

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Demam tifoid merupakan suatu penyakit sistemik yang disebabkan adanya suatu infeksi oleh kuman *Salmonella Typhi*, yang masuk ke dalam tubuh penderita melalui makanan/minuman yang tercemar (Punjabi, 1996). Penyakit ini termasuk penyakit menular yang tercantum dalam UU No. 6 tahun 1962 tentang wabah. Demam tifoid merupakan salah satu penyakit infeksi yang masih banyak terdapat dinegara-negara yang sedang berkembang, dibandingkan dengan negara yang telah maju sampai sekarang masih merupakan problem kesehatan yang penting. Demam tifoid tersebar diseluruh dunia dengan prevalensi yang tinggi, ini dimungkinkan karena faktor higiene / kebersihan perorangan, sarana penyediaan air bersih, sanitasi lingkungan yang buruk, sosial-ekonomi yang rendah, disamping tingkat pengetahuan tentang kesehatan masyarakat (Sudjari, 1992).

Insidensi penyakit ini dikumpulkan dari laporan oleh Ditjen P2M dan PLP dari berbagai rumah sakit diseluruh dunia dari tahun 1981 sampai dengan 1986, terdapat kenaikan dari 19.596 kasus menjadi 26.606 kasus demam tifoid. Demam tifoid menurun secara berangsur-angsur dari tahun ke tahun, yaitu pada tahun 1981 dari 3,4 % menjadi 2,0 % dalam waktu 6 tahun. Insidensi demam tifoid di Indonesia 350 – 810 kasus per 100.000 penduduk per tahun. Sedangkan insidensi demam tifoid pada masyarakat daerah semi urban adalah 357,6 kasus per 100.000 penduduk per tahun. Daerah lain yang

diselidiki yaitu kompleks Pertamina, Plaju, suatu daerah urban di Sumatra Selatan, menunjukkan insidensi demam tifoid sebesar 810 kasus per tahun (Simanjuntak 1990, Simanjuntak, 1993).

Bersamaan dengan perhatian kesehatan dan pengendalian penyebaran kuman di masyarakat, sistem pelaporan penyakit yang teratur dan sempurna, insidensi demam tifoid mengalami penurunan yang dipengaruhi oleh perbaikan kesehatan masyarakat, perbaikan penyediaan air bersih, pembuangan air limbah yang baik, pendidikan masyarakat yang meningkat, pencarian sumber infeksi, pencegahan penyebaran organisme baik dari penderita maupun pembawa kuman dan vaksinasi yang baik, serta ketajaman diagnosis klinik dan laboratoriumnya (Azhali, 1992).

Bukan hanya insidensinya saja yang berbeda antara satu daerah dengan daerah lain, tetapi beberapa pola dan gambaran klinis juga menunjukkan perbedaan. Sebagai contoh penelitian dari Azhali dan kawan-kawan (1990) di Bandung menunjukkan; lidah kotor (100 %), bibir kering dan pecah (100%) hepatomegali (91,2 %), anemia (70,7 %), splenomegali (8,8 %) dan kesadaran terganggu (5,9 %). Sedangkan penelitian dari Nuchsan (1993) di Aceh Timur menunjukkan hepatomegali (52,85 %), lidah kotor (46,42 %), kelainan saluran pernafasan (22,14 %), splenomegali (9,28 %) lidah tifoid (8,57 %), perut tegang (7,85 %) nyeri tekan (3,42 %) dan ikterus (0,71 %).

Insidensi dari gambaran klinis berbeda-beda meliputi tentang diagnosis pengobatannya, diagnosis sedini mungkin dan pengobatan yang tepat dan adekuat akan memperbaiki diagnosis. Selain itu penatalaksanaan demam

tifoid terdiri dari perawatan, pengaturan diet dan pengobatan. Di Indonesia sampai sekarang kloramfenikol masih merupakan obat pilihan utama, kloramfenikol dosis anak-anak 50-100 mg/kgBB/hari dibagi dalam 3-4 dosis selama 10 – 14 hari. Sedangkan untuk bayi dibawah 2 minggu 25 mg/kgBB/hari dibagi dalam 4 dosis dan diberikan dengan interval 6 jam. Bila terdapat kontraindikasi terhadap kloramfenikol, dicoba obat antibiotika lain seperti tiamfenikol, kotrimaksazol, ampicilin, amoksisilin, sefalosporin generasi ketiga dan flurokuinolon. (Sibuea, 1992)

1.2. KEPENTINGAN MASALAH

Demam tifoid menjadi problema kesehatan di Indonesia, dimana mortalitas dan morbiditasnya menduduki urutan ke-2 penyakit infeksi. Serta makin luasnya daerah endemik demam tifoid ke daerah non-endemik, dengan angka kematian sebesar 3,3 % dari seluruh kematian di Indonesia. Dengan mengetahui diagnosa dan gambaran klinis demam tifoid diharapkan dapat dilakukan diagnosis secara dini. Penyakit ini juga dapat menimbulkan kerugian dan kesusahan yang sangat besar berupa tenaga di dalam perawatan pasien, pengobatan yang tidak terjangkau, dan biaya yang dikeluarkan jauh lebih besar bila harus dirawat dirumah sakit, terutama bila diagnosa tidak dapat ditegakkan secara cepat dan dini serta keterlambatan penderita sampai