

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep penyakit kanker

2.1.1 Pengertian kanker payudara

Kanker payudara atau *Carcinoma Mammae* merupakan “tumor ganas yang tumbuh di dalam jaringan payudara. Kelenjar susu, saluran susu, jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara merupakan tempat tumbuhnya kanker”. (Wijaya, 2013) Pendapat lain mengatakan bahwa Kanker payudara merupakan “gangguan dalam pertumbuhan sel normal payudara, dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah.” (Nurarif & Kusuma , 2015)

Sehingga dapat disimpulkan bahwa kanker payudara yaitu jaringan sel yang abnormal pada payudara, yang mana sel tersebut akan bertumbuh dan berubah menjadi benjolan di payudara. Jika benjolan yang terletak di payudara tersebut tidak terkontrol maka sel kanker bisa saja menyebar atau bermetastase pada bagian-bagian tubuh lain, Ketika sel yang terdapat di dalam payudara tumbuh serta berkembang secara tidak terkendali maka sekumpulan besar dari sel-sel yang tidak terkontrol itu yang dimaksud dengan kanker payudara.

Biasanya timbul pada saluran atau kelenjar susu, setiap jenis jaringan pada payudara dapat membentuk kanker dan bisa saja mengakibatkan kematian.

2.1.2 Penyebab kanker payudara

Penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang telah ditetapkan, keduanya adalah lingkungan dan genetik. (Nurarif & Kusuma , 2015)

Menurut (Risnah, 2020) Perubahan pada genetik ini bisa saja karena terjadi perubahan atau mutasi dalam gen normal, juga pengaruh kondisi protein yang menekan atau meningkatkan perkembangan ca mammae. Beberapa hormone salah satunya hormon steroid yang diproduksi oleh ovarium memiliki peranan penting pada terjadinya kanker payudara. Estradiol dan progesterone yang merupakan dua hormon ovarium utama yang mengalami perubahan didalam lingkungan seluler, hal ini yang mempengaruhi faktor pertumbuhan pada kanker payudara.

Menurut Tasripiyah (2012) dalam (Risnah, 2020) Beberapa Faktor resiko untuk kanker sebagai berikut:

- a. Umur : Perempuan berusia kurang dari 40 tahun memiliki resiko kecil terkena kanker payudara dibandingkan yang berusia 40 tahun lebih
- b. Individu atau keluarga yang memiliki riwayat kanker payudara
- c. Terjadi menstruasi di usia yang muda/ usia dini.
- d. Menopause pada usia lanjut.
- e. Genetik yaitu apabila salah satu keluarga menderita kanker payudara, kemungkinan besar saudaranya beresiko terkena kanker yang sama atau berbeda.
- f. Dalam waktu jangka panjang menggunakan hormon esterogen eksogen

2.1.3 Tanda dan gejala kanker payudara

Tanda dan gejala kanker payudara dapat berbeda sesuai dengan stadiumnya. Stadium kanker dimulai dari stadium awal yang dibagi menjadi stadium 0-3. Kemudian dilanjutkan fase lanjut yaitu stadium 4. Stadium kanker payudara ditentukan berdasarkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Menurut (Nursalim, 2020) tanda dan gejala kanker payudara berdasarkan stadiumnya yaitu

a. Stadium I

Pada stadium awal ini biasanya ditemukan benjolan yang tidak mencapai 2cm, tidak ada penyebaran yang jauh dan tidak mengalami fiksasi pada kulit.

Gejalanya yaitu:

- 1) Kemerahan di area payudara
- 2) Ada benjolan payudara dengan ukuran kurang dari 2 cm
- 3) Payudara tidak simetris yang baru dirasakan akhir-akhir ini, atau perubahan ukuran salah satu payudara
- 4) Rasa gatal dan kemerahan di area puting
- 5) Nyeri pada payudara
- 6) Keluar cairan dari puting payudara tiba-tiba (bening atau cairan warna darah)

b. Stadium II

Pada kanker payudara stadium 2, dapat terjadi keluhan sebagai berikut:

- 1) Ukuran benjolan melebihi 2 cm tapi kurang dari 5 cm
- 2) Dapat ditemukan persebaran kanker ke kelenjar getah bening daerah lengan yang sesuai lokasi benjolan

c. Stadium III

Adapun pada kanker payudara stadium 3, hal-hal yang dapat ditemukan antara lain:

- 1) Benjolan telah berukuran lebih dari 5 cm
- 2) Ada persebaran ke kelenjar getah bening di ketiak atau kelenjar getah bening lainnya di sekitar payudara Namun, pada stadium ini, kanker belum menyebar ke organ lain di dalam tubuh.

d. Stadium IV

Pada stadium lanjut atau 4, kanker telah ditemukan menyebar ke organ lain di tubuh, seperti tulang, otak, paru-paru, atau hati. Gejala kanker payudara stadium 4 sebagai berikut:

- 1) Perubahan tekstur payudara, seperti kulit jeruk
- 2) Puting dapat tertarik ke dalam
- 3) Benjolan semakin besar disertai adanya luka bernanah yang aktif
- 4) Ada gejala penyerta berupa sesak napas, mual, dan gangguan pada tulang yang merupakan tanda metastasis (penyebaran) ke organ lain.

2.1.4 Dampak psikologis kanker payudara

Kanker payudara yaitu “sel yang terdapat di dalam payudara, tumbuh serta berkembang secara tidak terkendali. Sekumpulan besar dari sel-sel yang tidak terkontrol itu yang dimaksud dengan kanker payudara”. (Risnah 2019).

Pada penderita kanker payudara biasanya terdapat gangguan secara fisik yaitu adanya perubahan pada kulit, nyeri, puting tertarik ke dalam, keluarnya cairan yang tidak biasa dari puting, mual serta muntah, kerontokan rambut, merasa cepat lelah, penurunan nafsu makan, penurunan berat tubuh, serta keletihan.

Menurut Mahleda dan Hartini, 2012 Disamping gangguan fisik Pasien kanker payudara juga cenderung akan mengalami perubahan psikologis karena menghadapi perubahan baru yang sangat cepat. Mereka akan kehilangan satu atau dua payudaranya dan harus menjalani beberapa tindakan medis lainnya.” (Guntari & Suariyani, 2016)

Kanker payudara sering menimbulkan luka. Biasanya, luka kanker akan muncul pada stadium lanjut yang membuat penderita tidak nyaman. Kondisi ini akan berdampak pada aspek psikologis penderita. Beberapa aspek psikologis yang ditimbulkan yaitu pasien merasa takut, merasa tidak berdaya, setres, amarah, perubahan citra tubuh, konsep diri, hubungan sosial, dan harga diri rendah (Utami & Mustikasari, 2017)

2.2 Konsep Harga Diri Rendah

2.2.1 Pengertian harga diri rendah

Harga diri yaitu “Harga diri adalah hasil penilaian individu terhadap dirinya sendiri, dinyatakan dengan sikap yang berupa penerimaan atau penolakan dan menunjukkan seberapa besar individu itu percaya bahwa diri mampu, berarti, berhasil, dan berharga” (Sudana, Chrisnawati, & Maratning, 2016) Sedangkan harga diri rendah merupakan Penilaian negatif terhadap diri sendiri oleh diri sendiri, oranglain atau lingkungan, termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berguna, pesimis, tidak ada harapan dan putus asa sehingga menghambat hubungan interpersonal.

Harga diri rendah situasional merupakan evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan pasien sebagai respon terhadap situasi tertentu. (PPNI, 2017). Pendapat lain mengatakan harga diri rendah situasional didefinisikan sebagai suatu perkembangan persepsi negatif terhadap harga diri individu sebagai respon terhadap situasi tertentu misalnya akibat menderita suatu penyakit, kondisi ini dapat disebabkan akibat adanya gangguan citra tubuh, kegagalan dan penolakan, perasaan kurang penghargaan, proses kehilangan, dan perubahan pada peran sosial yang dimiliki. (Wilkinson, 2009)

2.2.2 Penyebab harga diri rendah situasional

Harga diri rendah situasional disebabkan karena adanya ketidakefektifan koping individu akibat kurangnya umpan balik yang positif. Penyebab harga diri rendah juga dapat terjadi pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal disekolah, pekerjaan atau pergaulan.

Adapun penyebab harga diri rendah situasional menurut (PPNI, 2017) yaitu

1. Perubahan pada citra tubuh
2. Perubahan peran sosial
3. Ketidakadekuatan pemahaman
4. Perilaku tidak konsisten dengan nilai
5. Kegagalan hidup berulang
6. Riwayat kehilangan
7. Riwayat penolakan
8. Transisi perkembangan

2.2.3 Tanda dan gejala harga diri rendah situasional

Menurut (PPNI, 2017) tanda dan gejala pada harga diri rendah yaitu:

a. Gejala dan tanda mayor

Adapun data mayor dari harga diri rendah situasional adalah:

Subjektif

1. Menilai diri negatif (misal: tidak berguna, tidak tertolong)
2. Merasa malu atau bersalah
3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri
4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

Objektif

1. Berbicara pelan dan rilih
2. Menolak berinteraksi dengan orang lain
3. Berjalan menunduk
4. Postur tubuh menunduk

b. Gejala dan tanda minor

Adapun data minor dari harga diri rendah situasional adalah:

Subjektif

- 1) Sulit berkonsentrasi

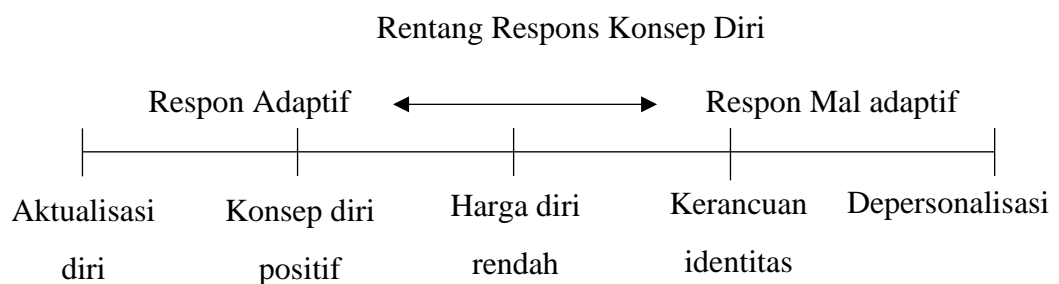
Objektif

- 1) Kontak mata kurang
- 2) Lesu dan tidak bergairah
- 3) Pasif
- 4) Tidak mampu membuat keputusan

2.2.4 Psikodinamika

a. Rentang respon konsep diri

Di bawah ini adalah rentang respon manusia berkaitan dengan konsep dirinya. Harga diri rendah merupakan salah satu masalah psikososial yang berada dalam rentang respon konsep diri



Gambar 1. Sumber: (Imelisa, Roswendi, Wisnusakti, & Ayu, 2021)

Respon konsep diri sepanjang rentang sehat-sakit berkisar dari status aktualisasi diri yang paling adaptif sampai status kerancuan identitas serta depersonalisasi yang lebih maladaptif

1) Aktualisasi diri

Pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.

2) Konsep diri positif

Apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya.

3) Harga diri rendah

Individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa rendah dari orang lain. Individu dengan harga diri rendah mudah mengkritik diri sendiri dan mengatakan hal-hal negatif tentang diri sendiri, seperti 'saya bodoh', 'saya pasti tidak bisa', 'saya lebih rendah dari pada dia', 'saya bukan siapa-siapa', dan sebagainya.

4) Kerancuan identitas

Kerancuan identitas yaitu terjadinya kekacauan pada identitas diri atau tidak jelasnya identitas diri sehingga tidak memberikan kehidupan dalam mencapai tujuan. Kerancuan identitas dapat berupa perasaan hampa tentang dirinya, bingung membedakan dirinya dengan orang lain, tidak mampu empati pada orang lain dan kecemasan tinggi

5) Depersonalisasi

Perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

Jika dilihat dari rentang respon konsep diri, maka respon yang paling adaptif, yang berarti respon terbaik manusia dalam konsep dirinya adalah aktualisasi diri. Proses asuhan keperawatan bertujuan membantu pasien bergeser ke arah respon adaptif seoptimal mungkin. Maka, jika dilihat dari rentang respon di atas, dapat disimpulkan bahwa diharapkan asuhan keperawatan dapat membantu pasien mencapai aktualisasi diri.

Aktualisasi diri bermakna kemampuan seseorang untuk menunjukkan hal positif dalam dirinya. Misalnya seseorang yang merasa percaya diri bahwa dirinya pandai bernyanyi, dapat dibantu mencapai aktualisasi dirinya dengan membantu pasien agar mampu menunjukkan kemampuannya dalam bernyanyi. Harga diri rendah dan gangguan citra tubuh adalah beberapa masalah yang dapat muncul berkaitan dengan konsep diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadi harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. (Videback,2015) dalam (Isnain, 2020). Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara. Termasuk dirawat dirumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat pasien tidak nyaman.

c. Faktor predisposisi

Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi pengalaman masa kanak-kanak seperti penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kurang kasih sayang atau tidak dapat menerima kasih sayang dari orang lain, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan gagal menerima tanggung jawab serta tidak mampu mengemban kemampuan.

2.2.5 Dampak kanker payudara terhadap kebutuhan dasar manusia

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual. (Tim Poltekkes Palangka Raya , 2019)

Dampak kanker payudara terhadap kebutuhan dasar manusia pada penderita kanker payudara secara fisiologis dapat berupa penurunan nafsu makan, mual dan muntah, penurunan berat badan, pusing dan sakit kepala, lesu, gangguan tidur atau insomnia, hipertensi dan diare atau konstipasi

b. Kebutuhan akan rasa aman

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.

Pada beberapa pasien kanker payudara kebutuhan akan rasa aman mereka mengalami gangguan berupa takut atau cemas terhadap penyakitnya, gangguan tidur, khawatir terhadap penyakitnya, kelelahan dan gangguan rasa nyaman

c. Kebutuhan akan rasa dimiliki dan cinta

Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya. (Tim Poltekkes Palangka Raya , 2019)

Beberapa pasien kanker payudara biasanya partisipasi sosialnya kurang, kecenderungan untuk isolasi, dan kurang terlibat dalam organisasi sosial atau kelompok sebaya.

d. Kebutuhan akan penghargaan atau harga diri

Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri.

Pada penderita kanker payudara biasanya terdapat luka kronik yang menimbulkan bau dan berpengaruh terhadap kebutuhan psikososial pasiennya yaitu seperti tidak mau berinteraksi sosial, menarik diri, malu, dan gangguan konsep diri adanya perubahan citra tubuh dan harga diri rendah.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. . (Tim Poltekkes Palangka Raya , 2019)

Jika beberapa aspek diatas belum tercapai maka pasien tidak akan mencapai pada aktualisasi diri. Pada pasien kanker payudara dengan harga diri rendah situasional, pasien tidak akan bisa mencapai aktualisasi diri. Pasien akan mencapai aktualisasi diri jika pasien percaya diri.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Situasional Pada Pasien Kanker Payudara

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari asuhan keperawatan yang diawali dengan pengumpulan data dengan cara wawancara atau Anamnesa, observasi dan pemeriksaan fisik dengan cara *head to toe* dan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Adapun aspek yang dikaji yaitu:

1. Identitas pasien meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status kawin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, No MR, dan diagnosa medis. Dan identitas penanggung jawab aspek yang dikaji nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan pasien.
2. Riwayat Kesehatan sekarang terdiri dari keluhan utama biasanya pasien menilai dirinya negatif, tidak berguna, merasa malu dan menolak penilaian positif tentang dirinya. Kesehatan dahulu dalam hal ini yang perlu dikaji tentang penyakit apa saja yang pernah di derita pasien sebelumnya. Riwayat Kesehatan keluarga menanyakan tentang riwayat penyakit keluarga tanyakan pada pasien mengenai riwayat penyakit yang dialami keluarganya. Seperti penyakit keturunan atau menular

3. Pemeriksaan fisik

Proses pemeriksaan fisik dengan metode *head to toe* yaitu dari ujung rambut hingga ujung kaki untuk menemukan tanda-tanda klinis atau kelainan pada suatu sistem. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

Pemeriksaan fisik meliputi : Keadaan umum berupa keadaan kesadaran pasien, apakah pasien dalam keadaan sadar, apatis, somnolen, sopor atau koma. Pemeriksaan tanda-tanda vital untuk mendapatkan data objektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, suhu, respirasi, dan jumlah denyut nadi.

Pada sistem integument pemeriksaan dilakukan dengan memperhatikan ada tidaknya nyeri, bengkak, flebitis, ulkus, Inspeksi kemerahan dan gatal, eritema, perhatikan pigmentasi kulit dan kondisi gusi, gigi, mukosa lidah serta clubbing finger pada kuku. Beberapa penderita kanker payudara biasanya terjadi perubahan pigmentasi kulit seperti kemerahan, adanya ulkus pada bagian payudara dan biasanya teraba ada massa pada payudara

Pada sistem kardiovaskuler lakukan pengkajian mengenai warna konjungtiva, sclera, distensi vena jugularis, ictus cordis, ada tidaknya nyeri tekan apakah ada bunyi dullness atau suara tambahan.

Sistem pernafasan, Kaji kesimetrisan pergerakan dada, suara nafas pasien, identifikasi keadaan kulit dan identifikasi apakah ada massa, lesi, bengkak. Kaji juga kelembutan kulit, terutama jika pasien mengeluh nyeri

Sistem persyarafan, pemeriksaan glasgow coma scale and score (GCS) cantumkan hasil pemeriksaan hasil eye, verbal, dan best motor, pemeriksaan ingatan memory, cara berkomunikasi, kognitif, orientasi (tempat,waktu,orang), saraf sensori (nyeri tusuk, suhu, dan sentuhan), pemeriksaan syaraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan refleks fisiologis

Sistem penginderaan, Pada mata kaji apakah ada kelainan penglihatan, periksa lapang pandang pasien, periksa simetris tidaknya alis mata, bulu mata. Periksa kelenjar mata, konjungtiva, dan sklera nya juga, periksa refleks bola mata. Kornea itis, pupil, periksa jernih keruhnya lensa mata.

Pada pendengaran kaji kemampuan mendengar pasien, ada tidaknya secret pada telinga, ada tidaknya nyeri pada telinga dan pemakaian alat bantu pendengaran. Pada hidung kaji kebersihan dalam hidung, ada tidaknya pendarahan pasien dapat membedakan bau-bauan seperti bau kopi dan kayu putih

Sistem muskoleskeletal, Periksa kekuatan otot, ekstremitas atas dan bawah lakukan dengan cara inspeksi yaitu simetris kiri dan kanan, lihat pasien apakah kuat dalam berjalan atau menggerakkan tanganya. Pada saat dilakukan palpasi kaji ada tidaknya benjolan dan ada tidaknya nyeri pada bagian ekstremitas atas dan bawah

Pada system endokrin kaji mengenai bentuk leher simetris/asimetris, periksa ada tidaknya lesi, benjolan atau pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid. Saat dilakukan palpasi ada tidaknya nyeri tekan.

Sistem perkemihan Pengkajian mengenai ada tidaknya nyeri tekan pada area ginjal dan kandung kemih, oedema, catat frekuensi buang air kecil, warna urine, distensi kandung kemih, inkontinensia urin dan periksa apakah ada tidaknya nyeri saat berkemih

Sistem pencernaan, Melihat konjungtiva anemis tidaknya, pemeriksaan sklera, mulut, bibir pasien, lesi dan ada tidaknya kelainan pada mulut dan bibir, bentuk perut, pemeriksaan umbilikus, ada tidaknya lesi, ada tidaknya benjolan Pada saat dilakukan auskultasi dengarkan bising usus berapa kali permenit. Pada saat dilakukan palpasi tidak terdapat pembesaran hati, tidak terdapat nyeri tekan. Pada saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani.

Pemeriksaan genetalia meliputi pemeriksaan bagian-bagian genetalia apakah ada kelainan atau tidak dan kebersihan genetalia.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

a. Analisa data

Analisa data dilakukan dengan mengelompokkan data mayor dan minor dengan 1 (satu) data mayor bisa ditegakkan diagnosa. Berikut Analisa data harga diri rendah situasional :

Tabel 1 Analisa data

No	Data	Masalah
1	Data subjektif: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif (misal: tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu atau bersalah 3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 5. Sulit berkonsentrasi Data objektif: <ol style="list-style-type: none"> 1. Berbicara pelan dan rilih 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 	Harga diri rendah situasional
2	Data subjektif <ol style="list-style-type: none"> 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 	Gangguan citra tubuh

	5. Mengungkapkan perubahan gaya hidup	
	Data Objektif	
	1. Kehilangan bagian tubuh	
	2. Fungsi/ struktur tubuh berubah /hilang	
	3. Menyembunyikan/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan	
	4. Menghindari melihat/menyentuh bagian tubuh	
	5. Fokus berlebihan pada perubahan tubuh	
	6. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu	
	7. Hubungan sosial berubah	
3	Data subjektif	Gangguan pola tidur
	1. Mengeluh sulit tidur	
	2. Mengeluh sering terjaga	
	3. Mengeluh tidak puas tidur	
	4. Mengeluh pola tidur berubah	
	5. Mengeluh istirahat tidak cukup	
	6. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	
	Data objektif	
	1. Tampak pucat	
	2. Terdapat kantung mata	

b. Diagnosa keperawatan

Menurut (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

1. Harga diri rendah situasional
2. Gangguan citra tubuh
3. Gangguan pola tidur

2.3.3 Perencanaan keperawatan

Tabel.2

PERENCANAAN				
NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p>Harga Diri Rendah Situasional</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menilai diri negatif(misal: tidak berguna, tidak tertolong) -Merasa malu atau bersalah -Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri -Menolak penilaian positif tentang diri sendiri -Sulit berkonsentrasi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berbicara pelan dan rilih - Menolak berinteraksi dengan orang lain - Berjalan menunduk - Postur tubuh menunduk 	<p>TUM: Harga diri pasien meningkat/merasa berharga</p> <p>TUK 1 Setelah ..x pertemuan pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mau menjawab salam perawat - Pasien mau memperkenalkan diri - Pasien mau melakukan kontrak waktu dan topik - Pasien dapat menceritakan masalah yang dirasakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan salam dengan senyum dan ramah 2. Perkenalkan nama perawat 3. Tanyakan identitas pasien (nama lengkap, dan panggilan) 4. Jelaskan peran perawat dan kerahasiaan 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima, dengarkan dengan penuh perhatian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapan salam perawat kepada pasien menunjukkan penghargaan perawat kepada pasien. Penghargaan kepada orang lain merupakan modal awal seseorang dapat membuka diri dengan orang lain. 2. Memperkenalkan diri dan mengatakan nama panggilan yang disukai dapat meningkatkan rasa percaya kepada orang lain 3. Membuka diri bagi perawat untuk memudahkan dan membina hubungan saling percaya dengan pasien 4. Mengetahui apa yang dilakukan perawat dan tau bisa berkontribusi apa yang perawat dapat atau tidak dapat lakukan 5. Pertahankan sikap terbuka, memandang dan mendengarkan dengan penuh perhatian ketika

PERENCANAAN				
NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
	- Kontak mata kurang - Lesu dan tidak bergairah - Tidak mampu membuat keputusan		6. Berikan pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan masalah 7. Menjelaskan tujuan interaksi 8. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien. 9. Membuka topik netral, seperti menanyakan aktifitas, perasaan pasien saat ini lalu berikan respon yang sesuai 10. Tanyakan masalah yang di rasakan 11. Beri pujian jika pasien mampu mengungkapkan masalahnya	berinteraksi dengan pasien. 6. Reinforcement positif meningkatkan harga diri pasien 7. Mengarahkan pembicaraan terfokus pada tujuan yang hendak dicapai. 8. Kontrak waktu, topik dan tempat merupakan cara untuk menjalin hubungan yang terapeutik. 9. Untuk memulai pembicaraan dengan pasien 10. Mengetahui masalah pasien maka intervensi bisa dilakukan sesuai masalah 11. Mempertahankan sikap terbuka dan saling percaya antara perawat dan pasien
		TUK 2 Setelah .. kali pertemuan pasien dapat memperluas kesadaran dirinya dengan kriteria hasil: - Pasien dapat menjelaskan	1. Tanyakan kembali perasaan tidak berharga/ tidak dihargai oleh orang lain 2. Tanyakan kepada pasien cara yang biasa digunakan untuk	1. Teknik validasi untuk memastikan perasaan pasien. Mengeksplorasi permasalahan pasien dan bertujuan untuk mengidentifikasi masalah utama pasien. 2. Jawaban dari pasien menandakan pasien sudah mencoba berpikir

PERENCANAAN

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		perasaan tidak berharga - Pasien dapat menyebutkan cara mengatasi perasaan tidak berharga - Pasien mau melakukan cara mengatasi masalah	mengatasi perasaan tidak berharga 3. Anjurkan pasien menggunakan cara tersebut jika berhasil 4. diskusikan kepada pasien cara-cara penyelesaian masalah yang konstruktif 5. Jelaskan kepada pasien bahwa pikiran, perasaan, dan perilaku akan saling mempengaruhi	rasional. Hal ini dilakukan perawat untuk meningkatkan kemampuan analisa pasien terhadap suatu masalah. 3. Perawat tetap menghormati otonomi pasien dalam menjawab pertanyaan 4. Persetujuan pasien akan menunjukkan adanya ketertarikan/ minat terhadap proses penyelesaian masalah yang ditawarkan 5. Pikiran dan perasaan yang positif akan menghasilkan tingkah laku yang positif
		TUK 3 Setelah .. kali pertemuan pasien dapat mengeksplorasi dan mengevaluasi dirinya dengan kriteria: - Pasien dapat menyebutkan kelebihan yang dimiliki - Pasien dapat menyebutkan dukungan dari	1. Tanyakan kelebihan yang dimiliki pasien (sifat, fisik, hubungan dengan orang lain, kemampuan) 2. Berikan pujian terhadap pasien dalam mengungkapkan kelebihannya 3. Tanyakan kepada pasien apakah keluarga/ teman/ lingkungan memberikan dukungan saat ini 4. Diskusikan cara-cara penyelesaian masalah yang konstruktif	1. Perawat berusaha mengeksplorasi dengan memberikan pertanyaan terbuka yang bertujuan untuk menggali pikiran dan perasaan pasien 2. Reinforcement positif meningkatkan harga diri pasien 3. Support system keluarga akan sangat berpengaruh pada mempercepat proses penyembuhan pasien 4. Perawat lakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien menghadapi suatu masalah.

PERENCANAAN				
NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		keluarga lingkungan dan teman - Pasien mau melakukan cara penyelesaian masalah yang konstruktif	5. Anjurkan cara lain jika cara pertama tidak berhasil 6. Anjurkan pasien untuk selalu bersyukur terhadap kemampuan yang masih dimiliki	5. Cara alternatif dapat memaksimalkan percaya diri pasien 6. Meningkatkan kesadaran diri yang dapat membangkitkan rasa percaya diri pasien dan membuat pasien merasa berguna
	TUK 4 Setelah .. kali pertemuan pasien dapat membuat rencana yang realistis dan pengambilan keputusan dengan kriteria hasil: - Pasien dapat menyebutkan rencana kegiatan yang akan dilakukan - Pasien dapat membuat rencana yang realistis		1. Bantu pasien membuat keputusan yang akan dilakukan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki 2. Bantu pasien membuat rencana yang realistis jangka pendek/ jangka panjang (penggunaan protesa/pengobatan, kegiatan sehari-hari, pekerjaan)	1. Pasien sudah dapat membuat suatu keputusan yang sederhana. Hal ini menandakan proses kognitif pasien masih baik 2. Pasien adalah individu yang bertanggung jawab atas dirinya sendiri. Pasien perlu bertindak secara realistis dalam kehidupan
	TUK 5 Pasien memperoleh dukungan keluarga Kriteria hasil: Dalam .. x pertemuan keluarga dapat: - Keluarga dapat		1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Diskusikan tentang harga diri rendah situasional dan dampaknya 3. Sampaikan rencana jangka pendek dan jangka panjang yang akan dilakukan	1. Mengetahui pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien 2. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang harga diri rendah situasional 3. Mendorong keluarga untuk mampu merawat pasien mandiri di rumah

PERENCANAAN				
NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		memberikan dukungan terhadap perencanaan pasien	pasien di rumah kepada keluarga	
	- Keluarag dapat mengetahui apa harga diri rendah situasional		4. Diskusikan mengenai daftar perencanaan kegiatan bersama pasien dan keluarga	4. Meningkatkan peran serta keluarga dalam merawat pasien di rumah
			5. Anjurkan pada keluarga untuk memberikan dukungan terhadap perencanaan pasien	5. Support system keluarga akan sangat berpengaruh pada mempercepat proses penyembuhan pasien

Sumber : (Wijyaningsih, 2015)

2.3.4 Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindak keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini.

Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien, jelaskan apa yang akan dikerjakan serta peran serta pasien yang diharapkan. Pada pasien dengan harga diri rendah situasional ini pelaksanaannya bisa berupa membina hubungan saling percaya, memperluas kesadaran diri pasien, mengeksplorasi dan mengevaluasi pasien, membuat rencana yang realistis dan pengambilan keputusan dan memperoleh dukungan keluarga. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien.

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir:

S = Respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O = Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A = Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P = Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa:

- Rencana teruskan, jika masalah tidak berubah
- Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan
- Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan
- Rencana dan diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara serta mempertahankan kondisi baru.

I = Implementasi yaitu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan yang telah teridentifikasi dalam perencanaan

E = Evaluasi yaitu respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

R = Reassessment yaitu pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi.

Hasil akhir evaluasi keperawatan pada pasien kanker dengan harga diri rendah yaitu pasien mampu menilai dirinya positif.