

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP ILEUS PARALITIK

1. Etiologi Ileus paralitik

Ileus pada pasien rawat inap ditemukan pada :

- a) Proses intra abdominal seperti pembedahan perut dan saluran cerna atau iritasi dari peritoneal (peritonitis, pankreatitis, perdarahan)
- b) Sakit berat seperti pneumonia, gangguan pernafasan yang memerlukan intubasi, sepsis atau infeksi berat, uremia, diabetes ketoasidosis, dan ketidakseimbangan elektrolit (hipokalemia, hiperkalsemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia)
- c) Obat-obatan yang mempengaruhi motilitas usus (opioid, antikolinergik, fenotiazine). Setelah pembedahan, usus halus biasanya pertama kali yang kembali normal (beberapa jam), diikuti lambung (24-48 jam) dan kolon (48-72 jam).

Ileus terjadi karena hipomotilitas dari saluran pencernaan tanpa adanya obstruksi usus mekanik. Diduga, otot dinding usus terganggu dan gagal untuk mengangkut isi usus. Kurangnya tindakan pendorong terkoordinasi menyebabkan akumulasi gas dan cairan dalam usus. Meskipun ileus disebabkan banyak faktor, keadaan pascaoperasi adalah keadaan yang paling umum untuk terjadinya ileus. Memang, ileus merupakan konsekuensi yang diharapkan dari

pembedahan perut. Fisiologisnya ileus kembali normal spontan dalam 2-3 hari, setelah motilitas sigmoid kembali normal. Ileus yang berlangsung selama lebih dari 3 hari setelah operasi dapat disebut ileus adynamic atau ileus paralitik pascaoperasi. Sering, ileus terjadi setelah operasi intraperitoneal, tetapi mungkin juga terjadi setelah pembedahan retroperitoneal dan extraabdominal. Durasi terpanjang dari ileus tercatat terjadi setelah pembedahan kolon. Laparoskopi reseksi usus dikaitkan dengan jangka waktu yang lebih singkat daripada reseksi kolon ileus terbuka. Konsekuensi klinis ileus pasca operasi dapat mendalam. Pasien dengan ileus merasa tidak nyaman dan sakit, dan akan meningkatkan risiko komplikasi paru. Ileus juga meningkatkan katabolisme karena gizi buruk. Secara keseluruhan, ileus meningkatkan biaya perawatan medis karena memperpanjang rawat inap di rumah sakit.

2. Definisi

Ileus adalah penurunan atau hilangnya fungsi usus akibat paralisis atau obstruksi mekanis yang dapat menyebabkan penumpukan atau penyumbatan zat makanan (Rasmilia Retno, 2013). Ileus paralitik adalah kerusakan atau hilangnya pasase isi usus yang disebabkan oleh sumbatan mekanik sehingga isi lumen saluran cerna tidak bisa disalurkan ke distal atau anus karena ada sumbatan/hambatan yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding usus atau luar usus yang menekan atau

kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang menyebabkan nekrose segmen usus tersebut (Sjamsuhidajat, 2015)

Berdasarkan proses terjadinya ileus paralitik dibedakan menjadi ileus paralitik mekanik dan non mekanik. Ileus paralitik mekanik terjadi karena penyumbatan fisik langsung yang bisa disebabkan karena adanya tumor atau hernia sedangkan ileus paralitik non mekanik terjadi karena penghentian gerakan peristaltic (Manaf , 2010).

3. Tanda dan gejala

Pasien ileus paralitik akan mengeluh perutnya kembung (abdominal distention), anoreksia, mual dan obstipasi. Muntah mungkin ada, mungkin pula tidak ada. Keluhan perut kembung pada ileus paralitik ini perlu dibedakan dengan keluhan perut kembung pada ileus obstruksi. Pasien ileus paralitik mempunyai keluhan perut kembung, tidak disertai nyeri kolik abdomen yang paroksismal (Brunner & Suddarth, 2016) Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya distensi abdomen, perkusi timpani dengan bising usus yang lemah dan jarang bahkan dapat tidak terdengar sama sekali. Pada palpasi, pasien hanya menyatakan perasaan tidak enak pada perutnya. Tidak ditemukan adanya reaksi peritoneal (nyeri tekan dan nyeri lepas negatif).

4. Komplikasi

Komplikasi yang umumnya terjadi ialah :

- a) Peritonitis karena absorpsi toksin dalam rongga peritoneum sehingga terjadi peradangan atau infeksi yang hebat pada intra abdomen
- b) Perforasi dikarenakan obstruksi yang sudah terjadi terlalu lama pada organ intra abdomen
- c) Sepsis, infeksi akibat dari peritonitis yang tidak tertangani dengan baik dan cepat
- d) Syok hipovolemik terjadi akibat dehidrasi dan kehilangan volume plasma (Brunner and Suddarth, 2010)

5. Pemeriksaan penunjang / Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik Pemeriksaan penunjang yang dilakukan ialah :

- a) Rontgen torax, dimana diafragma meninggi akibat distensi abdomen
- b) Rontgen abdomen dalam posisi terlentang untuk mencari penyebab (batu empedu, volvulus, hernia)
- c) Pemeriksaan sinar X untuk menunjukkan kuantitas abnormal dari gas atau cairan dalam usus, pemeriksaan laboratorium akan menunjukkan gambaran dehidrasi dan kehilangan volume plasma dan kemungkinan infeksi dan pemeriksaan radiogram abdomen sangat penting untuk menegakkan diagnosa (Doengoes, 2015).

B. KONSEP LAPARATOMI

1. Definisi

Laparotomi adalah pembedahan yang dilakukan pada usus akibat terjadinya perlekatan usus dan biasanya terjadi pada usus halus. (Arif mansjoer, 2010) Laparatomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen, laparatomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan, dengan melakukan pengayatan pada lapisan lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus seperti apendicitis hernia inguinalis, kanker lambung, kanker kolon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestistitis dan peritonitis. Laparatomi adalah pembedahan perut, membuka perut dengan operasi. (Lakaman, 2011) Pelayanan. post operasi laparatomi adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi perut.

2. Etiologi

Etiologi sehingga dilakukan laparatomi adalah karena disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

1. Trauma abdomen
2. Peritonitis
3. Perdarahan saluran cerna

4. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
 5. Masa pada abdomen
3. Jenis-Jenis laparatomi

a. Mid-line incision

Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat sedikit lebih luas, cepat dibuka dan ditutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi ini adalah terjadi hernia cikatrialis, indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan klien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, restosigmoid dan organ dalam pelvis.

b. Paramedian

Menggunakan metode sedikit ke tepi dari garis tengah (2,5cm), panjang (12,5cm), terbagi menjadi dua yaitu paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bawah serta plenektomi.

c. Transverse upper abdomen incision

Metode insisi bagian atas misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.

d. *Transverse lower abdomen incision*

Metode insisi melintang dibagian bawah 4cm diatas anterior spinailiaka, misalnya pada operasi apendectomy. Latihan-latihan

fisik seperti latihan napas dalam, batuk efektif, menggerakkan otot kaki, menggerakkan otot bokong, latihan alih baring dan turun dari tempat tidur. semuanya dilakukan hari ke-2 post operasi.

4. Manifestasi klinis

- a. Nyeri tekan pada area insisi pembedahan
- b. Perubahan tekanan darah, nadi dan pernafasan
- c. Kelemahan
- d. Gangguan integumen dan jaringan subkutan
- e. Konstipasi
- f. Mual dan muntah, anoreksia

5. Komplikasi

- a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis. Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboflebitis yaitu latihan kaki, ambulasi dini post operasi.
- b. Infeksi, infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam pasca operasi, organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah staphylococcus aureus, organisme gram positif. Staphylococcus mengakibatkan pembedahan .untuk menghindari

infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.

- c. Kerusakan integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau epiverasi.
- d. Ventilasi paru tidak adekuat.
- e. Gangguan kardiovaskuler, hipertensi, aritmia jantung.
- f. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- g. Gangguan rasa nyaman dan kecelakaan

6. Patofisiologi

Trauma adalah cedera / rudapaksa atau kerugian psikologis atau emosional. (Dorland 2011). Trauma adalah luka atau cedera fisik lainnya atau cedera fisiologis akibat gangguan emosional yang hebat. Trauma adalah penyebab kematian paling utama pada anak dan orang dewasa kurang dari 44 tahun. Penyalagunaan alkohol adalah obat yang telah menjadi faktor komplikasi pada trauma tumpul dan tembus serta trauma yang disengaja atau tidak disengaja. trauma abdomen adalah cedera pada abdomen, dapat berupa trauma tumpul dan tembus serta gtrauma yang disengaja atau tidak disengaja. Trauma abdomen merupakan luka pada isi rongga perut bisa terjadi dengan atau tanpa tembusnya dinding perut dimana pada penanganan /penatalaksanaan dapat bersifat kedaruratan dapat pula dilakukan tindakan laparatomi. tusukan / tembakan, pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau

sabuk pengaman dapat mengakibatkan terjadinya trauma abdomen sehingga harus dilakukan laparotomi. Trauma tumpul abdomen dapat mengakibatkan individu kehilangan darah memar / jejas pada dinding perut, kerusakan organ organ nyeri, iritasi cairan usus. Sedangkan trauma tembus abdomen dapat mengakibatkan hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ, respon stres simpatis, perdarahan atau pembekuan darah, kontaminasi bakteri, kematian sel. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ dan respon stres dari saraf simpatis akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit, syok dan perdarahan, kerusakan pertukaran gas, resiko tinggi terhadap infeksi, nyeri akut.

C. KONSEP DEFISIT PERAWATAN DIRI

1. Definisi

Defisit perawatan diri ialah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian/ berhias, makan dan BAB/BAK (*toileting*) (Fitria, 2012). Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (mandi, berpakaian, toileting) (PPNI, 2017).

Sedangkan menurut SDKI (2016) defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan seseorang melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri. Defisit perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

2. Etiologi

Menurut PPNI (2016) penyebab terjadinya defisit perawatan diri yaitu:

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

Sutejo (2018) menyebutkan adapun faktor-faktor penyebab defisit perawatan diri yaitu :

- a. Faktor Predisposisi Faktor predisposisi merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya suatu kondisi. Faktor predisposisi defisit perawatan diri meliputi:

- 1) Faktor psikologis Pada faktor ini, keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien, sehingga pasien menjadi begitu tergantung dan perkembangan inisiatifnya terganggu. Faktor

biologis pada faktor ini, penyakit kronis berperan sebagai penyebab pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.

2) Faktor sosial Faktor ini berkaitan dengan kurangnya dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya.

b. Faktor Presipitasi Faktor presipitasi defisit perawatan diri meliputi kurangnya motivasi, kerusakan kognitif atau perseptual, cemas, dan kelelahan yang dialami pasien.

3. Patofisiologi

Perawatan diri adalah suatu upaya yang dilakukan seseorang untuk memelihara kebutuhan diri. Perawatan diri dapat terganggu apabila individu sedang sakit. Selain itu, fasilitas yang kurang, kurangnya pengetahuan tentang perawatan diri yang tepat, ekonomi yang kurang dan faktor lingkungan sekitar mengakibatkan individu mengalami defisit perawatan diri. Apabila pasien mengalami defisit perawatan diri dan tidak segera dilakukan bantuan dalam melakukan perawatan diri, maka akan menimbulkan dampak fisik maupun psikologis.

Dampak fisik yang mungkin muncul adalah :

- a. Gangguan integritas kulit
- b. Gangguan mukosa mulut
- c. Infeksi pada mata dan telinga
- d. Gangguan fisik pada kuku

Dampak psikologis yang mungkin muncul adalah :

- a. Gangguan rasa nyaman
- b. Kebutuhan harga diri

4. Tanda dan gejala

Tanda dan Gejala Menurut (Fitria di dalam buku Mukhrifah & Iskandar, 2012) defisit perawatan diri memiliki tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Mandi/Hygiene Pasien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.
- b. Berpakaian/ Berhias Pasien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Pasien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian dan mengenakan sepatu.
- c. Makan Pasien mempunyai ketidak mampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas,

mengunyah makanan, mendapatkan makanan, mengambil makanan dan memasukkan kedalam mulut, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna makanan dengan aman.

- d. Eliminasi Pasien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapat bangkit dari closet, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

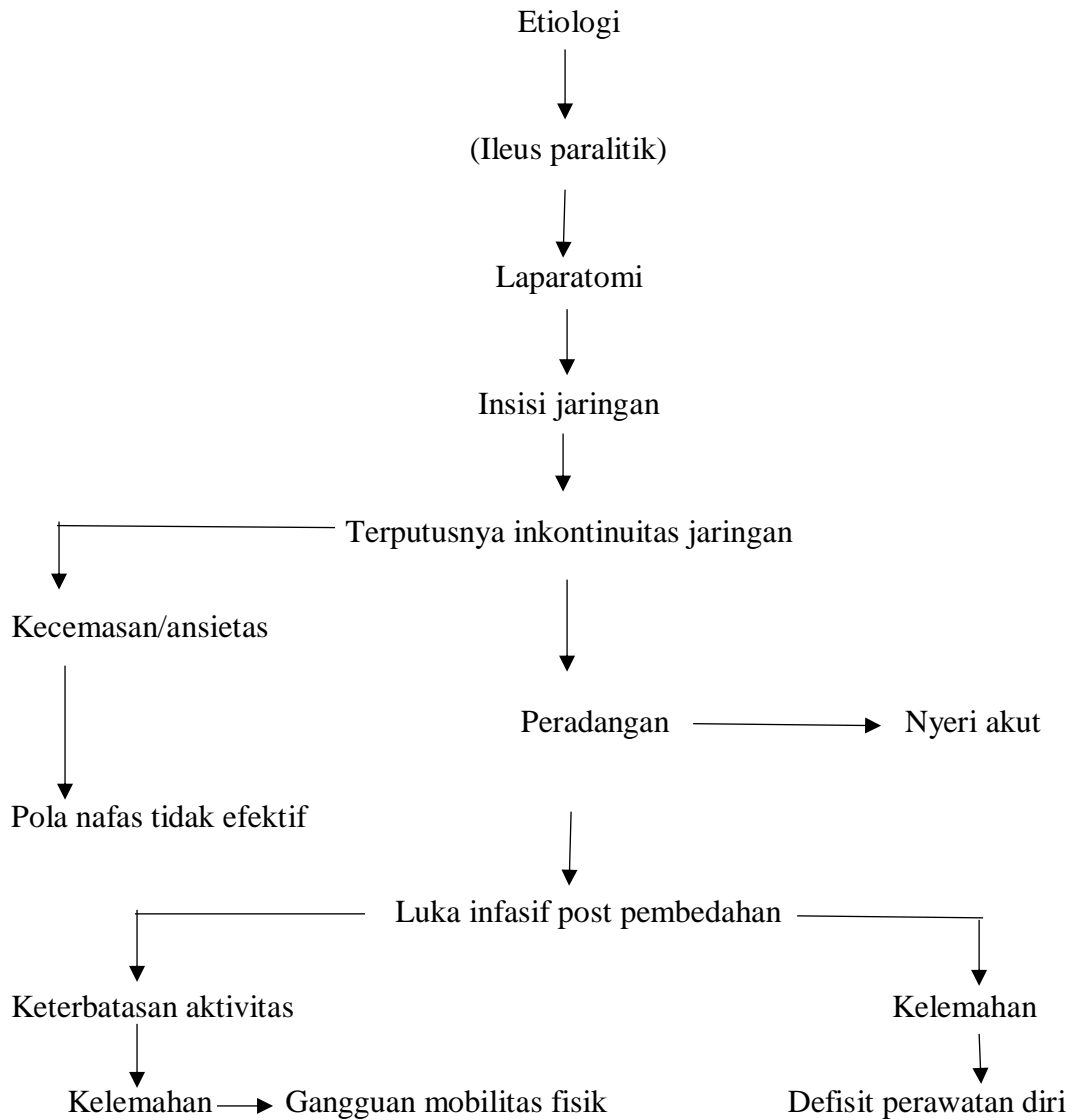
5. Penatalaksanaan Defisit perawatan diri

Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri Klien dengan gangguan defisit perawatan diri tidak membutuhkan perawatan medis, karena hanya mengalami gangguan pada tubuhnya akibat sakit yang sedang di alami pasien. Dengan demikian, pasien membutuhkan komunikasi terapeutik atau dengan cara pemberian pendidikan kesehatan. Menurut (SDKI SIKI SLKI, 2016) penatalaksanaan defisit perawatan diri yaitu:

- a. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri.
- b. Membimbing dan menolong klien merawat diri.
- c. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.
- d. Ciptakan lingkungan yang mendukung.

D. KERANGKA TEORI

Bagan 1.1 kerangka teori



<http://www.scribd.com/document/248448707/Pathway-laparotomi>

Tabel 2.1 perencanaan keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																								
1	Defisit perawatan diri b/d gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis/psikotik, penurunan motivasi atau minat.	<p>SLKI : Perawatan Diri Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan perawatan diri meningkat</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <table border="1" data-bbox="611 645 1061 1803"> <thead> <tr> <th data-bbox="611 645 762 712">Indikator</th> <th data-bbox="762 645 911 712">IR</th> <th data-bbox="911 645 1061 712">ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="611 712 762 817">Kemampuan mandi</td> <td data-bbox="762 712 911 817"></td> <td data-bbox="911 712 1061 817"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 817 762 987">Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td data-bbox="762 817 911 987"></td> <td data-bbox="911 817 1061 987"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 987 762 1093">Kemampuan makan</td> <td data-bbox="762 987 911 1093"></td> <td data-bbox="911 987 1061 1093"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 1093 762 1263">Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td data-bbox="762 1093 911 1263"></td> <td data-bbox="911 1093 1061 1263"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 1263 762 1496">Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td data-bbox="762 1263 911 1496"></td> <td data-bbox="911 1263 1061 1496"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 1496 762 1666">Minat melakukan perawatan diri</td> <td data-bbox="762 1496 911 1666"></td> <td data-bbox="911 1496 1061 1666"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="611 1666 762 1803">Mempertahankan kebersihan diri</td> <td data-bbox="762 1666 911 1803"></td> <td data-bbox="911 1666 1061 1803"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1. Sangat Terganggu 2. Banyak Terganggu 3. Cukup Terganggu 4. Sedikit Terganggu</p>	Indikator	IR	ER	Kemampuan mandi			Kemampuan mengenakan pakaian			Kemampuan makan			Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)			Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri			Minat melakukan perawatan diri			Mempertahankan kebersihan diri			<p>SIKI : Dukungan perawatan diri Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>SIKI : Dukungan perawatan diri BAB/BAK Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2. Monitor integritas kulit pasien <p>Terapeutik</p>
Indikator	IR	ER																									
Kemampuan mandi																											
Kemampuan mengenakan pakaian																											
Kemampuan makan																											
Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)																											
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri																											
Minat melakukan perawatan diri																											
Mempertahankan kebersihan diri																											

		<p>5. Tidak Terganggu</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk mempermudah eliminasi 2. Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Ganti pakian pasien setelah eliminasi, jika perlu 5. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 7. Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu <p>SIKI : Dukungan perawatan Berpakaian</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian atau berhias <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan 3. Fasilitasi menggunakan pakaian, jika perlu 4. Fasilitasi berhias (mis. menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) 5. Jaga privasi selama berpakaian 6. Tawarkan untuk laundry, jika perlu
--	--	---------------------------	---

			<p>7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu 2. Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu <p>SIKI : Dukungan perawatan diri Makan/Minum</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan atau minum 3. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan jika perlu 4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 8. Berikan bantuan saat makan atau minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 9. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat (mis. analgetik,
--	--	--	--

			<p>antiemetik) sesuai indikasi</p> <p>SIKI : Dukungan perawatan diri Mandi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan3. Monitor kenersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)4. Monitor integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampo, pelembab kulit)2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
--	--	--	---

