

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Fraktur

1. Konsep fraktur

a. Definisi fraktur

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang secara keseluruhan atau sebagian, dapat mengenai tulang panjang, sendi, jaringan , otot, dan pembuluh darah yang disebabkan oleh stress pada tulang, jatuh dari ketinggian, keselamatan kerja, kecelakaan lalu lintas atau cedera saat olahraga (Apley & Solomon, 2018).

Fraktur adalah gangguan komplet atau tak komplet kontinuitas struktur tulang sesuai dengan jenis dan luasannya. Fraktur terjadi ketika tulang menjadi subjek tekanan yang lebih besar dari yang dapat ditahannya (Brunner dan Suddart, 2017).

b. Etiologi fraktur

Penyebab terjadinya fraktur yaitu adanya hantaman langsung, kekuatan yang meremukkan, gerakan memuntir, gerakan memuntir mendadak, atau karena kontraksi otot yang ekstrem. Ketika tulang patah, struktur disekitarnya akan terganggu yang menyebabkan edema jaringan lunak, hemoragi ke otot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, gangguan saraf dan kerusakan pembuluh darah. Organ tubuh dapat terluka akibat gaya yang disebabkan fraktur atau fragmen fraktur (Brunner dan Suddart, 2017).

c. Tipe fraktur

Tipe – tipe fraktur menurut Brunner dan Suddart, 2017 yaitu sebagai berikut :

- a. Fraktur komplet : patah diseluruh penampang lintang tulang yang sering kali tergeser.
- b. Fraktur inkomplet atau disebut juga fraktur greenstick : patah hanya terjadi pada sebagian

- c. penampang lintang tulang.
- d. Fraktur remuk (comminuted) : patah dengan beberapa fragmen tulang.
- e. Fraktur tertutup atau fraktur sederhana : patah yang tidak menyebabkan robekan di kulit.
- f. Fraktur terbuka atau fraktur campuran atau kompleks : patah dengan luka pada kulit atau pada membran mukosa meluas ke tulang yang fraktur

Derajat luka fraktur terbuka yaitu :

- 1) Derajat I : luka bersih sepanjang kurang dari 1cm
- 2) Derajat II : luka lebih luas tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas
- 3) Derajat III: luka sangat terkontaminasi dan menyebabkan kerusakan jaringan lunak yang luas.
- g. Fraktur intra-artikular : patah tulang yang meluas ke permukaan sendi tulang.

d. Tanda dan gejala klinis fraktur

Manifestasi klinis fraktur menurut Lukman, 2012 yaitu :

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang dimobilisasi.
- b. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur.
- c. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian yang tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah (gerakan luar biasa) bukannya tetap rigid seperti normal. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas yang

normal.

- d. Saat ekstremitas bagian yang fraktur diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitasi yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur

e. Penatalaksanaan Fraktur

- a. Segera setelah cedera, imobilisasi bagian tubuh sebelum pasien dipindahkan.
- b. Bebat fraktur termasuk sendi yang berada dekat fraktur untuk mencegah pergerakan fragmen fraktur.
- c. Imobilisasi tulang panjang ekstremitas bawah dapat dilakukan dengan membebat kedua tungkai bersama ekstremitas yang tidak cedera berguna untuk membebat ekstremitas yang fraktur.
- d. Pada cedera ekstremitas atas, lengan dapat dibebat ke dada atau lengan bawah dan yang cedera dapat digendong dengan mitela.
- e. Kaji status neurovaskular di sisi distal area cedera sebelum dan setelah pembebatan untuk menentukan keadekuatan perfusi jaringan perfusi. Prinsip penanganan fraktur meliputi reduksi, imobilisasi dan pengembalian fungsi serta kekuatan normal dengan rehabilitasi.

Prinsip penanganan fraktur dengan 4 R menurut Price dalam Wijaya dan Yessi, 2013 yaitu :

- a. Rekognisi adalah menyangkut diagnosis fraktur pada tempat kejadian dan kemudian di rumah sakit.
- b. Reduksi adalah tindakan memanipulasi fragmen-fragmen tulang yang patah agar dapat kembali seperti

letak asalnya.

- c. Retensi adalah aturan umum dalam pemasangan gips. Gips dipasang untuk mempertahankan reduksi harus melewati sendi diatas fraktur dan dibawah fraktur.
- d. Rehabilitasi adalah pengobatan dan penyembuhan fraktur.

Penatalaksanaan keperawatan fraktur menurut Brunner dan Suddart (2017), yaitu sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan Fraktur Tertutup
 - 1) Informasikan pasien mengenai metode pengontrolan edema dan nyeri yang tepat misalnya meninggikan ekstremitas setinggi jantung,
 - 2) perawatan diri, informasi, medikasi, pemantauan kemungkinan komplikasi dan perlu supervisi layanan kesehatan yang berkelanjutan.
- b. Penatalaksanaan Fraktur Terbuka
 - 1) Sasaran penatalaksanaan ialah untuk mencegah infeksi luka, jaringan lunak dan tulang serta untuk meningkatkan pemulihan. Pada kasus fraktur terbuka, terdapat resiko osteomielitis, tetanus dan gangrene.
 - 2) Berikan antibiotik IV dan tetanus toksoid jika diperlukan.
 - 3) Lakukan irigasi luka dan debridement.
 - 4) Tinggikan ekstremitas untuk meminimalkan edema.
 - 5) Kaji status neurovaskular.
 - 6) Ukur suhu tubuh pasien dalam interval teratur dan pantau tanda-tanda infeksi

B. Konsep Gangguan Citra Tubuh

a. Definisi Gangguan Citra Tubuh

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran, bentuk, struktur, fungsi, makna, objek yang sering kontak dengan tubuh. Gangguan tersebut diakibatkan kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik (Muhith, 2015). Pada pasien yang mengalami gangguan citra tubuh, ia akan mempersepsikan tubuhnya tersebut memiliki kekurangan dan ia tidak dapat menjaga integritas tubuhnya sehingga ketika berhubungan dengan lingkungan sosial ia akan merasa rendah diri. Misalnya pada pasien yang dirawat di rumah sakit umum, perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi karena terjadinya perubahan struktur tubuh karena tindakan invasif, penyuntikan, pemasangan alat kesehatan dan lainnya (Muhith 2018).

b. Etiologi gangguan Citra Tubuh

Gangguan citra tubuh disebabkan oleh beberapa hal, yaitu kerusakan atau kehilangan bagian tubuh: perubahan ukuran, bentuk, dan penampilan tubuh, serta tindakan pembedahan. Beberapa hal yang harus dilakukan oleh perawat dalam mengkaji gangguan citra tubuh adalah faktor predisposisi serta tanda dan gejalanya

Faktor Predisposisi

1) 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 klien penderita stroke, amputasi, kehilangan fungsi tubuh atau

sebagian tubuh, luka bedah, saraf tulang belakang.

2) Psikologi

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, perfeksionis juga turut menyebabkan adanya harapan yang tidak realistis dari berat badan, bentuk, dan penampilan

3) Sosial budaya

Faktor sosial budaya yang kuat mempengaruhi citra tubuh pada kaum muda. Faktor sosial budaya dapat dilihat dari beberapa hal diantaranya, adalah pesan media dan keluarga.

c. Tanda dan gejala gangguan citra tubuh

Berikut tanda dan gejala gangguan Citra Tubuh menurut Keliat, 2013 yaitu :

a. Data Objektif

Data objektif yang dapat diobservasi dari pasien gangguan Citra Tubuh yaitu :

- 1) Perubahan dan kehilangan anggota tubuh, baik struktur, bentuk, maupun fungsi
- 2) Pasien menyembunyikan bagian tubuh yang terganggu.
- 3) Pasien menolak melihat bagian tubuh.
- 4) Pasien menolak menyentuh bagian tubuh.
- 5) Aktivitas sosial pasien berkurang.

b. Data Subjektif

Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara, pasien dengan gangguan Citra Tubuh biasanya mengungkapkan :

- 1) Pasien mengungkapkan penolakan terhadap perubahan anggota tubuh saat ini, misalnya tidak puas dengan hasil operasi, ada anggota tubuh yang tidak

berfungsi, dan menolak berinteraksi dengan orang lain.

- 2) Pasien mengungkapkan perasaan tidak berdaya, malu, tidak berharga, dan keputusasaan.
- 3) Pasien mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu.
- 4) Pasien sering mengungkapkan kehilangan.
- 5) Pasien merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang.

Beberapa gangguan pada citra tubuh Dapat menunjukkan tanda dan Gejala sebagai berikut (Muhith, 2015) yaitu :

a. Respon pasien adaptif

- 1) Syok psikologis Merupakan reaksi emosional terhadap dampak perubahan dan dapat terjadi pada saat pertama tindakan. Informasi yang banyak dan kenyataan perubahan tubuh membuat pasien menggunakan mekanisme pertahanan diri seperti mengingkari, menolak dan proyeksi untuk mempertahankan keseimbangan diri.
- 2) Menarik diri Pasien menjadi sadar pada kenyataan, tetapi karena ingin lari dari kenyataan maka pasien akan menghindari secara emosional. Hal tersebut menyebabkan pasien menjadi pasif, tergantung pada orang lain, tidak ada motivasi dalam perawatan dirinya sendiri.
- 3) Penerimaan atau pengakuan secara bertahap Setelah pasien sadar akan kenyataan, maka respon kehilangan atau berduka akan muncul. Dan setelah fase ini pasien akan mulai melakukan reintegrasi terhadap gambaran dirinya yang baru.

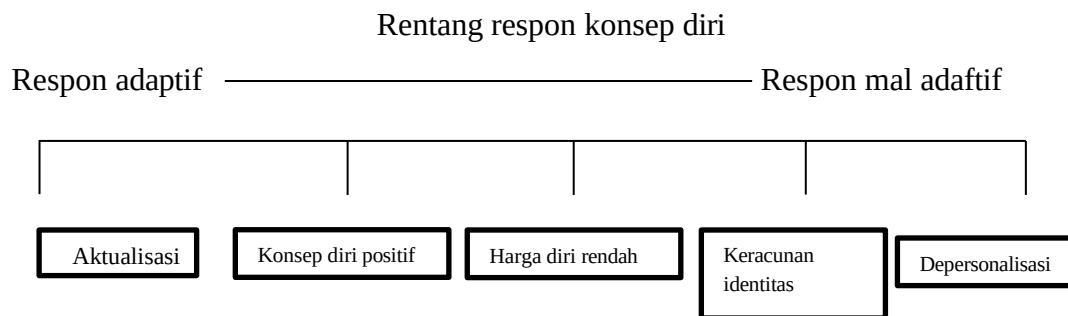
b. Respon pasien maladaptif

- 1) Menolak untuk melihat dan menyentuh bagian yang berubah.
- 2) Tidak dapat menerima perubahan struktur dan fungsi tubuh.
- 3) Mengurangi kontak sosial sehingga bisa terjadi isolasi sosial.

- 4) Perasaan atau pandangan negatif terhadap tubuhnya
- 5) Mengungkapkan keputusan
- 6) Mengungkapkan ketakutan akan ditolak
- 7) Menolak penjelasan mengenai perubahan citra tubuhnya

c. Rentang respon

Karena konsep diri terdiri dari 5 komponen yaitu ideal diri, harga diri, peran, identitas dan salah satunya adalah body image, rentang individu terhadap konsep diri beraktualisasi sepanjang rentang respon konsep diri yaitu adaptif dan maladaptif, berikut tentang respon kepada konsep diri:



Gambar 2.1 Rentang Respon Konsep Diri Sumber, Stuart & Studen (2007)

Rentang respon konsep diri

Keterangan :

- a. Aktualisasi diri : pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang nyata yang sukses dan dapat diterima
- b. Konsep diri positif: apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal positif maupun yang negatif dari dirinya.
- c. Harga Diri Rendah: individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain
- d. Identitas Kacau: kegagalan individu mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa yang harmonis.
- e. Dipersonalisasi: perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap

diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

C. Konsep Edukasi Promosi Citra Tubuh

1. Pengertian

Promosi Citra Tubuh adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan perbaikan perubahan persespsi terhadap fisik pasien (SIKI, 2018). Promosi kesehatan adalah proses memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka. Untuk mencapai keadaan fisik, mental yang lengkap dan kesejahteraan sosial, individu, atau kelompok harus dapat mengidentifikasi dan untuk mewujudkan aspirasi, untuk memnuhi ebutuhan dan untuk mengubah atau mengatasikeadaan lingkungan. Promosi kesehatan atau *health promotion* yaitu program promosi kesehatan untuk mengidentifikas, menentukan metode untuk menmfasilitasi perubhaan perilaku, memberikan panduan tenang waktu metode, dan pilihan metode intervensi, untuk mencapai kesehatan yang optimal (McLaughlin & Mc Laughlin, 2019).

Berdasarkan pendapat para ahli dapat disimpulkan promosi kesehatan merupakan sebuah proses pemberdayaaan baik secara individu, kelompok, ataupun komunitas dalam bentuk pemberian intervensi pendidikan kesehatan, pembinaan ataupun kombinasi. Dari kedua intervensi tersebut bertujuan untuk memudahkan perubahan perilaku kesehatan pasien sehingga mencapai derajat kesehatan yang optimal.

2. Tujuan intervensi promosi Citra Tubuh

Tujuan intervensi Citra Tubuh menurut lawrence green

(dalam Notoatmodjo,2018):

1. Mengurangi perilaku negative bagi kesehatan
2. Mencegah meningkatnya perilaku negative bagi kesehatan

3. Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan
4. Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan

3. Prinsip promosi Citra Tubuh dalam perubahan perilaku

Susilowati dan Kusproyanto (2016) menjelaskan interaksi perawat/petugas kesehatan dan klien merupakan hubungan khusus yang ditandai dengan adanya saling berbagi pengalaman, serta memberi sokongan dan negosiasi saat memberikan pelayanan kesehatan. Adapun beberapa prinsip yang harus diterapkan saat melakukan promosi citra tubuh:

1. Berfokus pada klien

Klien mempunyai nilai, keyakinan, kemampuan kognitif dan gaya belajar yang unik, yang mengekspresikan perasaan dan pengalamannya kepada perawat, sehingga perawat lebih mengerti tentang keunikan klien dan dalam memberikan pelayanan dapat memenuhi kebutuhan klien secara individual.

2. Bersifat menyeluruh dan utur (holistik)

Dalam memberikan promosi kesehatan harus dipertimbangkan klien secara keseluruhan, tidak hanya berfokus pada muatan spesifik.

3. Negosiasi

Perawat dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui . jika sudah ditentukan, buat perencanaan yang dikembangkan berdasarkan masukan tersebut, jangan memutuskan belah pihak

4. Interaktif

Kegiatan dalam promosi Citra Tubuh adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif yang melibatkan partisipasi perawat/petugas kesehatan dan klien.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Dalam asuhan keperawatan dalam 5 langkah pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan implementasi dan evaluasi yang ada pengkajian berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yang bertujuan mengembalikan kemandirian, kemampuan dan pengetahuan terhadap kondisi yang dialami (Desmawati, 2019). Proses keperawatan adalah suatu panduan untuk memberikan asuhan keperawatan profesional, baik untuk individu kelompok, keluarga dan komunitas (Budiono dan Pertami, 2015).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan Pasien (Budiono dan Pertami, 2015). tokoh utama pengkajian meliputi:

a. Identitas

- 1) Identitas Pasien meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, tindakan medis.
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan Pasien.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang biasanya timbul pada pasien saat dilakukan pengkajian, pasien dengan pot fraktur setelah dilakukan operasi biasanya mengatakan malu dan merasakan kesedihan atas berubah nya bagian

tubuh, tidak mau melihat anggota tubuh yang di lakukan operasi hal ini bisa saja menimbulkan masalah gangguan Citra Tubuh pada pasien.

2) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan keluhan utama dari perawatan paling awal sampai perkembangan saat ini (Wong, 2011). Riwayat penyakit sekarang dikaji melalui dari keluhan yang dirasakan pasien setelah dilakukan operasi fraktur titik kaji tentang perasaan pasien atas perubahan bentuk atau struktur dan fungsi tubuh pasien tanyakan bagaimana perasaannya mulai dari sebelum masuk rumah sakit sampai dilakukannya tindakan operasi.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya riwayat penyakit yang diderita Pasien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita

c. Aktivitas sehari-hari

Mengungkapkan pola aktivitas Pasien sebelum sakit dan sesudah sakit titik yang meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktivitas (Nikmatur dan Saiful, 2010).

d. Pola nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan Pasien sebelum dan sesudah masuk rumah sakit dengan fraktur yang mengalami gangguan Citra Tubuh dapat memicu tidak nafsu makan karena pasien memikirkan anggota tubuhnya yang hilang sehingga terjadinya mual dan muntah dikarenakan dapat meningkatkan hipereksi lambung (Parmono, 2016).

1. Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan Pasien pada saat buang air besar dan buang air kecil.

2. Istirahat tidur

Dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur, apakah ada gangguan sebelum dan pada saat tidur, lama tidur dan kebutuhan istirahat tidur. Dikarenakan pasien dengan post operasi mastektomi keluhan yang sering terjadi adalah sulit tidur karena gangguan Citra Tubuh yang dialaminya, hal ini akan mempengaruhi pola istirahat tidur pasien (Nugraha et al, 2017).

3. Personal hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri titik biasanya Pasien dengan post operasi masektomi akan mengalami kesulitan dalam pemenuhan ADL karena adanya keterbatasan gerak dan keengganan untuk merawat diri karena gangguan Citra Tubuh termasuk dalam personal hygiene (Nugraha et al, 2017).

4. Aktivitas dan latihan

Adanya hambatan mobilitas fisik, terutama pada bagian ekstremitas akan menyebabkan pasien dengan post operasi fraktur mengalami kesulitan dalam aktivitas dan latihan fisik (Nugraha et al, 2017).

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran dapat berupa kompos Entis sampai, tergantung beratnya kondisi penyakit yang dialami, pada Pasien post operasi mastektomi biasanya sadar penuh dan jarang terjadi kehilangan kesadaran dan

kadang-kadang diiringi dengan kelelahan yang dirasakan terus-menerus disertai dengan gangguan Citra Tubuh akibat pembedahan fraktur yang dialaminya (Nugraha et al,2017).

2) Sistem pernapasan

Umumnya terjadi perubahan pola dan frekuensi pernapasan menjadi lebih cepat akibat gangguan Citra Tubuh yang mengakibatkan psikologis pasien terganggu, penurunan ekspansi paru, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh pasien (Nugraha et al, 2017).

3) Sistem kardiovaskuler

Secara umum kalian mengalami takikardi(sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia), pasien post fraktur yang mengalami gangguan Citra Tubuh mengalami hipertensi sebagai (respon terhadap stres), hipotensi (kelelahan dan tirah baring), biasanya ditemukan adanya pendarahan sampai shokoma mukosa bibir kering dan pucat, komplikasi tersebut biasanya muncul setelah dilakukannya tindakan pembedahan fraktur (Nugraha et al, 2017).

4) Sistem pencernaan

Kaji keadaan bibir, gusi dan gigi, lidah serta rongga mulut, daerah abdomen inspeksi bentuk abdomen, ada massa atau tidak, auskultasi bunyi bising usus, palpasi ada nyeri atau tidak, ada benjolan atau tidak, kaji turgor kulit, palpasi daerah hepar, pada Pasien dengan pos operasi yang sering dilakukan adalah gangguan Citra Tubuh hal ini bisa memicu terjadinya hipereksi asam lambung sehingga memicu

mual muntah dan sembelit (Pramono, 2016).

5) Sistem perkemihan

Peningkatan tonus simpatis akibat gangguan Citra Tubuh post operasi akan meningkatkan tonus sfingter esofagus atas dan bawah sehingga makanan dari lambung tidak mudah kembali ke arah mulut serta menurunkan mobilitas usus dan saluran kemih menyebabkan ileus dan retensi urine (Pramono, 2017).

6) Sistem pernapasan

Pada umumnya sistem pernapasan tidak terdapat kelainan jika sel kanker segera diangkat atau dilakukan operasi, pasien dengan post fraktur biasanya keadaan umum baik dan kesadaran komposmentis (Nugraha et al, 2017).

7) Sistem musculoskeletal

Kaji pergerakan ROM dari pergerakan sendi mulai dari kepala sampai anggota gerak bawah titik biasanya pada pasien dengan gangguan citra itra tubuh ditemukan kelebihan dan keengganan untuk bergerak (Nugraha et al, 2017).

8) Sistem penglihatan

Periksa kesimetrisan kedua mata, reflex pupil terhadap cahaya positif atau tidak, kaji lapang pandang dan ketajaman penglihatan.

9) Sistem pendengaran

Amati keadaan telinga, ke simetrisan, ada tidaknya lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinna, Webber dan schwabach.

10) Sistem integument

Gaji warna kulit, keadaan rambut, tekstur rambut, kulit kepala bersih atau tidak. Kaji kelembaban kulit dan turgor kulit. Biasanya ditemukan adanya luka

operasi pada mammae, mungkin turgor kulit menurun akibat kurangnya volume cairan, suhu tubuh dapat meningkat apabila terjadinya infeksi (Nugraha et al,2017).

11) Sistem reproduksi

Dikaji apakah adanya perubahan kesimetrisan pada mammae, ada atau tidaknya perubahan warna kulit pada mammae, riwayat Menarche dini atau menopause lambat (Nugraha et al,2017)

12) Sistem endokrin

Dikaji riwayat dan gejala yang berhubungan dengan penyakit endokrin, periksa ada tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Kelenjar getah bening memegang peran penting dalam mencegah penyebaran atau perkembangan sel-sel kanker (Putra, 2017) berpendapat bahwa kelenjar getah bening adalah suatu barier pertahanan bagi penyebaran sel-sel tumor.

f. Riwayat psikologi

1) Persepsi dan harapan Pasien

Tanyakan pada pasien bagaimana persepsi dan harapan pasien tentang masalah yang sedang dihadapinya saat ini titik biasanya pasien post of fraktur akan berpersepsi jika perubahan yang dialami akan berdampak pada lingkungan sosialisasinya dan pasien akan merasa minder hal tersebut akan menimbulkan masalah gangguan citra tubuh.

2) Persepsi dan harapan keluarga

Tanyakan kepada keluarga bagaimana persepsi dan harapan keluarga tentang masalah yang sedang dialami pasien titik biasanya keluarga kurang memberi perhatian kepada pasien dan hal-hal tersebut membuat pasien minder dan tidak ingin bercerita apa yang dirasakan jika

seperti itu bisa juga menyebabkan pasien mengalami masalah gangguan citra tubuh.

3) Pola interaksi dan komunikasi

Tanyakan bagaimana pasien berkomunikasi dengan keluarga atau dengan perawat apakah pasien merasa malu atau pasien tidak dapat terbuka menceritakan perasaan yang dia alami saat ini. Pada pasien yang mengalami gangguan Citra Tubuh biasanya pasien akan sedikit tertutup dan cenderung menyimpan masalahnya sendiri daripada menceritakan pada keluarga atau orang terdekatnya. Penampilan Pasien bagaimana, apakah nampak kesakitan, tenang atau apatis.

4) Pola pertahanan

Mengkaji cara bicara pasien ketika berkomunikasi, sikap, kontak mata, dan ekspresi wajah pasien.

5) Pola nilai dan kepercayaan

Mengkaji apakah pasien menjalankan ibadahnya ketika rumah sakit.

6) Konsep diri

Gambaran pada Pasien terhadap dirinya pada umumnya negatif dikarenakan mengatakan organ mamae, Pasien malu terhadap penyakit yang dideritanya tetapi tidak semua Pasien beranggapan demikian tergantung dari perspektif Pasien itu sendiri titik harga diri Pasien ada yang terganggu dan ada pula yang tidak titik pada ideal dirinya bagaimana harapan Pasien pada saat ini untuk dirinya dan keluarga serta orang lain. Bagaimana peran diri Pasien memungkinkan akan terganggu karena hospitalisasi, identitas dirinya bagaimana Pasien memandang terhadap keberadaannya, (Nugraha et al, 2017)

- g. Data penunjang Pemeriksaan laboratorium:
 - a. Elektrolit: dapat ditemukan adanya penurunan kadar elektrolit akibat kehilangan cairan berlebihan.
 - b. Hemoglobin: dapat menurun akibat kehilangan
 - Darah Leukosit: dapat meningkat jika Terjadi infeksi.

2. Dagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual atau potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tepat perawat bertanggung jawab (Budiono dan Pertami, 2017). Diagnosa keperawatan yang muncul pada Pasien dengan postmas tektoni menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah:

- a. Gangguan Citra Tubuh Berhubungan Dengan Perubahan Struktur/Bentuk Tubuh (fraktur) (D.0083).
- b. Harga Diri Rendah Krisis Situasional Berhubungan Dengan Perubahan Pada Citra Tubuh (D.0087).
- c. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang(D.0054).
- d. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pecedera Fisik (Fraktur) (D.0077)
- e. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional (Fraktur) (D.0080).

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan menurut (SLKI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa di atas adalah:

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Citra Tubuh Berhubungan Dengan Perubahan Struktur/Bentuk Tubuh(Fraktur) (D.0083).	Citra Tubuh (L.09067) • Meningkatnya keinginan untuk melihat bagian tubuh dari angka 1 -4 • Meningkatnya keinginan untuk menyentuh bagian tubuh yang patah dari angka 1- 4 • Meningkatnya verbalisasi tentang kecacatan tubuh dari angka 1-4 • Meningkatnya verbalisasi perasaan positif tentang perubahan tubuh dari angka 5-2 - Meningkatnya verbalisasi postif tentang kekhawatiran openolakan orang lain dari angka 5-2	Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi: 1. identidikasi harapan Citra Tubuh berdasarkan tahao perkembangan 2. identifikasi perubahan Citra Tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 3. monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Edukasi: 1. jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan Citra Tubuh 2. anjurkan menggunakan alat bantu (wig, kosmetik). 3. Anjurkan mengikuti kemlompok pendukaung 4. Latih fungsi tubuh yang dimiliki Terapeutik : 1. Diskusikan pada keluarga tentang perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan cara Mengembangkan harapan cuutra tubuh secara realistis

2	Harga Diri Rendah Krisis Situasional Berhubungan Dengan Perubahan Pada Citra Tubuh (D.0087)	Promosi harga diri (L.09069) • Meningkatnya penilaian diri positif dari angka 1-4 • Meningkatnya perasaan memiliki kelebihan /kemampuan yang positif dari angka 1-4 • Meningkatnya penerimaan penilaian positif terhadap harga diri dari angka 1-4 • Meningkatnya kontak mata saat berinteraksi dari angka 1-4 • Meningkatnya perasaan untuk melakukan apapun dalam kondisi saat ini dari angka 1-4	Promosi Harga Diri (I.09308) Observasi 1. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 2. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan Terapeutik 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 2. Motivasi menerima tantangan atau hal baru 3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri 4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 6. Diskusikan persepsi negatif diri 7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah 8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi 9. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas 10. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri Edukasi 1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien 2. Mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki
---	--	---	---

			3. Mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain 4. Membuka diri terhadap kritik negatif 5. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri 6. Latih pernyataan/ kemampuan positif diriLatih cara berfikir dan berperilaku positif 7. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi
3	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang(D.0054	Mobilitas fisik (L.05042) • Meningkatnya pergerakan ekstremitas dari angka 1-4 • Meningkatnya kekuatan otot dari angka 1-4 • Meningkatnya rentang gerak otot dari angka 1-4	Dukungan Ambulasi (I. 06171) Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kons=disi umum melama ambulasi Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat) 2. fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : 1. jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. anjurkan melakukan ambulasi dini 3. ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakuakn (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)

4	Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional (Fraktur) (D.0080)	Tingkat ansietas (L.09093) • Menurunnya verbalisasi kebingungan dari angka 1-4 • Menurunnya khawatir akibat kondisi yang dihadapi dari angka 1-4 • Menurunnya perilaku gelisah dari angka 1- 4 • Menurunnya perilaku tegang dari angka 1-4 • Menurunnya kesulitan tidur dari angka 1--4	Terapi relaksasi (I.09326) Observasi : 1. Identifikasi penurunan tingkat energi ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik : 1. ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. gunakan pakaian longgar 4. gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis edukasi : 1. jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 2. jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. anjurkan mengambil posisi nyaman 4. anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih demonstrasikan
---	--	---	---

4. Implementasi

Pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan titik tindakan keperawatan perawat berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Jenis tindakan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kalaborasi dan tindakan rujukan/ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi saat ini (Desmawati, 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan titik menentukan evaluasi hasil dibagi menjadi 5 komponen:

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
- b. Mengumpulkan data mengenai keadaan Pasien terbaru
- c. Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria standar
- d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- e. Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan.

E. Jurnal Terkait

Table 2.2 Jurnal Terkait

No	Judul Artikel; penulis;tahun	Metode (desain, variabel, instrument, analisis)	Hasil penelitian
1.	Proses penerimaan diri pada wanita yang menjalani mastektomi: <i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> (Ahmad & Achmad, 2021)	D: Case Study S: 3 Pasien mastektomi I: Lembar observasi A: <i>Interpretative Phenomenological Analysis</i>	Hasil penelitian menunjukkan munculnya dua tema induk, yaitu: (1) Pertimbangan menjalani mastektomi yang terkait dengan semua respon dan usaha berobat medis yang dilakukan subjek ketika diagnosis kanker payudara; (2) Penyesuaian diri pasca mastektomi yang berkaitan dengan banyak hal yang mempengaruhi kehidupan wanita pasca mastektomi.
2.	Gambaran diri pasien post mastektomi di ruang kemoterapi Santosa hospital Bandung central (Anggraeni dkk, 2021)	D: <i>deskriptif kuantitatif</i> S: 50 orang Post mastektomi V: (1) gambaran diri (2) Post mastektomi I: kuesioner A: <i>analisa univariat</i>	Hasil <i>analisis univariat</i> diperoleh gambaran diri pasien post mastektomi berdasarkan aspek bentuk tubuh sebagian besar positif (52%), berdasarkan aspek fungsi tubuh sebagian besar negatif (56%), berdasarkan aspek penampilan sebagian besar positif (56%). Hasil penelitian secara keseluruhan diperoleh gambaran diri pasien post mastektomi yaitu negatif.
3	Hubungan antara citra tubuh dan harga diri pada remaja akhir penyandang cacat tuna daksa (yudi prasetyo wicaksono dkk,2018)	D: <i>desctiftif kauntitatif</i> S: 50 remaja cacat tuna daksa V: (I) citra tubuh (A) tuna daksa I: penelitian pedoman wawancara A: <i>kuesioner</i>	Gambaran penerimaan diri yang telah dilalui dua subjek untuk dapat menerima dirinya secara utuh dan membuat objek lebih optimis dalam melayani hidup antara lain: (1) Penolakan pada diri subjek (2) Emosi negatif yaitu pikiran-pikiran yang negatif yang dirasakan subjek (3) Ketakutan subjek melihat kondisi tubuhnya sendiri (4) Dukungan sosial yang diterima subjek (5) Penyesuaian diri yang dilakukan subjek (6) Subjek belajar

			mengasihi dirinya sendiri (7) Dan sampai pada akhirnya subjek dapat menerima dirinya sendiri secara utuh.
4	Hubungan mekanisme coping dengan penerimaan diri pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RS Sultan Agung Semarang (Bekti & dkk, 2018)	D: <i>cross sectional</i> S: 35 pasien kanker payudara V: (I) mekanisme coping (D) penerimaan diri I: kuesioner A: spearman rank	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara mekanisme coping dengan penerimaan diri pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di RS Sultan Agung Semarang dengan besar <i>p-value</i> $0,000 < 0,05$ dan memiliki kerataan hubungan sebesar 0,928 yang artinya memiliki kerataan hubungan yang kuat.
	Hubungan dukungan Keluarga dengan konsep diri pasien mastektomi di ruang Kemoterapi RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Lampung. (H Yanti, 2023)	D: <i>cross sectional</i> S: 56 pasien Post Mastektomi yang sedang menjalani kemoterapi V: (I) Dukungan Keluarga (D) Konsep Diri I: kuesioner A: Uji Statistik <i>Chi Square</i>	Dukungan keluarga baik sebanyak 36 responden (64,3%), konsep diri baik sebanyak 39 responden (69,6%). Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pada pasien mastektomi di ruang Kemoterapi RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Lampung dengan hasil <i>p-value</i> $0,007 < (0,05)$. Yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien mastektomi yang sedang menjalani kemoterapi.