

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Menurut Smeltezer & Bare (2008), stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah ketidaknormalan fungsi sistem saraf pusat (SSP) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah serebral (Esti & Johan, 2020). Stroke atau serangan otak merupakan gangguan sirkulasi menuju otak yang dapat menyebabkan kurangnya aliran darah dan suplai oksigen menuju otak sehingga dapat mengakibatkan kematian sel otak (NINDS, 2017; Mutoharoh, 2018).

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda – tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala – gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Stroke adalah gangguan aliran darah ke otak secara tiba – tiba atau mendadak (Stroke center, 2019; Esti & Johan, 2020).

Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah penyakit serebrovaskular (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat perdarahan dan berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut Anugroho & Usman (2014); Mutoharoh (2018), menyatakan bahwa secara umum stroke dapat dibedakan menjadi 2 yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau iksemik.

a. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sehingga menimbulkan penurunan kesadaran, gangguan neurologi lainnya bahkan kematian yang terjadi secara mendadak dan berlangsung selama lebih dari 24 jam (Anugroho & Usman, 2014; Mutoharoh, 2018). Stroke hemoragik dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

1) Perdarahan intraserebral (PIS)

Perdarahan intraserebral (PIS) merupakan darah yang keluar akibat perdarahan masuk ke dalam jaringan otak yang membentuk massa sehingga menekan jaringan serebral dan menimbulkan pembengkakan atau edema serebral. Peningkatan tekanan pada serebral yang mendadak dapat mengakibatkan kematian akibat herniasi otak (Muttaqin, 2012; Mutoharoh, 2018).

2) Perdarahan subarachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid (PSA) merupakan darah yang keluar akibat perdarahan masuk ke dalam selaput otak. PSA dapat dibedakan menjadi 2 yaitu PSA primer apabila pembuluh arteri yang pecah berasal dari

subrachnoid dan PSA sekunder apabila pembuluh arteri yang pecah berasal dari luar bagian subrachnoid (Junaidi, 2011).

b. Stroke iskemik

Stroke iskemik merupakan stroke yang disebabkan oleh sumbatan pada sirkulasi darah pada otak yang berupa emboli dan thrombosis sehingga menimbulkan penurunan kesadaran, gangguan neurologi, lainnya yang terjadi secara mendadak (Anugroho & Usman, 2014; Mutoharoh, 2018).

Stroke iskemik dapat dibedakan menjadi 2 kelompok yaitu stroke iskemik berdasarkan perjalanan klinis dan stroke iskemik berdasarkan penyebabnya. Stroke iskemik berdasarkan perjalanan klinisnya yaitu

1) *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Transient Ischemic Attack (TIA) adalah defisit neurologis fokal akut yang timbul karena gangguan aliran darah fokal (iskemik) otak, medulla spinalis atau retina sepiintas dimana kemudian defisit neurologis menghilang secara lengkap dalam waktu < 24 jam (tidak terkait infark jaringan akut) Dengan perkembangan neuroradiology, pada banyak kasus TIA menunjukkan bahwa TIA sebenarnya merupakan stroke minor dengan area infark yang ditemukan pada pencitraan radiologi tapi terdapat perbaikan gejala (Budianto, 2021).

2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)*

Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND) adalah defisit neurologis fokal yang timbul karena gangguan aliran darah otak dimana

kemudian defisit neurologis menghilang secara lengkap dalam waktu >24 jam dan < 72 jam (Budianto et al., 2020).

3) Stroke progresif

Progressing Stroke atau Stroke in Evolution merupakan kelainan atau defisit neurologis yang berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat (Siswanti, 2021).

4) Stroke complete

Complete Stroke atau stroke komplit merupakan kelainan neurologis yang sudah menetap dan tidak berkembang lagi (Siswanti, 2021).

2.1.3 Etiologi Stroke

a. Etiologi stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan perdarahan. Pendarahan di otak dapat dipicu oleh beberapa kondisi yang memengaruhi pembuluh darah. Kondisi tersebut meliputi hipertensi yang tidak terkontrol, melemahnya dinding pembuluh darah, dan pengobatan dengan pengencer darah (Siswanti, 2021). Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat terjadi karena trauma kepala, mencedakan, mengangkat beban berat, dan batuk keras (Junaidi, 2011; Mutoharoh 2018).

b. Etiologi stroke iskemik

Stroke iskemik dapat disebabkan karena sumbatan pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah pada otak menjadi terganggu. Sumbatan tersebut dapat ditimbulkan oleh penumpukan lemak darah, kolestrol, dan kalsium yang membentuk plak atau bekuan yang menempel pada dinding arteri (trombosis) atau adanya benda asing pada sirkulasi darah (Irfan, 2012; Mutoharoh, 2018).

Sumbatan pada stroke iskemik dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

1) Trombosis serebral

Trombosis serebral biasanya terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi atau sumbatan yang menyebabkan iskemi pada jaringan otak dan dapat menimbulkan edema pada jaringan di sekitarnya. Penyebab trombosis serebral diantaranya yaitu:

a) Ateroma atau aterosklerosis

Ateroma merupakan sumbatan oleh plak pada dinding sepanjang aliran pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Hal ini dapat menyebabkan perlambatan aliran darah menuju otak (Smeltzer; Ariani 2014; Mutoharoh 2018).

b) Emboli

Emboli merupakan sumbatan oleh plak yang terlepas dari dinding arteri dan menyumbat arteri yang lebih kecil. Emboli

biasanya berkaitan dengan penyakit jantung seperti infark miokard, fibrilasi atrium dan penyakit jantung lainnya.

c) Arteritis

Arteritis merupakan peradangan pada pembuluh darah arteri.

d) Hiperkoagulasi

Hiperkoagulasi merupakan penggumpalan darah yang berlebihan sehingga dapat menyumbat aliran darah menuju otak.

e) Kriptogenik

Kriptogenik merupakan penyumbatan atau oklusi pada pembuluh darah arteri intracranial secara tiba – tiba.

f) Dysplasia fibromuskular

Displasia fibromuskular pada arteri servikalis dapat menyumbat pembuluh darah pada otak.

2) Infeksi

Stroke bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa dipicu oleh peningkatan asam urat (*gout arthritis*) dalam darah.

3) Obat – obatan

Obat – obatan yang dapat menyebabkan stroke, seperti amfetamin, kokain, adrenalin, epinefrin, dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke.

4) Hipotensi

Hipotensi merupakan penurunan tekanan darah yang menyebabkan suplai darah menuju ke otak menjadi berkurang. Hipotensi berat dan menahun dapat menyebabkan stroke. Hal ini disebabkan oleh kehilangan darah yang banyak akibat cedera, pembedahan ataupun serangan jantung (Junaidi, 2011).

2.1.4 Patofisiologi Stroke

a. Patofisiologi stroke hemoragik

Pada perdarahan intraserebral, perdarahan masuk ke dalam parenkim otak akibat pecahnya arteri penetrans yang merupakan cabang dari pembuluh darah superficial dan berjalan tegak lurus menuju parenkim otak yang di bagian distalnya berupa anyaman kapiler. Hal ini dapat disebabkan oleh diathesis perdarahan dan penggunaan antikoagulan seperti heparin, hipertensi kronis, serta aneurisma. Masuknya darah ke dalam parenkim otak menyebabkan terjadinya penekanan pada berbagai bagian otak seperti serebelum, batang otak, dan thalamus. Darah mendorong struktur otak dan merembes ke sekitarnya bahkan dapat masuk ke dalam ventrikel atau ke rongga subaraknoid yang akan bercampur dengan cairan serebrospinal dan merangsang meningen. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial yang menimbulkan tanda dan gejala seperti nyeri kepala hebat, papil edema, dan muntah proyektil. Lokasi perdarahan umumnya terletak pada daerah ganglia basalis, pons, serebelum dan thalamus (Khairunnisa, 2014). Perdarahan

pada ganglia basalis sering meluas hingga mengenai kapsula interna dan kadang-kadang ruptur ke dalam ventrikel lateral lalu menyebar melalui sistem ventrikuler ke dalam rongga subaraknoid dengan adanya perluasan intraventrikuler sering berakibat fatal (Siswanti, 2021).

b. Patofisiologi stroke iskemik

Patofisiologi stroke iskemik dibagi menjadi dua bagian: vaskular dan metabolisme. Iskemia terjadi disebabkan oleh oklusi vaskular. Oklusi vaskular yang menyebabkan iskemia ini dapat disebabkan oleh emboli, thrombus, plak, dan penyebab lainnya. Iskemia menyebabkan hipoksia dan akhirnya kematian jaringan otak. Oklusi vaskular yang terjadi menyebabkan terjadinya tanda dan gejala pada stroke iskemik yang muncul berdasarkan lokasi terjadinya iskemia. Sel-sel pada otak akan mati dalam hitungan menit dari awal terjadinya oklusi. Hal ini berujung pada onset stroke yang tiba-tiba.

Infark serebral diawali dengan terjadinya penurunan Cerebral Blood Flow (CBF) yang menyebabkan suplai oksigen ke otak akan berkurang. Nilai kritis CBF adalah 23 ml/100 gram per menit, dengan nilai normal 50 ml/100 gram per menit. Penurunan CBF di bawah nilai normal dapat menyebabkan infark. Suatu penelitian menyebutkan bahwa nilai CBF pada pasien dengan infark adalah 4,8-8,4ml/100 gram per menit. Gangguan metabolisme terjadi pada tingkat selular, berupa kerusakan pompa natrium-kalium yang meningkatkan kadar natrium dalam sel. Hal ini

menyebabkan air tertarik masuk ke dalam sel dan berujung pada kematian sel akibat edema sitotoksik.

Selain pompa natrium-kalium, pertukaran natrium dan kalsium juga terganggu. Gangguan ini menyebabkan influks kalsium yang melepaskan berbagai neurotransmitter dan pelepasan glutamat yang memperparah iskemia serta mengaktivasi enzim degradatif. Kerusakan sawar darah otak juga terjadi, disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah oleh proses di atas, yang menyebabkan masuknya air ke dalam rongga ekstraselular yang berujung pada edema. Hal ini terus berlanjut hingga tiga sampai 5 hari dan sembuh beberapa minggu kemudian. Setelah beberapa jam, sitokin terbentuk dan terjadi inflamasi. Akumulasi asam laktat pada jaringan otak bersifat neurotoksik dan berperan dalam perluasan kerusakan sel. Hal ini terjadi apabila kadar glukosa darah otak tinggi sehingga terjadi peningkatan glikolisis dalam keadaan iskemia dan kabar buruknya adalah Stroke iskemik dapat berubah menjadi stroke hemorragik. Perdarahan yang terjadi tidak selalu menyebabkan defisit neurologis. Defisit neurologis terjadi apabila perdarahan yang terjadi luas. Hal ini dapat disebabkan oleh rusaknya sawar darah otak, sehingga sel darah merah terekstrasvasasi dari dinding kapiler yang lemah (Siswanti, 2021).

2.1.5 Tanda dan Gejala Stroke yang Berkaitan dengan Gambaran Citra

Tubuh

Menurut Mutoharoh (2018), tanda dan gejala stroke yang berkaitan dengan gambaran citra tubuh, diantaranya:

1. Defisit Motorik

a. Hemiparesis

Hemiparesis merupakan kelemahan atau kelumpuhan pada lengan, kaki, dan wajah pada salah satu sisi tubuh. Berdasarkan kekakuan ototnya hemiparesis dapat dibedakan menjadi 6 jenis yaitu:

- 0) Tangan dan kaki tidak memiliki kekuatan sama sekali atau lumpuh sehingga tidak memiliki kemampuan untuk bergerak.
- 1) Tangan dan kaki hampir lumpuh yaitu tangan dan kaki hanya dapat sedikit melakukan penggeseran.
- 2) Tangan tidak dapat menahan dan melawan gravitasi, tidak dapat mengangkat tangan dan kaki hanya dapat menggeser tangan dan kaki ketika berbaring.
- 3) Tangan tidak dapat menahan tekanan tetapi masih dapat melawan gravitasi.
- 4) Tangan dapat sedikit bergerak, dapat melawan gravitasi, dapat menahan beban ringan, dan dapat mengangkat barang tetapi tidak terlalu berat.
- 5) Tangan dapat berfungsi secara normal seperti mengangkat, menahan, melawan gravitasi dan sebagainya.

b. Disartria

Disartia merupakan kesulitan dalam merangkai kata yang ingin diucapkan atau bicar pelo (tidak jelas).

c. Disfagia

Disfagia merupakan kesulitan dalam menelan.

d. Ataksia

Ataksia merupakan kesulitan dalam berjalan yang meliputi berjalan tidak tegak, tidak mantap, perlu dasar berdiri yang luas, tidak dapat menyatukan kaki, dan tersandung saat berjalan.

2. Gangguan Penglihatan

a. Homonimus Hemianopsia

Homonimus hemianopsia erupakan gangguan lapang penglihatan sehingga tidak menyadari terhadap orang atau tempat, kesulitan menilai jarak dan mengabaikan salah satu sisi tubuh bahkan dapat terjadi kebutaan pada salah satu mata.

b. Diplopia

Dipolopian merupakan gangguan penglihatan berupa pandangan ganda.

c. Gangguan Penglihatan Perifer

Gangguan penglihatan perifer merupakan kesulitan dalam penglihatan pada malam hari sehingga tidak menyadari adanya objek tertentu.

3. Defisit Verbal

a. Afasia Ekspresif

Afasia ekspresif yaitu kesulitan dalam pembentukan kata dan hanya mampu berbicara menggunakan kata tunggal dan wajah mencong atau tidak simetris.

b. Afasia Reseptif

Afasia reseptif merupakan kesulitan dalam memahami perkataan orang lain dan hanya mampu berbicara tetapi tidak masuk akal.

c. Afasia Global

Afasia global merupakan gabungan dari afasia ekspresif dan afasia reseptif.

4. Tidak dapat membaca, menulis, maupun memahami suatu bacaan, tidak dapat berhitung dan intelektualnya menurun.
5. Hilangnya kendali pada kandung kemih sehingga pengeluaran urin tidak terkontrol
6. Gangguan pendengaran, seperti kemampuan mendengar berkurang, tinnitus atau berdengung pada telinga ataupun tidak dapat mendengar pada salah satu telinga (Anugroho dan Usman, 2014).
7. Meningkatnya reflek tendon.
8. Sinkop, stupor, disorientasi, penurunan kesadaran, bahkan kematian (Prince, 2005).

2.2 Konsep Citra Tubuh

2.2.1 Definisi Citra Tubuh

Citra tubuh adalah kumpulan sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi tentang masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang kontak secara terus – menerus (Yusuf et al., 2015).

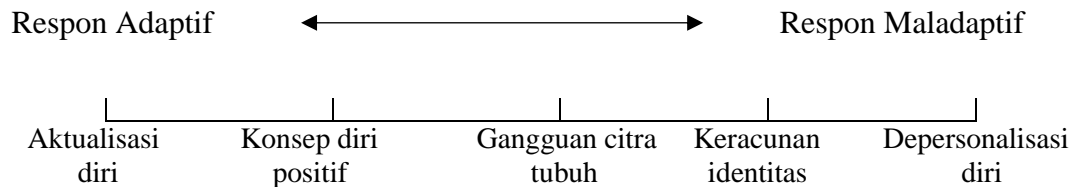
Citra tubuh merupakan gambaran psikologis, penilaian dan persepsi atau perasaan terhadap penampilan fisik, dan bagian tubuh secara keseluruhan terkait fungsi, bentuk, ukuran, dan keindahan tubuh berdasarkan pengalaman psikologis dan evaluasi personal mengenai tubuhnya (Wilianto, 2017; Mutoharoh, 2018).

Gangguan citra tubuh adalah perasaan tidak puas terhadap perubahan struktur, bentuk, dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan (Modul IC-CMHN, 2006; Nurhalimah, 2018). Gangguan citra tubuh adalah keadaan dimana seseorang mengalami atau beresiko mengalami gangguan dalam penerapan diri seseorang (Carpenito – Moyet, 2009; Sutejo, 2016).

Dari berbagai pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa citra tubuh merupakan perubahan persepsi mengenai fungsi, bentuk, dan ukuran tubuh terhadap dirinya sendiri.

2.2.2 Rentang Respon Konsep Diri

Gambar 1. Rentang Respon Konsep Diri



Sumber: Stuart, 2016

a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dihadapi individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya dengan baik.

- 1) Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.
- 2) Konsep diri yaitu mempunyai pengalaman yang positif dalam perwujudan dirinya dan menyadari hal – hal positif maupun negatif dari dirinya.

b. Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon yang diberikan individu ketika dia tidak mampu lagi menyelesaikan masalah yang dihadapi.

- 1) Gangguan citra tubuh adalah transiksi antara respon diri adaptif dengan konsep diri maladaptif.
- 2) Keracunan identitas adalah kegagalan individu dalam kemalangan aspek psikososial dan kepribadian dewasa yang harmonis.

- 3) Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realistis terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan dan kepanikan.

2.2.3 Tanda dan Gejala Gangguan Citra Tubuh

Tanda dan gejala gangguan citra tubuh dapat diketahui bila menunjukkan perilaku berikut (SDKI, 2016):

a. Tanda dan Gejala Mayor

Tabel 1. Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
a. Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh	a. Kehilangan bagian tubuh b. Fungsi/struktur tubuh berubah /hilang

b. Tanda dan Gejala Minor

Tabel 2. Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
a. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh	a. Menyembunyikan/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
b. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh	b. Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
c. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain	c. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh
d. Mengungkapkan perubahan gaya hidup	d. Respon non-verbal pada perubahan dan persepsi tubuh
	e. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
	f. Hubungan sosial berubah

Sumber: SDKI PPNI, 2016

Tanda dan gejala pasien dengan gangguan citra tubuh dapat diketahui bila menunjukkan perilaku berikut (Nurhalimah, 2018):

- a. Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah
- b. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi/akan terjadi

- c. Menolak penjelasan perubahan tubuh
- d. Memiliki persepsi negative pada tubuh
- e. Preokupasi bagian tubuh yang hilang
- f. Mengungkapkan keputusasaan
- g. Mengungkapkan ketakutan

2.2.4 Penyebab Gangguan Citra Tubuh

Menurut Nurhalimah, 2018 faktor yang mempengaruhi gangguan citra tubuh diantaranya:

a. Faktor Predisposisi

- 1) Operasi: mastektomi, amputasi, luka operasi yang semuanya mengubah gambaran diri.
- 2) Kegagalan fungsi tubuh: hemiplegi, buta, tuli dapat menyebabkan depersonalisasi, yaitu tidak mengakui atau asing terhadap bagian tubuh dan yang berkaitan dengan sistem saraf, stroke.
- 3) Waham yang berkaitan dengan bentuk dan fungsi tubuh. Seseorang mempersiapkan penampilan dan pergerakan tubuh yang berbeda dari kenyataan.
- 4) Pasien *intensive care* yang memandang imobilisasi sebagai tantangan. Penggunaan alat – alat *intensive care* dianggap sebagai gangguan.

b. Faktor Presipitasi

1) Transisi peran sehat – sakit

Pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit seperti kehilangan anggota tubuh, perubahan bentuk, ukuran, fungsi anggota tubuh, perubahan fisik berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

2) Transisi perkembangan

Adanya perubahan tubuh yang berkaitan dengan tumbuh kembang, akan berubah seiring dengan bertambahnya usia. Ketidakpuasan juga dirasakan seseorang jika didapati perubahan tubuh yang tidak ideal.

2.2.5 Kriteria Citra Tubuh

Gambaran citra tubuh memiliki dua kriteria, yaitu sebagai berikut (Veronica, 2010; Mutoharoh, 2018):

a. Kepuasan terhadap citra tubuh (citra tubuh positif)

- 1) Seorang individu merasa bangga dan menerima kondisi fisiknya serta merasa nyaman dan yakin akan penampilan fisiknya.
- 2) Individu memiliki persepsi yang benar dan mampu melihat berbagai kondisi fisik sebenarnya.
- 3) Individu menghargai kondisi fisik secara alami dan memahami bahwa penampilan fisik setiap individu memiliki karakter dan nilai yang berbeda.

b. Ketidakpuasan terhadap citra tubuh (citra tubuh negatif)

- 1) Individu merasa cemas, sadar diri dan malu terhadap penampilan fisiknya.
- 2) Individu merasa canggung dan tidak nyaman dengan penampilan fisiknya.
- 3) Individu merasa bahwa bentuk, ukuran dan fungsi dari tubuhnya merupakan kegagalan personal dan meyakini bahwa hanya orang lain memiliki penampilan fisik yang menarik.

2.2.6 Komponen Citra Tubuh

Menurut Sutejo (2018), citra tubuh terdiri dari tiga komponen yaitu realitas tubuh (*body reality*), ideal tubuh (*body ideal*), dan perwujudan tubuh (*body presentation*) (Prince dalam Carpenito – Moyet, 2009).

a. Realitas tubuh

Realitas tubuh dapat dirubah, baik akibat proses penuaan dan karena menggunakan dan menyalahgunakannya. Perubahan nyata dalam realitas tubuh dikaitkan dengan trauma, keganasan, infeksi, dan malnutrisi.

b. Ideal tubuh

Ideal tubuh merupakan gambaran di kepala tentang bagaimana tubuh akan terlihat dan tampil. Hal – hal yang mempengaruhi idela tubuh meliputi norma sosial dan budaya, periklanan, dan perubahan sikap terhadap kebugaran dan kesehatan.

c. Perwujudan tubuh

Kenyataan tubuh jarang memenuhi standar ideak tubuh. Dalam upaya membuat kedua keseimbangan ini, penyajian tubuh digunakan. Hal ini secara harfiah disajikan ke lingkungan luar seperti cara berpakaian, berjalan, berbicara, menggunakan alat bantu jalan dan alat bantu dengar. Sama halnya dengan kelumpuhan atau kehilangan anggota tubuh (realitas tubuh) akan mempengaruhi penyajian tubuh.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada gangguan citra tubuh yaitu (Khasanah, 2021):

a. Terapi Keperawatan

1) Terapi Keperawatan Generalis

Tindakan keperawatan generalis bertujuan membantu pasien untuk mengetahui atau gangguan citra tubuh. Terapi ini mempunyai 2 prinsip yaitu membantu pasien mengenal gangguan citra tubuh dan membantu pasien mengatasi gangguan citra tubuh dalam aspek apapun (Keliat, 2015).

2) Terapi Keperawatan Spesialis

Terapi ini dilakukan apabila pasien yang mengalami masalah gangguan citra tubuh belum teratasi. Terapi yang diberikan pada pasien dengan gangguan citra tubuh adalah terapi kognitif. Terapi kognitif yaitu salah satu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien dengan masalah gangguan citra tubuh yang berguna untuk mengubah cara pasien mengartikan sesuatu dan melihat sesuatu hal yang tidak

sesuai dengan keinginan. Terapi kognitif merupakan pedoman untuk berpola pikir lebih baik bukan merubah pola pikir pasien secara instan (Adityasto, 2017).

b. Terapi Medis

Menurut Hartati, 2011 terapi psikofarmaka pada pasien dengan gangguan citra tubuh diantaranya yaitu:

- 1) Sentraline: 50 mg/hari, dosis dapat ditingkatkan maksimal 200 mg/hari, diberikan - ada pagi dan malam hari. Manfaat obat ini adalah mengembalikan keseimbangan zat kimia serotonin di otak agar mampu meningkatkan suasana hati menjadi lebih baik.
- 2) Fluoxetine: 20 mg/hari, diberikan pada pagi hari, dosis dapat ditingkatkan 10 mg/minggu tergantung kebutuhan pasien dan maksimal pemberian selama 4 minggu. Manfaat obat ini salah satunya adalah meningkatkan kadar serotonin sehingga gangguan pada keadaan emosional dapat teratasi.
- 3) Paroxetine: 20 mg/hari, diberikan pada pagi hari, dosis dapat ditingkatkan 10 mg/minggu tergantung kebutuhan pasien dan maksimal pemberian selama 4 minggu. Manfaat obat ini adalah meningkatkan hormon serotonin dalam tubuh dan melepaskannya ke otak.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Citra Tubuh

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien gangguan citra tubuh dilakukan dengan cara wawancara dan observasi.

1. Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis.

2. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan pasien.

3. Keluhan utama atau alasan masuk

Umumnya pasien dan keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh (body image) menyebabkan datang, atau dirawat di rumah sakit, biasanya berupa penolakan terhadap perubahan pada tubuh, menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi kurang, berdiam diri dikamar, menolak interaksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sehari – hari, dependen, dan perasaan kesepian yang dialami pasien.

4. Faktor predisposisi

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

bentuk dan fungsi 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.

5. Faktor Presipitasi

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.

6. Pemeriksaan fisik

Tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien saat ini dan pengukuran tanda – tanda vital meliputi TD, RR, suhu, nadi, BB dan TB.

7. Kebiasaan aktivitas sehari – hari

Kebiasaan pasien untuk makan, minum, BAB/BAK, mandi, istirahat tidur, olahraga, hobi dan penggunaan waktu luang.

8. Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

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

2) Identitas diri

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

3) Fungsi peran

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

4) Ideal diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya: mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

5) Harga diri

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

c. Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa 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 pasien merasa malu.

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Tanyakan kepada pasien tentang pandangan dan keyakinan akan kondisinya saat ini sesuai norma budaya dan agama serta pandangan masyarakat setempat tentang kondisinya.

2) Kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

Tanyakan kegiatan ibadah pasien di rumah secara individu, kelompok dan pendapat pasien/keluarga tentang kegiatan ibadah.

9. Status mental

a. Penampilan

Melihat penampilan pasien 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 pasien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik atau berpakaian terhadap status psikologi pasien. Pada pasien dengan gangguan citra tubuh menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah

b. Pembicaraan

Amati pembicaraan yang ditemukan pada pasien, apakah keras, pelan, gagap, apatis, membisu atau lambat. Pasien dengan gangguan citra tubuh bicarannya cenderung gagap, sering terhenti / blocking, lambat, membisu, menghindar, menolak, dan tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas motoric

Amati apakah pasien merasa lesu, tegang, gelisah, agitasi, tremor, grimasen dan kompulsif. Pada pasien dengan gangguan citra tubuh sering merunduk dan menolak berbicara, tidak berani menatap lawan bicara, dan merasa malu.

d. Afek dan emosi

Amati afek pasien apakah datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai. Pasien dengan gangguan citra tubuh cenderung datar (tidak ada

perubahan rona muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan).

e. Interaksi selama wawancara

Apakah selama berinteraksi pasien tidak kooperatif/bermusuhan, kontak mata kurang, dan curiga. Pada pasien dengan gangguan citra tubuh pasien kontak kurang (tidak mau menatap lawan bicara).

f. Proses pikir

Amati proses pikir pasien apakah sirkumstansial, tangensial, flight of ideas, blocking atau adanya pengulangan pembicaraan.

1) Sirkumstansial: pembicaraan yang berbelit-belit meskipun sampai juga pada tujuan pembicaraan.

2) Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan.

3) Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak ada hubungannya antara kalimat satu dengan kalimat lainnya, tapi pasien tidak menyadarinya.

4) Flight of ideas: pembicaraan yang meloncat-loncat dari 1 topik ke topik yang lain, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.

5) Blocking: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa ada gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.

6) Pengulangan pembicaraan (perseverasi): bicara yang diulang berkali-kali.

g. Isi Pikir

Amati isi pikir pasien apakah obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait atau adanya pikiran magis.

- 1) Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya.
- 2) Phobia: ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/situasi tertentu.
- 3) Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
- 4) Depersonalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang tua lingkungan.
- 5) Ide yang terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungannya yang bermakna dan terkait pada dirinya.
- 6) Pikiran magis: keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/di luar kemampuannya.

h. Tingkat kesadaran

Amati tingkat kesadaran pasien apakah bingung, sedasi, stupor, atau adanya orientasi waktu, tempat, dan orang.

- 1) Bingung: tampak bingung dan kacau.
- 2) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
- 3) Stupor: gangguan motorik seperti ketakutan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh pasien dapat diletakkan dalam sikap yang

canggung dan dipertahankan pasien, tapi pasien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya.

4) Orientasi waktu, tempat, dan orang

i. Memori

Observasi apakah pasien mengalami gangguan daya ingat.

1) Gangguan daya ingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.

2) Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir

3) Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi

4) Konfabulasi: Pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

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

j. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Observasi kemampuan tingkat konsentrasi dan berhitung pasien apakah mudah dialihkan, tidak mampu berkonsentrasi, atau tidak mampu berhitung.

1) Mudah dialihkan: perhatian pasien mudah berganti dari satu obyek ke obyek lain

2) Tidak mampu berkonsentrasi: pasien selalu minta pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.

3) Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan pada benda – benda nyata.

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

k. Kemampuan penilaian atau pengambilan keputusan

1) Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.

2) Gangguan kemampuan penilaian bermakna: tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain.

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

l. Daya titik

Mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

10. Kebutuhan persiapan pulang

Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan di luar dan dalam rumah.

11. Mekanisme coping

Bagaimana dan jelaskan reaksi pasien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif 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.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

a. Analisis Data

Tabel 3. Analisis Data 1

Data	Masalah
Subjektif	Gangguan citra tubuh
1. Mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh	
2. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh	
3. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh	
4. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain	
5. Mengungkapkan perubahan gaya hidup	
Objektif	
1. Kehilangan bagian tubuh	
2. Fungsi/struktur tubuh berubah /hilang	
3. Menyembunyikan/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan	
4. Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh	
5. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh	
6. Respon non-verbal pada perubahan dan persepsi tubuh	

7. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu	
8. Hubungan sosial berubah	
Subjektif	Harga diri rendah situasional
1. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)	
2. Merasa malu/bersalah	
3. Melebih - lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri	
4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	
Objektif	
1. Berbicara pelan dan lirih	
2. Menolak berinteraksi dengan orang lain	
3. Berjalan menunduk	
4. Postur tubuh menunduk	
5. Kontak mata kurang	
6. Lesu dan tidak bergairah	
7. Pasif	
8. Tidak mampu membuat keputusan	
Subjektif	Isolasi sosial
1. Merasa ingin sendirian	
2. Merasa tidak aman di tempat umum atau lingkungan	
3. Merasa beda dengan orang lain	
4. Merasa asyik dengan pikiran sendiri	
5. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas	
Objektif	
1. Menarik diri	
2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain	
3. Afek datar	
4. Afek sedih	
5. Riwayat ditolak	
6. Menunjukkan permusuhan	
7. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain	
8. Kondisi difabel	
9. Tindakan tidak berarti	
10. Tidak ada kontak mata	
11. Perkembangan terlambat	
12. Tidak bergairah/lesu	

Sumber: SDKI PPNI, 2016

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada gangguan citra tubuh menurut

SDKI (2016):

1. Gangguan citra tubuh
2. Harga diri rendah situasional
3. Isolasi sosial

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan			
Diagnosa Kep.	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
Gangguan Citra Tubuh	<p>TUM : Pasien dapat menerima perubahan struktur atau fungsi tubuhnya.</p> <p>TUK 1: Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.</p> <p>Kriteria evaluasi: Setelah ...x pertemuan pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat:</p> <p>a. Ekspresi wajah bersahabat dan pasien mau untuk berjabat tangan.</p> <p>b. Menunjukkan rasa senang, mau menyebutkan nama, dan mau menjawab salam.</p> <p>c. Ada kontak mata</p> <p>d. Bersedia mengungkapkan perasaannya</p> <p>e. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.</p> <p>a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal.</p> <p>b) Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan.</p> <p>c) Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien.</p> <p>d) Jelaskan tujuan pertemuan</p> <p>e) Membuat kontrak waktu, topik, dan</p>	<p>1. Kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya kepada pasien.</p> <p>a) Menyapa pasien dengan ramah menunjukkan penghargaan perawat kepada pasien.</p> <p>b) Memperkenalkan diri dapat meningkatkan rasa saling percaya.</p> <p>c) Menanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dapat meningkatkan komunikasi terapeutik dan membuat pasien senang.</p> <p>d) Mengarahkan pembicaraan terfokus pada tujuan yang hendak dicapai.</p> <p>e) Kontrak waktu, topik dan tempat</p>

Perencanaan			
Diagnosa Kep.	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
		tempat setiap kali bertemu pasien.	yang jelas dapat mempermudah intervensi selanjutnya.
		f) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.	f) Perawat mempertahankan sikap terbuka, memandang dan mendengarkan pasien dengan penuh perhatian ketika berinteraksi dengan pasien.
		g) Beri perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien	g) Perhatian yang diberikan kepada pasien akan membuat pasien merasa aman dan meningkatkan rasa saling percaya antara perawat dengan pasien.
	TUK 2: Mengidentifikasi citra tubuh. Kriteria hasil: Setelah ...x pertemuan pasien dapat mengidentifikasi citra tubuhnya.	2. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuhnya: dulu dan saat ini, perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan terhadap citra tubuhnya saat ini.	2. Kekuatan ego tingkat tertentu, seperti kapaitas untuk uji realitas, control diri, atau tingkat integritas ego, dibutuhkan sebagai dasar asuhan keperawatan.
	TUK 3: Pasien dapat mengidentifikasi potensi (aspek positif) dirinya. Kriteria evaluasi: Setelah ...x pertemuan pasien dapat mengidentifikasi potensi positif yang dimiliki.	3. Diskusikan potensi bagian tubuh yang lain.	3. Memfasilitasi dengan memanfaatkan kelebihan. Keterbukaan dan pengertian tentang kemampuan yang dimiliki adalah prasyarat untuk berubah. Pengertian tentang kemampuan yang dimiliki diri

Perencanaan			
Diagnosa Kep.	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
			memotivasi pasien untuk tetap mempertahankan kegunaannya.
	TUK 4: Pasien dapat mengetahui cara – cara atau tindakan untuk meningkatkan citra tubuh Kriteria evaluasi: Setelah ...x pertemuan pasien dapat mengetahui cara untuk meningkatkan citra tubuh	4. Bantu pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu.	4. Membantu pasien lebih percaya diri.
	TUK 5: Pasien dapat melakukan cara – cara atau tindakan untuk meningkatkan citra tubuh. Kriteria evaluasi: Setelah ...x pertemuan pasien dapat mendemonstrasikan tindakan yang dapat mengurangi gangguan citra tubuh.	5. Ajarkan pasien meningkatkan citra tubuh dengan cara: a) Gunakan protase, wig, kosmetik atau yang lainnya sesegera mungkin. Gunakan pakaian yang baru. b) Memotivasi pasien untuk melihat bagian tubuh yang hilang secara lengkap. c) Bantu pasien menyentuh bagian tersebut. d) Motivasi pasien untuk melakukan aktivitas yang	5. Pasien bertanggung jawab terhadap dirinya dalam meningkatkan citra tubuh. a) Penampilan dibutuhkan untuk menunjang tingkat kepercayaan diri pasien. b) Membantu pasien untuk lebih percaya diri terhadap kondisi tubuhnya saat ini. c) Meningkatkan kesadaran diri pasien yang dapat membangkitkan rasa percaya diri pasien. d) Motivasi penting untuk meningkatkan

Perencanaan			
Diagnosa Kep.	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
		mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal.	rasa percaya diri pasien.
	<p>TUK 6: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain tanpa terganggu. Kriteria evaluasi: Setelahx pertemuan pasien merasa dirinya berharga dan dapat berinteraksi tanpa gangguan.</p>	<p>6. Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara:</p> <p>a) Susun jadwal kegiatan sehari – hari.</p> <p>b) Dorong pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktifitas keluarga dan sosial.</p> <p>c) Dorong pasien untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti/ mempunyai peran penting baginya.</p> <p>d) Beri pujian terhadap keberhasilan pasien melakukan interaksi.</p>	<p>6. Setelah dapat berinteraksi dengan orang lain dan memberi kesempatan pasien dalam mengikuti aktifitas, pasien merasa lebih percaya diri.</p> <p>a) Menyusun jadwal dapat membantu pasien untuk melakukan kegiatan dengan teratur.</p> <p>b) Membangun kembali rasa kemandirian, menerima kebanggaan diri dan meningkatkan proses rehabilitasi.</p> <p>c) Support sistem dari teman, keluarga dan orang yang berarti akan mempercepat proses penyembuhan pasien.</p> <p>d) Memberikan pujian penting untuk meningkatkan rasa percaya diri pasien.</p>
	<p>TUK 7: Pasien mendapat dukungan keluarga</p>	<p>7. Keluarga dapat mengetahui gangguan citra tubuh</p>	<p>7. Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi pasien dan</p>

Perencanaan			
Diagnosa Kep.	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
	<p>untuk mengontrol gangguan citra tubuh. Kriteria evaluasi: Setelah ...x pertemuan :</p> <p>a. Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra tubuh</p> <p>b. Keluarga mengetahui cara mengatasi gangguan citra tubuh</p> <p>c. Keluarga mampu merawat pasien gangguan citra tubuh</p> <p>d. Keluarga mampu mengevaluasi kemampuan pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya</p>	<p>pada pasien dengan cara:</p> <p>a) Jelaskan dengan keluarga tentang gangguan citra tubuh yang terjadi pada pasien</p> <p>b) Jelaskan kepada keluarga cara mengatasi gangguan citra tubuh.</p> <p>c) Menyediakan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan pasien di rumah</p> <p>d) Memfasilitasi interaksi di rumah.</p> <p>e) Melaksanakan kegiatan di rumah dan sosial.</p> <p>f) Memberikan pujian atas kegiatan yang telah dilakukan pasien.</p> <p>g) Ajarkan kepada keluarga untuk mengevaluasi perkembangan kemampuan pasien, seperti pasien mampu menyentuh dan melihat anggota tubuh yang terganggu, melakukan aktifitas di rumah</p>	<p>merupakan bagian penting dari rehabilitasi pasien.</p> <p>a) Meningkatkan pengetahuan keluarga terkait kondisi yang dialami pasien.</p> <p>b) Meningkatkan kemampuan keluarga untuk mengatasi gangguan citra tubuh.</p> <p>c) Fasilitas yang memadai akan menunjang proses penyembuhan pasien.</p> <p>d) Meningkatkan harga diri dan kepercayaan pasien.</p> <p>e) Mempertahankan sikap terbuka pasien dan rasa percaya diri pasien.</p> <p>f) Pujian yang diberikan oleh keluarga dapat meningkatkan semangat pasien.</p> <p>g) Keluarga dapat mengetahui kondisi perkembangan pasien.</p>

Perencanaan			
Diagnosa Kep.	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
		dan di masyarakat tanpa hambatan.	
		h) Berikan pujian terhadap keberhasilan keluarga	h) Meningkatkan semangat dan dorongan kepada keluarga.
		i) TAK: stimulasi persepsi HDR	i) TAK : stimulasi persepsi HDR bertujuan agar pasien mampu mempersepsikan stimulus secara tepat dan menyelesaikan masalah dari sstimulus yang dialami.

Sumber: Sutejo, 2016

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah suatu tindakan dari perencanaan keperawatan yang sudah disusun untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, memfasilitasi coping, dan mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi gangguan citra tubuh yang dialami pasien.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan tindakan keperawatan. Langkah selanjutnya adalah melakukan evaluasi keperawatan. Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh tampak dari kepuasan pasien untuk:

- 1) Mengungkapkan persepsi tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini.
- 2) Mengungkapkan perasaan tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini.
- 3) Meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh secara bertahap.
- 4) Mendiskusikan aspek positif diri
- 5) Pasien mampu untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu.