

Penatalaksanaan Holistik pada Pasien Perempuan Usia 49 Tahun dengan Demam Tifoid Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Mashitoh Nur Iqlima¹, Dian Isti Angraini²

¹Bagian Ilmu Kedokteran Keluarga dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Program Studi Pendidikan Dokter, Ilmu Kedokteran Keluarga dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Penyakit demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh kuman *Salmonella sp.* Demam tifoid masih menjadi permasalahan kesehatan di negara berkembang dan beriklim tropis seperti Indonesia. Di Indonesia, insiden demam tifoid berkisar antara 350-810 per 100.000 penduduk. Pendekatan yang dilakukan oleh dokter keluarga tidak hanya berfokus pada *patient centered*, tetapi menggunakan strategi yang bersifat *family approach* dan *community oriented* untuk mendukung keberhasilan pengobatan dan pengendalian penyakit demam tifoid. Tujuan dari studi kasus ini yaitu menerapkan pelayanan dokter keluarga secara komprehensif dan holistik dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *evidence based medicine* dengan strategi yang bersifat *patient centered*, *family approach* dan *community oriented*. Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis), pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. Data sekunder diperoleh dari hasil pemeriksaan serologi widal. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien Ny. S, 49 tahun, datang ke poliklinik dengan keluhan demam, lemas, mual, nyeri otot, nyeri perut terutama pada bagian ulu hati dan penurunan nafsu makan sejak 1 minggu. Pasien didiagnosis dengan demam tifoid melalui hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik serta didukung dengan pemeriksaan widal yang dengan hasil titer thypii H yaitu 1/320. Penatalaksanaan demam tifoid yang diberikan mempertimbangkan hasil *evidence based medicine*. Setelah dilakukan intervensi didapatkan penurunan gejala klinis, peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku pasien dan keluarganya.

Kata Kunci: Dokter keluarga, demam tifoid, penatalaksanaan holistik.

Holistic Management Of 49 Years Old Female Patient With Thypoid Fever Through The Family Doctor Approach In Primary Care

Abstract

Typhoid fever is an acute infection caused by *Salmonella sp.* Typhoid fever is still a health problem in developing countries and tropical countries such as Indonesia. In Indonesia, the incidence of typhoid fever ranges from 350-810 per 100,000 population. The approach taken by family doctors does not only focus on patient centered, but also uses strategies that are family approach and community oriented to support the success of treatment and control of typhoid fever. The aim of this study is to identifying risk factors, clinical problems, and providing management to patients with the application of holistic, evidence-based medicine-based family doctor services through a patient-centered approach and a family approach. The analysis of this study is case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits to complete family data, psychosocial and environmental data. Secondary data were obtained from patient medical records at primary care. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis from the start, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. Patient Mrs. S, 49 years old, came to the clinic with complaints of fever, weakness, nausea, muscle pain, abdominal pain, especially in the pit of the stomach and decreased appetite since 1 week. The patient was diagnosed with typhoid fever through the results of the history and physical examination and was supported by a Widal examination. The management of typhoid fever is given considering the results of evidence based medicine. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms, an increase in knowledge and changes in the behavior of patients and their families.

Keywords: Family doctor, holistic management, thypoid fever.

Korespondensi: Mashitoh Nur Iqlima, S.Ked, alamat: Jl. Brigade Infanteri 06 Dk. Turen Rt 02/18 Palur, Mojolaban, Sukoharjo, Jawa Tengah, HP: 081273211035, email: mashitohiqlima97@gmail.com

Pendahuluan

Demam tifoid atau tifus merupakan suatu penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*.¹ Target awal bakteri ini adalah saluran pencernaan dan kemudian akan menyebar ke system organ lainnya sehingga demam tifoid disebut sebagai penyakit multisystem. Demam tifoid banyak ditemukan di negara berkembang dengan iklim tropis. Cara penularan demam tifoid yaitu secara fecal-oral melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh bakteri penyebab demam tifoid. Pada negara maju, demam tifoid dapat terjadi karena penularan dari traveler yang melakukan perjalanan ke negara endemis demam tifoid. Demam tifoid dapat menimbulkan beberapa komplikasi jika penderitanya tidak segera datang ke pelayanan kesehatan atau penderitanya tidak patuh dalam pengobatan. Komplikasi yang mungkin terjadi antara lain perdarahan usus, melena, perforasi usus, peritonitis, bahkan dapat mengenai system organ yang lain seperti meningitis, kolesistitis, dan ensefalopati.²

Demam tifoid masih menjadi permasalahan kesehatan di dunia, menurut data, terdapat 216.000 kematian dari 26 juta kasus demam tifoid di dunia pada tahun 2018. Di Indonesia, insiden demam tifoid berkisar antara 350-810 per 100.000 penduduk dengan prevalensi penyakit sebesar 1,6% dan menduduki urutan ke 5 penyakit menular yang terjadi pada semua usia serta menjadi urutan ke 15 penyebab kematian pada semua usia di Indonesia.³ Tingginya insiden demam tifoid 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 tifoid.²

Minimnya pengetahuan masyarakat tentang tanda dan gejala demam tifoid menjadi salah satu penyebab penderita

demam tifoid sering terlambat datang ke pelayanan kesehatan. Hal tersebut menyebabkan terjadinya komplikasi demam tifoid yang mungkin menyebabkan tingginya angka kematian pada kasus demam tifoid.¹ Selain itu, rendahnya pengetahuan penderita demam tifoid mengenai perjalanan penyakitnya menyebabkan penderita kurang memperhatikan cara pengobatannya sehingga komplikasi demam tifoid juga dapat terjadi pada penderita yang telah mendapatkan pengobatan medikamentosa.⁴ Oleh karena itu, perlu dilakukan penatalaksanaan menyeluruh dan komprehensif pada penderita demam tifoid untuk menghindari komplikasi serta dalam rangka memutus rantai penularan demam tifoid. Penatalaksanaan menyeluruh dilakukan bukan hanya kepada penderita, namun juga keluarga dalam satu rumah yang selanjutnya disebut dengan penatalaksanaan holistik melalui pendekatan kedokteran keluarga.

Penatalaksanaan holistik melalui pendekatan kedokteran keluarga dilakukan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada penderitanya, menilai fungsi keluarga, melakukan intervensi kepada penderita beserta anggota keluarganya dan melakukan evaluasi dari hasil intervensi tersebut. Tujuan dari studi ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko internal dan eksternal serta masalah klinis pada pasien; menerapkan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.

Kasus

Pasien perempuan usia 49 tahun datang ke Poli Puskesmas Tanjung Sari Natar pada dengan keluhan demam sejak 1 minggu sebelumnya. Demam dirasakan tidak terlalu tinggi dan hilang timbul yaitu jika pagi hari tidak terasa demam, namun jika sore menjelang malam demam mulai dirasakan. Keluhan disertai dengan lemas,

nyeri kepala pada bagian depan, pegal-pegal pada badan, mual pada saat makan dan nyeri perut. Nyeri perut dirasakan seperti ditekan pada bagian ulu hati. Pasien merasa tidak nafsu makan, sehingga dalam satu kali makan pasien hanya memakan 2 hingga 3 sendok nasi saja. Pasien mengatakan kesulitan BAB dan tinja dirasa lebih keras daripada biasanya. Dalam satu minggu terakhir pasien hanya tidur dan berbaring di tempat tidur serta merasa tidak mampu melakukan aktifitas seperti biasanya. Keluhan muntah darah dan BAB darah disangkal oleh pasien. Keluhan menggigil, berkeringat dan perdarahan melalui gusi atau hidung disangkal oleh pasien. Pasien masih bisa BAK seperti biasanya dengan frekuensi 5 kali sehari dengan jumlah urin yang dirasa tidak terlalu banyak dan tidak terlalu sedikit, berwarna bening hingga kuning muda.

Pasien belum pernah mengalami keluhan seperti ini sebelumnya. Pasien belum mencari pengobatan atau mengkonsumsi obat-obatan dalam satu minggu terakhir. Pada keluarga pasien tidak ada yang mengalami keluhan yang serupa dengan keluhan yang dialami oleh pasien, rekan kerja atau tetangga pasien juga tidak ada yang mengalami keluhan seperti yang dirasakan oleh pasien.

Pasien setiap hari bekerja di pabrik sebagai buruh di bagian produksi. Pasien mengatakan, jika pada saat berada di tempat kerja pasien sering mengkonsumsi jajanan yang dibeli di pinggir jalan. Hal tersebut dilakukan oleh pasien setiap hari bersama dengan rekan kerja yang lainnya.

Sebelum mengalami keluhan ini, pasien memiliki kebiasaan makan 3 kali dalam satu hari. Dalam 1 kali makan meliputi nasi sebanyak 1,5 centong, sayur bayam dan tahu 2 buah. Terkadang pasien mengganti menu sayur yaitu dengan kangkung, sawi atau daun singkong. Pasien juga kadang-kadang mengganti menu lauk dengan tempe atau ikan asin. Pasien mengkonsumsi telur seminggu 1 kali dan mengkonsumsi daging ayam 1 bulan sekali. Menu camilan yang sering dikonsumsi oleh

pasien berupa tahu, tempe, bakwan atau pisang goreng sebanyak 6 biji per hari. Pasien jarang mengkonsumsi buah-buahan. Setiap pagi dan malam pasien rutin minum teh manis. Pasien jarang mengkonsumsi vitamin. Pasien minum air putih 8 gelas belimbing dalam 1 hari. Air yang dipakai untuk minum adalah air galon isi ulang yang tidak dimasak.

Pasien tidak pernah melakukan latihan fisik rutin. Pasien tidak memiliki kebiasaan konsumsi alkohol maupun merokok. Pasien jarang melakukan kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan setelah makan. Pasien dan keluarga kurang memiliki pemahaman mengenai demam tifoid. Pada awalnya, pasien menganggap keluhannya hanya flu biasa dan tidak membahayakan kesehatannya, namun karena tidak kunjung sembuh pasien khawatir keluhannya semakin buruk dan membahayakan kesehatan pasien sehingga pasien datang ke Puskesmas Tanjung Sari Natar dengan harapan agar keluhannya segera membaik dan pasien dapat beraktivitas seperti biasanya.

Pada pemeriksaan fisik umum didapatkan hasil keadaan umum : sakit sedang; Kesadaran : komposmentis; GCS (*Glasgow coma scale*) 15; pasien tampak kooperatif; tekanan darah : 130/70 mmHg; nadi : 62x/menit; suhu : 37,9 C; pernafasan : 25 x/menit. Berat badan : 58 kg; tinggi badan : 149 cm; IMT (Indeks Masa Tubuh) : 26,12 kg/m² (status gizi pasien kelebihan berat badan ringan).

Pada pemeriksaan fisik status generalis didapatkan hasil Pemeriksaan kepala : rambut hitam dan tidak mudah dicabut, mata cekung, konjungtiva anemis, nafas cuping hidung (-), bibir kering, lidah kotor (+). Pemeriksaan leher : trakea simetris, tidak ada perbesaran KGB leher. Pemeriksaan thorax paru : inspeksi pernapasan simetris, palpasi fremitus taktil anterior dan posterior dalam batas normal, perkusi sonor di kedua lapang paru, auskultasi pernapasan esikuler di kedua lapang paru. Pemeriksaan jantung : inspeksi iktus kordis tidak terlihat, palpasi

iktus kordis tidak teraba, perkusi batas jantung tidak mengalami pelebaran, auskultasi sulit dinilai. Pemeriksaan abdomen : inspeksi abdomen tampak datar, auskultasi bising usus positif dengan frekuensi 6 kali per menit, palpasi terdapat nyeri tekan di regio epigastrium, perkusi timpani di seluruh lapang abdomen. Hepar tidak teraba, spleen tidak teraba, shifting dullness (-), pemeriksaan ginjal tidak dilakukan. Pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior didapatkan akral hangat, CRT <2 detik, normotonus, gerakan aktif, ekstremitas inferior, akral teraba akral hangat, CRT < 2 detik dan edema (-).

Pemeriksaan penunjang berupa hematologi rutin tersaji dalam tabel 1 sebagai berikut.

Tabel 1. Pemeriksaan Hematologi

	Hasil	Satuan	Kesan
Hemoglobin	14,1	gr/dL	Normal
Leukosit	7.500	/ μ L	Normal
Eritrosit	3,9	Juta/ μ L	Normal
Trombosit	52.000	/ μ L	Rendah
Hematocrit	40	%	Normal

Pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan widal tersaji dalam tabel 2 sebagai berikut.

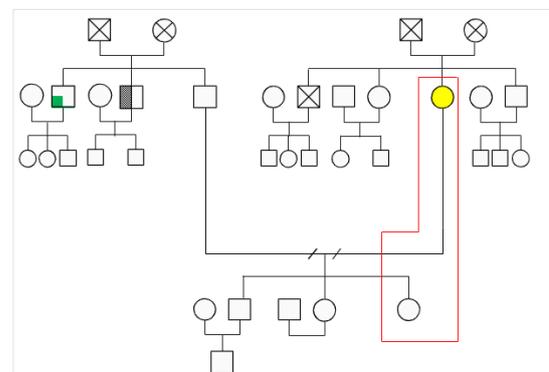
Tabel 2. Serologi Widal

	Hasil		Hasil
Typhi O	1/80	Typhi H	1/320
Paratyphi O-A	1/80	Paratyphi H-A	1/320
Paratyphi O-B	1/80	Paratyphi H-B	1/80
Paratyphi O-C	1/80	Paratyphi H-C	1/80

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terhadap pasien dan keluarganya didapatkan data keluarga pada pasien ini. Pasien merupakan anak ketiga dari 5 bersaudara, kedua orangtua pasien saat ini sudah meninggal. Pasien sudah bercerai dengan suaminya sejak 20 tahun yang lalu. mantan suami pasien merupakan anak kedua dari 3 bersaudara. Pasien memiliki 3 anak yaitu anak pertama berjenis kelamin

laki-laki dan berusia 32 tahun, anak kedua berjenis kelamin perempuan dan 30 tahun, serta anak ketiga berjenis kelamin perempuan dan berusia 22 tahun. Bentuk keluarga pasien adalah *single family*. Saat ini pasien tinggal bersama anak bungsu nya. Anak pertama dan kedua sudah berkeluarga dan tinggal di rumah yang berbeda. Bagan silsilah keluarga pada pasien ini tersaji dalam gambar 1.

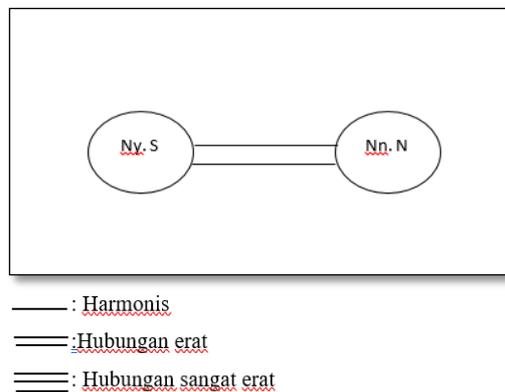
Fungsi biologis keluarga cukup baik yaitu tidak ada penyakit hereditier/degenerative, penyakit menular, penyakit kronis dalam 2 bulan terakhir, cacat fisik dan penyakit akibat kerja dalam keluarga. Fungsi psikososial dalam keluarga kurang dikarenakan istri bercerai dengan suami sejak 20 tahun yang lalu namun hubungan istri dengan anak cukup baik. Waktu untuk berkumpul bersama menjadi berkurang karena istri harus mencari nafkah untuk menghidupi keluarga dan pembuat keputusan dalam keluarga adalah istri.



Keterangan :
 □ : Laki-laki ⊗ : Meninggal ● : Pasien
 ○ : Perempuan ⊗ : Meninggal [] : Tinggal serumah

Gambar 1. Genogram

Hubungan antar keluarga tersaji dalam *family map* pada gambar 2 sebagai berikut.



Gambar 2. *Family Map* Keluarga

Fungsi keluarga dinilai menggunakan *Apgar Score*. Hasil *Apgar score* pada keluarga pasien ini adalah 7 yang artinya pada keluarga ini mengalami disfungsi sedang. Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai menggunakan *SCREEM Score*. Hasil skoring *SCREEM* pada keluarga ini adalah 24, sehingga dapat disimpulkan fungsi keluarga pada pasien ini memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai.

Pada anamnesis terhadap keadaan lingkungan rumah pasien, didapatkan data bahwa pasien tinggal di rumah permanen milik sendiri. Lingkungan rumah pasien adalah lingkungan pedesaan yang padat penduduk. Luas rumah 20m x 10m dan jumlah anggota keluarganya adalah 2 orang. Luas halaman rumah 10m x 3m. Lantai rumah berupa keramik di bagian ruang tamu, namun di bagian kamar, dapur dan kamar mandi berupa semen halus. Sumber penerangan dalam rumah ini adalah lampu listrik. Kondisi rumah tidak lembab namun pasien tetap menggunakan bantuan ventilasi berupa kipas angin. Jendela pada ruang tamu dibiarkan terbuka pada siang hari. Kebersihan dan tata ruang dalam rumah cukup baik.

Sumber air minumannya adalah air galon isi ulang yang tidak dimasak. Untuk kegiatan masak dan mencuci menggunakan sumur bor. Jarak sumur bor atau sumber air dari septic tank sekitar 5 meter. Kamar mandi berada di dalam rumah dengan ukuran 1m x 2m, bentuk jamban adalah jamban jongkok.

Limbah air mandi dan mencuci di alirkan ke belakang rumah sehingga membentuk genangan air dan dibiarkan meresap ke dalam tanah. Limbah sampah rumah tangga di kumpulkan di tempat sampah di depan rumah kemudian diangkut oleh petugas kebersihan. Pasien memiliki hewan ternak yaitu ayam dengan kandang yang terletak tepat di belakang rumah. Kesan kebersihan lingkungan pemukiman kurang.

Diagnostik holistik awal pada pasien ini meliputi 5 aspek, yaitu aspek personal, aspek klinis, aspek internal, aspek eksternal dan derajat fungsional. Aspek personal dari pasien ini meliputi alasan kedatangan pasien yaitu demam, lemas, nyeri kepala pada bagian depan, pegal-pegal pada badan, mual pada saat makan, nyeri perut di ulu hati dan tidak nafsu makan. Aspek personal mengenai kekhawatiran pasien yaitu pasien khawatir keluhanya semakin memburuk dan membahayakan kesehatannya. Aspek personal tentang persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah bahwa pasien sebelumnya meyakini bahwa keluhanya hanya flu biasa dan akan segera membaik dalam waktu dekat. Aspek personal perihal harapan pasien yaitu pasien berharap keluhanya segera membaik dan sembuh dari penyakitnya agar dapat melakukan aktifitas seperti biasanya. Aspek klinis pada pasien ini yaitu Demam Tifoid (ICD-X: A01.0; ICPC-2; D.70). Aspek internal pada pasien ini adalah kurangnya pengetahuan mengenai tanda dan gejala serta pengobatan penyakit demam tifoid, kurangnya kesadaran untuk menjaga kebersihan yaitu pasien masih sering jajan makanan sembarangan dan cuci tangan tanpa sabun dan pola berobat yang masih bersifat kuratif. Aspek

eksternal pada pasien ini adalah kurangnya pengetahuan keluarga mengenai tanda dan gejala serta pengobatan penyakit demam tifoid, lingkungan tempat bekerja atau rekan kerja pasien juga sering melakukan kebiasaan jajan sembarangan, dan penyedia makanan di tempat kerja kurang memperhatikan kebersihan.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien ini berfokus pada dua hal yaitu *patient centered* dan *family focused*. *Patient centered* terdiri dari tatalaksana farmakologi dan non-farmakologi. Tatalaksana farmakologi yang diberikan kepada pasien yaitu terapi cairan berupa IVFD Ringer Lactate 30 tetes per menit, antibiotic kloramfenikol tablet 500 mg tiga kali dalam satu hari, antipiretik berupa parasetamol tablet 500 mg tiga kali sehari dan vitamin B kompleks satu hari satu kali. Tatalaksanaan non-farmakologi pada pasien ini yaitu memberikan penjelasan mengenai penyakit pasien dan komplikasinya, konseling pasien untuk tirah baring sementara waktu, konseling diet selama sakit, yaitu diet lunak rendah serat, memberikan penjelasan mengenai keamanan penggunaan obat-obatan yang diberikan dari Puskesmas dan mengingatkan agar selalu mengontrolkan kesehatan diri. *Family focused* pada keluarga ini adalah edukasi kepada keluarga mengenai penyakit demam tifoid serta peran keluarga dalam terapi penyakit pasien, konseling kepada keluarga pasien tentang pentingnya memberi dukungan pada pasien terkait penyakit dan kehamilannya, dan konseling pasien untuk menjaga higienitas dan sanitasi terutama di lingkungan rumah.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien Ny. S usia 49 tahun, pasien datang mengeluhkan keluhan demam sudah sejak 1 minggu, badan terasa lemas, mual pada saat makan, dan nyeri perut. Pertemuan dilakukan tiga kali yaitu kunjungan pertama dilakukan anamnesis holistik dan pemeriksaan fisik. Pada pertemuan kedua

dilakukan intervensi secara tatap muka. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi.

Pada kunjungan pertama, didapatkan data yaitu keluhan pasien, keadaan keluarga, social, psikosocial, dan ekonomi serta kondisi rumah pasien melalui anamnesis kepada pasien dan alloanamnesis kepada keluarga pasien.

Berdasarkan anamnesis, pasien dicurigai menderita demam tifoid dari beberapa tanda yaitu demam sudah sejak 1 minggu, badan terasa lemas, nyeri kepala, pegal-pegal pada badan, mual dan nyeri perut. Demam yang dirasakan tidak terlalu tinggi pada pagi hari dan menjadi tinggi pada malam hari. Menurut Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI, gejala klinis demam tifoid pada minggu pertama serupa dengan gejala penyakit infeksi akut yaitu demam, nyeri kepala, pusing, nyeri otot, anoreksia, mual, muntah, obstipasi atau diare, dan perasaan tidak nyaman pada perut.⁶

Tanda yang didapatkan dari pemeriksaan fisik adalah demam subfebris yaitu dengan suhu 37,9 C. pemeriksaan tersebut dilakukan pada siang hari. Tanda demam pada penyakit tifoid adalah meningkat perlahan-lahan terutama pada sore hari hingga malam hari.⁶ Tanda lain yang terdapat pada pasien ini adalah nadi 62x/menit, yang artinya pada pasien ini mengalami bradikardi relative. Bradikardi relative merupakan kondisi pada pasien demam tifoid dengan peningkatan suhu 1°C namun tidak diikuti peningkatan denyut nadi 8 kali per menit.⁷ Pada pasien ini juga didapatkan lidah kotor dan nyeri perut di epigastrium. Lidah kotor merupakan salah satu tanda demam tifoid.⁵

Pemeriksaan penunjang berupa darah rutin didapatkan hasil yaitu penurunan trombosit menjadi 52.000 per microliter. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada demam tifoid dapat pula terjadi trombositopenia.⁷ Kejadian trombositopenia sehubungan dengan produksi trombosit yang menurun dan destruksi trombosit oleh sel-sel RES

(*Reticulo Endothelial System*).⁵

Pada pemeriksaan serologi widal didapatkan hasil titer thypi O yaitu 1/80 dan thypi H yaitu 1/320. Uji serologi widal dilakukan untuk mendeteksi antibody terhadap kuman *Salmonella thypi*. Agglutinin O dan H dapat digunakan untuk mendiagnosis demam tifoid. Pada kasus ini terjadi peningkatan titer agglutinin thypi H. batas titer tersebut sudah dapat menegakkan diagnosis demam tifoid di daerah tersebut.⁶

Demam tifoid adalah infeksi saluran cerna oleh bakteri *Salmonella typhi*. Faktor resiko terinfeksi bakteri ini adalah faktor pejamu, agen, dan lingkungan. Faktor pejamu yaitu penularan *Salmonella typhi* sebagian besar melalui makanan/minuman yang tercemar oleh kuman yang berasal dari penderita atau karier yang biasanya keluar bersama tinja atau urin. Kebiasaan jajan mempunyai resiko lebih tinggi terkena penyakit demam tifoid dibandingkan dengan kebiasaan tidak jajan, serta kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan lebih beresiko terkena penyakit demam tifoid.⁵

Faktor agen, bahwa demam tifoid disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi*. Jumlah kuman yang dapat menimbulkan infeksi adalah sebanyak 10⁵-10⁹ kuman yang tertelan melalui makanan dan minuman yang terkontaminasi sehingga semakin banyak jumlah kuman yang masuk maka masa inkubasi akan semakin pendek dan pejamu akan lebih cepat sakit dan menimbulkan gejala.⁶

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi yang banyak dijumpai di daerah tropis, terutama daerah dengan kualitas sumber air yang tidak memadai dengan standar higiene dan sanitasi yang rendah. Berikut merupakan faktor lingkungan yang mempercepat terjadinya penyebaran demam tifoid adalah urbanisasi, kepadatan penduduk, sumber air minum dan standard higiene industri pengolahan makanan yang rendah.¹

Pada kasus ini, factor pejamunya

adalah pasien memiliki kebiasaan jajan sembarangan dan cuci tangan tanpa sabun. Faktor lingkungan yang mempengaruhi kejadian penyakit demam tifoid pada pasien ini adalah penyedia makanan pada tempat kerja yang kurang baik. Penyedia makanan di lingkungan tempat pasien bekerja kurang memperhatikan kebersihan yaitu tempatnya yang berada di pinggir jalan sehingga memungkinkan makanan terkontaminasi dengan bakteri *Salmonella thypi*.

Penatalaksanaan demam tifoid yaitu berupa tatalaksana farmakologi dan non farmakologi. Tatalaksana farmakologi berupa antipiretik jika terdapat keluhan demam, antibiotic dan kombinasi antibiotic dan kortikosteroid. Antipiretik yang biasa digunakan yaitu parasetamol dengan dosis 10mg/kgBB. Parasetamol bekerja pada pusat pengatur suhu di hipotalamus untuk menurunkan suhu tubuh. Bekerja dengan menghambat sintesis prostaglandin sehingga mengurangi nyeri-nyeri ringan hingga sedang.¹

Antibiotik yang sering digunakan untuk mengobati demam tifoid yaitu kloramfenikol, tiamfenikol, kotrimoksazol, amphisilin dan amoksisilin, sefalosporin generasi 3, Fluorokuinolon dan azitromisin.⁷

Di Indonesia kloramfenikol masih merupakan obat lini pertama untuk mengobati demam tifoid. Kloramfenikol bersifat bakterostatik dan merupakan antibiotic spectrum luas. Dosis penggunaan pada orang dewasa yaitu 50mg/kgBB/ hari diberikan per oral dibagi dalam 3-4 dosis.⁸ Kloramfenikol dapat diberikan sampai 7 hari bebas gejala panas.⁶ Seperti halnya dengan kloramfenikol, tiamfenikol digunakan untuk mengobati infeksi bakteri gram positif. Indikasi tiamfenikol adalah demam tifoid dengan dosis 1-2 gram sehari terbagi menjadi 4 dosis.⁹

Golongan fluorokuinolon yang dapat dipakai yaitu norfloxacin, siprofloxacin,

ofloxacin, pefloxacin, dan fleroxacin.¹⁰ penggunaan steroid hanya diindikasikan pada toksik tifoid atau demam tifoid yang mengalami syok septik dengan deksametason dosis 3 x 5 mg.⁶

Pada pasien ini, tatalaksana yang diberikan adalah terapi cairan untuk memenuhi kebutuhan cairan pada pasien dikarenakan pasien malas makan dan minum. Terapi simtomatisnya yaitu parasetamol 3 x 500 mg, untuk meringankan demam pada pasien. Antibiotic yang diberikan yaitu kloramfenikol dengan dosis 3 x 500 mg dan vitamin B kompleks.

Tatalaksana non farmakologi pada demam tifoid yaitu istirahat dan perawatan dengan tujuan mencegah komplikasi serta mempercepat penyembuhan. Diet yang tepat yaitu diet lunak rendah sisa, berupa nasi lembek atau bubur saring dengan lauk pauk rendah selulosa untuk menghindari perdarahan saluran cerna dan perforasi usus.⁶ Asupan serat maksimal 8 gram/hari, menghindari susu, daging berserat kasar, lemak, terlalu manis, asam, berbau tajam. Makanan juga sering diberikan dalam porsi kecil.⁵

Dari hasil kunjungan pertama, pasien masih belum mengetahui penyakit, pengobatan dan pencegahan mengenai penyakit yang dideritanya serta pasien juga mengkhawatirkan kondisi penyakit tidak dapat disembuhkan, dan semakin parah. Kondisi keluarga pasien mengalami disfungsi sedang, namun pengetahuan dan dukungan keluarga masih kurang baik.

Kunjungan kedua yaitu melakukan intervensi terhadap pasien dengan menggunakan media poster bergambar tentang demam tifoid, dan pencegahannya berupa sepuluh perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga. Keluarga juga turut mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien saat intervensi dilakukan. Untuk menilai pengetahuan dilakukan tes menggunakan 8 soal sebelum intervensi dan 8 soal yang

sama setelah intervensi. Intervensi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan mengubah pola hidup pasien beserta keluarga yang kurang memperhatikan hygiene dan sanitasi lingkungan rumah agar dapat terhindar dari infeksi mikroorganisme. Pada kunjungan kedua juga dilakukan *food recall*. Metode *food recall* dilakukan untuk menilai asupan gizi dalam 24 jam, dimana diharapkan setelah dilakukan intervensi pasien dapat mengikuti edukasi dan arahan yang diberikan sesuai dengan penyakitnya.

Terdapat sepuluh perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga menurut Depkes RI, dan perilaku yang berhubungan dengan kasus ini adalah:¹¹

- a. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, adalah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan seperti bidan, dokter, dan tenaga para medis lainnya.
- b. Cuci tangan dengan sabun. Air yang tidak bersih banyak mengandung kuman dan bakteri penyebab penyakit.
- c. Tersedia air bersih. Air bersih secara fisik dapat dibedakan melalui indera kita, antara lain:
Air tidak berwarna, harus bening/jernih.
Air tidak keruh, harus bebas dari pasir, debu, lumpur, sampah, busa dan kotoran lainnya.
Air tidak berasa, tidak berasa asin, tidak berasa asam, tidak payau, dan tidak pahit, harus bebas dari bahan kimia beracun.
Air tidak berbau seperti bau amis, anyir, busuk atau bau belerang.
- d. Tersedia jamban. Jamban adalah suatu ruangan yang mempunyai fasilitas pembuangan kotoran manusia yang terdiri atas tempat jongkok atau tempat duduk dengan leher angsa atau tanpa leher angsa (cemplung) yang dilengkapi dengan unit penampungan kotoran dan air untuk membersihkannya.
- e. Makanlah dengan gizi seimbang. Setiap

- anggota rumah tangga mengkonsumsi minimal 3 porsi buah dan 2 porsi sayuran atau sebaliknya setiap hari.
- f. Aktivitas fisik setiap hari, adalah anggota keluarga melakukan aktivitas fisik 30 menit setiap hari agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari.
 - g. Tidak merokok. Rokok ibarat pabrik bahan kimia. Dalam satu batang rokok yang diisap akan dikeluarkan sekitar 4.000 bahan kimia berbahaya, di antaranya yang paling berbahaya adalah Nikotin, Tar, dan Carbon Monoksida (CO).

Selain itu, pasien juga diedukasi mengenai diet yang tepat pada penderita demam tifoid yaitu diet lunak rendah serat. Pada *food recall* 24 jam yang dilakukan pada saat kunjungan kedua. Dari hasil *food recall* tersebut, didapatkan kesimpulan bahwa asupan energy pasien masih kurang, asupan karbohidrat masih kurang, asupan lemak masih kurang namun asupan protein termasuk dalam kategori berlebih. Kurangnya asupan energy pada pasien berhubungan dengan keluhan pasien yaitu masih mengalami penurunan nafsu makan, sehingga asupan makannya belum maksimal. Pasien juga masih mengkonsumsi makanan berserat namun dalam porsi yang rendah.

Kunjungan ketiga yaitu melakukan evaluasi terhadap intervensi yang dilakukan. Hal yang dinilai dalam kunjungan ini adalah peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku. Peningkatan pengetahuan dapat dilihat dari hasil tes sebelum dan sesudah intervensi. Dari hasil pretes dan postes yang telah dilakukan, terjadi peningkatan pengetahuan pada pasien.

Ada beberapa langkah sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*) yaitu menyadari stimulus tersebut dan mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*) dan mencoba melakukan apa

yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah adopsi (*adoption*), berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.

Dari hasil wawancara, dapat dievaluasi bahwa pola hidup bersih dan sehat beberapa sudah diterapkan oleh pasien. Pasien selalu mencuci tangan tanpa sabun sebelum dan setelah makan, sebelum masak, dan jika tangannya terasa kotor. Setelah dilakukan intervensi, bahwa banyak kuman bersumber dari tangan, pasien dan keluarganya mulai mencuci tangan menggunakan sabun.

Setelah dilakukan intervensi, pasien mulai mengurangi kebiasaan jajan sembarangan dan mulai membawa bekal dari rumah. Namun, penyedia makanan di tempat kerja belum memiliki kesadaran untuk mengubah pola kebersihannya. Pasien juga memiliki kesadaran untuk kontrol ke Puskesmas guna menilai kesembuhannya.

Prognosis *Quo ad vitam* pada pasien ini adalah *dubia bonam* yaitu dilihat dari kesehatan dan tanda-tanda vitalnya yang kurang baik. Prognosis *Quo ad functionam* pada pasien ini adalah *bonam* karena pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari secara mandiri. Prognosis *Quo ad sanationam* pada pasien ini adalah *dubia ad bonam* karena pasien mungkin akan mengalami keluhan serupa kembali jika tidak menjaga kesehatan dan kebersihan badan.

Kesimpulan

Pada pasien ini, penegakan diagnosis demam tifoid berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang berupa serologi widal. Pasien ini datang dengan keluhan demam yang sudah berlangsung selama 1 minggu, hilang timbul, memberat pada waktu sore hari hingga menjelang tidur dan demanya tidak terlalu tinggi. Selain itu, pasien juga mengeluhkan mual dan nyeri perut. Saat dilakukan pemeriksaan fisik, dari tanda-tanda vital didapatkan hasil pengukuran suhu 37,9⁰C kesan demam subfebris. Pada

pemeriksaan palpasi abdomen didapatkan nyeri pada region epigastrium. Kemudian saat dilakukan pemeriksaan serologi widal didapatkan hasil peningkatan titer antibody typhoid H dan paratyphoid H-A. Penatalaksanaan Demam Tifoid yaitu berupa tatalaksana farmakologi dan non farmakologi. Tatalaksana farmakologi dapat berupa antipiretik, antibiotik lini pertama atau alternatif dan terapi cairan untuk memperbaiki keadaan umum. Tatalaksana non farmakologi berupa tirah baring dan pola diet tinggi kalori rendah serat. Setelah dirawat selama 3 hari kondisi pasien membaik ditandai dengan semakin menghilangnya keluhan yang dirasakan pasien dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Penatalaksanaan holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga juga dilakukan pada pasien dan keluarga pasien. Perubahan pengetahuan dan perilaku pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara patient centered dan family focused.

Daftar Pustaka

1. Sakinah dan Anggraini DI. Tatalaksana Demam Tifoid Tanpa Komplikasi pada Wanita Hamil Trimester Pertama: Peran Intervensi Dokter Keluarga. *J Medula Unila*. 2016;5(2): 53-8.
2. Jenish B., Pawan K. T., dan Elizabeth D. Typhoid Fever (internet). *StatPearls*;2021 [Disitasi tanggal 26 November 2021]. Tersedia dari [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557513/?log\\$=activity](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557513/?log$=activity)
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Riset Kesehatan Dasar Nasional 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
4. World Health Organization. Background Document: The Diagnosis, Treatment and Prevention of Typhoid Fever (internet). WHO; 2003 [Disitasi tanggal 28 November 2021]. Tersedia dari www.who.int/vaccines-documents/
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pengendalian Demam Tifoid. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/MENKES/SK/V/2006. Jakarta; 2006.
6. Djoko W. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI: Demam Tifoid. Jakarta: Interna Publishing; 2015.
7. Gunawan SG, Setiabudy R, editors. Farmakologi dan Terapi. Edisi 6. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2016.
8. Pramudianto A, Evaria. Mims Indonesia Petunjuk Konsultasi edisi 18. Jakarta: BIP; 2018.
9. Badan POM Indonesia. Informatarium Obat Nasional Indonesia cetakan tahun 2017. Jakarta: Sagung Seto;2017.
10. Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer (Edisi Revisi). IDI; 2014.
11. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Seri PHBS. Jakarta: Depkes RI; 2009.