

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Demam Tifoid**

###### **a. Pengertian**

Demam tifoid adalah infeksi akut saluran cerna yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Demam paratifoid adalah penyakit sejenis yang disebabkan oleh *Salmonella Paratyphi A,B*, dan *C*. Gejala dan tanda penyakit tersebut hampir sama, namun manifestasi paratifoid lebih ringan (Widoyono, 2008).

###### **b. Faktor- faktor yang mempengaruhi kejadian demam tifoid**

###### **1) Usia**

Pada usia 3-19 tahun peluang terkena demam tifoid lebih besar, orang pada usia tersebut cenderung memiliki aktivitas fisik yang banyak, kurang memperhatikan higene dan sanitasi makanan. Pada usia-usia tersebut, orang akan cenderung memilih makan di luar rumah atau jajan di sembarang tempat yang tidak memperhatikan higene dan sanitasi makanan. Insiden terbesar demam tifoid terjadi pada anak sekolah, berkaitan dengan faktor higenitas. Kuman *Salmonella typhi* banyak berkembang biak pada makanan yang kurang terjaga higenitasnya (Rahmaningrum dkk, 2017).

## 2) Status Gizi

Status gizi yang kurang akan menurunkan daya tahan tubuh, sehingga anak mudah terserang penyakit, bahkan status gizi yang buruk akan menyebabkan tingginya angka mortalitas terhadap demam tifoid (Rahmaningrum dkk, 2017).

## 3) Riwayat Demam tifoid

Riwayat demam tifoid dapat terjadi dan berlangsung dalam waktu yang pendek pada mereka yang mendapat infeksi ringan dengan demikian kekebalan mereka juga lemah. Riwayat demam tifoid akan terjadi bila pengobatan sebelumnya tidak adekuat, sepuluh persen dari demam tifoid yang tidak diobati akan mengakibatkan timbulnya riwayat demam tifoid. Riwayat demam tifoid dipengaruhi oleh imunitas, kebersihan, konsumsi makanan, dan lingkungan (Rahmaningrum dkk, 2017)

### c. Patogenesis

Patogenesis demam tifoid merupakan proses yang kompleks yang melalui beberapa tahapan. Kuman *Salmonella typhi* dan *Salmonella paratyphi* masuk ke dalam tubuh melalui makanan yang terkontaminasi. Setelah kuman *Salmonella typhi* tertelan, kuman tersebut dapat bertahan terhadap asam lambung dan masuk ke dalam tubuh melalui mukosa usus pada ileum terminalis. Jika respon imunitas humoral usus kurang baik, kuman akan menembus

sel-sel epitel usus dan lamina propina. Di Lamina propina kuman berkembang biak dan di fagosit oleh sel-sel fagosit terutama makrofag (Widodo et al 2014 :549)

Bakteremia primer terjadi pada tahap ini dan biasanya tidak didapatkan gejala dan kultur darah biasanya masih memberikan hasil yang negatif. Periode inkubasi ini terjadi selama 7-14 hari. Bakteri dalam pembuluh darah ini akan menyebar ke seluruh tubuh dan berkolonisasi dalam organ-organ sistem retikuloendotelial, yakni di hati, limpa, dan sumsum tulang. Kuman juga dapat melakukan replikasi dalam makrofag. Setelah periode replikasi, kuman akan disebarkan kembali ke dalam system peredaran darah dan menyebabkan bakteremia sekunder sekaligus menandai berakhirnya periode inkubasi. Bakteremia sekunder menimbulkan gejala klinis seperti demam, sakit kepala dan nyeri abdomen.

Bakteremia dapat menetap selama beberapa minggu bila tidak diobati dengan antibiotik. Pada tahapan ini, bakteri tersebar luas di hati, limpa, sumsum tulang, kandung empedu dan *Peyer's patches* di mukosa ileum terminal. Ulserasi pada *Peyer's patches* dapat terjadi melalui proses inflamasi yang mengakibatkan nekrosis dan iskemia. Komplikasi perdarahan dan perforasi usus dapat menyusul ulserasi. Kekambuhan dapat terjadi bila kuman masih menetap dalam organ-organ sistem retikuloendotelial dan berkesempatan untuk berproliferasi kembali (Nelwan, 2012).

d. Manifestasi Klinis

Gejala demam tifoid sangat bervariasi, dari gejala ringan yang tidak memerlukan perawatan hingga gejala berat yang memerlukan perawatan. Masa inkubasi demam tifoid berlangsung antara 10-14 hari. Pada awal periode penyakit ini, penderita demam tifoid mengalami demam. Sifat demam adalah meningkat perlahan-lahan terutama pada sore hingga malam hari (Widodo et al 2014:551). Pada saat demam tinggi, dapat disertai dengan gangguan system saraf pusat, seperti kesadaran menurun, penurunan kesadaran mulai dari apatis sampai koma.

Gejala sistemik lain yang menyertai adalah nyeri kepala, malaise, anoreksia, nausea, myalgia, nyeri perut dan radang tenggorokan. Gejala gastrointestinal pada kasus demam tifoid sangat bervariasi. Pasien dapat mengeluh diare, obtipasi, atau optipasi kemudian disusul dengan diare, lidah tampak kotor dengan warna putih ditengah, hepatomegaly dan splenomegaly (Sumarno ed. et al 2008 : 341).

e. Pemeriksaan penunjang

1) Uji Widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya kuman *Salmonella typhi*. Pada uji widal terjadi reaksi aglutinasi antara antigen kuman *S.typhi* dengan antibodi yang disebut aglutinin. Antigen yang digunakan dalam uji widal ini adalah kuman *S.typhi*

yang sudah dinonaktifkan. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum penderita tersangka demam tifoid yaitu : a) Aglutinin O (dari tubuh kuman) b) Aglutinin H (flagella kuman) c) aglutinin Vi (simpai kuman).

Dari ketiga aglutinin tersebut, hanya aglutinin O dan H yang digunakan untuk mendiagnosis demam tifoid. Semakin tinggi titer, semakin tinggi kemungkinan infeksi kuman ini. Pembentukan aglutinin terjadi pada akhir minggu I demam, kemudian meningkat dan mencapai puncaknya pada minggu ke IV. Pada fase akut, awalnya timbul aglutinin O, kemudian diikuti muncul aglutinin H. Pada orang sembuh masih dijumpai aglutinin O setelah 4-6 bulan. Sedangkan aglutinin H menetap lebih lama 9-12 bulan (Widodo et al 2014:551).

## 2) Uji Typhidot

Uji typhidot dilakukan untuk mendeteksi antibody IgM dan IgG yang terdapat pada protein membrane luar *Salmonella typhi*. Hasil positif didapatkan 2-3 hari setelah infeksi dan dapat mengidentifikasi secara spesifik antibody IgM dan IgG yang terdapat dalam antigen *Salmonella typhi*. Pada kasus reinfeksi, respon imun sekunder IgG teraktivasi secara berlebihan sehingga IgM sulit dideteksi. IgG dapat bertahan 2 tahun setelah pendeteksian, sehingga tidak dapat digunakan untuk membedakan kasus infeksi akut dan kasus reinfeksi (Widodo et al 2014:552).

### 3) IgM Dipstick

Uji ini digunakan untuk mendeteksi antibody IgM spesifik terhadap *S.typhi* pada specimen serum. Pemeriksaan ini menggunakan strip yang mengandung antigen liposakarida *S.typhi* dan anti IgM (sebagai control). Pemeriksaan ini mudah dan cepat dapat dilakukan dalam 1 hari, tanpa memerlukan alat khusus, namun akurasi yang di dapatkan bila pemeriksaan dilakukan 1 minggu setelah timbulnya gejala (Widodo et al 2014).

#### f. Komplikasi

##### Komplikasi Interestinal

##### 1) Pendarahan Interestinal

Pada plak *Peyeri* usus yang terinfeksi dapat terbentuk luka lonjong dan memanjang terhadap sumbu usus. Bila luka menembus lumen usus dan mengenai pembuluh darah maka akan terjadi pendarahan. Selanjutnya jika luka menembus dinding usus maka perforasi dapat terjadi. Selain karena luka, pendarahan juga dapat terjadi karena koagulasi darah (Widodo et al, 2014)

##### 2) Perforasi usus

Perforasi usus biasanya terjadi pada minggu ketiga, namun juga dapat timbul pada minggu pertama. Gejala yang terjadi adalah nyeri perut hebat di kuadran kanan bawah kemudian menyebar ke seluruh perut. Tanda-tanda lainnya

adalah nadi cepat, tekanan darah turun dan bahkan dapat terjadi syok leukositosis dengan pergeseran ke kiri dengan menyokong adanya perforasi (Widodo et al, 2014).

#### Komplikasi Ekstra-Intestinal

##### 1) Hepatitis tifosa

Pembengkakan hati dari ringan sampe sedang.. Hepatitis tifosa dapat terjadi pada pasien dengan malnutrisi dan system imun yang kurang (Widodo et al, 2014). Hepatitis tifosa ditandai dengan peningkatan kadar triaminase dan ikterus disertai atau tanpa kenaikan kadar triaminasi (Sudarmo, 2008).

##### 2) Pakreasitis tifosa

Pankreasitis dapat disebabkan oleh mediator pro inflamasi, virus, bakteri, cacing, maupun farmakologik. Penatalaksanaan pakreasitis sama seperti pankreasitis pada umumnya, antibiotic yang diberikan adalah antibiotic intravena, antibiotic yang diberikan adalah seftriaxon dan kuinolon (Widodo et al, 2014).

##### 3) Miokarditis

Pada pasien dengan miokarditis biasanya tanpa gejala kardiovaskular atau dapat berupa keluhan sakit dada, gagal jantung kohesif, aritma, syok kardiogenik dan perubahan elektrokardiograf. Komplikasi ini disebabkan kerusakan mikrokardium oleh kuman *S.typhi* (Widodo et al, 2014).

#### 4) Neuropsikiatrik

Manifestasi neuropsikiatrik dapat berupa gangguan kesadaran, disorientasi, delirium, obtundasi, stupor bahkan koma (Sudarmo, 2008).

#### g. Penatalaksanaan

##### 1) Istirahat dan Perawatan

Tirah baring dan perawatan untuk mencegah komplikasi. Tirah baring adalah perawatan ditempat, termasuk makan, minum, mandi, buang air besar, dan buang air kecil akan membantu proses penyembuhan. Dalam perawatan perlu dijaga kebersihan perlengkapan yang dipakai (Widodo et al 2014:552).

##### 2) Diet dan terapi penunjang

Diet merupakan hal penting dalam proses penyembuhan penyakit demam tifoid. Berdasarkan tingkat kesembuhan pasien, awalnya pasien diberi makan bubur saring, kemudian bubur kasar, dan ditingkatkan menjadi nasi. Pemberian bubur saring bertujuan untuk menghindari komplikasi dan pendarahan usus (Widodo et al 2014:553)



### 3) Pemberian Antimikroba

Pemberian antimikroba bertujuan untuk menghentikan dan menghambat penyebaran kuman. Obat-obatan yang sering digunakan adalah kloramfenikol, tiamfenikol, ampisilin, dan kontrimoksazol ( sulfametaksosal 400 mg + trimetoprin 80 mg) (Soedarto, 2009:129).

## 2. Asuhan Gizi

### a. Skrinning Gizi

Skrinning atau penapisan adalah penggunaan tes atau metode diagnosis lain untuk mengetahui apakah seseorang memiliki penyakit atau kondisi tertentu sebelum menyebabkan gejala apapun. Skrinning gizi digunakan untuk mengidentifikasi pasien beresiko malnutrisi atau pasien malnutrisi. Informasi yang digunakan dalam skrinning meliputi diagnosis penyakit, informasi riwayat penyakit, penilaian fisik, tes laboratorium saat pasien masuk rumah sakit dan kuisisioner yang diberikan kepada pasien untuk diisi.

Skrinning gizi merupakan proses sederhana dan cepat dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, serta cukup sensitive untuk mendeteksi pasien beresiko malnutrisi. Tujuan dari skrining gizi adalah untuk memprediksi probabilitas membaik dan memburuknya *outcome* yang berkaitan dengan faktor gizi dan mengetahui pengaruh dari intervensi gizi. Skrinning gizi perlu

dilakukan pada awal pasien masuk rumah sakit. Hasil skrining gizi meliputi :

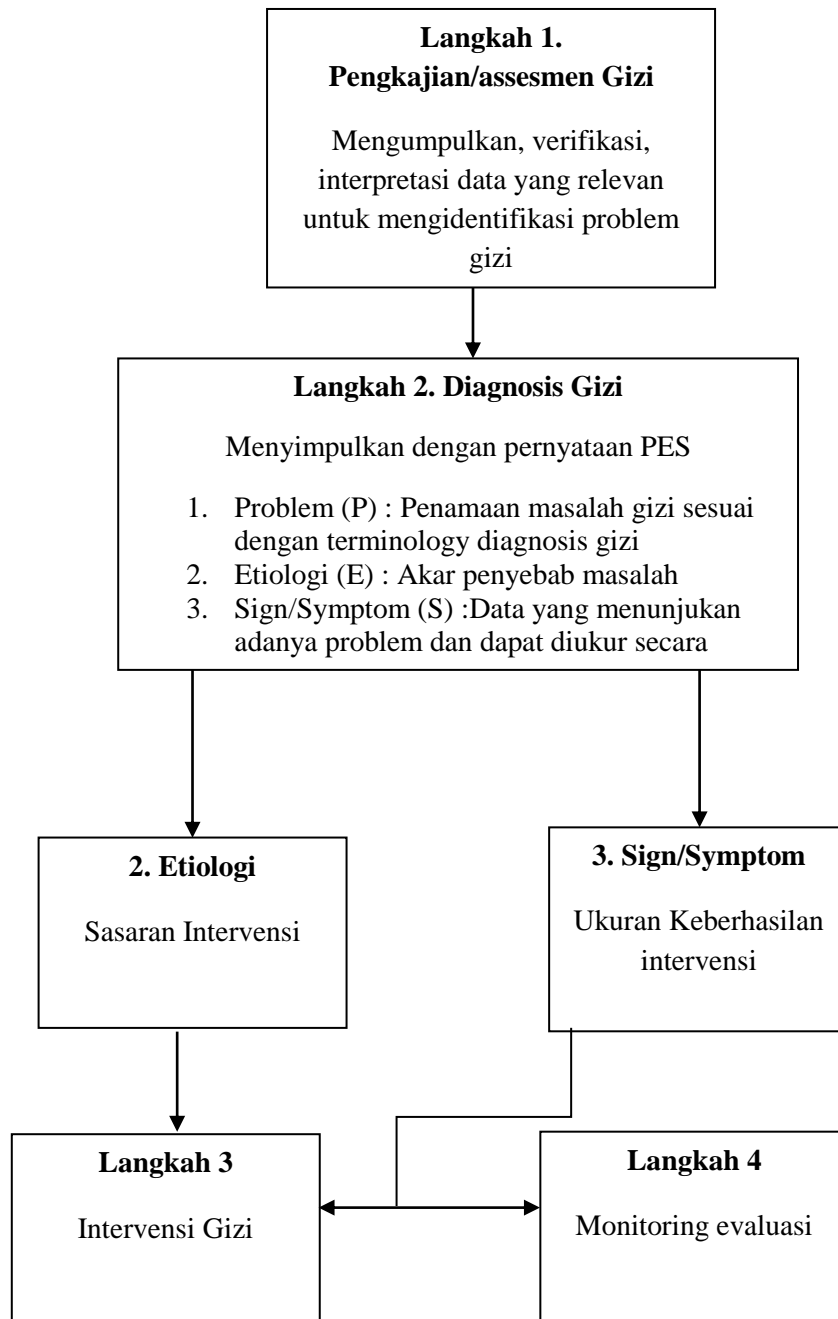
- 1) Pasien tidak beresiko tapi membutuhkan skrining ulang.
- 2) Pasien beresiko dan memerlukan terapi gizi
- 3) Pasien beresiko, tetapi membutuhkan terapi gizi khusus
- 4) Ada keraguan pasien beresiko atau tidak.

(Susetyowati, 2015)

b. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses Asuhan Gizi terstandar (PAGT) adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis, dimana dietisien professional menggunakan cara berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berhubungan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif, dan berkualitas tinggi (Wahyuningsih, 2013). Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) harus dilaksanakan secara berurutan dimulai dari langkah asesmen, diagnosis, intervensi dan monitoring dan evaluasi gizi (ADIME) (Kemenkes 2014)

Gambar 1. Langkah- langkah Proses Asuhan Gizi Terstandar



(Sumber : Kementrian Kesehatan RI. 2014. *Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)*)

#### a) Assesment (Pengkajian Gizi)

Assesment atau pengkajian merupakan kegiatan mengumpulkan, mengintegritas dan menganalisa data untuk indentifikasi masalah gizi terkait dengan aspek asupan gizi dan makanan, aspek klinis dan aspek perilaku lingkungan serta penyebabnya (Wahyuningsih, 2013) Assesmen gizi dikelompokkan menjadi 5 kategori yaitu:

##### 1) Anamnnesis Riwayat Gizi

Anamnesis Riwayat gizi meliputi data asupan makanan termasuk komposisi, pola makan, diet saat ini dan data lain yang terkait gizi dan kesehatan. Selain itu diperlukan data kepedulian pasien terhadap gizi dan kesehatan, aktivitas fisik, olahraga dan ketersediaan makanan (Kemenkes, 2013).

##### 2) Antropometri

Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan pengukuran tinggi badan (TB) dan pengukuran berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan pengukuran panjang badan, tinggi lutut (TL), rentang lengan atau separuh lengan. Pengukuran lain seperti Lingkar Lengan Atas (LiLA), tebal lipatan kulit (*skinfold*), lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggang dan lingkar pinggul.

Pengukuran status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa pengukuran tersebut (Kemenkes, 2013).

### 3) Biokimia

Data biokimia, pemeriksaan laboratorium ataupun prosedur medis yang berkaitan dengan status gizi, status metabolic dan gambaran fungsi organ yang dapat berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi (Wahyuningsih, 2013).

### 4) Fisik Klinis

Aspek Klinis mengenai kondisi kesehatan secara umum. Penampilan fisik meliputi tampak kurus, gemuk, pengerutan otot dan penurunan lemak sub kutan atau kondisi-kondisi yang menggambarkan tanda kurang gizi (Wahyuningsih, 2013).

### 5) Riwayat Klien

Riwayat klien mencakup:

- a) Riwayat personal yaitu menggali informasi umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok, cacat fisik.
- b) Riwayat medis/kesehatan pasien yaitu menggali penyakit atau kondisi pada klien atau keluarga dan terapi medis atau terapi pembedahan yang berdampak pada status gizi.

c) Riwayat sosial yaitu menggali mengenai faktor sosioekonomi klien, situasi tempat tinggal, kejadian bencana yang dialami, agama, dukungan kesehatan dan lain-lain. (Kemenkes RI, 2014)

b) **Diagnosis Gizi**

Diagnosis merupakan kegiatan mengidentifikasi dan memberi nama masalah terkait dengan gizi yang actual dan beresiko menimbulkan masalah gizi (Wahyuningsih, 2013). Diagnosis gizi berbeda dengan diagnosis medis, karena diharapkan diagnosis gizi terselesaikan lewat intervensi gizi.

Diagnosis gizi di tulis sebagai pernyataan PES yang terdiri dari *problem*, etiologi dan *signs/symptoms* (tanda-tanda atau gejala). Problem atau permasalahan mencakup 3 domain: asupan makanan/nutrient, klinik, dan lingkungan. Etiologi merupakan penyebab yang melatari masalah gizi. Etiologi merupakan penyebab yang didapatkan dari proses pengkajian dan turut memberikan kontribusi pada gangguan keseimbangan atau kesulitan yang terlihat. *Signs/symptoms* (tanda dan gejala) dianggap sebagai bukti terdapat diagnosis gizi. Semua tanda dan gejala harus dapat terukur sehingga dapat dimonitor untuk menilai kemajuan, sehingga tujuan dapat tercapai ( Emery, 2014)

### c) Intervensi Gizi

Intervensi gizi merupakan tindakan terencana yang dimaksudkan untuk menghilangkan etiologi problem gizi atau mengurangi tanda-tanda dan gejala. Intervensi terdiri dari dua fase yaitu fase perencanaan dan fase implementasi. Intervensi dimaksudkan untuk melakukan perubahan positif terhadap faktor-faktor yang berkontribusi dalam permasalahan tersebut (Emery, 2014) Intervensi dikelompokkan menjadi 4 yaitu dengan :

#### 1) Pemberian Makanan/Diet

Pemberian makanan atau zat gizi sesuai kebutuhan meliputi pemberian makanan dan snack, enteral dan parenteral, suplemen, substansi bioaktif, bantuan saat makan, suasana makan dan pengobatan terkait gizi. (Kemenkes RI, 2014)

#### 2) Edukasi

Merupakan proses formal dalam melatih ketrampilan atau membagi pengetahuan yang membantu pasien/ klien mengelola atau memodifikasi diet dan perubahan perilaku secara sukarela untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan(Kemenkes RI, 2014).

### 3) Konseling

Konseling gizi merupakan proses pemberian dukungan pada pasien/klien yang ditandai dengan hubungan kerjasama antara konselor dengan pasien/klien dalam menentukan prioritas, tujuan/target, merancang rencana kegiatan yang dipahami, dan membimbing kemandirian dalam merawat diri sesuai kondisi dan menjaga kesehatan. Tujuan dari konseling gizi adalah untuk meningkatkan motivasi pelaksanaan dan penerimaan diet yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi pasien (Kemenkes RI, 2014).

### 4) Koordinasi asuhan gizi

Kegiatan dietisien melakukan konsultasi, rujukan atau kolaborasi, koordinasi pemberian asuhan gizi dengan tenaga kesehatan/institusi/ dietisien lain yang dapat membantu dalam merawat atau mengelola masalah yang berkaitan dengan gizi (Kemenkes RI, 2014).

### d) Monitoring Evaluasi

Prosedur ini membantu mengukur kemajuan kearah tujuan dan apakah permasalahan tersebut sudah diperbaiki atau dipecahkan atau tidak (Emery, 2014). Tujuan kegiatan ini untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai. Hasil asuhan gizi sebaiknya menunjukkan adanya perubahan perilaku dan atau



status gizi yang lebih baik. Monitoring evaluasi dilakukan dengan cara memonitor perkembangan, mengukur hasil dan evaluasi hasil (Kemenkes RI, 2014)

1) Monitor perkembangan :

- a) Cek pemahaman dan kepatuhan pasien/klien terhadap intervensi gizi.
- b) Tentukan apakah intervensi yang dilaksanakan/diimplementasikan sesuai dengan preskripsi gizi yang telah ditetapkan.
- c) Berikan bukti/fakta bahwa intervensi gizi telah atau belum merubah perilaku atau status gizi pasien/ klien.
- d) Identifikasi hasil asuhan gizi yang positif maupun negatif.
- e) Kumpulkan informasi yang menyebabkan tujuan asuhan tidak tercapai.
- f) Kesimpulan harus di dukung dengan data/ fakta.

2) Mengukur hasil

- a) Pilih indikator asuhan gizi untuk mengukur hasil yang diinginkan.
- b) Gunakan indikator asuhan yang terstandar untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas pengukuran perubahan.

3) Evaluasi hasil

- a) Bandingkan data yang di monitoring dengan tujuan preskripsi gizi atau standar rujukan untuk mengkaji perkembangan dan menentukan tindakan selanjutnya.
  - b) Evaluasi dampak dari keseluruhan intervensi terhadap hasil kesehatan pasien secara menyeluruh.
- c. Penatalaksanaan Diet Tinggi Energi Tinggi Protein pada Pasien Demam Tifoid

Diet tinggi energi dan tinggi protein adalah diet yang mengandung energi dan protein diatas kebutuhan normal. Diet yang diberikan berupa makanan dengan sumber protein tinggi seperti telur, susu, daging atau dalam bentuk minuman enteral. Diet ini biasanya diberikan pada pasien yang kurus, Kurang Energi Protein (KEP), demam, infeksi, hypothyroid, luka bakar, kehamilan, menyusui dan pertumbuhan (Almatsier, 2005)

Diet bagi penderita demam tifoid harus mengandung kalori dan protein yang cukup. Sebaiknya rendah serat (selulose) untuk mencegah pendarahan atau perforasi usus. Diet bagi penderita tifoid biasanya di klasifikasikan atas : diet cair, bubur lunak, tim dan nasi biasa. Bila keadaan penderita baik, diet dapat dimulai dari bentuk padat atau tim. Tapi bila penderita dengan keadaan klinis berat, diet dimulai dari bubur cair yang selanjutnya bertahap sampai makanan padat, sesuai dengan tingkat kesembuhan penderita . Penderita dengan

kesadaran menurun diberikan secara enteral melalui pipa lambung (Menkes, 2006).

Tujuan diet :

- a) Memenuhi kebutuhan energi yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan.
- b) Mempertahankan berat badan normal  
(Almatsier, 2005)
- c) Mengganti zat gizi yang hilang dan memperbaiki status gizi yang kurang.
- d) Memperbaiki ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.
- e) Mencegah inflamasi lebih lanjut.
- f) Tidak memperberat kerja usus.  
(Nuraini dkk, 2017)

Syarat diet tinggi energy tinggi protein :

- a) Energi tinggi, yaitu 40-45 kkal/BB
- b) Protein tinggi, yaitu 2,0-2,5 g/kg BB
- c) Lemak cukup 20-25% dari kebutuhan energy total.
- d) Karbohidrat cukup, yaitu sisa dari kebutuhan energy total.  
(Almatsier, 2005)
- e) Vitamin dan mineral seperti vitamin A, C, D, asam folat, vitamin B12, kalsium, magnesium, dan seng.
- f) Pemberian makanan bertahap dari bentuk saring, kemudian lunak, sampai makanan biasa.

- g) Menghindari makanan yang menimbulkan gas.
- h) Cukup cairan dan elektrolit.
- i) Sisa rendah dan bertahap kembali ke makanan biasa.

(Nuraini dkk, 2017)

#### Bahan Makanan yang Dianjurkan dan yang Tidak Dianjurkan

Tabel. 1 Daftar Bahan Makanan untuk Diet TETP

Bahan Makanan	Dianjurkan	Tidak dianjurkan
Sumber karbohidrat	Nasi, roti, mi, macaroni dan hasil olah tepung-tepungan lain, seperti cake, tarcis, pudding, dan pastry, dodol, ubi, karbohidrat sederhana seperti gula pasir	
Lemak dan minyak	Minyak goreng, mentega, margarine, santan encer, <i>salad dressing</i>	Santan kental
Sumber protein hewani	Daging sapi, ayam, ikan, telur, susu, dan hasil olah seperti keju, dan <i>yogurt custard</i> dan es krim	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa/santan kental
Sumber protein nabati	Semua jenis kacang-kacagan dan hasil olahnya, seperti tempe, tahu, dan <i>pindakas</i>	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa/santan kental
Sayuran	Semua jenis sayuran terutama jenis B, seperti bayam, buncis, daun singkong, kacang panjang, labu siam, dan wortel di rebus, dikukus dan ditumis	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa/santan kental
Buah-buahan	Semua jenis buah segar, buah kaleng, buah kering dan jus buah	
Minuman	<i>Soft drink</i> , madu, sirup, the dan kopi encer.	Minuman rendah energy
Bumbu	Bumbu tidak tajam, seperti bawang merah, bawang putih, laos, salam, dan kecap	Bumbu yang tajam seperti cabe, merica

(Sumber : Penuntun Diet. Almasier Sunita. 2005)

## B. Landasan Teori

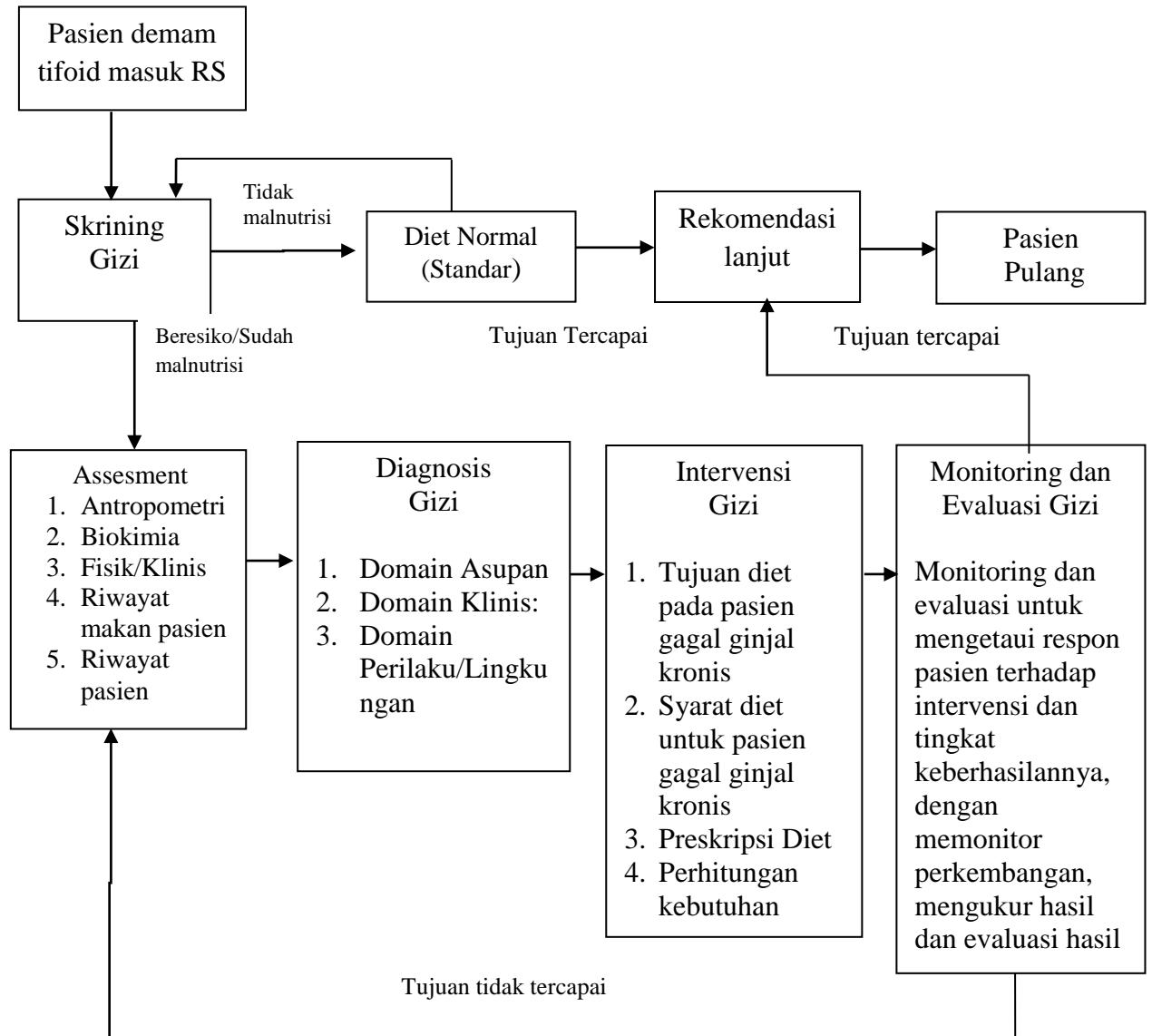
Demam tifoid adalah infeksi akut saluran cerna yang disebabkan oleh *Salmonella typhi*. Faktor-faktor yang mempengaruhi demam tifoid antara lain : usia, status gizi, dan jenis kelamin. Patogenesis demam tifoid melalui kuman *Salmonella typhi* masuk ke dalam tubuh melalui makanan yang terkontaminasi. Kuman dapat menyebar ke seluruh tubuh dan berkolonisasi di hati, limpa, dan sumsum tulang (Nelwan, 2012).

Gejala demam tifoid sangat bervariasi yaitu demam, nyeri kepala, malaise, anoreksia, mual, muntah, myalgia, nyeri perut, radang tenggorokan, diare dan konstipasi (Sumarno ed. et al 2008 : 341). Kuman *Salmonella typhi* (*S.typhi*) dapat dideteksi dengan uji widal, uji typhidot dan uji IgM dipstick (Widodo et al 2014:551).

Demam tifoid dapat menyebabkan beberapa komplikasi yaitu perdarahan intestinal, perforasi usus, hepatitis tifosa, pankreatitis tifosa, miokarditis dan neuropsikiatrik (Widodo et al, 2014) (Sudarmo, 2008). Penatalaksanaan demam tifoid antara lain istirahat dan perawatan, diet dan terapi penunjang dan pemberian antimikroba (Soedarto, 2009:129).

Bagi penderita demam tifoid, terapi diet cukup penting dalam proses penyembuhan demam tifoid (Widodo et al 2014:553), untuk itu diperlukan asuhan gizi yang bermutu guna mempertahankan status gizi yang optimal dan untuk mempercepat penyembuhan. (Kemenkes RI,2014) Proses asuhan gizi terstandar dilaksanakan secara berurutan dimulai dari langkah asesmen, diagnosis, intervensi dan monitoring dan evaluasi gizi.

### C. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori Proses Asuhan Gizi Terstandar Pasien Demam Tifoid di Rumah Sakit. Sumber: (Kemenkes, 2013, Pedoman PGRS, 2013)

**D. Pertanyaan penelitian**

- 1) Bagaimana hasil penapisan gizi pasien demam tifoid?
- 2) Bagaimana hasil pengkajian gizi pasien demam tifoid?
- 3) Bagaimana hasil diagnosa gizi pasien demam tifoid?
- 4) Bagaimana hasil intervensi gizi pasien demam tifoid?
- 5) Bagaimana hasil edukasi gizi pasien demam tifoid?
- 6) Bagaimana hasil monitoring evaluasi gizi pasien demam tifoid?