

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kanker payudara

2.1.1 Pengertian Kanker payudara

Carsioma mammae merupakan “gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah”. (Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2015).

2.1.2 Penyebab

Menurut Brunner dan Suddarth (dalam Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2015). Penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang telah ditetapkan, keduanya adalah lingkungan dan genetic. Kanker payudara memperlihatkan proliferasi keganasan sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara. Pada awalnya hanya terdapat hyperlapsia sel dengan perkembangan sel-sel yang atipikal dan kemudian berlanjut menjadi karsinoma insitudan menginvasi stoma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk tumbuh dari satu sel menjadi massa. Hormone steroid yang dihasilkan oeh ovarium juga berperan dalam pembentukan kanker payudara (estradisol dan progesterone mengalami perubahan dalam lingkungan seluler).

Faktor resiko terjadi kanker payudara menurut Brunner dan Suddarth (dalam Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2015) adalah sebagai berikut :

- a. Riwayat pribadi tentang kanker payudara
- b. Anak perempuan atau saudara perempuan (hubungan keluarga langsung) dari wanita dengan kanker payudara
- c. Menarche dini
- d. Nulipara dan usia maternal lanjut saat kelahiran anak pertama
- e. Menopous pada usia lanjut
- f. Riwayat penyakit payudara jinak
- g. Pemanjaan terhadap radiasi ionisasi setelah masa pubertas dan sebelum usia 30 tahun beresiko hampir 2 kali lipat
- h. Obesitas- resiko terendah diantara wanita pasca menopause
- i. Kontrasepsi oral
- j. Terapi pergantian hormone
- k. Masukan alkohol

2.1.3 Tanda dan gejala

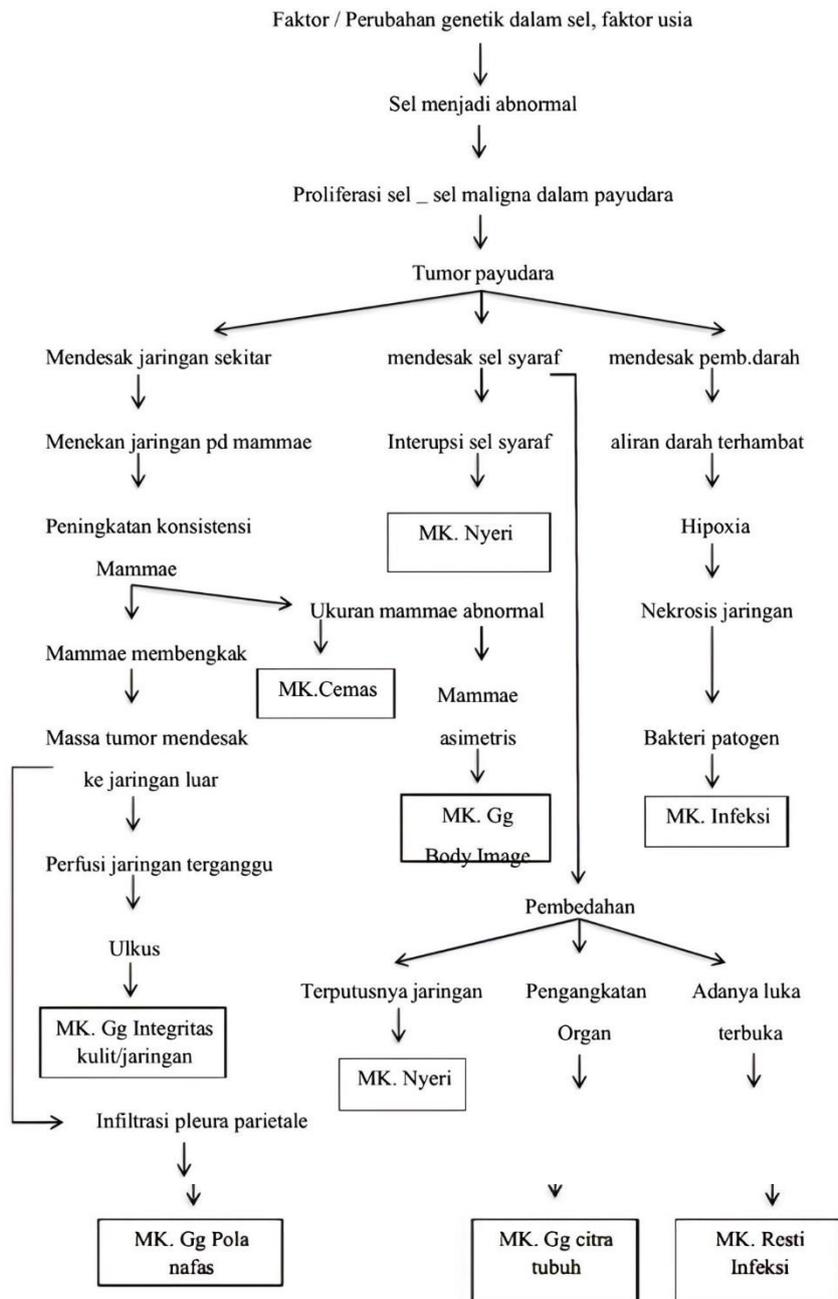
Tanda kanker payudara mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, massa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips. Gejala carsinoma kadang tidak disertai nyeri, kadang juga disertai nyeri, adanya keluaran dari putting susu, putting eritema, mengeras, asimetik, inversi, gejala yang lain bisa disertai dengan nyeri tulang, dan berat badan turun didapati sebagai petunjuk adanya metastase. (A.H. Nurarif dan H. Kusuma, 2015).

2.1.4 Pathway kanker payudara

Menurut Nanda (dalam Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2015)

patofisiologis kanker payudara adalah sebagai berikut:

Bagan 1 Patofisiologis Kanker Payudara



2.1.5 Dampak kanker payudara terhadap kebutuhan dasar manusia

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan yang berhubungan dengan pemenuhan secara fisik dalam mencapai keseimbangan tubuh, seperti makan, minum, nutrisi dan istirahat. Kanker payudara seringkali berdampak terhadap kebutuhan fisiologis penderitanya, dikarenakan para penderita kanker payudara seringkali mengalami gangguan dalam tubuhnya seperti nyeri, demam, konstipasi, defisit nutrisi, penurunan imunitas dan gangguan tidur.

b. Kebutuhan akan rasa aman

Apabila kebutuhan fisiologis telah terpenuhi dengan baik maka akan muncul kebutuhan-kebutuhan lain yaitu salah satunya kebutuhan akan rasa aman. Kebutuhan ini juga bisa diartikan sebagai kebebasan dari rasa takut, kebutuhan akan perlindungan dan ketergantungan. Pada pasien dengan kanker payudara tentu saja kebutuhan akan rasa aman mereka tidak terpenuhi dengan baik, dikarenakan mereka tidak mendapatkan perlindungan secara fisik salah satunya yaitu perlindungan terkena penyakit.

c. Kebutuhan akan rasa dimiliki dan cinta

Kebutuhan lain yang muncul ketika kebutuhan fisiologis seseorang sudah terpenuhi adalah kebutuhan akan rasa dimiliki dan cinta.

d. **Kebutuhan akan penghargaan atau harga diri**

Akibat dari pertumbuhan fisik dan perubahan pertumbuhan kognitif yang tidak seperti biasanya, para penderita kanker payudara seringkali mengalami penurunan harga diri. Seringkali para penderita kanker payudara ini merasa bahwa dirinya tidak berharga karena tidak seperti kebanyakan perempuan pada umumnya yang memiliki payudara sempurna.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Menurut Hidayat, 2015 (dalam R. J. Sihombing, 2020) menyatakan bahwa kualitas hidup pasien kanker payudara akan menurun, penurunan kualitas hidup tampak jelas pada pengaruh diri pasien, ini dikarenakan pengaruh diri dipengaruhi oleh pertumbuhan kognitif dan perkembangan fisik. Perubahan perkembangan fisik yang tidak normal seperti pertumbuhan kanker payudara akan merubah sikap individu terhadap tubuhnya sendiri terutama sikap yang berkaitan dengan seksualitas dan femininitas.

2.2 Konsep Dasar Gangguan Citra Tubuh

2.2.1 Pengertian

Definisi gangguan citra tubuh (*body image*), Cash mengemukakan bahwa citra tubuh merupakan “pengalaman individu yang berupa persepsi terhadap bentuk dan berat tubuhnya, serta perilaku yang mengarah pada evaluasi individu tersebut terhadap penampilan fisiknya” (dalam Nurvita, 2015). Gangguan citra tubuh dikemukakan oleh Rombe (2014) merupakan “suatu sikap atau perasaan

puas dan tidak puas yang dimiliki seseorang atau suatu individu tertentu terhadap tubuhnya sehingga dapat melahirkan suatu penilaian positif maupun negatif pada dirinya tersebut”.

2.2.2 Penyebab

Gangguan citra tubuh disebabkan oleh beberapa hal, yaitu kerusakan atau kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk, dan penampilan tubuh, serta tindakan pembedahan. Gangguan citra tubuh juga dapat disebabkan oleh penyakit, seperti Splenomegali. Splenomegali merupakan pembesaran organ limpa yang terus-menerus, sehingga mengakibatkan pembesaran abdomen kuadran kiri pasien. Kondisi semacam ini membuat pasien tidak puas dengan kondisi tubuhnya.

2.2.3 Tanda Gejala

Menurut SDKI DPP PPNI, 2017. Terdapat gejala dan tanda mayor pada pasien yang memiliki gangguan citra tubuh, diantaranya:

Gejala dan Tanda Mayor

Data Subjektif

1. Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh

Data Objektif

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

Gejala dan Tanda Minor

Data Subjektif

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

Data Objektif

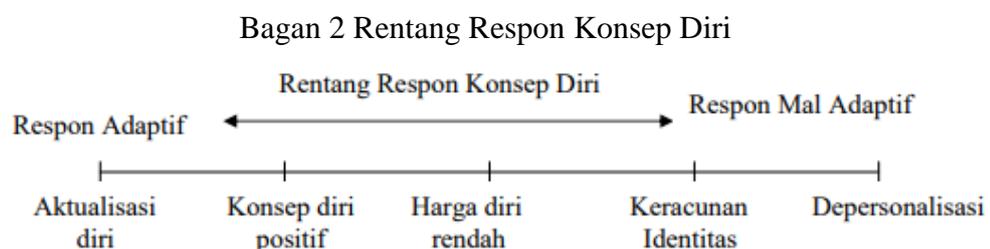
1. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
2. Menghindari melihat atau menyentuh bagian tubuh
3. Fokus berlebihan perubahan tubuh
4. Respon non verbal pada perubahan dan persepsi tubuh
5. Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
6. Hubungan sosial berubah

2.2.4 Psikodinamika

- a. Rentang respon gangguan citra tubuh

Menurut (Stuart, 2013; Khasanah, 2021) rentang respon konsep diri adalah sebagai berikut.

- 1) Aktualisasi diri



Aktualisasi diri adalah keinginan untuk memperoleh kepuasan dengan dirinya sendiri (*self fulfilment*), untuk menyadari semua potensi dirinya, untuk menjadi apa saja yang dia dapat melakukannya, dan menjadi kreatif dan bebas mencapai puncak prestasi potensinya.

2) Konsep diri positif

Adalah gambaran diri positif dari suatu individu

3) Harga diri rendah

Pandangan seseorang terhadap dirinya sendiri yang dirasa jauh berbeda dibanding orang lain dan dianggap buruk.

4) Kerancuan identitas

Kegagalan atau kekacauan suatu individu dalam menemukan jati dirinya untuk menintegrasikan psikososial dewasa yang harmonis.

5) Depersonalisasi

Tidak mampu menerima kenyataan dengan baik atau menolak suatu kenyataan.

b. Faktor presipitasi

Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh situasi yang dihadapi individu yang kemudian tidak mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi. Situasi atau stressor ang dapat mempengaruhi konsep diri dan komponennya yaitu:

- 1) Trauma seperti penganiayaan seksual secara verbal dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan.

- 2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya suatu kondisi. Faktor predisposisi gangguan citra tubuh terdiri dari tiga, yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya.

1) Faktor biologis

Gangguan citra tubuh turut dipengaruhi oleh faktor genetik. Faktor biologis yang paling dominan terlihat adalah ketidakpuasan terhadap bentuk dan ukuran tubuh. Akan tetapi, hal ini bukanlah pemicu utama. Bolton (2010) menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan kesehatan turut mempengaruhi citra tubuh seseorang, seperti pada pasien penderita penyakit kronis atau kondisi lain, seperti amputasi, stroke, mastektomi, luka bedah, cedera saraf tulang belakang, atau hilangnya bagian atau fungsi tubuh.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis berkaitan dengan keadaan depresi, rendah diri, dan ketidaksempurnaan yang dirasakan oleh seseorang depresi dan rendah diri berkontribusi terhadap pandangan negatif tentang diri sendiri. Selain itu, pereksionisme juga turut menyebabkan adanya harapan yang tidak realistis dari berat badan, bentuk dan penampilan.

3) Faktor sosial budaya

Faktor sosial dan budaya yang kuat mempengaruhi citra tubuh pada kaum muda faktor sosial budaya dapat dilihat dari beberapa hal, diantaranya adalah pesan media dan keluarga. Dari masa kanak-kanak sampai dewasa; televisi, papan reklame, film, video musik, *video game*, game komputer, mainan, internet, dan majalah menyampaikan gambaran tentang daya tarik, kecantikan, bentuk, ukuran, kekuatan dan berat ideal (Croll, 2005).

2.2.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien kanker payudara dengan gangguan citra tubuh meliputi penatalaksanaan medis dan keperawatan:

a. Penatalaksanaan Medis

Menurut Sarwono & Ida Ayu (dalam A.H. Nurarif dan H. Kusuma, 2015), ada beberapa penanganan kanker payudara yang tergantung pada stadium kliniknya, yaitu:

1) Mastektomi

Mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara. Terdapat 3 jenis mastektomi, yaitu:

- a) *Modified Radical Mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara, jaringan payudara di tulang dada, tulang selangka dan tulang iga, serta benjolan disekitar ketiak.

b) *Total (Simple) Mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara saja, tetapi tidak termasuk kelenjar ketiak.

c) *Radical Mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan sebagian payudara. Biasanya disebut lumpectomy, yaitu pengangkatan hanya pada bagian yang mengandung sel kanker, bukan seluruh payudara.

2) Radiasi

Radiasi adalah proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang tersisa di payudara setelah operasi.

3) Kemoterapi

Menurut Smeltzer & Bare, 2002 (dalam M. Yosefiawan, Warjiman & Mahdalena, 2014). Kemoterapi adalah penggunaan preparat antineoplastik sebagai upaya untuk membunuh sel-sel tumor dengan mengganggu fungsi dan reproduksi seluler. Tujuan kemoterapi yaitu untuk penyembuhan, pengontrolan dan paliatif dari penyakit kanker (Smeltzer & Bare, 2002).

4) Lintasan metabolisme (Terapi Hormon)

Asam bisfonat merupakan senyawa penghambat aktivitas osteoklas dan resorpsi tulang yang sering digunakan untuk melawan osteoporosis yang diinduksi oleh ovarian suppression, hiperkalsemia dan kelainan metabolisme tulang, menunjukkan efektivitas untuk menurunkan estasis selkanker payudara menuju tulang. Walaupun penggunaan dalam jangka

panjang dapat menimbulkan efek samping seperti osteonekrosis dan turunnya fungsi ginjal.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Terapi Keperawatan

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

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Citra Tubuh

Konsep asuhan keperawatan dengan gangguan citra tubuh terdiri dari :

2.3.1 Pengkajian

a) Identitas

Identitas terdiri dari nama pasien, TTL pasien, umur pasien, jenis kelamin, alamat, agama, suku/ bangsa, pekerjaan, pendidikan terakhir dan penanggung jawab pasien.

b) Mengkaji keluhan utama

c) Menanyakan dampak keluhan utama terhadap masalah psikososial

d) Faktor predisposisi

1) Riwayat kesehatan yang lalu

2) Riwayat penggunaan alkohol

3) Situasi kehidupan yang sering menimbulkan stress

4) Riwayat trauma fisik (kecelakaan/kekerasan)

- 5) Riwayat kehilangan
 - 6) Riwayat kegagalan
 - 7) Anggota keluarga yang memiliki penyakit serupa
 - 8) Genogram
- e) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan persistem dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan sistem tubuh sesuai kondisi fisik yang terganggu

1) Sistem integument

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.

2) Sistem kardiovaskuler

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 dan lakukan pemeriksaan tekanan darah pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang.

3) 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.

4) Sistem persyarafan

Kaji LOC (*level of consciousness*) atau tingkat kesadaran : dengan melakukan pertanyaan tentang kesadaran pasien terhadap waktu, tempat dan orang. Kaji status mental, dan kaji adanya kejang atau tremor. Sistem persarafan pada lansia biasanya lambat dalam merespon atau bereaksi terhadap sentuhan

5) 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 refleksi kornea,iris, pupil, periksa jernih keruhnya lensa mata, dan periksa juga bola 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.

6) 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.

7) Sistem endoktrin

Pada sistem 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.

8) 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.

9) Sistem reproduksi

Pada payudara meliputi inspeksi (biasanya terjadi perubahan pigmentasi kulit seperti kemerahan, papila mammae tertarik kedalam, hiperpigmentasi aerola mammae, ada atau tidak pengeluaran cairan pada puting susu, ada atau tidak oedem, dan asimetris payudara serta apakah terlihat adanya ulkus pada bagian payudara). Jika terdapat ulkus pada payudara lakukan pengkajian luka meliputi jenis luka, panjang luka, lebar luka, kedalaman luka, warna luka. Palpasi hasil (biasanya teraba ada massa pada payudara, ada atau tidak pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).

Pemeriksaan genitalia bagian-bagian genitalia apakah ada kelainan atau tidak, kebersihan genitalia terjaga atau tidak

10) Sistem pencernaan

Melihat konjungtiva anemis tidaknya, pemeriksaan sklera, mulut, bibir pasien, lesi dan ada tidaknya kelainan pada mulut dan bibir, bentukperut, 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 maupun lepas. Pada saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani.

f) Kebiasaan sehari-hari

1) Makan

Mengkaji jenis makanan dan minuman yang di konsumsi lansia, kebiasaan makan, makanan yang tidak disukai dan disukai, pantangan makan dan keluhan saat makan.

2) Minum

Pada kebiasaan minum sehari-hari, dikaji mengenai jenis, frekuensi, jumlah dan keluhannya. Kebutuhan asupan air berperan penting bagi fungsi otak manusia, ketika mengalami dehidrasi aliran darah dan oksigen ke otak akan berkurang. Kondisi ini tidak hanya menurunkan konsentrasi, tetapi juga mengakibatkan perubahan suasana hati dan emosi yang tidak stabil. Berkurangnya kemampuan otak dalam mengatur emosi selama dehidrasi akan lebih mudah merasa cemas

3) BAB & BAK

Pasien dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan keluhan

saat buang air besar dan buang air kecil.

4) Perawatan diri

Perawatan diri meliputi mandi, gosok gigi dan keramas, dikaji mengenai frekuensi, keluhan dan apakah pasien dapat melakukan secara mandiri atau dibantu saat melakukan perawatan diri.

5) Istirahat tidur

Istirahat tidur siang dan malam, dikaji mengenai kualitas tidurnya, kuantitas, dan keluhan selama istirahat tidur.

6) Olah raga

Kaji apakah selama dirumah pasien suka berolahraga dan bagaimana ketika dirumah sakit.

7) Hobby

Kaji penggunaan waktu luang dan hoby pasien.

g) Melaksanakan pemeriksaan status mental dan emosi

1) Orientasi (orang, tempat, waktu)

2) Memori saat ini

3) Memori jangka pendek

4) Memori jangka panjang

5) Tingkat konsentrasi (kemampuan menjawab pertanyaan dengan fokus, spontan dan benar

6) Pengetahuan pasien tentang penyakitnya

h) Melakukan pemeriksaan psikososial

1) Gambaran diri

- a) Persepsi/pandangan pasien terhadap tubuhnya
- b) Bagian tubuh yang disukai dan tidak
- 2) Identitas diri
 - a) Status/ posisi pasien sebelum dirawat
 - b) Kepuasan pasien terhadap status dan posisinya
 - c) Kepuasan pasien sebagai perempuan
- 3) Peran
 - a) Peran yang di emban dalam keluarga/kelompok/masyarakat
 - b) Kemampuan pasien dalam melaksanakan prannya
- 4) Ideal diri
 - a) Harapan pasien terhadap tubuhnya, posisi dan peran
 - b) Harapan pasien terhadap lingkungan
- 5) Harga diri
 - c) Hubungan pasien dengan orang lain
 - d) Penilaian penghargaan orang lain terhadap pasien
- i) Menanyakan perasaan pasien dengan kondisi saat ini
- j) Mengkaji mekanisme coping
 - 1) Menanyakan yang dilakukan pasien dalam menghadapi kondisi sakitnya
 - 2) Menanyakan dukungan keluarga selama pasien sakit
 - 3) Menanyakan dukungan lingkungan selama pasien sakit
- k) Hubungan sosial pasien (sebelum dan saat sakit)
- l) Melakukan pengkajian seksualitas (khusus bagi yang sudah menikah)

Tanyakan pengaruh sakit terhadap hubungannya dengan pasangan, adakah

masalah seksual/reproduksi dan tanyakan cara mengatasinya.

- m) Melakukan pengkajian spiritual
 - 1) Menanyakan pandangan pasien terhadap kehidupannya
 - 2) Keyakinan pasien akan kesembuhan
 - 3) Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan
- n) Persiapan pulang
 - 1) Rencana tempat tinggal setelah pulang dari rumah sakit
 - 2) Orang yang akan merawat
 - 3) Ketersediaan fasilitas informasi dan kesehatan

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 1 Analisa Data

Data	Masalah
Gejala dan Tanda Mayor	Gangguan citra
1) Data Subjektif	tubuh (D.0083)
Mengungkapkan	
kekacauan/kehilangan bagian	
tubuh	
2) Data Objektif	
a) Kehilangan bagian tubuh	
b) Fungsi/stuktur tubuh berubah/	
hilang	

Data

Gejala dan Tanda Minor

1. Data Subjektif
 - a) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh
 - b) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh
 - c) Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain
 - d) Mengungkapkan perubahan gaya hidup
 2. Data Objektif
 - a) Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
 - b) Menghindari melihat atau menyentuh bagian tubuh
 - c) Fokus berlebihan perubahan tubuh
 - d) Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh
-

Data

- e) Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
 - f) Hubungan sosial berubah
-

Adapun diagnosa yang biasanya muncul menurut SDKI adalah:

- a. Gangguan citra tubuh
- b. Harga diri rendah situasional
- c. Isolasi sosial

2.3.3 Perencanaan

Tabel 2 Perencanaan

Perencanaan				
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Gangguan citra tubuh	<p>TUM : Pasien dapat menerima perubahan struktur atau fungsi tubuhnya.</p> <p>DS :</p> <p>TUK :</p> <p>1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, dengan kriteria evaluasi: Setelah kali interaksi pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat:</p> <p>a. Ekspresi wajah bersahabat dan</p>	<p>A. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <p>1) Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal.</p> <p>2) Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan</p> <p>3) Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien</p>	<p>1) Hubungan saling percaya merupakan langkah awal yang penting dalam intervensi karena dapat meningkatkan kepercayaan hubungan yang terapeutik</p> <p>2) Dengan menyebutkan nama pasien dapat meningkatkan komunikasi terapeutik.</p> <p>3) Nama panggilan yang disukai dapat membuat pasien lebih senang.</p>
	DO :			

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
	<p data-bbox="801 405 1039 469">pasien mau untuk berjabat tangan.</p> <p data-bbox="768 480 1039 544">b. Menunjukkan rasa senang, mau menyebutkan</p> <p data-bbox="768 587 1039 651">c. nama, dan mau menjawab salam.</p> <p data-bbox="768 662 1039 691">d. Ada kontak mata</p> <p data-bbox="768 702 1039 954">e. Mau duduk berdampingan dengan perawat Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.</p>	<p data-bbox="1099 405 1487 434">4) Buat kontrak yang jelas</p> <p data-bbox="1099 517 1487 612">5) Tunjukkan sikap yang jujur dan menepati janji setiap kali interaksi.</p> <p data-bbox="1099 695 1487 759">6) Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya.</p> <p data-bbox="1099 842 1487 938">7) Beri perhatian kepada pasien dan perhatikanlah kebutuhan dasar pasien.</p> <p data-bbox="1099 995 1487 1091">8) Tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien</p> <p data-bbox="1099 1187 1487 1292">9) Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien</p>	<p data-bbox="1532 405 1924 501">4) Kontak yang jelas dapat mempermudah intervensi selanjutnya..</p> <p data-bbox="1532 517 1924 644">5) Jika perawat tidak menepati janji akan menurunkan kepercayaan pasien.</p> <p data-bbox="1532 695 1924 823">6) Sikap empati yang ditunjukkan perawat dapat mempermudah menggali informasi pada pasien.</p> <p data-bbox="1532 842 1924 938">7) Agar terciptanya trust dan mempermudah intervensi selanjutnya.</p> <p data-bbox="1532 995 1924 1155">8) Dengan menanyakan perasaan pasien, pasien akan merasa diperhatikan, dan merasa aman kepada perawat.</p> <p data-bbox="1532 1174 1924 1251">9) Dengan mendengarkan penuh perhatian, pasien</p>

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
			akan merasa aman dan diperhatikan oleh perawat
	<p>A. Pasien dapat meningkatkan pemahaman terhadap fenomena sakit. Dengan kriteria evaluasi: Setelah kali interaksi pasien menunjukkan pemahaman terhadap proses penyakitnya:</p> <p>a. Pasien dapat mengungkapkan secara verbal persepsi terhadap perubahan struktur atau fungsi tubuhnya.</p> <p>b. Pasien dapat mengungkapkan perasaan</p>	<p>A. Untuk perubahan struktur dan fungsi tubuh (post amputasi).</p> <p>Lakukan validasi pandangan pasien terhadap perubahan struktur dan fungsi tubuh.</p> <p>1. Bantu pasien mengungkapkan perasaan takut akibat perubahan struktur dan fungsi tubuh.</p> <p>2. Dengarkan dengan penuh perhatian</p>	<p>Menyadarkan pasien terhadap struktur dan fungsi tubuhnya saat ini.</p> <p>1. Ungkapan perasaan takut pada pasien dapat mempermudah intervensi selanjutnya.</p> <p>2. Dengan teknik mendengarkan aktif, dapat membuat pasien nyaman dan aman.</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
	6) negatif/takut yang dialaminya. 7) Pasien dapat menjelaskan 8) beban pikiran negatif berdampak perubahan fisik. 9) Pasien dapat menjelaskan cara mengganti pikiran negatif dengan menyikapi keadaan struktur tubuh yang masih berfungsi. 10) Pasien dapat menyebutkan tindakan untuk mengatasi pikiran negatif. 11) Pasien dapat menjelaskan	3. Jelaskan bahwa pikiran dan perasaan negatif terhadap perubahan struktur dan fungsi tubuh dapat mengganggu aktifitas pasien dalam kehidupan sehari-hari. 4. Motivasi pasien agar mengganti pikiran negatif dengan pikiran positif. 5. Tanyakan tindakan yang sudah dilakukan 6. Tanyakan hasil tindakan yang sudah dilakukan. 7. Jika berhasil, anjurkan untuk menggunakan cara yang sudah dilakukan 8. Jika tidak berhasil, jelaskan pentingnya melakukan tindakan amputasi / mastectomy /	3. Pikiran negatif dapat mengganggu pola pikiran pasien. 4. Pikiran yang positif dapat membuat pasien aman dan merasa nyaman. 5. Dapat membantu mengidentifikasi pasien pada tahap fungsi memori. 6. Sebagai evaluasi keterlibatan pasien. 7. Pada pasien post amputasi, akan merasakan phantom limb dan phantom pain. 8. Tindakan amputasi dapat mengurangi sakit yang berkelanjutan.

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
	<p>dampak dari tindakan yang dilakukan untuk mengatasi pikiran negatif</p> <p>h. Pasien dapat menjelaskan cara memodifikasi penampilan.</p> <p>i. Pasien dapat menjelaskan cara melakukan latihan untuk meningkatkan fungsi tubuh.</p>	<p>colostomy / operasi lainnya.</p> <p>9. Tanyakan adanya tanda-tanda phantom limb dan phantom pain.</p> <p>10. Jika ada jelaskan tentang gejala phantom limb / pain</p> <p>11. Tanyakan dampak dari tindakan amputasi dalam berhubungan dengan orang lain.</p> <p>12. Jika mengganggu, tanyakan cara memodifikasi penampilan</p> <p>13. Jika tidak tahu, jelaskan cara memodifikasi penampilan akibat luka bakar / colostomy / mastectomi penggunaan prostesa / berpakaian</p>	<p>9. Agar pasien dapat melatih tubuhnya yang terganggu secara mandiri</p> <p>10. Agar pasien mengetahui rasa sakit yang dirasa merupakan respon fisiologis tubuh.</p> <p>11. Dapat membantu mengidentifikasi pasien pada saat berhubungan dengan orang lain</p> <p>12. Penampilan di butuhkan untuk menunjang tingkat kepercayaan diri.</p> <p>13. Penampilan di butuhkan untuk menunjang tingkat kepercayaan diri</p>

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
		14. Jelaskan cara melatih fungsi tubuh atau anggota gerak yang terganggu	14. Agar memudahkan pasien untuk bergerak.
	<p>3. Pasien dapat meningkatkan koping untuk menerima perubahan tubuhnya. Dengan kriteria evaluasi: Setelah ...kali pasien dapat menerima perubahan tubuhnya:</p> <p>a. Pasien dapat mengungkapkan secara verbal dampak kemoterapi terhadap struktur dan fungsi tubuh.</p>	<p>B. Untuk perubahan fungsi tubuh akibat kemoterapi.</p> <p>1. Tanyakan dampak kemoterapi terhadap struktur atau fungsi tubuh.</p> <p>2. Jika ada, jelaskan pada pasien tentang perubahan yang normal pada kondisi tersebut</p> <p>3. Jelaskan cara memodifikasi penampilan</p>	<p>Membantu pasien untuk menerima perubahan pada struktur dan fungsi tubuhnya saat ini.</p> <p>1. Dapat membantu mengidentifikasi pasien pada saat merasakan dampak dari kemoterapi.</p> <p>2. Agar pasien mengetahui dampak dari kemoterapi.</p> <p>3. Membantu pasien untuk menerima perubahan pada</p>

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
	b. Menunjukkan sikap positif. c. Pasien tampak percaya diri dan menerima kondisi tubuhnya saat ini.	4. Libatkan support sistem dalam memodifikasi penampilan.	struktur dan fungsi tubuhnya saat ini. 4. Membantu pasien untuk lebih percaya diri terhadap kondisi tubuhnya saat ini

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan mengacu pada intervensi keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi kembali apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien saat ini (Prabowo, 2014).

Untuk implementasi keperawatan pada pasien kanker payudara dengan gangguan citra tubuh dapat berupa membina hubungan saling percaya, melakukan validasi pandangan pasien terhadap perubahan struktur dan fungsi tubuhnya, dampak pengobatan bagi pasien dan keluarga dapat mengetahui gangguan citra tubuh pada pasien.

2.3.5 Evaluasi

Menurut Prabowo (2014), evaluasi keperawatan mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritis dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan dapat diukur misalnya dengan menanyakan “bagaimana perasaan ibu setelah kita mendiskusikan aspek positif dalam diri ibu?”

O : respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat komunikasi dan tindakan dilakukan.

A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan masalah tersebut masih muncul atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

I : implementasi atau pelaksanaan rencana tindakan untuk mengatasi permasalahan pasien

E : evaluasi atau hasil dari tindakan yang telah dilakukan kepada pasien apakah kondisi pasien membaik atau tidak

R : reassessment atau melakukan pengumpulan data atau evaluasi kembali jika hasil tidak sesuai dengan yang diharapkan maka dilakukan perencanaan kembali mengenai asuhan keperawatan.

Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar perawat dapat melihat perubahan yang terjadi pada pasien. Pada tahap evaluasi sangat diperlukan adanya reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga harus diberikan motivasi untuk melakukan *self reinforcement* (Prabowo, 2014).