

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Perioperatif**

##### **1. Definisi**

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (Hipkabi, 2014).

##### **2. Tahapan Dalam Keperawatan Perioperatif**

Pembedahan merupakan pengalaman unik perubahan terencana pada tubuh dan terdiri dari tiga fase yaitu praoperatif, intra operatif, dan pasca operatif. Tiga fase ini secara bersamaan disebut fase perioperatif (Nurmaliya, 2020)

Tiga fase dalam proses pembedahan:

- a. Fase pra operatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi. Aktifitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain mengkaji klien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang potensial atau actual, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan praoperatif untuk klien dan orang terdekat klien.
- b. Fase intra operatif dimulai saat klien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika klien masuk ke unit perawatan pasca operatif (PACU), yang juga disebut ruang pasca anestesi atau ruang pemulihan. Aktivitas keperawatan yang termasuk kedalam fase ini antara lain berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman untuk klien dan tenaga kesehatan.
- c. Fase pasca operatif dimulai saat klien masuk ke ruang pasca anestesi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh. Selama fase pasca

perioperative, tindakan keperawatan antara lain mengkaji respon klien (fisiologik dan psikologik) terhadap pembedahan, melakukan intervensi untuk mencegah komplikasi, memberi penyuluhan dan memberikan dukungan kepada klien dan orang terdekat, dan merencanakan perawatan dirumah. Tujuannya adalah untuk membantu klien dalam mencapai status kesehatan yang optimal.

### **3. Klasifikasi Perawatan Perioperatif**

Menurut urgensi maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- b. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik (Smeltzer & Bare, 2013).

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif**

### **1. Pre Operasi**

#### **a. Pengkajian pre operasi**

Fokus pengkajian yang perlu dilakukan pada pasien dengan banyak luka tusuk khususnya pada bagian dada dan perut adalah:

- 1) Ringkasan hasil anamnesa pre operasi : Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi
- 2) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
- 3) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
- 4) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- 5) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
- 6) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur
- 7) Sistem abdomen apakah pasien mengalami jejas dan nyeri pada abdomen
- 8) Sistem saraf, bagaimana kesadaran?
- 9) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, *lavement*, kaptur, perhiasan, *make up*, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap suatu obat
- 10) Pemeriksaan penunjang: X-ray thorak, pemeriksaan analisis gas darah, pemeriksaan warna urine dengan aspirasi dibagian pelvis (Merrick, 2018; Parinduri, 2020; Riwanto & Iwan, 2019; Umara et al., 2021)

#### **b. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun

potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam dengan diagnosa *multiple vulnus punctum* menurut SDKI yaitu:

### 1) Gangguan Pertukaran Gas

Definisi: Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus – kapiler

Penyebab :

- a) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- b) Perubahan membran alveolus-kapiler

Tabel 2.1 Gejala & Tanda Mayor Gangguan Pertukaran Gas

Subjektif	Objektif
Dispnea	PCO <sub>2</sub> meningkat/menurun
	PO <sub>2</sub> menurun
	Takikardia
	pH arteri meningkat/menurun
	Bunyi napas tambahan

Tabel 2.2 Gejala & Tanda Minor Gangguan Pertukaran Gas

Subjektif	Objektif
Pusing	Sianosis
Penglihatan kabur	Diaforesis
	Gelisah
	Napas cuping hidung
	Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ierguler, dalam/dangkal)
	Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan)
	Kesadaran menurun

### 2) Gangguan Sirkulasi Spontan

Definisi: Ketidakmampuan untuk mempertahankan sirkulasi yang adekuat untuk menunjang kehidupan.

Penyebab :

- a) Abnormalitas kelistrikan jantung
- b) Abnormalitas struktur jantung

## c) Penurunan fungsi ventrikel

Tabel 2.3 Gejala &amp; Tanda Mayor Gangguan Sirkulasi Spontan

Subjektif	Objektif
Tidak berespon	Frekuensi nadi < 50 kali/menit atau >150 kali/menit
	Tekanan darah sistolik <60 mmHg atau >200 mmHg
	Frekuensi napas <6 kali/menit atau >30 kali/menit
	Kesadaran menurun atau tidak sadar

Tabel 2.4 Gejala &amp; Tanda Minor Gangguan Sirkulasi Spontan

Subjektif	Objektif
-	Suhu tubuh < 34,5 derajat C
	Tidak ada produksi urin dalam 6 jam
	Saturasi oksigen <85%
	Gambaran EKG menunjukkan aritmia letal (mis. Ventricular Tachycardia [VT], Ventricular Fibrillation [VF], Asistol, Pulsless Electrical Activity (PEA))
	Gambaran EKG menunjukkan aritmia mayor (mis. AV Block derajat 2 tipe 2, AV block total, takiaritmia/bradikardia, Supraventricular Tachycardia [SVT], Ventricular Extrasystole [VES] simtomatik)
	ETCO2 <35 mmHg

**3) Nyeri Akut**

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)  
 Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

- c) Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Tabel 2.5 Gejala &amp; Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
Mengeluh nyeri	Tampak meringis
	Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	Gelisah
	Frekuensi nadi meningkat
	Sulit tidur

Tabel 2.6 Gejala &amp; Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
-	Tekanan darah meningkat
	Pola napas berubah
	Nafsu makan berubah
	Proses berpikir terganggu
	Menarik diri
	Berfokus pada diri sendiri
	Diaforesis

### c. Intervensi keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada kelancaran persiapan pembedahan, dukungan prabedah dan pemenuhan informasi. Persiapan pembedahan dilakukan secara umum seperti pembedahan lainnya dengan penggunaan anastesi general. Pasien perlu dipuaskan 6 jam sebelum pembedahan. Kelengkapan *informed consent* perlu diperhatikan perawat (Nurmaliya, 2020). Menurut SIKI (2018) & SLKI (2019) intervensi berdasarkan 3 diagnosa keperawatan diatas adalah:

#### 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveoulus – kapiler

Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:

**a) Pertukaran gas (L.01003)**

- Dispnea menurun
- Bunyi napas tambahan menurun
- penglihatan kabur menurun
- napas cuping hidung menurun
- pola napas membaik
- warna kulit cukup membaik

**b) Intervensi: Pemantauan respirasi (I.01014)****Observasi**

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-Stokes, biot, ataksik)
- Monitor kemampuan batuk efektif
- Monitor adanya produksi sputum
- Monitor adanya sumbatan jalan napas
- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- Auskultasi bunyi napas
- Monitor saturasi oksigen
- Monitor nilai AGD
- Monitor hasil x-ray toraks

**Terapeutik**

- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- Dokumentasikan hasil pemantauan

**Edukasi**

- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- Dokumentasikan hasil pemantauan

**Kolaborasi**

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

**2) Gangguan sirkulasi spontan berhubungan dengan penurunan fungsi ventrikel**

Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan sirkulasi spontan meningkat dengan kriteria hasil:

**a) Sirkulasi spontan (L.02015)**

- Tingkat kesadaran meningkat
- Saturasi oksigen meningkat
- Frekuensi nadi menurun
- Tekanan darah menurun
- Frekuensi napas menurun
- Suhu tubuh menurun
- Gambaran EKG aritmia menurun

**b) Intervensi: Resusitasi cairan (I.03139)**

**Observasi**

- Identifikasi kelas syok untuk estimasi kehilangan darah
- Monitor status hemodinamik
- Monitor status oksigen
- Monitor kelebihan cairan
- Monitor output cairan tubuh (mis. urin, cairan nasogastrik, cairan selang dada)
- Monitor nilai BUN, kreatinin, protein total, dan albumin, jika perlu
- Monitor tanda dan gejala edema paru

**Terapeutik**

- Identifikasi kelas syok untuk estimasi kehilangan darah
- Monitor status hemodinamik
- Monitor status oksigen
- Monitor kelebihan cairan
- Monitor output cairan tubuh (mis. urin, cairan nasogastrik, cairan selang dada)
- Monitor nilai BUN, kreatinin, protein total, dan albumin, jika perlu

- Monitor tanda dan gejala edema paru

#### **Kolaborasi**

- Kolaborasi penentuan jenis dan jumlah cairan (mis. Kristaloid, koloid).
- Kolaborasi pemberian produk darah

### **3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (trauma)**

Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

#### **a) Tingkat nyeri (L.08066)**

- Keluhan nyeri menurun
- Ketegangan otot menurun
- Mual menurun
- Muntah menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Pola napas membaik
- Tekanan darah membaik

#### **b) Intervensi: Manajemen nyeri (I.08238)**

##### **Observasi**

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

### **Terapeutik**

- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

### **Edukasi**

- Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

### **Kolaborasi**

- Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu

## **2. Intra Operasi**

### **a. Pengkajian intra operasi**

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Tia, 2020)

### **b. Diagnosa keperawatan**

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah laparatomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam SDKI (2017) yaitu:

## 1) Risiko Infeksi

Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko :

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

### **Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:**

- a) Gangguan peristaltik
- b) Kerusakan integritas kulit
- c) Perubahan sekresi pH
- d) Penurunan kerja siliaris
- e) Ketuban pecah lama
- f) Ketuban pecah sebelum waktunya
- g) Merokok
- h) Statis cairan tubuh

### **Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:**

- a) Penurunan hemoglobin
- b) Imunosupresi
- c) Leukopenia
- d) Supresi respon inflamasi
- e) Vaksinasi tidak adekuat

## 2) Risiko Pendarahan

Definisi: Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko:

- a) Aneurisma Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)
- b) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
- c) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar
- d) )Komplikasi pasca partum (mis. atonia uterus, retensi plasenta)
- e) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)
- f) Efek agen farmakologis
- g) Tindakan pembedahan
- h) Trauma
- i) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- j) Proses keganasan

**c. Rencana keperawatan**

Menurut SIKI (2018) & SLKI (2019) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

**1) Risiko infeksi berhubungan dengan luka tusuk**

Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan kontrol risiko meningkat dengan kriteria hasil:

**a) Kontrol risiko (L.14128)**

- Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko meningkat
- Komitmen terhadap strategi meningkat
- Kemampuan menghindari faktor risiko
- Pemantauan perubahan status kesehatan meningkat

**b) Intervensi: pencegahan infeksi (I.14539)****Observasi**

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik**

- Penurunan hemoglobin
- Imunosupresi
- Leukopenia
- Supresi respon inflamasi
- Vaksinasi tidak adekuat

**Edukasi**

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan etika batuk
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan

**Kolaborasi**

- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

**2) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan**

Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

**a) Tingkat perdarahan (L.02017)**

- Hematemesis menurun
- Distensi abdomen menurun
- Perdarahan paska operasi menurun
- Tekanan darah membaik
- Suhu tubuh membaik

**b) Intervensi: Pencegahan perdarahan (I.02067)****Observasi**

- Monitor tanda dan gejala perdarahan

- Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)

### **Terapeutik**

- Pertahankan bed rest selama perdarahan
- Batasi tindakan invasif, jika perlu
- Gunakan kasur pencegahan dekubitus
- Hindari pengukuran suhu rektal

### **Edukasi**

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

### **Kolaborasi**

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K

### 3. Post Operasi

#### a. Pengkajian

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman. Pengkajian saat pasien di ruang rawat perlu dilakukan untuk menilai post operatif pasien yang meliputi:

- 1) Keluhan utama : Keluhan utama yang biasanya muncul pada pasien post operasi *vulnus/luka* adalah nyeri, nyeri merupakan suatu pengalaman yang melelahkan dan membutuhkan energi. nyeri dapat mengganggu hubungan personal dan mempengaruhi makna hidup.
- 2) Penampilan: Meliputi kemampuan fisik klien Post Operasi *Vulnus/Luka* secara umum biasanya terlihat lemah dan lesu karena adanya penurunan kekuatan.
- 3) Tanda-tanda vital: tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suhu. Pada pasien post operatif *vulnus/luka* biasanya ada peningkatan suhu tubuh, peningkatan denyut nadi, tekanan darah
- 4) Sistem pencernaan: Anoreksia atau menyebabkan menurunnya nafsu makan dan konstipasi yaitu feses lebih keras dan sulit buang air besar, dan keadaan bising usus hipoaktif menyebabkan pasien di larang untuk makan sampai bising usus normal
- 5) Sistem integumen: Kaji keadaan kulit, tekstur, kelembaban, turgor, warna, dan fungsi perabaan. Kaji keadaan luka. Pada klien post operasi biasanya terdapat luka dengan panjang tergantung dari luas luka (TIA, 2020).

## b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan SDKI (2017) diagnosa yang muncul pada pasien yang menjalani tindakan pembedahan laparotomi eksplorasi atas indikasi penyakit vulnus punctum adalah:

### 1) Nyeri akut

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)  
Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Tabel 2.7 Gejala & Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
Mengeluh nyeri	Tampak meringis
	Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	Gelisah
	Frekuensi nadi meningkat
	Sulit tidur

Tabel 2.8 Gejala &amp; Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
-	Tekanan darah meningkat
	Pola napas berubah
	Nafsu makan berubah
	Proses berpikir terganggu
	Menarik diri
	Berfokus pada diri sendiri
	Diaforesis

## 2) Gangguan integritas kulit/jaringan

Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ atau ligamen)

Penyebab:

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan Penurunan mobilitas bahan kimia iritatif
- d) Suhu lingkungan yang ekstrem
- e) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- f) Efek samping terapi radiasi
- g) Kelembaban
- h) Proses penuaan
- i) Neuropati perifer
- j) Perubahan pigmentasi
- k) Perubahan hormonal
- l) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan

Tabel 2.9 Gejala & Tanda Mayor  
Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Subjektif	Objektif
-	Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit

Tabel 2.10 Gejala & Tanda Minor  
Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Subjektif	Objektif
-	Nyeri
	Perdarahan
	Kemerahan
	Hematoma

### 3) Defisit perawatan diri

Definisi: Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab:

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/ atau psikotik
- e) Penurunan motivasi/ minat

Tabel 2.11 Gejala & Tanda Mayor Defisit Perawatan Diri

Subjektif	Objektif
Menolak melakukan perawatan diri	Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri
	Minat melakukan perawatan diri kurang

#### 4) Pola napas tidak efektif

Definisi: Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab:

- a) Depresi pusat pernapasan
- b) Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c) Deformitas dinding dada
- d) Deformitas tulang dada
- e) Gangguan Neuromuskuler
- f) Gangguan Neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- g) Imaturitas neurologis
- h) Penurunan energi
- i) Obesitas
- j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- k) Sindrom hipoventilasi
- l) Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
- m) Cedera pada Medula spinalis
- n) Efek agen farmakologis
- o) Kecemasan

Tabel 2.12 Gejala & Tanda Mayor Pola Napas Tidak Efektif

Subjektif	Objektif
Dispnea	Penggunaan otot bantu pernapasan
	Fase ekspirasi memanjang
	Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes)

Tabel 2.13 Gejala &amp; Tanda Minor Pola Napas Tidak Efektif

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
ortopnea	Pernapasan pursed-lip
	Pernapasan cuping hidung
	Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
	Ventilasi semenit menurun
	Kapasitas vital menurun
	Tekanan ekspirasi menurun
	Tekanan inspirasi menurun
	Ekskursor dada berubah

### c. Rencana Keperawatan

Menurut SIKI (2018) & SLKI (2019) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

#### 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik

Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

##### a) Tingkat nyeri (L.08066)

- Keluhan nyeri menurun
- Gelisah menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik
- Skala nyeri menurun

##### b) Intervensi: Manajemen nyeri (I.08238)

###### Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

### **Terapeutik**

- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

### **Edukasi**

- Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

### **Kolaborasi**

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

## **2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan integritas kulit & jaringan meningkat dengan kriteria hasil:

### **a) Integritas kulit & jaringan (L.14125)**

- Nyeri menurun
- Kemerahan menurun

### **b) Intervensi: Perawatan integritas kulit (I.11353)**

#### **Observasi**

- Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas)

### **Terapeutik**

- Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

### **Edukasi**

- Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)
- Anjurkan minum air yang cukup
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
- Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

### **3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

#### **a) Perawatan diri (L.11103)**

- Pasien sudah kuat untuk ke kamar mandi sendiri
- Pasien bisa bab/bak di kamar mandi

#### **b) Intervensi: Dukungan perawatan diri (I.11348)**

### **Observasi**

- Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- Monitor tingkat kemandirian
- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

#### **Terapeutik**

- Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)
- Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- Jadwal rutinitas perawatan diri
- Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

#### **Edukasi**

- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan

#### **4) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pemasangan WSD**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:

##### **a) Pola nafas (L.14134)**

- Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- Tekanan inspirasi meningkat
- Dispnea menurun
- Pernapasan cuping hidung menurun
- Frekuensi napas membaik

#### **Intervensi: Manajemen jalan napas (I.01011)**

##### **Observasi**

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

- Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

#### **Terapeutik**

- Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt dan chin-lift
- Posisikan semi fowler atau fowler
- Berikan minuman hangat
- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- Berikan oksigen, jika perlu

#### **Edukasi**

- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak komtraindikasi
- Ajarkan teknik batuk efektif

### **C. Konsep Penyakit *Vulnus Punctum* (Luka Tusuk)**

#### **1. Definisi**

Luka tusuk adalah luka dengan kedalaman yang melebihi panjang luka akibat alat yang berujung runcing dan bermata tajam atau bermata tumpul yang terjadi dengan suatu tekanan tegak lurus atau serong pada permukaan tubuh. Ide yang populer adalah bahwa pisau adalah senjata yang bertanggung jawab atas terjadinya luka tusuk tetapi alat-alat yang lainnya kebanyakan juga mengakibatkan luka penetrasi yang sama, misalnya: sebuah pahat, sepotong kawat, logam yang tajam atau sebuah kayu yang ujungnya tajam; semua benda yang memiliki ujung yang tajam mengakibatkan penetrasi pada kulit sampai ke jaringan yang ada di bawahnya.

Luka tusuk yang parah menurut *medico-legal* diakibatkan oleh suatu gerakan aktif maju yang cepat atau suatu dorongan pada tubuh dengan sebuah alat yang ujungnya tajam, hal ini seharusnya tidak diabaikan bahwa terdapat kemungkinan luka-luka tersebut diakibatkan oleh sesuatu yang pasif seperti pada kecelakaan di bidang industri atau akibat terjatuh dari suatu ketinggian dan tertusuk pada benda seperti pagar halaman. Ada juga

luka yang diakibatkan oleh diri sendiri. Penampakan luar luka tusuk tidak sepenuhnya tergantung dari bentuk senjata. Jaringan elastis dermis, bagian kulit yang lebih dalam, mempunyai efek yang sesuai dengan bentuk senjata. Harus dipahami bahwa jaringan elastis terbentuk dari garis lengkung pada seluruh area tubuh. Jika tusukan terjadi tegak lurus garis tersebut, maka lukanya akan lebar dan pendek. Sedangkan bila tusukan terjadi paralel dengan garis tersebut, luka yang terjadi sempit dan panjang (Parinduri, 2020).

## **2. Etiologi**

Menurut Gross dalam Parinduri (2020) pada saat ujung pisau menusuk kedalam tubuh pada kedalaman  $\frac{1}{2}$  atau 1 inci semua itu akan membentuk luka pertama dengan sudut yang runcing dan tajam pada dasar luka, semakin dalam pisau masuk dasar luka akan membentuk tajam dan runcing, tetapi bagian lain yang kontak dengan bagian tumpul pisau akan menghasilkan hal yang sebaliknya. Hal ini karena bagian belakang pisau tidak membetuk sudut pada kulit, tetapi hanya menyebabkan terpisahnya jaringan, saat luka memiliki bagian yang tajam dan runcing semua itu tidak dapat disimpulkan hal tersebut di sebabkan oleh alat tajam seperti belati atau senjata yang mempunyai dua sisi tajam.

Frekuensi luka terbanyak adalah yang disebabkan oleh pisau dengan ujung bulat. Pada saat pisau berputar dalam jaringan, luka luar akan terlihat lebih parah. Ujung luar dari luka tusuk dapat berbentuk segi tiga atau kerucut apabila disebabkan oleh senjata seperti blati. Dimensi dari ujung luar luka tusuk kemungkinan lebih kecil dibandingkan dengan diameter atau dimensi transversal dari senjata, karena elastisitas kulit sering kali tegang pada saat proses penetrasi. Sebaliknya ujung luka dapat lebih lebar pada kasus dimana senjata yang digunakan miring setelah penetrasi. Perdarahan luar dari luka tusuk biasanya berjumlah sedikit tetapi perdarahan dalam yang serius dapat disebabkan oleh penetrasi luka pada toraks dan abdomen. Gejala klinis pada perdarahan dalam dapat timbul belakangan. Pada saat senjata seperti pisau atau blati ditusukan kedalam

jaringan dengan kekuatan yang cukup besar maka kulit disekitar luka akan memar (Parinduri, 2020).

### 3. **Klasifikasi**

Menurut dr.Abdul Gafar (2020) klasifikasi luka tusuk tergantung dari lokasi luka dan bentuk penampang yang di gunakannya

a. Organ perenkim dan tulang : Bentuk luka tusuk pada organ parenkim dan tulang sesuai dengan alat penyebab luka

b. Kulit dan otot

Bentuk luka tusuk pada kulit dan otot dengan , yaitu:

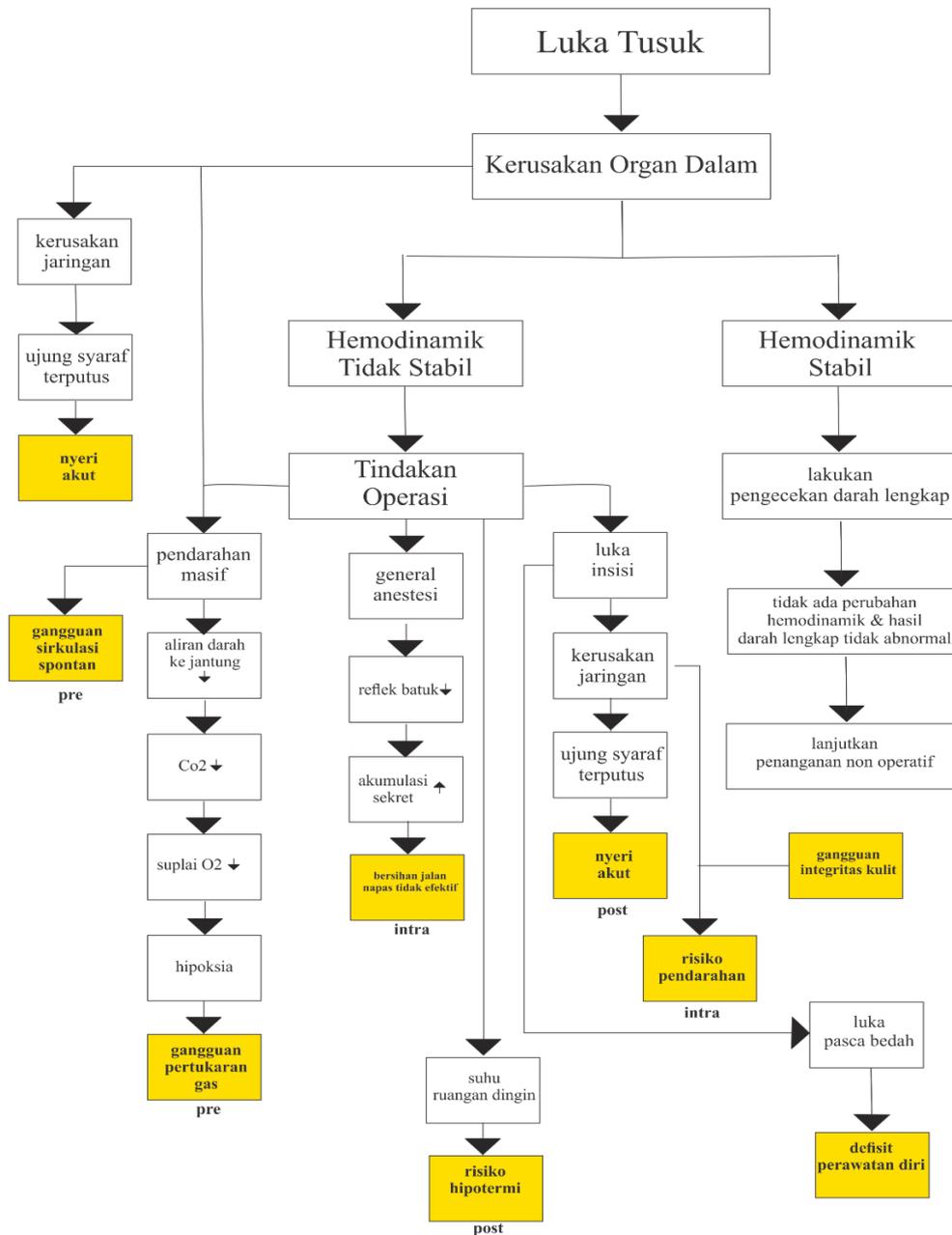
- 1) Bentuk celah dengan pisau terjadi jika arah datangnya pisau sejajar dengan serat elastic atau otot
- 2) Bentuk menganga dengan pisau jika arah datangnya pisau tegak lurus dengan serat elastis atau otot
- 3) Bentuk asimetris dengan pisau jika arah datangnya pisau miring terhadap serat elastis atau otot
- 4) Bentuk celah atau bulat di sebabkan oleh alat tusuk ganco/lembing
- 5) Bentuk bintang berkaki tiga atau empat di sebabkan oleh alat penampang segitiga atau segiempat

### 4. **Patofisiologi**

Jika terjadi trauma penetrasi atau non penetrasi kemungkinan terjadi perdarahan intra abdomen yang serius, pasien akan memperlihatkan tanda-tanda iritasi yang di sertai penurunan hitung sel darah merah yang akhirnya gambaran klasik syok hemoragik. Bila suatu organ visceral mengalami perforasi, maka tanda-tanda perforasi, tanda-tanda iritasi peritoneum cepat tampak. Tanda-tanda dalam trauma abdomen tersebut meliputi nyeri tekan, nyeri spontan, nyeri lepas dan distensi abdomen tanpa bising usus bila telah terjadi peritonitis umum. Bila syok telah lanjut pasien akan mengalami takikardi/bradikardi dan peningkatan suhu tubuh, juga terdapat leukositosis. Biasanya tanda- tanda peritonitismungkin belum tampak. Pada fase awal perforasi kecil hanya tanda- tanda tidak khas yang muncul.Bila terdapat kecurigaan bahwa masuk rongga abdomen, maka operasi harus dilakukan (Barokah, 2012; Merrick, 2018).

## 5. Pathway

Gambar 2.14 Pathway Vulnus Punctum



(Bouzat et al., 2019; Cahyaningrum, 2021; Merrick, 2018)

## 6. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala umum pada kejadian luka tusuk dapat terlihat secara langsung seperti:

- a. Pendarahan
- b. Kerusakan organ vital

- c. Infeksi dan sepsis
- d. Penurunan kesadaran

Tanda dan gejala lain bisa muncul tergantung dari lokasi tusukan serta jumlah tusukan yang diterima gejalanya bisa semakin parah jika penanganannya tidak segera dilakukan (Merrick, 2018; Parinduri, 2020).

## 7. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pengkajian Primer

Semua pasien yang mengalami trauma yang datang ke rumah sakit harus melalui pemeriksaan awal terfokus pada masalah-masalah yang bisa dengan cepat mengakibatkan kematian (survei primer) dan segera memberikan pertolongan agar pasien bisa bertahan hidup (Riwanto & Iwan, 2019). Tertuang dalam ATLS (*Acute Trauma Life Support*) survei primer dan resusitasi dikenal dengan langkah-langkah ABCDE. A: *Airway* dan stabilisasi vertebra cervicalis, B: *Breathing* dan ventilasi, C: *Circulation* dan kontrol perdarahan, D: *Disability* dan E: *Exposure*. Kopula diafragma dihuni oleh hati, limpa dan lambung.

Suatu trauma thorak bagian bawah atau perut bagian atas bisa berakibat patah tulang iga, kerusakan hati, limpa, paru-paru maupun robekan diafragma yang berakibat hernia diafragmatika. Hal tersebut yang bisa menjelaskan pada trauma abdomen bagian atas problem tersering yang bisa dihadapi adalah problem B: gangguan pernafasan (*hemato-pneumothorac*, hernia diafragmatika) dan C: sirkulasi (syok hemoragik karena *rupture* lien atau hepar). Fraktur pelvis, terutama yang tidak stabil, bisa berdampak perdarahan yang luas sehingga pasien akan syok (Riwanto & Iwan, 2019).

### b. Pengkajian sekunder

Setelah pengkajian primer dilakukan selanjutnya pengkajian skunder untuk memperkuat intervensi selanjutnya yang harus dilakukan ke pasien, menurut Riwanto & Iwan (2019) untuk pengkajian yang dilakukan adalah:

- 1) Riwayat penyakit sekarang: Data anamnesis tidak banyak memberikan informasi berharga dalam penilaian pasien trauma abdomen. Untuk trauma tembus, penting untuk mencatat benda yang digunakan, lintasannya, serta panjangnya.
- 2) *Diagnostic Peritoneal Lavage* (DPL): untuk mendiagnosis cedera intra-abdomen. Prosedurnya meliputi pemasangan kateter dialisis peritoneal ke dalam abdomen tepat di bawah umbilikus (di atas umbilikus jika terdapat fraktur pelvis), baik secara perkutaneus (teknik tertutup), atau dengan insisi kecil (teknik terbuka), dan mengarahkannya menuju pelvis. Jika aspirat awal mengeluarkan 10 mL darah, hal ini menandakan adanya perdarahan intra abdomen bermakna dan prosedur selesai. Jika tidak ada darah yang teraspirasi, 1 liter NaCl dimasukkan dalam abdomen, dan cairan yang kembali diperiksa kandungan darah (hitung sel darah merah  $> 100.000$  I mm<sup>3</sup>; sel darah putih  $> 500$ /mm<sup>3</sup>), empedu, bakteri, atau isi usus. Jika salah satu dari hal tersebut ditemukan, ia menunjukkan cedera intra abdomen bermakna
- 3) USG abdomen: Digunakan untuk melihat apakah ada cairan bebas seperti darah. Mendeteksi cairan di pericardia (jantung), mendeteksi cairan bebas di kantung kemih, tetapi pemeriksaan ini memiliki kekurangan tidak bisa secara akurat mendeteksi perluasan (derajat) atau tempat cedera yang pasti
- 4) Pemeriksaan laboratorium darah: digunakan untuk mengetahui beberapa tanda seperti infeksi serta penanda cedera abdomen

#### **D. Jurnal Terkait**

1. Penelitian oleh Purnomo (2021) terkait penerapan intervensi terapi oksigen terhadap gangguan pertukaran gas

Intervensi yang wajib diberikan pada pasien sesak adalah terapi oksigen. Terapi oksigen diberikan sebagai upaya meningkatkan masukan oksigen ke dalam system respirasi, meningkatkan daya angkut hemodinamik dan meningkatkan daya ekstraksi O<sub>2</sub> jaringan. Setelah

penulis memberikan intervensi terapi oksigen didapatkan evaluasi hasil pada klien adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi gangguan pertukaran gas. Selain pemberian terapi oksigen, posisi klien diberi *semi fowler* dengan bantal diletakkan tepat dibelakang leher pasien, di dapatkan hasil sesak klien berkurang.

2. Penelitian oleh Rahman (2020) terkait efektifitas pencucian luka operasi dengan Nacl 0,9% dan gentamicin sulfat dalam mencegah infeksi di daerah sekitar luka

Prosedur aseptis merupakan prinsip bedah untuk mempertahankan keadaan bebas kuman untuk mencegah IDO. Pencegahan IDO bertujuan untuk meminimalkan mikroorganisme yang mencemari daerah operasi. Proses pencegahan IDO harus dilakukan pada fase pre-operative, intra-operative, dan post-operative. Pada fase intra-operative, prosedur penutupan luka (wound closure) menjadi salah satu penentu faktor penentu terjadinya IDO. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat keefektifan pencucian luka operasi dengan kombinasi Nacl 0,9% dan gentamicin sulfat Hasil yang didapatkan dari penelitian ini adalah tingkat IDO pada kelompok yang diberikan Nacl 0,9% dan gentamicin sulfat mendapatkan skor IDO tertinggi  $3,34 \pm 1,49$  yang berate lebih efektif mencegah infeksi di banding kelompok yang lain

3. Penelitian oleh Adipratiwi (2015) terkait pengaruh pemberian *chest therapy* terhadap derajat sesak nafas pasca pemasangan WSD

Tindakan yang dapat dilakukan pada efusi pleura adalah pemasangan WSD untuk mengembalikan kondisi di dalam cavum pleura kembali normal, permasalahan efusi pleura pasca pemasangan WSD diantaranya adalah sesak nafas. Chest therapy di harapkan dapat mengatasi permasalahan pada efusi pleura pasca WSD terhadap drajat sesak nafas. Hasil penelitian ini didapatkan adanya pengaruh pemberian *chest therapy* terhadap derajat sesak nafas pasien pasca pemasangan WSD.

4. Penelitian oleh Atika & Wahyuni (2019) terkait pemberian cahaya *infrared* dan latihan gerak untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kekuatan otot pasien post operasi

Penelitian ini untuk mengetahui manfaat *infrared* dan *hold relax* dapat mengurangi nyeri, mengurangi oedem, meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan LGS, dan meningkatkan kemampuan fungsional pada wrist sinistra. Setelah dilakukan tindakan terapi sebanyak 3 kali, terdapat perubahan nyeri gerak pada wrist kiri (T0): 8, menjadi (T3): 6, adanya penurunan oedem pada wrist kiri procecus styloideus radius 5 cm (T0): 20 cm menjadi (T3): 18 cm, procecus styloideus radius 10 cm (T0): 22 cm menjadi (T3): 20 cm, peningkatan kekuatan otot pada wrist sinistra pada gerakan ulnar deviasi (T0): 3 menjadi (T3): 4, adanya peningkatan LGS bidang sagital (T0): S:15°-0° 10° menjadi ( T3) 25°-0°-15°, peningkatan LGS bidang frontal (T0): f: menjadi 15°-0°-20°. Pemberian *infrared* dan *hold relax* dapat mengurangi nyeri, mengurangi oedema, meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan LGS dan meningkatkan kemampuan fungsional tangan.

5. Penelitian oleh Dictara (2018) pemberian nutrisi yang adekuat dalam penyembuhan luka pasca laparatomi

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa pasien post operasi laparatomi jika diberikan diet pasca operasi secara bertahap dapat membantu penyembuhan luka pasien. Nutrisi sangat penting bagi perawatan pasien mengingat kebutuhan pasien akan nutrisi bervariasi, maka dibutuhkan diet atau pengaturan makanan. Tujuan diet pasca operasi adalah untuk mengupayakan agar status gizi pasien segera kembali normal untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien. Syarat diet pasca operasi adalah memberikan makanan secara bertahap mulai dari bentuk cair, saring, lunak, dan biasa. Terdapat 4 jenis diet paska bedah yang diberikan sesuai indikasi tertentu untuk mempercepat proses penyembuh

6. Penelitian oleh Putri (2018) mengenai komunikasi terapeutik untuk mengatasi masalah keperawatan mengenai defisit perawatan diri

Mendapatkan landasan teori tentang masalah defisit perawatan diri, serta mengetahui respon klien terhadap pemberian komunikasi terapeutik dalam memandirikan klien defisit perawatan diri: mandi dan berhias.

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian kepustakaan, sumber data yang diperoleh dari data sekunder dimana sumber utama yang berkaitan dengan literature-literature yang berkaitan dengan fokus kajian pada tahun 2016-2018 yang membahas tentang komunikasi terapeutik. komunikasi terapeutik terbukti dapat memberikan dampak respon klien berupa kemauan dan kemampuan dalam melakukan perawatan diri: mandi dan berhias secara mandiri.