jiwa. Tingginya jumlah penduduk di kelurahan Muara Jawa Ulu dan Pesisir karena kelurahan Muara Jawa Ulu dan Pesisir merupakan pusat pemerintahan kecamatan dan konsentrasi kegiatan ekonomi.

Penduduk yang tergolong Keluarga Miskin di Kecamatan Muara Jawa tercatat sebanyak 2594 KK. Jumlah tertinggi terdapat di Kelurahan Muara Jawa Ulu (2293 KK), kemudian Kelurahan Muara Jawa Tengah (103 KK), Kelurahan Muara Kembang (56 KK), Kelurahan Muara Jawa Ilir (50 KK), Kelurahan Teluk Dalam (41 KK) dan jumlah terendah di Kelurahan Tama Pole (16 KK).

b. Karakteristik Responden

1) Usia

Usia pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.1.
Usia Responden di Poli Umum Puskesmas Muara Jawa Bulan
Januari-Maret Tahun 2019

Usia (Tahun)	Jumlah	Persentase (%)
12	7	15.6
13	10	22.2
14	7	15.6
15	6	13.3
16	5	11.1
17	2	4.4
18	8	17.8
Jumlah	45	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.1 di atas, diketahui usia pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak berusia 13 tahun dengan persentase 22,2%. Pada penelitian ini yang menjadi responden ditentukan dengan usia 12-18 tahun, yang mana paling banyak usia 13 tahun dikarenakan usia tersebut baru memasuki SMP kelas 1 dengan banyaknya aktivitas yang dilakukan didalam maupun diluar rumah, sehingga dapat mengganggu aktifitas sehari-hari. Akibatnya penderita akan kehilangan waktu melakukan kegiatan berkisar 4-6 minggu.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.2.
Jenis Kelamin Responden di Poli Umum Puskesmas Muara Jawa
Bulan Januari-Maret Tahun 2019

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	18	40
Perempuan	27	60
Jumlah	45	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.2 di atas, diketahui jenis kelamin pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum

Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 didominasi oleh perempuan dengan persentase 60%. Hal ini dikarenakan pasien perempuan lebih banyak berobat di Puskesmas Muara Jawa dan berdasarkan dari daya tahan tubuh, wanita lebih berpeluang untuk terkena dampak yang lebih berat atau mendapat komplikasi dari demam tifoid. Salah satu teori yang menunjukkan hal tersebut adalah ketika *Salmonella typhi* masuk ke dalam sel-sel hati, maka hormon estrogen pada wanita akan bekerja lebih berat karena menangani dua hal sekaligus.

3) Pendidikan

Pendidikan pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3.
Pendidikan Responden di Poli Umum Puskesmas Muara Jawa
Bulan Januari-Maret Tahun 2019

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Tamat SD	1	2,2
SD	12	26,7
SMP	17	37,8
SMA	15	33,3
Jumlah	45	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.3 di atas, diketahui pendidikan pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak tamat SMP dengan persentase 37,8%. Hal ini dikarenakan semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pengetahuannya akibat semakin banyak informasi diperoleh. Dalam penelitian ini sebagian besar tamat SMP yang tergolong kurang baik, maka cenderung menderita demam *typhoid* karena kurangnya informasi dalam menjaga kesehatan.

2. Analisis Data

a. Kebiasaan Mencuci Tangan

Pada setiap butir item pertanyaan dalam variabel kebiasaan mencuci tangan diketahui masing-masing skor yang dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.4.
Distribusi Frekuensi Butir Item Pertanyaan Pada Variabel Kebiasaan Mencuci Tangan Responden di Poli Umum Puskesmas Muara Jawa Bulan Januari-Maret Tahun 2019

No	Pertanyaan	Persentase (%)				
		SL	SR	KK	JR	TP
1	Sebelum dan sesudah menyiapkan makanan perlu mencuci tangan	2,2	77,8	20	0	0
2	Sebelum dan sesudah makan mencuci tangan	31,1	44,4	22,2	2,2	0
3	Setelah BAB (buang air besar) mencuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun	88,9	11,1	0	0	0
4	Setelah BAK (buang air kecil) mencuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun	4,4	82,2	13,3	0	0
5	Setelah membersihkan sampah perlu mencuci tangan	4,4	13,3	20	62,2	0
6	Setelah memegang atau bermain dengan hewan peliharaan perlu mencuci tangan	0	8,9	31,1	55,6	4,4
7	Mencuci tangan dengan air bersih	2,2	51,1	24,4	17,8	4,4
8	Mencuci tangan dengan menggunakan sabun	0	24,4	46,7	26,7	2,2
9	Mencuci tangan cukup dengan membasahi tangan dengan air saja	0	48,9	35,6	15,6	0
10	Mencuci tangan hanya perlu dilakukan ketika tangan terlihat kotor	13,3	24,4	31,1	31,1	0

Sumber : Data Primer, 2019

Pada tabel 4.4 di atas secara keseluruhan persentase item pertanyaan variabel kebiasaan mencuci tangan proporsi tertinggi setelah BAB (buang air besar) selalu mencuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun (88,9%). Sedangkan paling rendah pada sebelum dan sesudah menyiapkan makanan selalu perlu mencuci tangan, sebelum dan sesudah makan jarang mencuci tangan, selalu mencuci tangan dengan air bersih dan tidak pernah mencuci tangan dengan menggunakan sabun (2,2%).

Kebiasaan mencuci tangan pada pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.5.
Kebiasaan Mencuci Tangan Responden di Poli Umum Puskesmas Muara Jawa Bulan Januari-Maret Tahun 2019

Kebiasaan Mencuci Tangan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	22	48,9
Kurang	23	51,1
Jumlah	45	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.5 di atas, diketahui kebiasaan mencuci tangan pada pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak kurang dengan persentase 51,1%. Tangan adalah media utama penularan kuman penyebab penyakit. Meningkatkan kebersihan dari kotoran yang ditularkan melalui tangan merupakan cara yang efektif untuk mengurangi penyebaran infeksi *Salmonella* dan *E.coli*, yang menyebabkan penyakit ISPA, cholera, dysentrie, paratyphus, cacangan, keracunan makanan dan *tifoid*. Penularan penyakit *tifoid* karena bakteri *salmonella* mudah melekat pada kondisi tangan yang kotor, oleh karena itu penting untuk menjaga kebersihan tangan.

b. Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar

Pada setiap butir item pertanyaan dalam variabel kebiasaan konsumsi makanan diluar diketahui masing-masing skor yang dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.6.
Distribusi Frekuensi Butir Item Pertanyaan Pada Variabel Kebiasaan
Konsumsi Makanan Diluar Responden di Poli Umum Puskesmas
Muara Jawa Bulan Januari-Maret Tahun 2019

No	Pertanyaan	Persentase (%)				
		SL	SR	KK	JR	TP
1	Pernah membeli jajanan yang tempatnya berada dipinggir jalan	13,3	73,3	11,1	2,2	0
2	Jajanan yang anda beli, pada saat dijual bersih dan terdapat penutup atau plastik	0	11,1	57,8	31,1	0
3	Jajanan yang anda beli tidak dikerubungi lalat	2,2	13,3	31,1	53,3	0
4	Jajanan yang anda beli tidak terkena debu	0	2,2	42,2	51,1	4,4
5	Saat membeli jajanan anda memperhatikan kebersihan alat-alat yang digunakan untuk mengolah jajan	0	15,6	20	26,7	37,8
6	Dalam seminggu lebih dari 3 kali anda membeli jajanan dipinggir jalan	0	66,7	28,9	4,4	0
7	Saat membeli jajanan anda memperhatikan kemasan tidak rusak/penyok dan tanggal kadaluarsanya	0	8,9	4,4	44,4	42,2
8	Jajanan yang anda beli pernah sudah berbau busuk atau tengik	0	8,9	15,6	22,2	53,3
9	Jajanan yang dibeli tidak mengandung pemanis buatan	0	4,4	37,8	55,6	2,2
10	Saat membeli jajanan anda memperhatikan kebersihan diri penjualnya	0	8,9	0	26,7	64,4
11	Suka membeli jajanan yang berwarna cerah / mencolok	0	17,8	48,9	28,9	4,4
12	Terbiasa makan dirumah dan tidak suka membeli jajan diluar	0	35,6	27,8	26,7	0
13	Membeli pentol disekitar sekolah	13,3	60	15,6	8,9	2,2
14	Jajanan yang anda beli mengandung penyedap rasa dan pengawet	0	17,8	48,9	33,3	0
15	Membeli jajanan yang murah dan enak	42,2	53,3	0	2,2	2,2

Sumber : Data Primer, 2019

Pada tabel 4.6 di atas secara keseluruhan persentase item pertanyaan variabel kebiasaan konsumsi makanan diluar proporsi tertinggi pada sering membeli jajanan yang tempatnya berada dipinggir jalan (73,3%). Sedangkan paling rendah pada jajanan yang di beli tidak selalu dikerubungi lalat, jajanan yang dibeli tidak sering terkena debu, jajanan yang dibeli tidak pernah mengandung pemanis buatan, tidak pernah membeli pentol disekitar sekolah dan jarang / tidak pernah membeli jajanan yang murah dan enak (2,2%).

Kebiasaan konsumsi makanan diluar pada pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara

Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.7.
Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar Responden di Poli Umum
Puskesmas Muara Jawa Bulan Januari-Maret Tahun 2019

Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	Jumlah	Persentase (%)
Baik	23	51,1
Kurang	22	48,9
Jumlah	45	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.7 di atas, diketahui kebiasaan konsumsi makanan diluar pada pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak baik dengan persentase 51,1%. Penularan tifus dapat terjadi dimana saja dan kapan saja, biasanya terjadi melalui konsumsi makanan di luar rumah atau di tempat-tempat umum, apabila makanan atau minuman yang dikonsumsi kurang bersih. Dapat juga disebabkan karena makanan tersebut disajikan oleh seorang penderita tifus laten (tersembunyi) yang kurang menjaga kebersihan saat memasak.

B. Pembahasan

1. Kebiasaan mencuci tangan pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui kebiasaan mencuci tangan pada pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak kurang dengan persentase 51,1%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Marta (2018) yang menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki kebiasaan mencuci tangan kurang baik. Hal ini dikarenakan responden mencuci tangan setiap selesai beraktivitas, maupun sebelum dan sesudah makan serta sesudah BAB dan BAK.

Secara keseluruhan persentase item pertanyaan variabel kebiasaan mencuci tangan proporsi tertinggi setelah BAB (buang air besar) selalu

mencuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun (88,9%). Sedangkan paling rendah pada sebelum dan sesudah menyiapkan makanan selalu perlu mencuci tangan, sebelum dan sesudah makan jarang mencuci tangan, selalu mencuci tangan dengan air bersih dan tidak pernah mencuci tangan dengan menggunakan sabun (2,2%).

Tangan adalah media utama penularan kuman penyebab penyakit. Meningkatkan kebersihan dari kotoran yang ditularkan melalui tangan merupakan cara yang efektif untuk mengurangi penyebaran infeksi Salmonella dan E.coli, yang menyebabkan penyakit ISPA, cholera, dysentrie, paratyphus, cacangan, keracunan makanan dan *tifoid*. Penularan penyakit *tifoid* karena bakteri salmonella mudah melekat pada kondisi tangan yang kotor, oleh karena itu penting untuk menjaga kebersihan tangan (Evita, 2016).

Tangan yang kotor atau terkontaminasi dapat memindahkan bakteri atau virus patogen dari tubuh, feses atau sumber lain ke makanan. Oleh karenanya kebersihan tangan dengan mencuci tangan perlu mendapat prioritas tinggi, walaupun hal tersebut sering dipelekan. 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, urine atau dubur sesudah buang air besar (BAB) maka harus dicuci pakai sabun dan kalau dapat disikat. Pencucian dengan sabun sebagai pembersih, penggosokkan dan pembilasan dengan air mengalir akan menghanyutkan partikel kotoran yang banyak mengandung mikroorganismenya (Fathonah, 2005 dalam Artanti, 2013).

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. Budaya cuci tangan yang benar adalah kegiatan terpenting. Setiap tangan yang dipergunakan untuk

memegang makanan, maka tangan harus sudah bersih. Tangan perlu dicuci karena ribuan jasad renik, baik flora normal maupun cemaran, menempel ditempat tersebut dan mudah sekali berpindah ke makanan yang tersentuh. Pencucian dengan benar telah terbukti berhasil mereduksi angka kejadian kontaminasi dan KLB (Arisman, 2008 dalam Artanti, 2013).

Penularan bakteri *Salmonella typhi* salah satunya melalui jari tangan atau kuku. Apabila orang tersebut kurang memperhatikan kebersihan dirinya seperti mencuci tangan sebelum makan maka kuman *Salmonella typhi* dapat masuk ke tubuh orang sehat melalui mulut, selanjutnya orang sehat akan menjadi sakit (Zulkoni, 2010).

Berdasarkan penjelasan di atas diketahui bahwa sebagian besar responden kurang baik dalam mencuci tangan menyebabkan demam *typhoid*, dikarenakan penularan penyakit *typhoid* karena bakteri salmonella mudah melekat pada kondisi tangan yang kotor, oleh karena itu penting untuk menjaga kebersihan tangan.

2. Kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui kebiasaan konsumsi makanan diluar pada pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak baik dengan persentase 51,1%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Marta (2018) sebagian besar memiliki kebiasaan makan jajanan jarang dipinggir jalan. Hal ini dikarenakan banyak terdapat pedagang kaki lima maupun pedagang keliling yang berjualan di sekitar rumah responden yang kurang terjaga kebersihannya.

Secara keseluruhan persentase item pertanyaan variabel kebiasaan konsumsi makanan diluar proporsi tertinggi pada sering membeli jajanan yang tempatnya berada dipinggir jalan (73,3%). Sedangkan paling rendah pada jajanan yang di beli tidak selalu dikerubungi lalat, jajanan yang dibeli tidak sering terkena debu, jajanan yang dibeli tidak pernah mengandung

pemanis buatan, tidak pernah membeli pentol disekitar sekolah dan jarang / tidak pernah membeli jajanan yang murah dan enak (2,2%).

Secara umum, untuk memperkecil kemungkinan tercemar *Salmonella thyphi*, maka setiap individu harus memperhatikan kualitas makanan dan minuman yang mereka konsumsi. Penularan tifus dapat terjadi dimana saja dan kapan saja, biasanya terjadi melalui konsumsi makanan di luar rumah atau di tempat-tempat umum, apabila makanan atau minuman yang dikonsumsi kurang bersih. Dapat juga disebabkan karena makanan tersebut disajikan oleh seorang penderita tifus laten (tersembunyi) yang kurang menjaga kebersihan saat memasak. Seseorang dapat membawa kuman tifus dalam saluran pencernaannya tanpa sakit, ini yang disebut dengan penderita laten. Penderita ini dapat menularkan penyakit tifus ini ke banyak orang, apalagi jika dia bekerja dalam menyajikan makanan bagi banyak orang seperti tukang masak di restoran (Addin, 2009).

Makanan diluar merupakan masalah yang perlu menjadi perhatian masyarakat, khususnya orang tua, penjual, karena jajanan diluar sangat beresiko terhadap cemaran biologis atau kimiawi yang banyak mengganggu kesehatan, baik jangka pendek maupun jangka panjang pada anak sekolah. Meskipun makanan diluar memiliki keunggulan-keunggulan seperti murah, cita rasanya enak, dan dapat langsung dimakan tanpa pengolahan lebih lanjut, ternyata makanan jajanan masih beresiko terhadap kesehatan karena penanganannya sering tidak higienis, yang memungkinkan terkontaminasi oleh mikroba beracun maupun penggunaan bahan tambahan pangan (BTP). Infeksi dari makanan akan timbul apabila mengkonsumsi makanan yang terkontaminasi mikroorganisme patogen yang hidup. Mikroorganisme tersebut akan berkembang di dalam tubuh, apabila jumlahnya banyak akan menimbulkan gejala-gejala penyakit (Zulkoni, 2010).

Berdasarkan penjelasan di atas diketahui bahwa kebiasaan konsumsi makanan diluar pada pasien demam *typhoid* yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret

tahun 2019 yang kurang baik dikeranakan sering membeli jajanan yang tempatnya berada dipinggir jalan, jajanan yang di beli dikerubungi lalat, jajanan yang dibeli sering terkena debu, jajanan yang dibeli pernah mengandung pemanis buatan, pernah membeli pentol disekitar sekolah dan membeli jajanan yang murah dan enak.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini masih terdapat berbagai kelemahan dan kekurangan, walaupun peneliti berupaya semaksimal mungkin dengan berbagai usaha untuk membuat hasil penelitian ini menjadi sempurna. Peneliti menyadari bahwa keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu pengambilan data pada penelitian ini hanya didasarkan pada pengisian kuesioner, dimungkinkan adanya unsur kurang obyektif dalam proses pengisian seperti dalam mengisi yang sebenarnya kurang mengetahui kondisi yang dirasakan responden itu sendiri. Selain itu dalam pengisian kuesioner diperoleh adanya sifat responden yang ketakutan dalam menjawab responden tersebut dengan sebenarnya.



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai gambaran kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan konsumsi makanan diluar pada anak dengan riwayat demam *typhoid* di wilayah kerja Puskesmas Muara Jawa, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

3. Kebiasaan mencuci tangan pada pasien demam *typhoid* usia 12-18 tahun yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak kurang berjumlah 23 orang dengan persentase 51,1%.
4. Kebiasaan konsumsi makanan diluar pada pasien demam *typhoid* usia 12-18 tahun yang berobat pertama kali di poli umum Puskesmas Muara Jawa bulan Januari-Maret tahun 2019 paling banyak baik berjumlah 23 orang dengan persentase 51,1%.

B. Saran

Dari hasil kesimpulan di atas, maka ada beberapa hal yang dapat disarankan yaitu :

1. Bagi masyarakat
 - a. Memberikan pandangan kepada anak-anaknya tentang kebiasaan makanan jajanan di luar dapat mudah tertular penyakit, karena makanan yang dijual dipinggir jalan tidak terjamin kebersihan dan keamanan bahan yang digunakan. Selain itu, memberikan penjelasan kepada anak jajanan yang dapat dibeli dengan kondisi jauh dari tempat sampah, tidak terdapat lalat, tidak terkena debu dan terdapat penutup pada makanan.
 - b. Sebaiknya orang tua, untuk menghindari anak membeli jajanan di pinggir jalan dengan membuat sendiri makanan bekal yang aman dan bergizi serta disukai anak-anak.

- c. Sebaiknya mengajarkan anak cara menjaga kebersihan khususnya mencuci tangan yang baik dan benar.
2. Bagi Puskesmas

Sebaiknya memberikan penyuluhan kepada masyarakat mengenai jajanan makanan yang baik dan cara mencuci tangan yang baik dan benar sehingga menurunkan kejadian penyakit demam *typhoid*.
 3. Bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian lebih lanjut seperti analisis dampak demam *typhoid* pada anak usia sekolah berdasarkan umur dan jenis kelamin.



DAFTAR PUSTAKA

- Adam dan Y. Motarjemi. 2013. *Dasar-Dasar Keamanan Makanan Untuk Petugas Kesehatan*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Addin, A. 2009. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit*. Bandung: PT. Puri Delco.
- Alimul, Hidayat, A. Aziz. 2011. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Artanti. 2013. *Hubungan antara Sanitasi Lingkungan, Higiene Perorangan, dan Karakteristik Individu dengan Kejadian Demam Tifoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang Tahun 2012*. Skripsi Universitas Negeri Semarang.
- Dahlan, Ahmad. 2014. *Hubungan Sanitasi Lingkungan dan Faktor Budaya dengan kejadian demam thypoid di wilayah kerja Puskesmas Lambur Kabupaten Tanjung Lambung*. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi Vol.14 No.1.
- Dahlan, S. 2014. *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Penerbit Sagung Seto. Jakarta.
- Data Puskesmas Muara Jawa. 2019. *Profil Kesehatan Puskesmas Muara Jawa*. Kukar: Puskesmas Muara Jawa.
- Departemen Kesehatan RI. 2013. *Pengendalian Demam Tifoid*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kabupaten Kutai Kartanegara. 2018. *Profil Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara*. Tenggarong: Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur*. Samarinda: Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur.
- Edi, Apriyadi. 2018. *Perilaku Higiene Perseorangan dengan Kejadian Demam Tifoid*. Artikel Penelitian.
- Evita, Candra. 2016. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Demam Typhoid Pada Pasien Rawat Inap Di Ruang Flamboyan dan Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Jurnal FKM UWGM Samarinda.

- Eunike, Seran. 2015. *Hubungan antara personal higiene dengan kejadian demam tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Tumaratas Kecamatan Langowan Barat*. ejournal Keperawatan (e-Kp) Volume 3. Nomor 2.
- Hadinegoro, Sri R dan Hindra Irawan S. 2012. *Demam Berdarah Dengue. Naskah Lengkap, Pelatihan bagi Pelatih Dokter Spesialis Anak dan Dokter Spesialis Penyakit Dalam dalam Tatalaksana Kasus DBD*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Haslinda. 2016. *Hubungan Personal Hygiene dan Kebiasaan Jajan Terhadap Kejadian Demam Typhoid Pada Anak*. Skripsi UIN Alaudin Makassar.
- Hidayati. 2016. *Asuhan Keperawatan pada An.R dengan Demam Typhoid di Ruang Cempaka RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga*. Skripsi Universitas Muhammadiyah Puwokerto.
- Innesa, Carolina. 2013. *Perbaikan Gambaran Klinis Demam Terhadap Terapi Antibiotik Pada Anak Demam Tifoid*. Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Ivan, Elisabeth Purba. 2016. *Program Pengendalian Demam Tifoid di Indonesia: tantangan dan peluang*. Media Litbangkes, Vol. 26 No. 2.
- Kasjono, Heru Subaris. 2011. *Penyehatan Pemukiman*. Gosyen Publishing. Yogyakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/SK/V/2006 tentang Pedoman Pengendalian Demam Tifoid.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan.
- Kodoatie. 2010. *Tata Ruang Air*. Yogyakarta : C.V Andi.
- Martha, Wahyuningsih. 2018. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Demam Tifoid Pada Pasien Di Puskesmas Temindung Kota Samarinda Tahun 2018*. Skripsi Widya Gama Mahakam Samarinda.
- Mubarak. 2011. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC
- Murwati. 2013. *Surveilans Epidemiologi*. Bahan Ajar 05 Epid Bid.
- Nelwan, R.H.H. 2012. *Tata Laksana Terkini Demam Tifoid*, Continuing Medical Education. CDK-192/Vol. 39, No 4, halaman 248-249.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT Rineka Cipta. Jakarta.

- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan : pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Pratiwi, L.R. 2013. *Hubungan Antara Personal Hygiene Dan Sanitasi Makanan Dengan Kandungan E. Coli Pada Sambal Yang Disediakan Kantin Universitas Negeri Semarang Tahun*. Unnes Journal of Public Health. Volume 3, No 4
- Proverawati. 2012. *Perilaku Hidup Bersih & Sehat (PHBS)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ramatillah, D. L., Eff, A. R., & Lukas, S. 2015. *Case Report Typhoid Fever at PGI Cikini Hospital Jakarta*. Wood Industry/Drvna Industrija Vol 6 No 1.
- Ramaningrum, Galuh. 2016. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Demam Tifoid pada Anak di RSUD Tugurejo Semarang*. Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Salis, Milla Rohma. 2016. *Pengaruh Pengetahuan Higiene dan Sanitasi Terhadap Penyelenggaraan Makanan Sehat Pada KKG Guru SD Kecamatan Keling Jepara*. Jurnal keluarga vol 2 no. 1.
- Sajida, Aqsa. 2012. *Hubungan personal hygiene(kebersihan kulit, kebersihan tangan dan kuku, kebersihan pakaian, kebersihan handuk dan kebersihan tempat tidur dan spreidan sanitasi lingkungan dengan keluhanpenyakit kulit di Kelurahan Denai Kecamatan Medan Denai Kota Medan Tahun 2012*. Skripsi USU.
- Sari, Yuli Wulan. 2013. *Faktor kebiasaan dan sanitasi lingkungan hubungannya dengan kejadian demam thypoid di wilayah Kerja Puskesmas Ngemplak Kabupaten Boyolali*. Naskah Publikasi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Seran. 2015. *Hubungan antara personal higiene dengan kejadian demam tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Tumaratas Kecamatan Langowan Barat*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol 2 No. 1.
- Simanjuntak, C.H. 2009. *Demam Tifoid, Epidemiologi, Dan Perkembangan Penelitiannya*. Cermin Dunia Kedokteran. Volume 1 Nomor 83.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Tarwoto. 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Widodo, D. 2015. *Demam Tifoid Buku Ajar Penyakit Dalam*. Interna Publishing. Jakarta.

Zulkoni. 2010. *Parasitologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.



Lampiran 1.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Damaris Manik

NIM : B21739818001

Judul Penelitian : Gambaran Kebiasaan Mencuci Tangan dan Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar Pada Anak Dengan Riwayat Demam *Typhoid* di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Jawa.

Saya adalah mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian. Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar *Informed consent*. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas. Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Bapak/Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian.

Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i ketika merasa kesulitan, mohon memberitahu peneliti, maka pelaksanaan penelitian akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai

dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara/I dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Mei 2019

Peneliti

Damaris Manik



Lampiran 2.

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Damaris Manik, mahasiswi S1 Keperawatan STIKES wiyata Husada Samarinda, dengan judul **“Gambaran Kebiasaan Mencuci Tangan dan Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar Pada Anak Dengan Riwayat Demam *Typhoid* di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Jawa”**

Maka saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Saya memahami bahwa penelitian ini akan berguna bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, tidak akan berakibat negatif bagi saya serta informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Oleh karena itu, jawaban yang diberikan adalah jawaban yang sebenarnya.

Dengan penuh kesadaran saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

Samarinda, Mei 2019

Responden

Lampiran 3.

KUESIONER

GAMBARAN KEBIASAAN MENCUCI TANGAN DAN KEBIASAAN KONSUMSI MAKANAN DILUAR PADA ANAK DENGAN RIWAYAT DEMAM TYPHOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA JAWA

Petunjuk Pengisian

1. Mohon bantuan Bapak/Ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan jujur.
2. Berilah tanda (x) pada kolom yang tersedia dan pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
3. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, Bapak/Ibu cukup menjawab sesuai yang Ibu alami dan rasakan. Jawaban Ibu dijamin kerahasiaannya. Selamat mengisi kuesioner !

Nomor Responden : _____ (Diisi oleh peneliti)

Tanggal Wawancara : / / 2019

A. Data Identitas Responden

1. Umur :(Tahun)
2. Jenis Kelamin :
 - 1) Laki-laki
 - 2) Perempuan
3. Pendidikan :
 - 1) Tidak Tamat SD
 - 2) Tamat SD
 - 3) Tamat SMP
 - 4) Tamat SMA
 - 5) Tamat Perguruan Tinggi

B. Kebiasaan Mencuci Tangan

Keterangan :

Selalu : SL = 5

Sering : SR = 4

Kadang-kadang : KK = 3

Jarang : JR = 2

Tidak Pernah : TP = 1

No	Pertanyaan	SL	SR	KK	JR	TP
1	Apakah sebelum dan sesudah menyiapkan makanan perlu mencuci tangan ?					
2	Apakah sebelum dan sesudah makan anda mencuci tangan ?					
3	Apakah setelah BAB (buang air besar) anda mencuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun ?					
4	Apakah setelah BAK (buang air kecil) anda mencuci tangan dengan air bersih dan menggunakan sabun?					
5	Apakah setelah membersihkan sampah perlu mencuci tangan ?					
6	Apakah setelah memegang atau bermain dengan hewan peliharaan perlu mencuci tangan ?					
7	Apakah anda mencuci tangan dengan air bersih ?					
8	Apakah anda mencuci tangan dengan menggunakan sabun ?					
9	Apakah mencuci tangan cukup dengan membasahi tangan dengan air saja ?					
10	Apakah mencuci tangan hanya perlu dilakukan ketika tangan terlihat kotor?					

Sumber : Marta (2018)

C. Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar

Keterangan :

Selalu : SL = 5

Sering : SR = 4

Kadang-kadang : KK = 3

Jarang : JR = 2

Tidak Pernah : TP = 1

No	Pertanyaan	SL	SR	KK	JR	TP
1	Apakah anda pernah membeli jajanan yang tempatnya berada dipinggir jalan?					
2	Apakah jajanan yang anda beli, pada saat dijual bersih dan terdapat penutup atau plastik ?					
3	Apakah jajanan yang anda beli tidak dikerubungi lalat ?					
4	Apakah jajanan yang anda beli tidak terkena debu ?					
5	Apakah saat membeli jajanan anda memperhatikan kebersihan alat-alat yang digunakan untuk mengolah jajan?					
6	Apakah dalam seminggu lebih dari 3 kali anda membeli jajanan dipinggir jalan?					
7	Apakah saat membeli jajanan anda memperhatikan kemasan tidak rusak/penyok dan tanggal kadaluarsanya ?					
8	Apakah jajanan yang anda beli pernah sudah berbau busuk atau tengik?					
9	Apakah jajanan yang dibeli tidak mengandung pemanis buatan ?					
10	Apakah saat membeli jajanan anda memperhatikan kebersihan diri penjualnya?					
11	Apakah anda suka membeli jajanan yang berwarna cerah / mencolok ?					
12	Apakah anda terbiasa makan dirumah dan tidak suka membeli jajan diluar ?					
13	Apakah anda membeli pentol disekitar sekolah ?					

14	Apakah jajanan yang anda beli mengandung penyedap rasa dan pengawet ?					
15	Apakah anda membeli jajanan yang murah dan enak ?					

Sumber : Marta (2018)



Lampiran 4. Uji Validitas dan Reliabilitas

Data Uji Validitas dan Reliabilitas																									
No	Kebiasaan Mencuci Tangan										Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar														
	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15
1	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2
2	5	5	3	3	3	3	2	5	5	3	3	2	5	3	3	2	5	3	5	5	3	3	3	5	3
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	5	4	3	5	5	5	2	4	4	3	5	2	4	3	5	2	4	3	5	4	3	5	5	4	3
5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
6	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4
9	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4
10	3	1	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	3	1	2	4	4	2	2
11	5	3	3	3	3	3	2	5	5	3	3	2	5	3	3	2	5	3	5	3	3	3	3	5	3
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	5	4	3	5	5	5	2	4	4	3	5	2	4	3	5	2	4	3	5	4	3	5	5	4	3
14	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
15	3	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	4	4	2	2
16	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4
19	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	5	4	3	5	5	5	2	4	4	3	5	2	4	3	5	2	4	3	5	4	3	5	5	4	3
22	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
23	3	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	4	4	2	2
24	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5
25	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2
26	5	5	3	3	3	3	2	5	5	3	3	2	5	3	3	2	5	3	5	5	3	3	3	5	3
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
28	5	4	3	5	5	5	2	4	4	3	5	2	4	3	5	2	4	3	5	4	3	5	5	4	3
29	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
30	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5

Hasil SPSS Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Kebiasaan Mencuci Tangan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.942	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
c1	4.47	.937	30
c2	3.87	1.196	30
c3	3.90	1.185	30
c4	4.63	.669	30
c5	4.63	.669	30
c6	4.63	.669	30
c7	3.80	1.495	30
c8	4.37	1.129	30
c9	4.37	1.129	30
c10	3.90	1.185	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c1	38.10	62.714	.704	.939
c2	38.70	60.631	.644	.943
c3	38.67	55.954	.942	.927
c4	37.93	66.340	.666	.942
c5	37.93	66.340	.666	.942
c6	37.93	66.340	.666	.942
c7	38.77	53.564	.834	.936

c8	38.20	57.890	.866	.931
c9	38.20	57.890	.866	.931
c10	38.67	55.954	.942	.927

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
42.57	74.047	8.605	10

2. Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.969	15

Item Statistics

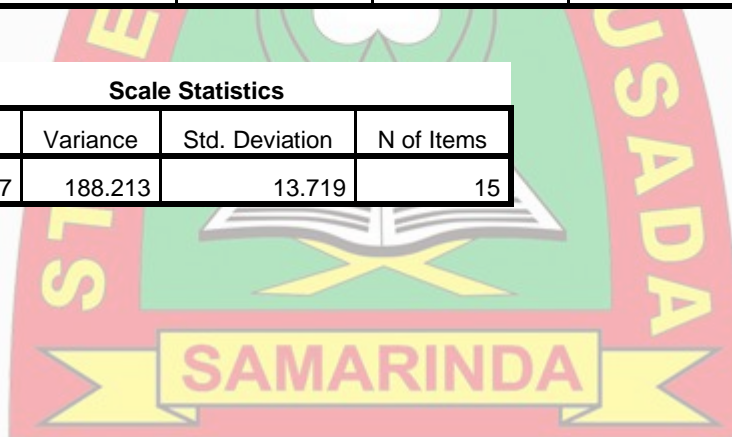
	Mean	Std. Deviation	N
d1	4.63	.669	30
d2	3.80	1.495	30
d3	4.37	1.129	30
d4	3.90	1.185	30
d5	4.63	.669	30
d6	3.80	1.495	30
d7	4.37	1.129	30
d8	3.90	1.185	30
d9	4.47	.937	30
d10	3.87	1.196	30
d11	3.90	1.185	30
d12	4.63	.669	30
d13	4.63	.669	30
d14	4.37	1.129	30
d15	3.90	1.185	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
d1	58.53	175.637	.684	.969
d2	59.37	152.999	.892	.966
d3	58.80	162.166	.861	.966
d4	59.27	157.995	.967	.964
d5	58.53	175.637	.684	.969
d6	59.37	152.999	.892	.966
d7	58.80	162.166	.861	.966
d8	59.27	157.995	.967	.964
d9	58.70	170.424	.691	.969
d10	59.30	167.321	.629	.970
d11	59.27	157.995	.967	.964
d12	58.53	175.637	.684	.969
d13	58.53	175.637	.684	.969
d14	58.80	162.166	.861	.966
d15	59.27	157.995	.967	.964

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
63.17	188.213	13.719	15



Lampiran 5. Rekapitulasi Data Penelitian

No	Identitas Responden			Kebiasaan Mencuci Tangan										Total	Hasil
	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10		
1	14	1	3	4	3	5	4	2	3	2	3	2	4	32	2
2	13	1	2	4	4	5	3	4	2	3	1	3	4	33	2
3	18	2	4	4	5	5	3	4	2	3	4	3	4	37	1
4	13	2	2	4	5	5	4	2	3	4	3	4	3	37	1
5	15	1	3	4	3	5	3	4	2	3	4	3	2	33	2
6	18	1	4	4	3	5	4	2	3	2	3	4	5	35	1
7	17	1	4	4	3	5	4	2	3	2	3	4	5	35	1
8	16	2	4	4	2	4	3	4	2	4	3	4	4	34	2
9	12	2	2	4	3	5	3	4	2	4	2	3	4	34	2
10	13	1	3	4	3	5	4	2	2	3	2	4	5	34	2
11	15	2	3	4	4	5	4	2	3	2	4	3	2	33	2
12	12	1	2	5	4	5	3	5	2	3	4	3	2	36	1
13	13	2	2	4	3	5	4	2	4	1	4	3	4	34	2
14	18	1	4	4	3	5	4	2	3	4	2	4	3	34	2
15	15	1	3	4	5	4	5	4	2	4	3	4	5	40	1
16	13	2	2	3	4	5	4	2	3	4	2	3	4	34	2
17	17	2	4	4	4	5	4	2	2	4	3	4	3	35	1
18	18	1	4	4	4	5	4	2	2	4	3	4	3	35	1
19	16	2	4	4	4	5	4	2	3	4	2	4	3	35	1
20	16	2	4	3	4	5	4	2	4	3	4	2	5	36	1
21	16	1	4	4	3	5	4	3	4	2	3	4	3	35	1
22	15	2	3	4	4	5	4	2	3	2	3	4	2	33	2
23	13	1	2	4	3	5	4	2	3	2	3	4	4	34	2
24	13	2	2	3	5	5	4	2	3	4	3	4	2	35	1
25	12	2	2	3	4	5	4	2	2	3	2	3	2	30	2
26	18	2	4	3	5	5	4	2	3	4	2	4	3	35	1
27	18	2	4	4	5	5	4	2	2	3	2	3	4	34	2
28	16	2	4	4	4	5	4	3	2	4	2	4	5	37	1
29	14	2	3	4	5	4	4	2	3	3	4	4	2	35	1
30	14	2	3	4	4	5	4	3	2	4	4	3	2	35	1
31	15	1	3	4	5	5	4	3	2	4	3	4	3	37	1
32	18	2	4	4	4	5	4	2	2	3	2	3	2	31	2
33	12	2	1	4	4	5	4	3	2	4	4	2	3	35	1
34	12	2	2	4	4	5	4	3	2	4	3	4	3	36	1
35	15	1	3	4	4	5	4	2	2	2	3	3	2	31	2
36	13	2	3	4	4	5	4	2	2	3	3	4	2	33	2
37	14	1	3	4	5	5	4	3	2	4	4	4	3	38	1
38	14	1	3	4	5	5	4	2	2	4	4	4	3	37	1
39	13	2	3	4	5	5	4	2	2	4	3	2	3	34	2

40	14	1	3	3	4	5	4	2	1	5	3	3	2	32	2
41	12	2	2	3	5	4	4	2	2	4	3	3	2	32	2
42	13	2	3	3	5	5	4	3	1	4	3	2	2	32	2
43	14	2	3	4	4	5	4	2	3	4	2	3	3	34	2
44	12	2	2	4	4	5	4	5	2	1	3	2	4	34	2
45	18	1	4	3	5	4	5	3	4	4	2	2	4	36	1



Rekapitulasi Data Penelitian

No	Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar															Total	Hasil
	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15		
1	2	3	4	3	4	4	3	4	3	2	3	2	3	4	2	46	1
2	4	2	3	2	2	4	2	1	3	1	3	2	4	2	4	39	2
3	3	4	2	3	2	3	2	1	2	1	3	2	3	4	5	40	2
4	4	3	4	2	3	2	2	1	2	2	3	2	4	3	1	38	2
5	4	3	5	1	2	3	2	2	3	1	2	3	2	3	4	40	2
6	4	2	3	2	3	4	2	1	2	1	2	3	4	2	4	39	2
7	4	2	3	2	3	4	2	1	2	1	2	3	4	2	4	39	2
8	5	4	3	2	4	3	4	3	3	4	2	3	1	3	4	48	1
9	4	3	2	3	2	4	2	3	2	4	2	4	3	2	4	44	1
10	4	3	2	3	2	4	2	4	2	2	3	2	4	3	4	44	1
11	4	3	4	3	4	3	2	3	1	1	3	2	3	2	4	42	1
12	4	2	4	2	3	4	2	4	2	4	3	3	4	2	4	47	1
13	4	3	2	4	2	4	2	4	2	2	4	2	3	3	4	45	1
14	4	2	4	2	4	3	4	1	2	2	4	3	4	2	4	45	1
15	4	2	4	3	4	2	4	2	3	1	3	4	2	4	5	47	1
16	4	3	2	3	3	4	1	1	2	2	3	4	3	4	5	44	1
17	3	2	3	3	2	3	2	1	2	2	1	4	4	3	4	39	2
18	3	2	3	3	2	3	2	1	2	2	1	4	4	3	4	39	2
19	4	3	2	3	2	4	1	2	3	1	2	4	4	2	4	41	2
20	4	3	2	2	3	4	2	3	4	1	3	2	4	3	5	45	1
21	4	3	2	2	3	4	2	3	4	1	3	2	4	3	5	45	1
22	4	2	2	3	1	4	1	1	2	1	3	2	4	3	4	37	2
23	4	3	2	2	3	4	2	1	3	2	2	4	4	3	4	43	1
24	4	3	2	3	4	4	1	1	3	2	2	3	4	2	4	42	1
25	4	3	2	2	1	3	4	1	2	1	3	3	2	2	4	37	2
26	3	4	2	3	2	4	2	1	2	1	4	3	4	2	4	41	2
27	4	3	2	2	1	3	2	2	3	1	2	3	4	3	5	40	2
28	4	3	3	2	3	4	1	1	3	2	2	4	4	3	5	44	1
29	4	3	2	2	1	4	1	1	2	1	3	3	4	2	5	38	2
30	4	3	2	2	1	4	1	2	3	1	3	4	4	4	5	43	1
31	5	3	2	3	2	4	2	1	2	1	2	3	4	2	4	40	2
32	4	3	3	2	1	4	1	2	3	2	2	4	3	3	4	41	2
33	5	4	2	2	1	4	2	1	2	1	4	3	4	2	5	42	1
34	4	3	3	2	1	4	1	2	3	1	3	3	4	3	5	42	1
35	4	2	3	2	1	3	1	1	2	1	3	3	4	3	5	38	2
36	4	3	2	2	1	4	1	2	2	1	3	3	4	3	4	39	2
37	4	3	2	3	1	3	1	1	3	1	3	4	4	3	5	41	2
38	4	2	3	3	1	3	1	1	2	1	3	4	5	3	5	41	2
39	4	3	2	2	1	4	1	1	2	1	4	3	5	3	5	41	2

40	4	2	3	3	2	4	1	3	2	1	3	4	5	3	5	45	1
41	5	3	2	3	1	4	1	3	2	1	4	4	5	4	5	47	1
42	5	4	2	3	1	4	1	2	3	1	4	2	5	4	5	46	1
43	5	3	3	2	1	4	1	1	2	1	3	4	5	3	5	43	1
44	4	2	3	2	1	4	1	2	3	1	4	2	4	2	4	39	2
45	3	2	2	1	4	3	3	1	3	4	2	4	2	4	4	42	1



Lampiran 6. Hasil SPSS

Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan Mencuci Tangan	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%
Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	45	100.0%	0	0.0%	45	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Kebiasaan Mencuci Tangan	Mean	34.47	.292	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	33.88	
		Upper Bound	35.06	
	5% Trimmed Mean	34.44		
	Median	34.00		
	Variance	3.845		
	Std. Deviation	1.961		
	Minimum	30		
	Maximum	40		
	Range	10		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	.194	.354	
	Kurtosis	.626	.695	
Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	Mean	41.96	.444	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	41.06	
		Upper Bound	42.85	
	5% Trimmed Mean	41.92		
	Median	42.00		
	Variance	8.862		
	Std. Deviation	2.977		
	Minimum	37		
	Maximum	48		
	Range	11		
	Interquartile Range	6		
	Skewness	.245	.354	

Kurtosis	-.942	.695
----------	-------	------

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kebiasaan Mencuci Tangan	.148	45	.014	.968	45	.245
Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar	.115	45	.167	.958	45	.101

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Univariat

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 12	7	15.6	15.6	15.6
13	10	22.2	22.2	37.8
14	7	15.6	15.6	53.3
15	6	13.3	13.3	66.7
16	5	11.1	11.1	77.8
17	2	4.4	4.4	82.2
18	8	17.8	17.8	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	18	40.0	40.0	40.0
Perempuan	27	60.0	60.0	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tamat SD	1	2.2	2.2	2.2
	Tamat SD	12	26.7	26.7	28.9
	Tamat SMP	17	37.8	37.8	66.7
	Tamat SMA	15	33.3	33.3	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Kebiasaan Mencuci Tangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	22	48.9	48.9	48.9
	Kurang	23	51.1	51.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Kebiasaan Konsumsi Makanan Diluar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	23	51.1	51.1	51.1
	Kurang	22	48.9	48.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	9	20.0	20.0	20.0
	4	35	77.8	77.8	97.8
	5	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2.2	2.2	2.2
	3	10	22.2	22.2	24.4
	4	20	44.4	44.4	68.9
	5	14	31.1	31.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	5	11.1	11.1	11.1
	5	40	88.9	88.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	6	13.3	13.3	13.3
	4	37	82.2	82.2	95.6
	5	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	28	62.2	62.2	62.2
	3	9	20.0	20.0	82.2
	4	6	13.3	13.3	95.6
	5	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	4.4	4.4	4.4
	2	25	55.6	55.6	60.0
	3	14	31.1	31.1	91.1
	4	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	4.4	4.4	4.4
	2	8	17.8	17.8	22.2
	3	11	24.4	24.4	46.7
	4	23	51.1	51.1	97.8
	5	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2.2	2.2	2.2
	2	12	26.7	26.7	28.9
	3	21	46.7	46.7	75.6
	4	11	24.4	24.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	15.6	15.6	15.6
	3	16	35.6	35.6	51.1
	4	22	48.9	48.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

c10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	14	31.1	31.1	31.1
	3	14	31.1	31.1	62.2
	4	11	24.4	24.4	86.7
	5	6	13.3	13.3	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2.2	2.2	2.2
	3	5	11.1	11.1	13.3
	4	33	73.3	73.3	86.7
	5	6	13.3	13.3	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	14	31.1	31.1	31.1
	3	26	57.8	57.8	88.9
	4	5	11.1	11.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	24	53.3	53.3	53.3
	3	14	31.1	31.1	84.4
	4	6	13.3	13.3	97.8
	5	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	4.4	4.4	4.4
	2	23	51.1	51.1	55.6
	3	19	42.2	42.2	97.8
	4	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	17	37.8	37.8	37.8
	2	12	26.7	26.7	64.4
	3	9	20.0	20.0	84.4
	4	7	15.6	15.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	4.4	4.4	4.4
	3	13	28.9	28.9	33.3
	4	30	66.7	66.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	19	42.2	42.2	42.2
	2	20	44.4	44.4	86.7
	3	2	4.4	4.4	91.1
	4	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	24	53.3	53.3	53.3
	2	10	22.2	22.2	75.6
	3	7	15.6	15.6	91.1
	4	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2.2	2.2	2.2
	2	25	55.6	55.6	57.8
	3	17	37.8	37.8	95.6
	4	2	4.4	4.4	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	29	64.4	64.4	64.4
	2	12	26.7	26.7	91.1
	4	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	4.4	4.4	4.4
	2	13	28.9	28.9	33.3
	3	22	48.9	48.9	82.2
	4	8	17.8	17.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	12	26.7	26.7	26.7
	3	17	37.8	37.8	64.4
	4	16	35.6	35.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2.2	2.2	2.2
	2	4	8.9	8.9	11.1
	3	7	15.6	15.6	26.7
	4	27	60.0	60.0	86.7
	5	6	13.3	13.3	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	15	33.3	33.3	33.3
	3	22	48.9	48.9	82.2
	4	8	17.8	17.8	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

d15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2.2	2.2	2.2
	2	1	2.2	2.2	4.4
	4	24	53.3	53.3	57.8
	5	19	42.2	42.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	