

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Demam *thypoid* atau disebut dengan *tifus abdominalis* adalah penyakit infeksi akut pada saluran pencernaan yang berpotensi menjadi penyakit multisistemik yang disebabkan oleh *Salmonella thypi* (Salemba Medika, 2011).

Thypoid adalah penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam yang lebih dari satu minggu gangguan pada pencernaan dan gangguan kesadaran. (Ngastiyah, 2002).

Demam *thypoid* adalah infeksi akut pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh *Salmonella thypi* (Erlangga, 2008).

Demam *thypoid* adalah penyakit infeksi sistemik bersifat akut yang disebabkan oleh *Salmonella thypi*. Penyakit ini ditandai oleh panas berkepanjangan, ditopang dengan bakterimia tanpa keterlibatan struktur endothelia atau endokardial dan invasi bakteri sekaligus multiplikasi ke dalam sel fagosit monocular dari hati, limpa, kelenjar limfe, usus, dan *payer's patch* dan dapat menular pada orang lain melalui makanan atau air yang terkontaminasi. (Aplikasi Nanda NIC-NOC 2013).

Kesimpulan *thypoid abdominalis* adalah penyakit infeksi akut pada usus halus yang disebabkan oleh kuman *Salmonella thyposa*.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Sistem Pencernaan

Susunan Saluran pencernaan terdiri dari ris (mulut), faring (tekak), *esophagus* (kerongkongan), *ventrikulus* (lambung), *intestinum minor* (usus halus), *intestinum mayor* (usus besar), rectum dan anus. Pada kasus *thypoid Salmonella typhi* berkembang biak di usus halus.

Usus halus merupakan bagian dari system pencernaan makanan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum. Panjangnya kira-kira 6 meter, merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorpsi pencernaan.

Usus halus terdiri dari duodenum, jejunum dan ileum. Duodenum bentuknya melengkung seperti kuku kuda, pada lengkungan ini terdapat pancreas. Bagian kanan dari duodenum terdapat bagian tempat bermuaranya saluran empedu (*duktus choleducus*) dan saluran pancreas (*duktus pankreatikus*) yang dinamakan papilla vateri. Dinding duodenum mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar brunner yang memproduksi getah intestinum.

Secara fungsional, usus kecil adalah bagian yang sangat penting dari saluran pencernaan karena tidak hanya mencerna sebagian besar isi makanan tetapi juga dimaksudkan untuk menyerap partikel makanan yang terakhir dicerna. Ini adalah tempat dimana hampir semua penyerapan berlangsung termasuk nutrisi, garam empedu, vitamin, dan sebagainya.

Beberapa fungsi usus halus adalah sebagai berikut:

1. Penetralan

Sebagian makanan yang berasal dari perut dicerna melalui lubang pilorus yang bersifat sangat asam, tetapi enzim yang hadir dalam duodenum dan bagian lain dari usus halus tidak dapat melakukan aktivitas sebagai katalis biologi. Jadi sebagai yang pertama dan fungsi utama usus, lubang pilorus berfungsi sebagai media penetralan makanan dan enzim yang dibuat untuk bertindak dengan cara yang paling efisien.

2. Pencernaan

Sebagian besar pencernaan kimia terjadi di usus halus (*duodenum*). Bahkan, *duodenum* hanya bertanggung jawab untuk pencernaan penyerapan makanan. Pankreas mengeluarkan enzim pencernaan, yang memasuki usus halus melalui saluran pancreas.

Jejunum panjangnya 2-3 meter, berkelok-kelok terdapat sebelah kiri atas dari intestinum minor dengan perantara lipatan peritoneum, berbentuk kipas (*mesenterium*). Akar *mesenterium* memungkinkan keluar masuk arteri dan vena *mesenterika superior*. Pembuluh limfe dan saraf ke ruang antara lapisan peritoneum yang membentuk *mesenterium* penampang jejunum lebih lebar, dindingnya lebih tebal dan banyak mengandung pembuluh darah.

Ileum ujung batas antara jejunum dan ileum tidak jelas, panjangnya kira-kira 4-5 meter. Ileum merupakan usus halus yang terletak sebelah kanan bawah berhubungan dengan sekum.

Mukosa usus halus merupakan permukaan epitel yang sangat halus melalui lipatan mukosa dan mikrovili memudahkan pencernaan dan absorpsi. Lipatan ini dibentuk oleh mukosa dan submukosa yang dapat memperbesar permukaan usus halus. Membrane mukosa berupa lipatan sirkuler dan semisirkuler (spiral) yang seluruh permukaannya terdapat berjuta-juta vili dan ditutupi oleh selapis sel yang mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe, dan saraf. (Syaifuddin, 2010)

1. Fisiologi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan (mulai dari mulut sampai anus) berfungsi sebagai berikut :

- a Menerima makanan
- b Mencegah makanan menjadi zat – zat gizi (suatu proses yang disebut pencernaan)
- c Menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah
- d Membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna dari tubuh.

Jumlah makanan yang dicerna seseorang dan jenisnya adalah tergantung dari kemauan dan seleranya. Mekanisme ini ada dalam tubuh seseorang dan merupakan system pengaturan yang otomatis.

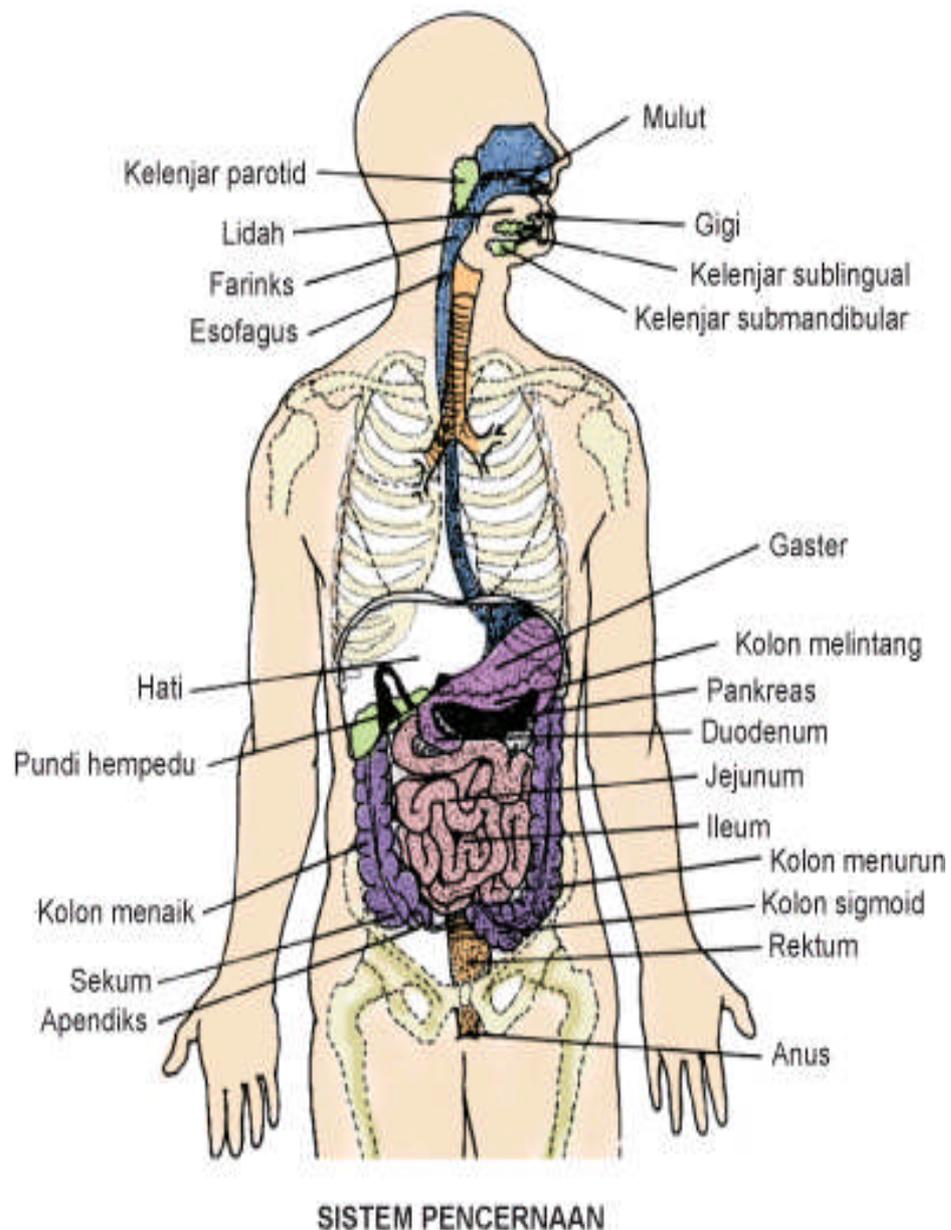
Makanan masuk melalui mulut kemudian dikunyah oleh gigi, gigi anterior (insisivus) menyediakan kerja memotong yang kuat dan gigi posterior (molar), kerja menggiling. Semua otot rahang yang bekerja dengan bersama-sama dapat mengatupkan gigi dengan kekuatan sebesar 55 pound pada insisivus dan 200 pound pada molar.

Setelah itu makanan ditelan, menelan merupakan mekanisme yang kompleks, terutama faring yang hampir setiap saat melakukan fungsi lain di samping menelan makanan dan hanya diubah dalam beberapa detik dalam traktus untuk mendorong makanan.

Esophagus terutama berfungsi untuk menyalurkan makanan dari faring ke lambung dan gerakannya diatur secara khusus untuk melakukan fungsi tersebut.

Fungsi lambung ada tiga, yaitu penyimpanan sejumlah besar makanan sampai makanan dapat diproses di dalam duodenum, pencampuran, makan ini dengan sekresi setengah cair yang disebut dengan kimus. Pengasongan makanan dengan lambat dari lambung ke usus halus pada kecepatan yang sesuai untuk pencernaan dan absorpsi yang tepat oleh usus halus.

Makan akan digerakkan dengan melakukan gerakan peristaltik. Peristaltik usus yang normal adalah 12 kali per menit. Makanan kemudian akan didorong ke usus besar dan akan diabsorpsi baik air, elektrolit, dan penimbunan bahan feces di rektum sampai dapat dikeluarkan melalui anus melalui proses defekasi. (Syarifudin, 2010).



Gambar 2.1. Sistem Pencernaan pada Manusia

(Syaifuddin, 2010)

3. Etiologi

Penyebab demam *thypoid* adalah bakteri *Salmonella typhi*. *Salmonella* adalah bakteri Gram-negatif, tidak berkapsul, mempunyai flagella, dan tidak membentuk spora. Kuman ini mempunyai tiga antigen yang penting untuk pemeriksaan laboratorium, yaitu :

- a Antigen O (somatic)
- b Antigen N (flagella) dan
- c Antigen K (selaput)

Bakteri ini akan mati pada pemanasan 57⁰ selama beberapa menit.

Manifestasi klinis demam *thypoid* tergantung dari virulensi dan daya tahan tubuh. Suatu percobaan pada manusia dewasa menunjukkan bahwa 10⁷ mikroba dapat menyebabkan 50 % sukarelawan menderita sakit. Meskipun 1000 mikroba juga dapat menyebabkan penyakit. Masa inkubasinya adalah 10-20 hari. (Erlangga, 2008).

4. Insiden

Insiden demam *thypoid* bervariasi di tiap daerah dan biasanya terkait dengan sanitasi lingkungan. Didaerah rural (Jawa Barat) 157 kasus per 100.000 penduduk. Sedangkan didaerah urban ditemukan 760-810 per 100.000 penduduk. Perbedaan insiden diperkotaan berhubungan erat dengan penyediaan air bersih yang belum memadai serta sanitasi lingkungan dengan pembuangan sampah yang kurang memenuhi sarat kesehatan lingkungan.

5. Patofisiologi

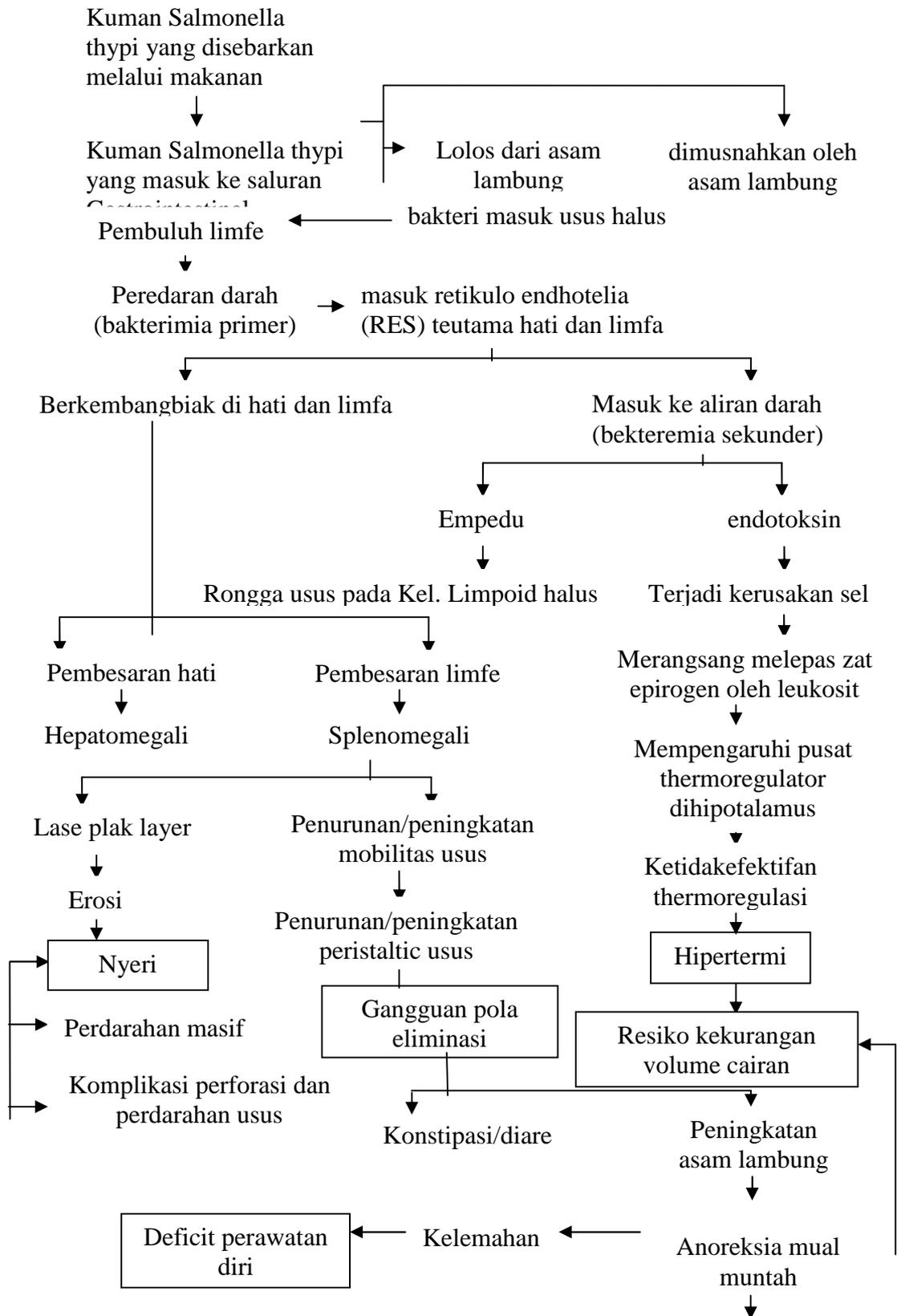
Penularan *Salmonella typhosa* terjadi melalui mulut oleh makanan yang tercemar. Sebagian kuman akan dimusnahkan didalam lambung oleh asam lambung. Sebagian lagi masuk ke usus halus mencapai jaringan limfoid lalu berkembang biak. Kuman kemudian masuk ke pembuluh darah dan mencapai ke sel-sel retikulo endothelial hati, limpa dan organ-organ lain.

Proses ini terjadi pada masa tunas, yang berakhir saat sel-sel retikulo endothelial melepaskan kuman ke dalam peredaran darah dan menimbulkan bacteremia untuk kedua kalinya. Kuman-kuman selanjutnya masuk ke jaringan beberapa organ tubuh, terutama limpa, usus dan kandung empedu.

Pada minggu pertama penyakit, terjadi *hyperplasia plaques peyleri*, disusul minggu kedua terjadi nekrosis dan pada minggu ketiga terjadi ulserasi plaks peyer dan selanjutnya dalam minggu keempat penyembuhan ulkus-ulkus dengan menimbulkan sikatris. Ulkus berbentuk bulat lonjong dengan sumbu memanjang sejajar dengan sumbu usus. Ulkus dapat menyebabkan perdarahan bahkan sampai perforasi usus.

Hepar membesar dan infiltrasi limposit, sel plasma dan sel monokuler serta nekrosis lokal. Sistem *retikulo endothelial* menunjukkan hyperplasia dan kelenjar-kelenjar mesenterial serta limpa membesar. Kelainan patologik juga dapat ditemui pada ginjal, paru, jantung, selaput otak, otak dan tulang.(Mansjoer, 2005).

6. Patway



Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

(Aplikasi Nanda NIC-NOC.2013)

7. Manifestasi Klinis

Masa tunas *thypoid* 10-14 hari

1. Minggu pertama

Pada umumnya demam berangsur naik, terutama sore hari dan malam hari. Dengan keluhan dan gejala demam, nyeri otot, nyeri kepala, anorexia dan mual, batuk, epitaksis, obstipasi / diare perasaan tidak enak diperut.

2. Minggu kedua

Pada minggu kedua gejala sudah jelas dapat berupa demam, brakikardi, lidah yang khas (putih, kotor, pinggirnya hiperemi), hepatomegali, meteorismus, penurunan kesadaran.

(Padila, 2013)

8. Tes Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan *thypoid* adalah pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari :

a Pemeriksaan darah tepi

- 1) Terdapat gambaran leucopenia
- 2) Limfosis relative
- 3) Ameosinofila pada permulaan sakit

4) Mungkin terdapat anemia dan trombositopenia ringan

b Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT pada *demam typhoid* seringkali meningkat tetapi dapat kembali normal setelah sembuhnya *thyphoid*.

c Biakan Darah

Bila biakan darah positif hal itu menandakan *demam thypoid*, tetapi bila biakan darah negative tidak menutup kemungkinan akan terjadi *demam thypoid*.

d Uji Widal

Uji widal adalah satu reaksi aglutinasi antigen dan antibody (agglutinin). *Aglutinin* yang spesifik terhadap *Salmonella thyphi* terdapat dalam serum klien dengan thypoid juga terdapat pada orang yang pernah divaksinasi. Antigen yang digunakan pada uji widal adalah suspensi *Salmonella* yang sudah dimatikan dan diolah di laboratorium. Tujuan dari uji widal adalah untuk menentukan adanya agglutinin dalam serum klien yang disangka menderita *thyphoid*. Akibat infeksi oleh *Salmonella*, klien membuat *antibody* atau *aglutinin* yaitu :

- 1) *Aglutinin* O, yang dibuat karena rangsangan antigen O (berasal dari tubuh kuman)
- 2) *Aglutinin* H, yang dibuat karena rangsangan antigen H (berasal dari flagel kuman)
- 3) *Aglutinin* Vi, yang dibuat karena rangsangan antigen Vi (berasal dari sampai kuman). (Sudoyo, 2007)

9. Komplikasi

a Komplikasi Intestinal :

1) Perdarahan Usus

Bila sedikit hanya ditemukan jika dilakukan pemeriksaan tinja dengan benzidin. Jika perdarahan banyak terjadi melena dapat disertai nyeri perut dengan tanda tanda renjatan.

2) Perporasi usus

Timbul biasanya pada minggu ketiga atau setelahnya dan terjadi pada bagian distal ileum. Perforasi yang tidak disertai peritonitis hanya dapat ditemukan bila terdapat udara dirongga peritonium, yaitu pekak hati menghilang dan terdapat udara di antara hati dan diafragma pada foto rontgen abdomen yang di buat dalam keadaan tegak.

3) Ilius Paralitik

Biasanya menyertai perforasi tetapi dapat terjadi tanpa perforasi usus. Ditemukan gejala abdomen akut, yaitu nyeri perut yang hebat, dinding abdomen tegang.

b Komplikasi Ekstra Intestinal

1) Komplikasi kardiovaskuler : kegagalan sirkulasi (renjatan sepsis), miokarditis, thrombosis, tromboflebitis)

2) Komplikasi darah : anemia hemolitik, trombositopenia dan syndrome uremia hemolitik

3) Komplikasi paru : pneumonia, empiema dan pleuritis

4) Komplikasi pada hepar dan kantung empedu : hepatitis, kolesistis

- 5) Komplikasi ginjal : *glomerulus nefritis, pyelonephritis* dan *perinephritis*
- 6) Komplikasi pada tulang : *osteomyelitis, osteoporosis, spondylitis* dan *arthritis*
- 7) Komplikasi neuropsikiatrik : *delirium, meningismus, meningitis, polyneuritis, perifer, sindroma guillain bare* dan *sindroma katatonia*
(Padila,2013)

10. Penatalaksanaan Medic

a Perawatan

- 1) Klien diistirahatkan 7 hari sampai demam hilang atau 14 hari untuk mencegah komplikasi perdarahan usus
- 2) Mobilisasi bertahap bila tidak ada panas, sesuai dengan pulihnya transfuse bila ada komplikasi perdarahan

b Diet

- 1) Makanan harus mengandung cukup cairan, kalori dan tinggi protein
- 2) Pada penderita yang akut dapat diberi bubur saring
- 3) Setelah bebas demam diberi bubur kasar selama 2 hari nasi tim
- 4) Dilanjutkan dengan nasi biasa setelah penderita bebas dari demam selama 7 hari

c Obat – obatan

Kloramfenikol, thiamfenicol, kotrimoksazol, amoxillin dan ampicillin
(Padila,2013).

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Biodata

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal penyajian, MO. RM, diagnose medic, nama penanggung jawab dll

b. Keluhan utama

Biasanya klien datang dengan keluhan perasaan tidak enak badan, pusing, demam, nyeri tekan pada ulu hati, nyeri kepala, lesu, dan kurang bersemangat, nafsu makan berkurang (terutama selama masa inkubasi)

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji tentang penyakit yang pernah dialami oleh klien baik yang ada hubungannya dengan saluran cerna atau tidak. Kemudian kaji tentang obat-obatan yang biasa dikonsumsi oleh klien, dan juga kaji mengenai riwayat alergi pada klien terhadap obat – obatan atau makanan

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Kaji mengenai keluhan yang dirasakan oleh klien, misalnya nyeri pada epigastrium, mual, muntah, peningkatan suhu tubuh lebih dari 7 hari, sakit kepala atau pusing, letih dan lesu

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien atau penyakit gastrointestinal lainnya.

4) Riwayat Psikologis

Kaji bagaimana keadaan suasana hati (emosional) klien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang diderita, biasanya suasana hati klien kurang baik (gelisah) dan keluarga biasanya cemas.

d. Riwayat Sosial Ekonomi

Mengkaji kehidupan sosial ekonomi klien, tipe keluarga bagaimana dari segi ekonomi dan tinggal bersama siapa klien. Bagaimana interaksi klien baik di kehidupan sosial maupun masyarakat atau selama dirumah sakit.

e. Kebiasaan sehari-hari

Klien tentang aktivitas atau kebiasaan yang dilakukan oleh klien sebelum sakit dan saat sakit. Hal ini berguna dalam perbandingan antara pengobatan dan perawatan klien, biasanya mencakup :

- 1) Nutrisi
- 2) Eliminasi
- 3) Pola istirahat / tidur
- 4) Pola kebersihan

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum klien

Bagaimana keadaan klien, apakah letih, lemah atau sakit berat. Pada demam *thypoid* klien tampak lemah. (Padila, 2013)

b. Tanda – tanda vital

Bagaimana suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah klien.

c. Kepala

Bagaimana kebersihan kulit kepala, rambut serta bentuk kepala, apakah ada kelainan atau lesi pada kepala

d. Wajah

Bagaimana bentuk wajah, kulit wajah pucat atau tidak

e. Mata

Bagaimana bentuk mata, keadaan konjungtiva, anemis/ tidak, sclera ikterik/ tidak, keadaan pupil, palpebra dan apakah ada gangguan dalam penglihatan.

f. Hidung

Bentuk hidung, keadaan bersih/ tidak, ada/tidak ada sekret pada hidung serta cairan yang keluar, ada sinus/tidak dan apakah ada gangguan dalam penciuman

g. Mulut

Bentuk mulut, membrane mukosa kering, lembab, lidah kotor/tidak/apakah ada kemerahan/tidak pada lidah, apakah ada gangguan dalam menelan, apakah ada kesulitan dalam berbicara. Pada demam *thypoid* lidah klien tampak kotor. (Padila, 2013)

h. Leher

Apakah terjadi pembengkakan kelenjar tyroid, apakah ditemukan distensi vena jugularis.

i. Thorax

Bagaiman bentuk dada, simetris/tidak, kaji pola pernafasan, apakah ada wheezing, apakah ada gangguan dalam pernafasan.

j. Abdomen

Bagaimana bentuk abdomen, turgor kulit kering / tidak, apakah terdapat nyeri tekan abdomen, apakah perut terasa kembung, lakukan pemeriksaan bising usus, apakah terjadi peningkatan bising usus /tidak.

k. Genetalia

Bagaimana bentuk kelamin, distribusi rambut kelamin, warna rambut kelamin. Pada laki-laki lihat keadaan penis, apakah ada kelainan/ tidak. Pada perempuan lihat labia minora, biasanya labia minora tertutup oleh labia mayora.

l. Integumen

Kaji warna kulit, integritas kulit utuh/tidak, turgor kulit kering/tidak, apakah ada nyeri tekan pada kulit, apakah kulit terasa panas.

m. Ekstermitas atas dan bawah

Apakah terjadi tremor/ tidak, kelemahan fisik, nyeri otot serta kelainan bentuk. (Harnawati, 2008)

3. Dampak Masalah

a. Pada klien

1) Pola persepsi dan metabolisme

Nafsu makan klien menurun yang disertai dengan mual dan muntah

2) Pola Eliminasi

Klien *thypoid* biasanya mengalami konstipasi bahkan diare

3) Pola aktivitas dan latihan

Klien demam thypoid haruslah tirah baring total untuk mencegah terjadinya komplikasi yang berakibat aktivitas klien terganggu. Semua keperluan klien dibantu dengan tujuan mengurangi kegiatan atau aktivitas klien. Tirah baring totalnya yang dapat menyebabkan terjadinya dekubitus dan kontraktur sendi.

4) Pola tidur dan istirahat

Terganggu karena klien biasanya gelisah akibat peningkatan suhu tubuh. Selain itu juga klien belum terbiasa dirawat di rumah sakit.

5) Pola Penanggulangan Stress

Pada pola ini terjadi gangguan dalam menyelesaikan permasalahan dari dalam diri klien sehubungan penyakit yang dideritanya

b. Pola Keluarga

1) Adanya beban mental sebagai akibat dari salah satu anggota keluarganya dirawat di rumah sakit karena sakit yang dideritanya sehingga menimbulkan kecemasan

2) Biaya merupakan masalah yang dapat menimbulkan beban keluarga . Bila perawatan yang diperlukan memerlukan perawatan yang konservatif yang lama di rumah sakit, akan memerlukan biaya yang cukup banyak, sehingga dapat menimbulkan beban keluarga

3) Akibat klien dirawat dirumah sakit maka akan menambah kesibukan keluarga yang harus menunggu anggota keluarga yang sakit (Padila, 2013)

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul secara teoritis adalah :

(Nanda ; 2012)

- a. Hipertermi b.d proses infeksi
- b. Nyeri akut b.d. agen injuri biologis
- c. Defisit perawatan diri b.d. kelemahan, badrest
- d. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan b.d intake yang tidak adekuat
- e. Resiko infeksi b.d. prosedur invasive, pemasangan infuse

5. Intervensi

No	Dx.Kep	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional
1	Hipertermi b.d. proses infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan suhu tubuh normal KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam rentang normal (36-37⁰C) 2. Nadi dan RR dalam rentang normal 3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu sesering mungkin 2. Beri kompres dengan air hangat pada daerah axial temporal, bila terjadi panas 3. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tidak terlalu tebal 4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik 5. Monitor intake dan output 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perubahan suhu tubuh 2. Membuka pori-pori agar panas tubuh keluar melalui proses evaporasi / penguapan 3. Memperlancar proses evaporasi 4. Menurunkan panas dengan obat 5. Mengetahui keseimbangan intake dan output

No	Dx.Kep	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional
2	Nyeri akut b.d. agen injuri biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mampu mengontrol nyeri KH : NOC 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri	6. Monitor tanda-tanda hipotermi & hipertermi 1. Kaji tingkat, frekuensi dan reaksi nyeri ang dialami pasien 2. Jelaskan pada klien tentang sebab-sebab timbulnya nyeri 3. Ciptakan lingkungan yang tenang 4. Ajarkan teknik massase dapat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik	6. Mengetahui perubahan suhu tubuh 1. Untuk mengetahui berapa berat nyeri yang dialami klien 2. Pemahaman klien tentang penyebab nyeri yang terjadi akan mengurangi ketegangan klien 3. Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat nyeri 4. Massage dapat meningkatkan vaskulerisasi dan pengeluaran pus sedangkan WBC sebagai desinfektan yang dapat memberikan rasa nyaman 5. Obat – obat analgesic, dapat membantu mengurangi nyeri klien

No	Dx.Kep	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional
3	Defisit perawatan diri b.d. kelemahan badrast	Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien dapat ADL secara mandiri KH : 1. Mampu aktivitas ADL secara mandiri 2. Mampu duduk dan turun dari tempat tidur 3. Mampu makan dan minum secara mandiri	1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 2. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social 3. Bantu untuk aktivitas yang disukai klien 4. Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan 5. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual	1. Mengetahui tingkat mandiri klien 2. Aktifitas pasien harus disesuaikan dengan kemampuan klien karena klien masih dalam masa perawatan 3. Aktifitas yang disukai klien akan lebih mudah dilakukan 4. Motivasi yang besar akan membantu klien agar mudah dalam menjalankan aktifitasnya
4	Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan b.d intake yang tidak adekuat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, nutrisi, kebutuhan terpenuhi KH : 1. Adanya peningkatan BB sesuai dengan tujuan	NIC 1. Kaji pola nutrisi 2. Kaji makan yang disukai dan tidak disukai	1. Mengetahui pola makan, kebiasaan makan, keteraturan waktu makan 2. Meningkatkan status makanan yang disukai dan menghindari pemberian makan yang

No	Dx.Kep	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional
				tidak disukai
		2. BB ideal sesuai dengan tinggi badan	3. Anjurkan tirah baring pembatasan aktivitas selama fase akut	3. Mencegah terjadinya pavorasi usus
		3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	4. Timbang klien makan sedikit tapi sering	4. Mengetahui adanya penurunan / kenaikan BB
		4. Tidak ada tanda – tanda mal nutrisi	5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit	5. Mengurangi kerja usus, menghindari kebosanan makanan
		5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapian dari menelan		
		6. Tidak terjadi penurunan BB yang berarti		
5	Resiko infeksi b.d. prosedur infasis pemasangan infuse	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, resiko infeksi tidak terjadi KH : NOC	NIC	
		1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	1. Memonitor adanya gejala infeksi baik local maupun sistemik
		2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya	2. Lakukan dressing infuse secara berkala	2. Mencegah terjadinya infeksi local maupun sistemik
		3. Menunjukkan kemampuan untuk	3. Ajarkan klien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi	3. Dapat membantu, mengawasi dan melaporkan bila terjadi tanda infeksi
			4. Tingkatkan intake nutrisi dan cairan	4. Akan membantu meningkatkan daya tahan tubuh

No	Dx.Kep	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional
		mencegah timbulnya infeksi	5. Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic	5. Antibiotic sebagai pencegah dan mengobati penyakit