

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Ca Mammae* secara global menjadi penyebab kematian tertinggi pada wanita. (Kemenkes RI, 2018). *Modifies Radikal Mastectomy* atau MRM merupakan tindakan operasi dalam penanganan *Ca Mammae*. *Mastectomy* dapat dilakukan pada satu payudara maupun keduanya, namun tindakan *mastectomy* tidaklah bebas risiko, selain risiko fisik klien post operasi *Ca Mammae* juga menanggung beban psikologis akibat gangguan citra tubuh (Amelia et al., 2021). Seseorang yang mempunyai masalah atau gangguan pada citra tubuhnya, akan menunjukkan perilaku seperti menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang telah berubah, tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau akan terjadi, menolak penjelasan perubahan tubuh, preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang dan mengungkapkan keputusasaan dan ketakutan (Indriyanto et al., 2022). Pada klien post operasi sangat perlu dilakukan Promosi citra tubuh. Promosi citra tubuh bertujuan untuk membuat klien menerima kondisi kesehatannya (Abdel-Aal et al., 2022).

Prevalensi kanker payudara di dunia tahun 2023 menurut Organisasi Kanker Payudara Dunia (*World Breast Cancer Organization*) adalah sebesar 12,5% (Breast Cancer Organization, 2024). Data Globocan tahu 2022 menyebutkan bahwa prevalensi kanker payudara adalah sebesar 16,6% dari total klien kanker baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2022). Data Profil

Kesehatan Jawa Timur tahun 2022 menunjukkan bahwa jumlah klien kanker payudara sebanyak 48.727 kasus, sedangkan dari pemeriksaan 956.293 wanita usia 30-50 tahun, prevalensi wanita yang ditemukan benjolan di Payudara sebesar 0,3% atau 2.477 kasus sedangkan di Kota Pasuruan sebesar 0,1% yaitu sebanyak 25 orang. (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2023). Hasil studi pendahuluan pada bulan April 2024 menunjukkan bahwa terdapat 7 klien Post Op Ca Mammae. Hasil wawancara pada 3 klien post operasi Ca Mammae didapatkan bahwa klien mengeluh tidak menyukai tubuhnya.

Klien Post operasi Ca Mammae mengalami perubahan fisik yang terjadi sangat berdampak pada konsep diri mereka, salah satunya adalah citra tubuh. Citra tubuh ini didefinisikan sebagai sikap seseorang terhadap tubuhnya, di mana mereka secara sadar kehilangan bagian tubuh yang penting, dalam hal ini payudara, yang menunjukkan rasa ancaman dan kehilangan bagian tubuh tersebut semakin besar (Sari & Manungkalit, 2022). Seseorang yang mengalami masalah dengan citra tubuhnya akan menunjukkan perilaku seperti menolak, melihat, dan menyentuh bagian tubuh. Seorang wanita yang mengalami penyakit yang menyebabkan kehilangan organ penting tubuhnya, seperti payudaranya, mungkin mengalami rasa kurang percaya diri, yang pada gilirannya akan menyebabkan penderita selalu merasa tidak cukup dan merasa kehilangan yang luar biasa pada dirinya. Ini dapat menyebabkan stres berkepanjangan (Indriyanto et al., 2022).

Upaya untuk menurunkan gangguan citra tubuh pada klien Post Op Ca Mammae adalah dengan Promosi citra tubuh (Wintoko & Yadika, 2020).

Berdasarkan uraian di atas, maka perlu adanya upaya untuk menganalisis Asuhan Keperawatan pada klien post op CA Mammae dengan Promosi citra tubuh Untuk Mengatasi Gangguan citra tubuh Di RSUD Bangil Pasuruan.

## **1.2 Konsep Teori**

### **1.2.1 Konsep Gangguan Citra Tubuh**

#### 1.2.1.1 Pengertian Gangguan Citra Tubuh

Gangguan citra tubuh merupakan diagnosa keperawatan yang didefinisikan sebagai perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

#### 1.2.1.1 Penyebab Gangguan Citra Tubuh

Menurut SDKI (2017), penyebab gangguan citra tubuh adalah:

1. Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)
2. Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyaakit, kehamilan, kelumpuhan)
3. Perubahan fungsi kognitif
4. Ketidaksesuain budaya, keyakinan atau sistem nilai
5. Transisi perkembangan
6. Gangguan psikososial
7. Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)

#### 1.2.1.2 Tanda Gejala Gangguan Citra Tubuh

Berikut ini adalah tanda gejala gangguan citra tubuh menurut SDKI (2017):

1. Gejala dan Tanda Mayor
  - a. Subjektif
    - 1) Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh

b. Objektif

- 1) Kehilangan bagian tubuh
- 2) Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

2. Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

- 1) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh
- 2) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh
- 3) Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain
- 4) Mengungkapkan perubahan gaya hidup

b. Objektif

- 1) Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
- 2) Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
- 3) Fokus berlebihan perubahan tubuh
- 4) Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh
- 5) Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
- 6) Hubungan sosial berubah

1.2.1.3 Kondisi Klinis Terkait

Kondisi Klinis Terkait gangguan citra tubuh menurut SDKI (2017) adalah:

1. Mastektomi
2. Amputasi
3. Jerawat
4. Parut atau luka bakar yang terlihat
5. Obesitas
6. Hiperpigmentasi pada kehamilan

7. Gangguan psikiatrik
8. Program terapi neoplasma
9. *Alopecia chemically induced*

## **1.2.2 Konsep Promosi Citra Tubuh**

### 1.2.2.1 Pengertian

Promosi citra tubuh adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien (Tim Pokja SIKI, 2019).

### 1.2.2.2 Intervensi Promosi Citra Tubuh

Promosi Citra Tubuh diberikan kode I. 09035 dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang terdiri dari observasi, terapeutik, dan edukasi tanpa kolaborasi (Tim Pokja SIKI, 2019):

1. Observasi
  - a. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
  - b. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh
  - c. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial
  - d. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
  - e. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
2. Terapeutik
  - a. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
  - b. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
  - c. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan
  - d. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan)

- e. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
- f. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh

### 3. Edukasi

- a. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh
- b. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh
- c. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis: pakaian, wig, kosmetik)
- d. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya)
- e. Latih fungsi tubuh yang dimiliki
- f. Latih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan)
- g. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

#### 1.2.2.3 Kriteria Hasil

Kriteria hasil setelah diberikan asuhan keperawatan dengan promosi citra tubuh adalah (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)::

1. Melihat bagian tubuh meningkat
2. Menyentuh bagian tubuh meningkat
3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh menurun
4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh menurun
5. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun
6. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun
7. Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun
8. Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun
9. Menunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun
10. Fokus pada bagian tubuh menurun
11. Fokus pada penampilan masa lalu menurun

12. Fokus pada kekuatan masa lalu menurun
13. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik
14. Hubungan sosial membaik

### **1.2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Citra Tubuh**

#### **1.2.3.1 Pengkajian Data**

Pengkajian terhadap masalah konsep diri adalah persepsi diri atau pola konsep diri, pola berhubungan atau peran, pola reproduksi, koping terhadap stress, serta adanya nilai keyakinan dan tanda-tanda ke arah perubahan fisik, seperti kecemasan, ketakutan, rasa marah, rasa bersalah dan lain lain (Risal et al., 2022).

#### **1. Identitas klien**

- a. Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama, perawat, nama klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan
- b. Usia dan No. Rekam Medik
- c. mahasiswa menuliskan sumber data yg akan didapat.

(Sarfika, 2018)

#### **2. Alasan Masuk**

Tanyakan kepada klien/keluarga :

- a. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit saat ini ?
- b. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga untuk mengatasi masalah ini ?
- c. Bagaimana hasilnya ?.

(Sarfika, 2018)

#### **3. Faktor predisposisi**

- a. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, apabila ya beri tanda pada kotak ya dan apabila tidak beri tanda pada kotak tidak.
- b. Apabila jawaban pada poin 1 adalah ya, tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, beri tanda pada kotak berhasil; apabila dia dapat beradaptasi, tetapi masih ada gejala – gejala sisa, beri tanda pada kotak kurang berhasil; apabila tidak ada kemajuan atau gejala – gejala bertambah atau menetap, beri tanda pada kotak tidak berhasil.
- c. Tanyakan kepada klien apakah klien pernah melakukan, mengalami, atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal, beri tanda sesuai dengan penjelasan klien/ keluarga dan apakah klien sebagai pelaku, korban, dan atau saksi maka beri tanda pada kotak pertama, isi usia saat kejadian pada kotak kedua. Jika klien pernah sebagai pelaku, korban, dan saksi (2 atau lebih ) tuliskan pada penjelasan.
- d. Beri penjelasan secara singkat dan jelas tentang kejadian yang dialami klien terkait No. a,b,c,. masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
- e. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda pada kotak ya dan jika tidak beri tanda pada kotak tidak. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut.

f. Tanyakan kepada klien / keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/ kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

1) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi perilaku yang objektif dan teramati serta bersifat subjektif dan dunia dalam pasien sendiri. Perilaku berhubungan dengan harga diri yang rendah, keracuan identitas dan depersonalisasi.

2) Faktor yang mempengaruhi peran adalah stereotipik peran seks, tuntutan peran kerja dan harapan peran kultural.

3) Faktor yang mempengaruhi identitas personal meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan dalam struktur sosial.

(Risal et al., 2022)

#### 4. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ :

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi suhu, pernapasan klien.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
- c. Tanyakan apakah berat badan klien naik atau turun dan beri tanda sesuai hasil. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, apabila ada beri tanda di kotak ya, dan apabila tidak beri tanda di kotak tidak.
- d. Kaji lebih lanjut tentang sistem dan fungsi organ serta jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.

e. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

## 5. Psikososial

### a. Genogram

Buat genogram 3 generasi dan jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh..

### b. Konsep diri

1) Citra tubuh adalah kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk persepsi masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi, yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan persepsi dan pengalaman yang baru. Hal-hal yang perlu dikembangkan dalam citra tubuh pasien adalah sebagai berikut: a. Berat badan; b. Tinggi badan; c. Bentuk tubuh; d. Tanda-tanda pertumbuhan sekunder. Banyak faktor dapat yang mempengaruhi gambaran diri seseorang, seperti, munculnya stresor yang dapat mengganggu integrasi gambaran diri. Stresor-stresor tersebut dapat berupa: Operasi; Kegagalan fungsi tubuh; Waham yang berkaitan dengan bentuk dan fungsi tubuh; Tergantung pada mesin (pengobatan penyakit); Perubahan tubuh; Umpan balik interpersonal yang negatif; Standard sosial budaya (Sarfika, 2018).

2) Identitas diri, tanyakan tentang :

a) Status dan posisi klien sebelum di rawat

b) Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok)

- c) Kepuasan klien sebagai laki-laki / perempuan
- 3) Peran, tanyakan tentang :
  - a) Tugas / peran yang diemban dalam keluarga / kelompok / masyarakat.
  - b) Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas / peran tersebut
- 4) Ideal diri, tanyakan tentang :
  - a) Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/ peran
  - b) Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat)
  - c) Harapan klien terhadap penyakitnya
- 5) Harga diri, tanyakan tentang :
  - a) Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi gangguan citra tubuh
  - b) Penilaian / penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.
- 6) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
- c. Hubungan sosial
  - 1) Tanyakan kepada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan
  - 2) Tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang didikutinya dalam masyarakat.
  - 3) Tanyakan kepada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok di masyarakat
  - 4) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- d. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan : Tanyakan tentang :
    - a) Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut
    - b) Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa
  - 2) Kegiatan ibadah, tanyakan tentang :
    - a) Kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok
    - b) Pendapat klien / keluarga tentang kegiatan ibadah.
  - 3) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data..
- e. Status mental
- 1) Penampilan (data ini dapat melalui hasil observasi perawat / keluarga)
    - a) Penampilan tidak rapi. Apabila dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi, misalnya rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak di kunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.
    - b) Penggunaan pakaian tidak sesuai, misalnya pakaian dalam dipakai di luar baju.
    - c) Cara berpakaian tidak seperti biasanya, tidak sesuai dengan waktu, tempat, identitas, dan situasi/ kondisi.
    - d) Jelaskanlah hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain, yang tidak tercantum.
    - e) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
  - 2) Pembicaraan

- a) Amati pembicaraan klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, dan / atau lambat.
  - b) Apabila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain dan tidak ada kaitannya, beri tanda pada kotak inkoheren.
  - c) Jelaskanlah hal-hal yang tidak tercantum.
  - d) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- 3) Aktivitas motorik (data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga)
- a) Lesu, tegang, dan gelisah yang tampak jelas.
  - b) Agitasi (gerakkan motorik yang menunjukkan kegelisahan )
  - c) Tik (gerakkan-gerakan kecil yang tidak terkontrol pada otot muka)
  - d) Grimasen (gerakan otot muka yang berubah- ubah dan tidak dapat di kontrolkan oleh klien )
  - e) Tremor (jari-jari tampak gemetar ketika klien mengulurkan tangan dan merentangkan jari-jari)
- 4) Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.
- a) Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
  - b) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

- 5) Alam perasaan (data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga)
  - a) Sedih, putus asa, gembira berlebihan yang tampak jelas.
  - b) Ketakutan (objek yang ditakuti sudah jelas)
  - c) Khawatir (objeknya belum jelas)
  - d) Jelaskan kondisi klien yang tidak tercantum.
  - e) Masalah keperawatan ditulis sesuai data.
- 6) Afek (data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga).
  - a) Datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulasi yang menyenangkan atau menyedihkan ).
  - b) Tumpul (hanya bereaksi bila ada stimulasi emosi yang kuat).
  - c) Labil (emosi berubah dengan cepat).
  - d) Tidak sesuai (emosi tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulasi yang ada).
  - e) Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
  - f) Masalah kepearwatan ditulis sesuai dengan data.
- 7) Interaksi selama wawancara (data ini didapatkan malalui hasil wawancara dan observasi perawat / keluarga)
  - a) Bermusuhan, tidak kooperatif, dan mudah tersinggung telah tampak jelas.
  - b) Kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara)
  - c) Defensif (selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya).

- d) Curiga (menunjukkan sikap/ perasaan tidak percaya pada orang lain)
  - e) Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
  - f) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- 8) Persepsi
- a) Jenis-jenis halusinasi sudah jelas; penghidu sama dengan pengciuman
  - b) Jelaskan isi halusinasi, frekuensi gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi, dan perasaan klien terhadap halusinasinya.
  - c) Masalah keperawatan sesuai dengan data
- 9) Proses pikir (data diperoleh dari observasi ketika wawancara )
- a) Sirkumstansial (pembicaraan yang berbelit-belit, tetapi sampai pada tujuan pembicaraan).
  - b) Tangensial (pembicaraan yang berbelit-belit, tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan)
  - c) Kehilangan asosiasi (pembicaraan tidak memiliki hubungan antara satu kalimat dan kalimat lainnya, serta klien tidak menyadarinya.
  - d) Flight of ideas (pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan).
  - e) Blocking (pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali).
  - f) Perseverasi (pembicaraan yang diulang berkali-kali).
  - g) Jelaskan apa yang dikatakan klien ketika wawancara.

h) Masalah keperawatan sesuai dengan data.

10) Isi pikir (data didapatkan melalui wawancara).

a) Obses (pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya).

b) Fobia (ketakutan yang patologis / tidak logis terhadap objek/situasi tertentu).

c) Hipokondria (keyakinan terhadap adanya gangguan pada organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada).

d) Depersonalisasi (perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang, atau lingkungan).

e) Ide yang terkait (keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan, bermakna, dan terkait pada dirinya).

f) Pikiran magis (keyakinan klien tentang kemampuannya untuk melakukan hal-hal yang mustahil / diluar kemampuannya).

g) Waham

(1) Agama (keyakinan klien yang berlebihan terhadap suatu agama dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).

(2) Somatik (keyakinan klien tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataannya).

(3) Kebesaran (keyakinan klien yang berlebihan terhadap kemampuannya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan ).

- (4) Curiga (keyakinan klien bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
- (5) Nihilistik (keyakinan klien bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/ meninggal dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
- (6) Waham yang bizar:
- (7) Sisip pikir (keyakinan klien bahwa ada ide/ pikiran orang lain yang disisipkan dalam pikirannya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
- (8) Siar pikir (keyakinan klien bahwa orang lain mengetahui apa yang dipikirkannya, walaupun dia tidak mengatakan kepada orang tersebut, dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
- h) Kontrol pikir (keyakinan klien bahwa pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar).
- i) Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.
- j) Masalah keparawatan sesuai dengan data.
- 11) Tingkat kesadaran (data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi klien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara).
- a) Bingung (tampak bingung dan kacau).

- b) Sedasi (pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar).
  - c) Stupor (gangguan motorik, seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama, tetapi klien menyadari semua yang terjadi di lingkungan).
  - d) Orientasi waktu, tempat dan orang cukup jelas.
  - e) Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait dengan hal-hal di atas.
  - f) Masalah keperawatan sesuai dengan data.
  - g) Jelaskan apa yang dikatakan klien pada saat wawancara.
- 12) Memori (data yang diperoleh melalui wawancara)
- a) Gangguan daya ingat jangka panjang (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan).
  - b) Gangguan daya ingata jangka pendek (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir).
  - c) Gangguan daya ingat saat ini (tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi).
  - d) Konfabolasi (pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya).
  - e) Jelaskan sesuai dengan data terkait.
  - f) Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- 13) Tingkat konsentrasi dan berhitung (data diperoleh melalui wawancara)

- a) Mudah dialihkan (perhatian klien mudah berganti dari satu objek ke objek lain).
  - b) Tidak mampu berkonsentrasi (klien selalu meminta agar pertanyaan diulang/ tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan).
  - c) Tidak mampu berhitung (tidak dapat melakukan penambahan/ pengurangan pada benda-benda nyata).
  - d) Jelaskan sesuai dengan data terkait.
  - e) Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- 14) Kemampuan penilaian.
- a) Gangguan kemampuan penilaian ringan (dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh: berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan).
  - b) Gangguan kemampuan penilaian bermakna (tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh: berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi. Setelah diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan).
  - c) Jelaskan sesuai dengan data terkait.
  - d) Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- 15) Daya tilik diri (data diperoleh melalui wawancara)

- a) Mengingkari penyakit yang diderita: tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
- b) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya (menyalahkan orang lain/ lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini).
- c) Jelaskan dengan data terkait.
- d) Masalah keperawatan sesuai dengan data.

(Sarfika, 2018)

f. Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan

- a) Observasi dan tanyakan tentang: frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/ tidak suka/ pantang), dan cara makan.
- b) Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) Defekasi/ berkemih

- a) Observasi kemampuan klien untuk defekasi/ berkemih.
- b) Pergi ke WC, menggunakan dan kemudian membersihkannya.
- c) Membersihkan diri dan merapikan pakaian.

3) Mandi

- a) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot dan rambut).
- b) Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.

4) Berpakaian

- a) Observasi kemampuan klien untuk mengambil, memilih dan mengenakan pakaian serta alas kaki.
  - b) Observasi penampilan dan dandanan klien.
  - c) Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
  - d) Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien, seperti mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.
- 5) Istirahat dan tidur
- Observasi dan tanyakan tentang:
- a) Lama dan waktu tidur siang/ malam.
  - b) Persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, mencuci kaki, dan bedoa.
  - c) Aktifitas sesudah tidur, mandi/ cuci muka, dan menyikat gigi.
- 6) Penggunaan obat
- a) Observasi dan tanyakan kepada klien serta keluarga tentang:
  - b) Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian.
  - c) Reaksi obat.
- 7) Pemeliharaan kesehatan
- Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:
- a) Apa, bagaimana, kapan, dan tempat perawatan lanjutan.
  - b) Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.
- 8) Aktifitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam:

- a) Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan.
  - b) Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel).
  - c) Mencuci pakaian sendiri.
  - d) Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.
- 9) Aktifitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien:

- a) Belanja untuk keperluan sehari-hari.
  - b) Melakukan perjalanan mandiri, yaitu dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.
  - c) Aktifitas lain yang dilakukan di luar rumah (bayar listrik/ telepon/ air, kantor pos dan bank).
  - d) Jalaskan data terkait
  - e) Masalah keperawatan ditulis dengan data.
- g. Mekanisme Koping

Data didapat melalui wawancara pada klien atau pada keluarganya.

Beri tanda  $\checkmark$  pada kotak koping yang dimiliki klien, baik adaptif maupun maladaptif.

- h. Masalah Psikologis dan Lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya.

Untuk setiap masalah yang dimiliki klien, berikan uraian spesifik, singkat, dan jelas.

i. Pengetahuan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien. Untuk setiap poin yang dimiliki klien, simpulkan dalam masalah

j. Aspek Medis

1) Tuliskan diagnosa medis klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat.

2) Tuliskan obat-obat klien saat ini, baik obat fisik maupun psikofarmaka dan terapi lain

(Sarfika, 2018)

1.2.3.2 Analisis Data

Analisa data adalah penafsiran data ke dalam permasalahan atau diagnose spesifik yang sudah diidentifikasi oleh keluarga

Diagnosa: gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan perubahan struktur tubuh post mastektomi

1. Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh

b. Objektif

1) Kehilangan bagian tubuh

2) Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

2. Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

1) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh

2) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh

- 3) Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain
- 4) Mengungkapkan perubahan gaya hidup

b. Objektif

- 7) Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
- 1) Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
- 2) Fokus berlebihan perubahan tubuh
- 3) Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh
- 4) Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
- 5) Hubungan sosial berubah

### 1.2.3.3 Rencana Keperawatan

Penatalaksanaan merupakan rencana asuhan keperawatan yang dapat terwujud dari kerjasama antara perawat dan dokter untuk melaksanakan rencana asuhan yang menyeluruh dan kolaboratif.

**Tabel 1. 1 Intervensi Keperawatan Gangguan Citra Tubuh**

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Gangguan Citra Tubuh</b>	<b>Citra Tubuh</b>	<b>Promosi Citra Tubuh (I. 09035)</b>
<b>D.0083</b>	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan citra tubuh meningkat.	4. Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>f. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>g. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh</li> <li>h. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</li> <li>i. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>j. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ol>
<b>Pengertian :</b>	Kriteria Hasil:	
<b>Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melihat bagian tubuh meningkat</li> <li>b. Menyentuh bagian tubuh meningkat</li> <li>c. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh menurun</li> <li>d. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh menurun</li> <li>e. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</li> <li>f. Verbalisasi kekhawatiran</li> </ol>	5. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>g. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</li> <li>h. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
	<p>pada penolakan/reaksi orang lain menurun</p> <p>g. Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun</p> <p>h. Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun</p> <p>i. Menunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun</p> <p>j. Fokus pada bagian tubuh menurun</p> <p>k. Fokus pada penampilan masa lalu menurun</p> <p>l. Fokus pada kekuatan masa lalu menurun</p> <p>m. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik</p> <p>n. Hubungan sosial membaik</p>	<p>harga diri</p> <p>i. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan</p> <p>j. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan)</p> <p>k. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis</p> <p>l. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>6. Edukasi</p> <p>h. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>i. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh</p> <p>j. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis: pakaian, wig, kosmetik)</p> <p>k. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya)</p> <p>l. Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>m. Latih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan)</p> <p>n. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok</p>

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI, 2019; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

#### 1.2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai

diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan sesuai Promosi Citra Tubuh (Irwan et al., 2021).

### 1. Observasi

- a. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
- b. Mengidentifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh
- c. Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial
- d. Melakukan monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
- e. Melakukan monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah

### 2. Terapeutik

- m. Mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
- n. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
- o. Mendiskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan
- p. Mendiskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan)
- q. Mendiskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
- r. Mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh

### 3. Edukasi

- o. Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh
- p. Mengajukan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh
- q. Mengajukan menggunakan alat bantu (mis: pakaian, wig, kosmetik)
- r. Mengajukan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya)
- s. Melatih fungsi tubuh yang dimiliki
- t. Melatih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan)

- a. Melatih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

#### 1.2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Evaluasi harus dilakukan terus menerus setelah dilakukannya Tindakan keperawatan untuk mengetahui respon dan perkembangan pasien.

1. Perawat pun mempunyai tiga alternative dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai :

- a. Berhasil : perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan .
- b. Tercapai sebagian : pasien telah menunjukkan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.
- c. Belum tercapai : pasien belum mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang telah diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan. Agar memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau membuat perkembangan pasien maka digunakan

2. Format evaluasi keperawatan menggunakan SOAP :

- a. S : Subjektif data berisi tentang keluhan yang dirasakan dan informasi yang dilaporkan oleh pasien maupun keluarga
- b. O: Objektif data mencakup data yang diukur/dikaji secara objektif oleh tenaga medis
- c. A : Assessment/ penilaian mencakup analisis dan interpretasi data yang telah dikumpulkan

- d. P : Perencanaan mencakup rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien
3. Ada pun hal-hal yang di evaluasikan pada klien dengan gangguan citra tubuh adalah :
    - a. Klien dapat menerima perubahan tubuh yang terjadi
    - b. Klien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
    - c. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dikerjakan
    - d. Klien dapat melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
    - e. Klien dapat membuat jadwal kegiatan harian
    - f. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Karya ilmiah akhir Ners ini dibuat untuk memberikan analisis terkait penerapan asuhan keperawatan dengan Promosi citra tubuh pada klien post op Ca Mammae dengan gangguan citra tubuh di RSUD Bangil Pasuruan.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis masalah kesehatan jiwa klien post op Ca Mammae dengan gangguan citra tubuh di RSUD Bangil Pasuruan
2. Menganalisis pelaksanaan penerapan Promosi citra tubuh pada klien post op Ca Mammae dengan gangguan citra tubuh di RSUD Bangil Pasuruan.

3. Mengevaluasi hasil pemberian asuhan keperawatan penerapan Promosi citra tubuh klien post op Ca Mammæ dengan gangguan citra tubuh pada di RSUD Bangil Pasuruan.

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan dan sebagai bahan pembelajaran dalam melakukan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan penerapan Promosi citra tubuh pada klien dengan masalah keperawatan gangguan citra tubuh.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat bermanfaat sebagai informasi untuk menciptakan mutu pelayanan yang lebih professional dengan pengetahuan perawat yang tinggi, serta perawat mampu melaksanakan intervensi keperawatan secara mandiri di komunitas.

2. Bagi Penelitian Keperawatan

Dapat dijadikan sebagai *evidence based* tentang penerapan Promosi citra tubuh pada klien Post Op Ca Mammæ sebagai terapi Promosi citra tubuh dalam untuk mengatasi masalah gangguan citra tubuh.