

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai beberapa konsep dasar, meliputi 1) konsep dasar Kanker, 2) konsep dasar Gangguan Citra Tubuh, 3) Konsep asuhan keperawatan Gangguan Citra Tubuh.

2.1 Konsep Dasar Kanker

2.1.1. Definisi Kanker

Kanker adalah penyakit yang dapat menyerang dan muncul akibat pertumbuhan tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker dalam perkembangannya (Lubis, 2009). Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang tidak normal, berkembang dengan cepat, tidak terkendali dan terus membelah diri (Indah, 2010).

Kanker atau tumor ganas terjadi akibat adanya pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang tidak normal, disebabkan neoplasia, displasia, dan hiperplasia. Neoplasia adalah kondisi sel yang terdapat pada jaringan berproliferasi secara tidak normal dan invasif, dysplasia yaitu kondisi sel yang tidak berkembang normal dengan indikasi adanya perubahan pada nucleus (inti sel), hyperplasia merupakan kondisi sel normal pada jaringan mengalami pertumbuhan berlebihan (Ariani, 2015).

2.1.2. Etiologi

- a. Lingkungan, sosial

- b. Fisik: radiasi, perlukaan/lecet
- c. Kimia: makanan, industri, farmasi, rokok
- d. Genetik: payudara, uterus
- e. Virus: umumnya pada binatang (Padila, 2013)

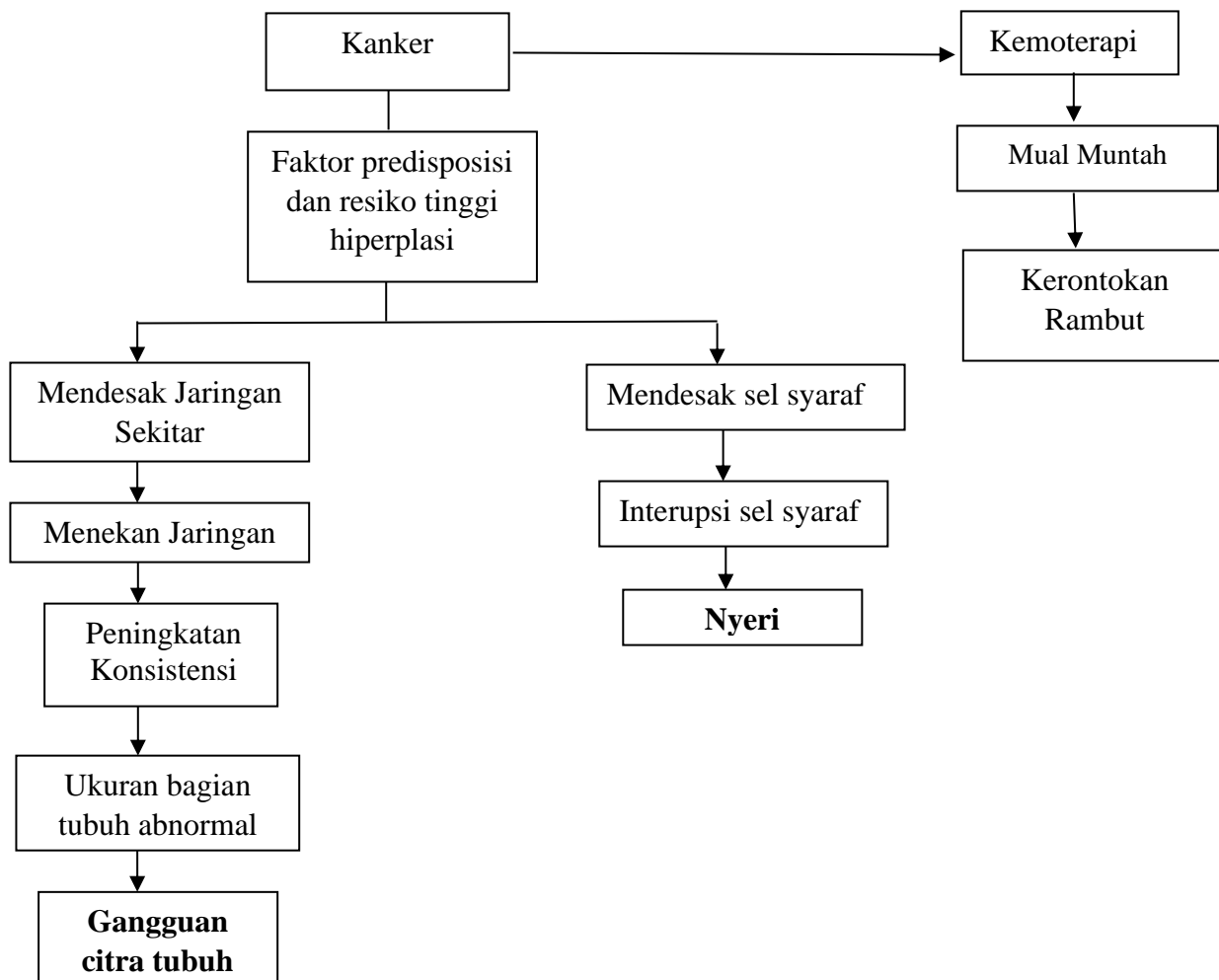
2.1.3. Patofisiologi

Neoplasma merupakan pertumbuhan baru. Menurut seorang ankolog dari Inggris menamakan neoplasma sebagai massa jaringan yang abnormal, tumbuhan berlebih, dan tidak terkoordinasi dengan jaringan yang normal, dan selalu tumbuh meskipun rangsangan yang menimbulkan sudah hilang. Poliferasi neoplastik menimbulkan massa neoplasma sehingga menimbulkan pembengkakan atau benjolan pada jaringan tubuh, sehingga terbentuknya tumor. Istilah tumor digunakan untuk pembengkakan oleh sembab jaringan atau perdarahan. Tumor dibedakan menjadi dua yaitu jinak dan ganas. Jika tumor ganas dinamakan kanker (Padila, 2013).

Sel abnormal membentuk sebuah kelompok dan mulai berproliferasi secara abnormal, membiarkan sinyal pengatur pertumbuhan dilingkungan sekitarnya sel. Sel mendapatkan karakteristik invasif sehingga terjadi perubahan jaringan sekitar. Sel menginfiltrasi jaringan dan memperoleh akses kelimfe dan pembuluh darah, yang membawa sel ke area tubuh yang lain. Kejadian ini dinamakan metastasis (kanker menyebar ke bagian tubuh yang lain). Sel-sel kanker disebut neoplasma ganas/maligna dan diklasifikasikan serta diberi nama berdasarkan tempat jaringan yang tumbuhnya sel kanker tersebut. Kegagalan sistem imun untuk

menghancurkan sel abnormal secara cepat dan tepat tersebut menyebabkan sel-sel tumbuh menjadi besar untuk dapat ditangani dengan menggunakan imun yang normal. Kategori agens atau faktor tertentu yang berperan dalam karsinomagenesis (transformasi maligna) mencakup virus dan bakteri, agens fisik, agens kimia, faktor genetik atau familial, faktor diet, dan agens hormonal (Suddarth, 2016).

2.1.4 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Kanker

Sumber: Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnose medis dan NANDA NIC-NOC (Amin Huda Nurarif, 2015)

2.1.5 Jenis atau Lokasi Kanker

1. Kanker Payudara

Merupakan gangguan patologis yang dimulai karena adanya perubahan gangguan genetik pada sel tunggal dan membutuhkan waktu beberapa tahun untuk dapat dipalpsi. Faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya kanker payudara yaitu gender (wanita) dan usia lanjut, adanya kanker payudara sebelumnya, riwayat keluarga: memiliki kerabat yang memiliki derajat satu yang menderita kanker payudara (ibu, saudara perempuan, anak perempuan) (Suddarth, 2016).

2. Kanker Kolon rektum

Merupakan neoplasma viseral terbanyak kedua. Faktor risiko yang mempengaruhi usia lebih dari 40 tahun, makanan (lemak hewani berlebihan, terutama sapi, dan serat rendah), penyakit lain disaluran pencernaan (Wilkins, 2011).

3. Kanker Laring

Tumor berada di pita suara sejati dan cenderung tidak menyebar karena jaringan ikat yang mendasari kekurangan nodus limfe, yang ditandai dengan suara parau yang berlangsung lebih dari 3 hari (Wilkins, 2011).

4. Kanker Paru

Kanker ini biasanya berkembang di dinding atau epitelium pohon bronkial. Yang ditandai pada stadium awal tidak ada, sedangkan pada

stadium lanjut berupa nyeri dada, batuk, demam, suara parau, nyeri bahu, berat badan menurun, bunyi menciut (Wilkins, 2011).

5. Kanker Leukimia

Merupakan proliferasi ganas prekursor sel darah putih (white blood cell (WBC)) disusut tulang dan akumulasi didarah perifer, sumsum tulang, dan jaringan tubuh (Wilkins, 2011).

6. Kanker Pankreas

Merupakan gangguan gastrointestinal yang mematikan yang berkembang secara cepat. Yang disebabkan karena merokok dan faktor risiko yang mempengaruhi yaitu diabetes mellitus, pankreatitis akut, penyalahgunaan alkohol (Wilkins, 2011).

7. Kanker Prostat

Merupakan neoplasma terbanyak kedua yang ditemukan pada pria berusia 50 tahun keatas. Kebanyakan sarkoma berasal dari kelenjar prostat posterior, sedangkan yang lainnya dari ureter, yang ditandai dengan kesulitan berkemih, hematuria, anuria, retensi urine (Wilkins, 2011).

8. Kanker Gaster

Terjadi umumnya pada pria yang berusia lebih dari 40 tahun. Yang disebabkan karena gastritis, inflamasi lambung kronis, ulser gastritis, atrofi gastrik. Dan ditandai dengan distensi abdominal, ketidaknyamanan gastrik kronis, disfagia, darah ditinja, muntah berat,

berat badan turun, anoreksia, merasa penuh setelah makan, anemia dan letih (Wilkins, 2011).

9. Kanker Ovarium

Merupakan penyebab utama kematian akibat kanker ginekologi. Faktor resiko yang mempengaruhi yaitu riwayat kanker payudara, riwayat keluarga yang menderita kanker ovarium, usia lanjut, peritas rendah dan obesitas. Yang ditandai dengan peningkatan lingkaran abdomen, tekanan panggul, kembung, nyeri punggung, konstipasi, nyeri abdomen, urgensi kemih, peningkatan ukuran pinggang, nyeri tungkai, dan nyeri panggul (Suddarth, 2016).

10. Kanker Serviks

Merupakan kanker yang paling umum ketiga disistem reproduksi wanita dan diklasifikasikan sebagai preinvasif atau invasif, yang ditandai pada stadium awal yaitu kemungkinan perdarahan vaginal abnormal, keluaran persisten dari vagina dan nyeri pada stadium lanjut terjadi nyeri pelvis, kebocoran vaginal berupa urine dan tinja dari fistula, anoreksia, berat badan turun dan anemia (Wilkins, 2011).

11. Kanker Kandung kemih

Terjadi pada penderita yang berusia lebih dari 55 tahun yang banyak dialami oleh pria. Biasanya muncul didasar kandung kemih dan mengenai lubang ureter serta leher kandung kemih. Yang ditandai hematuria dan tidak nyeri, terjadi infeksi saluran kemih dan

urgensi/desakan berkemih, perubahan urine, nyeri panggul atau punggung karena adanya metastase (Suddarth, 2016).

2.1.6 Manifestasi Klinik

- a. Sel-sel kanker menyebar dari satu organ atau bagian tubuh yang lain melalui invasi dan bermetastase. Sehingga manifestasinya sesuai organ atau tubuh yang terkena.
- b. Kanker menyebabkan anemia, kelemahan, penurunan berat badan (disfagia (kesulitan menelan), anoreksia, sumbatan), dan nyeri (seringkali distadium akhir).
- c. Gejala disebabkan oleh penghancuran jaringan dan penggantian oleh jaringan kanker nonfungsional atau jaringan yang sangat produktif (misalnya gangguan sumsum tulang dan anemia atau kelebihan produksi steroid adrenal), tekanan pada struktur sekitar, peningkatan kebutuhan metabolik, dan gangguan produksi sel-sel darah (Suddarth, 2016).

2.1.7 Pengobatan Kanker

- a. Pembedahan

Sangat efektif bila dilakukan pada penderita kanker stadium awal sehingga mempunyai peluang sembuh.

- b. Kombinasi

Pengobatan kombinasi memadukan antara kemoterapi radioterapi dan pembedahan

c. Radiasi

Penyinaran bertujuan untuk menghancurkan jaringan yang terkena kanker

d. Kemoterapi

Pengobatan kemoterapi bertujuan menjangkau sel-sel kanker yang menyebar ke bagian tubuh lain dengan cara menghambat dan mengontrol pertumbuhan sel kanker (Ariani, 2015).

2.2 Kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi yang melibatkan penggunaan zat kimia ataupun obat-obatan dalam penggunaan kanker. Kemoterapi konvensional bekerja dengan cara menghancurkan struktur atau metabolisme dari sel-sel kanker (Ariani, 2015).

2.2.1 Macam-macam Kemoterapi

Dalam melakukan kemoterapi, secara klinis harus dipertimbangkan hal-hal berikut ini yaitu:

a. Tentukan tujuan terapi

Kemoterapi memiliki beberapa tujuan berbeda, yaitu kemoterapi kuratif, kemoterapi adjuvant, kemoterapi neoadjuvant, kemoterapi investigatif

b. Penggunaan obat secara rasional

Dalam keadaan biasa, kemoterapi sistemik menggunakan jalur intravena, intensitas dosis obat merupakan faktor terpenting efektivitas obat, peningkatan intensitas dosis selain meningkatkan efektivitas juga membawa efek toksik lebih besar (seperti: mual muntah hebat, demam dan perdarahan)

c. Mengatasi resistensi obat

Resistensi obat merupakan sebab utama kegagalan kemoterapi, penyebab timbulnya resistensi obat bervariasi, obat berbeda memiliki mekanisme yang berbeda pula (Hidayat, 2013).

Macam-macam Kemoterapi seperti:

1. Terapi adjuvant adalah kemoterapi yang diberikan setelah operasi dapat sendiri atau bersama radiasi dan bertujuan untuk membunuh sel yang telah bermetastase dan meningkatkan kontrol lokal. Indikasi pemberian terapi adjuvant yaitu bila setelah mendapat terapi utamanya yang maksimal, ternyata:
 - a) Kanker masih ada, dimana biopsi masih positif
 - b) Kemungkinan besar kanker masih ada, meskipun tidak ada bukti secara makroskopis
 - c) Pada tumor dengan derajat keganasan tinggi
2. Terapi neoadjuvan yaitu kemoterapi yang diberikan sebelum operasi atau radioterapi, tujuannya untuk mengecilkan massa tumor sehingga setelah tumor mengecil akan lebih mudah

ditangani dengan radiasi. Pemberian terapi neoadjuvan dilakukan dalam 2-3 siklus yang diberikan setiap 3 minggu dengan syarat bila adanya respon terhadap kemoterapi.

3. Kemoterapi primer digunakan sendiri dalam penatalaksanaan tumor, yang kemungkinan kecil untuk diobati, dan kemoterapi digunakan untuk mengontrol gejalanya
4. Kemoterapi investigative merupakan uji klinis dengan regimen kemoterapi baru, untuk menemukan obat atau regimen baru dengan efektivitas tinggi, toksisitas rendah (Hidayat, 2013)
5. Kemoterapi kombinasi menggunakan dua atau lebih agen kemoterapi
6. Kemoterapi sebagai terapi paliatif yaitu hanya bersifat mengendalikan pertumbuhan tumor dan bukan untuk menyembuhkan atau memberantas habis sel kankernya. Terapi ini biasanya dilakukan pada pasien stadium lanjut dimana kanker sudah menyebar ke organ lain dalam tubuh (Ariani, 2015). Kemoterapi paliatif diberikan pada pasien kanker dalam stadium lanjut, dan hanya dapat berperan mengurangi gejala, memperpanjang waktu survival. Dalam hal ini dokter harus mempertimbangkan keuntungan dan kerugian yang dibawa kemoterapi pada diri pasien, menghindari kemoterapi yang terlalu kuat hingga kualitas hidup pasien menurun atau memperparah perkembangan penyakitnya (Hidayat, 2013).

7. Kemoterapi kuratif diberikan terhadap pasien tumor sensitif yang kurabel (seperti: leukemia limfositik akut, limfoma maligna, kanker testis, karsinoma sel kecil paru), kemoterapi kuratif harus memakai formula kemoterapi kombinasi yang terdiri atas obat dengan mekanisme kerja berbeda, efek toksik berbeda dan masing-masing efektif bila digunakan secara tersendiri, diberikan dengan banyak siklus untuk setiap obat dalam formula tersebut diupayakan memakai dosis maksimum yang bisa ditoleransi tubuh. Masa interval sedapat mungkin diperpendek agar tercapai pembasmian total sel kanker dalam tubuh (Hidayat, 2013).

2.2.2 Cara pemberian Kemoterapi

a. Pemberian peroral

Beberapa jenis kemoterapi telah dikemas untuk pemberian peroral diantaranya adalah chlorambucil dan etoposide (VT-16)

b. Pemberian secara intramusculus

Pemberian dengan cara ini relative lebih mudah dan sebaiknya suntikan tidak diberikan pada lokasi yang sama dengan pemberian 2-3× berturut-turut. Yang dapat diberikan secara intramusculus antara lain bleomicin dan methotrexate

c. Pemberian secara intravena

Dapat diberikan secara bolus perlahan-lahan atau diberikan secara infus/drip. Cara ini merupakan cara pemberian kemoterapi yang paling umum dan banyak digunakan

d. Pemberian secara intraarteri

Pemberian ini jarang dilakukan karena butuh sarana yang cukup banyak, antara lain: alat radiologi diagnostic, mesin, atau alat filter serta ketrampilan sendiri

e. Pemberian secara intraperitoneal

Cara ini jarang dilakukan karena membutuhkan alat khusus atau kateter intraperitoneal serta kelengkapan kamar operasi karena pemasangan perlu narkose. Kemoterapi biasanya diberikan dalam siklus dalam interval 3-4 minggu dalam periode 4-6 bulan (Ariani, 2015).

2.2.3 Persiapan dan syarat kemoterapi

a. Persiapan kemoterapi

- 1) Pemeriksaan darah tepi: Hb, leukosit, hitung jenis, trombosit
- 2) Fungsi hepar: bilirubin, SGOT, SGPT, alkali fosfatase
- 3) Fungsi ginjal: ureum, kreatinin, dan creatinin clearance test (bila serum kreatinin meningkat)
- 4) Audiogram (terutama pemberian cis-platinum)
- 5) EKG (terutama pemberian Adriamycin, epirubicin)

b. Syarat kemoterapi

- 1) Keadaan umum cukup baik
- 2) Penderita mengerti tujuan pengobatan dan mengetahui efek samping yang akan terjadi
- 3) Faal ginjal dan hati baik
- 4) Diagnosis hispatologik
- 5) Jenis kanker diketahui cukup sensitive terhadap kemoterapi
- 6) Riwayat pengobatan (radioterapi atau kemoterapi sebelumnya)
- 7) Pemeriksaan laboratorium menunjukkan, Hb>10g%, leukosit>5000/mm³, trombosit>150.000mm³ (Rasjidi, 2007)

2.2.4 Efek samping kemoterapi

Efek samping kemoterapi secara fisik dan psikologis, meliputi:

1) Dampak kemoterapi secara fisik:

a) Mual dan muntah

Faktor pemicu mual dan muntah dapat dipicu oleh selera, bau, pikiran dan kecemasan terkait dengan kemoterapi

b) Konstipasi

Konstipasi terjadi kurang lebih selama satu minggu. Faktor penyebabnya yaitu penggunaan analgesik opioid, berkurangnya intake makanan dan minuman, mobilitas

yang berkurang, usia lanjut terkait kondisi keganasan kanker itu sendiri

c) Neuropati perifer

Neuropati perifer adalah gejala yang disebabkan oleh kerusakan saraf yang lebih jauh dari otak dan sumsum tulang belakang. Neuropati perifer terjadi setiap saat setelah pengobatan dimulai dan semakin parah seiring berjalannya pengobatan. Faktor yang mempengaruhi diantaranya usia, intensitas kemoterapi, dosis obat, durasi pemberian kemoterapi

d) Toksisitas kulit

Efek samping pemberian obat kemoterapi tertentu dapat menggelapkan warna kulit sepanjang vena, dapat juga berupa eritema atau garis hiperpigmentasi yang menyebar di sepanjang vena superfisial. Toksisitas kulit tidak mengancam kehidupan tetapi memperburuk kualitas hidup pasien

e) Alopecia (kerontokan rambut)

Kerontokan rambut mulai terjadi 2 hingga 4 minggu dan akan selesai 1 sampai 2 bulan setelah kerontokan, kerontokan bisa terjadi sebagian atau lengkap. Bagian tubuh lain yang mengalami kerontokan yaitu bagian ketiak, alis dan kemaluan

f) Penurunan berat badan

Penurunan berat badan terjadi karena beberapa faktor diantaranya adalah penurunan nafsu makan, mual dan muntah, dan mukositis. Sebagian besar pasien kemoterapi mengalami penurunan sebanyak 5% dari berat badan sebelum menjalani kemoterapi

g) Penurunan nafsu makan

Penurunan nafsu makan terkait kanker dapat terjadi karena sinyal rasa lapar yang berasal dari hipotalamus berkurang dan sinyal kenyang yang dihasilkan oleh melacortins diperkuat. Pada pasien kemoterapi penurunan nafsu makan juga dipengaruhi oleh rasa mual dan perubahan sensasi rasa.

h) Fetigue (kelelahan)

Rasa lelah terjadi selama 1 sampai 2 minggu setelah pemberian kemoterapi, kelelahan dapat terjadi karena kebutuhan nutrisi yang kurang sehingga kebutuhan energi didalam tubuh tidak tercukupi, pada pasien kemoterapi terjadi penurunan nafsu makan sehingga kebutuhan energi dalam tubuh tidak dapat tercukupi

i) Perubahan rasa

Pada pasien kemoterapi sering mengeluh perubahan daam persepsi rasa, dan banyak dikeluhkan rasa pahit atau

rasa metal. Kualitas rasa juga berkurang yang dideskripsikan sebagai rasa tidak enak dimulut atau mual. Faktor yang berpengaruh karena kurangnya perawatan mulut, infeksi, gastrointestinal reflux

j) Nyeri

Rasa nyeri timbul dibagian perut bawah dan punggung, terjadi secara hilang timbul, dapat diperberat oleh aktifitas fisik yang berat, setelah kemoterapi selesai nyeri akan berkurang (Ambarwati, 2013).

2) Dampak psikologis kemoterapi, diantaranya:

a) Cemas

Kecemasan pada pasien kemoterapi dipengaruhi oleh beberapa faktor, bisa karena faktor internal maupun eksternal

1. Faktor internal diantaranya: kemampuan beradaptasi, keyakinan akan kemampuan mengontrol situasi, jenis kelamin dan kepribadian, pengalaman individu dengan situasi yang dialami, pengetahuan pasien mengenai berbagai hal tentang kanker dan prosedur pengobatan
2. Faktor eksternal diantaranya: adanya ancaman fisik dan harga diri dan tingkat keparahan penyakit (Oetami, 2014).

b) Merasa ketidakberdayaan

Pada pasien kemoterapi ketidakberdayaan dapat berupa gangguan emosi, misalnya menangis karena teringat akan penyakit yang dideritanya (Oetami, 2014).

c) Harga diri rendah

Pada pasien kemoterapi dampak psikologis harga diri berupa rasa malu dan rasa pesimis dalam menjalani kehidupan dikarenakan efek kemoterapi yang merubah kondisi fisiologis tubuhnya (Oetami, 2014).

d) Stress dan amarah

Stress dan marah pada pasien kemoterapi timbul karena adanya rasa tidak suka terhadap efek pengobatan yang dirasakannya (Oetami, 2014).

2.3 Konsep Gangguan Citra Tubuh

2.3.1 Definisi

Citra tubuh adalah jumlah dari sikap sadar dan bawah sadar seseorang terhadap tubuh sendiri (Stuart, 2013). Gangguan citra tubuh adalah persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan obyek yang sering kontak dengan tubuh (Lilik Ma'rifatul Azizah, 2016). Gangguan tersebut diakibatkan kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik (Muhith, 2015).

Pada pasien yang mengalami gangguan citra tubuh, ia akan mempersepsikan tubuhnya tersebut memiliki kekurangan dan

ia tidak dapat menjaga integritas tubuhnya sehingga ketika berhubungan dengan lingkungan sosial ia akan merasa rendah diri. Misalnya pada pasien yang dirawat dirumah sakit umum, perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi karena terjadinya perubahan struktur tubuh karena tindakan invasif, penyuntikan, pemasangan alat kesehatan dan lainnya (Muhith, 2015).

2.3.2 Etiologi

a. Faktor Predisposisi

- 1) Biologi Harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai karena dirawat atau sakit. Stresor fisik atau jasmani yang lain seperti suhu dingin atau panas, rasa nyeri atau sakit, kelelahan fisik, lingkungan yang tidak memadai.
- 2) Psikolog Penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis. Stressor lainnya adalah konflik, tekanan, krisis dan kegagalan.
- 3) Sosio kultural

Faktor sosio kultural yang mempengaruhi seperti peran, gender, tuntutan peran kerja, harapan peran budaya, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan struktur sosial.

- 4) Perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh.
- 5) Proses patologik penyakit dan dampaknya terhadap struktur maupun fungsi tubuh.
- 6) Prosedur pengobatan seperti radiasi, transplantasi, kemoterapi

- 7) Faktor predisposisi gangguan harga diri
- 8) Penolakan dari orang lain.
- 9) Kurang penghargaan.
- 10) Pola asuh yang salah
- 11) Kesalahan dan kegagalan yang berulang.
- 12) Tidak mampu mencapai standar yang ditentukan (Stuart, 2013).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat disebabkan oleh faktor dari dalam atau faktor dari

luar individu terdiri dari :

- 1) Operasi seperti mastektomi, amputasi, luka operasi
- 2) Ketegangan peran adalah perasaan frustrasi ketika individu merasa tidak adekuat melakukan peran atau melakukan peran yang bertentangan dengan hatinya atau tidak merasa cocok dalam melakukan perannya.
- 3) Perubahan ukuran dan bentuk, penampilan atau fungsi tubuh.
- 4) Perubahan fisik yang berkaitan dengan tumbuh kembang normal.
- 5) Prosedur medis dan perawatan (Stuart, 2013).

2.3.3 Tanda dan Gejala (Lilik Ma'rifatul Azizah, 2016).

1. Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah
2. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi/akan terjadi
3. Menolak penjelasan perubahan tubuh
4. Persepsi negative pada tubuh
5. Preakupasi dengan bagian tubuh yang hilang
6. Mengungkapkan keputusan

7. Mengungkapkan ketakutan

2.3.4 Batasan karakteristik

a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

1. Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh

Objektif :

1. Kehilangan bagian tubuh
2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

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

Objektif :

1. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
2. Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
3. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh
4. Respon nonvarebel pada perubahan dan persepsi tubuh
5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
6. Hubungan social berubah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.3.5 Proses terjadinya gangguan citra tubuh

Salah satu terapi yang digunakan pada pasien kanker adalah dengan cara kemoterapi. Akibat dari pemberian kemoterapi dapat menyebabkan perubahan fisik pada pasien kanker yang akan berpengaruh pada citra tubuh yang menunjukkan gambaran diri seseorang yang pada akhirnya akan mempengaruhi harga diri. Ancaman terhadap citra tubuh dan juga harga diri membuat pasien merasa malu dan tidak puas terhadap struktur, bentuk dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan (Sriwahyuningsih, Darianis, & Askar 2012). Dampak psikologis dari kemoterapi berupa ancaman terhadap body image, seksualitas, intimasi dari hubungan, dan konflik dalam pengambilan keputusan terkait pilihan pengobatan yang akan dipilih . Body image merupakan persepsi seseorang mengenai penampilan fisik dirinya sendiri. Kualitas hidup yang baik sangat diperlukan agar seseorang mampu mendapatkan status kesehatan yang baik dan mempertahankan fungsi atau kemampuan fisik seoptimal mungkin. Seseorang yang memiliki kualitas hidup yang baik maka akan memiliki keinginan kuat untuk sembuh dan dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Sebaliknya, ketika kualitas hidup menurun, maka keinginan untuk sembuh juga menurun (Fitri Haryati, 2015).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan (Lilik Ma'rifatul Azizah, 2016)

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No. RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2. Alasan Masuk

Umumnya klien dan keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh (body image) menyebabkan datang, atau dirawat di rumah sakit, biasanya berupa penolakan terhadap perubuhan pada tubuh, menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi kurang, berdiam diri dikamar, menolak interaksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sehari – hari, dependen, perasaan kesepian yang dialami klien. Apakah sudah tau penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan oleh keluarga untuk mengatasi masalah ini?

3. Faktor Predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami kehilangan, perpisahan, penolakan akan perubahan pada bentuk tubuh.

Faktor predisposisi terjadinya gangguan citra tubuh adalah ketidakpuasan tubuh adalah ukuran dan bentuk tubuh yang hilang, oleh keadaan depresi, rendah diri, dan ketidak-sempurnaan yang dirasakan seseorang, tekanan lingkungan sosial berpengaruh terhadap pandangan individu tentang citra tubuh

4. Faktor Precipitasi

Stresor presipitasi umumnya mencakup kejadian kehidupan yang penuh stress seperti kehilangan. Pada pasien gangguan citra

tubuh sangat berpengaruh pada pikiran orang itu sendiri dibanding pikiran orang lain terhadap dirinya. Selain itu juga dipengaruhi oleh keyakinan dan sikapnya terhadap tubuh sebagaimana gambaran ideal dalam masyarakat.

5. Pemeriksaan Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6. Psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep diri

a. Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

b. Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan citra tubuh banyak menunduk, kurang percaya diri, dan tidak berani menatap lawan bicara dan menolak berinteraksi dengan orang.

c. Fungsi peran

Pada klien dengan gangguan citra tubuh bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua, putus sekolah, PHK, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat.

d. Ideal diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya: mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

e. Harga diri

Adanya gangguan harga diri rendah karena perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya rasa percaya diri dan merasa gagal mencapai tujuan.

3) Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup klien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini orang yang mengalami gangguan citra tubuh cenderung menarik diri dari lingkungan sekitarnya dan klien merasa malu.

4) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

7. Status Mental

a. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik atau berpakaian terhadap status psikologi klien. Pada klien dengan gangguan citra tubuh menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah

b. Pembicaraan

Klien dengan harga diri rendah bicarannya cenderung gagap, sering terhenti / blocking, lambat, membisu, menghindar, menolak, dan tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas motorik

Pada klien dengan gangguan citra tubuh sering merunduk dan menolak berbicara, tidak berani menatap lawan bicara, dan merasa malu.

d. Afek dan emosi

Klien cenderung datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan).

e. Interaksi selama wawancara

Pada klien dengan gangguan citra tubuh klien kontak kurang (tidak mau menatap lawan bicara)

f. Proses pikir

1. Arus pikir

Klien dengan gangguan citra tubuh cenderung blocking (pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali)

2. Bentuk pikir

Autistik : bentuk pikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya.

3. Isi pikir

a) Pikiran rendah diri : selalu merasa bersalah pada dirinya sendiri dan penolakan terhadap kemampuan diri. Klien menyalakan, menghina dirinya, terhadap hal-hal yang pernah dilakukan ataupun belum pernah dilakukan.

b) Rasa bersalah : pengungkapan diri negatif

c) Pesimis : berpandangan bahwa masa depan dirinya yang suram tentang banyak hal yang hilang didalam kehidupannya.

g. Tingkat kesadaran

Klien dengan gangguan citra tubuh tingkat kesadarannya composmentis, namun ada gangguan orientasi terhadap orang lain.

h. Memori

Klien dengan gangguan citra tubuh mampu mengingat memori dalam jangka panjang maupun pendek.

i. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien gangguan citra tubuh menurun karena pemikiran dirinya sendiri merasa tidak mampu dan tidak berguna.

j. Kemampuan penilaian atau pengambilan keputusan

Klien dengan gangguan citra tubuh menentukan tujuan dan mengambil keputusan karena selalu terbayang ketidakmampuan untuk dirinya sendiri.

k. Daya titik

Meningkari penyakit yang diderita : klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit tatau masalah sekarang.

7. Kebutuhan perencanaan pulang

a. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

b. Kegiatan hidup sehari-hari

8. Mekanisme koping

Bagaimana dan jelaskan reaksi klien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adatif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olahraga, beristighfar dan berdoa ataukah menggunakan cara-cara mal adaptif seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat atau berlebihan, menghindar, mencederai diri atau yang lainnya.

Pada proses pengkajian, data penting yang perlu dikaji adalah

| No | Masalah Keperawatan | Data Subyektif | Data Obyektif |
|----|---|---|--|
| | Masalah utama : gangguan konsep diri : Gangguan Citra Tubuh | <ol style="list-style-type: none"> 4. Klien mengungkapkan tidak ingin memiliki anggota tubuh yang tidak berfungsi 5. Klien merasa sedih dengan kondisi dirinya 6. Klien mengatakan takut jika tidak bisa sembuh seperti semula 7. Klien mengatakan pasrah terhadap sakitnya | <ol style="list-style-type: none"> 8. Klien nampak lesu, lemas dan tidak bersemangat 9. Klien tampak malu 10. Klien tampak sedih saat melihat anggota tubuhnya yang sakit |
| | Masalah keperawatan : menarik diri: isolasi sosial | <ul style="list-style-type: none"> • mengungkapkan enggan bicara dengan orang lain klien mengatakan malu bertemu dan berhadapan dengan orang lain | <ul style="list-style-type: none"> • ekspresi wajah kosong tidak ada kontak mata ketika diajak bicara suara pelan dan tidak jelas hanya memberi jawaban singkat (ya/tidak) menghindar ketika didekati |
| | Masalah keperawatan : koping individu | <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengungkapkan | <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak ketergantungan |

| | | | |
|--|---------------|---|---|
| | tidak efektif | ketidakmampuan dan meminta bantuan orang lain <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengungkapkan malu dan tidak bisa ketika diajak melakukan sesuatu • mengungkapkan tidak berdaya dan tidak ingin hidup lagi | n terhadap orang lain <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sedih dan tidak melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan • wajah tampak murung |
|--|---------------|---|---|

Tabel 2.1 Analisa Data

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan konsep diri : gangguan citra tubuh
2. Isolasi Sosial : menarik diri
3. Koping individu tidak efektif (Lilik Ma'rifatul Azizah, 2016)

Pohon masalah

Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah (akibat)



Gangguan konsep diri : Gangguan Citra Tubuh (Core problem)



Tidak efektifnya koping individu (causa/penyebab)

C. NCP (Rencana keperawatan)

Klien dengan gangguan konsep diri : gangguan citra tubuh

| Diagnosa keperawatan | perencanaan | | Intervensi | rasional |
|--|---|--|--|---|
| | Tujuan | Kriteria evaluasi | | |
| Gangguan konsep diri : Gangguan Citra Tubuh | <u>Tujuan khusus I :</u> Klien dapat membina hubungan saling percaya. | <u>Kriteria evaluasi :</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien dapat mengungkapkan perasaannya ➤ Ekspresi wajah bersahabat. ➤ Ada kontak mata ➤ Menunjukkan rasa senang. ➤ Mau berjabat tangan. ➤ Mau menjawab salam. ➤ Klien mau duduk berdampingan ➤ Klien mau mengidentifikas i citra tubuhnya | 1.1 Bina hubungan saling percaya. a) Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal b) Perkenalkan diri dengan sopan. c) Tanya nama lengkap klien dan nama panggilan yang di sukai klien. d) Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menempati janji. e) Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya. f) Beri perhatian | Hubungan saling percaya akan menimbulkan kepercayaan klien pada perawat sehingga akan memudahkan dalam pelaksanaan tindakan selanjutnya |

| | | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------|
| | | | <p>pada klien.</p> <p>1.2 beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya tentang penyakit yang di deritanya.</p> <p>1.3 sediakan waktu untuk mendengarkan klien.</p> <p>1.4 katakan pada klien bahwa ia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri.</p> | |
| | <p><u>Tujuan khusus 2 :</u></p> <p>Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif.</p> | <p><u>Kriteria evaluasi :</u></p> <p>➤ <u>Klien mampu mempertahankan aspek yang positif.</u></p> | <p>2.1 diskusikan kemampuan dan aspek positif yang di miliki klien dan beri pujian / reinforcement. Atas kemampuan mengungkapkan perasaannya.</p> | <p>Pujian akan meningkatkan</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | | | <p>2.2 saat bertemu klien, hindarkan pemberian nilai negative.</p> <p>Utamakan pemberian pujian yang realistis.</p> | harga diri klien. |
| | <p><u>Tujuan khusus 3 :</u></p> <p>Klien dapat menilai kemampuan yang dapat di gunakan.</p> | <p><u>Kriteria evaluasi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kebutuhan klien terpenuhi. ➤ Klien dapat melakukan aktivitas terarah. | <p>3.1 diskusikan kemampuan klien yang masih dapat di gunakan saat sakit.</p> <p>3.2 diskusikan juga kemampuan yang dapat di lanjutkan penggunaan di rumah sakit dan di rumah nanti.</p> | <p>Peningkatan kemampuan mendorong klien untuk mandiri.</p> |
| | <p><u>Tujuan khusus 4 :</u></p> <p>Klien dapat menempatkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan</p> | <p><u>Kriteria evaluasi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mampu beraktifitas sesuai kemampuan. ➤ Klien | <p>4.1 rencanakan bersama klien aktifitas yang dapat di lakukan setiap hari sesuai kemampuan :</p> | <p>Pelaksanaan kegiatan secara mandiri modal awal untuk meningkatkan</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | kemampuan yang dimiliki klien | mengikuti terapi aktifitas kelompok. | <p>Kegiatan mandiri , kegiatan dengan bantuan minimal , kegiatan dengan bantuan total .</p> <p>4.2 tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kegiatan klien.</p> <p>4.3 beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh dilakukan (sering klien takut melaksanakannya).</p> | harga diri. |
| | <p><u>Tujuan khusus 5 :</u></p> <p>Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya.</p> | <p><u>Kriteria evaluasi :</u></p> <p>➤ Klien mampu beraktifitas sesuai kemampuan.</p> | <p>5.1 beri kesempatan klien untuk mencoba kegiatan yang di rencanakan.</p> <p>5.2 berikan pujian atas keberhasilan klien.</p> | <p>Dengan aktifitas klien akan mengetahui kemampuannya.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | | 5.3 diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah. | |
| | <p><u>Tujuan khusus 6 :</u></p> <p>klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada</p> | <p><u>Kriteria evaluasi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mau memberikan dukungan. ➤ Klien mampu melakukan apa yang di ajarkan. ➤ Klien mau memberikan dukungan. | <p>6.1 berikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien gangguan citra tubuh</p> <p>6.2 bantu keluarga memberi dukungan selama klien di rawat.</p> <p>6.3 bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.</p> | <p>Perhatian kelurga dan pengertian keluarga akan dapat membnat meningkatkan citra tubuh diri klien.</p> |

Tabel 2.2 NCP (Rencana Keperawatan)

D. Implementasi

1. SP 1 pasien :

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.
- 2) Menilai kemampuan yang dapat dilakukan sekarang.
- 3) Memilih kemampuan yang akan dilatih

- 4) Memilih kemampuan pertama yang di pilih.
 - 5) Memasukan dalam jadwal kegiatan klien,
2. SP 2 pasien :
 - 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP 1)
 - 2) Melatih kemampuan kedua yang di miliki klien.
 - 3) Melatih kemampuan yang dipilih
 - 4) Memasukan kedalam jadwal kegiatan harian
 3. SP 3 pasien :
 - 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2)
 - 2) Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan.
 - 3) Melatih kemampuan yang dipilih.
 - 4) Memasukan kedalam jadwal klien.
 4. SP 1 keluarga :
 - 1) Mendiskusikan masalah yang di rasakan keluarga dalam merawat klien.
 - 2) Menjelaskan pengertian , tanda dan gejala gangguan citra tubuh serta proses terjadinya.
 - 3) Menjelaskan cara merawat klien dengan gangguan citra tubuh.
 - 4) Bermain peran dalam dalam merawat pasien gangguan citra tubuh.
 - 5) Menyusun RTL, keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien.
 5. SP 2 keluarga :
 - 1) Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1)
 - 2) Melatih keluarga merawat langsung klien dengan gangguan citra tubuh
 - 3) Menyusun RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien.
 6. SP 3 keluarga :
 - 1) Evaluasi kemampauaan keluarga (SP 1)

- 2) Evaluasi kemampuan klien
- 3) Rencana tindak lanjut keluarga dengan follow up dan rujukan.

E. Evaluasi

Adapun hal-hal yang dievaluasikan pada klien dengan gangguan konsep diri gangguan citra tubuh antara lain :

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya
2. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
3. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit.
4. Klien dapat membuat jadwal kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.
5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai dengan kondisi sakit dan kemampuannya.
6. Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada.
7. Klien dapat mengidentifikasi perubahan citra tubuh.
8. Klien dapat menerima realita perubahan struktur, bentuk atau fungsi tubuh.
9. Klien dapat menyusun rencana cara menyelesaikan masalah yang dihadapi.
10. Klien dapat melakukan tindakan penampilan integritas tubuh.