



**PENATALAKSANAAN HOLISTIK PADA PRIA USIA 66 TAHUN DENGAN  
DEMAM TYPHOID MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA**

**Adli Sutan Pambelo\*, Reni Zuraida**

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. DR. Ir. Sumantri Brojonegoro No. 1, Gedong Meneng,  
Rajabasa, Lampung, 35145, Indonesia

[\\*adli.sutan@gmail.com](mailto:*adli.sutan@gmail.com)

**ABSTRAK**

Insiden Demam Typhoid di Indonesia berkisar antara 350-810 per 100.000 penduduk dengan prevalensi penyakit sebesar 1,6%. Demam Typhoid menduduki urutan ke 5 penyakit menular yang terjadi pada semua usia. Penyakit ini penting untuk ditatalaksana secara komprehensif agar tujuan pengobatan dapat tercapai. Pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered dan family approach. Studi ini merupakan laporan kasus. Sampel pada studi ini berjumlah 1 orang. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Sebelum dilakukan intervensi, pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya dan kebersihan diri kurang. Pengetahuan keluarga tentang Demam Typhoid masih rendah. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perbaikan skor pengetahuan pasien dan keluarganya yang meningkat sebanyak 50 poin, pasien menjaga kebersihan makanan dan diri, serta pasien dan keluarga sudah menjaga kebersihan lingkungan rumah. Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga Tn. S usia 66 tahun dengan Demam Typhoid yang disesuaikan berdasarkan diagnostik holistik awal. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya, yang ditunjukkan dengan perbaikan pada diagnostik holistik akhir.

Kata kunci: dokter keluarga; demam typhoid; penatalaksanaan holistik

***HOLISTIC MANAGEMENT OF MEN AGED 66 YEARS SCAVENGERS WITH  
TYPHOID FEVER THROUGH A FAMILY MEDICINE APPROACH***

**ABSTRACT**

*The incidence of Typhoid Fever in Indonesia ranges from 350-810 per 100,000 population with a disease prevalence of 1.6%. Typhoid fever is the 5th infectious disease that occurs at all ages. It is important to treat this disease comprehensively so that treatment goals can be achieved. Family doctor services are based on evidence based medicine by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on a framework for solving patient problems using a patient centered and family approach. This study is a case report. The sample in this study consisted of 1 person. Primary data is obtained through history taking, physical examination, and home visits to assess the physical environment. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process and end of the study qualitatively and quantitatively. Before the intervention was carried out, the patient's knowledge about the disease he was suffering from and personal hygiene was lacking. Family knowledge about Typhoid Fever is still low. After the intervention was carried out, there was an improvement in the patient and family's knowledge score which increased by 50 points, the patient maintained food and personal hygiene, and the patient and family maintained a clean home environment. Holistic management has been carried out using a family doctor approach, Mr. S aged 66 years with Typhoid Fever adjusted based on initial holistic diagnostics. The interventions carried out have increased patient knowledge and changed several patient and family behaviors, as demonstrated by improvements in final holistic diagnostics.*

*Keywords: family doctor; holistic management; thyphoid fever*

## PENDAHULUAN

Menurut data dari World Health Organization, Demam tifoid masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan jumlah kasus sebanyak 22 juta dan 600.000 kematian terkait pada tahun 2018. 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, insidensi dengan biakan darah positif 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. Angka kejadian demam tifoid di Amerika Serikat pada kelompok usia 45-64 tahun adalah 23 pasien (7,44%) dan pada kelompok usia >65 tahun adalah 6 pasien (1,94%) dari total 309 pasien pada tahun 2015. Demam typhoid di Indonesia bersifat endemik dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Berdasarkan telaah kasus di rumah sakit besar di Indonesia, demam typhoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dan angka kematian antara 0,6–5%. Sebuah penelitian di RSUD Kab. Muna Sulawesi Tenggara, pasien demam tifoid pada kelompok usia >49 tahun adalah sebanyak 5 pasien (6,4%) dari total 78 pasien sebagai jumlah sampel penelitian. Angka kejadian demam tifoid di Provinsi Lampung pada tahun 2018 sebanyak 38.104 kasus. Pada tahun 2022, kasus demam Typhoid di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari menempati posisi ke 3 di 10 penyakit terbanyak dengan jumlah kasus sebesar 939 kasus.

Salah satu faktor timbulnya penyakit ini adalah kebersihan makanan yang buruk. Tingginya insiden demam typhoid di Indonesia berhubungan dengan personal hygiene dan sanitasi lingkungan yang buruk. Rendahnya kesadaran masyarakat mengenai perilaku hidup bersih dan sehat akan mempengaruhi tingkat personal hygiene dan kebersihan lingkungan sehingga menjadi penyebab insiden demam typhoid. 7 Dari 298.595 keluarga di Indonesia pada tahun 2013, 52,8% tidak melakukan cuci tangan dengan benar, yaitu dengan air mengalir dan menggunakan sabun.8 Selain itu, hanya 70,1% rumah tangga yang melakukan pengolahan air sebelum diminum, yaitu dengan cara dimasak, dijemur di bawah sinar matahari, menambahkan larutan tawas, disaring dan ditambah larutan tawas dan disaring saja. Hasil Riskesdas tahun 2013 juga menunjukkan bahwa rumah tangga di Indonesia yang menggunakan fasilitas Buang Air Besar (BAB) milik sendiri (76,2%), milik bersama (6,7%), dan fasilitas umum (4,2%). Meskipun sebagian besar rumah tangga di Indonesia memiliki fasilitas BAB, masih terdapat rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas BAB, sehingga melakukan BAB sembarangan, yaitu sebesar 12,9%. Walaupun pembuangan tinja rumah tangga di Indonesia sebagian besar menggunakan tangki septik (66,0%), masih terdapat rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja tidak ke tangki septik (kolam/sawah, langsung ke sungai/ danau/ laut, langsung ke lubang tanah, atau ke pantai/ kebun).8 Penatalaksanaan secara holistik 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 serta partisipasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

## ILUSTRASI KASUS

Tn. S, usia 66 tahun datang ke Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari Natar dengan keluhan demam sejak 1 minggu sebelumnya. Awalnya demam dirasakan tidak terlalu tinggi dan suhu tubuh meningkat jika menjelang sore hingga malam hari disertai dengan menggigil. Demam muncul tidak dipengaruhi aktivitas. Keluhan disertai dengan lemas, nyeri kepala. Pasien juga

mengeluhkan mual hingga muntah sehingga mengalami penurunan nafsu makan. Kemudian pasien sudah tidak buang air besar (BAB) dalam 2 hari terakhir. Keluhan muntah darah disangkal oleh pasien. Keluhan berkerengat dan perdarahan melalui gusi atau hidung disangkal oleh pasien. Pasien masih bisa BAK seperti biasanya dengan frekuensi 5-6 kali sehari dengan jumlah urin yang dirasa tidak terlalu banyak dan tidak terlalu sedikit, berwarna bening hingga kuning muda. Pasien memiliki riwayat penyakit seperti ini sebelumnya namun hanya melakukan pengobatan dengan obat warung. Riwayat merokok dan mengonsumsi alkohol disangkal. Sebelum mengalami keluhan ini, pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali dalam satu hari. Dalam 1 kali makan meliputi nasi sebanyak 2 centong, tumis sayur dan telur. Pasien juga terkadang makan lauk dengan ayam, ikan asin goreng, tahu, dan tempe. Pasien juga sering memakan makanan pemberian orang asing yang ditemui ketika memulung di jalan. Pasien minum air putih 8 gelas belimbing dalam 1 hari. Air yang dipakai untuk minum adalah air sumur yang dimasak.

Pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui definisi, pola penularan dan bagaimana mengobati penyakitnya. Sebelumnya pasien pernah mengalami riwayat gejala yang sama pada 1 tahun yang lalu. Pasien tidak pernah minum alkohol dan merokok. Pasien tidak pernah melakukan latihan fisik rutin. Pasien tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan. Pasien tinggal serumah dengan Istrinya, Ny.C dan dua anaknya. Hubungan pasien dengan keluarganya cukup baik. Pada awalnya, pasien menganggap keluhannya hanya demam biasa dan tidak membahayakan kesehatannya, namun karena tidak kunjung sembuh, pasien khawatir keluhan pasien semakin buruk dan membahayakan kesehatan pasien sehingga pasien berinisiatif untuk datang ke Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari Natar dengan harapan agar keluhan pasien segera membaik dan pasien dapat beraktivitas seperti biasanya. Dukungan keluarga untuk mendukung dan memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya masih tergolong kurang. Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui definisi, pola penularan dan bagaimana mengobati penyakitnya. Pendapatan keluarga berasal dari gaji pasien sendiri. Pasien mengatakan pendapatan tersebut cukup memenuhi kebutuhan primer dan sekunder

## **METODE**

Analisis studi ini merupakan suatu laporan kasus. Jumlah sampel pada studi berjumlah 1 orang. Pasien dipilih karena merupakan satu satunya pasien rawat inap terdiagnosis demam Thypoid saat pelaksanaan studi ini. 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**

### **Anamnesis**

Tn. S, usia 66 tahun datang ke Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari Natar dengan keluhan demam sejak 1 minggu sebelumnya. Awalnya demam dirasakan tidak terlalu tinggi dan suhu tubuh meningkat jika menjelang sore hingga malam hari disertai dengan menggigil. Demam muncul tidak dipengaruhi aktivitas. Keluhan disertai dengan lemas, nyeri kepala. Pasien juga mengeluhkan mual hingga muntah sehingga mengalami penurunan nafsu makan. Kemudian pasien sudah tidak buang air besar (BAB) dalam 2 hari terakhir. Keluhan muntah darah disangkal oleh pasien. Keluhan berkerengat dan perdarahan melalui gusi atau hidung disangkal oleh pasien. Pasien masih bisa BAK seperti biasanya dengan frekuensi 5-6 kali sehari dengan jumlah urin yang dirasa tidak terlalu banyak dan tidak terlalu sedikit, berwarna bening hingga

kuning muda. Pasien memiliki riwayat penyakit seperti ini sebelumnya dan melakukan rawat jalan serta diberikan pengobatan dari puskesmas.

Sebelum mengalami keluhan ini, pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali dalam satu hari. Dalam 1 kali makan meliputi nasi sebanyak 2 centong, tumis sayur dan telur. Pasien juga terkadang makan lauk dengan ayam, ikan asin goreng, tahu, dan tempe. Pasien juga sering memakan makanan pemberian orang asing yang ditemui ketika memulung di jalan. Pasien minum air putih 8 gelas belimbing dalam 1 hari. Air yang dipakai untuk minum adalah air sumur yang dimasak. Pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui definisi, pola penularan dan bagaimana mengobati penyakitnya. Pasien tidak pernah minum alkohol dan merokok. Pasien tidak pernah melakukan latihan fisik rutin. Pasien tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan. Ketika ditanyakan oleh peneliti, pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui definisi, pola penularan dan bagaimana mengobati penyakitnya. Sebelumnya pasien pernah mengalami riwayat gejala yang sama pada 1 tahun yang lalu. Pasien tidak pernah minum alkohol dan merokok. Pasien tidak pernah melakukan latihan fisik rutin. Pasien tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan.

Pasien tinggal serumah dengan Istrinya Ny. C dan dua anaknya. Hubungan pasien dengan keluarganya cukup baik. Pada awalnya, pasien menganggap keluhan hanya demam biasa dan tidak membahayakan kesehatannya, namun karena tidak kunjung sembuh, pasien khawatir keluhan pasien semakin buruk dan membahayakan kesehatan pasien sehingga pasien berinisiatif untuk datang ke Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari Natar dengan harapan agar keluhan pasien segera membaik dan pasien dapat beraktivitas seperti biasanya. Dukungan keluarga untuk mendukung dan memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya masih tergolong kurang. Keluarga pasien juga kurang mengingatkan pasien dalam menjaga kebersihan. Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui definisi, pola penularan dan bagaimana mengobati penyakitnya.

### **Pemeriksaan fisik**

Keadaan umum : sakit sedang; Kesadaran : komposmentis; GCS (Glasgow coma scale) 15; pasien tampak kooperatif; tekanan darah : 110/87 mmhg; nadi : 80x/menit; suhu : 36,5 C; pernafasan : 20 x/menit. Berat badan : 55 kg; tinggi badan : 165 cm; IMT pasien: 20,2 kg/m<sup>2</sup> dimana status gizi pasien masuk kedalam kategori normal.

### **Status Generalis**

Pemeriksaan kepala seperti rambut hitam dan tidak mudah dicabut, mata tidak cekung, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, nafas cuping hidung (-), bibir kering, lidah kotor (-), tidak terdapat nyeri telan, faring tidak hiperemis dan tonsil kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, trakea simetris, tidak ada pembesaran KGB leher.

### **Thorax**

Jantung

I : Ictus cordis tidak tampak

P : Ictus cordis teraba pada SIC 5

P : Batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC 4, 2 jari medial linea midclavicular sinistra

A : BJ I/II reguler

## Paru

I : Tampak simetris, retraksi (-), pernapasan tertinggal (-)

P : Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)

P : Sonor di semua lapang paru

A : Rhonki (-/-), wheezing (-/-)

## Abdomen

I : Perut tampak datar, lesi (-)

A : Bising usus 8x/menit

P : Timpani

P : Nyeri tekan epigastrium (-)

## Status Lokalis

Tidak tampak kulit kemerahan atau kebiruan, tidak teraba ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan pada punggung bawah, tidak terdapat nyeri ketok CVA.

## Pemeriksaan Penunjang

Tabel 1.  
Hasil Pemeriksaan Hematologi

	Hasil	Satuan	Kesan
Hemoglobin	10,4	gr/dL	Normal
Leukosit	8.600	/ $\mu$ L	Tinggi
Trombosit	434.000	/ $\mu$ L	Normal
Hematokrit	39,3	%	Normal

Tabel 2.  
Hasil Pemeriksaan Serologi Widal

Uji Widal	Hasil
Typhi O	1/320
Paratyphi O-B	1/320
Typhi H	1/80

**Activity Daily Living Assessment** Penilaian Activity Daily Living (ADL) pasien dengan Instrumen Indeks Barthel. Adapun hasil penilaian tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 3.  
Penilaian ADL Tn. S

Activity Daily Living	
Mengendalikan rangsang BAB	10
Mengendalikan rangsang BAK	10
Kebersihan pribadi (wajah, rambut, gigi dan mencukur)	5
Penggunaan toilet	10
Makan	10
Transfer	15
Mobilisasi = ambulasi	15
Mengenakan pakaian	10
Naik turun anak tangga	10
Mandi	5
Total	100

Berdasarkan hasil penilaian Indeks Barthel, pasien memiliki status fungsional baik/mandiri dalam melakukan aktivitasnya dengan skor total 100, yang berarti pasien tidak membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas kesehariannya.

### Geriatric Depression Scale (GDS)

Pada pemeriksaan GDS untuk skrining depresi pada lansia, didapatkan skor 5 yang berarti tidak terdapat gangguan depresi pada pasien.

### Mini-Mental State Examination (MMSE)

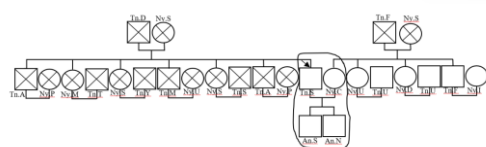
Pada pemeriksaan MMSE didapatkan skor 27 yang berarti pasien normal (tidak terdapat gangguan kognitif).

### Data Keluarga

Pasien merupakan anak ke tujuh dari tujuh bersaudara, Saat ini pasien memiliki dua orang anak. Pasien tinggal bersama istri dan anaknya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri dari suami, istri dan anak kandung. Komunikasi dalam keluarga baik. Pemecahan masalah di keluarga melalui diskusi. Keputusan di keluarga ditentukan oleh pasien dan istri pasien. Dalam keluarga ini, pasien bekerja sebagai pemulung. Pendapatan perbulan  $\pm 300.000$  yang digunakan untuk menghidupi keluarga inti.

### Genogram Keluarga Tn. S

Gambar 1.  
Genogram Keluarga Tn.S

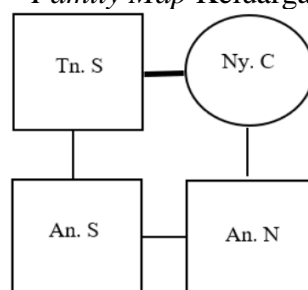


Keterangan :

- : Laki laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ⊗ : Meninggal
- ▲ : Pasien
- 🏠 : tinggal serumah

### Family Mapping

Gambar 2.  
Family Map Keluarga Tn. S



**Keterangan:**

- = Hubungan sangat erat
- = Hubungan erat

### Family Apgar Score

Tabel 4.  
Family Apgar Score

	APGAR	Skor
Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan.	2
Partnership	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya.	1
Growth	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya.	1
Affection	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta.	2
Resolve	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama.	2
	Total	8

Adaptation : 2

Partnership : 1

Growth : 1

Affection : 2

Resolve : 2

Total Family Apgar score 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik). Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM Score, dengan hasil antara lain:

### Family SCREEM Score

Tabel 5.  
Family SCREEM Score

Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		v		
S2 Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami	v			
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		v		
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas		v		
R1 Imam dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	v			
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami			v	
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami			v	
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan		v		

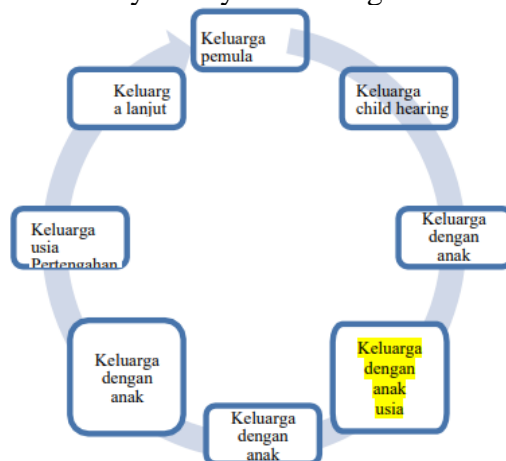
Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit		SS	S	TS	STS
	kami				
E' 1	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		v		
E' 2	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami			v	
M 1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	v			
M 2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	v			
Total				25	

Dari hasil skoring SCREEM mendapatkan hasil 25, dapat disimpulkan fungsi keluarga Tn. S memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai.

### Family Lifecycle

Siklus hidup keluarga Tn. S dapat dilihat pada gambar 3. Dapat dilihat bahwa keluarga Tn. S berada dalam tahap keluarga pemula (Tahap IV)

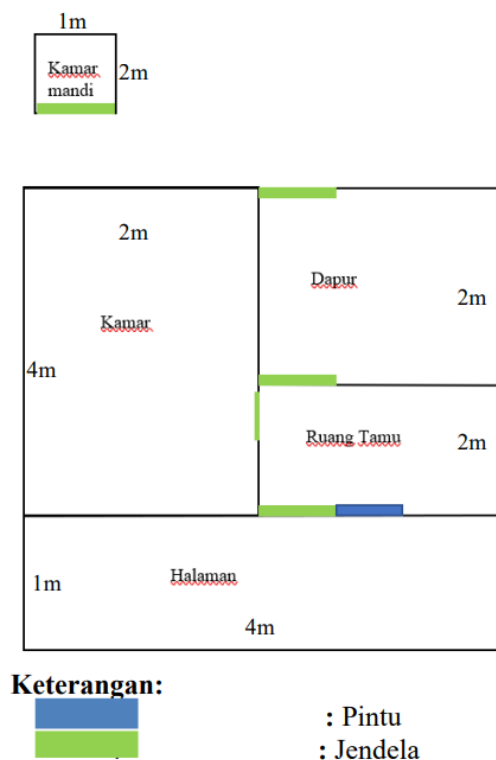
Gambar 3.  
Family Lifecycle Keluarga Tn.S



### DATA LINGKUNGAN RUMAH

Pasien tinggal di rumah permanen milik sendiri. Luas rumah 5 m x 4 m dan jumlah anggota keluarganya adalah 4 orang. Terdapat satu kamar tidur, satu ruang tamu dan tempat makan, satu dapur, dan satu kamar mandi. Dinding tembok, lantai semen. Dapur berada didalam rumah. Ventilasi terkesan sangat kurang dimana jendela hanya terdapat di ruang tamu dengan pertukaran udara yang kurang baik. Jendela berupa kaca tembus pandang yang sering dibuka. Kebersihan dan tata ruang dalam rumah kurang baik. Sumber air minumannya adalah air sumur yang dimasak. Untuk kegiatan masak dan mencuci menggunakan sumur bor. Kamar mandi berada di luar rumah dengan ukuran 1 m x 2 m, bentuk jamban adalah jamban jongkok. Limbah air mandi dan mencuci di alirkan ke sungai belakang rumah. Limbah sampah rumah tangga di kumpulkan di tempat sampah di depan rumah kemudian diangkut oleh petugas kebersihan.





Gambar 4. Denah Rumah Tn. S

### DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan Kedatangan : demam, lemas, nyeri kepala, mual, muntah, dan penurunan nafsu makan.
- Kekhawatiran : pasien khawatir keluhan pasien semakin memburuk dan membahayakan kesehatannya.
- Persepsi : pasien sebelumnya meyakini bahwa keluhan pasien hanya demam biasa.
- Harapan : pasien berharap keluhan pasien segera membaik dan sembuh dari penyakitnya agar dapat melakukan aktifitas seperti biasanya.

### Aspek 2. Aspek Klinis

Demam Typhoid (ICD-X: A01.0; ICPC2; D.70).

### Aspek 3. Aspek Internal

- Pasien belum mengetahui definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid.
- Pasien sering memakan makanan pemberian orang asing yang ditemui ketika memulung di jalan.
- Pasien tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan.

### Aspek 4. Aspek Eksternal

- Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid.
- Kebersihan lingkungan rumah kurang baik.
- Kurangnya dukungan keluarga serta motivasi terhadap penyakit yang diderita pasien.
- Kurangnya dukungan keluarga dalam mengingatkan tentang menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

### **Aspek 5. Derajat Fungsional**

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

Intervensi yang diberikan pada pasien berupa tatalaksana farmakologis dan non farmakologis terkait dengan diagnosa pasien. Intervensi farmakologis diberikan kepada pasien dengan tujuan untuk mengurangi keluhan yang dialami oleh pasien dan mencegah terjadinya komplikasi di kemudian hari. Intervensi non farmakologis yang diberikan ialah pemberian edukasi dan konseling kepada pasien serta anggota keluarganya mengenai penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid. Intervensi bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memperbaiki pola hidup pada pasien. Kunjungan sebanyak dua kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien yang dilakukan saat pasien berkunjung ke Puskesmas dan dilanjutkan ke rumah pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi secara tatap muka. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centered, family focused, dan community oriented*.

#### ***Patient Center***

##### **Medikamentosa**

1. Kloramfenikol 4x500 mg selama 14 hari, yang dikonsumsi sesudah makan.
2. Paracetamol 3x500 mg.

##### **Non Farmakologi:**

1. Edukasi kepada pasien mengenai penyakit yang sedang diderita meliputi penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid.
2. Edukasi mengenai cara menjaga kebersihan diri untuk mencegah penyakit.
3. Edukasi tentang cara menjaga kebersihan lingkungan.
4. Edukasi kepada pasien mengenai cara menjaga kebersihan makanan.

#### ***Family Focus***

1. Menjelaskan kepada keluarga mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid.
2. Menjelaskan kepada keluarga mengenai pentingnya kebersihan lingkungan rumah.
3. Menjelaskan dan memotivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap kesembuhan penyakit pasien.

#### ***Community Oriented***

1. Memberikan informasi dan motivasi menggunakan media cetak dalam bentuk materi dalam bentuk power point dan mengedukasi secara langsung kepada pasien serta keluarga agar pasien dan keluarga selalu menjaga kebersihan diri, lingkungan rumah, serta makanan.
2. Konseling kepada anggota keluarga dan sekitarnya agar segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan apabila muncul gejala demam Typhoid.

### **Diagnosis Holistik Akhir**

#### **Aspek 1. Aspek Personal**

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

## **Aspek 2. Aspek Klinis**

Demam Typhoid (ICD-X: A01.0; ICPC2; D.70).

## **Aspek 3. Aspek Internal**

- a. Pasien sudah mengetahui definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid.
- b. Pasien sudah tidak memakan makanan pemberian orang asing yang ditemui ketika memulung di jalan.
- c. Pasien sudah membiasakan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan.

## **Aspek 4. Aspek Eksternal**

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

## **Aspek 5. Derajat Fungsional**

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

## **PEMBAHASAN**

Studi kasus dilakukan pada Tn. S berusia 66 tahun dengan demam Typhoid yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien tergolong penyakit infeksius yang dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang pria berusia 66 tahun yang mengeluhkan demam sejak 1 minggu. Pada pertemuan pertama kali di Puskesmas, pasien mengeluhkan demam sejak 1 minggu terakhir. Awalnya demam dirasakan tidak terlalu tinggi dan suhu tubuh meningkat jika menjelang sore hingga malam hari disertai dengan menggigil. Demam muncul tidak dipengaruhi aktivitas. Keluhan disertai dengan lemas, nyeri kepala. Pasien juga mengeluhkan mual hingga muntah sehingga mengalami penurunan nafsu makan. Kemudian pasien sudah tidak buang air besar (BAB) dalam 2 hari terakhir. Dari hasil pemeriksaan fisik, keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: kompos mentis; GCS (Glasgow coma scale) 15; pasien tampak kooperatif; tekanan darah : 110/87 mmhg; nadi : 80x/menit; suhu : 36,5 C; pernafasan : 20 x/menit. Berat badan : 55 kg; tinggi badan : 165 cm; IMT pasien: 20,2 kg/m<sup>2</sup> dimana status gizi pasien masuk kedalam kategori normal.

Diagnosis demam Typhoid pada pasien ini ditegakkan atas dasar gejala yang didapatkan pada pasien dan pemeriksaan penunjang berupa uji serologi widal berupa peningkatan Typhi O sebesar 1/320 dan Paratyphi O-B sebesar 1/320. Gejala demam Typhoid dapat muncul setelah masa inkubasi 7 – 14 hari. Gejala klinis bervariasi mulai dari ringan sampai berat. Pada minggu pertama gejala serupa dengan penyakit infeksi akut lain seperti demam, nyeri kepala, pusing, mialgia, anoreksia, mual, muntah, obstipasi atau diare, rasa tidak nyaman di perut, batuk, dan epistaksis. Demam meningkat perlahan terutama sore hingga malam. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegaskan demam Typhoid antara lain adalah pemeriksaan darah rutin. Leukopenia sering ditemukan pada kasus demam tifoid, tetapi jumlah leukosit jarang kurang dari 2.500/mm<sup>3</sup>. Pada kondisi tertentu, jumlah leukosit dapat ditemukan meningkat (20.000-25.000/mm<sup>3</sup>). Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan serologi widal. Pemeriksaan ini dilakukan dengan melihat aglutinasi dalam

serum penderita aglutinin yang dideteksi yaitu aglutinin O, aglutinin H dan aglutinin Vi. Namun interpretasinya hanya dari aglutinin O dan H saja. Pemeriksaan lain adalah uji typhidot. Uji typhidot dilakukan untuk mendeteksi antibodi IgM dan IgG yang terdapat pada protein membran bakteri *Salmonella typhi*. Uji ini dapat dilakukan dengan hasil positif 2-3 hari pasca terinfeksi dengan sensitivitas 98%. Pemeriksaan kultur merupakan pemeriksaan gold standard dalam menegakkan diagnosis demam tifoid. Pemeriksaan kultur memiliki tingkat spesifisitas 100%.

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 kesehatan, dan lingkungan sekitar rumah pasien. Setelah dilakukannya 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, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid. Demam tifoid erat kaitannya dengan sanitasi lingkungan dan kebersihan pribadi, contohnya personal hygiene, kebersihan makanan, lingkungan yang kotor, kurangnya kebersihan tempat-tempat umum.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara non farmakologis dan secara farmakologis. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien diminta untuk mengerjakan soal pretest yang berhubungan dengan Demam Typhoid. Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan menggunakan media bentuk materi dalam bentuk power point berisi informasi terkait penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala, bagaimana pengobatan Demam Typhoid, serta pencegahan. Intervensi farmakologis diberikan antibiotik kloramfenikol 4 x 500 mg dan antipiretik parasetamol 3 x 500 mg. Tatalaksana demam tifoid tanpa komplikasi adalah berupa pemberian antibiotik golongan fluoroquinolone, diantaranya adalah ciprofloxacin, ofloxacin, dan pefloxacin. Pemberian antibiotik golongan fluoroquinolon pada demam tifoid cukup efektif, karena isolat dari bakteri *Salmonella typhi* tidak resisten terhadap golongan fluoroquinolone. Terapi first-line original adalah kloramfenikol, ampisilin, dan trimethopimsulfametoksazol. Dosis pemberian kloramfenikol ialah 25mg/kg.

Kunjungan rumah kedua yaitu evaluasi hasil intervensi pada tanggal 16 September 2023. Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Dari hasil evaluasi, dapat dikatakan bahwa terjadi perubahan pada klinis pasien, ditandai dengan hilangnya keluhan demam dan mual. Pengetahuan pasien tentang demam Typhoid juga mengalami peningkatan, dilihat dari peningkatan nilai pre-test ke post-test. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien sudah mengetahui tentang penyebab, faktor risiko, pencegahan serta pengobatan demam Typhoid. Adanya perubahan perilaku pasien ditandai dengan pasien tidak pernah mengonsumsi makanan pemberian orang asing di jalan ketika memulung, pasien membiasakan cuci tangan sebelum dan sesudah makanan, serta selalu menjaga kebersihan lingkungan rumah.

Tabel 6.  
Evaluasi Intervensi Tn. S

Variabel	Pretest	Posttest	Perubahan
Pengetahuan	40	90	↑ 50
Kebersihan makanan pasien	Pasien sering memakan makanan pemberian orang asing di jalan saat memulung	Pasien tidak memakan makanan pemberian orang asing di jalan saat memulung	Pasien menjaga kebersihan makanan
Kebersihan diri	Pasien tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan.	Pasien membiasakan diri mencuci tangan sebelum dan sesudah makan	Pasien menjaga kebersihan diri
Kebersihan lingkungan rumah	Pasien dan keluarga kurang menjaga kebersihan lingkungan rumah.	Pasien dan keluarga sudah menjaga kebersihan lingkungan rumah.	Pasien dan keluarga menjaga kebersihan lingkungan rumah.

Presepsi pasien sudah berubah bahwa pasien tidak lagi menganggap keluhannya adalah demam biasa. Keluarga pasien juga sudah memahami terkait penyebab, faktor risiko, pola penularan, pencegahan, dan pengobatan demam Typhoid. Keluarga juga sudah saling menjaga kebersihan lingkungan rumah dan kebersihan makanan. Dukungan dan motivasi dari anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien lebih baik.

## SIMPULAN

Pasien Tn. S, 66 tahun, memiliki faktor risiko internal yaitu Pasien belum mengetahui definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid; pasien sering memakan makanan pemberian orang asing yang ditemui ketika memulung di jalan; pasien tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan. Faktor risiko eksternal pada pasien adalah Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan Demam Typhoid; Kebersihan lingkungan rumah kurang baik; Kurangnya dukungan keluarga serta motivasi terhadap penyakit yang diderita pasien; Kurangnya dukungan keluarga dalam mengingatkan tentang menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Pasien diberikan intervensi farmakologis berupa pemberian antibiotik dan antipiretik serta nonfarmakologis dengan media bentuk materi dalam bentuk power point mengenai mengenai penyebab, faktor risiko, penularan penyakit, pencegahan, serta pengobatan demam Typhoid. Setelah dilakukan tatalaksana holistik dan komprehensif dengan pendekatan dokter keluarga, keluhan pasien membaik serta pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien sebesar 50 poin.

## DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization. (2018). Typhoid and other invasive salmonellosis. World Health Organization.
- Purba I, Wandra T, Nugrahini N, Nawawi S, Kandun N. (2016). Program Pengendalian Demam Tifoid di Indonesia: tantangan dan peluang. Media Litbangkes. 26(2):99 – 108.
- Lestari D, Karyus A. (2020). Penatalaksanaan Demam Tifoid pada Lansia dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga. Majority.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Riset Kesehatan Dasar Nasional. Depertamen Kesehatan RI.
- Puskesmas Tanjung Sari Natar. (2022). Profil Puskesmas Tanjung Sari Natar. Puskesmas Tanjung Sari Natar.

- Trismiyana E. (2020). Kebersihan makanan dan hand hygiene sebaai faktor risiko demam tifoid di Bandar Jaya, Lampung. *Holistik Jurnal Kesehatan*. 14(3): 470-478.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Pedoman Manajemen Hepatitis, Diare, dan Infeksi Saluran Pencernaan. Kementerian Kesehatan RI.
- Badan Litbang Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013. Badan Litbang Kesehatan.
- Hartanto D. (2021). Diagnosis dan Tatalaksana Demam Tifoid pada Dewasa. *Continuing Medical Education*. 48(1): 5-7.
- Levani Y & Prastya A. (2020). Demam Tifoid : Manifestasi Klinis, Pilihan Terapi Dan Pandangan Dalam Islam. *Al-Iqra Medical Journal : Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran*. 3(1): 10-16.
- Manalu T & Rantung J. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Demam Tifoid. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. 3(4): 837-844.
- Saputra D. (2021). Terapi Pada Demam Tifoid Tanpa Komplikasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. 3(1): 213-222.