

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Luka bakar adalah suatu kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan kontak dengan bahan panas seperti api, air panas, bahan kimia, listrik dan radiasi. (Yefta Moenadjat, 2001; 1).

Luka bakar grade II B adalah kerusakan yang mengenai lapisan dermis dan epidermis, termasuk kelenjar keringat dan sebacea, saraf sensoris, dan motorik, kapiler, folikel rambut, luka terasa nyeri dan berwarna merah pink dan akan membentuk lepuh serta edema sub kutan (Christantie Effendi, 1998; 15)..

Luka bakar grade III adalah kerusakan yang mencapai lapisan lemak dimana lapisan ini mengandung kelenjar keringat dan akar folikel rambut. Luka tampak berwarna putih, merah, coklat, hitam dan tidak menimbulkan rasa sakit karena reseptor sensoris mengalami kerusakan total.

2. Anatomi Fisiologi

Kulit adalah organ tubuh yang terluas yang menutupi otot dan mempunyai peranan penting dalam hemostatis. Kulit mempunyai fungsi sebagai pelindung tubuh dari berbagai trauma dan merupakan penahan terhadap bakteri, virus dan jamur. Kehilangan panas dan penyimpanan panas diatur oleh vasodilatasi atau sekresi kelenjar-kelenjar keringat dan

tanpa adanya kulit maka cairan tubuh yang penting akan menguap dan elektrolit tubuh akan hilang dalam beberapa waktu. Kulit terdiri atas tiga lapisan, yaitu :

a. Lapisan Epidermis

Lapisan ini merupakan lapisan yang terluar dengan ketebalan sekitar 0,1 mm pada kelopak mata dan 1 mm pada telapak tangan dan telapak kaki. Dalam lapisan epidermis terdapat stratum korneum, stratum granulosum, stratum spinosum dan stratum basale.

b. Lapisan Dermis

Lapisan di bawah epidermis yang jauh lebih tebal dari epidermis, pada dermis terdapat pars papile yaitu bagian yang menonjol ke epidermis yang berisi ujung syaraf dan pembuluh darah, pars artikulare yaitu bagian yang di bawahnya menonjol ke arah subkutan.

c. Lapisan Subkutan

Lapisan subkutan merupakan lapisan kulit yang terdalam dan terdiri dari ujung-ujung syaraf tepi, pembuluh darah, getah bening dan jaringan ikat yang berisi sel-sel lemak di dalamnya.

3. Patofisiologi

Luka bakar disebabkan oleh perpindahan energi dari sumber panas ke tubuh. Panas tersebut mungkin melalui konduksi atau radiasi elektromagnetik. Kulit dengan luka bakar akan mengalami kerusakan pada epidermis, dermis maupun jaringan subkutan tergantung faktor penyebab dan lamanya kulit kontak dengan sumber panas atau penyebabnya.

Luka bakar mengakibatkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah sehingga air, natrium, klorida dan protein tubuh akan keluar dari dalam sel dan menyebabkan terjadinya edema yang dapat berlanjut pada keadaan hipovolemia dan homokonsentrasi yang akan mengakibatkan kerusakan pada lapisan kulit luar dimana luka tersebut akan terbuka untuk waktu yang lama sehingga mudah terkena infeksi.

Pada luka bakar derajat satu hanya mengenai epidermis, luka bakar derajat ini ditandai dengan kemerahan yang biasanya akan sembuh tanpa jaringan parut dalam waktu 5 –7 hari.

Luka bakar derajat dua mencapai kedalam dermis tetapi masih ada elemen epitel yang tersisa, seperti sel epitel basal, kelenjar sebacea, kelenjar keringat dan folikel rambut. Dengan adanya sisa sel epitel yang sehat ini, luka bakar sembuh sendiri dalam 10 – 21 hari. Luka ini tampak lebih pucat dan lebih nyeri karena adanya iritasi ujung syaraf sensorik dan timbul bula berisi cairan eksudat akibat permeabilitas dindingnya meninggi.

Luka bakar derajat dua terdiri dari :

- a. Derajat dua dangkal dimana kerusakan mengenai bagian superfisial dari dermis dan sembuh secara spontan selama 10 – 14 hari.
- b. Derajat dua dalam luka mengenai hampir seluruh bagian dermis, penyembuhan terjadi lebih lama tergantung dari dermis yang memiliki sel-sel kulit (biji epitel, stratum germinatum, kelenjar keringat, kelenjar sebacea). Masa penyembuhan lebih dari 1 bulan.

Luka bakar tiga meliputi seluruh kedalaman kulit, mungkin subkutis atau organ yang lebih dalam, dan tidak ada lagi elemen epitel yang hidup dimana kesembuhannya dibutuhkan cangkok kulit. Koagulasi protein yang terjadi memberikan gambaran luka bakar berwarna keputihan, tidak ada bula dan tidak nyeri.

Pembagian luas luka bakar dapat dinyatakan dalam persen terhadap seluruh tubuh dengan menggunakan *rule of nine* :

Kepala dan leher	: 9 %
Extremitas atas	: 2 x 9 % (kiri kanan)
Paha, betis-kaki	: 4 x 9 % (kiri kanan)
Dada, Perut, Punggung, Bokong	: 4 x 9 %
Genetalia	: 1 %

4. Dampak Masalah

a. Dampak Terhadap Individu

1. Biologi

Terjadi perubahan warna kulit pada daerah atau lokasi tubuh yang terkena luka bakar, selain itu pasien juga mengalami nyeri yang hebat sehingga pasien tidak berani untuk menggerakkan anggota tubuhnya terutama yang mengalami luka bakar. Hal ini akan mengakibatkan berbagai komplikasi pada pasien seperti kontraktur dan defisit fungsi tubuh (Christantie Effendi, 1998; 92).

2. Psikologis

Pasien akan mengalami kesulitan dalam menerima perubahan pada dirinya, dapat memperlihatkan tingkah laku seperti : sangat peka,

tidak kooperatif, emosi labil, menarik diri atau terjadi gangguan konsep diri (body image), mekanisme koping yang tidak efektif.

3. Sosial

Dalam hubungannya di lingkungan masyarakat, pasien akan sering merasa takut akan keterbatasan fisik dan ketidakmampuannya, rasa malu akan reaksi orang lain terhadap perubahan tubuh atau kecacatannya, dimana hal ini mempengaruhi perannya.

4. Spiritual

Akan terjadi krisis kepercayaan atau tidak, dimana akan mempengaruhi pasien untuk mendekati diri pada Tuhan YME.

b. Dampak Terhadap Keluarga

Dengan adanya keluarga yang sakit dapat menyebabkan kecemasan dan rasa kehilangan terhadap orang yang berarti dalam keluarga, selain itu dengan adanya perawatan intensif maka memerlukan biaya yang cukup banyak.

B. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standart perawatan dalam lingkup dan wewenang serta tanggung jawab keperawatan (Lismidar, 1990).

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui beberapa tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1. Pengkajian

Terdiri dari beberapa tahap yaitu pengumpulan data, analisa data, dan diagnosa keperawatan (Lismidar, 1990; 1)

a. Pengumpulan data

Merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi dari pasien yang meliputi unsur bio psiko sosio dan spiritual.

Pengumpulan data pasien luka bakar sebagai berikut :

1) Identitas

Mencakup nama, umur, pekerjaan, jenis kelamin, suku/bangsa, alamat, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor register.

2) Keluhan Utama

Keluhan yang didapat pada saat melakukan pengkajian adalah klien merasa nyeri pada luka. (Effendi, 1999).

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Mengkaji pasien pernah sakit seperti sekarang dan atau pernah menderita diabetes melitus dan penyakit keturunan lainnya yang dapat mempengaruhi kesembuhan pasien.

4) Riwayat Penyakit Sekarang

Keadaan luka saat kejadian, serangan itu timbul, lokasi, kualitas dan faktor yang mempengaruhi atau memperberat keluhan sehingga dibawa ke rumah sakit.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Adakah dari anggota keluarga yang menderita diabetes melitus atau penyakit keturunan lain yang mungkin dapat mempengaruhi kesembuhan pasien.

6) Pola Fungsi Kesehatan

a). Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan

Adakah perubahan penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan sehingga dapat menimbulkan masalah perawatan diri.

b). Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien luka bakar akan terjadi gangguan nutrisi karena peningkatan metabolik seperti mual dan muntah, diit TKTP.

c). Pola Aktifitas

Pada pasien luka bakar akan terjadi keterbatasan aktifitas yang disebabkan oleh kontraktur.

d). Pola Eliminasi

Terjadi penurunan volume intravaskular maka aliran plasma ke ginjal dan GFR (Laju Filtrasi Glomerular) akan menurun yang berakibat haluaran urine, jika resusitasi cairan tidak adekuat atau terlambat diberikan akan terjadi gagal ginjal akut.

e). Pola Tidur dan Istirahat

Pola tidur akan terganggu akibat adanya nyeri, pasien merasa gelisah, cemas sehingga terjadi gangguan rasa nyaman.

f). Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pada pasien luka bakar derajat II B, luka terasa nyeri dan membentuk lepuh serta edema subkutan, sedangkan pada derajat III tidak nyeri akibat reseptor sensoris mengalami kerusakan total. Apabila klien tidak mengerti tentang perawatan luka bakar, hal ini akan menyebabkan terjadi infeksi.

g). Pola Persepsi Diri

Pasien akan mengalami gangguan konsep diri sehubungan dengan adanya perubahan pada bentuk tubuhnya.

h). Pola Hubungan dan Peran

Dengan adanya perubahan pada diri pasien maka akan terjadi hambatan dalam menjalankan perannya, juga kesenjangan dalam hubungannya dengan orang di sekitarnya.

i). Pola Reproduksi dan Seksual

Klien akan terjadi gangguan pola reproduksi dan seksual jika luka bakar terjadi pada daerah genitalia.

j). Pola Penanggulangan Stress

Ada tidaknya perubahan yang dialami klien dalam memecahkan masalah.

k). Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pada umumnya klien akan mengalami distress spiritual bila tidak mampu menyelesaikan masalah ibadah.

7) Pemeriksaan

a). Keadaan Umum

Keadaan klien lemah, kesadaran composmentis, luka bakar derajat II B luka terasa nyeri, membentuk lepuh serta edema subkutan. Luka bakar derajat III, luka tidak nyeri karena reseptor sensoris mengalami kerusakan total, nadi dalam batas normal ($80-100$ X/menit), suhu tubuh meningkat ($37,5 - 38,5$ °C).

b). Kepala dan Leher

- Kepala

Kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kulit kepala, keadaan rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada pembengkakan, tidak nyeri tekan.

- Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan, tidak ada jaringan parut.

c). Sistem Respirasi

Bentuk hidung simetris, frekuensi pernafasan meningkat ($20 - 24$ X/menit). Bila luka mengenai muka, hidung, leher akan terjadi edema yang menyebabkan obstruksi jalan nafas, adanya dispnea, stridor.

d). Sistem Kardiovaskuler

Adanya edema, perubahan permeabilitas kapiler, adanya tanda palpitasi, takikardi, tidak nyeri tekan, adanya penurunan curah jantung.

e). Sistem Integumen

Pada pemeriksaan derajat II B dan III 20 % dapat mengenai epidermis, dermis, termasuk kelenjar keringat, saraf sensoris, motorik, kapiler, folikel rambut, warna kulit / luka pink (II B) dan warna luka coklat, putih, merah, hitam juga terjadi kerusakan kulit total dan tidak menimbulkan rasa sakit pada grade III.

f). Sistem Genitourinaria

Tidak ada hematuri, tidak terjadi retensi urine, adanya oliguri dan anuri, tidak nyeri waktu buang air kecil (BAK), tidak bengkak, tidak ada hemoroid, kebersihan terjaga.

g). Sistem Gastrointestinal

Terjadi penurunan bising usus atau berhenti karena syok atau kekurangan ion kalium, tidak nyeri tekan, dapat terjadi hematemesis melena bila ada gejala tukak peptik.

h). Sistem Muskuloskeletal

Apabila klien tidak pernah melakukan aktivitas atau mobilisasi akan terjadi kontraktur dari persendian akibat jaringan eskar dan terjadi keterbatasan dalam beraktivitas seperti berjalan, buang air kecil (BAK), makan, minum. Hal ini disebabkan

adanya luka bakar pada extremitas bawah kanan dan kiri.

Adanya nyeri bila digerakkan.

8) Pemeriksaan Penunjang

- a). Hb (hemoglobin) meningkat (normal 14-16 g/dl).
- b). Analisa gas darah didapatkan hasil PO_2 menurun (normal 80-100 mmHg) PCO_2 meningkat (normal 32-45 mmHg) karena menghirup udara panas atau keracunan karbon monoksida
- c). .Elektrolit didapatkan kalium menurun (normal 3,5-5,0 mEq/l), natrium meningkat(136-145 mEq/l), albumin menurun (normal 3,5-50 mEq/l), dan serum glukosa meningkat(normal 60-100 mg/dl).
- d). Foto thorax ditemukan hasil yang normal (Effendi, 1999).

b. Analisa data

Data yang dikumpulkan harus dianalisa untuk menentukan masalah pasien, analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan menyeleksi, mengelompokkan, mengaitkan data dan membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. (Nasrul Effendi, 1995; 24).

c. Diagnosa keperawatan

Tahap akhir pengkajian adalah merumuskan diagnosa keperawatan yang merupakan pernyataan jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien serta penyebabnya yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan baik aktual atau potensial (Lismidar,1990; 13)

Berdasarkan diagnosa yang muncul dan ada, maka prioritas masalah kesehatan yaitu sebagai berikut :

- 1) Perubahan volume cairan kekurangan : berhubungan dengan peningkatan kebocoran kapiler dan perpindahan banyak cairan dari intravaskuler ke ruang interstitial atau luka bakar luas.
- 2) Resiko tinggi terhadap kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan cedera inhalasi asap.
- 3) Nyeri berhubungan dengan cedera luka bakar, pemajaman ujung syaraf.
- 4) Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan intoleransi aktifitas, nyeri.
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.
- 6) Resiko tinggi terjadi infeksi berhubungan dengan hilangnya integritas kulit yang disebabkan oleh luka bakar.
- 7) Resiko tinggi terjadi konsep diri (body image) berhubungan dengan perubahan bentuk tubuh.

2. Perencanaan

Petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan.

(Nasrul Effendi,1995;34).

a) Diagnosa Keperawatan I

Perubahan pada volume cairan : kekurangan berhubungan dengan peningkatan kebocoran kapiler dan perpindahan banyak cairan dari intravaskuler ke ruang interstitial atau luka bakar luas.

- 1) Tujuan : Kebutuhan cairan pasien terpenuhi.
- 2) Kriteria Hasil : Turgor kulit baik, tidak mual, tidak muntah, tidak didapatkan edema, elektrolit serum dalam batas normal, haluaran urine di atas 30 ml/jam.

3) Rencana Tindakan

- a. Lakukan observasi tanda vital, warna urine.
- b. Pantau dan catat intake dan out put cairan.
- c. Kolaborasi tim medis dalam pemberian cairan IV dan elektrolit.
- d. Timbang berat badan pasien dalam tiap 2 hari sekali.
- e. Pantau hasil pemeriksaan hasil elektrolit serum dan hematokrit

4) Rasional

- a. Untuk mengidentifikasi indikasi kemajuan atau penyimpangan dari hasil yaitu periode darurat (awal 48 jam pasca luka bakar).
- b. Untuk mengetahui tanda hipovolemia dan perlunya peningkatan cairan.
- c. Penggantian cairan cepat penting untuk mencegah gagal ginjal.
- d. Berat badan adalah bahan akurat untuk kajian keseimbangan cairan.
- e. Untuk mengetahui hasil keseimbangan serum elektrolit.

(Long C, 1996).

b) Diagnosa Keperawatan II

Resiko tinggi terhadap kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan cedera inhalasi asap

- 1) Tujuan : tidak terjadi gangguan pertukaran gas.
- 2) Kriteria Hasil : frekuensi pernafasan 12 –24 per menit, warna kulit normal, GDA dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan, tak ada kesulitan bernafas.
- 3) Rencana Tindakan :
 - a. Pantau laporan-laporan GDA dan kadar karbon monoksida serum.
 - b. Berikan oksigen sesuai advis dokter.
 - c. Ajarkan pernafasan dalam dengan penggunaan spirometri insentif.
 - d. Beri pasien posisi semi-flowers setiap 2 jam dan latihan nafas setiap 1 jam.
 - e. Untuk luka bakar sekitar torakal, beritahu dokter bila terjadi dispnea disertai dengan takipnea, siapkan pasien untuk pembedahan eskarotomi sesuai pesanan.
- 4) Rasional :
 - a. Untuk mengidentifikasi kemajuan atau penyimpangan dari hasil yang diharapkan, karena inhalasi asap dapat merusak alveoli.

- b. Suplemen oksigen meningkatkan jumlah oksigen yang tersedia untuk jaringan.
 - c. Pernafasan dalam mengembangkan alveoli, menurunkan resiko atelektasis
 - d. Untuk memudahkan ventilasi dengan menurunkan tekanan abdomen terhadap diafragma.
 - e. Luka bakar sekitar torakal dapat membatasi ekspansi dada. Mengupas kulit (eskarotomi) memungkinkan ekspansi dada.
- c) Diagnosa Keperawatan III
- Nyeri berhubungan dengan cedera luka bakar, pemajaman ujung syaraf
- 1) Tujuan : rasa nyeri berkurang.
 - 2) Kriteria hasil : Ekspresi wajah rileks, tidak gelisah, merasa nyaman, pasien dapat mengontrol nyeri yang dialami.
 - 3) Rencana Tindakan :
 - a. Jelaskan penyebab terjadi nyeri.
 - b. Kaji respon pasien terhadap nyeri saat perawatan luka.
 - c. Berikan/anjurkan teknik relaksasi dan distraksi.
 - d. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik.
 - 4) Rasional
 - a. Untuk mengetahui penyebab nyeri dapat membantu pasien mengurangi rasa nyeri dan pasien kooperatif terhadap tindakan perawat
 - b. Untuk mengetahui luas, kedalaman luka bakar yang dialami px.

- c. Nyeri merupakan hal yang subyektif sehingga dengan teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri / tekanan pada tonjolan tulang, sedang untuk distraksi dengan suasana yang santai dapat mengurangi cemas dan ketegangan otot.
 - d. Dengan kolaborasi dokter tentang terapi analgesik memblok nyeri atau mengurangi nyeri yang dirasakan.
- d) Diagnosa Keperawatan IV
- Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan intoleransi aktifitas, nyeri.
- 1) Tujuan : gangguan mobilisasi fisik pasien dapat teratasi.
 - 2) Kriteria hasil : klien dapat melakukan ADL, tidak didapatkan kontraktur sendi.
 - 3) Rencana Tindakan :
 - a. Beri penjelasan tentang pentingnya mobilisasi
 - b. Anjurkan pada klien untuk mobilisasi sedini mungkin
 - c. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari sesuai dengan keadaannya
 - d. Anjurkan klien untuk latihan gerak dengan menggunakan alat gerak.
 - e. Berikan obat anti nyeri sebelum melakukan latihan gerak dan lakukan kolaborasi dengan tim fisioterapi
 - 4) Rasional
 - a. Klien dapat mengerti tentang mobilisasi dan dapat melakukan

- b. Meningkatkan pemeliharaan fungsi otot dan mencegah terjadinya kontraktur.
 - c. Dengan membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari sesuai keadaannya maka klien akan merasa diperhatikan dan tidak rendah diri akibat keterbatasan aktifitas.
 - d. Mendorong perpindahan anggota gerak dengan aman
 - e. Mengurangi kekakuan dan ketegangan otot, sehingga dapat membantu klien berlatih secara benar.
- e) Diagnosa Keperawatan V

Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan nyeri

- 1) Tujuan : Klien dapat memenuhi kebutuhan tidurnya dengan normal.
- 2) Kriteria hasil : klien dapat tidur nyaman, klien dapat memahami rencana untuk mengatasi dan mengoreksi penyebab tidur.
- 3) Rencana Tindakan :
 - a. Berikan lingkungan yang nyaman bagi klien
 - b. Ajarkan teknik relaksasi waktu tidur
 - c. Tentukan kebiasaan dan rutinitas menjelang tidur seperti membaca buku.
 - d. Evaluasi efek obat yang didapatkan klien.
- 4) Rasional :
 - a. Lingkungan yang nyaman akan dapat membantu klien untuk tidur

- b. Dengan teknik relaksasi dan distraksi dapat mengalihkan perhatian klien dari nyeri yang dirasakan.
 - c. Menjalankan kebiasaan klien menjelang tidur memudahkan klien untuk tidur.
 - d. Penggunaan kortikosteroid dapat mengakibatkan insomnia.
- f) Diagnosa Keperawatan VI

Resiko tinggi terjadi infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan kulit.

- 1) Tujuan : tidak terjadi infeksi pada luka pasien.
- 2) Kriteria hasil : tidak demam, luka tidak bengkak, pembentukan jaringan granulasi, luka bebas dari tanda infeksi.
- 3) Rencana Tindakan :
 - a. Terapkan teknik aseptik pada semua aspek perawatan pasien
 - b. Berikan penjelasan tentang terjadinya infeksi
 - c. Batasi pengunjung bila perlu laksanakan prosedur isolasi
 - d. Bersihkan area luka bakar setiap hari dan lepaskan jaringan nekrotik dengan gunting steril
 - e. Lakukan observasi gejala infeksi (demam, perubahan perasaan, kecepatan nafas)
 - f. Lakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian krim topikal secara sistematis.
- 4) Rasional :
 - a. Tehnik steril dan tindakan perawatan perlindungan lain melindungi pasien terhadap infeksi

- b. Pasien mengerti tentang penyebab terjadinya infeksi
 - c. Untuk mencegah terjadinya kontaminasi ulang dari pengunjung dan mencegah pasien terinfeksi oleh organisme lain
 - d. Pembersihan dan pelepasan jaringan nekrotik meningkatkan pembentukan jaringan granulasi.
 - e. Mencegah secara dini adanya infeksi dengan menggunakan antibiotik sebelum luka menjadi parah.
 - f. Pemberian krim topikal secara sistematis untuk mengendalikan terjadinya infeksi (Yefta Moenandjat,2001; 113)
- g) Diagnosa Keperawatan VII
- Resiko tinggi terjadi konsep diri (body image) berhubungan dengan perubahan bentuk tubuh.
- 1) Tujuan : tidak terjadi gangguan konsep diri pada klien.
 - 2) Kriteria hasil : klien mengungkapkan harapan realistis dari tindakan, menyatakan pernyataan yang positif tentang harga diri.
 - 3) Rencana Tindakan :
 - a. Berikan penjelasan kepada klien tentang perubahan yang terjadi
 - b. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya yang mempengaruhi gambaran diri
 - c. Anjurkan keluarga untuk menerima keadaan klien apa adanya dan memberikan dorongan pada klien.

- d. Yakinkan kepada klien bahwa orang yang ada di sekitarnya tidak mempunyai penilaian yang jelek tentang perubahan bentuk tubuh.

4) Rasional :

- a. Untuk memberikan perasaan tenang kepada klien, bahwa perubahan bentuk tubuhnya dapat diatasi secara bertahap.
- b. Perubahan kesehatan dan bentuk tubuh mengakibatkan gangguan penyesuaian diri, sehingga klien memerlukan bantuan orang lain dalam mengatasi masalahnya.
- c. Dengan sikap keterbukaan keluarga untuk menerima keadaan klien apa adanya yang dapat meningkatkan rasa harga dirinya.
- d. Mengurangi rasa rendah diri dan malu.

3. Pelaksanaan

Pada tahap ini adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana perawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal (Effendi, 1995; 40).

4. Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain.

Adapun evaluasi terdiri dari 3 tujuan yaitu antara lain :

- a. Tujuan tercapainya seluruhnya.

- b. Tujuan tercapainya sebagian.
- c. Tujuan tidak tercapainya mungkin timbul masalah baru.