



PENATALAKSANAAN HOLISTIK PADA PASIEN IBU RUMAH TANGGA USIA 59 TAHUN DENGAN DEMAM TIFOID MELALUI PENDEKATAN DOKTER KELUARGA

Elisabet Alva Nadia, Jihan Azita Maharani*, Reni Zuraida

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jalan Prof. Dr. JI. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Bandar Lampung, Lampung 35141, Indonesia

*jihan.azita@gmail.com

ABSTRAK

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri Salmonella Typhi. Insiden Demam tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dan angka kematian antara 0,6–5%. Prevalensi Demam tifoid di Indonesia mencapai 1,7%. Studi ini bertujuan untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga yang berbasis evidence-based medicine secara holistik dan komprehensif pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered, family oriented, serta community oriented. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis), pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan kunjungan rumah. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Sebelum dilakukan intervensi, pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya, kebersihan diri, makanan dan lingkungan kurang, dan tingkat kecukupan gizi berlebih. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perbaikan skor pengetahuan pasien dan keluarga meningkat sebanyak 50 poin, terjadi perubahan perilaku aktivitas fisik, perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri, makanan dan lingkungan, serta konsumsi makanan sesuai tingkat kecukupan gizi.

Kata kunci: demam tifoid; pelayanan kedokteran keluarga; penatalaksanaan holistik

HOLISTIC MANAGEMENT OF 59 YEARS OLD FEMALE PATIENTS WITH TYPHOID FEVER THROUGH A FAMILY MEDICINE APPROACH

ABSTRACT

Typhoid fever is an infectious disease caused by Salmonella Typhi bacteria. The incidence of Typhoid fever shows a tendency to increase from year to year with an average morbidity of 500/100.000 population and a mortality rate of between 0,6 – 5%. The prevalence of Typhoid fever in Indonesia reaches 1,7%. This study aims to implement comprehensive and holistic family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on evidence-based medicine with strategies that are patient centered, family oriented and community oriented. This study is a case report. Primary data were obtained through history taking (autoanamnesis), physical examination, supporting examination and home visits. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis of the initial, process, and final study quantitatively and qualitatively. Before the intervention was carried out, patient's knowledge about the disease she is suffering form, personal hygiene, food and environment is lacking, and the level of nutritional adequacy is excessive. After intervention was carried out, it was found that patient and family knowledge scores improved by 50 points, changes in physical activity behavior, changes in behavior in maintaining personal hygiene, food and the environment, as well as food consumption according to the level of nutritional adequacy.

Keywords: family medicine; holistic management; typhoid fever

PENDAHULUAN

Demam tifoid merupakan suatu penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi* atau *Salmonella paratyphi* (WHO, 2018). Demam tifoid disebut juga demam enterik yang banyak ditemukan di negara berkembang dengan iklim tropis (Bhandari et al., 2022). Cara penularannya melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh bakteri, selain itu penyakit ini dapat ditularkan melalui kontak langsung dengan feses, urin atau sekret penderita Demam tifoid. Dengan kata lain hygiene sanitasi adalah faktor utama penularannya (Sakinah & Anggraini, 2016). Demam tifoid masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah kasus berkisar antara 11 – 21 juta per tahun di dunia dan menyebabkan 128.000 – 161.000 kematian setiap tahunnya. Demam tifoid banyak ditemukan di Negara berkembang seperti di Afrika, Mediterania Timur, Asia Tenggara dan Pasifik Barat (WHO, 2018). Berdasarkan telaah kasus di rumah sakit besar di Indonesia, tersangka Demam tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dan angka kematian antara 0,6–5%. Prevalensi Demam tifoid di Indonesia mencapai 1,7% (Riskesdas, 2018).

Demam tifoid di Indonesia harus mendapat perhatian serius dari berbagai pihak karena penyakit ini bersifat endemis. Permasalahannya semakin kompleks dengan meningkatnya kasus – kasus karier (carrier) atau relaps dan resistensi terhadap obat – obat yang dipakai, sehingga menyulitkan upaya pengobatan dan pencegahan (Purba et al., 2016). Salah satu faktor timbulnya penyakit ini adalah kebersihan makanan yang buruk. Tingginya insiden Demam tifoid di Indonesia berhubungan dengan personal hygiene dan sanitasi lingkungan yang buruk. Kurangnya kesadaran masyarakat mengenai perilaku hidup bersih dan sehat akan mempengaruhi tingkat personal hygiene dan kebersihan lingkungan sehingga menjadi penyebab insiden Demam tifoid (Nuruzzaman & Syahrul, 2016).

Dibutuhkan penatalaksanaan secara holistik pada kasus ini yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada pasien dan masalah fungsi keluarga, melakukan intervensi, serta evaluasi hasil intervensi. Intervensi ini diharapkan dapat menyelesaikan masalah klinis pada pasien dan keluarga, mengubah perilaku kesehatan keluarga dan partisipasi dalam mengatasi masalah kesehatan. Studi ini bertujuan untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga yang berbasis evidence-based medicine secara holistik dan komprehensif pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered, family oriented, serta community oriented.

METODE

Studi ini merupakan suatu laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

HASIL

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- a. Alasan kedatangan: demam, lemas, pusing, nyeri perut, mual, muntah dan penurunan nafsu makan.
- b. Kekhawatiran: pasien khawatir keluhan semakin memburuk dan mengganggu aktivitasnya.

- c. Persepsi: pasien menganggap bahwa keluhannya hanya demam biasa dan dapat sembuh setelah pasien meminum obat.
- d. Harapan: pasien berharap keluhan pasien segera membaik dan sembuh dari penyakitnya agar dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

2. Aspek Klinik

Demam tifoid (ICD-X: A01.0; ICPC-2; D.70).

3. Aspek Internal

- a. Pasien masih tidak mengetahui penyakit apa yang sedang diderita, bagaimana pola penularannya, cara mengobatinya dan pencegahannya.
- b. Pasien sering membeli makanan sayur di warung makan dan sering makan mie ayam di pinggir jalan.
- c. Pasien masih sering lupa akan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan setelah makan.
- d. Pasien kurang melakukan latihan fisik secara rutin.
- e. Status gizi Obesitas I.
- f. Tingkat Kecukupan Gizi (TKG) energi, karbohidrat dan lemak lebih.

4. Aspek Eksternal

- a. Keluarga pasien masih tidak mengetahui definisi, penyebab, pola penularan, dan bagaimana cara mengobati penyakit pasien.
- b. Kebersihan rumah dan tata ruang dalam rumah kurang baik karena di setiap sudut masih terdapat debu yang lama tidak dibersihkan.
- c. Kurangnya dukungan keluarga serta motivasi terhadap penyakit yang diderita pasien.
- d. Kurangnya dukungan keluarga dalam saling mengingatkan tentang menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

5. Derajat Fungsional

Derajat Fungsional 2 yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas).

Intervensi

Medikamentosa

- a. Kloramfenikol 4 x 500mg selama 14 hari, obat dikonsumsi setelah pasien makan.
- b. Paracetamol 3 x 500mg, dikonsumsi setelah makan.
- c. Omeprazole 1 x 20 mg, dikonsumsi sesudah makan.

Non-Medikamentosa

- a. Edukasi kepada pasien mengenai penyakit yang sedang diderita dari penyebab, pola penularan, faktor risiko dan bagaimana pengobatan Demam tifoid.
- b. Edukasi mengenai cara menjaga kebersihan makanan dan tidak membeli makanan yang belum terjamin kebersihannya.
- c. Edukasi mengenai cara menjaga kebersihan diri untuk mencegah penyakit.
- d. Edukasi mengenai pola hidup sehat dan mencuci tangan sebelum serta sesudah makan dengan menggunakan sabun di air mengalir.
- e. Edukasi tentang cara asupan gizi seimbang.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- a. Alasan Kedatangan : pasien ingin melakukan control terhadap Demam tifoid.
- b. Kekhawatiran : kekhawatiran pasien sudah berkurang dengan peningkatan pengetahuan terhadap penyakit yang diderita.
- c. Persepsi : persepsi pasien sudah berubah tentang penyakitnya bahwa yang dialami bukan demam biasa.
- d. Harapan : penyakit bisa sembuh dan dapat melakukan aktivitas sehari – hari seperti biasa.

2. Aspek Klinis

Demam tifoid (ICD-X: A01.0; ICPC-2; D.70).

3. Aspek Internal

- a. Pasien sudah mengetahui penyakit yang diderita, pola penularan, cara mengobatinya dan pencegahan penyakitnya.
- b. Pasien sudah tidak membeli makanan sayur di warung makan dan tidak makan mie ayam di pinggir jalan.
- c. Pasien sudah membiasakan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan menggunakan sabun di air mengalir dengan 6 langkah cuci tangan.
- d. Pasien sudah membiasakan untuk melakukan latihan fisik secara rutin dengan berjalan kaki setiap pagi selama 30 menit yang dilakukan rutin 5x/minggu.
- e. Diet sudah dirubah menyesuaikan dengan panduan makan seimbang.

4. Aspek Eksternal

- a. Keluarga pasien sudah memahami mengenai definisi, penyebab, pola penularan dan bagaimana pengobatan Demam tifoid.
- b. Dukungan dan motivasi dari anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien lebih baik, keluarga saling menjaga kebersihan lingkungan rumah.

5. Derajat Fungsional

Dukungan Fungsional 2 yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari – hari di dalam dan luar (mulai mengurangi aktivitas).

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan [R1] pada Ny. S berusia 59 tahun dengan Demam tifoid yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien tergolong infeksius yang dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Perkembangan penyakit ini juga bergantung dari kepatuhan pasien dan dukungan serta pengetahuan keluarga dalam mengatasinya. Dilakukan pertemuan sebanyak tiga kali untuk mengkaji pasien melalui pendekatan kedokteran keluarga yang terdiri dari kunjungan pertama dilakukan penegakkan diagnosis. Pada pertemuan kedua dilakukan intervensi secara tatap muka. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi.

Pada pertemuan pertama kali di Puskesmas, setelah itu dilanjutkan ke rumah pasien untuk melengkapi data. Saat di Puskesmas dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan tatalaksana. Pada anamnesis didapatkan keluhan demam sejak 7 hari yang lalu.

Awalnya demam dirasakan tidak terlalu tinggi dan suhu tubuh meningkat jika menjelang sore hingga malam hari. Demam muncul tidak dipengaruhi oleh aktivitas. Keluhan disertai dengan badan lemas, pusing, dan nyeri perut pada bagian ulu hati. Pasien juga merasakan mual hingga muntah sehingga mengalami penurunan nafsu makan. Kemudian pasien sudah tidak buang air besar (BAB) dalam 5 hari terakhir. Dari hasil pemeriksaan fisik tanda-tanda vital didapatkan keadaan umum pasien tampak sakit ringan; kesadaran penuh (*compos mentis*); GCS (*Glasgow coma scale*) 15; pasien tampak kooperatif; tekanan darah : 120/85 mmHg; nadi : 80 x/menit; suhu : 37,5 C; pernafasan : 20 x/menit. Berat badan : 60 kg; tinggi badan: 152 cm; IMT pasien: 25,96 kg/m² dimana status gizi pasien masuk dalam kategori Obesitas I. Status generalis pasien didapatkan lidah kotor (+). Diagnosis Demam tifoid pada pasien ini ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang berupa uji serologi widal yang didapatkan peningkatan Typhi O sebesar 1/320 dan Paratyphi O-B sebesar 1/320.

Gejala pada Demam tifoid dapat muncul setelah masa inkubasi yaitu 7 – 14 hari. Gejalanya bervariasi, pada minggu pertama pasien dapat mengeluhkan demam dengan atau tanpa menggigil, lemas, sakit kepala, anoreksia, mual, muntah, rasa tidak nyaman di perut yang tidak terlokalisasi, konstipasi atau diare, batuk, myalgia (Parry et al., 2002; Manesh et al., 2021). Demam biasanya meningkat perlahan terutama sore hingga malam (Pagues & Miller, 2015; Paul & Bandyopadhyay, 2017). Gejala pada minggu kedua lebih jelas berupa bradikardi relatif, lidah berselaput (lidah kotor), hepatomegali, splenomegali, hingga perubahan status mental (Setiati et al., 2017; Yasin et al., 2018; Hartanto, 2021). Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk penegakkan diagnosis Demam tifoid adalah pemeriksaan darah rutin dan serologi. Pada pemeriksaan darah perifer dapat ditemukan leukopenia, akan tetapi jumlah leukosit jarang kurang dari 2.500/mm³, dapat juga leukosit normal atau pada kondisi tertentu ditemukan leukositosis. Pasien juga dapat mengalami anemia ringan dan trombositopenia. Laju endap darah (LED) meningkat dan SGOT SGPT sering meningkat dan akan normal setelah sembuh (Hartanto, 2021). Pada pemeriksaan uji widal untuk mendeteksi aglutinin di serum terhadap antigen H dan antigen O *Salmonella typhi*. Pemeriksaan widal memiliki sensitivitas 81,5% dan spesifisitas 18,3% (Sultana et al., 2016; Aumatell & Atouguia, 2021).

Pemeriksaan lain Demam tifoid adalah uji *typhidot* dimana pemeriksaan ini untuk mendeteksi antibodi IgM dan IgG yang terdapat pada protein membran bakteri *Salmonella typhi* serta pemeriksaan ini memiliki sensitivitas 67% dan spesifisitas 54% (Khanam et al., 2022). Pemeriksaan *gold standar* dalam menegakkan diagnosis Demam tifoid adalah pemeriksaan kultur, namun membutuhkan waktu yang lama setidaknya 48 jam untuk mendapatkan hasil (Aumatell & Atouguia, 2021; Hartanto, 2021) Infeksi salmonella dimulai melalui konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri *Salmonella typhi* atau *paratyphi*, kadar bakteri biasanya antara kadar bakteri biasanya antara 200 hingga 10⁶ *colony-forming units* (CFU). Beberapa kondisi yang menurunkan keasaman lambung (usia < 1 tahun, penggunaan antasida, aklorhidria) atau gangguan integritas intestinal (inflammatory bowel disease, Riwayat operasi gastrointestinal, perubahan flora saluran cerna akibat penggunaan antibiotik) dapat meningkatkan kerentanan terinfeksi Salmonella (Pagues & Miller, 2015). Sebagian bakteri dimusnahkan di lambung dan Sebagian yang lolos akan masuk ke dalam usus. Bakteri *Salmonella typhi* dan *paratyphi* yang mencapai usus halus akan mempenetrasi lapisan mukus usus dan mencapai *phagocytic microfold cells* (sel M) di *Peyer's patch*. Setelah melewati lapisan epitel usus halus, Salmonella akan difagosit oleh makrofag. Bakteri ini dapat bertahan hidup dalam makrofag dengan mengganggu fungsi sistem fagositnya (Widodo, 2015).

Salmonella di dalam makrofag akan menuju ke kelenjar getah benih mesenterika; selanjutnya melalui duktus torasikus mencapai sirkulasi darah menyebabkan bakteremia pertama yang asimtomatik; kemudian menyebar ke seluruh organ retikuloendotel terutama di hati dan limpa. Di organ – organ ini, Salmonella akan meninggalkan sel fagosit, berkembang biak di luar sel atau ruang sinusoid, kemudian masuk kembali ke sirkulasi darah menyebabkan bakteremia kedua disertai timbulnya tanda dan gejala penyakit infeksi sistemik. Salmonella dapat masuk ke dalam kandung empedu dan berkembang biak, lalu menuju lumen usus bersama ekskresi cairan empedu. Sebagian kuman keluar melalui feses, sebagian lain dapat menembus usus dan masuk lagi ke sirkulasi (Widodo, 2015) Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan pertama kali ke rumah pasien. Komunikasi dilakukan lebih dalam melalui kunjungan rumah pasien. Saat kunjungan tersebut dilakukan anamnesis secara holistik termasuk mengidentifikasi *family map*, fungsi biologis, psikososial, ekonomi, perilaku Kesehatan, sarana dan prasarana, dan lingkungan sekitar rumah pasien. Setelah dilakukan anamnesis maka didapatkan daftar masalah yang terjadi pada pasien beserta keluarga (aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional) sehingga langkah selanjutnya akan direncanakan jenis intervensi yang akan diberikan.

Pasien juga memiliki faktor perilaku atau kebiasaan tidak menjaga kebersihan diri, makanan, dan lingkungan rumah. Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita, yaitu terkait dengan penyebab, pola penularan, bagaimana pengobatan dan pencegahan Demam tifoid. Demam tifoid erat kaitannya dengan kebersihan diri dan lingkungan, melalui air yang terkontaminasi, makanan yang kurang matang, dan lebih sering terjadi pada daerah yang padat penduduk serta sanitasi lingkungan yang buruk (Bhandari et al., 2022). Ketersediaan sabun di toilet dan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun merupakan faktor risiko yang berperan penting dalam terjadinya infeksi dan penularan demam tifoid (Upadhyay R et al., 2015; Wain J et al., 2015; Alba S et al., 2016). Perilaku mencuci tangan dengan sabun dapat mencegah hingga dua pertiga kasus demam tifoid (Alba S et al., 2016). Variabel sosio-ekonomi juga dikaitkan dengan kemungkinan lebih tinggi terkena penyakit tifus pada rumah tangga miskin yang tinggal di rumah non-permanen atau tradisional tanpa lemari es atau tempat sampah (Alba S et al., 2016; Zarak MS et al., 2021).

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien diminta untuk mengerjakan soal *pretest* yang berhubungan dengan Demam tifoid. Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan menggunakan media bentuk materi dalam bentuk *power point* berisi informasi terkait penyebab, pola penularan, gejala, bagaimana pengobatan dan pencegahan Demam tifoid. Intervensi farmakologis diberikan antibiotik kloramfenikol 3 x 500 mg, antipiretik paracetamol 3 x 500 mg, dan *PPI* omeprazole 2 x 20 mg. Tatalaksana first-line Demam tifoid adalah kloramfenikol, ampicilin dan trimethoprim-sulfametoksazol. Antibiotik ini efektif terhadap kuman yang sensitif, namun sering ditemukan resistensi terhadap obat ini (Harris & Brooks, 2013). Selain itu dapat juga diberikan antibiotik golongan fluoroquinolone diantaranya ciprofloxacin, ofloxacin, dan pefloxacin. Pemberian antibiotik golongan fluoroquinolone paling efektif karena isolate dari bakteri *Salmonella typhi* tidak resisten terhadap golongan fluoroquinolone (Rahmasari & Lestari, 2018). Fluoroquinolones adalah kelas yang paling efektif dengan angka kesembuhan mencapai 98%, angka relaps dan *fecal carrier* <2% (Pagues & Miller, 2015). Pemberian segera terapi antibiotik yang relevan dapat melindungi dari komplikasi Demam tifoid (Bhandari et al., 2022).

Kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi pada tanggal 1 Desember 2023. Kegiatan evaluasi ini bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Dari evaluasi, dapat dikatakan bahwa terjadi perubahan pada klinis pasien ditandai dengan hilangnya keluhan demam, badan lemas dan mual muntah. Pengetahuan pasien mengenai Demam tifoid juga mengalami peningkatan, dilihat dari peningkatan ilia *pre-test* dan *post-test*. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien sudah mengetahui mengenai penyakit yang diderita, penyebab, pola penularan, pengobatan dan pencegahan Demam tifoid. Adanya perubahan perilaku pasien ditandai dengan pasien sudah tidak pernah membeli makanan di warung dan sudah tidak pernah memakan mie ayam pinggir jalan yang belum terjamin kebersihannya, pasien juga sudah membiasakan diri mencuci tangan sebelum dan sesudah makan menggunakan sabun di air mengalir, selalu menjaga kebersihan lingkungan rumah, melakukan aktivitas fisik dengan jalan pagi selama 30 menit, dan mengatur asupan masakan seimbang.

Tabel 3.
Pretest dan posttest Ny. S

Variabel	Pretest	Posttest	Perubahan
Pengetahuan Demam tifoid	50	100	↑ 50
Aktivitas fisik	Tidak melakukan aktivitas fisik	Jalan pagi selama 30 menit 4x/minggu	Perubahan perilaku aktivitas fisik
Kebersihan diri	Pasien tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan	Pasien sudah membiasakan diri mencuci tangan sebelum dan sesudah makan menggunakan sabun dan air mengalir	Perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri pasien
Kebersihan lingkungan	Pasien dan keluarga kurang menjaga kebersihan lingkungan rumah	Pasien dan keluarga sudah menjaga kebersihan lingkungan rumah	Perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan lingkungan rumah
Asupan makan	Hasil <i>Food Recall</i> TKG Energi, karbohidrat, lemak lebih	Hasil <i>Food Recall</i> TKG Energi, karbohidrat, lemak cukup	Perubahan perilaku mengkonsumsi makanan sesuai Tingkat Kecukupan Gizi

Persepsi pasien mengenai penyakit yang di derita sudah berubah, bahwa pasien tidak lagi menganggap keluhannya adalah demam biasa. Keluarga pasien juga sudah memahami terkait penyebab, pola penularan, pengobatan dan pencegahan Demam tifoid. Keluarga pasien juga sudah saling menjaga kebersihan lingkungan rumah dan kebersihan makanan. Dukungan dan motivasi dari anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien berubah menjadi lebih baik, hal ini merupakan faktor pendukung dalam kesembuhan pasien (Lestari & Karyus, 2020; Shafitha & Saftarina, 2023).

SIMPULAN

Pasien Ny. S, usia 59 tahun, memiliki faktor risiko internal yaitu pasien tidak mengetahui penyakit apa yang sedang diderita, bagaimana pola penularannya, cara mengobatinya dan pencegahan Demam tifoid; kebiasaan membeli makanan sayur di warung makan dan sering makan mie ayam di pinggir jalan; tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan; kurang melakukan aktifitas fisik secara rutin; status gizi obesitas I; Tingkat Kecukupan Gizi (TKG) energi, karbohidrat dan lemak lebih. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan keluarga mengenai definisi, penyebab, pola penularan,

dan bagaimana pengobatan Demam tifoid; kebersihan rumah dan tata ruang kurang baik; kurangnya dukungan keluarga serta motivasi terhadap penyakit yang diderita pasien; kurangnya dukungan keluarga dalam mengingatkan tentang menjaga diri dan lingkungan. Intervensi yang dilakukan menggunakan media berbentuk materi dalam power point mengenai penyebab, pola penularan, pengobatan dan pencegahan Demam tifoid, berat badan ideal, makanan dengan gizi seimbang, aktivitas fisik yang sesuai usia. Setelah dilakukan tatalaksana holistik dan komperhensif dengan pendekatan dokter keluarga, pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien sebesar 50 poin, perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri dan lingkungan, perubahan perilaku pasien untuk melakukan aktivitas fisik, serta mengonsumsi makanan sesuai Tingkat Kecukupan Gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alba S, Bakker MI, Hatta M, Scheelbeek PFD, Dwiyanti R, Usman R, et al. (2016) Risk Factors of Typhoid Infection in the Indonesian Archipelago. *PLoS ONE* 11(6): e0155286. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155286>
- Aumatell, C. M., & Atouguia, J. (2021). Typhoid fever infection – Antibiotic resistance and vaccination strategies: A narrative review. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 1-15.
- Bhandari, J., Thada, P. K., & DeVos, E. (2022). *Typhoid Fever*. Treasure Island: StatPearls Publishing.
- Harris, J. B., & Brooks, W. A. (2013). Typhoid and paratyphoid (enteric) fever. In A. J. Magil, T. Salomon, & E. T. Ryan, *Hunter's tropical medicine and emerging infectious disease*. 9th ed. London: Saunders Elsevier. 568-76
- Hartanto, D. (2021). Diagnosis dan tatalaksana demam tifoid pada dewasa. *CDK*, 48(1): 5-7.
- Khanam, F., Ross, A. G., McMillan, N. A., & Qadri, F. (2022). Toward Typhoid Fever Elimination. *International Journal of Infectious Disease*. 41-43.
- Lestari DJT, Karyus A. (2020). Penatalaksanaan Demam Tifoid pada Lansia dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Majority*. 4(1): 40-48.
- Manesh, A., Meltzer, E., Jin, C., Britto, C., Deodhar, D., Radha, S., Rupali, P. (2021). Typhoid and paratyphoid fever: a clinical seminar. *Jurnal of Travel Medicine*. 28(3): 1-13.
- Nuruzzaman, H., & Syahrul, F. (2016). Risk Analysis of Typhoid Fever Based on Personal Hygiene and Street Food Consumption Habit at Home. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 4(1): 74-86.
- Pagues, D. A., & Miller, S. I. (2015). Salmonellosis. In J. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo, *Harrison principles of internal medicine*. 19th ed. USA, USA: Mc Graw Hill. 1094-53.
- Paul, U. K., & Bandyopadhyay, A. (2017). Typhoid fever: a review. *International Journal of Advances in Medicine*. 4(2): 300-6.
- Parry, C. M., Hien, T. T., Dougan, G., White, N. J., & Farrar, J. J. (2002). Typhoid Fever. *New England Journal of Medicine*. 347(22): 1770-1782.

- Purba, I. E., Wandra, T., Nugrahini, N., Nawawi, S., & Kandun, N. (2016). Program Pengendalian Demam tifoid di Indonesia: Tantangan dan peluang. *Media Litbangkes*. 26(2): 99-108.
- Rahmasari V, Lestari K. (2018). Review: manajemen terapi demam tifoid: kajian terapi farmakologis dan non farmakologis. *Farmaka*. 16(1):184-95.
- Riskesdas. (2018). Angka rata-rata esakitan demam tifoid di Indonesia. Jakarta: Riset Kesehatan Dasar.
- Sakinah, & Anggraini, D. I. (2016). Tatalaksana demam tifoid tanpa komplikasi pada wanita hamil trimester pertama: Peran intervensi dokter keluarga. *J Medula Unila*. 5(2): 53-58.
- Setiati S, Sudoyo AW, Stiyohadi B, Syam AF. (2017) Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi 6 Jilid I. Jakarta: Interna Publishing.
- Shafitha NN, Saftarina F. (2023). Penatalaksanaan Komprehensif pada Wanita Usia 30 Tahun dengan Demam Tifoid Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Kemiling. *Medula*. 12(4): 729-738.
- Sultana, S., Al Maruf, M. A., Sultana, R., & Jahan, S. (2016) Laboratory Diagnosis of Enteric Fever: A Review Update. *Bangladesh Journal of Infectious Disease*. 3(2): 43-51.
- Upadhyay R, Nadkar MY, Muruganathan A, Tiwaskar M, Amarpurkar D, Banka NH, et al. (2015) API recommendations for the management of typhoid fever. *Journal of the association of physicians of india*. 63: 77-96.
- Wain J, Hendriksen RS, Mikoleit MI, Keddy KH, Ochiai RL. (2015). Typhoid fever. *Lancet*. 385: 1136-45.
- WHO. (2018, March 30). Weekly epidemiological record. Retrieved November 28, 2023 from World Health Organization: <https://www.who.int/publications/journals/weekly-epidemiological-record>
- Widodo, D. (2015). Demam tifoid. In S. Setiati, I. Alwi, A. W. Sudoyo, S. M. K, B. Setiyohadi, & A. F. Syam, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Ed. Jakarta: Interna Publishing*. 549-58.
- Yasin N, Jabeen A, Nisa I, Tasleem U, Khan H, Momin F, et al. (2018) A review: typhoid fever. *J Bacteriol Infec Dis*. 2(2): 1-7
- Zarak, M. S., Sana, H., Shah, M., Lehri, S., Saghir, M., Gul, Q., Saood, M., Nasim, A., & Ul Haq, N. (2021). Association of clinical features of typhoid fever with socioeconomic status in Pakistan. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 27(11), 1078–1083. <https://doi.org/10.26719/emhj.21.054>

