

TYPHOID FEVER PADA ANAK USIA 2 TAHUN 9 BULAN: SEBUAH LAPORAN KASUS

Revi Arenda Rumbawa^{1*}, Rifah Z. Soumena²

¹⁾Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura Ambon, Jl. Ir. M. Putuhena, Poka, Kec. Tlk. Ambon, Kota Ambon, Maluku, Indonesia

²⁾Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura, Jl. Ir. M. Putuhena, Poka, Kec. Tlk. Ambon, Kota Ambon, Maluku, Indonesia

Telp: +6282248333521, Email: endarumbawa@gmail.com

ABSTRAK

Demam tifoid masih menjadi masalah kesehatan masyarakat utama di negara berkembang, termasuk Indonesia. Penyakit ini sering menyerang anak-anak akibat faktor risiko seperti kebersihan yang buruk dan kebiasaan jajan sembarangan. Kasus: Seorang anak perempuan berusia 2 tahun 9 bulan datang dengan demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, disertai diare cair, muntah, dan nyeri perut. Riwayat kebiasaan jajan sembarangan ditemukan. Pemeriksaan fisik menunjukkan lidah kotor dan faring hiperemis. Status gizi pasien tergolong gizi kurang. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan anemia ringan, penurunan hematokrit, dan hasil Widal S. Typhi O 1/320. Pasien didiagnosis sebagai typhoid fever dan mendapat terapi ceftriaxone intravena, antipiretik, antiemetik, suplementasi zinc, probiotik, serta cairan intravena. Kondisi pasien membaik dan dipulangkan dalam keadaan stabil. Diskusi: Diagnosis tifoid pada anak perlu mempertimbangkan gejala klinis yang sering tidak khas. Pemeriksaan Widal dapat menunjang diagnosis pada daerah endemis, namun kultur darah tetap gold standard. Tatalaksana dengan antibiotik sefalosporin generasi ketiga terbukti efektif pada pasien anak yang membutuhkan rawat inap. Kesimpulan: Deteksi dini dan terapi yang tepat dapat memperbaiki prognosis demam tifoid pada anak. Edukasi mengenai kebersihan makanan dan pencegahan melalui imunisasi tifoid merupakan strategi penting untuk menurunkan angka kejadian penyakit ini.

Kata kunci: Demam tifoid, anak, Salmonella typhi, laporan kasus.

ABSTRACT

Typhoid fever remains a major public health problem in developing countries, including Indonesia. This disease often affects children due to risk factors such as poor hygiene and the habit of eating street food. Case: A 2-year-9-month-old girl was admitted to the hospital with a fever that had started 3 days prior, accompanied by watery diarrhea, vomiting, and abdominal pain. A history of eating street food was found. Physical examination revealed a coated tongue and hyperemic pharynx. The patient's nutritional status was classified as malnourished. Laboratory tests showed mild anemia, decreased hematocrit, and a Widal test result of S. Typhi O 1/320. The patient was diagnosed with typhoid fever and received intravenous ceftriaxone, antipyretics, antiemetics, zinc supplementation, probiotics, and intravenous fluids. The patient's condition improved and he was discharged in stable condition. Discussion: The diagnosis of typhoid in children needs to consider clinical symptoms that are often non-specific. Widal testing can support diagnosis in endemic areas, but blood culture remains the gold standard. Treatment with third-generation cephalosporin antibiotics has been proven effective in pediatric patients requiring hospitalization. Conclusion: Early detection and appropriate therapy can improve the prognosis of typhoid fever in children. Education on food hygiene and prevention through typhoid immunization are important strategies to reduce the incidence of this disease.

Keywords: Typhoid fever, children, Salmonella typhi, case report.

PENDAHULUAN

Demam tifoid atau demam enterik adalah penyakit infeksi sistemik akut yang disebabkan oleh *Salmonella enterica* serovar typhi maupun paratyphi. Penyakit ini ditandai dengan demam berkepanjangan, gejala gastrointestinal, dan dapat menimbulkan komplikasi serius bila tidak ditangani dengan tepat.^{1,2} Transmisi utamanya adalah melalui jalur fekal-oral, yaitu konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi. Kondisi sanitasi lingkungan, kualitas air, serta kebiasaan higienitas individu berperan besar dalam penyebaran penyakit.^{3,4}

Secara global, demam tifoid masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), terdapat 11 hingga 20 juta kasus baru setiap tahunnya dengan angka kematian mencapai 128.000–161.000 kasus. Asia Selatan, Asia Tenggara, dan Afrika Sub-Sahara merupakan daerah dengan angka kejadian tertinggi.^{5,6} Di Indonesia sendiri, penyakit ini bersifat endemik dengan insidensi 350–810 kasus per 100.000 penduduk per tahun. Anak-anak dan remaja merupakan kelompok yang paling rentan, sehingga demam tifoid termasuk dalam sepuluh besar penyebab rawat inap di rumah sakit.^{7,8}

Diagnosis demam tifoid pada anak seringkali menjadi tantangan karena gejala awalnya tidak spesifik, seperti demam ringan, gangguan pencernaan, atau gejala menyerupai infeksi virus lain. Oleh karena itu, pemeriksaan penunjang seperti uji Widal atau kultur darah diperlukan untuk mendukung diagnosis.⁹ Terapi antibiotik tetap menjadi pilar utama penanganan, dengan seftriakson sebagai salah satu pilihan yang efektif pada pasien anak yang dirawat inap. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan manifestasi klinis, diagnosis, dan tata laksana demam tifoid pada seorang anak, serta

menghubungkannya dengan tinjauan pustaka guna memperkuat pemahaman klinis dan praktik kedokteran anak.¹⁰

LAPORAN KASUS

1. Anamnesis

Pasien anak Perempuan berusia 2 tahun 9 bulan, pasien datang dibawa keluarga ke IGD RS dengan keluhan demam. Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 3 hari SMRS. Demam dirasakan terus-menerus dan cenderung meningkat pada malam hari. Orang tua pasien telah mencoba mengatasi demam dengan memberikan Paracetamol dan CTM, namun suhu tubuh pasien tetap tinggi dan tidak mengalami perbaikan yang signifikan. Sejak kemarin siang, pasien juga mengalami buang air besar (BAB) cair sebanyak tiga kali hingga saat ini. Konsistensi feses cair, berwarna kuning, disertai lendir namun tanpa darah. Feses juga memiliki bau yang lebih asam dari biasanya. Riwayat makanan menunjukkan bahwa sebelum gejala muncul, pasien sempat membeli dan mengonsumsi jajanan dari luar rumah yang tidak diketahui kebersihannya secara pasti. Pasien memang diketahui memiliki kebiasaan jajan sembarangan. Keluhan disertai mual dan muntah, terutama setiap kali pasien mencoba makan. Mual muncul sejak kemarin, dan pasien telah muntah sebanyak dua kali hingga hari 2 ini. Muntahan berupa sisa makanan dan lendir, tanpa darah, tanpa empedu, dan tidak berbau busuk. Mual dan muntah membuat pasien tidak mampu mengonsumsi makanan dengan baik dan menyebabkan penurunan nafsu makan. Pasien juga mengeluhkan nyeri perut sejak kemarin, terutama dirasakan di daerah perut bagian tengah, bersifat tumpul dan menetap, tidak menjalar. Nyeri perut ini menyebabkan pasien tampak lemas, tidak aktif seperti biasanya dan lebih sering berbaring. Namun setelah tiba di rumah sakit, pasien mengaku keluhan perut mulai mereda dan nafsu makannya perlahan membaik. Keluhan lain seperti batuk dan pilek disangkal. Tidak ada riwayat sesak

napas atau nyeri menelan. BAK (buang air kecil) tidak mengalami perubahan frekuensi, warna, maupun nyeri saat berkemih. Tidak terdapat keluhan lain yang menyertai seperti ruam kulit, mata merah, kejang, atau penurunan kesadaran.

Riwayat Imunisasi

Lengkap sesuai usianya

Riwayat Penyakit keluarga (-)

Riwayat Penyakit Dahulu

Pernah dirawat dengan keluhan yang sam

Riwayat Pengobatan

Paracetamol dan CTM

Riwayat Kebiasaan

Sering mengonsumsi jajanan di luar rumah

2. Pemeriksaan Tanda Vital

Keadaan umum: Tampak sakit sedang

Kesadaran : Compos mentis

Nadi : 120 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Suhu aksila : 37.8°C

Saturasi oksigen: 96% *room air*

3. Status generalis

a) Kepala

Bentuk: Normocephal

Mata : Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), cekung (-/-), Edema periorbita (-/-), Refleks cahaya (+/+)

Telinga: Nyeri tekan (-/-), otoreja (-/-)

Hidung : Kelainan kongenital (-), rhinorea (-/-)

Mulut : Kelainan kongenital (-), Sianosis (-), bibir kering (-), lidah kotor (-)

Leher : Pembesaran KGB (-)

b) Thorax: Pengembangan simetris, retraksi (-). Jantung: Inspeksi: Tampak *ictus cordis*, Palpasi: Iktus cordis di ICS V midklavikula sinistra, Perkusi: Tidak dievaluasi, Auskultasi: BJ I/II reguler, murmur (-), gallop (-). Paru-paru : Bunyi napas vesikuler (+/+), *wheezing* (-/-), *rhonki* (-/-).

c) Abdomen : Bising usus (+), distensi (-), nyeri tekan (+) regio epigastrium

d) Ekstremitas: Akral dingin, CRT < 2 detik

e) Kulit : Turgor kulit cepat, petekie (-)

f) Urogenital: Tidak ditemukan kelainan

4. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan: 10 kg (BBI : 13.2 kg)

Tinggi badan: 89 cm (TB : 94 cm)

Berat badan/Usia : -2 SD s/d -3 SD

Panjang badan/Usia : 0 SD s/d -2 SD

Berat badan/Panjang badan : -2 SD

Kesan: Gizi kurang dengan perawakan normal

Kebutuhan kalori: 1320 kkal/hari

Kebutuhan protein: 49.5 gram/hari

Kebutuhan Cairan: 1000 cc/hari

5. Pemeriksaan Penunjang

(19/07/2025)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Darah Rutin		
Leukosit	8.07	4 – 10 x 10 ³ /μL
Eritrosit	4.48	4 – 6 x 10 ³ /μL
Hemoglobin	11.2	12 – 14 gr/dl
Hematokrit	32.6	37 – 48 %
MCV	72.8	80 – 97 fL
MCH	25	26.5 – 33.5 pg
MCHC	34.4	31.5 – 35.5 gr/dl
Trombosit	242	150 – 400 x 10 ³ /μL
Limfosit	1.2	0.6 – 3.5 x 10 ³ /μL
Monosit	0.62	0.1 – 0.9 x 10 ³ /μL
Neutrofil	6.25	1.3 – 6.7 x 10 ³ /μL
Limfosit	14.9	14 – 53 %
Monosit	7.7	3 – 16 %
Neutrofil	77.4	30 – 90 %
RDW-CV	14.9	10 – 15 %
RDW-SD	36.8	35 – 56 fL
Tes Widal		
S. Typhi O	1/320	Negatif
S. Typhi H	Negatif	Negatif
S. Paratyphi AO	1/160	Negatif
S. Paratyphi BO	1/80	Negatif
S. Paratyphi CO	1/160	Negatif
S. Paratyphi AH	Negatif	Negatif
S. Paratyphi BH	Negatif	Negatif
S. Paratyphi CH	Negatif	Negatif

6. Diagnosis

Typoid Fever

7. Tatalaksana

- 1) IVFD RL 20 tpm
- 2) Inj. Ondansentron 2mg/12 jam/IV
- 3) Inj. Ceftriaxone 2x500mg/IV
- 4) Parasetamol 3x1 pulv
- 5) Zinkid 1x10ml/PO
- 6) L Bio 3x1 sachet/PO
- 7) Elkana syr 3x2.5ml/PO

8. Prognosis

Ad vitam: dubia ad bonam

Ad functionam: dubia ad bonam

Ad sanationam: dubia ad bonam

9. Follow-up

Hari ke-2 demam sudah turun, muntah berkurang, flatul (+), BAB belum. Hari ke-4 pasien afebris, nyeri perut hilang, kondisi umum stabil, dan dipulangkan.

DISKUSI

Diagnosis typhoid fever ditegakan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Dari hasil anamnesis diketahui bahwa pasien merupakan seorang anak perempuan berusia 2 tahun 9 bulan datang dengan keluhan utama demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, bersifat terus-menerus dan lebih tinggi pada malam hari. Keluhan demam ini sesuai dengan teori bahwa demam tifoid umumnya ditandai dengan demam yang meningkat perlahan, menetap, dan sering lebih tinggi pada sore hingga malam hari.¹¹

Selain demam, pasien juga mengalami gejala gastrointestinal berupa diare cair berwarna kuning disertai lendir, mual, muntah, dan nyeri perut. Hal ini sesuai dengan manifestasi klinis demam tifoid pada anak, di mana dapat ditemukan keluhan anoreksia, mual, muntah, serta diare akibat peradangan pada usus halus

dan kolon yang diakibatkan oleh invasi *Salmonella typhi* pada Peyer's patch.¹² Pasien juga memiliki riwayat jajan sembarangan, yang merupakan faktor risiko utama penularan melalui jalur fekal-oral akibat makanan dan minuman yang tidak higienis.^{13,14}

Pemeriksaan fisik pada pasien menunjukkan lidah kotor, faring hiperemis, dan nyeri tekan epigastrium, yang mendukung diagnosis tifoid sesuai teori bahwa tanda khas meliputi lidah berselaput, gangguan gastrointestinal, dan kadang disertai hepatosplenomegali. Status gizi pasien tergolong gizi kurang (BB/U -2 SD sampai -3 SD), yang juga merupakan faktor risiko memperburuk perjalanan penyakit karena sistem imun anak lebih rentan.¹⁵

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hb dan hematokrit sedikit menurun, MCV dan MCH rendah (kesan anemia mikrositik hipokrom), serta hasil tes Widal positif dengan titer S. Typhi O 1/320. Menurut teori, tes Widal dengan titer $\geq 1/320$ dapat menunjang diagnosis tifoid pada daerah endemis, meskipun gold standard tetap kultur darah. Hasil ini konsisten dengan diagnosis suspek demam tifoid.¹⁶

Diagnosis banding pada pasien ini adalah Dengue Fever, sesuai dengan teori bahwa DBD dan tifoid memiliki gejala awal yang mirip, yaitu demam tinggi, mual, muntah, dan lemas. Namun, hasil laboratorium pasien tidak menunjukkan trombositopenia maupun hemokonsentrasi yang khas pada DBD, sehingga diagnosis lebih mengarah pada tifoid.¹⁷

Tatalaksana pasien berupa antibiotik ceftriaxone intravena, antipiretik, antiemetik, cairan intravena, suplementasi zinc, dan probiotik, sesuai dengan rekomendasi terapi dalam literatur. Ceftriaxone merupakan sefalosporin generasi ketiga yang direkomendasikan pada kasus tifoid anak dengan indikasi rawat inap, karena efektif melawan *Salmonella typhi* dan dapat diberikan intravena dengan tingkat

kesembuhan tinggi. Pemberian cairan serta nutrisi tinggi kalori-protein rendah serat juga sesuai teori tatalaksana non-farmakologis.¹⁸

Selama perawatan, pasien mengalami perbaikan klinis progresif: demam turun, mual muntah berkurang, BAB dan BAK membaik, hingga akhirnya pulang dalam kondisi stabil. Hal ini sesuai dengan prognosis dubia ad bonam pada demam tifoid anak, di mana bila mendapat diagnosis dan terapi yang tepat sejak dini, maka perbaikan klinis dapat dicapai dalam 5–7 hari.¹⁹

KESIMPULAN

Demam tifoid merupakan penyakit infeksi yang masih sering dijumpai pada anak di Indonesia. Kasus ini menggambarkan pentingnya deteksi dini dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta uji penunjang sederhana, didukung tata laksana antibiotik seftriakson dan perawatan suportif. Prognosis umumnya baik bila diagnosis ditegakkan cepat dan terapi diberikan sesuai. Pencegahan melalui perbaikan sanitasi dan imunisasi tetap menjadi langkah utama dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas demam tifoid.¹⁷

DAFTAR PUSTAKA

1. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis. Ed 2. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2008.
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pengendalian Demam Tifoid. Jakarta; 2006.
3. World Health Organization. Typhoid. 2023.
4. Tobing JFJ. Demam Tifoid. IKRAITH-Humaniora. 2024 Jul;8(2):463–70. doi:10.37817/ikraith-humaniora.v8i2.
5. Ashurst JV, Truong J, Woodbury B. Salmonella Typhi. StatPearls. 2022.
6. Weinberg M, Maloney SA. International Travel Issues for Children. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
7. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018.
8. Riset Kesehatan Dasar. Angka Rata-rata Kesakitan Demam Typhoid di Indonesia. 2018.
9. Alba S. Risk Factors of Typhoid Infection in The Indonesian Archipelago. PLoS One. 2016;11(6):1–14.
10. Hartanto D. Diagnosis dan Tatalaksana Demam Tifoid pada Dewasa. Continuing Medical Education. 2021;48(1):5–7.
11. Husna A. Diagnosis dan Tatalaksana Demam Tifoid pada Anak. J Ked Nanggroe Medika. 2023;6(1):51–57.
12. Yani S, Lisa Y, Umami K, Nurmais Y. Pola patogen dan antibiogram di rumah sakit Ibnu Sina Makassar. Medika ALKHAIRAAT Jurnal Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. 2024;6(2):754–64.
13. Nurmansyah D, Normaidah. Patogenesis dan Diagnosa Laboratorium Demam Tifoid. Klinik Sains. 2022;8(2):51–59.
14. Paul KU, Bandyopadhyay A. Typhoid Fever: A Review. Int J Adv Med. 2017;4(2):300–306.
15. Avila DZ, Khatimah NH, Iksan M, Gizi PS, Kesehatan F, Bima UM, et al. Identifikasi faktor risiko gizi kurang pada anak balita. Medika ALKHAIRAAT Jurnal Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. 2023;5(April 2023):7–12.
16. McKinney JS. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
17. Maude RR, de Jong HK, Wijedoru L, et al. The Diagnostic Accuracy of Three Rapid Diagnostic Tests for Typhoid Fever. Trop Med Int Health. 2015;20(10):1376–84.
18. Rahmasari V, Lestari K. Review Manajemen Terapi Demam Tifoid:

- Kajian Terapi Farmakologis dan Non Farmakologis. Farmaka. 2018;12(1).
19. Muresu N, et al. Travel-Related Typhoid Fever: Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(2):615.