

Penatalaksanaan Demam Tifoid Dan Pencegahan Holistik Pada Pasien Wanita Usia 61 Tahun Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Karine Meynda Putri¹, Sahab Sibuea²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi*. Demam tifoid sering terjadi di beberapa negara di dunia dan umumnya terjadi di negara-negara dengan tingkat kebersihan yang rendah. Berdasarkan data WHO (*World Health Organisation*) memperkirakan angka insidensi di seluruh dunia sekitar 17 juta jiwa per tahun, angka kematian akibat demam tifoid mencapai 600.000 dan 70% nya terjadi di Asia. Mengidentifikasi faktor resiko dan masalah serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan melalui pendekatan kedokteran keluarga. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari hingga akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien memiliki derajat fungsional 2 dengan demam tifoid yang memiliki faktor resiko internal yaitu pengetahuan yang kurang mengenai penyakit demam tifoid serta proses infeksi kepada lingkungan sekitar. Faktor resiko eksternal yaitu lingkungan rumah tidak bersih, kemudian dilakukan edukasi terhadap pasien dan keluarganya mengenai penyakit demam tifoid beserta perilaku hidup bersih dan sehat. Setelah dilakukan evaluasi telah terlihat sedikit perubahan perilaku dimana pasien. Masalah klinis pada pasien membutuhkan perhatian dalam mengubah perilaku hidup bersih. Petugas kesehatan bertugas tidak hanya menyelesaikan masalah klinis, tetapi juga mencari dan memberi solusi atas permasalahan dalam lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pasien dan keluarga.

Kata kunci: Demam tifoid, kedokteran keluarga, penatalaksanaan holistik

Management Of Typhoid Fever And Holistic Prevention In Patients Of Age Women 61 Years Through Family Medicine Approaches

Abstract

Fever is an acute infectious disease caused by *Salmonella typhi* bacteria. Fever often occurs in several countries in the world and generally occurs in countries with low levels of cleanliness. Based on data from WHO (*World Health Organization*) estimates the incidence rate in the world around 17 million people per year, the death rate from typhoid fever reaches 600,000 and 70% occur in Asia. To identify risk factors and problems with patient management based on the patient's problem by seeking family approval. This study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. Assessment is based on a preliminary, process, and final diagnosis of a qualitative and quantitative study. Patients have functional degrees 2 with typhoid fever which has internal risk factors, namely lack of knowledge related to typhoid fever and the process of infection of the surrounding environment. External risk factors are unclean home environment. Then educating patients and families about typhoid fever for a clean and healthy life. Clinical problems in patients need attention to changes in clean and healthy living behavior. Health workers support not only solving clinical problems, but also finding and providing solutions to problems in the environment that affect the health of patients and families.

Keywords: Family medicine, holistic management, typhoid fever

Korespondensi: Karine Meynda Putri, alamat jalan dr. wahidin sudirohusodo no 89 pengajaran teluk betung utara bandar lampung, lampung, No Hp : 081279615684, email : karinemeynda85@gmail.com

Pendahuluan

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi*. Demam tifoid sering terjadi di beberapa negara di dunia dan umumnya terjadi di negara-negara dengan tingkat kebersihan yang rendah. Penyakit ini menjadi masalah kesehatan publik yang signifikan

(OMS, 2013). Berdasarkan data WHO (*World Health Organisation*) memperkirakan angka insidensi di seluruh dunia sekitar 17 juta jiwa per tahun, angka kematian akibat demam tifoid mencapai 600.000 dan 70% nya terjadi di Asia.¹

Di Indonesia penyakit tifoid bersifat endemik dan merupakan masalah kesehatan

di Indonesia, dan jarang dijumpai secara epidemik, tetapi lebih sering bersifat sporadis, terpisah di suatu daerah, dan jarang menimbulkan lebih dari satu kasus pada orang-orang serumah. Kasus tersangka tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dengan kematian antara 0,6- 5%. Di Indonesia sendiri, penyakit tifoid bersifat endemik, angka penderita demam tifoid di Indonesia mencapai 81% per 100.000.^{2,3}

Hygiene perseorangan merupakan faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya demam tifoid. Kebersihan yang baik merupakan intervensi yang penting bagi banyak penyakit menular. Hal tersebut dapat dilaksanakan dengan beberapa cara di antaranya mencuci tangan memergunakan sabun setelah buang air besar dan sebelum makan. Selain itu, faktor risiko demam tifoid lainnya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, status sosial ekonomi, kebiasaan cuci tangan, serta kebiasaan buang air besar (BAB) di jamban.^{3,4}

Penyakit demam tifoid ini sangat beresiko terjadi pada individu yang yang higienitasnya buruk, termasuk dari kebiasaan mencuci tangan, cara memproduksi dan mengelola makanan yang buruk serta lingkungan yang buruk.⁵

Pada kasus ini, pasien dengan penyakit demam tifoid perlu dilakukan penatalaksanaan yang lebih menyeluruh dalam hal kuratif, promotif, dan preventif serta tidak hanya melibatkan pasien dalam upaya penatalaksanaan, juga dibutuhkan peran serta keluarga untuk mencapai tujuan terapi semaksimal mungkin.

Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.

Kasus

Pasien Ny. S, seorang wanita berusia 61 tahun datang dengan keluhan demam sejak enam hari yang lalu. Demam dirasa terjadi

terus menerus dan bertambah tinggi saat malam hari, demam disertai mual dan muntah dengan frekuensi muntah lebih dari 2x dalam sehari. Pasien juga mengeluhkan sakit kepala, dan nyeri pada ulu-hati. Pasien mengatakan tidak nafsu untuk makan sejak tiga hari yang lalu sehingga pasien tampak lemas dan mengakibatkan terganggunya aktivitas pasien, pasien juga buang air besar (BAB) cair sejak tiga hari yang lalu. Pasien belum pernah merasakan keluhan yang sama sebelumnya. Pasien memiliki kebiasaan buruk seperti tidak mencuci tangan ketika ingin makan. Pasien tinggal bersama suami dan anaknya. Hubungan pasien dengan keluarga yang tinggal serumah terjalin baik.

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

Demam sejak enam hari yang lalu, demam dirasakan terjadi terus menerus dan demam dirasakan lebih tinggi saat sore dan malam hari. Pasien mengeluhkan keluhan disertai mual dan muntah dengan frekuensi muntah lebih dari 2x dalam sehari. Pasien juga mengeluhkan sakit kepala, dan nyeri pada ulu-hati. Pasien juga buang air besar (BAB) cair sejak tiga hari yang lalu. Keluhan memberat dalam 2 hari terakhir. Pola pengobatan pada keluarga pasien yaitu jika memiliki keluhan yang sudah mengganggu aktivitas baru berobat ke Puskesmas. Keadaan umum: Tampak sakit sedang; Berat badan: 50 kg; TB : 155 cm; IMT : 20,8 kg/m²; tekanan darah: 110/70 mmHg; frekuensi nadi: 102 x/menit; frekuensi nafas: 20 x/menit; suhu: 38,7°C.

Pada pemeriksaan di kepala, terdapat lidah kotor. Pada pemeriksaan mata, telinga, hidung, dalam batas normal. Pada leher, tidak ada peningkatan JVP, tidak terdapat pembesaran KGB maupun kelainan pada trakea, dalam batas normal. Pada thorax, pemeriksaan paru pergerakan dinding dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan bunyi suara nafas tambahan seperti *rhonki*

dan wheezing, dalam batas normal. Pada pemeriksaan jantung, batas kanan jantung terdapat pada linea sternalis kanan, batas kiri jantung tepat pada linea *midclavicula*, *intercostal space* 5, kesan batas jantung normal. Pada abdomen, didapatkan datar dan supel, tidak terdapat organomegali ataupun *ascites*, bising usus 14x/menit, terdapat nyeri tekan pada ulu hati. Pada ekstremitas tidak terdapat edema, dalam batas normal. Pada pemeriksaan Reflek fisiologis normal, refleksi patologis negatif (-). Pemeriksaan motorik dan sensorik pasien tidak ada kelainan. Pemeriksaan darah didapatkan widal *Salmonella typhi* 1/320, hemoglobin 10gr/dl, leukosit 18.700/ μ L, trombosit 500.00/ μ L

Rumah pasien di permukiman penduduk milik sendiri berada pada kawasan tidak padat penduduk berukuran 12x6 m². Sebelah kanan rumah pasien terdapat tanah kosong dan di depan rumah terdapat kebun. Dinding terbuat dari batu bata, berlantai keramik. Jendela bagian dapat dibuka dan di setiap kamar memiliki jendela yang terbuat dari kayu. Sinar matahari dapat masuk ke bagian dalam rumah, penerangan dibantu lampu listrik biasa, ventilasi cukup, udara dapat masuk dengan cukup. Terdapat tiga kamar tidur, satu ruangan tengah, satu dapur yang berlantaikan tanah. Kamar mandi dan wc berada didalam rumah, wc masih menggunakan jamban yang tidak sehat. Keadaan rumah secara keseluruhan terkesan kurang rapi dan kurang teratur. Pasien menjemur pakaian dibelakang rumahnya dan sebagian didalam rumahnya sehingga terkesan lembab dan berbau. Air minum dan memasak didapat dari air sumur. Saluran air dialirkan ke sawah di belakang rumah. Jarak rumah dengan rumah lainnya terdapat jarak.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

Alasan kedatangan: Demam, mual, dan muntah sejak enam hari yang lalu.

- Kekhawatiran: Takut keluhan penyakit semakin memberat.
- Harapan: Sembuh.

2. Aspek Klinik

- Demam tifoid.

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien sering membeli makanan atau jajanan sembarangan yang tidak dapat dipastikan mengenai kebersihannya.
- Pasien jarang mencuci tangan.
- Perilaku berobat bersifat kuratif.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Lingkungan tempat tinggal pasien tampak kurang bersih.

5. Aspek Psikososial Keluarga

- Kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai demam tifoid, komplikasinya, dan cara pencegahan komplikasi lanjutan hal ini dinilai ketika dilakukan tanya jawab mengenai penyakit demam tifoid.
- Kurangnya dukungan keluarga yang kurang memperhatikan pola makan pasien.
- Kebiasaan keluarga yang tidak mencuci tangan sebelum makan dan setelah keluar dari kamar mandi.

6. Derajat Fungsional

- Derajat fungsional 2 yaitu mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari di dalam dan di luar rumah.

Penatalaksanaan

Non-Medikamentosa

1. Memberikan penjelasan mengenai penyakit pasien, faktor resiko, penyebab, penanganan, komplikasi dan pencegahan serta kekambuhan penyakit demam tifoid kepada pasien dan anggota keluarga.
2. Memberikan penjelasan tentang pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat dengan memperhatikan kebersihan diri, dan lingkungan. Terutama mengenai personal *hygiene* seperti cuci tangan yang baik dan benar.
3. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam turut serta menjaga kebersihan lingkungan rumah. Sehingga faktor risiko yang ada pada keluarga dapat dicegah.
4. Mengedukasi pasien terkhusus masalah kebersihan di dalam rumah maupun isi lingkungan rumah yang lembab untuk segera diperbaiki, kemudian edukasi terkait dengan kebersihan proses

produksi maupun proses membuat makanan lebih dijaga.

Medikamentosa

Pada kasus ini, pasien yaitu Ny. S diberikan terapi medika mentosa berupa antibiotik yaitu Ciprofloxacin tablet dengan dosis 2x500 mg dan dikonsumsi selama 7 hari, kemudian diberikan juga anti piretik yaitu paracetamol tablet dengan dosis 3x500 mg dikonsumsi bila masih demam, diberikan juga vitamin B complex dosis 1x1 tablet sehari.

Pembahasan

Pada pasien ini, yaitu Ny. S dilakukan pembinaan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarga terhadap Ny. S yang berusia 61 tahun dengan diagnosis klinis demam tifoid dan juga kepada keluarganya. Pembinaan ini dilakukan dengan alasan Ny. S memiliki penyakit yang dipengaruhi oleh berbagai faktor resiko dan dapat menimbulkan berbagai komplikasi.

Pasien datang dengan keluhan demam sejak enam hari yang lalu terutama meningkat pada sore dan malam hari, demam disertai mual dan muntah dengan frekuensi lebih dari 2x dalam sehari, pasien juga mengeluhkan sakit kepala, dan nyeri pada ulu-hati. Pasien mengatakan tidak nafsu makan sejak tiga hari yang lalu sehingga pasien tampak lemas dan terganggunya aktivitas pasien, pasien juga buang air besar cair sejak tiga hari yang lalu. Pasien belum pernah mengalami keluhan yang sama sebelumnya.

Demam merupakan keluhan dan gejala klinis terpenting yang timbul pada semua penderita demam tifoid. Demam dapat muncul secara tiba-tiba, namun terkadang pasien mempunyai demam yang tidak khas. Gejala klinis demam tifoid seringkali tidak khas dan sangat bervariasi yang sesuai dengan patogenesis demam tifoid. Spektrum klinis demam tifoid tidak khas dan sangat lebar, dari asimtomatik atau yang ringan berupa panas disertai diare yang mudah disembuhkan sampai dengan bentuk klinis yang berat baik berupa gejala sistemik panas tinggi, gejala septik yang lain, ensefalopati atau timbul komplikasi gastrointestinal berupa perforasi

usus atau perdarahan.⁵

Gejala klinis yang biasa ditemukan, yaitu :

1. Demam

Pada kasus-kasus yang khas, demam berlangsung 3 minggu. Bersifat febris remiten dan suhu tidak berapa tinggi. Selama minggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur meningkat setiap hari, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore dan malam hari. Dalam minggu kedua, penderita terus berada dalam keadaan demam. Dalam minggu ketiga suhu tubuh berangsur-angsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga. Pada kasus tifoid, demam diikuti dengan gejala bradikardi relatif.^{5,6}

2. Gangguan pada saluran pencernaan

Sering ditemukan bau mulut yang tidak sedap karena demam yang lama. Bibir kering dan pecah-pecah. Lidah ditutupi selaput putih kotor ciri khas demam tifoid ujung dan tepinya kemerahan, jarang disertai tremor. Pada penderita sering ditemukan keadaan perut kembung dan rasa tidak enak di perut. Biasanya didapatkan konstipasi, mungkin pula normal bahkan diare.⁶

3. Gangguan kesadaran

Umumnya terdapat gangguan kesadaran yang kebanyakan berupa penurunan kesadaran ringan. Sering ditemukan kesadaran apatis dengankesadaran seperti berkabut (tifoid). Bila klinis berat, tak jarang penderita sampai somnolen dan koma atau dengan gejala *psychosis (Organic Brain Syndrome)*. Pada penderita dengan toksik, gejala delirium lebih menonjol.⁷

Penegakan diagnosis demam tifoid didasarkan pada manifestasi klinis yang diperkuat oleh pemeriksaan laboratorium penunjang. Penegakan diagnosis demam tifoid yaitu dengan kultur bakteri *Salmonella typhi* merupakan *gold standard* dalam menegakkan diagnosis demam tifoid. Tes serologis lain yang dapat digunakan dalam menentukan diagnosis demam tifoid adalah uji Widal, dan tes IgM *Salmonella typhi*. Uji Widal merupakan serologi baku dan rutin digunakan. Hasil positif uji Widal akan memperkuat

dugaan terinfeksi *Salmonella typhi* pada penderita. Dalam pemeriksaan uji Widal pasien di dapatkan titer O 1/320, titer AO 1/320, titer BO 1/320, dan titer H 1/320, menandakan hasil positif dari uji Widal dimana jika ditemukan titer Widal >1/160 menandakan terinfeksi *Salmonella typhi*.⁸

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak dua kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada tanggal 11 Maret 2020 saat pasien pertama kali datang untuk berobat ke puskesmas, dan kunjungan kedua tanggal 20 Maret 2020 untuk melakukan intervensi pada pasien dan keluarga pasien di rumah pasien. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita.

Pasien diberikan obat penurun panas, antibiotik, serta diberikan edukasi berupa menjaga pola makan yang baik dan kebersihan bagi penderita demam tifoid. Terapi pada demam tifoid adalah untuk mencapai keadaan bebas demam dan gejala, mencegah komplikasi, dan menghindari kematian. Eradikasi total bakteri untuk mencegah kekambuhan dan keadaan *carrier* merupakan hal yang penting untuk dilakukan.^{7,8}

Kloramfenikol masih merupakan pilihan pertama pada terapi demam tifoid, hal ini dapat dibenarkan apabila sensitivitas *Salmonella typhi* masih tinggi terhadap obat tersebut. Tetapi penelitian–penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, pada keadaan seperti yang ditemukan strain *Salmonella typhi* yang sensitivitasnya berkurang terhadap kloramfenikol, sehingga dapat dilakukan pemberian antibiotik lain seperti ceftriakson, ampicilin, kotrimoksazol atau cefotaxime yang dapat digunakan sebagai pilihan terapi demam tifoid.⁸

Di puskesmas pasien diberikan terapi farmakologis berupa obat antibiotik yaitu ciprofloxacin 2x500mg perhari selama 7 hari. Pemberian terapi tersebut sudah tepat walaupun kloramfenikol dengan dosis 4x500mg perhari selama 10-14 hari masih merupakan pilihan utama untuk pengobatan

demam tifoid karena efektif, murah, mudah didapat, dan dapat diberikan secara oral. Pemberian paracetamol sebesar 3x500 mg perhari hanya dikonsumsi jika demam masih terjadi. Pada kasus ini paracetamol sebagai terapi simptomatik. Vitamin B kompleks diberikan sebanyak 2x1 sebagai suplemen.

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi yang dijumpai secara luas di daerah tropis terutama di daerah dengan kualitas sumber air yang tidak memadai dengan standar *hygiene* dan sanitas yang rendah. Berikut merupakan faktor *environment* yang mempercepat terjadinya penyebaran demam tifoid adalah urbanisasi, kepadatan penduduk, sumber air minum dan standart *hygiene* industri pengolahan makanan yang masih rendah.

Dengan memahami pilar tata laksana demam tifoid ini, maka dapat dipahami bahwa yang menjadi dasar utama untuk mencegah terjadinya demam tifoid adalah perilaku hidup sehat. Adapun terapi non farmakologi yang harus dilakukan pada pasien demam tifoid adalah tirah baring untuk mencegah komplikasi perforasi usus atau perdarahan usus. Tirah baring dilakukan sampai minimal tujuh hari bebas demam atau kurang lebih sampai 14 hari. Mobilisasi harus dilakukan secara bertahap sesuai dengan pulihnya kekuatan pasien. Jenis makanan yang harus dijaga adalah diet lunak karena pada demam tifoid terjadi gangguan pada sistem pencernaan. Makanan haruslah cukup kalori, protein, lemak, mineral dan vitamin.^{8,9}

Pada kunjungan pertama sangat ditekankan sekali terkait dengan higienitas yang perlu diperbaiki baik dengan mengedukasi untuk lebih memperhatikan lingkungan sekitar rumah, proses dan pembuatan makanan serta menyarankan untuk mengurangi membeli makanan di luar yang tidak jelas kebersihannya. Intervensi dilakukan dengan memberikan edukasi dan menjelaskan mengenai demam tifoid dan memberikan poster PHBS dan demam tifoid baik penjelasan dari definisi hingga pencegahan agar tidak terinfeksi kembali.⁹

Human biology, suami pasien merasakan penyakit demam tifoid yang dideritanya menimbulkan keluhan–keluhan

yang mengganggu aktifitas istrinya. Suami dan anak-anak pasien juga memahami bahwa penyakit demam tifoid ini berkaitan dengan kebersihan seperti melakukan perilaku hidup bersih dan sehat contohnya tidak jajan sembarangan dan membiasakan cuci tangan sebelum makan dan mengkonsumsi makanan selagi hangat. Aspek dalam lingkungan psikososial, pasien merasa bahagia dengan keadaan keluarganya saat ini, hubungan antar anggota keluarga juga terbilang dekat dan jarang mengalami suatu masalah.^{9,10}

Aspek ekonomi, dalam hal materi untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga bergantung pada ayah yang bekerja sebagai buruh lepas. Pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Dalam hal lingkungan rumah, pasien sering keluar rumah dan bersosialisasi dengan tetangga sekitar rumah. Lingkungan fisik, pemukiman sekitar padat penduduk. Lingkungan terkesan kurang bersih. *Life style*, pola makan belum sesuai dengan anjuran dokter, pasien belum dapat membiasakan memanaskan makanan sebelum makan dan mengkonsumsi makanan selagi hangat. Pasien belum bisa mengurangi kebiasaan jajan dan sering kali kurang memperhatikan kebersihan makanan di rumah.

Keadaan rumah masih jauh dari ideal, dikarenakan belum cukup bersih dan rapi serta ventilasi dan pencahayaan yang kurang. Kunjungan dilakukan sebanyak dua kali, dengan kunjungan pertama dilakukan tanggal 11 Maret 2020. Kunjungan kedua kerumah pasien di laksanakan pada tanggal 20 Maret 2020 untuk melengkapi beberapa data yang dirasakan masih kurang. Sebelum dilakukan intervensi dilakukan pretest dan post test dengan tujuan untuk menilai tingkat pengetahuan pasien. Selanjutnya hasil pretest dan posttest tersebut dijadikan tolak ukur peningkatan pengetahuan pasien. Pretest dan posttest yang diberikan berkaitan dengan definisi, penyebab, faktor risiko, pengobatan dan komplikasi. Pretest yang dilakukan menggunakan pilihan “iya” atau “tidak” dengan bobot setiap pertanyaan adalah bernilai skor 1 dan jawaban salah skor 0.

Kuesioner yang dibuat memiliki alur yang menjelaskan mulai dari definisi demam tifoid sendiri, faktor faktor yang dapat

meningkatkan terjadinya demam tifoid, cara penularan, komplikasi erta pencegahan yang dapat dilakukan agar demam tifoid tidak kambuh lagi. Pada tanggal 20 Maret 2020 dilakukan intervensi pada keluarga Ny. S. Ketika dilakukan intervensi pada pasien, keluarga juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk merubah pola perilaku pasien terhadap kebersihan dan pengelolaan makanan di rumah agar tetap higienis serta peran keluarga dalam memperhatikan makanan yang dikonsumsi dan kebersihan rumah serta lingkungan sekitar.

Tabel 1. Nilai Pretest dan Post

No	Pertanyaan	Skor Pretest	Skor Posttest
1	Demam tifoid merupakan penyakit pada pencernaan	1	1
2	Demam tifoid disebabkan karena pola makan yang tidak bersih	1	1
3	Jajan sembarangan dapat menjadi faktor risiko terjadinya demam tifoid	0	1
4	PHBS dapat mencegah penyakit demam tifoid	1	1
5	Demam tifoid diawali dengan demam, mual, muntah yang dapat disertai dengan diare atau sembelit	0	1
6	Demam tifoid ditularkan lewat <i>fecal-oral</i>	0	1
7	Demam tifoid dapat diobati	0	1
8	Komplikasi demam tifoid dapat menyebabkan kematian jika	0	0

	tidak ditangani dengan benar		
9	Demam tifoid dapat terjadi berulang	0	1
10	Pengobatan demam tifoid harus disertai perubahan pola makan & pola hidup yang	1	1
	Total	4	9

Meskipun untuk merubah hal tersebut bukanlah hal yang dapat dilihat hasilnya dalam kurun waktu yang singkat, karena dibutuhkan kesadaran dari pasien dan keluarga pasien. Pemahaman dari keluarga dan pasien dilihat dengan beberapa pertanyaan mengenai demam tifoid yang langsung di tanyakan sesuai dengan pertanyaan yang telah disiapkan, kemudian dari pertanyaan tersebut keluarga pasien menjawab beberapa pertanyaan dengan benar yaitu dengan nilai 4 dari 10 pertanyaan. Kemudian setelah diberikan intervensi diajukan pertanyaan yang sama kepada keluarga pasien dan di dapatkan nilai 9 dari 10 pertanyaan yang diajukan. Keluarga pasien juga diberi motivasi untuk memaksimalkan program asuransi kesehatan BPJS dengan cara pemeriksaan ke puskesmas jika terdapat keluhan mengenai kesehatan.

Ada beberapa langkah sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah *awareness* (kesadaran) 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 *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya. Pada kunjungan ketiga didapatkan dari hasil bahwa menurut pasien dan keluarga kondisi yang pasien rasakan semakin membaik, tidak ada keluhan demam, mual sudah berkurang dan ada peningkatan nafsu makan dari sebelumnya.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Demam, mual, dan muntah.
- Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien sudah tidak dirasakan.
- Harapan: Harapan sudah tercapai

2. Aspek Klinik

- Demam tifoid.

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien sudah menyadari serta diberi perhatian oleh suami pasien mengenai kebiasaan jajan sembarangan, menghangatkan makanan sebelum dikonsumsi serta mengkonsumsi makanan selagi hangat, membiasakan mencuci tangan sebelum makan dan sesudah dari kamar mandi.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Lingkungan tempat tinggal pasien masih kurang bersih.

5. Aspek Psikososial Keluarga

- Meningkatnya keinginan keluarga pasien khususnya suami dan anaknya untuk melakukan pencegahan penyakit demam tifoid yang mungkin berulang.
- Keluarga harus mendukung dan memperhatikan pola makan pasien.
- Kebiasaan keluarga terhadap mencuci tangan dengan sabun sebelum makan sudah mulai dilakukan pasien dan keluarga.

6. Derajat Fungsional:

- Derajat fungsional 1 yaitu mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

Simpulan

Diagnosis demam tifoid pada kasus ini dilakukan dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan uji Widal. Penatalaksanaan yang diberikan sudah sesuai dengan pedoman penatalaksanaan demam tifoid dan telaah kritis dari penelitian. Pasien sudah mengalami perubahan perilaku setelah diberikan intervensi yaitu mengubah gaya hidupnya dengan meningkatkan pola hidup bersih, melakukan pola makan yang sehat. Keluarga pasien sudah mengalami perubahan

perilaku untuk selalu menerapkan pola hidup yang bersih dan sehat.

Daftar Pustaka

1. Rahmasari V, Lestari K. Review Artikel : Manajemen Terapi Demam Tifoid: Kajian Terapi Farmakologis dan Non Farmakologis. *Jurnal Farmaka*. 2018; 16(1): 184-195
2. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). Pedoman Pengendalian Demam Tifoid : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/MENKES/SK/V/2006. 2015.
3. Setiati S, Sudoyo AW, Stiyohadi B, Syam AF. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi 5 Jilid I. Jakarta: Interna Publishing; 2010.
4. World Health Organization (WHO). Background Document : The diagnosis, treatment, and prevention of thypoid fever. 2003.
5. Alba S, Bakker MI, Hatta M, Scheelbeek PFD, Dwiyantri R, Usman R, et al., Risk Factors of Thypoid Infection in the Indonesian Archipelago. *Plos One Journal*. 2016; 11(6): 1-14
6. Setiati S, Sudoyo AW, Stiyohadi B, Syam AF. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi 6 Jilid I. Jakarta: Interna Publishing; 2017.
7. Vollard AM, Ali S, Ansten H, Widjaja S, Visser L, Dissel JT, et al.,. Risk factor for typhoid fever in Jakarta, Indonesia. *Am Med Association J*. 2014;291(2):1-9
8. Rachman AF, Arkhaesi N. Uji Diagnostik Tes Serologi Widal Dibandingkan Dengan kultur Darah Sebagai Baku Emas Untuk Diagnosis Demam Tifoid Pada Anak Di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 2012;1(1): 1-15
9. Chowta MN, Chowta NK. Study of Clinical Profile and Antibiotic Response in Thypoid Fever. *Indian Journal of Medical Microbiology*. 2005;23(2): 125-127
10. Papatungan W, Rombot D, Akili RH. Hubungan Antara Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan Kejadian Demam Tifoid di Wilayah Kerja Puskesmas Upai Kota Kotamobagu Tahun 2015. *Pharmac: Jurnal Ilmiah Farmasi*. 2016;5(2):266-275