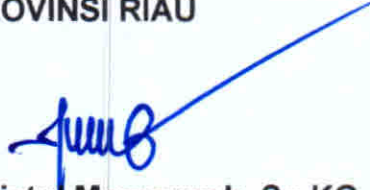
	<p><b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM ANAK RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</b></p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p><b>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</b></p>  <p><b>drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG</b> <b>NIP. 19780618 200903 2 001</b></p>
<p><b>DEMAM TIFOID</b></p>		
<p>1. Pengertian</p>	<p>Demam tifoid merupakan suatu penyakit sistemik yang secara klasik disebabkan oleh <i>Salmonella typhi</i> (<i>S.typhi</i>), namun dapat pula disebabkan oleh <i>S. paratyphi A</i>, <i>S. para-typhii B</i> (<i>Schottmuelleri</i>), dan <i>S. paratyphi C</i> (<i>Hirscheldii</i>).</p>	
<p>2. Anamnesis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam naik secara bertahap tiap hari, mencapai suhu tertinggi pada akhir minggu pertama, minggu kedua demam terus menerus tinggi.</li> <li>2. anak sering menggigau (delirium), malaise, letargi, anoreksia, nyeri kepala, nyeri perut, diare atau konstipasi, muntah, perut kembung</li> <li>3. pada demam tifoid berat dapat dijumpai penurunan kesadaran, kejang dan ikterus</li> </ol>	
<p>3. Pemeriksaan Fisik</p>	<p>gejala klinis bervariasi dari yang ringan sampai yang berat dengan komplikasi. kesadaran menurun, delirium, sebagian besar anak memiliki lidah tifoid yaitu dibagian tengah kotor dan bagian pinggir hiperemis, meteorismus, hepatomegali lebih sering dijumpai daripada splenomegali. kadang kadang terdengar ronki pada pemeriksaan paru.</p>	
<p>4. Kriteria Diagnosis</p>	<p>Anamnesis</p> <p>Panas &gt;7 hari, batuk, malaise letargi, anoreksia, BB menurun</p> <p>Nyeri otot/ kepala / perut</p> <p>Mencoret atau obstipasi, muntah, nyeri perut, kembung</p> <p>Kesadran menurun</p> <p>dapat timbul kejang. Icterus, epistaksis</p> <p>Pemeriksaan fisis</p> <p>Kesadran menurun (delirium sampai stupor)</p> <p>Hepatomegaly, splenomegaly</p> <p>Ronkhi</p> <p>Ruam macula pada kulit dada bagian bawah/perut (rose spot)→menghilang dalam 2-3 hari</p> <p>Laboratorium</p> <p>Anemia</p>	

	<p>Leukopenia</p> <p>Limfositosis relative</p> <p>Trombositopenia</p> <p>Serologi widal</p> <p>Tubex test</p> <p>Biakan Salmonella</p>	
5. Diagnosis kerja	Demam Tifoid	
6. Diagnosis Banding	Pada stadium dini demam tifoid, beberapa penyakit kadang-kadang secara klinis dapat menjadi diagnosis bandingnya yaitu influenza, gastroenteritis, bronkitis dan bronkopneumonia. Beberapa penyakit yang disebabkan oleh mikroorganisme intraseluler seperti tuberkulosis, infeksi jamur sistemik, brucellosis, tularemia, shigelosis dan malaria juga perlu dipikirkan. Pada demam tifoid yang berat sepsis, leukemia, limfoma dan penyakit Hodgkin dapat sebagai diagnosis banding	
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>darah tepi perifer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anemia : pada umumnya terjadi karena supresi sumsum tulang, defisiensi Fe, atau perdarahan usus</li> <li>- leukopenia, namun jarang kurang dari 3000/ul</li> <li>- limfositosis relatif</li> <li>- trombositopenia, terutama pada demam tifoid berat</li> </ul> <p>Pemeriksaan serologi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- serologi widal : kenaikan titer S Typhi titer O 1:200 atau kenaikan 4 kali titer fase akut ke fase konvalesens</li> <li>- kadar IgM dan IgG (Typi-dot)</li> </ul> <p>Pemeriksaan biakan salmonela:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biakan darah terutama pada minggu 1-2 dari perjalanan penyakit</li> <li>- Biakan sumsum tulang masih positif sampai minggu ke-4</li> </ul> <p>Pemeriksaan radiologik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foto thoraks, apabila diduga terjadi komplikasi pneumonia</li> <li>- Foto abdomen, apabila diduga terjadi komplikasi intrainestinal seperti perforasi usus atau perdarahan saluran cerna</li> <li>- Pada perforasi usus tampak: <ul style="list-style-type: none"> <li>distribusi udara tak merata</li> <li>airfluid level</li> <li>bayangan radiolusen didaerah hepar</li> <li>udara bebas pada abdomen</li> </ul> </li> </ul>	
8. Terapi	<p>Antibiotik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kloramfenikol (drug of choice) 50-100 mg/kgBB/hari, oral atau iv, dibagi dalam 4 dosis selama 10-14 hari</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoksisilin 100 mg/kgBB/hari, oral atau intravena selama 10 hari</li> <li>- Kotrimoksazol 6 mg/kgBB/hari oral selama 10 hari</li> <li>- Seftriakson 80 mg/kgBB/hari, intravena atau intramuscular selama 10 hari</li> <li>- Cefiksim 10 mg/kgBB/hari., oral dibagi dalam 2 dosis selama 10 hari</li> <li>- kortikosteroid diberikan pada kasus berat dengan gangguan kesadaran</li> <li>- Dekametason 1-3 mg/kgBB/hari intravena dibagi dalam 3 dosis sehingga kesadaran membaik</li> </ul> <p>Bedah</p> <p>Tindakan bedah diperlukan pada penyulit perforasi usus</p> <p>Suportif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demam tifoid ringan dapat dirawat di rumah</li> <li>- Tirah baring</li> <li>- Isolasi memadai</li> <li>- Kebutuhan cairan dan kalori dicukupi</li> </ul>	
9. Edukasi	<p>Demam tifoid berat harus dirawat di rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cairan dan kalori <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terutama pada demam tinggi, muntah atau diare, bila perlu asupan cairan dan kalori diberikan melalui sonde lambung</li> <li>• Pada ensefalopati, jumlah kebutuhan cairan dikurangi menjadi 4/5 kebutuhan dengan kadar natrium rendah</li> <li>• Penuhi kebutuhan volume cairan intravaskuler dan jaringan</li> <li>• Pertahankan fungsi sirkulasi dengan baik</li> <li>• Pertahankan oksigenasi jaringan, bila perlu berikan O2</li> <li>• Pelihara keadaan nutrisi</li> <li>• Pengobatan gangguan asam basa dan elektrolit</li> </ul> </li> <li>- Antipiretik, diberikan bila demam &gt; 39°C, kecuali pada pasien dengan riwayat kejang demam dapat diberikan lebih awal</li> <li>- Diet <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makanan tidak berserat dan mudah dicerna</li> <li>• Setelah demam reda, dapat segera diberikan makanan yang lebih padat dengan kalori cukup</li> </ul> </li> <li>- Transfusi darah: kadang kadang diperlukan pada perdarahan saluran cerna dan perforasi usus</li> </ul> <p>Pemantauan</p> <p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi demam dengan memonitor suhu. Apabila pada hari ke 4-5</li> </ul>	

	<p>setelah pengobatan demam tidak reda, maka harus segera kembali dievaluasi adakah komplikasi, sumber infeksi lain, resistensi <i>S. typhi</i> terhadap antibiotik atau kemungkinan salah menegakkan diagnosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat dipulangkan apabila tidak demam selama 24 jam tanpa antipiretik, nafsu makan membaik, klinis perbaikan, dan tidak dijumpai komplikasi. Pengobatan dapat dilanjutkan di rumah.</li> </ul>
10. Prognosis	<p>Tergantung pada ketepatan terapi, usia, keadaan kesehatan sebelumnya, dan ada tidaknya komplikasi. Di negara maju, dengan terapi antibiotik yang adekuat, angka mortalitas &lt; 1 %. Di negara berkembang, angka mortalitas &gt; 10%, biasanya karena keterlambatan diagnosis, perawatan dan pengobatan. Munculnya komplikasi seperti perforasi gastrointestinal atau perdarahan hebat, meningitis, endokarditis dan pneumonia mengakibatkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi.</p>
11. Tingkat Evidens	IV
12. Tingkat Rekomendasi	C
13. Penelaah Kritis	
14. Indikator Medis	
15. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bannister BA, Begg NT, Gillespie SH. Pyrexia of unknown origin. Oxford: Blackwell Science;1996. h. 414-27.</li> <li>2. Lorin MI, Feigin RD. Fever of unknown origin. Dalam Feigin RD, Cherry JD, penyunting. Textbook of pediatric infectious disease. Edisi ke-3. Philadelphia:Saunders;1992. h. 1012-22.</li> <li>3. Lorin MI. Fever:pathogenesis and treatment . Dalam: Feigin RD, Cherry JD, penyunting. Textbook of pediatric infectious disease. Edisi ke-3. Philadelphia:Saunders;1992. h. 148-52.</li> <li>4. Miller ML, Szer L, Yogev R, Bernstein B. Fever of unknown origin. Pediatr Clin North Am. 1995;999-1015.</li> <li>5. Radhi AS, Carroll JE. Fever in pediatric practice. Edisi ke-1. London: Blackwell Scientific Publications: 1994,h. 15-236.</li> <li>6. Shapiro ED. Fever without localizing signs. Dalam: Long SS,, Pickering LLK, Prober CG, penyunting. Principles and practice of pediatric infectious disease. Edisi ke-2. Philadelphia,, PA: Elsevier Science;2003,h. 110-4.</li> </ol>