

ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN DEMAM TIFOID DI RUANG RAWAT INAP PUSKESMAS LEPO-LEPO KOTA KENDARI TAHUN 2014

Lilin Rosyanti

ABSTRACT

Background: Typhoid fever is an acute infectious disease of the small intestine with symptoms of fever a week or more with disorders of the gastrointestinal tract with or without impaired consciousness. The disease is caused by *Salmonella typhi* and is only found in humans. Data from the World Health Organization (WHO) in 2009, estimated that there were 17 cases of typhoid fever worldwide with an incidence of 600,000 cases of deaths each year. Typhoid fever mortality rate in Indonesia is still high with a Case Fatality Rate (CFR) of 10%. There are several factors related to the incidence of typhoid fever among other things because (1) Carrier Typhoid, (2) The habit of washing hands, (3) Hygiene of food or drink, (4) Toilet family, (5) Source of clean water.

Objective: To analyze factors associated with Typhoid Fever Genesis in Space Inpatient PHC-Lepo lepo City of Kendari, Southeast Sulawesi.

Methods: Analytic descriptive research with case control study design, with a retrospective approach. All patients who are diagnosed positive and not positive Typhoid Fever. Typhoid Fever disease in the inpatient unit PHC Lepo-lepo Kendari in 2014, a large sample of 60 respondents consisting of 30 respondents Cases and Controls 30 respondents. The research was conducted on 10 August to 10 November 2014, which is located in the health center Lepo-lepo Kendari City in 2014.

Result: Handwashing $4.310 X^2_{count}$ value is greater than the value of $X^2_{table} = 3.841$, 95% confidence level ($\alpha = 0.05$), with a value of p value of 0.038. based on food hygiene $4.271 X^2_{count}$ value is greater than the value of $X^2_{table} = 3.841$, 95% confidence level ($\alpha = 0.05$), with a value of p value 0,039. for a family latrine obtained $6,734 X^2_{count}$ value is greater than the value of $X^2_{table} = 3.841$, 95% confidence level ($\alpha = 0.05$), with a value of p value 0,009. Respondents users of PAM clean water source of 95% ($\alpha = 0.05$), the result count = 0,000 X^2 is smaller than the value of $X^2_{table} 3,841$, with a value of p value 1,000. Four variables studied had a significant relationship with the occurrence of fever typhoidal.

Keywords: Risk Factors; The Incidence of Fever Typhoidal; PHC.

PENDAHULUAN

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut pada usus halus dengan gejala demam satu minggu atau lebih disertai gangguan pada saluran pencernaan dengan atau tanpa gangguan kesadaran. Penyakit ini disebabkan oleh *Salmonella typhi* dan hanya didapatkan pada manusia. Data *World Health Organization (WHO)* tahun 2009, memperkirakan terdapat 17 kasus demam tifoid di seluruh dunia dengan insidensi 600.000 kasus kematian tiap tahun (Nainggolan R., 2011).

Di negara maju seperti USA, insiden tifoid menunjukkan angka yang cukup tinggi dan tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Adapun angka kejadian demam tifoid di Asia Selatan dan Asia Tenggara termasuk China pada tahun 2010 rata-rata 1000 per 100.000 penduduk per tahun (Nainggolan

R., 2011). Ini menunjukkan bahwa angka kejadian penyakit demam tifoid di negara Asia pun masih cukup tinggi. Di Indonesia angka kejadian demam tifoid atau *typhus abdominalis* masih tinggi, yaitu 358 per 100.000 penduduk pedesaan dan 810 per 100.000 penduduk perkotaan per tahun dengan rata-rata kasus pertahun 600.000–1.500.000 penderita. Angka kematian demam tifoid di Indonesia masih tinggi dengan *Case Fatality Rate (CFR)* sebesar 10%. Ini menunjukkan bahwa angka kejadian demam tifoid di Indonesia pun masih cukup tinggi (Nainggolan R., 2011).

Ada beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian demam tifoid antara lain karena (1) Carrier Tifoid, (2) Kebiasaan mencuci tangan, (3) Hygiene makanan atau minuman, (4) Jamban keluarga, (5) Sumber air bersih (Notoatmodjo, 2011 & Chandra B., 2012). Faktor yang pertama yaitu carier typoid adalah seseorang yang kotorannya (feses atau urine)

mengandung *Salmonella typhi* setelah satu tahun pasca demam tifoid, tanpa disertai gejala klinis. Pada penelitian di Jakarta dilaporkan bahwa 16,18% kasus demam tifoid masih didapatkan kuman *Salmonella typhi* pada kultur faecesnya. Faktor kedua yaitu kebiasaan mencuci tangan. Jika melihat dari kebersihan perorangan dimana tujuan dari tindakan ini adalah untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang. Mencuci tangan dapat menghilangkan sejumlah besar virus dan bakteri yang menjadi penyebab berbagai penyakit, terutama penyakit yang menyerang saluran cerna. Hampir semua orang mengerti pentingnya mencuci tangan pakai sabun, namun masih banyak yang tidak membiasakan diri untuk melakukannya dengan benar pada saat yang penting (Tawi, 2011).

Faktor ketiga yaitu hygiene makanan atau minuman. Dalam upaya hygiene makanan ini, terdapat beberapa tahapan yang harus diperhatikan, seperti: keamanan dan kebersihan produk makanan yang diproduksi, kebersihan individu dalam pengolahan produk makanan, keamanan terhadap penyediaan air, pengelolaan pembuangan air limbah dan kotoran, perlindungan makanan terhadap kontaminasi selama proses pengolahan, penyajian dan penyimpanan, pencucian dan pembersihan alat perlengkapan (Chandra B., 2012).

Faktor keempat yaitu jamban keluarga, adalah suatu yang dikenal dengan tempat pembuangan kotoran manusia. Kotoran manusia merupakan zat yang harus dikeluarkan, berbentuk tinja (feses), air seni (urine), dan CO₂. Untuk mencegah, sekurang-kurangnya mengurangi kontaminasi kotoran manusia terhadap lingkungan, maka diperlukan tempat pembuangan kotoran manusia yang harus dikelola dengan baik yaitu di suatu tempat tertentu atau jamban yang sehat (Notoatmodjo, 2011). Faktor kelima, sumber air bersih yaitu air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari dan akan menjadi air minum setelah dimasak terlebih dahulu. Persyaratan sumber air bersih yang dimaksud adalah persyaratan dari segi kualitas air yang meliputi kualitas fisik, kimia, biologi, dan radiologis, sehingga apabila dikonsumsi tidak menimbulkan efek samping.

Kelima faktor tersebut bisa menyebabkan kasus demam tifoid semakin meningkat. Salah satu daerah di Indonesia, dimana faktor kesehatan lingkungannya belum begitu baik adalah Surabaya, sanitasi lingkungan masih rendah, seperti tingginya tingkat pencemaran air bersih, dari 94.336 sarana air bersih yang ada tidak

dilakukan pemeriksaan fisik dan kimiawi. Pemeriksaan bakteriologis hanya terhadap 48 sampel air bersih dan hanya 3 (6,25%) memenuhi syarat. Menurut jumlah persentase tingkat risiko pencemaran sarana air bersih dari 94.336 jumlah sarana air bersih yang ada diinspeksi hanya 9.434 (10%) saja dan terdapat pencemaran yang sangat tinggi 21.697 (23%), pencemaran tinggi 22.641 (24%), pencemaran sedang 24.527 (26%), serta pencemaran rendah 26.414 (28%) (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara kejadian demam tifoid pada tahun 2011 sebanyak 3.193 kasus, tahun 2012 sebanyak 3.535 kasus, dan tahun 2013 sebanyak 4.011 kasus. Adapun data Dinas Kesehatan Kota Kendari kejadian demam tifoid tahun 2011 sebanyak 1.255 kasus, tahun 2012 sebanyak 679 kasus dan tahun 2013 sebanyak 482 kasus. Ini menunjukkan masih banyaknya kasus demam typhoid di Sulawesi Tenggara. Khusus di Puskesmas Lepo-lepo menunjukkan bahwa kasus demam tifoid yang mendapatkan perawatan di ruang rawat inap sangat banyak dimana demam tifoid merupakan penyakit yang selalu masuk dalam 10 penyakit terbanyak di Puskesmas Lepo-lepo dari tahun ketahun. Kejadian demam tifoid di ruang rawat inap pada tahun 2011 sebanyak 340 kasus, tahun 2012 sebanyak 423 kasus dan pada tahun 2013 mengalami peningkatan sebanyak 439 kasus. Data tahun 2014 yang tercatat dalam buku register rawat inap Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari dari bulan Januari sampai dengan April, pasien rawat inap berjumlah 154 kasus dan yang terdiagnosa menderita demam tifoid berjumlah 80 orang. Data Puskesmas Lepo-lepo tahun 2013 yang berhubungan dengan variabel yang akan diteliti yaitu jamban keluarga dimana data dari laporan bulanan Kesehatan Lingkungan bahwa jumlah KK yang ada di wilayah kerja Puskesmas Lepo-lepo sebanyak 4.617 KK, yang diperiksa sebanyak 4.502, jumlah KK yang memiliki jamban 4.425 (98,29%). Data akses air bersih, yang diperiksa berjumlah 4.502 (97,51%) dari rumah yang diperiksa yang menggunakan akses air bersih berjumlah 2.911 (64,66%), sumur gali 1.591 (35,34%).

Data PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) yang dipantau sebanyak 658 yang ber PHBS sekitar 230 (34,95%), dari data ini masih banyak rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas Lepo-lepo belum ber PHBS. Data kebiasaan mencuci tangan khusus kelurahan

Wundudopi yang berjumlah 658 KK, yang memiliki kebiasaan mencuci tangan 553 KK (84%) dan yang tidak mencuci tangan berjumlah 105 (16%) sehingga Puskesmas Lepo-lepo dari tahun 2008–2014 ditemukan banyaknya kejadian demam tifoid yang dirawat inap, yang selalu meningkat dari tahun ketahun.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan rancangan penelitian *case control study*, dengan menggunakan pendekatan retrospektif (Agus Riyanto, 2011).

Semua penderita yang terdiagnosa positif demam tifoid dan tidak positif terkena penyakit demam tifoid di ruang rawat inap Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2014, besar sampel yaitu 60 responden yang terdiri dari Kasus 30 responden dan Kontrol 30 responden. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 10 Agustus – 10 November 2014, yang berlokasi

di Puskesmas Lepo-lepo Kendari 2014. Digunakan uji statistik *chi kuadrat* (X^2), tabel kontingensi 2x2 dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Rumus yang digunakan untuk menguji hipotesis adalah sebagai berikut:

$$X^2 = \frac{n \left\{ |ad - bc| - \frac{1}{2} n \right\}^2}{(a + b)(a + c)(b + d)(c + d)}$$

Kriteria pengujian hipotesis: Batas kemaknaan (α) yang digunakan adalah 0,05. Penilaian: Apabila $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dan apabila $X^2_{hitung} < X^2_{tabel}$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji Keeratan hubungan untuk mengetahui besarnya hubungan antara besarnya hubungan antara variabel yang telah diuji *Chi Square* dilakukan Uji *Cramers*.

HASIL PENELITIAN

A. Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan

Kebiasaan Mencuci Tangan	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mencuci Tangan	9	30	18	60	27	45
Tidak Mencuci Tangan	21	70	12	40	33	55
Total	30	100	30	100	60	100

Sumber: Data Primer 2014

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan berdasarkan kebiasaan mencuci tangan untuk kasus 30% dan kontrol 60% dan yang tidak mencuci tangan untuk kelompok kasus 70% dan kontrol 40%.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Hygiene Makanan

Hygiene Makanan	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Memenuhi Syarat	10	33,3	19	63,3	29	48,3
Tidak Memenuhi Syarat	20	66,7	11	36,7	31	51,7
Total	30	100	30	100	60	100

Sumber: Data Primer 2014

Tabel 2 menunjukkan hygiene makanan yang memenuhi syarat untuk kelompok kasus 33,3% dan kontrol 63,3%, dan yang tidak memenuhi syarat untuk kelompok kasus 66,7% dan kontrol 36,7%.

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Jamban Keluarga

Jamban Keluarga	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
Memenuhi Syarat	8	26,7	19	63,3	27	45
Tidak Memenuhi Syarat	22	73,3	11	36,7	33	55
Total	30	100	30	100	60	100

Sumber: Data Primer 2014

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan jamban keluarga dengan kategori memenuhi syarat untuk kelompok kasus 26,7% dan kontrol 63,3%, dan yang tidak memenuhi syarat yaitu untuk kelompok kasus 73,3% dan kontrol 36,7%.

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Air Bersih

Sumber Air Bersih	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
PAM	6	20	5	16,7	11	18,3
Sumur Gali	24	80	25	83,3	49	81,7
Total	30	100	30	100	60	100

Sumber: Data Primer 2014

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan pengguna sumber air bersih dari PAM untuk kelompok kasus 20% dan untuk kelompok kontrol 16,7%, dan pengguna sumber air bersih dari sumur gali untuk kelompok kasus 80% dan kontrol 83,3%.

B. Analisis Bivariat

Tabel 5. Analisis Faktor Kebiasaan Mencuci Tangan Terhadap Kejadian Demam Tifoid

Kebiasaan Mencuci Tangan	Kejadian Demam Tifoid				Total		X ² _{hitung}	X ² _{tabel}	p
	Kasus		Kontrol		n	%			
	n	%	n	%					
MT	9	30	18	60	27	45	4,310	3,841	0,038
TMT	21	70	12	40	33	55			
Total	30	100	30	100	60	100			

Sumber: Data Primer 2014

Tabel 5 menunjukkan responden yang tidak mencuci tangan pada kasus 70%, dibanding pada kontrol 40%. Sedangkan responden yang mencuci tangan pada kontrol 60%, pada kasus 30%. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Chi-square* yang telah dilakukan koreksi Yates didapatkan nilai X²_{hitung} 4,310 lebih besar dari nilai X²_{tabel} = 3,841, pada tingkat kepercayaan 95% (α = 0,05), dengan nilai p value 0,038.

Tabel 6. Analisis Faktor Hygiene Makanan Terhadap Kejadian Demam Tifoid

Hygiene Makanan	Kejadian Demam Tifoid				Total		X ² _{hitung}	X ² _{tabel}	p
	Kasus		Kontrol		n	%			
	n	%	n	%					
MT	10	33,3	19	63,3	29	48,3	4,271	3,841	0,039
TMT	20	66,7	11	36,7	31	51,7			
Total	30	100	30	100	60	100			

Sumber: Data Primer 2014

Tabel 6 menunjukkan responden yang hygiene makanan tidak memenuhi syarat pada kasus (66,7%), dibanding pada kontrol (36,7%). Sedangkan responden yang hygiene makanan dan minuman yang memenuhi syarat kontrol (63,3%), dibanding pada kasus (33,3%). Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* didapatkan nilai X²_{hitung} 4,271 lebih besar dari nilai X²_{tabel} = 3,841, pada tingkat kepercayaan 95% (α = 0,05), dengan nilai p value 0,039.

Tabel 7. Analisis Faktor Jamban Keluarga Terhadap Kejadian Demam Tifoid

Jamban Keluarga	Kejadian Demam Tifoid				Total		X ² _{hitung}	X ² _{tabel}	p
	Kasus		Kontrol		n	%			
	n	%	n	%					
MS	8	26,7	19	63,3	27	45	6,734	3,841	0,009
TMS	22	73,3	11	36,7	33	55			
Total	30	100	30	100	60	100			

Sumber: Data Primer 2014

Tabel 7 menunjukkan responden yang memiliki jamban keluarga tidak memenuhi syarat pada kasus 73,3%, pada kontrol dengan jumlah 11 orang (36,7%). Sedangkan responden yang memiliki jamban keluarga yang memenuhi syarat pada kontrol dengan jumlah 63,3%, dibanding pada kasus 26,7%. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Chi-square* didapatkan nilai $X^2_{hitung} 6,734 >$ dari nilai $X^2_{tabel} = 3,841$, pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$), dengan nilai p value 0,009.

Tabel 8. Analisis Faktor Sumber Air Bersih Terhadap Kejadian Demam Tifoid

Sumber Air Bersih	Kejadian Demam Tifoid				Total		X^2_{hitung}	X^2_{tabel}	p
	Kasus		Kontrol		n	%			
	n	%	n	%					
PAM	6	20	5	16,7	11	18,3	0,000	3,841	0,039
Sumur Gali	24	80	25	83,3	49	81,7			
Total	30	100	30	100	60	100			

Sumber: Data primer 2014

Tabel 8 menunjukkan responden kasus dan kontrol, diperoleh hasil yaitu untuk pengguna PAM pada responden penderita demam tifoid 20%, pengguna sumur gali pada responden penderita 80%. Sedangkan pengguna PAM pada responden kontrol 16,7%, pengguna 83,3%. Dari perhitungan menggunakan uji *chi-square* pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$), diperoleh hasil $X^2_{hitung} = 0,000$ lebih kecil dari nilai $X^2_{tabel} 3,841$, dengan nilai p value 1,000.

PEMBAHASAN

1. Hubungan Kebiasaan Mencuci Tangan dengan Kejadian Demam Tifoid di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lapo-lepo Kota Kendari Tahun 2014

Hasil penelitian dari variabel kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian demam tifoid diketahui bahwa dari 60 responden yang diteliti terdapat 21 responden (70%) tidak mencuci tangan dan menderita demam tifoid, dan ada 12 responden tidak mencuci tangan tetapi tidak menderita demam tifoid, hal ini dikarenakan faktor penyebab demam tifoid bukan karena faktor tidak mempunyai kebiasaan mencuci tangan yang baik dan benar saja, tetapi masih banyak faktor-faktor lain yang menjadi penyebabnya. Antara lain bisa karena ada penularan dari seseorang yang sudah pernah menderita demam tifoid tetapi dia sudah sembuh atau tidak demam lagi dan dalam tubuhnya masih terdapat bakteri *Salmonella typhi*, atau dia sudah menjadi *carrier*.

Seorang *carrier* walaupun tidak sakit, tetapi dia bisa menularkan penyakit ke orang lain. Apalagi dalam penelitian ini, berdasarkan wawancara dengan responden bahwa rata-rata penderita yang dirawat inap, dalam rumahnya

tinggal bersama dengan orang-orang yang juga pernah dirawat dengan diagnosa demam tifoid. Seseorang bisa menjadi *carrier* tifoid bisa berawal dari pengobatan yang tidak tuntas. Khususnya obat antibiotik. Biasanya pasien yang dirawat setelah pulang ada obat lanjutan yang harus diminum sampai di rumah dengan dosis yang sudah ditentukan oleh pihak medis. Misalnya pihak medis menetapkan obat antibiotik harus diminum 4 kali sehari, ini harus ditaati. Kalau hanya diminum 3 kali sehari maka kuman atau bakteri *Salmonella typhi* tidak mati. Tetapi banyak pasien yang lalai dan tidak memperhatikan hal ini, karena mereka berpikir bahwa demamnya sudah hilang dan tidak perlu minum obat lagi. Sehingga dalam kondisi ini bisa terjadi resisten pada obat antibiotik yang dikonsumsi yang berakibat kuman atau bakteri *Salmonella typhi* yang ada dalam tubuh penderita tidak mati dan tetap berkembang dalam tubuh pasien sehingga bisa menularkan ke orang lain.

Pada penderita demam tifoid yang sudah sembuh tetapi kambuh kembali, akan terjadi bila pengobatan sebelumnya tidak adekuat. Sepuluh persen dari demam tifoid yang tidak diobati dengan baik akan mengakibatkan timbulnya *relaps* (kambuh kembali) (Soedarto, 2007).

Berdasarkan hasil uji *chi-square* diperoleh nilai $X^2_{hitung} 4,310$ dan p Value 0,038 yang artinya terdapat hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian demam tifoid di ruang rawat inap puskesmas Lapo-lepo kota Kendari tahun 2014. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Rahman (2009) menunjukkan bahwa kebiasaan mencuci tangan pakai sabun oleh orang dewasa usia > 16 tahun diketahui bahwa kebiasaan tidak mencuci tangan pakai sabun,

risiko terkena tifoid meningkat 2,625 kali lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa yang mempunyai kebiasaan mencuci tangan pakai sabun.

Penelitian Laksono (2009) dengan desain *case control* menyatakan bahwa anak yang mempunyai kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan berisiko terkena demam tifoid 2,7 lebih besar dibandingkan dengan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan ($OR = 2,7$). Sedangkan penelitian Pramitasari (2013) yang menunjukkan adanya hubungan antara kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dengan kejadian demam tifoid pada penderita yang dirawat di RSUD Ungaran dengan besar risiko untuk yang terkena demam tifoid adalah 6,769 kali pada pasien yang tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan.

Ketua Perhimpunan Pengendalian Infeksi Indonesia (PERDALIN) mendefinisikan dengan memelihara kebiasaan mencuci dan membersihkan tangan, terutama sebelum makan dan menyiapkan makan, serta setelah menggunakan toilet, kita dapat menghindari tertular kuman penyakit dari luar, sekaligus mencegah penularan dari diri kita kepada orang lain (Djoko Widodo, 2010). Kebiasaan mencuci tangan sangat penting untuk mencegah penyakit terutama penyakit yang menyerang saluran pencernaan dan dapat memutuskan penularan bakteri yang masuk dalam tubuh manusia. Sehingga diperlukan kebiasaan mencuci tangan dengan menggunakan air mengalir serta membiasakan diri melakukan Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) pada 5 waktu kritis, yaitu sebelum makan, sehabis buang air besar, sebelum menyusui, sebelum menyiapkan makanan, setelah menceboki bayi dan setelah kontak dengan hewan sehingga dapat memutuskan penularan bakteri *Salmonella Thypi* (Depkes, 2008).

Asumsi peneliti selama melakukan penelitian di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lepo-lepo kota Kendari kebiasaan mencuci tangan merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian demam tifoid. Hal ini dibuktikan berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap responden dimana hasilnya menunjukkan bahwa ada beberapa responden yang belum memahami pentingnya kebiasaan mencuci tangan yang baik dan benar. Karena beberapa penyakit infeksi salah satunya demam tifoid bisa terjadi akibat kebersihan yang tidak dijaga salah satunya kebiasaan mencuci tangan yang baik dan benar.

2. Hubungan Hygiene Makanan dengan Kejadian Demam Tifoid di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2014

Hasil penelitian dari variabel hygiene makanan dengan kejadian demam tifoid diketahui bahwa dari 60 responden yang diteliti terdapat 20 responden (66,7%) tidak memenuhi syarat dan menderita demam tifoid dan ada 11 responden (36,7%) tidak memenuhi syarat tetapi tidak menderita demam tifoid, hal ini dikarenakan faktor penyebab demam tifoid bukan karena faktor hygiene makanan saja, tetapi masih banyak faktor-faktor lain yang menjadi penyebabnya. Antara lain bisa karena faktor imunitas atau daya tahan tubuh yang menurun sehingga kuman atau bakteri *Salmonella typhi* bisa masuk dan berkembang biak dalam tubuh hingga menyebabkan seseorang jatuh sakit. Imunitas atau daya tahan tubuh merupakan respon tubuh terhadap bahan asing. Respon imun yaitu reaksi yang dikoordinasi oleh sel-sel dan molekul-molekul terhadap mikroba ataupun agen-agen yang lain. Sehingga bila dalam kondisi imun yang menurun, pertahanan tubuh pun akan menurun dan tubuh bisa mudah terserang penyakit kemudian sakit. Penekanan fungsi sistem imun akan menyebabkan peningkatan kerentanan seseorang terhadap terjadinya penyakit-penyakit infeksi. Daya tahan tubuh kita 80% diperoleh dari dinding usus yang sehat, sehingga kesehatan pencernaan mendukung daya tahan tubuh. Usus adalah bagian tubuh yang pertama terekspos oleh dunia luar melalui makanan yang dikonsumsi. Usus bukan hanya berfungsi untuk penyerapan dan pencernaan makanan tetapi juga merupakan bagian dari sistem imun terbesar dalam tubuh yang mengatasi antigen dan zat berbahaya yang masuk.

Respon imun yaitu reaksi yang dikoordinasi oleh sel-sel dan molekul-molekul terhadap mikroba ataupun agen-agen yang lain. Sehingga bila dalam kondisi imun yang menurun, pertahanan tubuh pun akan menurun dan tubuh bisa mudah terserang penyakit kemudian sakit (Waspo, 2008). Berdasarkan hasil uji *chi-square* diperoleh nilai X^2_{hitung} 4,271 dan *p value* 0,039 yang artinya terdapat hubungan antara hygiene makanan dengan kejadian demam tifoid di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari tahun 2014.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Rahman, dkk. (2009) menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian demam tifoid pada orang dewasa yang berhubungan dengan kebiasaan jajan makanan di luar rumah terhadap kejadian demam tifoid pada orang dewasa, menyatakan bahwa hasil analisis terhadap variabel kebiasaan jajan makanan di luar rumah dengan kejadian demam tifoid pada orang dewasa yang tidak pernah jajan, risiko terkena demam tifoid meningkat 1,17 kali lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa yang tidak pernah jajan makanan di luar penyediaan rumah.

Hasil penelitian Pramitasari (2013) menunjukkan bahwa kebiasaan jajan atau makan di luar penyediaan rumah berarti mengkonsumsi makanan atau minuman yang bukan buatan sendiri. Dengan demikian, pembeli sebagian besar tidak mengetahui cara pengolahan bahan baku makanan menjadi bahan yang siap santap yang dilakukan penjamah makanan.

Dengan kata lain, perilaku penjamah makanan ikut berperan dalam menentukan suatu makanan sehat atau tidak. Perilaku penjamah makanan juga dapat menimbulkan risiko kesehatan, dalam arti perilaku penjamah makanan yang tidak sehat akan berdampak pada higienitas makanan yang disajikan. Sebaliknya, perilaku penjamah makanan yang sehat dapat menghindarkan makanan dari kontaminasi atau pencemaran dan keracunan. Dari hasil penelitian Pramitasari ini, dapat diketahui bahwa responden yang memiliki kebiasaan jajan atau makan di luar penyediaan rumah (43%) dan yang tidak memiliki kebiasaan jajan atau makan di luar penyediaan rumah (57%). Untuk responden penderita demam tifoid lebih banyak pada kelompok yang memiliki kebiasaan jajan atau makan di luar penyediaan rumah, yaitu sebesar 66% dan untuk responden yang tidak memiliki kebiasaan jajan/makan di luar penyediaan rumah sebesar 34%. Berdasarkan analisis tabulasi silang menggunakan *chi-square* didapatkan nilai p value = 0,001 dan nilai OR = 7,765 yang berarti kebiasaan jajan atau makan di luar penyediaan rumah merupakan faktor risiko dari kejadian demam tifoid pada pasien rawat inap di RSUD Ungaran.

Sejalan dengan hasil penelitian ini, Volard *et.al.* mengatakan makanan yang didapat dari pedagang makanan pinggir jalan berhubungan signifikan dengan penularan

demam tifoid (OR = 3,34) dan juga dalam studinya yang lain menemukan bahwa pedagang makanan atau minuman kaki lima atau keliling lebih sering tidak mencuci tangan sebelum mempersiapkan makanan, kontak dengan secara langsung dengan makanan. Sanitasi makanan adalah salah satu usaha pencegahan yang menitikberatkan kegiatan dan tindakan yang perlu untuk membebaskan makanan dan minuman dari segala bahaya yang dapat mengganggu atau merusak kesehatan, mulai dari sebelum makanan diproduksi, selama dalam proses pengolahan, penyimpanan, pengangkutan, sampai pada saat dimana makanan dan minuman tersebut siap untuk dikonsumsi kepada masyarakat atau konsumen. Sanitasi makanan ini bertujuan untuk menjamin keamanan dan kemurnian makanan, mencegah penjualan makanan yang akan merugikan pembeli, mengurangi kerusakan atau pemborosan makanan (Chandra B., 2006).

3. Hubungan Jamban Keluarga dengan Kejadian Demam Tifoid di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2014

Hasil penelitian dari variabel jamban keluarga dengan kejadian demam tifoid diketahui bahwa dari 60 responden yang diteliti terdapat 22 responden (73,3%) tidak memenuhi syarat dan menderita demam tifoid dan ada 11 responden (36,7%) tidak memenuhi syarat tetapi tidak menderita demam tifoid, hal ini dikarenakan faktor penyebab demam tifoid bukan karena faktor jamban saja, tetapi masih banyak faktor-faktor lain yang menjadi penyebabnya. Antara lain bisa karena faktor hewan atau serangga misalnya lalat yang hinggap di kotoran yang di sana terdapat bakteri *Salmonella typhi* lalu kemudian hinggap di makanan atau minuman yang terbuka atau tidak tertutup kemudian dikonsumsi.

Berdasarkan hasil uji - *chi-square* diperoleh nilai X^2_{hitung} 6,734 dan p value 0,009 yang artinya terdapat hubungan antara jamban keluarga dengan kejadian demam tifoid di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari tahun 2014. Pada penelitian Rahman, dkk. (2009), menyebutkan bahwa hasil analisis terhadap variabel kepemilikan jamban keluarga di rumah diketahui bahwa orang yang tidak mempunyai jamban keluarga yang memenuhi syarat, risiko terkena demam tifoid meningkat

1,1 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang mempunyai jamban keluarga yang memenuhi syarat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan Vollard *et.al.* (2004) melakukan penelitian tentang faktor risiko untuk demam tifoid di Jatinegara-Jakarta menunjukkan dengan hasil penelitian yang tidak memiliki jamban berisiko 2,20 kali dibanding orang yang memiliki jamban dan memenuhi syarat. Penelitian Zulfikar (2010) yang menunjukkan hasil analisis multivariat dengan variabel kualitas jamban terhadap demam tifoid yaitu dengan OR = 3.438 dengan tingkat kepercayaan 95% = 1.573-7.513, P = 0,002.

Peranan tinja dalam penularan penyakit sangat besar. Selain dapat langsung mengkontaminasi makanan, minuman, buah, dan sayuran, sumber air, tanah, serangga, dan bagian tubuh kita dapat terkontaminasi oleh tinja tersebut. Benda-benda yang telah terkontaminasi oleh tinja seseorang yang sudah menderita suatu penyakit tertentu ini, akan menyebabkan penyakit bagi orang lain. Sehingga keberadaan penampungan/pembuangan kotoran manusia dalam hal ini jamban keluarga sangatlah penting dalam mencegah penularan terhadap lingkungan dan mencegah penyakit yang dapat disebabkan dari kotoran manusia (Notoatmodjo, 2007).

Untuk mencegah dan mengurangi kontaminasi tinja terhadap lingkungan, maka pembuangan kotoran manusia harus dikelola dengan baik, pembuangan kotoran harus disuatu tempat tertentu atau jamban yang sehat. Ditinjau dari sudut kesihatan lingkungan, kotoran manusia merupakan masalah yang sangat penting. Pembuangan tinja secara layak merupakan kebutuhan kesehatan yang paling diutamakan. Pembuangan tinja secara tidak baik dan sembarangan dapat mengakibatkan kontaminasi pada air, tanah, atau menjadi sumber infeksi dan akan mendatangkan bahaya bagi kesehatan, karena penyakit yang tergolong *waterborne disease* akan mudah terjangkit salah satu contohnya adalah demam tifoid (Chandra, 2006).

4. Hubungan Sumber Air Bersih dengan Kejadian Demam Tifoid di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lapo-lepo Kota Kendari Tahun 2014

Hasil penelitian dari variabel sumber air bersih dengan kejadian demam tifoid diketahui

bahwa dari 60 responden yang diteliti terdapat 24 responden (80%) pengguna sumur gali dan menderita demam tifoid dan ada 25 responden (83,3%) juga menggunakan sumur gali tetapi tidak menderita demam tifoid, hal ini dikarenakan faktor penyebab demam tifoid bukan karena faktor sumber air bersih saja, tetapi masih banyak faktor-faktor lain yang menjadi penyebabnya. Antara lain bisa karena faktor kebersihan lingkungan yang tidak terjaga, kebersihan individu itu sendiri yang tidak dijaga.

Berdasarkan hasil uji *chi-square* diperoleh nilai X^2_{hitung} 0,000 dan *p value* 1,000 yang artinya tidak terdapat hubungan antara sumber air bersih dengan kejadian demam tifoid di ruang Rawat Inap Puskesmas Lapo-lepo Kota Kendari tahun 2014. Berdasarkan jurnal penelitian Rahman, dkk. (2009) menyebutkan bahwa kuman *Salmonella typhi* sering ditemukan di sumur-sumur penduduk yang telah terkontaminasi oleh feses manusia yang terinfeksi oleh kuman tifoid. Disebutkan pula bahwa tinja manusia yang terinfeksi dan dibuang secara tidak layak tanpa memenuhi persyaratan sanitasi dapat menyebabkan terjadinya pencemaran tanah dan sumber-sumber air. Penelitian ini berbeda dengan Santoso yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik pada analisis multivariat ($p=0,153$). Hasil ini juga didukung temuan Vollard *et.al.* bahwa tidak ada hubungan antara sarana sumber air bersih di rumah dengan kejadian demam tifoid dikarenakan adanya pengenceran kuman *Salmonella typhi* dalam air akan menyebabkan terlalu rendahnya dosis untuk menginfeksi penduduk yang mengkonsumsi air tersebut.

Berdasarkan wawancara melalui kuesioner kelompok kasus dan kontrol hampir semua pengguna sumur gali tetapi ada yang menderita demam tifoid ada juga yang tidak menderita demam tifoid. Ini menunjukkan bahwa responden yang menderita pada variabel ini, kemungkinan disebabkan karena faktor lain seperti penyajian air minum yang kurang higienis, penampungan air minum yang terkontaminasi dengan bakteri *Salmonella typhi*, atau bisa juga terjadi penularan dengan orang yang pernah terdiagnosa demam tifoid tetapi sudah sehat yang sudah menjadi *carrier* (pembawa penyakit) dimana dalam tubuhnya masih terdapat bakteri *Salmonella typhi*. Karena sesuai hasil wawancara rata-rata penderita yang dirawat di ruang rawat inap, dalam anggota

keluarganya yang tinggal serumah, ada juga penderita demam tifoid yang sebelumnya pernah dirawat di Puskesmas Lepo-lepo, sehingga bisa memungkinkan terjadinya penularan penyakit. Kemungkinan juga bisa diakibatkan terjadi penurunan daya tahan tubuh yang menyebabkan mudahnya terserang penyakit.

KESIMPULAN

Ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan, hygiene makanan, jamban keluarga, pengguna sumber air bersih dari PAM dan sumur gali dengan kejadian demam tifoid dengan kejadian demam tifoid di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari tahun 2014.

SARAN

1. Pihak Pemerintah Kota Kendari khususnya Puskesmas Lepo-lepo perlu meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang bahaya dan dampak dari penyakit demam tifoid, juga sangat dibutuhkan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kejadian demam tifoid di Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari.
2. Perlu diadakannya upaya-upaya informasi dan penyuluhan kesehatan dari pihak Puskesmas Lepo-Lepo, khususnya perawat yang bertugas di Ruang Rawat Inap Puskesmas Lepo-lepo, guna memberitahukan kepada masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan, sarana dan prasarana serta kebiasaan hidup bersih dan sehat guna mencegah terjadinya kejadian penyakit demam tifoid.
3. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian demam tifoid yang belum diteliti sehingga bisa membandingkan faktor yang paling berperan penting terhadap kejadian demam tifoid.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, Riyanto. 2013. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arief, Rakhman, dkk. 2009. *Faktor-faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam Tifoid pada Orang Dewasa*. Berita Kedokteran Masyarakat, Vol. 25, No. 4, Desember 2009.
- Belibis A-17. 2010. (Online). (<http://www.Belibis17.Blog.Spot.Com>), diakses: 17 Maret 2014)
- Chandra B. 2012. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Kota Kendari. 2013. *Laporan Kejadian Demam Tifoid Tahun 2011-2013*. Kendari : Dinas Kesehatan Kota Kendari.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. 2013. *Laporan Kejadian Demam Tifoid Tahun 2011-2013*. Kendari: Dinas Kesehatan Propinsi Sultra.
- David A. Rosnan. 2012. *Aspek Kesehatan Penyediaan Air Bersih*. Makassar: FKM UNHAS.
- Hadinogoro. 2011. *Data Demam Tifoid*. (Online). (<http://www.depkes.go.id>), diakses: 28 Februari 2013).
<http://www.net/demam-typhoid> 2009. (Diakses. 17 Maret 2014).
- Jevuska. 2008. *Artikel Kedokteran Interna. Blog Social Media*. 2008. (Diakses: 17 Maret 2014)
- Nainggolan R. 2011. *Karakteristik Penderita Demam Tifoid*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Noer S. 2012. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi III, Jilid I*. Jakarta: FKUI.
- Nursalam. 2012. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman skripsi dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Profil Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari: 2013
- Rahayu Lubis. 2008. *Faktor Risiko Kejadian Penyakit Demam Tifoid Penderita yang Dirawat di RSUD DR. Soetomo Surabaya*. Tesis Tidak Diterbitkan.
- Rakhman dkk.. 2009. *Faktor-faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Demam Tifoid pada Orang Dewasa*. Jurnal, diakses: 13 Mei 2014.
- Risky I. 2009. *Metode Diagnostik Demam Tifoid*. Jakarta.
- Sumarmo, Herry. 2012. *Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis Edisi Kedua*. Jakarta: IDAI.
- Whidy Y. 2012. *Diagnosis dan Penatalaksanaan Demam Tifoid*. Jakarta: EGC.