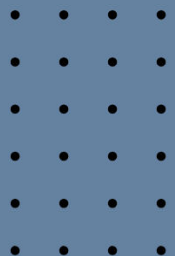


ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN MEDIKAL BEDAH DENGAN BERBAGAI MASALAH GANGGUAN KONSEP DIRI

PENULIS :

- **Zulfa Mahdiatur Rasyida**
- **Anik Nuridayanti**
- **Nandar Wirawan**
- **Erida Fadila**
- **Ucik Indrawati**
- **Leo Yosdimyati Romli**
- **Dwi Prihatin Era**
- **Nonok Karlina**
- **Ni Komang Winda Dwi Latri**
- **Helena Pangaribuan**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
MEDIKAL BEDAH DENGAN BERBAGAI MASALAH
GANGGUAN KONSEP DIRI**

**Zulfa Mahdiatur Rasyida
Anik Nuridayanti
Nandar Wirawan
Erida Fadila
Ucik Indrawati
Leo Yosdimyati Romli
Dwi Prihatin Era
Nonok Karlina
Ni Komang Winda Dwi Latri
Helena Pangaribuan**



GET PRESS INDONESIA

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
MEDIKAL BEDAH DENGAN BERBAGAI MASALAH
GANGGUAN KONSEP DIRI**

Penulis :

Zulfa Mahdiatur Rasyida
Anik Nuridayanti
Nandar Wirawan
Erida Fadila
Ucik Indrawati
Leo Yosdimyati Romli
Dwi Prihatin Era
Nonok Karlina
Ni Komang Winda Dwi Latri
Helena Pangaribuan

ISBN : 978-623-198-690-0

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 13 September 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Keperawatan Pada Pasien Medikal Bedah Dengan Berbagai Masalah Gangguan Konsep Diri ini.

Buku ini membahas Teori Konsep Diri, Teori Kehilangan (Loss and Grief), Gangguan konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Penyakit kronik dan terminal: Penyakit Jantung Koroner (PJK), Gangguan konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Penyakit kronik dan terminal: Diabetes Mellitus dengan luka (Diabetes Mellitus with wound), Gangguan konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Penyakit kronik dan terminal: Amputasi anggota gerak, Gangguan konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Penyakit kronik dan terminal: Stroke, Gangguan konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Penyakit kronik dan terminal: Kanker (mastektomi dan histerektomi), Gangguan konsep diri dan kehilangan pada pasien dengan penyakit: Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) dan Anemia, Gangguan konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Luka Bakar (Burn), Gangguan konsep diri dan kehilangan pada Keluarga dan Caregiver.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 13 September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 TEORI KONSEP DIRI	1
1.1 Definisi.....	1
1.2 Dimensi Konsep Diri	2
1.3 Komponen Konsep Diri	4
1.4 Aspek Dalam Konsep Diri.....	4
1.5 Perkembangan Konsep diri	6
1.6 Faktor yang berpengaruh pada perkembangan konsep diri.....	8
1.7 Rentang respon konsep diri	9
1.8 Proses Pembentukan Konsep Diri.....	12
DAFTAR PUSTAKA	14
BAB 2 TEORI KEHILANGAN DAN BERDUKA (LOSS AND GRIEF).....	17
2.1 Kehilangan	17
2.1.1 Pengertian	17
2.2 Berduka	18
2.2.1 Pengertian	18
2.3 Jenis-jenis Kehilangan.....	23
2.4 Jenis Berduka menurut Yusuf, A.H. & Nihayati, R. (2015):	25
DAFTAR PUSTAKA	29
BAB 3 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK)...	31
3.1 Pendahuluan	31
3.2 Konsep Dasar.....	34
3.3 Perubahan Psikologis pada Pasien CHD.....	38
3.4 Aspek Sosial dalam <i>Disturbance of Self-Concept</i> dan Loss pada Pasien CHD.....	43

3.5 Strategi Koping dan Adaptasi pada Pasien CHD	46
3.6 Pendekatan Psikososial dalam Perawatan Pasien CHD	51
3.7 Studi Kasus dan Penelitian Terkini	56
3.8 Kesimpulan	59
DAFTAR PUSTAKA	68
BAB 4 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: DIABETES MELLITUS DENGAN LUKA	73
4.1 Teori Penyakit Kronik dan Terminal	73
4.2 Teori Konsep Diri	75
4.3 Teori Kehilangan	83
4.4 Gangguan Konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Penyakit Kronik dan Terminal: Diabetes Mellitus dengan Luka	84
DAFTAR PUSTAKA	86
BAB 5 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: AMPUTASI ANGGOTA GERAK (LIMB AMPUTATION)	89
5.1 Definisi	89
5.2 Epidemiologi	90
5.3 Etiologi	90
5.4 Klasifikasi	90
5.5 Patofisiologi	92
5.6 Komplikasi	93
5.7 Manifestasi Klinis	97
5.8 Penatalaksanaan Medis	97
5.9 Manajemen Keperawatan	98
5.10 Evidence Based Nursing	101
DAFTAR PUSTAKA	103

BAB 6 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL : STROKE (REHABILITATION POST STROKE)	107
6.1 Pendahuluan	107
6.2 Proses Terjadinya Kesedihan	108
6.3 Tahapan Kesedihan Setelah Stroke	109
6.4 Pengelolaan Duka Setelah Stroke	113
6.5 Menavigasi Kesedihan Setelah Stroke	115
DAFTAR PUSTAKA	117
BAB 7 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: KANKER (MASTEKTOMI DAN HISTEREKTOMI)	119
7.1 Pendahuluan	119
7.2 Konsep Mastektomi	120
7.3 Konsep Histerektomi	124
DAFTAR PUSTAKA	129
BAB 8 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT: SISTEMIK LUPUS ERITEMATOSUS DAN ANEMIA	131
8.1 Pendahuluan	131
8.2 Teori Konsep Diri	133
8.2.1 Konsep Diri	133
8.2.2 Komponen Konsep Diri	133
8.2.3 Faktor- faktor yang mempengaruhi Konsep Diri	135
8.2.4 Gangguan Konsep Diri	137
8.3 Teori Kehilangan	138
8.3.1 Definisi Kehilangan	138
8.3.2 Tanda gejala kehilangan	139
8.3.3 Tipe Kehilangan	139
8.3.4 Jenis – jenis kehilangan	140
8.4 SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>)	141
8.4.1 Pengertian	141

8.4.2 Etiologi.....	141
8.4.3 Klasifikasi	142
8.4.4 Manifestasi klinis	143
8.4.5 Patofisiologi.....	144
8.5 Anemia	145
8.5.1 Definisi Anemia	145
8.5.2 Klasifikasi Anemia.....	145
8.5.3 Etiologi Anemia	146
8.5.4 Patofisiologi	147
8.5.5 Manifestasi Klinis	148
8.5.6 Komplikasi.....	150
DAFTAR PUSTAKA	151
BAB 9 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN LUKA BAKAR (BURN)	153
9.1 Konsep Luka Bakar	153
9.1.1 Pengertian Luka Bakar	153
9.1.2 Klasifikasi Luka Bakar.....	153
9.1.3 Etiologi.....	155
9.1.4 Patofisiologi	155
9.1.5 Luas luka bakar	156
9.1.6 Komplikasi.....	157
9.1.7 Pemeriksaan Penunjang	157
9.1.8 Penatalaksanaan	158
9.2 Konsep Diri Pada Pasien Luka Bakar	159
9.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar	162
9.3.1 Pengkajian	162
9.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	167
9.3.3 Intervensi Keperawatan	169
9.3.4 Implementasi.....	171
9.3.5 Evaluasi	171
DAFTAR PUSTAKA	172
BAB 10 GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA KELUARGA DAN CAREGIVER.....	177

10.1 Pendahuluan	177
10.1.1 Teori Konsep diri dan kehilangan pada keluarga dan caregiver	178
10.1.2 Teori Kehilangan/berduka pada keluarga dan caregiver	181
10.1.3 Berduka dan kehilangan pada keluarga dan care Giver	186
10.2 Proses Keperawatan kehilangan/berduka pada keluarga dan caregiver	189
10.2.1 Pengkajian Keperawatan (NAFC,2009)	189
10.2.2 Perencanaan (intervensi)	190
10.2.3 Implementasi	191
10.2.4 Evaluasi.....	192
DAFTAR PUSTAKA	194
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1. Wallerian Degeneration.....	94
Gambar 5.2. Gambar di adopsi dari	96
Gambar 9.1. Penentuan Luas Luka Bakar (<i>Total Body Surface Area/TBSA</i>)	156
Gambar 10.1. Rentang respon konsep diri.....	180
Gambar 10.2. Rentang respon berduka	183

BAB 1

TEORI KONSEP DIRI

Oleh Zulfa Mahdiatur Rasyida

1.1 Definisi

Self-concept (konsep diri) menjadi perihal yang sangat penting untuk penentuan seseorang melakukan komunikasi interpersonal serta dapat berpengaruh pada kemampuan kognitif individu. Pengembangan konsep diri dapat distimuli oleh riwayat berkomunikasi dalam lingkungan sekitar. Seseorang dapat mempunyai konsep diri kurang jika interaksi sosial dengan lingkungan sekitarnya rendah, karena konsep diri juga merupakan gambaran seseorang terkait individu itu sendiri, sehingga jika seseorang dengan orang lain tidak memiliki interaksi sama sekali, dapat membuat seseorang tersebut tidak paham tentang penilaian apa yang orang lain berikan terhadapnya (Hartanti, 2018).

Konsep diri didefinisikan sebagai gambaran dan sikap individu terhadap diri sendiri, yang merupakan aspek penting dan acuan atau kerangka (*frame of reference*) dalam berinteraksi terhadap lingkungan yang dapat mempengaruhi tingkah laku seseorang (Zulkarnain, Asmara, Sutatminingsih, 2020).

Pengertian lain menyebutkan bahwa konsep diri disebut dengan sikap, nilai maupun atribut perspektif lain, yang terdapat dalam diri seseorang dan dipandang oleh seseorang tersebut berdasar pendapat dirinya dan orang lain yang dirasakan (Shintaviana & Yudarwati, 2014).

Konsep diri adalah cara individu melihat dirinya sendiri dengan mengklasifikasikan karakteristik sifat pribadi, social, dan peran social (Ritonga, 2019).

Konsep diri didefinisikan sebagai pandangan yang muncul dikarenakan interaksi bersama orang lain tentang dirinya sendiri (Putriana, *et. al.*, 2021).

Sehingga konsep diri dapat disimpulkan menjadi pandangan mengenai dirinya sendiri, mengenali diri, serta memahami dirinya sendiri dengan cara bagaimana seseorang memandang dirinya sebagai seorang individu, menghayati sesuatu yang berada di dalam diri, dan pandangan orang lain terhadap individu tersebut (Shintaviana & Yudarwati, 2014).

Konsep diri akan selalu berubah, berkembang, dan tidak menetap karena paparan informasi baru untuk dipersepsikan individu. Hal tersebut disebut dengan *becoming self*, yaitu konsep diri selalu dalam proses menjadi konsep diri (Zulkarnain, Asmara, Sutatminingsih, 2020).

1.2 Dimensi Konsep Diri

Ada tiga dimensi dalam konsep diri menurut Calhoun & Acocella (1995) dalam Hartanti (2018), yaitu:

1. Pengetahuan, yaitu pemahaman terkait dirinya tentang gambaran diri, kelebihan, maupun kekurangan yang dimiliki.

Vinney (2018) mengungkapkan bahwa cara mendapatkan pengetahuan diri seseorang sama halnya dengan mendapatkan informasi terkait orang lain, yaitu dengan memperhatikan perilaku diri sendiri serta mengambil kesimpulan dari apa yang diamati tentang siapa diri kita. Seseorang akan tetap memilih informasi yang mereka perhatikan ketika ingin menemukan pengetahuan diri. Motivasi untuk mencari pengetahuan diri adalah:

- a. Menemukan kebenaran dalam diri sendiri terlepas dari apa yang ditemukan.
- b. Temukan perihal positif serta peningkatan diri.

- c. Untuk memastikan sesuatu yang telah dia yakini terkait dirinya sendiri
2. Harapan, yaitu pemahaman individu tentang kemungkinan dirinya di masa depan akan menjadi apa
3. Penilaian, yaitu kemampuan individu untuk melakukan penilaian terhadap dirinya sendiri dalam menjawab “saya siapa” serta “menjadi apa saya seharusnya”. Hasilnya akan menunjukkan hubungan bahwa jika semakin memiliki ketidaksesuaian antara harapan dan kondisi sekarang, maka semakin rendah pula harga dirinya.

Psikolog humanis Carl Rogers dalam Cherry (2022) menjelaskan bahwa tiga bagian dalam konsep diri, yaitu:

1. Diri ideal (*ideal self*)
Ideal diri adalah menjadi individu yang diinginkan inginkan. Individu ini memiliki atribut atau kualitas yang sedang diupayakan atau ingin dimiliki. Menjadi diri sendiri yang dibayangkan persis seperti yang diinginkan.
2. Citra diri (*self-image*)
Citra diri mengacu pada bagaimana seorang individu melihat dirinya saat ini. Atribut seperti ciri fisik, karakter kepribadian, dan peran dalam sosial semuanya berperan dalam citra diri.
3. Harga diri (*self-esteem*)
Seberapa besar individu suka, menerima, dan menghargai dirinya akan berefek pada konsep diri. Sejumlah faktor dapat berpengaruh terhadap konsep diri, misalnya bagaimana seseorang memandang diri sendiri, bagaimana dibandingkan dengan orang, dan peran individu pada sosialnya.

1.3 Komponen Konsep Diri

Menurut Santrock (2003) menjelaskan bahwasannya konsep diri memiliki 3 komponen, sebagai berikut:

1. Perseptual (*physical self-concept*)
Konsep diri fisik atau persepsi fisik di mana citra diri seseorang berhubungan dengan penampilan fisik seseorang, termasuk kesan atau daya tarik yang dibuat seseorang terhadap orang lain.
2. Konseptual (*psychological self-concept*)
Konsep diri psikologis (*self*) pandangan individu, kekuatan atau kelemahan, hari esok, dan termasuk adaptasi yang baik atau tidak, tentang kebenaran, rasa percaya diri, perasaan bebas, serta rasa berani.
3. Attitudinal, yaitu rasa yang dimiliki seseorang akan diri sendiri, sikap akan keeksistensinya saat ini serta kehidupan kedepannya, sikap terhadap harga diri dan perasaan bangga.

1.4 Aspek Dalam Konsep Diri

Terdapat lima aspek konsep diri oleh William H. Fitts (1971) dalam Hartanti (2018), yaitu:

1. Diri fisik
Merupakan pendapat seseorang tentang kondisi fisiknya, yang juga terkait dengan kesehatan, citra diri, serta keadaan motorik. Misalkan seseorang menilai diri sendiri kecil, kurang mempesona di mata seseorang lain mengacu pada diri fisik yang termasuk aspek *self-concept*.
2. Diri keluarga
Sebagai sebuah keluarga merupakan pendapat atau penilaian seseorang tentang tempatnya dalam keluarga. Aspek ini berkaitan dengan kesesuaian anggota keluarga sebagai anggota keluarganya.
3. Diri pribadi

Merupakan kemampuan seseorang mengidentifikasi karakteristik diri tentang sebuah rasa ataupun anggapan tentang kepribadian diri, dilihat dari kepuasan seseorang pada diri sendiri menjadi individu yang sesuai.

4. Diri moral-etic

Adalah konsep diri seseorang, dievaluasi oleh aspek-aspek yang mencerminkan nilai-nilai moral dan etika mereka sendiri. Ini merujuk pada pendapat individu tentang hubungannya dengan Tuhan, kepuasan dengan keyakinannya sendiri, yang dia pegang, kemudian kehidupan beragama dan untuk memahami batas-batas kebaikan dan kejahatan dalam dirinya.

5. Diri social

Berkaitan dengan bagaimana seseorang melakukan interaksi sosial, individu menjadi persepsi seseorang pada diri sendiri, yaitu berkaitan pada kualitas interaksi antar individu di lingkungan sekitar (Agustiani, 2006).

Pandangan lain mengatakan bahwa sebagian besar konsep diri yang disampaikan oleh Calhoun (2002) berkaitan dengan identitas diri dan evaluasi diri yang menitikberatkan pada arti yang terkandung dalam sebuah objek yang dapat memberi susunan dan konteks pada konsep diri, sehingga dapat menghubungkan seseorang dengan sistem sosial. Identitas diri merujuk kepada "apa" dan "siapa", serta berbagai arti ketika diberi pada seseorang dan diri sendiri.

Kedua, dalam semua individualitas bisa ada harga diri. Gecas & Schwalbe (dalam Calhoun, 2002) menyebutkan bahwa seseorang pada umumnya berimnat melakukan penilaian diri menurut beberapa kategori, misalnya pemahaman terkait tentang skill serta pemahaman terkait kebaikan ataupun nilai moral.

1.5 Perkembangan Konsep diri

Perkembangan konsep diri dimulai sejak usia dini. Kemudian terus berlanjut sepanjang hidup. Akan tetapi, diantara masa nak-anak maupun remaja, konsep diri bertumbuh paling besar. Ketika umur di tahun kedua, anak-anak akan dapat melihat perbedaan dirinya dari seseorang lain (Vinney, 2018).

Pengembangan konsep akan selalu berkembang tiada akhir. Meskipun diyakini bahwa identitas diri seseorang terbentuk terutama selama masa kanak-kanak, pengalaman seseorang sebagai orang dewasa juga dapat mengubah perasaan seseorang tentang diri mereka. Misalnya, jika harga diri meningkat di kemudian hari, itu dapat meningkatkan konsep diri seseorang tersebut (Cherry, 2022).

Sejak umur di tahun ke-3 maupun ke-4, anak akan dapat mengerti jika dirinya adalah unik dan berbeda. Jenjang ini, konsep diri pada anak mayoritas bersifat deskriptif dan mayoritas memiliki ciri-ciri fisik maupun detail-detail konkrit. Akan tetapi, anak menjadi lebih sadar akan kemampuannya dan sekitar usia enam tahun, anak sudah bisa mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan mereka. Mereka juga mulai mendefinisikan siapa mereka dalam hal kelompok sosial. Anak-anak mulai membandingkan diri mereka dengan orang lain dan berpikir tentang bagaimana orang lain memandang mereka antara usia 7 dan 11 tahun. Persepsi anak tentang diri mereka sendiri pada usia ini lebih samar. Mereka mulai berpikir tentang diri mereka sendiri dalam kaitannya dengan kemampuan daripada hanya hal-hal khusus, dan mereka memahami bahwa karakteristik mereka bertahan lama. Misalnya, seorang anak pada tahap ini mulai menganggap dirinya lebih atletis dari beberapa orang dan lebih rendah dari yang lain, bukan sekadar atletis atau tidak. Diri ideal dan citra diri seseorang mulai terbentuk pada titik ini. Fondasi konsep

diri seseorang selama sisa hidupnya biasanya terbentuk selama masa remaja. Masa remaja adalah masa ketika orang bereksperimen dengan identitas, kepribadian, dan peran mereka. Kesuksesan remaja di bidang yang mereka hargai dan tanggapan dari orang-orang yang menghargai mereka berdampak pada persepsi mereka tentang diri mereka sendiri. Harga diri yang lebih baik dan perasaan diri yang lebih kuat di masa dewasa bisa datang dari kesuksesan dan penerimaan. (Vinney, 2018).

Konsep diri seseorang selalu mengalami perkembangan, melalui interaksi dengan orang lain. Misalnya dengan keluarga atau orang terdekat ataupun orang lain yang berkontribusi pada identitas diri kita. Misalnya, semakin tinggi tingkat kepercayaan seorang guru terhadap kemampuan siswa yang memiliki kinerja yang bagus, akan lebih tinggi juga konsep diri murid itu (Pesu, *et.al.*, 2016).

Konsep diri juga dapat dikembangkan dengan cerita yang didengar. Misalnya, pembaca yang larut mendalam dalam cerita yang dibacanya, akan memiliki konsep diri yang cenderung mempersepsikan dirinya terhadap tokoh dalam bacaan tersebut dibandingkan dengan orang yang tidak terpapar cerita tersebut (Richter, *et.al.*, 2014).

Perkembangan konsep diri juga akan dipengaruhi oleh media, baik dari media massa maupun media social. Misalnya jika media memperlihatkan cita-cita tertentu, maka seseorang akan terpersuasi untuk memiliki cita-cita tersebut. Apabila konten dalam media tersebut semakin sering ditampilkan, maka semakin berpengaruh pada identitas diri dan persepsi seseorang tersebut (Vandenbosch & Eggermont, 2015).

1.6 Faktor yang berpengaruh pada perkembangan konsep diri

Zulkarnain, et al. (2020) dalam bukunya menjelaskan bahwa terdapat faktor yang dapat berpengaruh terhadap konsep diri individu, adalah:

1. Masa lalu, cenderung pada Riwayat interpersonal, di mana timbulnya kesan baik dan bernilai.
2. Kemampuan yang dinilai baik oleh seorang diri maupun seorang lain.
3. Pengakuan diri dari potensi pribadi.

Fktor lain mempengaruhi konsep diri yaitu (Rahmat, 2004 dalam Hartanti, 2018):

1. *Self appraisal-viewing-self-as-an-object*

Faktor ini menjelaskan bahwa merupakan persepsi individu membuat dirinya menjadi sebuah objek interaksi, ataupun dikenal dengan istilah persepsi diri terhadap diri sendiri

2. *Reaction-and-Response-of-Other*

Konsep diri tidak dapat berkembang dengan hanya menilai diri sendiri saja, melainkan dilengkapi melalui interaksi sosial dengan lingkungan sekitar. Sehingga penilaian ataupun persepsi seorang lain kepada diri sendiri memengaruhi konsep diri. Misalnya, Ketika kita menyampaikan pendapat di sebuah forum, jika terdapat kritik dari orang lain terhadap pendapat kita yang berbeda dengan pandangan mereka, kita sebaiknya melihat “adakah kesalahan pada diri sendiri?”

3. *Roles-You-Play – Roles-You-Taking*

Yaitu tentang peran yang kita mainkan atau pilih Ketika beraktivitas. Peran yang dipermasalahkan merupakan suatu konsep untuk menentukan perilaku apa yang akan ditampilkan dalam masyarakat sehingga apapun yang kita

lakukan, katakan, atau tiru adalah benar di mata orang lain dan mendapat penilaian yang layak dari orang lain. Ekspresi yang kita tiru berdampak pada bagaimana orang lain memandang kita dan berdampak pada tingkat konsep diri yang kita tampilkan kepada orang lain.

4. *Referenc- Group* (kelompok rujukan)

Ketika berada dalam suatu kelompok yang dianggap penting, maka konsep diri kita kedepannya mampu ditingkatkan melalui kelompok ini. Hal penting di sini adalah ketika kelompok memberi nilai positif serta memfeedback positif kepada berkembangnya konsep diri. Akan tetapi tindakan seseorang tidak hanya dibentuk dengan kelompok ini, akan tetapi melalui perjalanan belajar sepanjang hayat seseorang. Anak yang lahir belum mempunyai pengetahuan yang relevan dirinya sendiri, bahkan tanpa berharap bahwa akan berhasil. Selaras pada berkembangnya konsep diri akibat berinteraksi di dalam kelompok atau lingkungan sosial, maka akan dapat ditentukan pencapaian dan harapan pada hari esok, sehingga *reference group* tidak hanya memberikan pengaruh dalam waktu singkat pada tujuan hidup seseorang.

1.7 Rentang respon konsep diri

Konsep diri adalah hal terpenting di sebuah interaksi yang dipengaruhi oleh perilaku yang sangat dipengaruhi oleh citra dirinya. Keunggulan manusia atas makhluk hidup lainnya terletak pada kemampuannya untuk menjadi sadar diri, mengamati diri sendiri dalam tindakannya dan menilai tiap perilaku sedemikian rupa sampai terjauhkan dari negatifnya konsep diri.

Konsep diri positif dan negatif dibentuk oleh bagaimana seseorang menilai diri sendiri dan lingkungannya berlandaskan

riwayat masyarakat dalam lingkungan membentuk perilaku dan konsep diri individu ketika menunjukkan persepsinya terhadap orang lain, sehingga munculnya konsep diri positif dan negatif dalam individu tersebut (Hartanti, 2018).

1. Konsep Diri Positif

Terdapat karakteristik konsep diri positif menurut Syahraeni (2019), yaitu:

- a. Seorang individu menunjukkan keyakinan akan kemampuan dalam mengatasi sebuah masalah
- b. Seseorang merasa setara dengan yang lain
- c. Seseorang mendapat pujian dengan tidak merasa malu
- d. Seseorang mengakui bahwa setiap orang memiliki persepsi bermacam-macam, keinginan, dan perilaku terkadang berbeda dengan kehendak masyarakat
- e. Seseorang dapat memperbaiki diri dikarenakan mampu menyatakan kepribadian yang tidak disenangi dan berusaha mengubahnya

Rakhmat (2013) menjelaskan terdapat 11 karakteristik seseorang yang mempunyai konsep diri positif, ialah:

- a. Percaya pada nilai dan keyakinan tertentu serta bersiaplah untuk mempertahankan. Tetapi dirinya sendiri merasa cukup tangguh untuk mengubah prinsip-prinsip tersebut berdasarkan pengalamannya dan bukti baru menunjukkan bahwa itu salah.
- b. Dapat berperilaku menurut persepsi yang baik dengan tidak merasa bersalah, berlebihan maupun menyesal ketika ada orang yang tidak setuju atas perbuatannya.
- c. Memanfaatkan waktu tanpa mengkhawatirkan tentang kejadian terakhir kali dan kejadian saat ini.
- d. Percaya atas potensi diri dalam menyelesaikan masalah, terlebih pada saat menemukan kemunduran atau kegagalan.

- e. Perasaan yang tidak berbeda dengan yang lain sebagai pribadi tidak tinggi maupun rendah meskipun memiliki perbedaan dalam keterampilan tertentu, latar belakang keluarga maupun sikap orang lain terhadap dirinya.
- f. Berdamai dengan diri sendiri untuk menjadi orang penting dan bermanfaat untuk yang lain.
- g. Menerima pujian tanpa menunjukkan kerendahan hati serta tidak merasa bersalah ketika menerima pujian.
- h. Mampu menolak upaya seseorang yang akan mengendalikannya.
- i. Mengakui untuk dapat merasakan motivasi serta rasa ingin dari kemarahan menjadi kasih sayang, kesedihan menjadi bahagia, kecewa menjadi sangat puas.
- j. Dapat sepenuhnya menikmati berbagai aktivitas, termasuk bekerja, bermain, ekspresi diri atas kreatifitas, pertemanan ataupun sederhana memanfaatkan waktu luang
- k. Menyimpan kesenangan untuk tidak mengorbankan yang lain di setiap kebutuhan.

Contoh implementasi konsep diri positif adalah apabila seseorang yang gemuk dapat tampil dengan lebih percaya diri dalam kehidupan sosialnya (Maghvira, 2009). Contoh lain pada konsep diri positif yaitu pada siswa yang memiliki aspirasi besar pada masa depan setelah menempuh bangku sekolah dapat bekerja untuk menjamin kehidupannya (Widiarti, 2017).

2. Konsep Diri Negatif

Terdapat empat karakteristik jika individu memiliki konsep diri negatif menurut Rakhmat (2013), bahwa:

- a. Peka terhadap kritik, dengan artian bahwa seseorang tersebut tidak mudah menerima kritikan, mudah

emosi, dan menganggap kritikan orang lain terhadap dirinya merupakan pernyataan negative untuk melemahkannya.

- b. Antusia dan cepat merespon dalam menerima pengakuan, yaitu dengan anggapan bahwa apa yang dimiliki adalah hal penting.
- c. Hiperkritis dengan yang lain, di mana individu tersebut cenderung tidak mampu menyatakan kelebihan ataupun penghargaan terhadap yang lain, melainkan memiliki keinginan untuk selalu dipuji.
- d. Memiliki sifat pesimis akan persaingan, misalnya kegagalan bersaing, merasa ketidakberdayaan dalam diri Ketika bersaing.

Perbedaan pandangan para ahli tersebut dapat dipahami mengingat adanya ciri-ciri yang dapat digunakan untuk membedakan antara konsep diri positif dan negatif. Keyakinan dalam pemecahan masalah, kemampuan menyesuaikan diri dengan orang lain, pujian yang pantas, pemahaman bahwa setiap orang memiliki perasaan, dan kapasitas untuk memperbaiki diri semuanya dapat menjadi indikator konsep diri yang positif.

Sebaliknya, konsep diri negatif dapat dicirikan sebagai kepekaan seseorang terhadap kritik dari orang lain, reaktivitas yang ekstrim terhadap peristiwa apa pun, kritik yang berlebihan terhadap orang lain, kecenderungan untuk merasa tidak disukai oleh orang lain, dan kecenderungan untuk menjadi pesimis.

1.8 Proses Pembentukan Konsep Diri

Bersamaan dengan perkembangan interaksi seseorang dengan lingkungan dapat berpengaruh pada proses pembentukan konsep diri. Konsep diri dianggap sebagai

pernyataan untuk menyatakan ukuran kualitas seseorang karena dapat dievaluasi dan diakui individu lain. Perihal tersebut mempengaruhi kompetensi seseorang untuk melakukan interaksi sosial. *Self-esteem* (harga-diri) merupakan suatu yang unik serta menjadi ciri seseorang yang dapat dinilai, termasuk diskripsi penilaian secara kualitatif dan mendiskripsikan kepribadian seseorang (Hartanti, 2018).

Pembentukan konsep diri dalam ilmu *social cognitive neuroscience* telah menjelaskan terkait di mana dan bagaimana diri direpresentasikan di dalam otak, namun tetap sulit dipahami. Sehingga pada akhirnya sebuah studi menjelaskan bahwa konsep diri dikonseptualisasikan dalam kepentingan diri dan direpresantasikan dalam *medial prefrontal cortex (mPFC)*. Hal ini didapat dari teknik *neuroimaging* yang menjelaskan bahwa mPFC seseorang menunjukkan pola aktivasi yang berbeda akan tetapi sistematis yang dipengaruhi oleh pentingnya rangsangan kata yang disajikan untuk konsep diri (Levorsen, *et al.*, 2023).

Sehingga konsep diri adalah persepsi seseorang terhadap dirinya serta menjadi pengakuan diri maupun evaluasi pada individu itu sendiri, dimana harga diri menjadi dasar dari histori seseorang yang mana merupakan dasar dari karakteristik untuk memengaruhi interaksi manusia dan perasaan hati yang berkualitas (Hartanti, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Agustiani, H. 2006. Psikologi Perkembangan: Pendekatan Ekologi Kaitannya dengan Konsep Diri dan Penyesuaian Diri pada Remaja. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Calhoun, J.F. dan Acocella, J.R. 2002. Psikologi tentang Penyesuaian dan Hubungan Kemanusiaan. Alih bahasa: Satmoko. Semarang: IKIP Semarang Press
- Cherry, K. 2022. What is Self-Concept? Retrieved from <https://www.verywellmind.com/what-is-self-concept-2795865>
- Hartanti, J. 2018. Konsep Diri: Karakteristik berbagai usia. Surabaya: Universitas PGRI ADI BUANA
- Levorsen, M., Aoki, R., Matsumoto, K., Sedikides, C., & Izuma, K. 2023. The Self-Concept Is Represented in the Medial Prefrontal Cortex in Terms of Self-Importance. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 43(20), 3675–3686. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2178-22.2023>
- Maghvira, G. 2009. Implementasi Konsep Diri Pada Kelompok GEMES (Gemuk Menawan Semarang). Jurnal Ilmiah Komunikasi MAKNA, 1 (1), pp. 1-14
- Novilita, H. & Suharnan. 2013. Konsep Diri Adversity Quotient dan Kemandirian Belajar Siswa. Jurnal Psikologi, Volume 8 No. 1, April 2013: 619-632. Diakses 30 Juli 2023, dari <https://media.neliti.com/media/publications/127255-ID-konsep-diri-adversity-quotient-dan-keman.pdf>
- Pesu L, Viljaranta J, Aunola K. 2016. The role of parents' and teachers' beliefs in children's self-concept development. *J App Develop Psychol.* 2016;44:63-71. doi:10.1016/j.appdev.2016.03.001

- Putriana, A., Kasoema, R.S., Gandasari, M. D., et al. 2021. Psikologi Komunikasi. Yayasan Kita Menulis. ISBN: 978-623-342-012-9
- Rakhmat, Jalaluddin. 2013. Psikologi komunikasi, Bandung: Remaja Rosdakarya,
- Richter T, Appel M, Calio F. 2014. Stories can influence the self-concept. *Social Influence*. 9(3):172-88. doi:10.1080/15534510.2013.799099
- Ritonga, H. 2019. Psikologi Komunikasi. Medan: Perdana Publishing. ISBN 978-623-7160-49-6, hal. 92
- Santrock J.W, Life Span Development, (Jakarta: Erlangga, 2003), h. 56
- Shintaviana, F.V. & Yudarwati, G. A., 2014. Konsep Diri serta Faktor-Faktor Pembentuk KOnsep Diri Berdasarkan Teori Interaksionisme Simbolik. Diakses 1 Agustus 2023, dari <http://e-journal.uajy.ac.id/5781/1/jurnal.pdf>
- Syahraeni, A. 2019. Pembentukan Konsep Diri Remaja. Jurnal Bimbingan Penyuluhan Islam, Al Irsyad. Al-Nafs, Vol. 6, No. 2, Desember 2019:67-80, diakses 28 Juli 2023 dari <https://core.ac.uk/download/pdf/327171667.pdf>
- Vandenbosch L, Eggermont S. The interrelated roles of mass media and social media in adolescents' development of an objectified self-concept: A longitudinal study. *Communc Res*. 2015. doi:10.1177/0093650215600488
- Vinney, C. 2021. What Is Self-Concept in Psychology? Retrieved from <https://www.thoughtco.com/self-concept-psychology-4176368>
- Widiarti, P.W. 2017. Konsep Diri (*Self-Concept*) dan Komunikasi Interpersonal Dalam Pendampingan Pada Siswa SMP Se Kota Yogyakarta. INFORMASI Kajian Ilmu Komunikasi Volume 47. Nomor 1. Juni 2017. Diakses 20 Juli 2023 dari <https://journal.uny.ac.id/Downloads/15035-37123-1-PB-1.pdf>

Zulkarnain, I., Asmara, S., Sutatminingsih, R. 2020. Membentuk Konsep Diri Melalui Budaya Timur: Tinjauan Psikologi Komunikasi. ISBN: 978-623-94267-9-8. Medan: Puspantara

BAB 2

TEORI KEHILANGAN DAN BERDUKA (*LOSS AND GRIEF*)

Oleh Anik Nuridayanti

2.1 Kehilangan

2.1.1 Pengertian

Setiap individu pernah mengalami momen kehilangan dalam perjalanan hidupnya. Kehilangan bisa berwujud material seperti harta benda yang dimiliki, pekerjaan yang diandalkan, anggota tubuh dan fungsinya yang berharga, atau bahkan tempat tinggal yang menjadi bagian penting dari kehidupan seseorang, baik seluruhnya maupun sebagian. Keadaan kehilangan ini dapat muncul dengan perlahan-lahan atau tiba-tiba, dan bisa bersifat permanen atau sementara. Namun, di antara semua bentuk kehilangan, yang paling menakutkan dan menyedihkan adalah kehilangan orang terdekat, terutama ketika mereka meninggal dunia. Kematian menyiratkan kehilangan yang abadi karena hubungan dengan orang terdekat tidak akan pernah bisa dipulihkan. Seperti yang disebutkan oleh Hidayat (2012), ketika kehilangan terjadi, seseorang merasa kehilangan ikatan emosional, kedekatan, dan ketergantungan yang telah terjalin dalam hubungan tersebut selama sekian lama.

Kehilangan (Potter & Perry, 2005) adalah kondisi di mana seseorang kehilangan sesuatu yang sebelumnya dimiliki, entah itu akan hilang sepenuhnya atau hanya sebagian.

Menghadapi kehilangan merupakan tantangan yang berat karena orang harus belajar beradaptasi dengan situasi baru yang muncul akibat kehilangan tersebut, dan hal ini juga

sangat terkait dengan pengendalian emosi mereka (Santrock, 2014).

Menurut Lund dan Vries (2010), kehilangan juga dapat menyebabkan perubahan dalam rutinitas sehari-hari dan gaya hidup seseorang. Kehilangan dapat mengakibatkan hilangnya nafsu makan, gangguan tidur, kekurangan energi dan rasa lelah, masalah kesehatan, serta keluhan fisik lainnya yang sering dialami oleh orang yang mengalami beban kehilangan. Semua ini adalah respons fisiologis yang mungkin timbul sebagai akibat dari kehilangan tersebut.

2.2 Berduka

2.2.1 Pengertian

Ketika seseorang menghadapi kehilangan, mereka mengalami berbagai perasaan seperti sedih, gelisah, cemas, sesak napas, kesulitan tidur, dan emosi lain yang dikenal sebagai proses berduka. Berduka adalah respons emosional yang normal terhadap situasi kehilangan. Ini merupakan bagian alami dari proses pemecahan masalah. Penting bagi seseorang untuk diberi kesempatan mengembangkan cara-cara yang efektif dalam mengatasi berduka agar mereka bisa menerima kenyataan bahwa kehilangan adalah bagian dari perjalanan kehidupan (Yusuf, A.H., & Nihayati, 2015).

Proses mengalami dukacita adalah saat seseorang merespons kehilangan yang mereka alami dengan dampak fisik, sosial, dan psikologis. Beberapa ekspresi yang mencerminkan respons ini termasuk keputusasaan, kesepian, perasaan tidak berdaya, kesedihan, rasa bersalah, dan kemarahan. Dukacita adalah proses yang mendalam, menyedihkan, dan berlangsung dalam jangka waktu lama. Dalam rangka mencapai fungsi yang lebih efektif dan mengintegrasikan pengalaman kehilangan ke dalam hidup mereka, seseorang yang berduka mungkin menunjukkan

ekspresi tersebut melalui pikiran, perasaan, dan perilaku. Proses ini memerlukan waktu yang cukup lama dan usaha yang gigih untuk mencapai tujuan tersebut.

Wiryasaputra (2006) menyatakan bahwa ada berbagai faktor yang dapat menyebabkan proses berduka dan kehilangan, dan salah satunya adalah meninggalnya seseorang tanpa ada penyelesaian sebelumnya. Selain itu, respons terhadap kehilangan juga dipengaruhi oleh hubungan yang dimiliki dengan individu yang telah pergi tersebut. Jika hubungan tersebut bersifat baik, dekat, dan intim, maka pengalaman berduka akan berbeda. Kedekatan yang positif dan keintiman yang dalam akan membuat individu mengalami fase dan proses berduka dengan lebih sulit dan memerlukan waktu yang lebih lama, hingga akhirnya mereka dapat kembali ke kondisi normal.

Kehilangan sesuatu atau seseorang yang dianggap berharga atau bernilai menyebabkan kondisi berduka. Setiap orang akan berduka ketika mengalami kehilangan. Proses berduka berbeda untuk tiap individu dan dapat berlangsung beberapa bulan bahkan hingga beberapa tahun. Lamanya rasa kesedihan bervariasi dan dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu yang mempengaruhi respons terhadap kesedihan itu sendiri. Biasanya, reaksi kesedihan yang berkelanjutan akan mereda dalam rentang waktu enam hingga dua belas bulan, sementara berduka yang lebih parah mungkin memerlukan waktu tiga hingga lima tahun.

Pada tahapan-tahapan berduka, seseorang menunjukkan perilaku yang menandakan adanya tekanan psikologis. Tidak memiliki strategi individu yang tepat dalam menghadapi berduka dapat menyebabkan pengalaman berduka yang sulit dan mengganggu, atau bahkan berujung pada gangguan berduka yang berkepanjangan (Howarth, 2011).

Proses berduka terdiri dari tiga tahap, sebagaimana disebutkan oleh Schulz (1978).

1. Tahap pertama ditandai dengan reaksi seperti keterkejutan, ketidakyakinan, ketidakpercayaan, perasaan kebekuan, perasaan kebal, dan kebingungan. Beberapa hari setelahnya, orang tersebut mulai merasakan kesedihan yang mendalam. Selain itu, mereka juga mengalami konflik emosional yang tercermin dalam tangisan dan rasa ketakutan. Tahap ini dapat berlangsung selama beberapa minggu.
2. Tahap pertengahan dimulai pada minggu ketiga dan ditunjukkan oleh perilaku obsesif, di mana individu terus-menerus mencoba mengulangi atau merenungkan kehilangan yang dialami.
3. Tahap pemulihan terjadi setelah tahun pertama kehilangan. Pada tahap ini, individu berusaha mengalihkan ingatan tentang masa lalu dan memilih untuk melanjutkan kehidupan mereka. Pada titik ini, orang mulai terlibat kembali dalam aktivitas sosial dan berusaha untuk merangkul kehidupan di masa mendatang.

Dimensi (Respons) dan Gejala Berduka Pada tahun 1984, Schneider mengklasifikasikan lima dimensi dari proses berduka sebagai berikut:

1. Respons Kognitif terhadap Dukacita: Berduka seringkali menyebabkan perubahan dalam keyakinan individu tentang diri mereka sendiri dan dunia sekitar, seperti pandangan mereka terhadap hal-hal yang baik dalam hidup, makna hidup terkait dengan keadilan, dan pandangan tentang takdir atau jalur kehidupan. Perubahan lain dalam pemikiran dan sikap mencakup merefleksikan dan menilai nilai-nilai yang diterima. Orang yang berduka perlu mencari makna dari kehilangan yang mereka alami

- dan melakukan peninjauan terhadap norma-norma pemikiran yang berlaku.
2. Respons Emosional: Perasaan seperti marah, sedih, dan cemas mendominasi saat mengalami kehilangan. Kemarahan dan kebencian dapat ditujukan kepada individu yang meninggal, tindakan medis yang dilakukan, anggota keluarga, serta institusi atau penyedia perawatan kesehatan.
 3. Tanggapan Spiritual: Ketika seseorang mengalami kehilangan, mereka dapat merasakan kenyamanan, tantangan, atau kehancuran secara spiritual. Individu yang berduka mungkin mengalami kemarahan dan ketidakpuasan terhadap Tuhan atau figur keagamaan lainnya. Penderitaan spiritual yang mendalam dapat muncul akibat kehilangan, kehilangan harapan, atau kehilangan makna.
 4. Respon Perilaku: Respon perilaku seringkali adalah hal yang paling terlihat selama proses berduka. Mencatat perilaku umum saat berduka selama tahap disorganisasi merupakan hal penting untuk memahami identitas diri individu yang berduka, meskipun hal itu mungkin sulit. Upaya yang dilakukan dalam aktivitas sosial atau pekerjaan bertujuan untuk mendukung pergeseran emosional dan kognitif individu, meskipun pada awalnya mungkin hanya bersifat permukaan. Penggunaan obat atau alkohol yang berlebihan dapat menunjukkan respons perilaku yang tidak tepat terhadap keputusan emosional dan spiritual. Jika seseorang yang berduka tidak dapat mengatasi proses berduka, maka upaya bunuh diri atau tindakan kekerasan bisa menjadi reaksi ekstrem. Selama tahap reorganisasi, individu yang berduka akan terlibat dalam aktivitas dan refleksi yang lebih signifikan secara personal dan memuaskan.

5. Respon Fisiologis: Klien mungkin mengeluhkan masalah seperti insomnia, sakit kepala, gangguan nafsu makan, penurunan berat badan, kurangnya energi, palpitasi, masalah pencernaan, dan perubahan dalam sistem kekebalan dan endokrin.

Perasaan emosional seseorang sangat dipengaruhi oleh pengalaman kehilangan dan berduka. Seperti yang diungkapkan oleh Goleman (2010), dampak berduka yang tidak tertangani dapat menyebabkan:

1. Penolakan terhadap diri sendiri.
2. Penolakan tersebut dapat berubah menjadi rasa kemarahan, yang seringkali diekspresikan pada diri sendiri atau orang-orang di sekitarnya.
3. Ketidakstabilan emosional berdampak pada banyak kemungkinan dalam otak, dan semua emosi ini mulai mengganggu kehidupan individu, sehingga membuat mereka kesulitan menerima kenyataan.
4. Berlarut-larutnya perasaan berduka dapat menyebabkan depresi, yang berdampak pada gangguan dalam kehidupan sehari-hari, pertumbuhan pribadi yang terhambat, serta masalah kesehatan.

Jika kesedihan dan berduka yang dalam tidak reda dan terus berlanjut, maka hal tersebut akan mengganggu individu tersebut dan orang-orang di sekitarnya. Dalam situasi ini, dukungan internal dan eksternal diperlukan agar seseorang dapat kembali ke kondisi normal.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan eksternal termasuk lingkungan dan faktor sosial. Selain itu, kecerdasan individu, seperti kecerdasan intelektual, kecerdasan spiritual, dan kecerdasan emosional, juga memengaruhi seberapa baik dukungan internal yang dapat diberikan.

Tingkat stres yang seseorang alami dipengaruhi oleh jenis kehilangan yang mereka hadapi. Namun, setiap individu menangani kehilangan dengan cara yang berbeda. Berikut adalah dua jenis kehilangan:

1. Kehilangan yang nyata: Jenis kehilangan ini mencakup hilangnya seseorang atau sesuatu yang tidak lagi dapat dirasakan, dilihat, diraba, atau dialami oleh individu. Contoh dari kehilangan yang nyata termasuk kehilangan anggota tubuh, kehilangan anak, kehilangan hubungan, atau kehilangan peran di tempat kerja.
2. Kehilangan yang dirasakan: Jenis kehilangan ini bersifat lebih subjektif dan unik untuk setiap individu yang mengalami berduka, seperti kehilangan rasa percaya diri atau harga diri.

2.3 Jenis-jenis Kehilangan

1. Kehilangan Objek Eksternal: Jenis kehilangan ini mencakup semua kepemilikan yang hilang karena pencurian, kerusakan oleh bencana alam, atau pindah tempat. Tingkat kesedihan yang dirasakan seseorang akibat kehilangan ini tergantung pada nilai dan manfaat dari barang yang hilang tersebut. Contohnya termasuk kehilangan uang, sepeda motor, atau rumah.
2. Kehilangan Lingkungan: Ada dua jenis kehilangan ini: pertama adalah meninggalkan lingkungan yang sudah dikenal dalam jangka waktu tertentu, dan kedua adalah berpindah secara permanen. Contoh dari kehilangan lingkungan yang pertama adalah ketika seseorang pindah ke rumah baru atau tinggal di alamat yang berbeda, atau dalam situasi yang lebih sulit, ketika mereka harus menerima perawatan di rumah sakit. Kehilangan semacam ini bisa terjadi karena berbagai faktor, seperti perubahan situasi alamiah atau stres, yang mengakibatkan isolasi dari

lingkungan yang sudah dikenal, misalnya ketika seseorang pindah ke rumah perawatan untuk orang tua.

3. Kehilangan Orang Terdekat: Jenis kehilangan ini melibatkan kehilangan orang-orang yang memiliki hubungan dekat dengan individu tersebut, seperti orang tua, pasangan, anak-anak, saudara kandung, guru, dan sebagainya. Kehilangan ini dapat terjadi karena berbagai alasan, termasuk perpindahan rumah, mutasi atau promosi pekerjaan, meninggal dunia, atau mengalami kejadian lain yang menyebabkan perpisahan dengan orang-orang terdekat.
4. Kehilangan Aspek Diri: Jenis kehilangan ini mencakup bagian tubuh, fungsi fisik, atau fungsi mental yang hilang atau berkurang. Kehilangan semacam ini dapat disebabkan oleh penyakit, cedera, atau perubahan situasi. Kehilangan ini dapat berdampak pada kesejahteraan individu, menyebabkan perubahan pada kedudukan mereka, serta mengubah citra tubuh dan konsep diri mereka secara permanen. Contohnya termasuk kehilangan anggota tubuh akibat kecelakaan lalu lintas, menderita kanker organ tubuh yang ganas, atau terinfeksi penyakit HIV/AIDS.
5. Kehilangan Hidup: Jenis kehilangan ini dialami oleh orang-orang yang menghadapi kematian hingga akhir hayat mereka. Kehilangan ini sering menyebabkan perasaan malu, cemas, ketakutan, ketergantungan pada orang lain, dan kehilangan rasa percaya diri. Contohnya adalah ketika seorang pasien didiagnosis menderita leukemia, kanker otak, atau penyakit langka lainnya yang belum memiliki obat penyembuhan yang pasti.

2.4 Jenis Berduka menurut Yusuf, A.H. & Nihayati, R. (2015):

1. Berduka Normal: Ini mencakup perasaan, perilaku, dan reaksi yang normal terhadap kehilangan sesuatu yang penting dalam kehidupan seseorang. Contohnya, perasaan kesedihan, kemarahan, menangis, kesepian, dan penarikan diri sementara dari aktivitas.
2. Berduka Mengantisipasi: Proses melepaskan diri yang terjadi sebelum kematian atau kehilangan yang sebenarnya. Misalnya, ketika seseorang diberitahu bahwa mereka menderita penyakit terminal, mereka akan memulai proses perpisahan dan menyesuaikan diri dengan banyak hal di dunia sebelum ajalnya tiba.
3. Berduka yang Sulit: Jenis berduka ini dialami oleh seseorang yang menghadapi kesulitan untuk melanjutkan ke tahap berduka yang normal. Masa berduka seolah-olah tidak kunjung berakhir dan dapat mengancam hubungan orang yang bersangkutan dengan orang lain.
4. Berduka Tertutup: Ini terjadi karena kehilangan yang tidak dapat diakui secara terbuka. Contohnya, kematian pasangan karena AIDS, kematian orang tua anak, kematian ibu saat hamil atau saat persalinan.
5. Berduka Disfungsional: Ini adalah kondisi di mana seseorang mengalami respons berduka yang berlebihan ketika menghadapi kehilangan nyata atau potensi. Jenis berduka ini dapat menyebabkan reaksi yang tidak wajar, abnormal, atau masalah/kebingungan.

Pada tahun 1969, setelah mengamati pasien-pasien dengan gejala kesedihan yang parah, Dr. Kübler-Ross mengidentifikasi lima tahap berduka. Berikut adalah penjelasan singkat mengenai masing-masing tahap:

1. Tahap Penyangkalan (denial): Tahap pertama berduka adalah reaksi yang umum, yaitu penyangkalan atau denial. Penyangkalan berfungsi sebagai bentuk pertahanan sementara setelah menerima berita yang mengejutkan dan tak terduga. Pada tahap ini, individu mungkin tidak percaya pada kenyataan yang dihadapinya dan bahkan bisa menganggapnya sebagai mimpi. Emosi yang mungkin sebelumnya ditolak bisa muncul kembali.
2. Tahap Kemarahan (anger): Pada tahap ini, individu yang sedang berduka merasa marah setelah mengalami kehilangan. Menyesuaikan diri dengan situasi yang menyedihkan sangat sulit. Berita tentang kehilangan bisa menimbulkan perasaan kehancuran dan penderitaan yang menyiksa. Orang yang berduka mungkin mengekspresikan kemarahan, berbicara dengan keras, mengeluh, dan menyalahkan situasi. Emosi ini bisa begitu intens sehingga membuat orang kehilangan kemampuan untuk berpikir rasional. Namun, setelah kemarahan mereda, individu bisa merasakan emosi lain dan mulai berpikir lebih rasional tentang apa yang sebenarnya terjadi.
3. Tahap Menawar (bargaining): Selama tahap ini, dua perasaan yang sering muncul bersamaan adalah rasa kehilangan dan putus asa. Orang yang berduka begitu merasa sedih sehingga mereka rela melakukan apa saja untuk meredakan penderitaan dan mendapatkan kembali kendali atas hidup mereka. Dalam proses menawar dan berimajinasi, seseorang mungkin berpikir, "seandainya saja saya mencari dokter lebih cepat", "andai saja saya tidak terlalu sibuk, mungkin pasangan saya tidak akan pergi", dan sebagainya. Pada tahap ini, banyak orang juga mencoba melakukan tawar-menawar dengan Tuhan untuk mendapatkan kekuatan dalam menghadapi kesedihan dan penderitaan.

4. Tahap Depresi (depression): Ada saatnya ketika individu berada dalam tahap depresi, di mana emosi mulai mereda dan mereka harus menghadapi kenyataan yang sesungguhnya. Pada tahap ini, seseorang mungkin mengalami kesulitan dan kebingungan yang sangat besar. Untuk mengatasi kesedihan, mereka cenderung menghindari interaksi dengan orang lain. Jika seseorang merasa tidak berdaya, sedih, dan kesulitan melalui fase ini, disarankan untuk berbicara dengan seorang psikolog atau orang terdekat untuk mendapatkan dukungan.
5. Tahap Penerimaan (acceptance): Pada tahap penerimaan, seseorang belum benar-benar bahagia, namun akhirnya bisa berdamai dengan kesedihan dan menerima kenyataan yang sebenarnya. Pada tahap ini, dukungan dari teman dan keluarga biasanya memberikan peran penting. Individu mulai belajar cara menyesuaikan diri dengan situasi baru dan berusaha melanjutkan hidup dengan kondisi tersebut.

Dalam teori yang dikemukakan oleh John Harvey pada tahun 1998, terdapat tiga tahap berduka:

1. Tahap Syok, di mana individu mengalami kejutan, menangis dengan kuat, dan menolak kenyataan;
2. Tahap Disorientasi, di mana individu merasa bingung, teralihkan, dan terobsesi dengan pemikiran tentang kehilangan;
3. Tahap Berbicara dengan Orang Lain, di mana individu mengungkapkan emosi dan mengingat kembali apa yang terjadi saat mereka mengalami kehilangan.

Sementara itu, menurut teori Rodebaugh et al. yang diusulkan pada tahun 1999, proses berduka terdiri dari empat tahap:

1. Tahap "*Reeling*" (mengguncang), di mana klien merasa terkejut, tidak percaya, atau menyangkal kenyataan.

2. Tahap "*Feeling*" (merasa), di mana klien menunjukkan perasaan bersalah, kesedihan mendalam, kesedihan, kemarahan, gangguan tidur, nafsu makan, kelelahan, dan ketidaknyamanan fisik.
3. Tahap "*Dealing*" (menghadapi), di mana klien mulai beradaptasi dengan kehilangan dengan berpartisipasi dalam kelompok pendukung, terapi berduka, membaca, dan mencari bimbingan spiritual.
4. Tahap "*Healing*" (pemulihan), di mana klien mulai menerima kehilangan sebagai bagian dari kehidupan mereka dan penderitaan mereka berkurang. Pemulihan di sini tidak berarti melupakan atau sepenuhnya menerima kehilangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, dan Hanik Endang Nihayati. 2015. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.
- Alimul, A., & Hidayat. 2012. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. (D. Sjabana, Ed.) (1st ed.). Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry. 2005. Buku ajar fundamental keperawatan volume 1, Edisi 4. Jakarta: EGC. Potter, D. F., & Perry, A. G. 2005. Buku ajar : Fundamental keperawatan, konsep, proses, dan praktik (Edisi 4). Jakarta : EGC
- Goleman, Daniel. 2010. Emotional Intelligence. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Santrock, J. W. 2014. Psikologi Pendidikan. Edisi 5. Buku 1. Alih bahasa oleh Harya Bhimasena. Jakarta: Salemba Humanika.
- Wiryasaputra, Totok. S. 2006. Ready To Care: Pendamping dan Konseling Psikoterapi. Yogyakarta: Galang Press

BAB 3

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK)

Oleh Nandar Wirawan

3.1 Pendahuluan

Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah serius dalam kesehatan masyarakat di seluruh dunia. CHD adalah kondisi kardiovaskular yang terjadi ketika pembuluh darah koroner yang menyuplai darah ke otot jantung mengalami penyempitan atau penyumbatan, sehingga mengganggu aliran darah yang kaya oksigen ke jantung (Bashore *et al.*, 2008).

CHD menjadi penyebab utama kematian di banyak negara dan menyebabkan dampak yang signifikan pada kualitas hidup pasien yang terkena. Faktor risiko utama yang berhubungan dengan CHD antara lain gaya hidup tidak sehat, seperti merokok, pola makan tidak seimbang, kurangnya aktivitas fisik, dan stres. Selain itu, faktor genetik, usia, dan kondisi medis lainnya juga dapat mempengaruhi risiko seseorang terkena CHD.

Gejala CHD bervariasi, namun yang paling umum adalah nyeri dada (*angina*), sesak napas, kelelahan yang berlebihan, dan palpitasi. Penting untuk memahami bahwa CHD dapat berkembang secara perlahan selama bertahun-tahun tanpa menunjukkan gejala yang jelas, sehingga penting bagi individu

yang berisiko tinggi untuk mendapatkan pemeriksaan rutin dan mengadopsi gaya hidup sehat. Selain gejala fisik, CHD juga dapat mempengaruhi aspek psikologis dan sosial seseorang. Pasien dengan CHD sering mengalami distress emosional, depresi, kecemasan, dan perubahan dalam citra diri mereka (Sun *et al.*, 2015).

Kehidupan sosial mereka juga dapat terpengaruh karena mungkin harus menghadapi pembatasan dalam aktivitas fisik dan pekerjaan. Oleh karena itu, pemahaman mendalam tentang CHD dan dampaknya pada aspek fisik, psikologis, dan sosial sangat penting dalam menyediakan perawatan holistik yang efektif untuk pasien. Pendekatan interdisipliner yang melibatkan tim medis, psikolog, dan tenaga kesehatan lainnya perlu diterapkan untuk mengatasi tantangan yang dihadapi oleh pasien dengan CHD (Kärner *et al.*, 2005).

Dalam konteks ini, penelitian mengenai Disturbance of Self-Concept dan Loss pada Pasien CHD menjadi relevan dan menarik untuk dijelajahi. Dengan memahami secara lebih mendalam bagaimana CHD dapat mempengaruhi citra diri dan perasaan kehilangan pada pasien, kita dapat mengembangkan pendekatan perawatan yang lebih baik dan berfokus pada kebutuhan psikososial pasien selama proses penyembuhan. Melalui penelitian dan pemahaman yang lebih baik tentang CHD dan dampaknya pada kualitas hidup pasien, diharapkan kita dapat meningkatkan upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengelolaan penyakit ini, serta memberikan dukungan yang optimal bagi mereka yang telah terkena dampaknya.

Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) bukan hanya merupakan suatu masalah kesehatan fisik, tetapi juga memiliki dampak yang signifikan pada aspek psikologis dan sosial pasien yang terkena. Saat menghadapi diagnosis dan perjalanan pengobatan CHD, banyak pasien mengalami perubahan dalam citra diri (*self-concept*) dan perasaan kehilangan yang kompleks. Studi tentang *Disturbance*

of Self-Concept dan Loss pada Pasien CHD menjadi hal yang penting dan relevan untuk dilakukan. Perubahan dalam citra diri dan perasaan kehilangan yang dialami oleh pasien CHD dapat berdampak serius pada kualitas hidup mereka, serta mempengaruhi pemahaman tentang diri, hubungan sosial, dan harapan masa depan. Pengaruh *Disturbance of Self-Concept* pada Pasien CHD Ketika seseorang didiagnosis dengan CHD, perasaan identitas dan harga diri mereka dapat terganggu. Mungkin muncul perasaan rendah diri karena perubahan fisik, keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik, atau ketergantungan pada perawatan medis. Studi tentang bagaimana perubahan ini mempengaruhi pandangan diri dan kualitas hidup pasien dapat membantu dalam merancang intervensi yang tepat untuk meningkatkan pengalaman psikologis mereka. Perasaan Kehilangan pada Pasien CHD

Pasien CHD sering mengalami perasaan kehilangan yang mendalam. Mereka mungkin merasa kehilangan kontrol atas hidup mereka karena harus menghadapi batasan dalam aktivitas sehari-hari dan perubahan dalam rutinitas mereka. Selain itu, perasaan kehilangan dapat muncul karena adanya perubahan dalam peran sosial dan pekerjaan akibat kondisi kesehatan yang mempengaruhi kemandirian mereka. Studi tentang perasaan kehilangan ini dapat membantu kita memahami bagaimana mendukung pasien secara emosional dan sosial selama perjalanan penyembuhan mereka. Implikasi Psikososial pada Proses Penyembuhan. *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD dapat memiliki implikasi yang signifikan pada proses penyembuhan mereka. Ketidakstabilan emosional dan sosial dapat mempengaruhi ketaatan terhadap pengobatan dan perubahan gaya hidup, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi hasil klinis. Oleh karena itu, studi tentang aspek psikososial ini akan membantu meningkatkan perawatan holistik dan mendukung proses penyembuhan pasien secara menyeluruh. Dengan memahami

secara lebih mendalam tentang bagaimana CHD dapat mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien, kita dapat mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang mungkin muncul selama perawatan mereka. Penelitian ini juga akan membantu meningkatkan perhatian terhadap aspek psikososial dalam perawatan pasien CHD secara keseluruhan, sehingga membawa manfaat positif bagi kualitas hidup dan prognosis mereka (Doyle *et al.*, 2021).

3.2 Konsep Dasar

1. Pengertian *Disturbance of Self-Concept* pada Pasien CHD

Disturbance of Self-Concept pada pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) merujuk pada perubahan atau gangguan dalam pandangan individu tentang diri mereka sendiri. Ketika seseorang didiagnosis dengan CHD, terjadi perubahan dalam kondisi kesehatan fisik yang dapat mempengaruhi cara mereka melihat diri mereka, perasaan tentang diri sendiri, dan persepsi tentang kemampuan dan nilai diri. Pentingnya memahami pengertian *Disturbance of Self-Concept* pada pasien CHD terletak pada dampak psikologis dan sosial yang mungkin muncul sebagai akibat dari perubahan ini (Bryne, 1980).

Beberapa aspek yang dapat terpengaruh oleh *Disturbance of Self-Concept* pada pasien CHD antara lain :
Perubahan Identitas Diri: Pasien CHD mungkin mengalami perubahan dalam pandangan tentang siapa mereka sebenarnya. Ketika tubuh mengalami perubahan akibat penyakit jantung, mereka mungkin merasa kebingungan atau bahkan meragukan identitas mereka sebagai individu yang sehat dan mandiri.
Penurunan Harga Diri: Perubahan fisik, keterbatasan aktivitas, atau ketergantungan pada perawatan medis dapat menyebabkan penurunan harga diri. Pasien CHD mungkin merasa rendah diri karena

merasa kurang mampu atau terbatas dalam melakukan hal-hal yang dulu mereka nikmati. Perasaan Takut dan Cemas: *Disturbance of Self-Concept* pada pasien CHD juga dapat memicu perasaan takut dan cemas terkait dengan masa depan dan kemampuan mereka untuk berfungsi secara normal. Mereka mungkin khawatir tidak bisa melakukan aktivitas yang biasa mereka lakukan atau merasa takut dengan komplikasi kesehatan yang mungkin terjadi. Penyimpangan Peran Sosial: Perubahan dalam pandangan diri juga dapat mempengaruhi bagaimana pasien CHD berperan dalam hubungan sosialnya. Mereka mungkin merasa kesulitan menyesuaikan diri dengan peran baru atau terbatas dalam berkontribusi pada keluarga, pekerjaan, atau masyarakat seperti sebelumnya. Perubahan Kualitas Hidup : *Disturbance of Self-Concept* pada pasien CHD dapat berdampak pada kualitas hidup secara keseluruhan. Perasaan kurang percaya diri atau putus asa dapat mempengaruhi partisipasi mereka dalam aktivitas sehari-hari dan mengurangi kepuasan hidup secara keseluruhan (Louw and Jacobs, 2005).

2. Pengertian Loss dan Proses Trauma pada Pasien CHD

Pengertian Loss (kehilangan) pada pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) merujuk pada berbagai jenis kehilangan yang dapat dialami oleh pasien akibat kondisi kesehatan mereka. Kehilangan dalam konteks CHD bisa bersifat fisik, emosional, atau sosial. Beberapa jenis loss yang mungkin dialami oleh pasien CHD antara lain: Kehilangan Fisik: Pasien CHD mungkin mengalami kehilangan fisik, seperti kemampuan fisik yang berkurang atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang biasa. Mereka mungkin mengalami kelelahan yang lebih cepat dan sulit untuk menjalankan tugas-tugas fisik yang sebelumnya dianggap mudah. Kehilangan Kemandirian: Kondisi kesehatan yang

mempengaruhi kualitas hidup fisik pasien CHD dapat menyebabkan kehilangan kemandirian. Mereka mungkin menjadi lebih tergantung pada bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari, yang dapat mempengaruhi perasaan mandiri dan otonomi mereka. Kehilangan Peran Sosial: Pasien CHD dapat mengalami kehilangan dalam peran sosial mereka. Keterbatasan fisik atau kesehatan mungkin membuat mereka sulit untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial, bekerja, atau berkontribusi pada keluarga seperti yang biasa mereka lakukan sebelumnya. Kehilangan Kualitas Hidup: Kondisi CHD dan perubahan dalam kehidupan sehari-hari dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien. Mereka mungkin merasa terbatas dalam menikmati aktivitas yang sebelumnya mereka nikmati atau merasa frustrasi dengan perubahan yang terjadi pada tubuh dan rutinitas mereka. Proses Trauma pada pasien CHD mengacu pada pengalaman psikologis yang intens akibat perubahan mendalam dalam kesehatan dan kehidupan mereka. Proses trauma dapat terjadi sebagai reaksi atas diagnosis CHD yang mengejutkan, prosedur medis yang menakutkan, atau menghadapi kenyataan tentang pembatasan yang harus mereka hadapi. Proses trauma dapat mencakup reaksi emosional yang kuat, seperti kecemasan, depresi, marah, atau ketakutan. Pasien CHD mungkin mengalami perasaan kehilangan, kebingungan, dan perubahan mendalam dalam persepsi tentang diri mereka sendiri dan dunia di sekitar mereka (MacIntosh, Johnson and Lee, 2006).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept dan Loss* pada Pasien CHD

Disturbance of Self-Concept dan *Loss* pada pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) adalah proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Beberapa faktor yang dapat

mempengaruhi bagaimana pasien CHD mengalami perubahan dalam pandangan diri dan perasaan kehilangan antara lain: Kondisi Kesehatan Fisik: Tingkat keparahan penyakit jantung koroner dan komplikasi kesehatan fisik yang muncul dapat mempengaruhi cara pasien melihat diri mereka sendiri. Pasien yang mengalami keterbatasan fisik yang signifikan mungkin merasa kesulitan untuk mengidentifikasi diri mereka sebagai individu yang mampu dan mandiri seperti sebelumnya. Dukungan Sosial: Tingkat dukungan sosial yang diterima oleh pasien CHD juga berpengaruh pada *Disturbance of Self-Concept* dan Loss. Dukungan positif dari keluarga, teman, dan lingkungan sosial dapat membantu memperkuat pandangan positif tentang diri sendiri dan mengurangi perasaan kehilangan. Sebaliknya, kurangnya dukungan sosial atau dukungan negatif dapat memperburuk perasaan rendah diri dan kesepian. Respon Keluarga dan Lingkungan: Bagaimana keluarga dan lingkungan merespons kondisi CHD pasien juga memainkan peran penting. Jika pasien merasa dipahami dan didukung oleh keluarga dan lingkungan sekitar, mereka cenderung lebih baik dalam menghadapi perubahan dan tantangan yang timbul akibat CHD. Faktor Psikologis: Kondisi psikologis seperti tingkat stres, kecemasan, dan depresi dapat mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD. Beban emosional yang tinggi dapat mengganggu pandangan positif tentang diri sendiri dan memperkuat perasaan kehilangan. Proses Koping: Bagaimana pasien mengatasi dan beradaptasi dengan CHD juga dapat mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss. Strategi koping yang efektif dapat membantu mengurangi dampak emosional dan psikologis dari penyakit, sementara strategi koping yang tidak sehat dapat memperburuk perasaan negatif tentang diri sendiri. Faktor Sosioekonomi: Kondisi ekonomi, status sosial, dan

akses terhadap layanan kesehatan juga dapat berperan dalam pengalaman pasien CHD terkait Disturbance of Self-Concept dan Loss. Faktor-faktor sosioekonomi ini dapat mempengaruhi tingkat stres dan perasaan ketidakamanan yang dialami oleh pasien (Thomas, 2007).

3.3 Perubahan Psikologis pada Pasien CHD

1. Stigma Sosial dan Diskriminasi terhadap Pasien CHD

Stigma sosial dan diskriminasi adalah fenomena sosial yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologis pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*). Pasien CHD sering kali mengalami stigma sosial dan diskriminasi sebagai akibat dari kondisi medis mereka. Berikut adalah konsep mengenai stigma sosial dan diskriminasi terhadap pasien CHD: Stigma Sosial terhadap Pasien CHD: Stigma sosial adalah label negatif atau stereotipe yang melekat pada individu atau kelompok berdasarkan kondisi kesehatan atau karakteristik tertentu. Pasien CHD dapat mengalami stigmatisasi karena adanya persepsi negatif dari masyarakat terhadap penyakit jantung, seperti anggapan bahwa CHD hanya terjadi pada mereka yang tidak sehat atau tidak memiliki gaya hidup sehat. Stigma sosial ini dapat menyebabkan pasien merasa malu, rendah diri, dan enggan mencari bantuan medis atau dukungan sosial. Diskriminasi terhadap Pasien CHD: Diskriminasi terjadi ketika seseorang atau kelompok diperlakukan secara tidak adil atau berbeda dari orang lain berdasarkan kondisi atau karakteristik mereka. Pasien CHD mungkin mengalami diskriminasi dalam berbagai bidang kehidupan, seperti di tempat kerja, dalam pelayanan kesehatan, atau dalam interaksi sosial. Diskriminasi dapat mempengaruhi akses pasien CHD terhadap layanan kesehatan yang memadai, kesempatan

kerja, atau dukungan sosial yang diperlukan selama proses penyembuhan. Dampak Stigma Sosial dan Diskriminasi: Stigma sosial dan diskriminasi terhadap pasien CHD dapat memiliki dampak yang merugikan. Pasien yang mengalami stigmatisasi mungkin enggan mencari perawatan medis atau menghindari situasi sosial karena takut dijauhi atau dianggap lemah oleh orang lain. Hal ini dapat menyebabkan penundaan dalam mendapatkan perawatan yang diperlukan dan memperburuk kondisi kesehatan mereka. Diskriminasi juga dapat menyebabkan stres psikologis yang tinggi dan mempengaruhi kualitas hidup pasien secara keseluruhan. Peran Edukasi dan Kesadaran: Penting untuk meningkatkan edukasi dan kesadaran tentang CHD dan kondisi kesehatan lainnya untuk mengatasi stigma sosial dan diskriminasi terhadap pasien. Edukasi dapat membantu masyarakat memahami fakta tentang CHD, menghilangkan stereotipe negatif, dan mempromosikan dukungan dan empati terhadap pasien. Peran tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan informasi yang akurat dan menyediakan lingkungan yang bebas dari stigma juga sangat penting. Dukungan Sosial: Meningkatkan dukungan sosial bagi pasien CHD dapat membantu mengurangi dampak stigma sosial dan diskriminasi. Dukungan dari keluarga, teman, dan masyarakat dapat membantu pasien merasa diterima dan didukung dalam menghadapi tantangan yang dihadapi akibat CHD. Pemberdayaan pasien untuk berbicara terbuka tentang kondisi mereka dan memperjuangkan hak mereka juga merupakan langkah penting dalam mengatasi stigma sosial dan diskriminasi (Abbey *et al.*, 2011).

2. Stres dan Koping pada Pasien CHD

Stres dan koping adalah dua aspek yang saling terkait dalam kehidupan pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*). Pasien CHD seringkali

mengalami tingkat stres yang tinggi akibat perubahan fisik, emosional, dan sosial yang terjadi sebagai akibat dari kondisi kesehatan mereka. Dalam menghadapi stres ini, pasien akan menggunakan berbagai strategi koping untuk mengatasi tantangan dan beban yang dihadapi. Berikut adalah konsep tentang stres dan koping pada pasien CHD:

Stres pada Pasien CHD: Pasien CHD menghadapi banyak sumber stres yang berhubungan dengan kondisi kesehatan mereka. Diagnosis CHD yang mengejutkan, perubahan dalam gaya hidup, batasan fisik, perasaan takut akan komplikasi atau kematian, serta tuntutan perawatan medis yang intens dapat menyebabkan tingkat stres yang tinggi. Stres kronis dan perasaan tidak mampu menghadapi kondisi yang serius dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan psikologis pasien.

Koping pada Pasien CHD: Koping adalah proses menghadapi stres dan tantangan hidup. Pasien CHD menggunakan berbagai strategi koping untuk mengatasi tekanan yang mereka hadapi. Strategi koping ini bisa bersifat adaptif atau maladaptif. Koping adaptif melibatkan penggunaan strategi yang sehat, seperti mencari dukungan sosial, mengadopsi pola makan yang sehat, dan berpartisipasi dalam aktivitas fisik yang sesuai. Di sisi lain, koping maladaptif melibatkan penggunaan strategi yang tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, atau isolasi sosial.

Dampak Stres dan Koping pada Kesehatan: Tingkat stres yang tinggi dan strategi koping yang tidak sehat dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologis pasien CHD. Stres yang tidak terkendali dapat meningkatkan risiko komplikasi jantung, mempengaruhi tekanan darah, dan menyebabkan perubahan dalam detak jantung. Di sisi lain, strategi koping yang sehat dapat membantu mengurangi stres dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Pentingnya Pengelolaan Stres dan Koping yang Sehat: Pengelolaan

stres dan penggunaan strategi koping yang sehat sangat penting bagi pasien CHD. Tim medis dan tenaga kesehatan harus berperan dalam membantu pasien mengidentifikasi sumber stres dan mengembangkan strategi koping yang efektif. Pemberian dukungan emosional dan edukasi tentang koping yang sehat juga penting bagi pasien dalam mengatasi tantangan yang dihadapi akibat CHD. Pendekatan Holistik dalam Pengelolaan Stres: Pengelolaan stres pada pasien CHD harus dilakukan secara holistik. Ini mencakup aspek fisik, psikologis, dan sosial dalam perawatan. Strategi pengelolaan stres yang efektif termasuk olahraga teratur, teknik relaksasi, dukungan sosial, konseling psikologis, dan partisipasi dalam kelompok dukungan (Akbari, Mahmood Aliloo and Aslanabadi, 2010).

3. Depresi, Kecemasan, dan Gangguan Kesehatan Mental pada Pasien CHD

Pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) berisiko mengalami gangguan kesehatan mental, seperti depresi dan kecemasan, sebagai dampak dari kondisi kesehatan yang kompleks dan perubahan yang terjadi dalam kehidupan mereka. Berikut adalah konsep mengenai depresi, kecemasan, dan gangguan kesehatan mental pada pasien CHD: Depresi pada Pasien CHD: Depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai oleh perasaan sedih, kehilangan minat atau kesenangan dalam aktivitas yang sebelumnya dinikmati, perubahan berat badan atau nafsu makan, gangguan tidur, kelelahan, dan perasaan tidak berharga atau bersalah. Pasien CHD berisiko mengalami depresi karena harus menghadapi stres fisik, sosial, dan emosional akibat penyakit mereka. Depresi dapat mempengaruhi motivasi pasien untuk mengikuti rencana pengobatan dan perawatan, serta meningkatkan risiko komplikasi kesehatan. Kecemasan

pada Pasien CHD: Kecemasan adalah perasaan yang berlebihan dari ketakutan atau khawatir yang terus-menerus. Pasien CHD mungkin mengalami kecemasan terkait dengan kesehatan dan proses penyembuhan mereka, seperti takut mengalami serangan jantung atau kekhawatiran tentang efek samping pengobatan. Tingkat kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan stres tambahan pada jantung dan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Gangguan Kesehatan Mental pada Pasien CHD: Depresi dan kecemasan yang tidak diatasi dengan baik pada pasien CHD dapat berkembang menjadi gangguan kesehatan mental yang lebih serius, seperti gangguan kecemasan umum (GAD) atau gangguan depresi mayor. Gangguan kesehatan mental ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien secara keseluruhan dan memperburuk prognosis kesehatan mereka.

Hubungan Antara Kesehatan Mental dan Kesehatan Jantung: Kesehatan mental dan kesehatan jantung saling terkait dalam hubungan yang kompleks. Kondisi kesehatan mental yang tidak teratasi dapat mempengaruhi perilaku pasien terkait kesehatan, seperti kurangnya motivasi untuk mengikuti rencana perawatan dan pola makan yang tidak sehat. Selain itu, stres akibat gangguan kesehatan mental dapat memicu mekanisme respons tubuh yang berdampak negatif pada jantung.

Pentingnya Pengelolaan Kesehatan Mental pada Pasien CHD: Pengelolaan kesehatan mental pada pasien CHD sangat penting dalam memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif. Tim medis dan tenaga kesehatan harus memantau dan mengidentifikasi gejala depresi, kecemasan, atau gangguan kesehatan mental lainnya pada pasien. Intervensi yang tepat, seperti konseling psikologis, dukungan sosial, dan terapi perilaku kognitif, dapat membantu pasien mengatasi tantangan psikologis yang dihadapi akibat CHD (Hohls *et al.*, 2020).

3.4 Aspek Sosial dalam Disturbance of Self-Concept dan Loss pada Pasien CHD

1. Dampak pada Hubungan Sosial dan Interaksi dengan Keluarga dan Teman

Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) dapat memiliki dampak yang signifikan pada hubungan sosial pasien, termasuk hubungan dengan keluarga dan teman-teman. Perubahan fisik, emosional, dan psikologis akibat CHD dapat mempengaruhi interaksi sosial dan dinamika hubungan. Berikut adalah konsep mengenai dampak pada hubungan sosial dan interaksi dengan keluarga dan teman pada pasien CHD:

Perubahan dalam Hubungan Keluarga: Pasien CHD mungkin mengalami perubahan dalam hubungan keluarga karena kondisi kesehatan mereka. Keluarga sering menjadi sumber dukungan utama, tetapi juga mungkin mengalami stres dan kekhawatiran terkait kondisi CHD pasien. Perubahan dalam peran keluarga atau tugas-tugas sehari-hari yang perlu diatur ulang dapat mempengaruhi dinamika keluarga secara keseluruhan.

Dukungan Keluarga dan Dampaknya: Dukungan keluarga yang positif dapat membantu pasien CHD dalam menghadapi tantangan fisik dan psikologis yang dihadapinya. Dukungan emosional dan praktis dari keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan membantu mereka mengatasi stres yang mungkin muncul akibat kondisi kesehatan mereka. Sebaliknya, kurangnya dukungan keluarga atau hubungan yang terganggu dapat memperburuk perasaan isolasi dan depresi pasien.

Interaksi dengan Teman-Teman: Pasien CHD mungkin menghadapi perubahan dalam interaksi dengan teman-teman mereka. Aktivitas sosial yang sebelumnya dinikmati bersama teman-teman mungkin berkurang karena keterbatasan fisik atau kesehatan pasien. Pasien CHD juga

mungkin merasa cemas atau enggan untuk berinteraksi dengan teman-teman karena perasaan malu atau perubahan fisik yang dialami. Dampak Emosional pada Pasien dan Hubungan Sosial: Dampak emosional akibat CHD dapat mempengaruhi interaksi sosial pasien. Pasien yang mengalami depresi atau kecemasan mungkin merasa sulit untuk berinteraksi secara normal dengan keluarga dan teman-teman. Perasaan rendah diri atau perubahan suasana hati yang tiba-tiba juga dapat mempengaruhi dinamika hubungan sosial mereka. Pentingnya Dukungan Sosial: Dukungan sosial yang kuat dan positif sangat penting bagi pasien CHD. Dukungan dari keluarga, teman, dan kelompok dukungan dapat membantu pasien mengatasi perasaan isolasi dan depresi, serta meningkatkan kualitas hidup mereka. Dukungan sosial juga dapat membantu pasien merasa lebih termotivasi untuk mematuhi rencana pengobatan dan gaya hidup yang sehat (*Social Interaction and Social Support - Shinn - 1984 - Journal of Social Issues - Wiley Online Library, no date*).

2. Peran Dukungan Sosial dalam Mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss

Dukungan sosial memiliki peran penting dalam membantu pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss yang mungkin muncul akibat kondisi kesehatan mereka. Dukungan sosial dapat berupa dukungan emosional, informasional, dan praktis yang diberikan oleh keluarga, teman, tenaga kesehatan, dan kelompok dukungan. Berikut adalah konsep mengenai peran dukungan sosial dalam mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD: Mengurangi Perasaan Isolasi: Dukungan sosial membantu mengurangi perasaan isolasi pada pasien CHD. Ketika seseorang didiagnosis dengan CHD, mereka mungkin merasa kesepian dan

terisolasi karena menghadapi tantangan kesehatan yang serius. Dukungan dari keluarga, teman, dan kelompok dukungan dapat memberikan rasa keterhubungan dan membantu pasien merasa bahwa mereka tidak sendirian dalam menghadapi perubahan dalam hidup mereka.

Meningkatkan Dukungan Emosional: Pasien CHD dapat mengalami *Disturbance of Self-Concept* dan *Loss*, yang dapat menyebabkan perasaan rendah diri, kebingungan, atau ketidakberdayaan. Dukungan emosional dari orang-orang terdekat dapat membantu pasien merasa didukung, diterima, dan dipahami. Ini dapat meningkatkan pandangan diri dan harga diri pasien serta membantu mereka menghadapi perasaan emosional yang muncul.

Memberikan Informasi dan Pendidikan: Dukungan sosial juga dapat berupa memberikan informasi dan pendidikan tentang kondisi kesehatan dan cara mengatasi tantangan yang muncul akibat CHD. Keluarga dan tenaga kesehatan dapat membantu pasien memahami kondisi mereka, prosedur pengobatan, dan cara menjaga kesehatan jantung yang baik. Pendidikan ini membantu pasien merasa lebih siap dan berdaya untuk menghadapi perubahan yang terjadi.

Mendorong Kebiasaan Hidup Sehat: Dukungan sosial dapat mendorong pasien CHD untuk mengadopsi gaya hidup sehat yang mendukung pemulihan dan mengurangi risiko komplikasi. Keluarga dan teman-teman dapat menjadi contoh yang baik dan mendukung keputusan pasien untuk menjalani diet sehat, rutin berolahraga, berhenti merokok, dan mengelola stres.

Membantu dalam Proses Rehabilitasi: Pasien CHD yang menjalani rehabilitasi jantung atau program pemulihan setelah penyakit jantung memiliki manfaat dari dukungan sosial yang kuat. Dukungan dari kelompok rehabilitasi atau kelompok dukungan sesama pasien CHD dapat memberikan motivasi tambahan dan lingkungan yang

mendukung selama proses pemulihan (Hobfoll and Walfisch, 1984).

3.5 Strategi Koping dan Adaptasi pada Pasien CHD

1. Strategi Koping yang Efektif untuk Mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss

Disturbance of Self-Concept dan Loss pada pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) dapat menyebabkan perasaan kehilangan dan perubahan dalam pandangan diri mereka. Strategi koping yang efektif sangat penting dalam membantu pasien menghadapi tantangan ini dan mengatasi dampak emosional dari CHD. Berikut adalah konsep mengenai strategi koping yang efektif untuk mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD:

Edukasi dan Informasi yang Akurat: Mendapatkan edukasi yang akurat tentang CHD dan proses penyembuhan dapat membantu pasien memahami kondisi mereka dengan lebih baik. Informasi yang tepat dan jelas membantu mengurangi kebingungan dan perasaan takut tentang kondisi mereka, serta memberikan pandangan yang realistis tentang apa yang bisa diharapkan selama perjalanan pemulihan.

Dukungan Sosial: Meningkatkan dukungan sosial adalah strategi koping yang penting. Dukungan dari keluarga, teman, dan kelompok dukungan sesama pasien CHD membantu mengurangi perasaan isolasi dan meningkatkan rasa keterhubungan. Melibatkan diri dalam kelompok dukungan atau berbicara dengan orang lain yang mengalami pengalaman serupa dapat membantu pasien merasa didukung dan dipahami.

Konseling Psikologis: Konseling psikologis atau terapi dengan profesional kesehatan mental membantu pasien mengatasi perasaan depresi, kecemasan, dan perubahan dalam pandangan diri. Terapis dapat membantu pasien

mengeksplorasi perasaan mereka, mengidentifikasi pola pikir yang tidak sehat, dan mengembangkan strategi coping yang lebih sehat. Olahraga dan Aktivitas Fisik: Olahraga dan aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi kesehatan pasien CHD dapat membantu mengurangi stres, meningkatkan mood, dan memperkuat tubuh. Aktivitas fisik yang teratur juga membantu meningkatkan kualitas tidur dan memberikan dorongan pada perasaan positif tentang diri sendiri. Teknik Relaksasi: Menggunakan teknik relaksasi, seperti meditasi, pernapasan dalam, yoga, atau seni rileksasi lainnya, dapat membantu mengurangi tingkat stres dan kecemasan. Teknik relaksasi membantu menenangkan pikiran dan tubuh, dan membantu pasien merasa lebih tenang dan lebih terhubung dengan diri mereka sendiri. Menghindari Kebiasaan yang Merugikan: Pasien CHD harus menghindari kebiasaan yang merugikan kesehatan, seperti merokok atau mengonsumsi alkohol berlebihan. Kebiasaan ini dapat memperburuk kondisi jantung dan mempengaruhi kesehatan secara keseluruhan, serta mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss. Mencari Bantuan Profesional: Jika perasaan kehilangan atau perubahan dalam pandangan diri menjadi berat dan sulit diatasi, pasien CHD harus mencari bantuan profesional. Bantuan medis dan dukungan dari tenaga kesehatan yang berpengalaman dapat membantu pasien mengatasi masalah psikologis yang lebih serius (Amouzeshi *et al.*, 2020).

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Pasien dalam Beradaptasi dengan CHD

Beradaptasi dengan Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) adalah proses yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan CHD dapat bervariasi berdasarkan beberapa faktor yang mempengaruhi

bagaimana mereka menghadapi dan mengatasi kondisi kesehatan mereka. Berikut adalah konsep mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan CHD: Tingkat Pengetahuan tentang CHD: Tingkat pengetahuan tentang CHD mempengaruhi kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan kondisi tersebut. Pasien yang memiliki pemahaman yang baik tentang penyakit mereka, risiko yang terkait, dan cara mengelola kondisi kesehatan mereka cenderung lebih siap dan mampu menghadapi tantangan yang muncul akibat CHD. Dukungan Sosial: Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan kelompok dukungan memainkan peran penting dalam kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan CHD. Dukungan emosional dan praktis dari orang-orang terdekat membantu mengurangi perasaan isolasi dan meningkatkan rasa percaya diri pasien dalam menghadapi perubahan hidup mereka. Kondisi Kesehatan Fisik: Tingkat keparahan dan komplikasi penyakit jantung koroner dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi. Pasien dengan kondisi fisik yang lebih berat mungkin memerlukan penyesuaian besar dalam gaya hidup dan perawatan medis, yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka dalam beradaptasi. Faktor Psikologis: Kondisi psikologis seperti depresi, kecemasan, atau perasaan takut terkait CHD dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi dengan kondisi kesehatan mereka. Perasaan emosional yang negatif dapat menghambat upaya pasien dalam menghadapi perubahan dan mencari solusi yang efektif. Faktor Sosioekonomi: Kondisi ekonomi, status sosial, dan akses terhadap layanan kesehatan juga dapat mempengaruhi kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan CHD. Faktor-faktor sosioekonomi ini dapat mempengaruhi akses pasien terhadap perawatan medis yang memadai dan dampak stres yang dialami. Pola

Koping: Strategi koping yang digunakan oleh pasien untuk menghadapi CHD juga mempengaruhi kemampuan mereka dalam beradaptasi. Koping yang sehat, seperti mencari dukungan sosial, mengadopsi gaya hidup sehat, dan berpartisipasi dalam aktivitas fisik yang sesuai, dapat membantu pasien mengatasi tantangan dengan lebih baik. Pengalaman Sebelumnya dengan Penyakit Kronis: Pengalaman pasien dengan penyakit kronis atau kondisi kesehatan lainnya sebelumnya juga dapat mempengaruhi kemampuan mereka dalam beradaptasi dengan CHD. Pasien yang telah mengalami penyakit serupa sebelumnya mungkin lebih siap untuk menghadapi perubahan dan tantangan yang muncul akibat CHD (Khayyam Nekouei *et al.*, 2014).

3. Peran Tim Medis dalam Membantu Pasien Mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss

Tim medis memiliki peran krusial dalam membantu pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss yang mungkin muncul akibat kondisi kesehatan mereka. Dalam pendekatan perawatan holistik, tim medis berperan dalam memberikan dukungan, pendidikan, dan intervensi psikososial yang membantu pasien menghadapi tantangan psikologis yang diakibatkan oleh CHD. Berikut adalah konsep mengenai peran tim medis dalam membantu pasien mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada CHD: Penilaian Psikologis dan Kesehatan Mental: Tim medis melakukan penilaian psikologis dan kesehatan mental untuk mengidentifikasi adanya tanda-tanda *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD. Dengan mengidentifikasi masalah psikologis, tim medis dapat menyediakan intervensi yang tepat dan merujuk pasien ke profesional kesehatan mental jika diperlukan. Pendidikan dan Informasi: Tim medis memberikan

pendidikan dan informasi yang komprehensif tentang CHD, perawatan, dan cara menghadapi tantangan yang mungkin muncul. Pendidikan ini membantu pasien memahami kondisi mereka dengan lebih baik dan membantu mengurangi perasaan takut dan kebingungan yang mungkin muncul akibat CHD. Dukungan Emosional: Tim medis memberikan dukungan emosional kepada pasien CHD. Mereka mendengarkan dengan empati dan memberikan ruang bagi pasien untuk berbicara tentang perasaan dan pengalaman mereka. Dukungan emosional ini membantu pasien merasa didengar dan dipahami, serta mengurangi perasaan isolasi. Konseling dan Terapi Psikologis: Tim medis dapat merujuk pasien ke layanan konseling dan terapi psikologis jika perlu. Konseling dan terapi membantu pasien mengatasi perasaan depresi, kecemasan, dan Disturbance of Self-Concept dan Loss. Terapis memberikan dukungan dan bimbingan untuk membantu pasien mengatasi tantangan psikologis mereka. Penilaian Gaya Hidup dan Pola Koping: Tim medis melakukan penilaian tentang gaya hidup pasien dan pola koping yang digunakan untuk menghadapi CHD. Dengan mengevaluasi pola koping, tim medis dapat memberikan saran dan dukungan untuk mengadopsi strategi koping yang lebih sehat dan efektif. Pemantauan dan Tindak Lanjut: Tim medis secara rutin memantau perkembangan psikologis pasien dan memberikan tindak lanjut yang tepat jika ada perubahan atau masalah baru. Pemantauan yang baik membantu memastikan bahwa pasien menerima dukungan yang sesuai selama perjalanan pemulihan mereka. Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lainnya: Tim medis berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, seperti psikolog, pekerja sosial, atau konselor, untuk memberikan perawatan yang komprehensif bagi pasien. Kolaborasi ini memastikan bahwa pasien mendapatkan

intervensi yang sesuai dari berbagai sumber dukungan (Timmins, 2005).

3.6 Pendekatan Psikososial dalam Perawatan Pasien CHD

1. **Psikoedukasi dan Konseling pada Pasien dan Keluarga**
Psikoedukasi dan konseling merupakan dua pendekatan penting dalam perawatan pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) dan keluarga mereka. Keduanya bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih baik tentang kondisi kesehatan dan membantu pasien serta keluarga mengatasi tantangan fisik dan emosional yang terkait dengan CHD. Berikut adalah konsep mengenai psikoedukasi dan konseling pada pasien dan keluarga dalam CHD:
Psikoedukasi: Psikoedukasi adalah proses pemberian informasi dan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang CHD, termasuk penyebab, gejala, pengobatan, dan manajemen kondisi. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakit mereka, sehingga mereka lebih terinformasi dan lebih siap menghadapi perjalanan pengobatan dan pemulihan. Psikoedukasi juga membantu mengurangi kecemasan dan ketidakpastian yang mungkin dirasakan pasien dan keluarga tentang kondisi kesehatan. **Isi Psikoedukasi pada Pasien dan Keluarga:** Isi psikoedukasi meliputi penjelasan tentang apa itu CHD, faktor risiko yang mempengaruhi kondisi, tanda dan gejala yang harus diperhatikan, pola makan sehat, manajemen stres, pentingnya aktivitas fisik yang teratur, dan rencana pengobatan serta obat-obatan yang mungkin digunakan. Psikoedukasi juga dapat membahas perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk mengelola CHD dengan lebih baik.
Konseling untuk Pasien: Konseling untuk pasien CHD

dilakukan oleh profesional kesehatan mental, seperti psikolog atau konselor, dengan tujuan membantu pasien mengatasi perasaan kecemasan, depresi, atau *Disturbance of Self-Concept* yang mungkin muncul akibat kondisi kesehatan mereka. Konseling memberikan wadah bagi pasien untuk berbicara tentang perasaan mereka dan mencari solusi serta dukungan dalam menghadapi tantangan yang dihadapinya. Konseling untuk Keluarga: Kondisi kesehatan pasien CHD juga berdampak pada keluarga. Konseling keluarga membantu anggota keluarga memahami perubahan dalam gaya hidup dan perawatan yang mungkin diperlukan untuk mendukung pasien CHD. Konseling keluarga juga membantu meningkatkan komunikasi dan dukungan di antara anggota keluarga. Dukungan Emosional dan Praktis: Selain memberikan informasi, psikoedukasi dan konseling memberikan dukungan emosional dan praktis bagi pasien dan keluarga. Dukungan emosional membantu pasien dan keluarga merasa didengar, dipahami, dan didukung selama perjalanan pengobatan dan pemulihan. Dukungan praktis berfokus pada strategi koping dan penyesuaian yang dapat membantu pasien dan keluarga menghadapi tantangan sehari-hari yang terkait dengan CHD. Penerapan dalam Perawatan Holistik: Psikoedukasi dan konseling menjadi bagian integral dari pendekatan perawatan holistik pada pasien CHD. Tim medis dan tenaga kesehatan lainnya bekerja bersama-sama untuk memberikan dukungan psikososial yang lengkap, termasuk psikoedukasi dan konseling, guna meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga serta mendukung pemulihan yang optimal (EBSCOhost | 145376532 | *Psychoeducation for Improving Self Efficacy of Care Givers in Risk Coronary Heart Disease Prevention: The Study of Family Empowerment.*, no date).

2. Intervensi Psikologis untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien CHD

Intervensi psikologis adalah strategi yang dilakukan oleh para profesional kesehatan mental untuk membantu pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) dalam mengatasi tantangan emosional, *Disturbance of Self-Concept*, dan perubahan psikologis yang mungkin muncul akibat kondisi kesehatan mereka. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan membantu mereka mengatasi perasaan negatif yang dapat mempengaruhi kesejahteraan secara keseluruhan. Berikut adalah konsep mengenai intervensi psikologis untuk meningkatkan kualitas hidup pasien CHD:

Konseling Individu: Konseling individu dilakukan oleh psikolog atau konselor yang berfokus pada kebutuhan dan perasaan pasien secara individual. Melalui sesi konseling, pasien CHD dapat berbicara tentang perasaan, kekhawatiran, dan perubahan emosional yang muncul akibat kondisi kesehatan mereka. Konseling individu membantu pasien merasa didengar, dipahami, dan didukung dalam mengatasi perasaan negatif dan mengembangkan strategi koping yang lebih sehat.

Terapi Kognitif-Perilaku (CBT): Terapi Kognitif-Perilaku (CBT) adalah pendekatan yang terbukti efektif dalam mengatasi perasaan depresi, kecemasan, dan *Disturbance of Self-Concept* pada pasien CHD. CBT melibatkan pengenalan dan perubahan pola pikir dan perilaku yang tidak sehat, serta pengembangan keterampilan koping yang lebih adaptif. Terapi ini membantu pasien menggantikan pola pikir negatif dengan pola pikir yang lebih positif dan konstruktif.

Terapi Kelompok: Terapi kelompok melibatkan sekelompok pasien CHD yang mengalami tantangan serupa dalam menghadapi kondisi kesehatan mereka. Melalui interaksi dengan sesama pasien, mereka dapat berbagi

pengalaman, memberikan dukungan, dan saling memberikan inspirasi. Terapi kelompok menciptakan lingkungan yang mendukung dan mendorong pemahaman yang lebih baik tentang perasaan dan masalah yang dialami pasien. Teknik Relaksasi: Teknik relaksasi, seperti meditasi, pernapasan dalam, yoga, atau seni rileksasi lainnya, membantu mengurangi tingkat stres dan kecemasan. Pasien CHD diajarkan untuk menggunakan teknik-teknik ini untuk meredakan ketegangan fisik dan emosional, serta meningkatkan perasaan kesejahteraan secara keseluruhan. Edukasi Kesehatan Mental: Intervensi psikologis juga melibatkan edukasi kesehatan mental untuk memberikan pemahaman tentang perasaan emosional yang mungkin muncul akibat CHD dan bagaimana mengatasi tantangan tersebut. Edukasi ini membantu pasien lebih memahami dampak psikologis dari kondisi kesehatan mereka dan mengenali tanda-tanda ketika mereka memerlukan dukungan lebih lanjut. Pendekatan Terintegrasi:

Intervensi psikologis untuk pasien CHD seringkali menggunakan pendekatan terintegrasi, di mana berbagai teknik dan metode diterapkan sesuai dengan kebutuhan individu pasien. Pendekatan ini memastikan bahwa intervensi yang dilakukan sesuai dengan tantangan psikologis yang dialami pasien dan membantu mereka meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan (Reid, Ski and Thompson, 2013).

3. Peran Keluarga dalam Menyokong Proses Penyembuhan Pasien CHD

Peran keluarga sangat penting dalam menyokong proses penyembuhan pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*). Dukungan dan keterlibatan keluarga dapat memberikan dampak positif dalam mengatasi tantangan kesehatan yang dihadapi pasien CHD. Berikut

adalah konsep mengenai peran keluarga dalam menyokong proses penyembuhan pasien CHD:

Dukungan Emosional: Keluarga dapat memberikan dukungan emosional yang berharga bagi pasien CHD. Mereka menjadi sumber kekuatan, penghiburan, dan perhatian yang dapat membantu mengurangi perasaan isolasi dan kecemasan yang mungkin muncul akibat kondisi kesehatan. Dukungan emosional keluarga membantu pasien merasa didukung dan tidak sendirian dalam menghadapi CHD.

Pendidikan dan Informasi: Keluarga memiliki peran dalam memberikan pendidikan dan informasi yang akurat tentang CHD dan cara mengelola kondisi kesehatan tersebut. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang penyakit, keluarga dapat membantu pasien dalam menjalani perawatan dan mengadopsi gaya hidup sehat yang diperlukan untuk mendukung pemulihan.

Pengelolaan Gaya Hidup: Keluarga berperan dalam membantu pasien CHD mengelola gaya hidup yang sehat. Mereka dapat mendukung pasien dalam menjalankan diet yang tepat, mengatur pola tidur yang baik, menghindari kebiasaan merokok dan alkohol, serta membantu menjadwalkan dan mendukung aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi kesehatan.

Peningkatan Kepatuhan Terhadap Pengobatan: Keluarga dapat membantu memastikan pasien mematuhi rencana pengobatan yang direkomendasikan oleh tim medis. Mereka bisa membantu mengingatkan tentang waktu minum obat, membantu dalam pengaturan jadwal kunjungan ke dokter, dan memastikan ketersediaan obat-obatan yang diperlukan.

Pengurangan Stres: Keluarga dapat berperan dalam menciptakan lingkungan yang menenangkan dan mendukung di rumah. Pengurangan stres dapat membantu pasien dalam mengatasi tekanan emosional yang mungkin muncul akibat

kondisi kesehatan mereka. Keluarga dapat menciptakan suasana yang positif dan mengurangi potensi pemicu stres. Pemberian Dukungan Praktis: Selain dukungan emosional, keluarga juga dapat memberikan dukungan praktis. Ini dapat mencakup membantu dalam aktivitas sehari-hari, tugas rumah tangga, atau bahkan mengantar pasien ke fasilitas medis jika diperlukan. Dukungan praktis ini membantu mengurangi beban pasien dan membantu mereka dalam pemulihan. Pendidikan Keluarga tentang Perubahan yang Mungkin Terjadi: Keluarga perlu memahami perubahan yang mungkin terjadi pada pasien CHD, baik secara fisik maupun emosional. Pendidikan keluarga tentang perubahan ini membantu mereka dalam memberikan dukungan yang tepat dan mendukung perjalanan penyembuhan pasien (Lett *et al.*, 2005).

3.7 Studi Kasus dan Penelitian Terkini

1. Riset dan Penelitian tentang *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada Pasien CHD

Riset dan penelitian tentang *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) memiliki peran penting dalam memahami dampak psikologis yang diakibatkan oleh kondisi kesehatan ini. Penelitian ini memberikan wawasan tentang perubahan psikologis, perasaan kehilangan, dan perubahan pandangan diri yang dialami pasien CHD, serta faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi mereka terhadap kondisi tersebut. Penelitian tentang *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD bertujuan untuk mengeksplorasi perubahan dalam pandangan diri dan perasaan kehilangan yang mungkin muncul akibat kondisi kesehatan ini. Penelitian ini juga dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi pada *Disturbance of Self-*

Concept dan Loss, termasuk faktor psikologis, sosial, dan lingkungan. Pengukuran *Disturbance of Self-Concept* dan Loss: Dalam penelitian tentang *Disturbance of Self-Concept* dan Loss, pengukuran yang valid dan reliabel dari perasaan kehilangan, perubahan pandangan diri, dan aspek psikologis lainnya yang terkait dengan CHD digunakan. Alat ukur yang umum digunakan termasuk skala depresi, skala kecemasan, skala kualitas hidup, dan instrumen lain yang dirancang khusus untuk mengukur pandangan diri (Janet, 2023). Identifikasi Faktor-Faktor yang Mempengaruhi: Penelitian ini berusaha mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD. Faktor-faktor ini dapat mencakup faktor sosial, ekonomi, kesehatan, dan psikologis yang berkontribusi pada perasaan kehilangan dan perubahan pandangan diri (Louw and Jacobs, 2005). Implikasi untuk Perawatan dan Intervensi: Hasil dari riset dan penelitian ini memberikan implikasi penting bagi perawatan dan intervensi pasien CHD. Temuan penelitian dapat membantu tim medis dalam merancang pendekatan perawatan yang lebih holistik, termasuk intervensi psikologis, psikoedukasi, dan dukungan keluarga yang tepat (Whalley, Thompson and Taylor, 2014). Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien: Riset dan penelitian tentang *Disturbance of Self-Concept* dan Loss bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien CHD secara keseluruhan. Penemuan ini dapat membantu mengidentifikasi masalah psikologis yang perlu ditangani dan memberikan wawasan tentang bagaimana meningkatkan dukungan psikososial bagi pasien CHD (Höfer *et al.*, 2005).

2. Studi Kasus Pasien CHD: Perjuangan dan Proses Penyembuhan

Pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) sering mengalami perjuangan dan proses penyembuhan yang kompleks akibat kondisi kesehatan yang serius ini. CHD adalah kondisi di mana pembuluh darah koroner yang memasok darah ke jantung mengalami penyempitan atau penyumbatan, yang dapat menyebabkan serangan jantung atau angina. Pasien CHD menghadapi tantangan fisik dan psikologis yang signifikan, termasuk perubahan gaya hidup, pengobatan, *Disturbance of Self-Concept*, kecemasan, dan menghadapi kematian sebagai ancaman. Diagnosis dan Penerimaan: Setelah didiagnosis menderita CHD, pasien mengalami fase penerimaan yang berbeda-beda. Beberapa mungkin merasa shock dan tidak percaya dengan diagnosis ini, sementara yang lain mungkin mengalami rasa takut dan kebingungan tentang apa yang harus dilakukan selanjutnya. Penerimaan akan diagnosis dan kesadaran tentang keadaan kesehatan adalah langkah awal dalam proses penyembuhan. Perubahan Gaya Hidup: Perubahan gaya hidup menjadi bagian integral dalam proses penyembuhan pasien CHD. Pasien harus menghentikan kebiasaan merokok, mengadopsi pola makan sehat, meningkatkan aktivitas fisik, dan mengurangi stres. Proses perubahan gaya hidup ini seringkali menuntut perjuangan dan disiplin yang tinggi, tetapi penting untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi risiko serangan jantung berulang. Pengelolaan Obat-obatan: Pasien CHD biasanya memerlukan obat-obatan untuk mengendalikan tekanan darah, kolesterol, dan mencegah pembekuan darah. Pengelolaan obat-obatan menjadi bagian penting dalam proses penyembuhan untuk menjaga stabilitas kondisi jantung dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Intervensi Psikologis: *Disturbance of Self-Concept*,

kecemasan, dan perubahan emosional lainnya adalah hal yang umum dialami pasien CHD. Intervensi psikologis, seperti konseling atau terapi kognitif-perilaku, membantu pasien mengatasi perasaan negatif dan mengembangkan keterampilan koping yang efektif. Dukungan Sosial: Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan kelompok dukungan pasien CHD sangat penting dalam proses penyembuhan. Dukungan emosional dan praktis membantu pasien merasa didukung dan tidak sendirian dalam menghadapi tantangan kesehatan ini. Rehabilitasi Jantung: Bagi pasien CHD yang telah mengalami serangan jantung atau prosedur intervensi jantung, program rehabilitasi jantung sangat berguna dalam membantu pemulihan fisik dan memperkuat jantung. Pendekatan Holistik: Proses penyembuhan pasien CHD haruslah holistik, dengan melibatkan berbagai aspek kesehatan fisik, psikologis, dan sosial. Pendekatan holistik ini memastikan bahwa perawatan yang diberikan melibatkan seluruh individu dan mencakup berbagai aspek kehidupan pasien (Dusseldorp *et al.*, 1999).

3.8 Kesimpulan

1. Ringkasan Materi dan Temuan Penting

Materi yang telah dibahas dalam konteks "*Disturbance of Self-Concept and Loss in Patients with Chronic and Terminal Illness: Coronary Heart Disease (CHD)*" meliputi berbagai aspek terkait pengaruh CHD terhadap pandangan diri, perasaan kehilangan, dan perubahan psikologis pada pasien. Berikut adalah ringkasan materi dan temuan penting yang telah dibahas: Pengenalan tentang Penyakit Jantung Koroner (CHD): Materi ini memberikan gambaran tentang penyakit jantung koroner, yaitu kondisi di mana pembuluh darah koroner

mengalami penyempitan atau penyumbatan, mengakibatkan gangguan aliran darah ke jantung. CHD merupakan penyakit kronis yang dapat berujung pada keadaan terminal. Pentingnya Studi tentang *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada Pasien CHD: Bagian ini menggarisbawahi pentingnya memahami dampak psikologis CHD, termasuk perubahan pandangan diri dan perasaan kehilangan, terhadap kualitas hidup dan proses penyembuhan pasien CHD. Pengertian *Disturbance of Self-Concept* pada Pasien CHD: Materi ini menjelaskan tentang *Disturbance of Self-Concept*, yaitu perubahan negatif dalam pandangan diri dan perasaan tentang diri sendiri pada pasien CHD akibat perubahan fisik dan emosional yang dialami. Pengertian Loss dan Proses Trauma pada Pasien CHD: Bagian ini membahas tentang perasaan kehilangan yang mungkin dialami pasien CHD, baik secara fisik maupun emosional. Proses trauma juga dibahas terkait dengan pengalaman menghadapi kondisi kesehatan yang serius. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada Pasien CHD: Materi ini mencakup faktor-faktor sosial, psikologis, dan lingkungan yang mempengaruhi *Disturbance of Self-Concept* dan perasaan kehilangan pada pasien CHD, termasuk stres, dukungan sosial, dan stigma sosial. Stigma Sosial dan Diskriminasi terhadap Pasien CHD: Bagian ini membahas tentang stigma sosial yang mungkin dialami pasien CHD dan bagaimana hal ini dapat mempengaruhi pandangan diri dan kualitas hidup mereka. Stres dan Koping pada Pasien CHD: Materi ini mencakup pengaruh stres pada pasien CHD dan strategi koping yang digunakan untuk mengatasi tantangan yang dihadapi. Depresi, Kecemasan, dan Gangguan Kesehatan Mental pada Pasien CHD: Bagian ini membahas tentang masalah kesehatan mental yang mungkin dialami pasien CHD, termasuk depresi dan

kecemasan, serta pentingnya mendeteksi dan menangani masalah ini. Dampak pada Hubungan Sosial dan Interaksi dengan Keluarga dan Teman: Materi ini menggambarkan bagaimana CHD dapat mempengaruhi hubungan sosial pasien dengan keluarga dan teman, serta peran dukungan sosial dalam proses penyembuhan.

Peran Dukungan Sosial dalam Mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss: Bagian ini menyoroti peran dukungan sosial dari keluarga, teman, dan lingkungan dalam membantu pasien mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan perasaan kehilangan. Strategi Koping yang Efektif untuk Mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss: Materi ini memberikan gambaran tentang strategi koping yang dapat digunakan pasien CHD untuk mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan perasaan kehilangan, termasuk teknik relaksasi dan pendekatan psikologis. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Pasien dalam Beradaptasi dengan CHD: Bagian ini membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien CHD dalam beradaptasi dengan kondisi kesehatan mereka, termasuk dukungan sosial, tingkat stres, dan tingkat dukungan medis. Peran Tim Medis dalam Membantu Pasien Mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss: Materi ini menggambarkan peran tim medis, termasuk psikolog dan konselor, dalam membantu pasien CHD mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan perasaan kehilangan melalui dukungan emosional dan intervensi psikologis. Psikoedukasi dan Konseling pada Pasien dan Keluarga: Bagian ini membahas tentang pentingnya psikoedukasi untuk membantu pasien dan keluarga memahami kondisi CHD, serta konseling sebagai sarana untuk mengatasi masalah psikologis yang dialami. Intervensi Psikologis untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien CHD: Materi ini menguraikan berbagai intervensi

psikologis yang dapat membantu meningkatkan kualitas hidup pasien CHD, termasuk terapi kognitif-perilaku dan teknik relaksasi.

Peran Keluarga dalam Menyokong Proses Penyembuhan Pasien CHD: Bagian ini membahas tentang pentingnya dukungan keluarga dalam proses penyembuhan pasien CHD dan bagaimana keluarga dapat berperan sebagai sumber dukungan dan motivasi. Riset dan Penelitian tentang Disturbance of Self-Concept dan Loss pada Pasien CHD: Materi ini memberikan gambaran tentang riset dan penelitian yang telah dilakukan terkait Disturbance of Self-Concept dan perasaan kehilangan pada pasien CHD, yang telah memberikan wawasan penting bagi perawatan dan intervensi.

Temuan penting dari seluruh materi ini menyoroti bahwa pasien CHD menghadapi perjuangan fisik dan emosional yang signifikan akibat perubahan gaya hidup dan perasaan kehilangan akibat kondisi kesehatan yang serius ini. Dukungan sosial, intervensi psikologis, dan pendekatan holistik menjadi penting dalam proses penyembuhan pasien CHD dan membantu meningkatkan kualitas hidup mereka. Selain itu, riset dan penelitian tentang Disturbance of Self-Concept dan Loss pada pasien CHD memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang dampak psikologis penyakit ini dan memperkuat upaya meningkatkan kesejahteraan pasien CHD secara keseluruhan.

2. Pentingnya Memperhatikan Aspek Psikososial pada Perawatan Pasien CHD

Perawatan pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) tidak hanya melibatkan aspek fisik, tetapi juga aspek psikososial. Aspek psikososial mengacu pada kesehatan mental, emosional, dan sosial pasien, yang memainkan peran penting dalam proses penyembuhan dan

kualitas hidup mereka. Pentingnya memperhatikan aspek psikososial dalam perawatan pasien CHD tidak boleh diabaikan, karena dapat berdampak pada pemulihan fisik, kepatuhan terhadap pengobatan, serta kualitas hidup secara keseluruhan.

Faktor-faktor Psikososial pada Pasien CHD:

Disturbance of Self-Concept:

Pasien CHD sering mengalami Disturbance of Self-Concept, yaitu perubahan pandangan diri akibat kondisi kesehatan yang serius ini. Perasaan kurang percaya diri, hilangnya rasa kontrol atas hidup, dan perubahan fisik dapat mempengaruhi pandangan diri pasien.

Kecemasan dan Depresi:

Diagnosis CHD dan perubahan gaya hidup yang dibutuhkan untuk pemulihan dapat menyebabkan tingkat kecemasan dan depresi yang tinggi pada pasien. Kecemasan tentang kematian, komplikasi medis, dan masa depan dapat mengganggu proses penyembuhan.

Stigma Sosial:

Pasien CHD dapat menghadapi stigma sosial terkait kondisi kesehatan mereka. Stigma ini dapat mempengaruhi interaksi sosial dan perasaan terisolasi, yang pada gilirannya dapat memperburuk kualitas hidup dan proses penyembuhan.

Dukungan Sosial:

Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan kelompok dukungan pasien CHD memiliki peran penting dalam proses penyembuhan. Dukungan emosional dan praktis membantu pasien merasa didukung dan dapat membantu mengurangi tingkat stres dan kecemasan.

Manfaat Memperhatikan Aspek Psikososial dalam Perawatan Pasien CHD:

Meningkatkan Kualitas Hidup:

Memperhatikan aspek psikososial dalam perawatan pasien CHD dapat membantu meningkatkan kualitas hidup mereka. Dengan mengatasi *Disturbance of Self-Concept*, kecemasan, dan depresi, pasien dapat merasa lebih bertenaga dan memiliki pandangan diri yang lebih positif.

Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Pengobatan:

Pasien yang merasa didukung secara emosional cenderung lebih patuh terhadap pengobatan dan anjuran medis. Dukungan sosial juga dapat membantu pasien tetap berkomitmen untuk mengadopsi gaya hidup sehat dan mengikuti program rehabilitasi jantung.

Mengurangi Risiko Komplikasi:

Stres dan kecemasan yang tidak terkendali dapat mempengaruhi tekanan darah dan kadar kolesterol, yang pada akhirnya dapat meningkatkan risiko komplikasi pada pasien CHD. Mengatasi masalah psikososial dapat membantu mengurangi risiko komplikasi medis.

Mendukung Proses Penyembuhan:

Dengan memberikan dukungan emosional dan intervensi psikologis, proses penyembuhan pasien CHD dapat didukung secara efektif. Pasien yang merasa didengar dan dipahami cenderung lebih termotivasi untuk menghadapi tantangan penyakit mereka.

Pentingnya memperhatikan aspek psikososial dalam perawatan pasien Penyakit Jantung Koroner (CHD) tidak dapat diabaikan. *Disturbance of Self-Concept*, kecemasan, depresi, dan dukungan sosial menjadi faktor penting yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kualitas hidup pasien CHD. Dengan memberikan perhatian yang tepat terhadap aspek psikososial, pasien CHD dapat menghadapi tantangan penyakit mereka dengan lebih baik,

meningkatkan kualitas hidup, dan mempercepat proses pemulihan fisik. Tim medis dan keluarga juga berperan penting dalam memberikan dukungan dan pemahaman terhadap aspek psikososial yang kompleks ini.

3. Tantangan dan Peluang untuk Penelitian Masa Depan
Penelitian terkait *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Heart Disease/CHD*) merupakan bidang yang menarik dan penting untuk dieksplorasi lebih lanjut. Meskipun telah ada banyak penelitian yang dilakukan pada topik ini, masih ada tantangan dan peluang bagi penelitian masa depan yang dapat membantu memperdalam pemahaman tentang dampak psikososial CHD dan meningkatkan kualitas perawatan pasien. Tantangan Penelitian Masa Depan:

Pengukuran *Disturbance of Self-Concept* dan Loss yang Akurat:

Salah satu tantangan utama adalah mengembangkan alat pengukuran yang akurat untuk mengidentifikasi dan mengukur *Disturbance of Self-Concept* dan perasaan kehilangan pada pasien CHD. Ini melibatkan pertimbangan aspek psikologis, sosial, dan fisik yang kompleks pada pasien.

Memahami Faktor Risiko Psikososial:

Penelitian masa depan harus mengeksplorasi faktor-faktor risiko psikososial yang dapat mempengaruhi perkembangan *Disturbance of Self-Concept* dan perasaan kehilangan pada pasien CHD. Ini melibatkan memahami pengaruh stres, dukungan sosial, dan stigma sosial pada kesehatan mental pasien.

Pengaruh Terapi dan Intervensi Psikososial:

Studi masa depan harus melihat lebih lanjut tentang efektivitas terapi dan intervensi psikososial yang berbeda untuk mengatasi *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD. Mengidentifikasi strategi koping yang efektif

dan mendalami pemahaman tentang pengaruh dukungan sosial akan membantu meningkatkan perawatan pasien.

Pengaruh Gender dan Perbedaan Budaya:

Penelitian masa depan harus mempertimbangkan pengaruh gender dan perbedaan budaya pada pengalaman *Disturbance of Self-Concept* dan perasaan kehilangan pada pasien CHD. Faktor-faktor ini dapat mempengaruhi cara pasien mengatasi tantangan psikososial dan memahami pengalaman mereka.

Peluang Penelitian Masa Depan:

Pengembangan Intervensi Psikososial Berbasis Teknologi: Peluang menarik ada dalam pengembangan intervensi psikososial berbasis teknologi, seperti aplikasi kesehatan atau program terapi daring, yang dapat diakses secara luas oleh pasien CHD. Ini dapat membantu meningkatkan aksesibilitas perawatan psikososial dan mengatasi hambatan geografis atau sosial.

Studi Longitudinal dan Riset Kualitatif:

Penelitian masa depan dapat memanfaatkan studi longitudinal untuk memahami perubahan pandangan diri dan perasaan kehilangan pasien CHD dari waktu ke waktu. Studi kualitatif juga penting untuk mendalami pemahaman tentang pengalaman pasien secara individual dan mendengarkan suara mereka.

Mempertimbangkan Peran Keluarga dan Caregiver:

Peluang lainnya adalah mempertimbangkan peran keluarga dan caregiver dalam pengalaman *Disturbance of Self-Concept* dan Loss pada pasien CHD. Memahami bagaimana dukungan dan interaksi dengan keluarga mempengaruhi kesejahteraan psikososial pasien dapat memberikan wawasan yang berharga.

Fokus pada Kualitas Hidup dan Proses Penyembuhan Jangka Panjang:

Penelitian masa depan harus lebih fokus pada kualitas hidup dan proses penyembuhan jangka panjang pasien CHD. Ini akan membantu mengidentifikasi kebutuhan jangka panjang pasien dalam mengatasi perubahan psikososial dan mencapai adaptasi yang lebih baik dengan kondisi kesehatan mereka.

Penelitian masa depan dalam bidang Disturbance of Self-Concept dan Loss pada pasien CHD menawarkan berbagai tantangan dan peluang. Dengan memperdalam pemahaman tentang aspek psikososial pasien CHD, mengidentifikasi faktor risiko, dan mengembangkan intervensi yang efektif, penelitian ini dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas perawatan dan kesejahteraan pasien CHD secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbey, S. *et al.* 2011. 'position Paper', (May 2018).
- Akbari, M., Mahmood Aliloo, M. and Aslanabadi, N. 2010. 'Relationship between Stress and Coping Styles with Coronary Heart Disease: Role of Gender Factor', *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(4), pp. 368-376. Available at: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-891-en.html> (Accessed: 5 August 2023).
- Amouzeshi, Z. *et al.* 2020. 'The relationship between cognitive perception of self-concept and coping styles in heart failure patients', *Nursing Open*, 7(2), pp. 530-535. Available at: <https://doi.org/10.1002/NOP2.417>.
- Bashore, T.M. *et al.* 2008. 'ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease', *Circulation*, 118(23), pp. 714-833. Available at: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190690>.
- Bryne, A. 1980. 'The effects of a patient education program on the level of self concept of post myocardial infarction patients'. Available at: <https://minds.wisconsin.edu/handle/1793/48665> (Accessed: 5 August 2023).
- Doyle, F. *et al.* 2021. 'Hybrid Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Interventions for Depressive Symptoms in Patients with Coronary Artery Disease', *Psychosomatic Medicine*, 83(5), pp. 423-431. Available at: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000944>.
- Dusseldorp, E. *et al.* 1999. 'A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients', *Health Psychology*, 18(5), pp. 506-519. Available at: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.506>.

- EBSCOhost / 145376532 / *Psychoeducation for Improving Self Efficacy of Care Givers in Risk Coronary Heart Disease Prevention: The Study of Family Empowerment*. (no date). Available at: <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=09760245&AN=145376532&h=z%2Fd8Pg1yttBT1IzJmX7IQz3nU3Ty8XDDU5YjImoPYX8Re%2FYgQcm9NFXRkg3vStQfFKL4lxSxEk8sm%2BcXLtRkyg%3D%3D&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlnotAuth&crlhashurl=login.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26profile%3Dehost%26scope%3Dsite%26authtype%3Dcrawler%26jrnl%3D09760245%26AN%3D145376532> (Accessed: 5 August 2023).
- Hobfoll, S.E. and Walfisch, S. 1984. 'Coping with a threat to life: A longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress', *American Journal of Community Psychology*, 12(1), pp. 87–100. Available at: <https://doi.org/10.1007/BF00896930>.
- Höfer, S. *et al.* 2005. 'Determinants of Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients: A Prospective Study Generating a Structural Equation Model', *Psychosomatics*, 46(3), pp. 212–223. Available at: <https://doi.org/10.1176/APPI.PSY.46.3.212>.
- Hohls, J.K. *et al.* 2020. 'Association between heart-focused anxiety, depressive symptoms, health behaviors and healthcare utilization in patients with coronary heart disease', *Journal of Psychosomatic Research*, 131, p. 109958. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2020.109958>.
- Janet, L. 2023. 'The effectiveness of a teaching approach on self-concept in post-myocardial infarction patients'.

- Kärner, A. *et al.* 2005. 'Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease', *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), pp. 261–275. Available at: <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2005.03467.X>.
- Khayyam Nekouei, Z. *et al.* 2014. 'Structural Model of psychological risk and protective factors affecting on quality of life in patients with coronary heart disease: A psychocardiology model', *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(2), p. 90. Available at: [/pmc/articles/PMC3999613/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26482648/) (Accessed: 5 August 2023).
- Lett, H.S. *et al.* 2005. 'Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment', *Psychosomatic Medicine*, 67(6), pp. 869–878. Available at: <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000188393.73571.0A>.
- Louw, C. and Jacobs, L.J. 2005. 'The presentation of self-concept and emotional profile in a cardiological population'. Available at: <https://repository.up.ac.za/handle/2263/27438> (Accessed: 5 August 2023).
- MacIntosh, H.B., Johnson, S.M. and Lee, A. 2006. 'Hanging onto a heartbeat: Emotionally focused therapy for couples dealing with the trauma of coronary heart disease', *Clinical Psychology and Heart Disease*, pp. 391–412. Available at: https://doi.org/10.1007/978-88-470-0378-1_21/COVER.
- Reid, J., Ski, C.F. and Thompson, D.R. 2013. 'Psychological Interventions for Patients with Coronary Heart Disease and Their Partners: A Systematic Review', *PLOS ONE*, 8(9), p. e73459. Available at: <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0073459>.

- Social Interaction and Social Support* - Shinn - 1984 - *Journal of Social Issues* - Wiley Online Library (no date). Available at: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01107.x> (Accessed: 5 August 2023).
- Sun, R.R. *et al.* 2015. 'Congenital Heart Disease: Causes, Diagnosis, Symptoms, and Treatments', *Cell Biochemistry and Biophysics*, 72(3), pp. 857–860. Available at: <https://doi.org/10.1007/S12013-015-0551-6/METRICS>.
- Thomas, C.M. 2007. 'The influence of self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure', *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(5), pp. 405–416. Available at: <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000287037.85067.3D>.
- Timmins, F. 2005. 'A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes', *Nursing in Critical Care*, 10(4), pp. 174–183. Available at: <https://doi.org/10.1111/J.1362-1017.2005.00125.X>.
- Whalley, B., Thompson, D.R. and Taylor, R.S. 2014. 'Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis', *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(1), pp. 109–121. Available at: <https://doi.org/10.1007/S12529-012-9282-X/METRICS>.

BAB 4

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: DIABETES MELLITUS DENGAN LUKA

Oleh Erida Fadila

4.1 Teori Penyakit Kronik dan Terminal

Penyakit kronis di definisikan sebagai kondisi medis atau masalah kesehatan yang berkaitan dengan gejala gejala atau penyakit yang membutuhkan penatalaksanaan jangka panjang, sebagian dari penatalaksanaan ini mencakup belajar untuk hidup dengan gejala penyakit, sementara itu pula ada yang menghadapi segala bentuk perubahan identitas yang di akibatkan oleh penyakit. Kematian/ kondisi terminal dapat disebabkan oleh infeksi kronis.

Penyakit terminal merupakan salah satu kondisi yang sulit/ tidak dapat diobati lagi. Tahap akhir dari penyakit kronis/akut, yang menurut definisi tidak dapat diobati dan menyebabkan kematian. Terminal state adalah suatu progresi dalam suatu proses yang mengarah pada progresi fisik, psikologis, dan spiritual seseorang. Penderita penyakit terminal adalah penderita dengan penyakit yang sudah mendapatkan penjelasan perjalanan penyakit bahkan tingkat keparahan kehilangan nyawa atau menjadi lebih buruk penyakit kronik atau kondisi terminal (Wristht Le (1987))

1. Progresif
2. Semakin lama semakin bertambah parah
3. Menahun

4. Penyakit dapat terulang lagi
5. Dapat hilang timbul sewaktu-waktu dengan kondisi yang sama atau penyakit dengan kondisi yang lebih parah
6. Penyakit sulit disembuhkan
7. Mengarah pada kematian
8. Diagnosa medis sudah jelas
9. Obat hanya sebagai menunda perkembangan penyakit
10. Prognosis jelek dan bersifat progresif

Kriteria diabetes mellitus dengan luka termasuk penyakit kronis dan terminal karena tubulus tidak mampu memproduksi insulin atau menggunakannya dengan baik sehingga menyebabkan kadar glukosa dalam darah meningkat. Tanda dan gejala tubuh menjadi berat badan menurun, poliuria, polidipsia, merasa lesu dan tidak bergairah, proses penyembuhan infeksi menjadi kurang baik, penurunan fungsi penglihatan dan perubahan status mental adalah beberapa gejala yang menandakan berkembangnya penyakit diabetes melitus.

Diabetes melitus menyebabkan komplikasi seperti retinopati diabetik, nefropati diabetik, stroke, penyakit arteri koroner, *Diabetic Foot Ulcer* (DFU), dan beberapa kondisi lain yang semakin parah. Kompleksitas yang sering dialami penderita DM adalah DFU.

Diabetic Foot Ulcer (DFU) adalah suatu kondisi luka pada bagian kaki yang dialami oleh penderita diabetes melitus. Beberapa komponen yang mungkin menyebabkan DFU antara lain trauma, kelainan bentuk, iskemia, pembentukan kalus, infeksi, dan edema. Faktor endogen dan eksogen merupakan dua faktor penyebab berkembangnya diabetic foot ulcer atau luka kaki diabetik. Faktor eksogen meliputi trauma, infeksi, dan obat-obatan, faktor endogen meliputi metabolik genetik, angiopati diabetik, dan neuropati diabetik (Gupta *et al.* 2018, 2018). Komplikasi yang paling sering terjadi pada diabetes

melitus (DM) adalah ulkus kaki diabetik, yang bermanifestasi sebagai infeksi, ulkus, atau kerusakan pada area kaki yang paling rentan akibat kelainan saraf dan gangguan pembuluh darah arteri perifer (Roza *et al.*, 2015).

Suatu kondisi yang berkembang ketika ada kelainan pada saraf dan pembuluh darah serta infeksi merupakan kejadian luka diabetik. Infeksi yang tidak ditangani dengan baik akan terus berlanjut bahkan dapat mengakibatkan amputasi (Wijaya & Putri, 2013).

4.2 Teori Konsep Diri

Menurut Stuart dan Sudeen (2008), "konsep diri" mengacu pada semua ide, pikiran, kepercayaan, dan keinginan yang dipelajari individu dalam hubungan dengan orang lain. termasuk persepsi individu tentang identitas dan kemampuan mereka sendiri, interaksi mereka dengan orang lain dan lingkungan, tujuan dan sasaran spesifik hubungan mereka, dan keinginan mereka sendiri. Sebaliknya, Beck, William, dan Rawlin (1986) menyatakan bahwa definisi seseorang terhadap konsep diri mereka sendiri adalah bagaimana mereka mengekspresikan diri jujur pada semua tingkatan, termasuk fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual. Potter & Perry (1993), konsep diri adalah merefleksikan pengalaman interaksi sosial, sensasinya juga didasarkan bagaimana orang lain memandangnya. Beck William Rowles (1993), mendefinisikan konsep diri sebagai cara memandang individu terhadap diri secara utuh baik fisik, emosi, intelektual, sosial & spiritual. Secara umum, konsep diri dapat didefinisikan sebagai cara kita memandang diri kita secara utuh, meliputi: fisik, intelektual, kepercayaan, sosial, perilaku, emosi, spiritual dan pendirian.

Gangguan konsep diri adalah suatu kondisi dimana individu mengalami kondisi pembahasan perasaan, pikiran atau pandangan dirinya sendiri yang negatif.

1. Gangguan citra tubuh

Gangguan citra tubuh merujuk pada pemahaman tentang bagaimana individu merasakan, memahami, dan menginterpretasikan gambaran diri mereka sendiri. Gangguan citra diri terjadi Ketika seseorang yang dirasakan tentang diri mereka sendiri tidak sesuai dengan kenyataan atau standar yang mereka terapkan. Ini dapat mengakibatkan perasaan negative tentang diri sendir, perasaan tidak puas, dan bahkan masalah psikologis seperti depresi dan kecemasan.

Ada beberapa teori dan konsep yang terkait dengan gangguan citra diri:

a. Teori *self discrepancy*

Teori ini dikemukakan oleh Higgins (1987) dan mengemukakan bahwa gangguan citra diri terjadi ketika ada perbedaan antara tiga aspek diri: self-aktual (bagaimana individu sebenarnya), self-ideal (bagaimana individu ingin menjadi), dan self-self seharusnya (bagaimana individu merasa seharusnya menjadi). Ketidaksesuaian antara ketiga aspek ini dapat menghasilkan perasaan negative.

b. Teori komparasi sosial

Teori ini mengklaim bahwa orang cenderung membandingkan diri mereka dengan orang lain untuk mengevaluasi diri mereka sendiri. Jika hasil perbandingan ini merujuk pada ketidaksesuaian atau perasaan rendah diri, hal ini dapat mengakibatkan gangguan citra diri.

c. Teori perilaku konsumen

Teori ini berfokus pada bagaimana citra diri terbentuk melalui konsumsi produk dan layanan. Gangguan citra diri dapat terjadi Ketika seseorang mencoba membeli atau mengonsumsi sesuatu untuk

memperbaiki citra diri mereka, tetapi hasilnya tidak sesuai dengan harapan.

d. Gangguan makan

Gangguan makan seperti anoreksia dan bulimia seringkali terkait erat dengan gangguan citra diri, di mana individu mengembangkan persepsi negatif yang ekstrem tentang tubuh mereka sendiri.

e. Teori kognitif

Teori ini menggambarkan bagaimana individu memproses informasi tentang diri mereka sendiri. Jika individu cenderung memusatkan perhatian pada aspek negatif dari diri mereka dan mengabaikan aspek positif, ini dapat menyebabkan gangguan citra diri.

f. Identitas teori

Teori ini adalah keunggulan bagaimana individu mengidentifikasi diri mereka sendiri dalam pembanggaan dengan kelompok sosial atau budaya tertentu. Ketidaksesuaian antara citra diri individu dan identitas kelompoknya dapat menyebabkan konflik internal dan gangguan citra diri.

Gangguan citra diri dapat memiliki dampak yang signifikan pada kesejahteraan psikologis seseorang. Terapi psikologis, seperti konseling dan terapi perilaku kognitif, sering digunakan untuk membantu individu mengatasi gangguan citra diri dan mengembangkan persepsi diri yang lebih sehat dan positif.

Adapun tanda dan gejala gangguan citra tubuh:

- a. Menolak mengetahui dan menyentuh bagian tubuh yang berubah
- b. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah berhasil/akan berhasil
- c. Menolak penjelasan perubahan tubuh

- d. Persepsi tabung negative
- e. Preokupasi dengan kehilangan anggota tubuh
- f. Mengungkapkan keputusasaantas tubular yang hilang
- g. Mengungkapkan keputusasaan
- h. Mengungkapkan ketakutan,

2. Gangguan ideal diri

Gangguan ideal diri adalah konsep yang berkaitan dengan perbedaan antara citra ideal yang diinginkan seseorang dan citra diri aktualnya. Konsep ini dikemukakan oleh peneliti sosial Bernard Weiner dan Lawrence Wrightsman pada tahun 1970-an.

Menurut teori ini, setiap individu memiliki dua jenis citra diri: citra diri aktual dan citra diri ideal.

- a. Citra diri actual: ini adalah gambaran nyata atau kenyataan tentang diri seseorang pada saat ini. Citra diri aktual mencerminkan atribut, karakteristik, dan prestasi yang dimiliki individu pada titik waktu tertentu.
- b. Citra diri ideal: Ini adalah gambaran tentang bagaimana individu ingin diri mereka terlihat atau diakui oleh diri mereka sendiri atau orang lain. Citra diri yang ideal mungkin mencakup tujuan, ambisi, nilai-nilai yang diinginkan, atau atribut yang dianggap penting.

Gangguan diri ideal terjadi bila terdapat perbedaan yang signifikan antara citra diri aktual dan citra diri ideal seseorang. Ini bisa berarti bahwa individu merasa mereka tidak mencapai standar atau ekspektasi yang mereka inginkan untuk diri mereka sendiri. Gangguan ini dapat menyebabkan perasaan tidak puas, rendah diri, cemas, dan mungkin dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis secara keseluruhan.

Penting untuk diingat bahwa tidak semua perbedaan antara citra diri aktual dan citra diri ideal menghasilkan gangguan. Beberapa perbedaan bisa dianggap sebagai dorongan untuk berusaha lebih keras dan mencapai tujuan yang diinginkan. Namun, jika perbedaan tersebut berlebihan atau menimbulkan kesusahan yang signifikan, maka gangguan ideal diri bisa menjadi masalah yang perlu diatasi.

Terapi kognitif perilaku dan pendekatan psikoterapi lainnya dapat membantu individu mengatasi gangguan ideal diri dengan bekerja pada penyesuaian antara citra diri aktual dan citra diri ideal, serta membantu mengembangkan keterampilan penanganan stres dan peningkatan citra diri yang lebih sehat.

3. Gangguan harga diri

Gangguan harga diri adalah kondisi dimana seseorang memiliki pandangan yang sangat negative terhadap dirinya sendiri, merasa tidak berharga, tidak berarti, atau merasa tidak memiliki nilai. Orang yang mengalami gangguan harga diri seringkali merasa rendah diri dan tidak puas dengan siapa dirinya, bahkan jika tidak ada alasan yang jelas untuk merasa demikian.

Gangguan harga diri dapat terjadi dalam berbagai tingkat keparahan, dari ketidakpuasan diri yang umum hingga perasaan sangat rendah diri yang mengganggu fungsi sehari-hari dan kesejahteraan psikologis. Gejala gangguan harga diri dapat termasuk:

- a. Perasaan rendah diri yang bertahan
- b. Perasaan tidak berharga
- c. Ketidakmampuan menerima pujian
- d. Komparasi yang berlebihan dengan orang lain
- e. Kecenderungan untuk menghindari situasi sosial

Gangguan harga diri dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk pengalaman masa lalu, tekanan sosial dan

ketidakmampuan mengatasi pengalaman atau trauma tertentu. Tetapi, seperti terapi kognitif serta dukungan keluarga dan sosial dapat membantu individu mengatasi gangguan harga diri dan membangun harga diri yang lebih positif.

4. Gangguan peran

Menurut Stuart and Sundeen Penyesuaian individu pada pandangan bahwa penderita diabetes dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam menjalankan sehari-hari akibat adanya luka atau komplikasi terkait diabetes. Dalam teori ini, peran merujuk pada tugas-tugas dan tanggung jawab yang diharapkan individu lakukan dalam berbagai konteks, seperti pekerjaan, sosial, dan lainnya.

Penderita diabetes sering mengalami masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka dalam menjalankan peran-peran ini. Salah satu masalah umum adalah luka yang sulit sembuh, terutama pada ekstremitas (seperti kaki) akibat kerusakan saraf dan pembuluh darah yang diakibatkan oleh diabetes jangka panjang. Luka ini bisa menjadi serius dan bahkan berisiko amputasi jika tidak dikelola dengan baik.

Gangguan Teori peran menggarisbawahi dampak psikologis dari luka diabetes ini pada penderita. Mereka mungkin alami diantaranya:

- a. Keterbatasan fisik: dapat mengurangi mobilitas dan kemandirian fisik penderita.
- b. Stigma sosial: berdampak pada interaksi sosial mereka dan bisa membuat mereka merasa malu atau kurang percaya diri.
- c. Keterbatasan psikologis: dapat menimbulkan perasaan stress, kecemasan, dan depresi.
- d. Gangguan dalam peran keluarga dan sosial: mengalami kesulitan dalam menjalankan peran dalam keluarga,

seperti merawat anak-anak atau berkontribusi secara finansial.

- e. Pengaruh terhadap kualitas hidup: bertahan dalam menjalankan peran dan adanya luka yang sulit sembuh dapat berdampak pada kualitas hidup secara keseluruhan.

Penting untuk mengakui dan memahami dampak psikologis dan sosial dari luka diabetes pada penderita. Tim medis dan dukungan psikososial dapat membantu mereka mengatasi tantangan ini melalui pendekatan holistik yang melibatkan manajemen medis, dukungan emosional, dan rehabilitasi fisik.

5. Gangguan identitas

Gangguan teori identitas merujuk pada dampak psikologis dari penyakit atau kondisi medis yang dapat mempengaruhi cara seseorang melihat diri mereka sendiri dan merasakan identitas mereka. Pada penderita penyakit diabetes dengan luka, teori gangguan identitas dapat berperan dalam menggambarkan bagaimana kondisi kesehatan mereka mempengaruhi persepsi diri dan rasa identitas pribadi mereka. Berikut beberapa cara teori ini dapat diterapkan pada penderita diabetes dengan luka:

- a. Perubahan dalam tubuh: Luka yang sulit sembuh dapat mengakibatkan perubahan fisik pada tubuh penderita diabetes, seperti bekas luka atau perubahan pada kulit. Hal ini dapat mempengaruhi citra tubuh mereka dan merasa kurang percaya diri terkait penampilan fisik.
- b. Perasaan tidak normal: Penderita diabetes dengan luka mungkin merasa bahwa mereka tidak normal atau berbeda dari orang lain karena kondisi kesehatan mereka. Hal ini dapat mempengaruhi rasa identitas dan koneksi sosial mereka.

- c. Perasaan stigma: Beberapa penderita diabetes dengan luka mungkin mengalami stigma atau kecemasan terkait penyakit mereka. Stigma ini bisa datang dari persepsi masyarakat atau bahkan dari mereka sendiri. Hal ini dapat mengganggu perkembangan identitas positif dan merasa tidak dihargai.
- d. Keterbatasan aktivitas: Luka dapat menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik atau rutin sehari-hari. Penderita diabetes mungkin merasa terbatas dalam menjalankan peran atau aktivitas yang mereka anggap penting untuk identitas mereka, seperti berolahraga, bekerja, atau berpartisipasi dalam hobi tertentu.
- e. Perasaan kehilangan control: Penyakit diabetes dengan luka dapat membawa perasaan kehilangan kendali atas kesehatan dan kehidupan sehari-hari. Ini dapat merusak rasa identitas yang kuat dan merasa sulit untuk mengidentifikasi diri sebagai individu yang memiliki kendali atas situasi mereka.
- f. Gangguan emosional: Luka yang sulit sembuh dan pengaturan pengobatan yang rumit dapat menyebabkan stress, kecemasan, atau depresi. Hal ini dapat mempengaruhi bagaimana penderita diabetes merasa tentang diri mereka sendiri dan membentuk identitas mereka.

Untuk mengatasi teori gangguan identitas pada penderita diabetes dengan luka, penting untuk memperhatikan aspek psikologis dan emosional mereka selain perawatan medis fisik. Dukungan psikologis, konseling, dan dukungan kelompok dapat membantu penderita mengatasi perasaan negatif terhadap identitas dan membantu mereka mengembangkan pemahaman yang lebih positif tentang diri mereka sendiri.

4.3 Teori Kehilangan

Kehilangan dalam konteks penyakit kronis dan terminal merujuk pada berbagai jenis kehilangan yang dapat dialami oleh individu yang menghadapi kondisi kesehatan yang serius dan mungkin mengancam nyawa. Ini tidak hanya mencakup kerugian fisik, tetapi juga aspek-aspek emosional, psikologis, sosial, dan spiritual. Beberapa teori yang relevan dalam kasus ini antara lain:

1. Model Kubler-Ross tentang lima tahap kematian dan Menyusun Kembali (DABDA): Elisabeth Kubler-Ross mengemukakan bahwa orang yang menghadapi kematian atau penyakit terminal cenderung melewati lima tahap emosional, yaitu penyangkalan, kemarahan, penawaran, depresi, dan penerimaan.
2. Teori stress dan coping: teori ini berfokus pada bagaimana individu merasakan stress akibat penyakit kronis atau terminal.
3. Teori trauma dan stress pasca trauma: individu dengan penyakit kronis atau terminal sering mengalami trauma terkait
4. Identitas teori dan peran: penyakit kronis atau terminal dapat mengancam identitas dan peran seseorang dalam Masyarakat, keluarga, dan hubungan sosial. Teori ini mempertimbangkan Bagaimana individu menyesuaikan atau merasa kesulitan dalam menjaga identitas dan peran mereka dalam konteks kesehatan yang berubah
5. Teori kesejahteraan spiritual: bagi beberapa individu, kesejahteraan spiritual memiliki peran penting dalam mengatasi penyakit kronis atau terminal. Teori ini mengeksplorasi bagaimana kehilangan kesehatan fisik dapat mempengaruhi dimensi spiritual dan bagaimana individu menemukan makna dan tujuan dalam menghadapi penderitaan.

6. Dukungan teori sosial: Dukungan sosial dapat memainkan peran krusial dalam membantu individu mengatasi kehilangan akibat penyakit kronis atau terminal.

4.4 Gangguan Konsep diri dan kehilangan pada Pasien dengan Penyakit Kronik dan Terminal: Diabetes Mellitus dengan Luka

Penderita dengan penyakit kronis dan terminal, seperti diabetes melitus dengan luka, sering mengalami perubahan signifikan dalam konsep diri mereka dan mungkin mengalami perasaan kehilangan yang mendalam. Berikut adalah beberapa cara gangguan konsep diri dan perasaan kehilangan dapat mempengaruhi pasien dengan diabetes melitus dan luka:

1. Perubahan fisik dengan konsep diri: Luka yang sulit sembuh dan perawatan yang diperlukan dapat mengakibatkan perubahan fisik pada tubuh pasien. Ini bisa termasuk bekas luka yang nyata, perubahan pada kulit, atau amputasi jika kondisi berlanjut parah. Pasien mungkin mengalami gangguan konsep diri karena perubahan ini, merasa kurang percaya diri atau tidak puas dengan penampilan fisiknya.
2. Ketergantungan pada orang lain: Dalam beberapa kasus, pasien dengan luka diabetes yang parah mungkin membutuhkan bantuan dari orang lain untuk melakukan perawatan harian atau bahkan bergerak. Ketergantungan ini dapat mempengaruhi perasaan kemandirian dan perasaan kehilangan kendali atas hidup mereka.
3. Perubahan dalam peran sosial: Pasien dengan penyakit kronis dan luka sering mengalami perubahan dalam peran sosial mereka. Mereka mungkin tidak dapat menjalankan peran seperti sebelumnya, seperti dalam pekerjaan atau aktivitas sosial. Ini bisa merusak identitas sosial mereka dan memicu perasaan kehilangan.

4. Keterbatasan aktivitas dan hobi: uka dan keterbatasan fisik yang terkait dengannya bisa menghalangi pasien untuk menjalankan aktivitas fisik atau hobi yang mereka nikmati. Keterbatasan ini dapat mengganggu perasaan penawaran dan kepuasan pribadi yang diambil dari aktivitas tersebut.
5. Gangguan emosional dan kehilangan harapan: Pengalaman hidup dengan penyakit kronis dan luka bisa sangat menekan secara emosional. asien mungkin mengalami kecemasan, depresi, atau perasaan putus asa. Perasaan ini dapat merusak konsep diri yang positif dan menimbulkan perasaan kehilangan harapan akan pemulihan atau kualitas hidup yang baik.
6. Kehilangan kemandirian: Pasien dengan diabetes dan luka mungkin harus mengandalkan perawatan medis yang intensif. Kehilangan kemandirian dalam hal merawat diri sendiri dan mengelola penyakit dapat merusak rasa kontrol dan harga diri.

Dalam mengatasi gangguan konsep diri dan perasaan kehilangan pada pasien dengan diabetes melitus dan luka, diperlukan pendekatan holistic. ini melibatkan dukungan medis yang memadai, dukungan psikologis, serta dukungan sosial dari keluarga, teman, dan masyarakat. Tim medis dan psikologis harus bekerja sama untuk membantu pasien merasa didengarkan, dihargai, dan didukung dalam upaya pemulihan mereka. Terapi perilaku kognitif, konseling, dan dukungan kelompok dapat membantu pasien mengatasi perasaan negatif terhadap diri mereka dan meraih pemahaman yang lebih positif tentang diri dan situasi mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA (*American Diabetes Association*). 2020. *Classification and Diagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes*. *Diabetes Care*, 42 (1), hal 13-28.
- Adimasu Abeshu, M., 2015. *Medicinal Uses of Honey*. *Biol. Med.* 08. <https://doi.org/10.4172/0974-8369.1000276>
- Aini, Nur & Ledy, M. A. 2016. *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta : Salemba Medika.
- Aktin, Stephenson, Bateman., 2015. *Foam dressings: a review of the literature and evaluation of fluid-handling capacity of four leading foam dressings*. UK : Wound UK. Vol 11. No 1
- Alexiadou, K., & Doupis, J., 2012. *Management of diabetic foot ulcers*. *DiabetesTherapy*, 3(1), 6-15.
- Andra, S. W., & Yessie, M. P. 2013. *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Heyneman, S. P., & Lee, B. 2016. *International Organizations and The Future of Education Assistance*. *International Journal of Educational Development*, 9-22. Dalam Meilani, Rima. Sutarni, Nani. *Jurnal Pendidikan Manajemen Perkantoran*. (Hal 187) Vol. 1, No. 1
- Roza, R, L., Afriant, R & Zulkarnain,E. 2015. *Faktor Resiko Terjadinya ulkus Diabetikum Pada Pasien Diabetes Mellitus Yang Dirawat Jalan dan Inap diRSUP Dr.M.DJamil dan RSI Ibnu Sina Padang*. *Jurnal Kesehatan Andalas*. No 4 Vol 1
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8. Jakarta : EGC

- Sonmezer, M.C., Tulek, N., Ozsoy, M., Erdinc, F., Ertem, G., 2015. *Diabetic foot infections: effective microorganisms and factors affecting the frequency of osteomyelitis and amputation*. Eur. Res. J. 1, 119.
- Wijaya., 2018. *Perawatan Luka Dengan Pendektan Multi Disiplin*. Yogyakarta : IKAPI, 2018. DDC' 23 ; 617.

BAB 5

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: AMPUTASI ANGGOTA GERAK (LIMB AMPUTATION)

Oleh Ucik Indrawati

5.1 Definisi

Amputasi berasal dari kata “*amputare*” yang kurang lebih diartikan “pancung”. Amputasi dapat diartikan sebagai tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian atau seluruh bagian ekstremitas. Tindakan ini merupakan tindakan yang dilakukan dalam kondisi pilihan terakhir manakala masalah organ yang terjadi pada ekstremitas sudah tidak mungkin dapat diperbaiki dengan menggunakan teknik lain, atau manakala kondisi organ dapat membahayakan keselamatan tubuh klien secara utuh atau merusak organ tubuh yang lain seperti dapat menimbulkan komplikasi infeksi. (Daryadi, 2012)

Amputasi merupakan prosedur pembedahan yang paling tertua, perkembangan teknik pembedahan dan desain prosthetic dimulai akibat dari peperangan (Daniels & Nicoll, 2012).

Sampai sekarang Amputasi diartikan sebagai penghilangan anggota tubuh. Ini mungkin terjadi sebagai akibat dari trauma (trauma amputasi) atau dalam upaya untuk mengendalikan penyakit atau kecacatan (amputasi terapi) (Timby & Smith, 2010). Salah satu indikasi untuk dilakukan

amputasi adalah iskemia ireversibel yang disebabkan salah satu penyakit atau trauma (Daniels & Nicoll, 2012).

5.2 Epidemiologi

Menurut informasi dari *National Limb Loss Information Center* (NLLIC) tahun 2008, ada sekitar 1,7 juta orang di Amerika Serikat hidup dengan kehilangan anggota tubuh dan sekitar 185.000 pembuangan rumah sakit yang terkait dengan amputasi setiap tahun. Jumlah kasus baru amputasi tertinggi pada pasien pada diabetes, terdapat 1 dari setiap 185 pasien diabetes menjalani amputasi digit atau anggota tubuh lainnya kekurangan anggota tubuh akibat congenital sebesar 2.6 per 10.000 kelahiran hidup (*National Limb Loss Information Center* (NLLIC), 2008).

5.3 Etiologi

Indikasi amputasi yang paling sering untuk ekstremitas bawah adalah penyakit pembuluh darah perifer, lebih dari setengah dari amputasi dikaitkan dengan diabetes mellitus. Trauma adalah penyebab utama amputasi pada populasi yang lebih muda dan lebih sering terjadi pada pria karena paparan lebih tinggi terhadap bahaya kerja. Amputasi juga dapat diindikasikan pada luka bakar termal ataupun listrik, frostbite yang parah, dan gangren. Tumor ganas juga dapat menjadi penyebab amputasi, tetapi hal ini jarang terjadi karena kemajuan dalam penyelamatan ekstremitas (Daniels & Nicoll, 2012). Infeksi tulang dan jaringan yang berlangsung lama (Timby & Smith, 2010).

5.4 Klasifikasi

Berdasarkan pelaksanaan amputasi menurut (Brunner & Suddart 2001), dibedakan menjadi :

1. Amputasi Elektif/Terencana

Amputasi jenis ini dilakukan pada penyakit yang terdiagnosis dan mendapat penanganan yang baik serta terpantau secara terus-menerus. Amputasi dilakukan sebagai salah satu tindakan alternatif terakhir.

2. Amputasi Akibat Trauma

Merupakan amputasi yang terjadi sebagai akibat trauma dan tidak direncanakan. Kegiatan tim kesehatan adalah memperbaiki kondisi lokasi amputasi serta memperbaiki kondisi umum klien.

3. Amputasi Darurat

Kegiatan amputasi dilakukan secara darurat oleh tim kesehatan. Biasanya merupakan tindakan yang memerlukan kerja yang cepat seperti pada trauma dengan patah tulang multiple dan kerusakan/kehilangan kulit yang luas.

Jenis amputasi secara umum menurut (Daryadi,2012) adalah:

1. Amputasi Terbuka

Amputasi terbuka dilakukan pada kondisi infeksi yang berat dimana pemotongan pada tulang dan otot pada tingkat yang sama.

2. Amputasi Tertutup

Amputasi tertutup dilakukan dalam kondisi yang lebih memungkinkan dimana dibuat skaif kulit untuk menutup luka yang dibuat dengan memotong kurang lebih 5cm dibawah potongan otot dan tulang. Setelah dilakukan tindakan pemotongan, maka kegiatan selanjutnya meliputi perawatan luka operasi/mencegah terjadinya infeksi, menjaga kekuatan otot/mencegah kontraktur, mempertahankan intaks jaringan, dan persiapan untuk penggunaan protese (mungkin). Berdasarkan pada gambaran prosedur tindakan pada klien yang mengalami

amputasi maka perawat memberikan asuhan keperawatan pada klien sesuai dengan kompetensinya.

Berdasarkan ekstremitas, amputasi terbagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Amputasi ekstremitas bawah

Contohnya yaitu pada amputasi Atas Lutut (AL), Disartikulasi Lutut, amputasi Bawah Lutut (BL), dan Syme.

2. Amputasi ekstremitas atas

Contohnya yaitu pada amputasi Atas Siku (AS) dan Bawah Siku (BS).

Berdasarkan sifat, amputasi terbagi menjadi :

1. Amputasi terbuka

Suatu amputasi yang dilakukan untuk infeksi berat, yang meliputi pemotongan tulang dan jaringan otot pada tingkat yang sama. Pembuluh darah dikauterisasi dan luka dibiarkan terbuka untuk mengalir.

2. Amputasi tertutup

Suatu amputasi yang dilakukan dengan cara menutup luka dengan flap kulit yang dibuat memotong tulang kira-kira 2inchi lebih pendek daripada kulit dan otot.

5.5 Patofisiologi

Pada Peripheral Vascular Disease bagian kelompok otot yang terlibat (biasanya otot betis) tidak menerima suplai darah arteri yang cukup baik karena obstruksi atau sumbatan. Pada penderita diabetes mellitus, suplai darah yang tidak memadai ini disebabkan oleh arteriosklerosis. Kekurangan darah akan menyebabkan iskemia irreversible. Dalam trauma, setiap usaha dilakukan untuk menyelamatkan anggota badan, dengan satu-satunya indikasi mutlak untuk amputasi sebagai cedera vaskular yang tidak dapat diperbaiki (Daniels & Nicoll, 2012).

5.6 Komplikasi

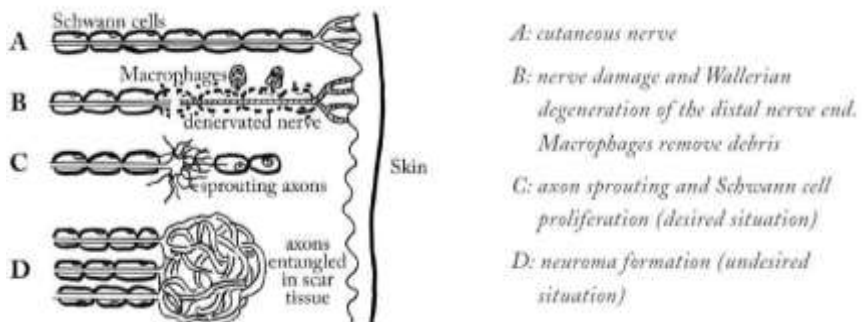
Hematoma, perdarahan dan infeksi adalah komplikasi yang berpotensi pada saat pasca operasi. Termasuk osteomilitis kronis (setelah infeksi persisten), burning pain (causalgia). Nyeri disebabkan oleh neuroma stump, yang disebabkan terjepitnya ujung saraf karena adanya proses pembentukan scar. Hal ini dapat diatasi dengan suntikan procain, anestesi local atau re-amputasi (Timby & Smith, 2010).

Komplikasi dari referensi lain meliputi hemorrhage, infeksi, kerusakan kulit, phantom limb pain, dan kontraktur sendi. Oleh karena pembuluh darah utama yang telah terputus, perdarahan masif dapat terjadi. Infeksi merupakan resiko dengan semua prosedur bedah. Risiko infeksi meningkat dengan luka terkontaminasi setelah amputasi traumatik. Iritasi pada kulit disebabkan oleh prosthesis dapat mengakibatkan kerusakan kulit. Phantom limb pain disebabkan oleh pemutusan saraf perifer. Joint Contracture ini disebabkan oleh penentuan posisi dan suatu pola penarikan fleksi protektif yang terkait dengan rasa sakit dan ketidakseimbangan otot (Smeltzer et al., 2010).

1. Neuroma

Insiden cedera saraf perifer diperkirakan 1,6-2,8% pada pasien dengan trauma ekstremitas atas maupun bawah. Sekitar 3-5% dari semua pasien yang terlibat dalam cedera saraf perifer mengembangkan neuroma simtomatik. Di Belanda, ada sekitar 3,5 / 100.000 atau 580 kasus baru nyeri neuropatik disebabkan oleh trauma atau cedera saraf iatrogenik setiap tahunnya. Gejala Neuromas seperti rasa terbakar, shooting atau nyeri listrik serta ambang diturunkan untuk nyeri (hiperalgesia) dan nyeri pada sentuhan (allodynia) atau rasa dingin yang ringan (intoleransi dingin).

Cedera saraf perifer menyebabkan sejumlah respon seluler. Cedera Akson distal mengalami degenerasi dan sel lokal Schwann dan makrofag membersihkan tuba endoneurial bagian distal dari apoptotic debris. Hal ini disebut Wallerian degeneration. Ujung akson terputus mulai tumbuh dalam waktu 24 jam setelah cedera, dan akson individu dapat menghasilkan lebih dari satu tunas. Neurotropik Faktor (yaitu BDNF, NGF), dirilis oleh makrofag dan sel Schwann, mengarahkan regenerasi akson dan menginduksi maturasi akson dan perpanjangan kedalam selubung endoneurial. Laju perkembangan akson adalah 1-5 mm / hari, dan, oleh karena itu, mungkin memakan waktu beberapa bulan untuk regenerasi akson ke reinnervate target bagian distal. Besarnya celah yaitu lebih 15-30mm, biasanya tidak dapat dijumpai oleh akson. Proliferasi fibroblas dan jaringan parut yang baru terbentuk dapat membentuk blokade fisik. Ketika terdapat blokade antara stump proksimal dan bagian distal, atau stump bagian distal hilang misalnya dalam kasus amputasi, proliferasi saraf berlanjut dengan kemungkinan tinggi pembentukan neuroma.



Gambar 5.1. Wallerian Degeneration

Dalam neuromas simptomatik, ada sensitisasi serabut saraf *nociceptive* karena up-regulasi saluran natrium, adrenergik dan reseptor kolinergik nikotinik. Selain itu, konduksi ephaptic atau "cross-talk" antara serabut saraf yang berdekatan dapat berlangsung menyebabkan sensitivitas abnormal dan aktivitas spontan dari akson di neuroma tersebut. Seperti ektopik masukan saraf perifer berlanjut, perubahan struktur saraf yang terlibat dalam persepsi nyeri, yaitu ganglion akar dorsal, tanduk dorsal sumsum tulang belakang, thalamus dan korteks sensorik, mulai berlangsung: Ada peningkatan rangsangan neuron di segmen tulang belakang yang berdekatan dan daerah kortikal, juga disebut 'sensitisasi sentral.

Selain itu, ada peningkatan bukti bahwa hiperalgesia mekanik dan termal dan allodynia independen nyeri spontan yang berasal dari neuroma perifer. Hal ini menunjukkan perekrutan akson dari saraf yang berdekatan, perubahan dalam pengolahan rangsangan dari tetangga serabut saraf yang utuh, atau cedera langsung ke sekitarnya cabang saraf (Stokvis, 2010).

2. *Phantom Sensation* dan phantom pain

Literatur yang diterbitkan secara rutin membedakan antara phantom "sensasi" dan phantom "nyeri". Weinstein, misalnya, telah mengusulkan bahwa sensasi phantom dapat dibagi menjadi 3 kategori: sensasi kinetik, komponen kinestetik, dan persepsi exteroceptive. Sensasi kinetik adalah persepsi gerakan, dengan persepsi memperhatikan kedua gerakan spontan dan berkemauan keras. Sebaliknya, komponen kinestetik mengacu pada ukuran, bentuk, dan posisi bagian tubuh yang hilang, sedangkan persepsi exteroceptive termasuk sentuhan, tekanan, suhu, rasa gatal, dan getaran. Weinstein menjelaskan nyeri phantom sebagai jatuh di bawah kategori "persepsi exteroceptive," tapi

membedakan nyeri dari sensasi, menyatakan bahwa nyeri phantom memiliki intensitas yang lebih besar dibandingkan sensasi phantom.

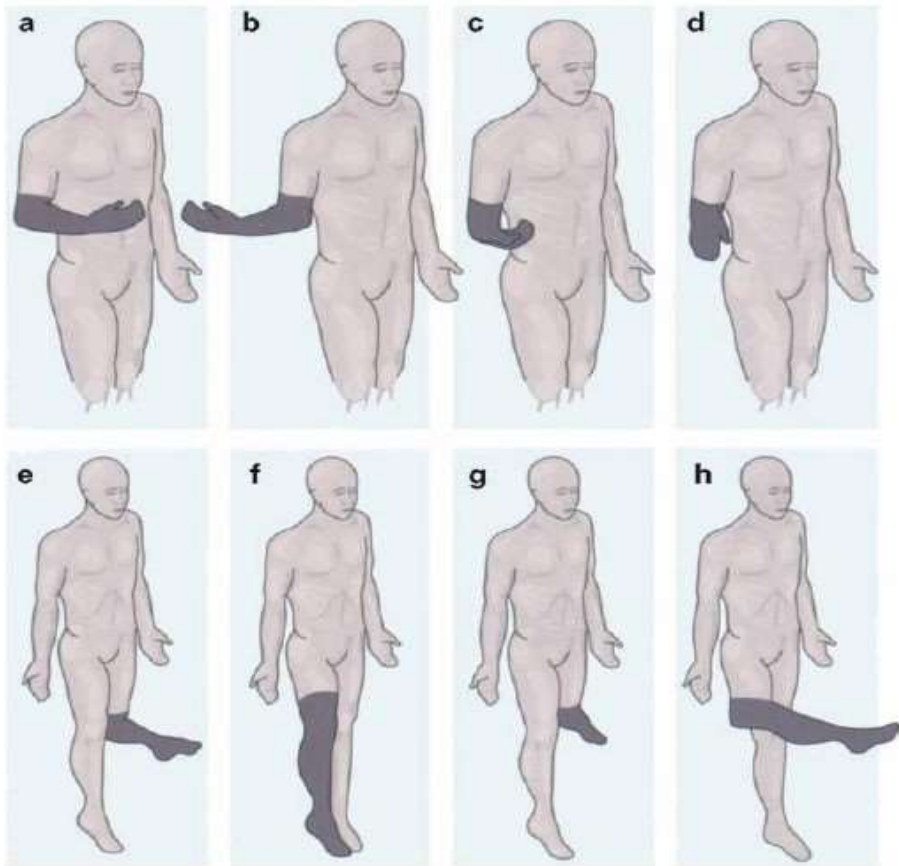


Fig. 10.1 Kinaesthetic seusations for limb amputees (a-d upper limb; e-h lower limb) (Shadow areas = phantom)

Gambar 5.2. Gambar di adopsi dari (Murray, 2010)

5.7 Manifestasi Klinis

Jika amputasi disebabkan penyakit kronis, Riwayat kesehatan medis sebelumnya pasien harus diperiksa untuk mengetahui penyebab amputasi atau amputasi yang akan terjadi. Jika penyebabnya adalah penyakit *peripheral vascular*, pasien harus dikaji untuk riwayat *klaudikasio intermiten*, yang meliputi nyeri (biasanya pada otot betis) nyeri berkurang saat istirahat. Pasien harus ditanya tentang keberadaan nyeri pada jari-jari kaki dan kakinya pada saat istirahat yang dapat membaik dengan menempatkan ekstremitas dalam posisi tergantung. Lain halnya penyebabnya berasal dari trauma atau luka bakar, mekanisme cedera diperoleh (Daniels & Nicoll, 2012).

Penyakit pembuluh darah perifer menyebabkan iskemia jaringan distal seperti tungkai dan kaki. Gangren dan amputasi bisa terjadi. Tanda-tanda gangguan sirkulasi arteri perifer di kaki dan kaki mungkin termasuk yang berikut (Berman, Snyder, & Frandsen, 2016):

1. Penurunan denyut nadi perifer
2. Nyeri atau *parestesia*
3. Warna kulit pucat
4. ekstremitas dingin
5. Penurunan Distribusi rambut

5.8 Penatalaksanaan Medis

Pada pelaksanaannya amputasi, dilakukan sebagian kecil sampai dengan sebagian besar dari tubuh, dengan dua metode:

1. Amputasi Terbuka (*guillotine amputasi*).

Metode ini digunakan pada klien dengan infeksi yang berat, dimana pemotongan pada tulang dan otot pada tingkat yang sama. Bentuknya benar-benar terbuka dan dipasang

drainage agar luka bersih, dan luka dapat ditutup setelah tidak terinfeksi.

2. Amputasi Tertutup (flap amputasi)

Pada metode ini, dibuat skaif kulit untuk menutup luka yang dibuat dengan memotong kurang lebih 5 sentimeter dibawah potongan otot dan tulang, kulit tepi ditarik pada atas ujung tulang dan dijahit pada daerah yang diamputasi.

Berdasarkan pelaksanaan, amputasi dibedakan menjadi :

1. Amputasi selektif atau terencana.

Amputasi jenis ini dilakukan pada penyakit yang terdiagnosis dan mendapat penanganan yang baik serta terpantau secara terus-menerus. Amputasi dilakukan sebagai salah satu tindakan alternatif terakhir.

2. Amputasi akibat trauma.

Merupakan amputasi yang terjadi sebagai akibat trauma dan tidak direncanakan. Kegiatan tim kesehatan adalah memperbaiki kondisi lokasi amputasi serta memperbaiki kondisi umum klien.

3. Amputasi darurat.

Kegiatan amputasi dilakukan secara darurat oleh tim kesehatan. Biasanya merupakan tindakan yang memerlukan kerja yang cepat seperti pada trauma dengan patah tulang multiple dan kerusakan/kehilangan kulit yang luas.

5.9 Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan amputasi dapat dibagi menjadi dua fungsi utama: pre operasi dan post operasi. Pada umumnya, manajemen keperawatan sebelum operasi mencakup pertimbangan untuk apapun operasinya, khususnya mengambil keputusan medis, obat, dan riwayat alergi yang

lengkap dan mengevaluasi klien akan penerimaan mental dan emosional dari prosedur bedah.

Mengkaji kekuatan motorik dan fleksibilitas sendi yang lain sangat penting untuk menentukan masalah potensial yang melibatkan rehabilitasi. Jika klien akut, misalnya dengan ekstremitas gangren dan berhubungan dengan demam, disorientasi, dan ketidakseimbangan elektrolit, perawat memantau dampak perubahan sirkulasi di ekstremitas, seperti rasa sakit yang parah, perubahan warna, dan kurangnya denyut perifer. Hal ini Sangat penting untuk diinformasikan kepada dokter, berbagai dampak yang terjadi tersebut bisa membuat operasi dapat menjadi emergency.

Intervensi keperawatan bertujuan untuk mengurangi rasa sakit dan kecemasan dan dukungan klien karena ia mulai berduka kehilangan anggota badan dan beradaptasi terhadap perubahan yang potensial. Perawat mengelola analgesik sebelum operasi untuk klien dengan sever pain. Tindakan kenyamanan lainnya termasuk penanganan ekstremitas nyeri dengan lembut, meninggikan tungkai yang bengkak, mendorong keluarga untuk hadir dan memberikan dukungan, terutama pada saat-saat klien sendirian, membantu klien untuk mengekspresikan keprihatinan, dan mengklarifikasi salah persepsi.

Sebelum operasi, perawat menjelaskan semua persiapan preoperative secara rutin dan menegaskan apa yang dokter telah didiskusikan dengan klien dan keluarga tentang sejauh mana cacat fisik; implikasi psikologis, estetika, sosial, dan dampak kepada keterampilan; dan berbagai kemungkinan yang realistis untuk merestorasi prostetik. Perawat harus berhati-hati dalam menjawab pertanyaan tentang peralatan prosthetic dan penggunaannya karena hal ini senantiasa ada kemungkinan bahwa amputasi mungkin perlu melibatkan lebih banyak anggota badan daripada yang diantisipasi. Selain itu, perawat menjelaskan manajemen pasca operasi, seperti

bernapas dalam, batuk efektif, penentuan posisi, dan latihan secara rutin dan mendorong klien untuk berlatih jika jika memungkinkan kondisi klien.

Klien bervariasi dalam reaksi mereka terhadap hilangnya yang akan terjadi dari anggota badan. Besarnya kesedihan dianggap sebanding dengan makna simbolis dari bagian tersebut dan tingkat resultan dari kecacatan dan deformitas. Rasa marah dan depresi adalah emosi yang umum. Perawat mengakui perasaan klien dan tetap obyektif dan tidak menghakimi sebagai klien mengekspresikan respon emosional negatif. Meyakinkan klien bahwa reaksi nya normal mungkin memberikan kenyamanan. Perawat seharusnya tidak malu, mengkritik, atau meremehkan perilaku klien.

Seberapa baik klien dapat mengatasi biasanya tergantung pada pengalaman sebelumnya dan bagaimana ia telah berurusan dengan kejadian sebelumnya. Perawat melindungi klien dari tambahan sumber stres. Meskipun klien sibuk dengan potensi kerugian, perawat tidak harus membuat tuntutan yang tidak perlu atau mengharapkan partisipasi penuh dalam rencana perawatan. Perawat memberikan bantuan kegiatan pada waktu lain klien dapat melakukan secara mandiri. Perawat juga mendorong tidur yang cukup dan mendiskusikan teknik yang dapat telah berhasil digunakan di masa lalu dan mendorong mereka mengulang untuk mengatasinya. Membina komunikasi dengan anggota keluarga atau teman-teman untuk memberikan dukungan (Timby & Smith, 2010).

Pada masa post operatif, perawat harus berusaha untuk mempertahankan tanda-tanda vital, karena pada amputasi, khususnya amputasi ekstremitas bawah diatas lutut merupakan tindakan yang mengancam jiwa. Perawat melakukan pengkajian tanda-tanda vital selama klien belum sadar secara rutin dan tetap mempertahankan kepatenan jalan nafas, mempertahankan oksigenisasi jaringan, memenuhi

kebutuhan cairan darah yang hilang selama operasi dan mencegah injuri.

Daerah luka diperhatikan secara khusus untuk mengidentifikasi adanya perdarahan masif atau kemungkinan balutan yang basah, terlepas atau terlalu ketat. Selang drainase benar- benar tertutup. Kaji kemungkinan saluran drain tersumbat oleh clot darah. Awal masa postoperatif, perawat lebih memfokuskan tindakan perawatan secara umum yaitu menstabilkan kondisi klien dan mempertahankan kondisi optimum klien. Perawat bertanggungjawab dalam pemenuhan kebutuhan dasar klien, khususnya yang dapat menyebabkan gangguan atau mengancam kehidupan klien.

5.10 Evidence Based Nursing

Pasien dengan amputasi begitu kompleks permasalahan baik secara fisik, psikis, social dan spiritual. Sebuah studi menunjukkan bahwa amputasi tungkai bawah secara signifikan mempengaruhi citra tubuh pasien dan kualitas hidup. Harga diri tampaknya menjadi aspek yang independen, yang tidak terpengaruh oleh amputasi tungkai bawah. Namun, harga diri dipengaruhi secara signifikan oleh sensasi nyeri phantom (Holzer *et al.*, 2014). Penelitian lain yang dilakukan (Peirano, 2010), mengemukakan kepuasan kehidupan dengan amputasi, kesehatan secara umum, dan skor integrasi sosial yang tertinggi di antara individu yang terlibat dalam eksistensi spiritualitas dan kurang tinggi di kalangan individu yang terlibat dalam spiritualitas agama. Dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan amputasi dapat dengan pendekatan spiritual.

Kembali kepada penelitian (Holzer *et al.*, 2014), merekomendasikan untuk meningkatkan citra tubuh dan kualitas hidup pasien harus terbebas dari komplikasi nyeri. Nyeri Amputasi dapat menimbulkan di bagian tubuh yang telah

diamputasi (nyeri phantom) atau di lokasi amputasi (stump nyeri), atau keduanya. Nyeri phantom dan nyeri tunggul yang kompleks dan multidimensi dan patofisiologi yang mendasari masih belum jelas. Perlakuan menjadi andalan untuk nyeri phantom dan nyeri stump sebagian besar adalah farmakologis. Kondisi tersebut tetap menjadi beban berat bagi mereka yang terkena dampaknya (Mulvey, Bagnall, Johnson, & Marchant, 2010). Terdapat dua level utama di mana intervensi yang paling berhasil menangani nyeri phantom: gejala yang intervensi farmakologis tertentu dan disesuaikan paradigma psikologis, secara fisik dan perilaku. Intervensi bedah kadang-kadang berupaya dengan berbagai tingkat keberhasilan, misalnya, pengelolaan neuromas stump, yang biasanya melibatkan prosedur bedah invasif atau suntikan ke dalam ujung saraf (Giummarra & Moseley, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. 2014. *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier Inc.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. 2016. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, practice, and process*. (10th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. 2013. *Nursing Interventions Clasification (NIC)* (6th ed.). USA: Elsevier Inc.
- Daniels, R., & Nicoll, L. 2012a. *Contemporary Medical Surgical Nursing* (2nd ed.). Clifton Park: Delmar, Cengage Learning.
- Daniels, R., & Nicoll, L. H. 2012b. *Contemporary Medical Surgical Nursing* (2nd ed.). New York: Cengage Learning.
- Deutsch, A., English, R. D., Vermeer, T. C., Murray, P. S., & Condous, M. 2005.
- Removable rigid dressings versus soft dressings: a randomized, controlled study with dysvascular, trans-tibial amputees. *Prosthetics and Orthotics International*, 29(2), 193– 200. doi:10.1080/03093640500224295
- Giummarra, M. J., & Moseley, G. L. 2011. Phantom limb pain and bodily awareness: current concepts and future directions. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 24(5), 524– 531. doi:10.1097/ACO.0b013e32834a105f
- Grammer, G. G., Williams-Joseph, S., Cesar, A., Adkinson, D. K., & Spevak, C. 2015.
- Significant Reduction in Phantom Limb Pain After Low-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation to the Primary Sensory Cortex. *Military Medicine*, 180(1), e126–e128. doi:10.7205/MILMED-D-14-00236

- Hidayati, E. R. N., Ilyas, E., Murdana, I. N., Tarigan, T. J. E., & Werdhani, R. A. 2013. Efficacy of removable rigid dressing after transtibial amputation in diabetes mellitus patients. *Med J Indones*, 22(1), 16–21.
- Holzer, L. a., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kickingner, W., & Holzer, G. 2014.
- Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLoS ONE*, 9(3). doi:10.1371/journal.pone.0092943
- Kirkup, J. 2007. A history of limb amputation. London: Springer-Verlag London Limited. Ladenheim, E., Oberti-Smith, K., & Tablada, G. (2007). Results of Managing Transtibial Amputation With a Prefabricated Polyethylene Rigid Removable Dressing. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 19(1), 2–4.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. 2013. Nursing Outcomes Classification (NOC) (5th ed.). USA: Elsevier Inc.
- Mulvey, M. R., Bagnall, A.-M., Johnson, M. I., & Marchant, P. R. 2010. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for phantom pain and stump pain following amputation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online), (5). doi:10.1002/14651858.CD007264.pub2
- Murray, C. 2010. Amputation, Prosthesis Use, and Phantom Limb Pain An Interdisciplinary Perspective. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Mutaqin, A. 2012. Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal: Aplikasi pada Praktek Klinik Keperawatan. (P. E. Karyuni & M. Ester, Eds.). Jakarta: EGC.
- National Limb Loss Information Center (NLLIC). 2008. Amputation Statistics by Cause Limb Loss in the United States. Retrieved from www.amputee-coalition.org

- Peirano, A. H. 2010. Spirituality and Quality of Life Among Individualis with Limb Amputation. University of Phoenix.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. 2012. Textbook of basic nursing (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Shrikhande, G. V., & McKinsey, J. ames F. 2012. Diabetes and Peripheral Vascular Disease Diagnosis and Management. London: Humana Press.
- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. 2010. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stokvis, A. 2010. Surgical Management of Painful Neuromas. Rotterdam: Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sumpio, B., Shine, S. R., Mahler, D., & Sumpio, B. E. 2013. A Comparison of Immediate Postoperative Rigid and Soft Dressing for Below-Knee Ampuations. *Ann Vasc Surg*; Elsevier Inc., 27(6), 774–780.
- Timby, B. K., & Smith, N. E. 2010. Introductory Medical Surgical Nursing (10th ed.). 2010: Lippincott Williams & Wilkins.
- Weeks, S. R., Anderson-barnes, V. C., & Tsao, J. W. 2010. Phantom Limb Pain. *The Neurologist*, 16(5), 277–286. doi:10.1097/NRL.0b013e3181edf128

BAB 6

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL : STROKE (REHABILITATION POST STROKE)

Oleh Leo Yosdimyati Romli

6.1 Pendahuluan

Beberapa orang seringkali menganggap duka cita dikaitkan dengan kematian atau kehilangan anggota keluarga dekat atau teman. Namun kesedihan bisa menjadi gejala kehilangan dalam segala bentuknya. Bagi penderita stroke, bagi orang yang selamat dan orang yang mereka cintai, kesedihan dapat dikaitkan dengan hilangnya cara hidup, mobilitas, kepercayaan diri, atau kemandirian (Hughes & Cummings, 2020).

Memiliki kesadaran akan setiap tahap kesedihan dapat membantu mengenali perasaan, mengatasi kesedihan, dan membantu orang-orang di sekitar untuk memahami pengalaman kesedihan seseorang. Secara umum sangat sulit bagi seseorang untuk melewati setiap tahap secara teratur dan beberapa bahkan mengalami lebih dari satu tahap pada satu waktu atau mungkin berfluktuasi di antara beberapa tahap (Oates & Maani-Fogelman, 2022).

Kesedihan setelah stroke merupakan tantangan yang dihadapi banyak penyintas dan yang merawat. Ketika hidup seseorang berubah dalam semalam, wajar saja jika merasakan kesedihan dan setiap orang mengalaminya secara berbeda.

Setelah stroke, ada baiknya untuk memahami tahapan kesedihan yang mungkin dialami. Melalui pemahaman diri dan mekanisme koping yang sehat, dapat membantu diri sendiri mencapai tahap terakhir dari kesedihan, yaitu penerimaan (Hughes & Cummings, 2020).

Bahkan setelah mencapai penerimaan dan harapan, beberapa kembali ke tahap kesedihan lainnya. Penting pada saat-saat ini untuk tidak merasa telah gagal dalam pemulihan, tetapi meluangkan waktu untuk mengenali perasaan diri. Pikirkan tentang apa yang membantu diri melewati tahap terakhir kali dan ingatkan diri bahwa penerimaan dan harapan masih ada di cakrawala (Cacciatore et al., 2021).

Bisakah seseorang berhubungan dengan salah satu dari tahapan ini? Di mana seseorang merasa berada saat ini? Bisakah seseorang merenungkan apa yang telah membantunya di salah satu tahap ini? Akan sangat membantu untuk berbicara dengan profesional yang berkualifikasi tentang perasaan dan menyesuaikan diri dengan kehidupan setelah stroke. Jika seseorang memerlukan bantuan untuk menemukan profesional yang cocok untuk diajak bicara, jika sewaktu-waktu merasa kewalahan atau mengalami kesedihan yang berkepanjangan, harap bicarakan dengan tenaga kesehatan terkait (Tomás & Rebelo, 2022).

6.2 Proses Terjadinya Kesedihan

Banyak dari individu yang terbiasa memikirkan kesedihan sebagai kesedihan mendalam yang kita rasakan setelah kematian orang yang kita kasihi. Apa yang banyak dari setiap orang tidak sadari, bagaimanapun adalah bahwa kesedihan dapat dipicu oleh kehilangan yang substansial dalam bentuk apa pun termasuk yang terjadi setelah stroke (Yehene *et al.*, 2021).

Bagi banyak orang yang selamat, stroke adalah peristiwa yang mengubah hidup yang melibatkan berbagai jenis kehilangan. Kemampuan tertentu, seperti berbicara dan berjalan, dapat dikompromikan. Meskipun rehabilitasi dapat membantu memulihkan banyak kemampuan, ini membutuhkan waktu, konsistensi, dan kerja keras. Dengan demikian, para penyintas mungkin mengalami perasaan kehilangan seputar kehidupan lama, kemampuan, impian, dan bahkan rasa identitas mereka (Hall *et al.*, 2020).

Untuk lebih memahami bagaimana stroke dapat menyebabkan kesedihan, mari lihat contoh pemain gitar profesional yang mencari nafkah dengan membuat musik. Jika stroke mengganggu fungsi tangannya, dia mungkin kehilangan kemampuan untuk bermain gitar dan, sebagai akibatnya, kehilangan karir dan hobi yang dicintainya. Ini tidak hanya dapat menantang identitasnya, tetapi gangguan fisik juga dapat menyebabkan perasaan rendah diri, harga diri yang buruk, dan kesedihan (Towfighi *et al.*, 2017).

Untuk mengatasi perasaan kehilangan setelah stroke, memahami seperti apa tahapan kesedihan itu bisa membantu. Dengan cara ini, seseorang menyadari berbagai tantangan mental dan emosional yang mungkin dihadapi di jalan menuju pemulihan (Stroke Association, 2021).

6.3 Tahapan Kesedihan Setelah Stroke

Kesedihan biasanya dianggap terjadi dalam lima tahap seperti yang pertama kali dijelaskan oleh psikiater Elisabeth Kübler-Ross. Kerangka kesedihan 5 tahapnya, pertama kali dibuat pada tahun 1969, telah diterima dengan baik oleh beberapa orang dan kemudian dikritik oleh orang lain karena tidak akurat dan ketinggalan zaman (Tyrrell *et al.*, 2023).

Cobalah untuk tidak melihat tahapan-tahapan ini sebagai garis besar kesedihan yang kaku, yang seringkali

merupakan proses yang berantakan. Sebaliknya, ketahuilah bahwa tahapan kesedihan sering dialami secara tidak teratur dan perjalanan ini akan terlihat berbeda untuk setiap orang. Memahami bagaimana kesedihan dapat muncul setelah stroke adalah alat yang berharga untuk membantu seseorang mengenali dan memproses perasaan rumit yang mungkin dihadapi (Tyrrell *et al.*, 2023).

Dengan itu, berikut adalah ikhtisar dari 5 tahap kesedihan dan bagaimana hubungannya dengan pemulihan stroke (Tyrrell *et al.*, 2023):

1. Tahap 1: Penolakan (*Denial*)

Stroke dapat menjadi peristiwa yang mengubah hidup yang benar-benar mengubah banyak aspek kehidupan sehari-hari baik bagi penyintas maupun pengasuh atau keluarganya. Setelah komplikasi awal stroke diobati, seseorang mungkin mengalami saat-saat (atau bahkan sehari-hari) penyangkalan, di mana sama sekali tidak percaya bahwa peristiwa ini terjadi.

Banyak pasien stroke mendapati diri mereka berpikir, "Saya tidak pernah mengira hal seperti ini akan terjadi pada saya." Selain itu, beberapa penyintas mungkin mengalami kesulitan menerima bahwa banyak aktivitas atau hobi sehari-hari mereka tidak dapat diakses atau memerlukan modifikasi.

Penolakan adalah perasaan yang umum dialami oleh penderita stroke, tetapi jika penolakan terus berlanjut, ini bisa menjadi tanda kondisi yang dikenal sebagai anosognosia. Anosognosia mengacu pada ketidaksadaran akan defisit setelah cedera pada otak, yang dapat menjadi kendala utama selama proses pemulihan stroke. Sementara individu yang mengalami penyangkalan akan menghindari menerima situasi mereka karena itu tidak menyenangkan atau menjengkelkan, seorang penyintas dengan

anosognosia tidak akan dapat mengenali bahwa ada masalah sama sekali.

2. Tahap 2: Kemarahan (*Anger*)

Kemarahan adalah tahap kesedihan lain yang mungkin dihadapi oleh orang yang selamat setelah stroke. Ingatlah bahwa berbagai tahapan kesedihan mungkin tidak dialami secara berurutan. Ini berarti kemarahan mungkin tidak terjadi tepat setelah penyangkalan meskipun bisa.

Kemarahan setelah stroke dapat dipicu oleh berbagai faktor. Orang yang selamat mungkin merasa frustrasi karena tugas sehari-hari tiba-tiba membutuhkan banyak usaha atau karena mereka mengalami peristiwa yang mengubah hidup yang tidak mereka minta. Selain itu, mungkin ada penyebab stres lain yang memicu kemarahan, seperti terbatasnya perlindungan asuransi untuk rehabilitasi atau perubahan kemandirian atau hubungan keluarga.

Jika seseorang bergumul dengan amarah setelah stroke, penting untuk memiliki mekanisme koping yang sehat. Ini dapat mencakup teknik seperti pernapasan dalam, keluar di alam, atau berpartisipasi dalam psikoterapi. Jika kemarahan berubah menjadi perilaku agresif, seseorang mungkin memerlukan bantuan ekstra, seperti berbicara dengan dokter tentang kemungkinan pengobatan.

3. Tahap 3: Tawar-menawar (*Bargaining*)

Tawar-menawar adalah tahap kesedihan yang menarik. Itu terjadi ketika seseorang mulai membuat kesepakatan dengan kekuatan yang lebih tinggi melalui pernyataan jika/ketika. Misalnya, ini mungkin terdengar seperti "kalau saja saya bisa menggerakkan kaki saya lagi, maka saya akan menjadi orang yang lebih baik". Tahap ini juga bisa sulit bagi penyintas untuk menavigasi karena mereka mungkin merasa bisa menghindari stroke dengan mengubah tindakan atau perilaku mereka.

Karena tahapan kesedihan tidak linier, ada kemungkinan beberapa orang akan melewati langkah ini atau mendapati diri mereka sering meninjau kembali pola ini. Terlepas dari apakah/ketika seseorang mengalami tawar-menawar, ini bisa menjadi langkah yang berguna jika menginspirasi tindakan. Hasil dibuat melalui tindakan dan, jika tawar-menawar dengan kekuatan yang lebih tinggi membantu memotivasi seseorang untuk berpartisipasi dalam rehabilitasi, ini bisa menjadi tahap kesedihan yang produktif.

Namun, jika tawaran seseorang tampaknya tidak terjawab, jangan biarkan hal ini menghentikan untuk melakukan rehabilitasi. Pemulihan stroke tidak linier, tetapi seseorang selalu dapat terus mendorong pemulihan. Latihan yang disengaja dan konsisten diperlukan untuk meningkatkan keterampilan dan meningkatkan kemandirian.

4. Tahap 4: Depresi (*Depression*)

Kesedihan tahap keempat adalah depresi, yang biasa dialami oleh para penyintas pasca stroke. Faktanya, depresi pasca stroke mempengaruhi sepertiga dari penderita stroke pada satu waktu. Hal ini dapat dimengerti karena stroke dapat mempengaruhi begitu banyak aspek kehidupan sehari-hari.

Depresi bisa menjadi tahap kesedihan yang sulit untuk dilalui dan juga bisa dialami di banyak titik selama perjalanan pemulihan. Namun, seseorang harus terus melewatinya karena satu-satunya jalan keluar adalah melalui.

Jika seseorang mengalami depresi setelah stroke, ada baiknya mengetahui bahwa itu normal dan akan membaik seiring waktu dan dengan mempraktikkan kebiasaan sehat (seperti berpartisipasi dalam psikoterapi). Bicaralah dengan dokter dan tim rehabilitasi untuk mendiskusikan

opsi apa yang tersedia untuk membantu mengatasi depresi dan kesedihan setelah stroke.

Menemukan kelompok pendukung stroke dapat bermanfaat dengan menghubungkan dengan penyintas lain yang mengalami perjalanan atau perasaan serupa. Selain itu, membaca buku *self-help* yang membangkitkan semangat seperti *Healing* dan *Happiness After Stroke* dapat bermanfaat bagi banyak orang yang selamat. Apa pun yang terjadi, tetaplah berpartisipasi dalam rehabilitasi untuk mendorong pemulihan lebih tinggi yang layak seseorang dapatkan.

5. Tahap 5: Penerimaan (*Acceptance*)

Tahap terakhir dari kesedihan adalah penerimaan. Tahap ini mengacu pada titik di mana seseorang telah menerima situasi saat ini dan menemukan "normal baru".

Selama tahap ini, seseorang akan mendapati diri mulai menerima perjalanan pemulihan. Seseorang tahu kemajuan akan terus membutuhkan kerja keras, tetapi individu telah menerima di mana mereka berada dan ingin terus maju.

Bahkan setelah mencapai penerimaan, seseorang mungkin memiliki hari atau minggu di mana mundur ke tahap kesedihan lainnya. Namun, karena telah mencapai penerimaan satu kali, seseorang dapat memiliki keyakinan bahwa akan mencapainya lagi. (GetX Press, 2020).

6.4 Pengelolaan Duka Setelah Stroke

Mengetahui tahapan kesedihan adalah langkah yang bagus untuk mengelola dan mengatasi emosi kompleks yang biasa dialami setelah stroke. Memahami perasaan apa yang mungkin seseorang alami dan mengetahui bahwa perasaan ini normal dan valid dapat membantu dan bahkan melegakan (Towfighi *et al.*, 2017).

Bersamaan dengan pemahaman diri, seseorang bisa mencoba tips berikut untuk membantu mengatasi kesedihan pasca stroke (Towfighi *et al.*, 2017):

1. Berpartisipasi dalam psikoterapi

Hal ini telah disebutkan beberapa kali karena ini bisa dibilang merupakan intervensi yang paling membantu untuk mengatasi kesedihan setelah stroke. Terapis dilatih untuk membantu orang memproses perasaan kehilangan dan kesedihan. Memiliki kemampuan untuk mengungkapkan perasaan seseorang tanpa menghakimi dapat mendorong pertumbuhan yang luar biasa dan memberikan kelegaan.

2. Temukan sarana meluapkan emosi

Karena kemarahan adalah salah satu tahap kesedihan, penting untuk memiliki saluran keluar yang tersedia untuk melampiaskan rasa frustrasi. Beberapa orang merasa terbantu dengan menonton komedi karena humor membantu memutus siklus emosi marah. seseorang juga dapat menjelajahi hobi atau hiburan baru, seperti mendengarkan musik, membuat kerajinan, atau bermeditasi. Lakukan apa pun yang dibutuhkan untuk menghindari perilaku agresif setelah stroke dengan aman.

3. Buat catatan

Tuliskan bagaimana perasaan pada hari-hari baik dan hari-hari buruk. Ini akan membuat catatan bermanfaat tentang apa yang seseorang lakukan serta kemajuan yang telah dibuat. Kemudian, saat keadaan terasa gelap, seseorang dapat melihat ke belakang dan mengingatkan diri sendiri bahwa keadaan biasanya naik setelah turun. Jika menulis sulit, seseorang juga dapat merekam berupa audio.

4. Tetap dengan rejimen rehabilitasi yang konsisten

Sisi fisik rehabilitasi seringkali dapat membantu dengan sisi emosional. Misalnya, melihat kemajuan dan mencapai tujuan fisik yang seseorang tetapkan untuk diri sendiri

dapat memotivasi. Semakin seseorang meningkat, semakin banyak harapan dan optimisme yang akan dirasakan menuju pemulihan.

5. Berolahraga setiap hari dan udara segar
Melakukan latihan fisik secara teratur tidak hanya dapat mengurangi risiko terkena stroke lagi, tetapi juga dapat meningkatkan kesehatan mental dan emosional. Selain itu, beraktivitas di luar ruangan dapat menjadi dorongan besar untuk kesejahteraan mental dan emosional. Apakah berjalan sendiri atau bernavigasi dengan bantuan kursi roda, menghabiskan waktu di alam adalah alat yang berharga untuk pemulihan.
6. Baca lebih lanjut tentang penyembuhan emosional
Sisi emosional pemulihan stroke tidak mendapat perhatian sebanyak sisi fisik. Untuk alasan ini, penting untuk mencari informasi lebih lanjut. Pembahasan tentang sisi emosional pemulihan stroke termasuk tips untuk mengatasi kesedihan, membangun kembali identitas seseorang, dan meningkatkan harga diri.

6.5 Menavigasi Kesedihan Setelah Stroke

Kesedihan adalah bagian yang kompleks tetapi normal dari proses pemulihan setelah stroke. Hal ini karena efek sekunder dari stroke seringkali menimbulkan kerugian yang cukup besar atau perubahan dalam kehidupan sehari-hari bagi seorang survivor. Perasaan kehilangan, penyangkalan, dan depresi biasanya dialami setelah stroke, tetapi perasaan ini tidak akan permanen jika seseorang terus berupaya memahami dan melewatinya (Hughes & Cummings, 2020).

Dengan mengikuti kebiasaan sehat seperti psikoterapi dan rehabilitasi harian, seseorang dapat tetap berada di jalur menuju pemulihan. Dengan waktu dan bantuan dari orang yang dicintai dan tim rehabilitasi, seseorang dapat mencapai tahap

akhir kesedihan: penerimaan. Jalan menuju pemulihan tidak pernah linier, tetapi saat seseorang terus meletakkan satu kaki di depan yang lain, seseorang akan melihat peningkatan seiring waktu.

DAFTAR PUSTAKA

- Cacciatore, J., Thieleman, K., Fretts, R., & Jackson, L. B. 2021. What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. *PLoS ONE*, 16(5).
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0252324>
- Hall, J., Morton, S., Fitzsimons, C. F., Hall, J. F., Corepal, R., English, C., Forster, A., Lawton, R., Patel, A., Mead, G., & Clarke, D. J. 2020. Factors influencing sedentary behaviours after stroke: Findings from qualitative observations and interviews with stroke survivors and their caregivers. *BMC Public Health*, 20(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/S12889-020-09113-6/TABLES/3>
- Hughes, A. K., & Cummings, C. E. 2020. Grief and Loss Associated With Stroke Recovery: A Qualitative Study of Stroke Survivors and Their Spousal Caregivers. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1219. <https://doi.org/10.1177/2374373520967796>
- Mansyur, A. R. 2020. Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia. *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, 113–123.
- Oates, J. R., & Maani-Fogelman, P. A. 2022. Nursing Grief and Loss. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518989/>
- Stroke Association, A. 2021. *HOPE: The Stroke Recovery Guide*.
- Tomás, M. A. R., & Rebelo, M. T. dos S. 2022. Everyday Life after the First Psychiatric Admission: A Portuguese Phenomenological Research. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11). <https://doi.org/10.3390/JPM12111938>

- Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Husseini, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A., & Williams, L. S. 2017. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), e30–e43.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000113>
- Tyrrell, P., Harberger, S., Schoo, C., & Siddiqui, W. 2023. Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief. *A Physician's Guide to Coping with Death and Dying*, 14–38.
<https://doi.org/10.1515/9780773572102-004>
- Yehene, E., Manevich, A., & Rubin, S. S. 2021. Caregivers' Grief in Acquired Non-death Interpersonal Loss (NoDIL): A Process Based Model With Implications for Theory, Research, and Intervention. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.676536>

BAB 7

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN TERMINAL: KANKER (MASTEKTOMI DAN HISTEREKTOMI)

Oleh Dwi Prihatin Era

7.1 Pendahuluan

Penyakit kronik dan terminal seperti kanker memiliki dampak yang signifikan pada aspek fisik, psikologis, dan sosial kehidupan individu yang terkena. Di antara berbagai dampak ini, gangguan konsep diri dan perasaan kehilangan menjadi fokus utama, terutama dalam konteks prosedur medis seperti mastektomi dan histerektomi yang sering kali dilakukan sebagai bagian dari pengobatan kanker. Gangguan konsep diri berkaitan dengan persepsi individu tentang dirinya sendiri, termasuk citra tubuh dan identitas seksualnya, sedangkan perasaan kehilangan melibatkan proses emosional yang kompleks terkait dengan perubahan signifikan dalam tubuh dan hilangnya bagian penting dari diri seseorang.

Mastektomi, yang melibatkan pengangkatan sebagian atau seluruh payudara, dan histerektomi, yaitu pengangkatan rahim, merupakan tindakan medis yang umum dilakukan untuk mengatasi kanker pada wanita. Meskipun memiliki tujuan penyembuhan dan pencegahan, kedua prosedur ini sering menimbulkan perasaan ketidaksempurnaan, kehilangan, dan krisis identitas pada individu yang menjalaninya. Bagi banyak wanita, payudara dan rahim adalah simbol penting dari feminitas dan keberadaan seksualitas. Kehilangan bagian

penting dari tubuh ini dapat memicu reaksi emosional yang kompleks, termasuk kecemasan, depresi, dan gangguan kecemasan sosial.

Dalam konteks ini, penting untuk memahami dampak psikologis dari mastektomi dan histerektomi pada penderita kanker. Aspek ini tidak hanya memengaruhi kesejahteraan mental individu, tetapi juga dapat berdampak pada proses pemulihan fisik, interaksi sosial, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Penanganan yang adekuat terhadap gangguan konsep diri dan perasaan kehilangan ini dapat membantu individu beradaptasi dengan perubahan fisik dan mengembangkan kembali identitas positif.

Dalam materi ini, kami akan menjelaskan lebih lanjut tentang dampak gangguan konsep diri dan perasaan kehilangan dalam konteks penyakit kronik dan terminal, khususnya kanker, dengan fokus pada prosedur mastektomi dan histerektomi. Kami juga akan menggali strategi pendekatan psikologis dan dukungan yang dapat membantu individu mengatasi tantangan ini. Melalui pemahaman yang lebih mendalam tentang aspek-aspek ini, diharapkan kita dapat memperkuat dukungan bagi individu yang menghadapi perjuangan psikologis dalam perjalanan mereka melawan kanker dan pemulihan dari tindakan medis yang berpotensi mengubah hidup.

7.2 Konsep Mastektomi

1. Pengertian

Mastektomi adalah prosedur bedah yang melibatkan penghilangan payudara, baik dengan atau tanpa opsi rekonstruksi, dan dapat dikombinasikan dengan tindakan penyelamatan payudara serta terapi radiasi (Wang *et al.*, 2020).

Suatu prosedur bedah onkologis pada kasus keganasan payudara melibatkan pengangkatan keseluruhan jaringan payudara, termasuk stroma dan parenkhim payudara, area areola, puting susu, serta lapisan kulit di atas tumor. Tindakan ini juga melibatkan pengangkatan kelenjar getah bening aksila di sisi yang sama dalam level I, II/III secara bersamaan tanpa membuang otot pektoralis mayor dan minor. Mastektomi Radikal Modifikasi (MRM) adalah jenis prosedur di mana tumor payudara dan seluruh payudara, termasuk struktur otot lattissimus dorsi (LD) atau otot perut transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) FLAP, diangkat. Prosedur ini dapat dilakukan dengan penggunaan jaringan tubuh sendiri atau menggunakan prostesis seperti implan silikon (PPKP Kemenkes RI, 2020).

2. Klasifikasi Mastektomi

- a. Mastektomi radikal modifikasi (MRM) melibatkan pengambilan tumor pada payudara serta pengangkatan seluruh payudara, termasuk struktur alami seperti otot lattissimus dorsi (LD) atau transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) FLAP, atau penggunaan implan silikon.
- b. Mastektomi simpel melibatkan pengangkatan seluruh payudara bersama kompleks puting areola tanpa melibatkan diseksi kelenjar getah bening aksila.
- c. Mastektomi subkutan (Nipple skin sparing mastectomy) melibatkan pengangkatan seluruh jaringan payudara sambil menjaga kulit serta puting aerola, dengan atau tanpa melibatkan diseksi kelenjar getah bening aksila.
- d. Mastektomi radikal klasik adalah tindakan pengangkatan payudara, kompleks puting aerola, otot pektoralis mayor dan minor, serta kelenjar getah

benign aksilaris pada level I, II, dan III secara keseluruhan.

3. Indikasi dan Kontraindikasi Mastektomi

Operasi mastektomi dilakukan berdasarkan indikasi tertentu, termasuk kanker payudara stadium 0 (*insitu*), keganasan jaringan lunak di area payudara, dan juga pada tumor jinak seperti Phyllodes tumor yang melibatkan seluruh jaringan payudara (misalnya: Phyllodes tumor) (Yossrantika, 2021). Di sisi lain, kontraindikasi terhadap operasi mastektomi meliputi kondisi di mana tumor terhubung erat dengan dinding dada, terdapat edema pada lengan, nodul satelit yang menyebar luas, serta kondisi mastitis inflamator (Engram, 2009), seperti yang dijelaskan dalam Yossrantika (2021).

4. Komplikasi Mastektomi

Setelah menjalani mastektomi, pasien kanker payudara dapat mengalami komplikasi jangka panjang seperti disabilitas, di antaranya adalah keterbatasan fungsi bahu yang mungkin muncul beberapa bulan hingga tahun setelah operasi dan memiliki kemungkinan untuk berlangsung sepanjang hidup pasien (Rachmawati, 2019).

5. Gangguan Citra Diri

Individu yang menderita kanker payudara mungkin mengalami dinamika konsep diri, sebagaimana sebuah proses yang bergerak, menjadi konsep diri yang bersifat positif-negatif. Pasien kanker payudara dengan persepsi negatif terhadap konsep diri mereka cenderung mengalami lebih banyak keluhan dibandingkan dengan mereka yang memandang diri secara positif. Mayoritas keluhan yang dialami ini timbul akibat perubahan fisik atau kehilanganrnp, terutama pada bagian payudara. Beberapa masalah yang seringkali dikeluhkan meliputi luka pada payudara yang dapat menyebabkan aroma yang tidak enak, kebotakan yang disebabkan oleh efek kemoterapi, serta

mual dan muntah yang bisa berlangsung selama beberapa hari setelah menjalani sesi kemoterapi. Pasien kanker payudara dengan penerimaan diri rendah cenderung merasa negatif tentang diri mereka sendiri dan tubuh mereka, sedangkan mereka dengan penerimaan diri sedang mungkin mengeluh tentang kondisi mereka tetapi masih bekerja sama dengan pengobatan. Penelitian ini juga menemukan hubungan yang signifikan antara konsep diri dan penerimaan diri pada pasien kanker payudara.

6. Dampak Mastektomi

Menurut Ashurt & Hall (dalam Grogan & Mechan, 2016), akibat psikologis yang sering kali timbul setelah menjalani mastektomi meliputi timbulnya kekhawatiran mengenai perubahan bentuk tubuh yang mengakibatkan ketidakseimbangan, hilangnya rasa percaya diri, perasaan kehilangan identitas pribadi, dan penurunan harga diri. Dampak yang paling terasa dari mastektomi adalah kehilangan femininitas yang dapat diartikan sebagai penderitaan dan dapat dikaitkan dengan pemikiran tentang kematian. Efek fisiologis setelah mastektomi disebut dengan sindrom nyeri pasca mastektomi (*Post-Mastectomy Pain Syndrome, PMPS*), yang melibatkan sensasi sakit fisik seperti kesemutan dan adanya cairan dari area bekas operasi. Ferreira, dkk (2014), menjelaskan bahwa rasa sakit pasca mastektomi sering digambarkan sebagai sensasi seperti tersengat listrik yang ringan, nyeri seperti tertusuk jarum, pembengkakan di area ketiak, lengan, dan dada yang menimbulkan rasa sesak, serta adanya gangguan detak jantung.

7.3 Konsep Histerektomi

1. Pengertian

Asal usul kata "histerektomi" berasal dari gabungan bahasa Latin "histera" yang merujuk pada rahim atau uterus, dan "ectomi" yang berarti pemotongan. Dengan demikian, histerektomi merupakan prosedur bedah yang dilakukan oleh dokter kandungan untuk mengangkat rahim. Histerektomi diklasifikasikan sebagai total apabila dalam prosedur ini seluruh rahim diangkat, termasuk serviks atau bagian mulut rahim, korpus, serta fundus uteri. Histerektomi dianggap sebagai parsial apabila prosedur bedah ini melibatkan pengangkatan rahim tetapi mempertahankan serviks atau bagian mulut rahim. Histerektomi merupakan prosedur pembedahan dalam pengangkatan seluruh atau sebagian Rahim. Histerektomi merupakan operasi bedah ginekologi utama yang paling umum dilakukan wanita dengan angka 33,5% dilakukan untuk mioma (Pratama, et al. 2021).

2. Tujuan Histerektomi

Tujuan utama histerektomi adalah untuk mengangkat rahim pada wanita yang menderita penyakit tertentu dan telah menjalani berbagai perawatan medis, namun kondisinya tidak menunjukkan perbaikan. Pengangkatan uterus menjadi opsi terakhir yang direkomendasikan kepada pasien. Sebelum menjalani operasi histerektomi, dokter akan melakukan serangkaian tes, termasuk tes pap, biopsi endometrium, dan ultrasonografi panggul untuk menilai kelayakan pasien untuk operasi.

Fungsi atau tujuan dari histerektomi adalah untuk melakukan pengangkatan rahim pada wanita yang menderita kondisi medis tertentu dan telah menjalani berbagai jenis perawatan medis, tetapi tidak mengalami perbaikan. Tindakan pengangkatan uterus menjadi pilihan

terakhir yang direkomendasikan kepada pasien, apabila tidak terdapat pilihan pengobatan lain yang lebih ringan risikonya atau prosedur yang kurang invasif untuk mengatasi masalah seperti tumor atau kista pada organ reproduksi.

3. Prosedur Tindakan Histerektomi

Histerektomi adalah tindakan operasi ginekologi yang sering dilakukan di Amerika Serikat. Jenis-jenis histerektomi terdiri dari histerektomi total (HT), di mana seluruh uterus, termasuk serviks, korpus, dan fundus uteri, diangkat, serta histerektomi supravaginal (HSV), yaitu pengangkatan uterus tanpa serviks. Tindakan histerektomi bisa menimbulkan beberapa komplikasi, seperti perdarahan, infeksi, cedera organ sekitar, dan gangguan fungsi seksual. Pada histerektomi yang dilakukan dalam kasus kanker serviks, kerusakan pada sistem saraf otonom dapat memengaruhi aliran darah di vagina dan mengganggu rangsangan seksual.

Proses histerektomi dimulai dengan membuat sayatan biasanya di bawah garis pusat perut. Kemudian, dokter bedah membuka dinding perut dari kedua sisi dan menggunakan alat untuk mengangkat rahim. Setelah pengangkatan rahim selesai, sayatan pada perut dijahit untuk menutup luka. Dalam banyak kasus, dokter juga akan mengangkat leher rahim. Operasi ini biasanya berlangsung sekitar satu jam dan dilakukan di bawah anestesi.

4. Jenis Histerektomi

Menurut Rizal dan Dimas (2017), terdapat beberapa jenis histerektomi yang umum dilakukan oleh wanita:

a. Histerektomi Radikal

Histerektomi radikal melibatkan pengangkatan seluruh sistem reproduksi, termasuk seluruh rahim, serviks, tuba fallopi, ovarium, bagian atas vagina, serta

jaringan lemak dan kelenjar getah bening. Prosedur ini biasanya dilakukan pada pasien dengan kanker. Histerektomi radikal termasuk operasi yang lebih luas dibandingkan histerektomi totalis abdominal, karena juga melibatkan pengangkatan jaringan lunak yang mengelilingi uterus dan bagian atas vagina. Biasanya, tindakan ini dilakukan pada kasus karsinoma serviks stadium dini, dan komplikasi lebih umum terjadi pada jenis histerektomi ini dibandingkan dengan histerektomi tipe abdominal.

b. Histerektomi Abdominal

Dalam histerektomi tipe abdominal, terdapat beberapa variasi:

- a. Histerektomi Total: Semua rahim dan serviks diangkat dalam histerektomi total. Ada juga varian histerektomi total bilateral salpingooforektomi, yang melibatkan tuba fallopi dan ovarium. Keuntungan dari histerektomi total adalah mengangkat sumber potensial karsinoma dan prekanker. Namun, prosedur ini lebih rumit dan memiliki tingkat komplikasi yang lebih besar.
- b. Histerektomi Subtotal: Histerektomi subtotal melibatkan pengangkatan bagian atas uterus dengan meninggalkan segmen bawah rahim. Tindakan ini umumnya dilakukan pada kondisi gawat darurat obstetrik seperti pendarahan pasca persalinan akibat atonia uteri, prolapsus uteri, dan plasenta akreta. Pasien yang menjalani histerektomi subtotal tetap harus menjalani pemeriksaan rutin seperti papsmear untuk memeriksa kesehatan leher rahim.
- c. Histerektomi Eksenterasi Pelvik
Histerektomi eksenterasi pelvik melibatkan pengangkatan semua jaringan dalam rongga panggul.

Tindakan ini dilakukan pada kasus metastasis di daerah panggul.

5. Resiko dan Efek Samping Histerektomi

Alfiyah (2017) mengemukakan bahwa histerektomi memiliki efek samping yang perlu diperhatikan. Dampak fisik dari histerektomi dapat mencakup beberapa hal, seperti:

a. Pendarahan Vagina

Pasien yang telah menjalani histerektomi total mungkin mengalami pendarahan vagina yang disebabkan oleh iritasi atau infeksi pada vagina. Pada histerektomi parsial, pendarahan ini mungkin berasal dari vagina atau serviks. Histerektomi parsial dilakukan dengan menjaga ovarium dan serviks. Mungkin karena selaput lendir serviks, pendarahan masih dapat terjadi, sementara ovarium dan hormon kewanitaan tetap berfungsi, yang dapat memicu respon seperti menstruasi. Kelelahan fisik dan stres juga dapat mempengaruhi kondisi ini.

b. Gangguan Kandung Kemih dan Kerusakan Usus

Kejang kandung kemih sering terjadi setelah histerektomi dan dapat meningkat selama beberapa minggu pertama pascaoperasi. Hal ini sering disebabkan oleh langkah awal operasi yang tidak menghindari diseksi serviks anterior dari kandung kemih. Kerusakan pada usus dapat terjadi jika loop usus menempel pada kavum douglas, uterus, atau adneksa. Meskipun jarang, kondisi ini bisa terdeteksi dari bau feses atau cairan feses dalam lapangan operasi.

c. Gejala-Gejala Menopause

Histerektomi yang melibatkan pengangkatan kedua ovarium akan memasukkan wanita ke dalam masa menopause, meskipun biasanya terjadi pada usia

40-45 tahun. Hal ini disebabkan hilangnya produksi hormon seks wanita seperti estrogen dan progesteron oleh ovarium. Operasi histerektomi tanpa pengangkatan ovarium tidak akan menyebabkan menopause dini karena ovarium masih dapat menghasilkan hormon.

d. Nyeri Kronis

Setelah histerektomi, nyeri kronis bisa terjadi, yang bersumber dari ujung saraf yang mengirimkan sinyal rasa sakit. Nyeri seperti ini dapat diobati dengan mengurangi sinyal saraf yang abnormal.

e. Penyempitan Vagina yang Luas

Pemotongan berlebihan pada mukosa vagina dapat menyebabkan penyempitan vagina. Meskipun lebih baik membiarkan mukosa vagina berlebihan daripada terlalu sedikit, kondisi ini memerlukan penanganan dan rekonstruksi vagina.

Selain itu, dampak sosial histerektomi, yang mencakup keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari karena perubahan fisik, serta dampak psikologis, seperti ketakutan akan kambuhnya penyakit atau efek samping histerektomi yang bisa mempengaruhi kualitas hidup dan gejala depresi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyah, I. N., Badi'ah, A., & Suryani, E. 2018. Pengaruh Terapi Murottal Ar-Rahman dan Terjemahnya Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operatif dengan Sub Arachnoid Blok (SAB) di RS PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).
- Dimas Febrianto and Ahmad Rizal Khabibu. 2015. Studi Fenomenologi Konsep Diri pada Wanita dengan Histerektomi di Kabupaten Lamongan, Pekajan-Pekalongan, Fakultas Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah. Retrieved from <http://www.eskripsi.stikesmuh-pkj-ac.id/e-skripsi/index>
- Ferreira M.P.A., Martins J.P., Hirvonen J., Santos H.A. 2020. Spray-Drying For The Formulation Of Oral Drug Delivery Systems. In *Nanotechnology For Oral Drug Delivery* (pp. 129-154). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818038-9.00007-7>
- Grogan, S., & Mechan, J. 2017. Body Image After Mastectomy: A Thematic Analysis Of Younger Women's Written Accounts. *Journal Of Health Psychology*, 22(11), 1480–1490. <https://doi.org/10.1177/13591053166301>
- Kemenkes RI. 2020. Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Merlin, N. M., Toba, Y., Pandie, F. R., & Vanchapo, A. R. 2021. Hubungan Konsep Diri Dengan Penerimaan Diri Pasien Kanker Payudara [Correlation Between Self-Concept With Self-Acceptance In Breast Cancer Patient]. *Jurnal Kesehatan*, 12(2), 273-279.

- Rachmawati, N., Prabowo, T., & Fathurrachman, F. 2019. Level Of Disability And Limitation Of Shoulder Motion In Post Mastectomy At Hasan Sadikin Hospital Bandung In 2019. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 7(4), 2.
- Wiwing Setiono, Artikel Histerektomi. Retrieved from <http://Ipkeperawatan.blogspot.com/2013/12/histerektomy.html> diakses 13 Agustus 2023.
- Wang, M., Huang, J., & Chagpar, A. B. 2020. Is Nipple Sparing Mastectomy Associated With Increased Complications, Readmission And Length Of Stay Compared To Skin Sparing Mastectomy? *The American Journal Of Surgery*, 219(6), 1030-1035.
- Yossrantika, H. 2021. Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Kanker Payudara Dengan Tindakan Mastektomi Di Ruang Operasi Rs Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2021 (Doctoral Dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).

BAB 8

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT: SISTEMIK LUPUS ERITEMATOSUS DAN ANEMIA

Oleh Ns. Nonok Karlina

8.1 Pendahuluan

Konsep diri merupakan salah satu faktor terpenting yang menentukan identitas individu dan persepsi diri dalam kehidupan manusia. Persepsi, penilaian, dan pemahaman seseorang tentang sifat fisik, emosional, sosial, dan kognitif mereka sendiri membentuk konsep diri mereka. Konsep diri, bagaimanapun, dapat dipengaruhi secara serius oleh beberapa penyakit medis, seperti *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) dan anemia. Kehilangan pasien dalam konteks masalah kesehatan mereka mungkin memiliki dampak psikologis dan emosional yang signifikan. Konsep diri (*self-concept*) merupakan bagian dari masalah kebutuhan psikososial yang tidak didapat sejak lahir, akan tetapi dapat dipelajari sebagai hasil dari pengalaman seseorang terhadap dirinya. Konsep diri ini berkembang secara bertahap sesuai dengan tahap perkembangan psikososial seseorang. Kehilangan merupakan suatu situasi yang berat untuk diterima, karena selain individu harus terbiasa dengan kondisi yang baru akibat kehilangan, juga karena kehilangan sangat berkaitan erat dengan kontrol emosi individu (Santrock, 2014). Kehilangan (*loss*) adalah suatu keadaan ketika individu berpisah dengan sesuatu yang

sebelumnya ada atau dimiliki, baik sebagian atau keseluruhan (Riyadi & Purwanto, 2009).

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) adalah penyakit hasil dari regulasi sistem imun yang terganggu, yang menyebabkan autoantibodi diproduksi berlebihan, yang pada kondisi normal di produksi dan digunakan untuk melindungi tubuh dari benda asing (virus, bakteri, alergen, dan lain - lain) namun pada kondisi ini antibodi tersebut kehilangan kemampuan untuk membedakan antara benda asing dan jaringan tubuh sendiri (Fatmawati, 2018). Lupus adalah penyakit autoimun kronis yang dapat menyerang beberapa organ penting di dalam tubuh, yaitu kulit, sendi, darah, ginjal, otak, dan organ dalam lainnya. Lupus adalah penyakit yang terjadi karena penurunan sistem kekebalan tubuh dan menyerang semua organ tubuh manusia dari ujung kaki hingga ujung rambut. Penyakit Lupus dikenal sebagai "penyakit seribu wajah" karena karakteristik penampilan lupus Pada setiap pasien berbeda. Bagi penderita lupus, sistem kekebalan tubuh yang seharusnya berfungsi untuk melindungi tubuh dari kekacauan, yaitu zat antibodi dalam tubuh pasien menyerang organnya sendiri (Djoerban, 2015). Anemia merupakan keadaan menurunnya kadar hemoglobin hemotokrit dan jumlah sel darah merah di bawah nilai normal yang dipatok untuk perorangan. Anemia merupakan salah satu manifestasi hematologi dari SLE, dan biasanya normokromik normositer.

Dalam kehidupan manusia, konsep diri memainkan peran sentral dalam membentuk identitas dan persepsi individu terhadap dirinya sendiri. Konsep diri melibatkan pandangan, penilaian, dan pemahaman seseorang terhadap karakteristik fisik, emosional, sosial, dan kognitifnya. Namun, bagi individu yang mengalami kondisi medis tertentu, seperti Lupus Eritematosus Sistemik (SLE) dan anemia, konsep diri dapat terpengaruh secara signifikan. Kehilangan yang dialami

oleh pasien dalam konteks kondisi kesehatan ini dapat membawa dampak psikologis dan emosional yang mendalam.

8.2 Teori Konsep Diri

8.2.1 Konsep Diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui oleh individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri merupakan persepsi terhadap diri kita sendiri. Konsep diri adalah penilaian dan gambaran terhadap diri kita sendiri. Konsep diri yang terbentuk akan menentukan tingkah laku individu. Konsep diri termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan dan keinginannya. Konsep diri berkembang secara bertahap sejak bayi mengenal dan membedakan dirinya dengan orang lain. Konsep diri dipelajari dari kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016).

8.2.2 Komponen Konsep Diri

Komponen konsep diri terbagi menjadi 4 aspek yaitu : (Azizah *et al.*, 2016).

1. Citra Tubuh (*Body Image*)

Gambaran ini adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar maupun tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu. Pada usia remaja, fokus individu terhadap fisik lebih menonjol dari periode kehidupan yang lain. Bentuk tubuh, tinggi badan, berat badan, pertumbuhan sekunder, perkembangan mamae, perubahan suara dan lain-lain itu akan menjadi bagian dari gambaran diri. Citra tubuh

berhubungan erat dengan kepribadian. Cara individu memandang diri mempunyai aspek psikologis terhadap penerimaa, pandangan realistik yang akan memberi rasa aman dan meningkatkan harga diri.

2. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi. Standar berhubungan dengan tipe orang yang diinginkan, aspirasi, cita-cita dan nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita dan harapan pribadi berdasarkan norma sosial dan kepada siapa ia ingin lakukan.

3. Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicintai dan menerima penghargaan dari orang lain. Harga diri akan rendah jika kehilangan kasih sayang dan penghargaan orang lain. Menurut Coopersmith yang dikutip oleh Stuart dan Sundeen ada empat cara meningkatkan harga diri :

- a. Memberi kesempatan berhasil. Dengan memberi tugas yang dapat diselesaikan dan memberi pujian dan pengakuan atas keberhasilan,
- b. Menanamkan gagasan, yang dapat memotivasi kreatifitas untuk berkembang,
- c. Mendorong aspirasi dengan menanggapi dan memberikan penjelasan atas pertanyaan dan pengakuan serta sokongan untuk aspirasi yang positif,
- d. Membantu membentuk coping, dengan memberikan latihan dan contoh penyelesaian masalah yang baik.

4. Identitas Diri

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penelitian yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh. Seseorang yang mempunyai identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, unik, dan tiada duanya.

8.2.3 Faktor- faktor yang mempengaruhi Konsep Diri

Faktor yang mempengaruhi perkembangan konsep diri terdiri dari 2 aspek : (Bahari et al., 2012)

1. *Significant Other* (orang yang terpenting atau yang terdekat)

Yaitu konsep diri dipelajari melalui kontak dan pengalaman dengan orang lain. pengaruh orang terdekat, budaya dan sosialisasi penting sepanjang siklus hidup.

2. *Self Percection* (persepsi diri sendiri)

Yaitu persepsi individu terhadap diri sendiri dan penilaiannya, serta persepsi individu terhadap pengalaman akan situasi tertentu. Individu dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif dan dapat dilihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan. Sedangkan konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial terganggu.

Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi konsep diri meliputi 5 aspek sesuai dengan komponen konsep diri, sebagai berikut :

1. Citra tubuh
2. Ideal Diri
3. Harga diri
4. Peran
5. Identitas diri

Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dalam konsep diri terdiri dari 2 aspek, sebagai berikut : (Bahari *et al.*, 2012 dalam Stuart, 2007)

1. Trauma

Situasi dan stressor yang dapat mempengaruhi citra tubuh berupa hilangnya bagian tubuh, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses pertumbuhan dan perkembangan, dan prosedur tindakan dan pengobatan. Sedangkan situasi dan stressor yang dapat mempengaruhi harga diri berupa, penolakan orang tua, kurang penghargaan dari orang tua, pola asuh anak (terlalu dilarang, dikontrol, dituntut), bersaing dengan saudara, kesalahan dan kegagalan yang berulang-ulang, gagal menerima tanggung jawab, menentukan standar yang tidak dapat dicapai.

2. Ketegangan Peran

Ketegangan peran adalah stres yang berhubungan dengan frustrasi yang dialami individu dalam peran. Stressor yang berhubungan yaitu:

a. Transisi perkembangan

Transisi perkembangan adalah perubahan normatif berhubungan dengan pertumbuhan. Setiap perkembangan dapat menimbulkan ancaman pada identitas. Setiap tahap perkembangan harus dilakukan individu dengan menyelesaikan tugas perkembangan yang berbeda-beda.

b. Transisi situasi

Transisi situasi terjadi sepanjang daur kehidupan. Transisi situasi merupakan bertambah atau berkurangnya orang yang penting dalam kehidupan individu melalui kelahiran atau kematian orang yang berarti, misalnya status sendiri menjadi menikah atau menjadi orang tua.

c. Transisi sehat-sakit

Transisi sehat-sakit berubah dari tahap sehat ke tahap sakit. Beberapa stressor pada tubuh dapat menyebabkan gangguan gambaran diri dan berakibat perubahan konsep diri.

3. Stressor tubuh

Stressor tubuh berupa kehilangan bagian tubuh, kerusakan bagian tubuh, prosedur medis dan keperawatan.

8.2.4 Gangguan Konsep Diri

Macam – macam gangguan konsep diri

1. Gangguan Citra tubuh

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Semakin besar makna penting dari bagian tubuh yang spesifik, maka semakin besar ancaman yang dirasakan akibat perubahan dalam citra tubuh.

2. Gangguan Ideal Diri

Gangguan ideal diri merupakan suatu ideal diri yang terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis. Tanda dan gejala klien mengalami gangguan ideal diri antara lain dengan mengungkapkan keputusan akibat penyakitnya, membayangkan suatu hal yang tidak mungkin terjadi, dan mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi dan sukar dicapai.

3. Gangguan Harga Diri

Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Tanda dan gejala harga diri rendah meliputi perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit, rasa bersalah terhadap diri sendiri, keadaan emosi yang labil, gangguan hubungan sosial, percaya diri kurang dan

sukar mengambil keputusan, dan mencederai diri.

4. Gangguan Peran Diri

Gangguan penampilan peran diri adalah berubah atau berhentinya fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, proses menua, putus sekolah, dan putus hubungan kerja. Tanda dan gejala individu yang mengalami gangguan peran meliputi mengingkari ketidakmampuan menjalankan peran, ketidakpuasan peran, kegagalan menjalankan peran yang baru, ketegangan menjalankan peran yang baru, kurang tanggung jawab, dan patis/bosan/ jenuh dan putus asa.

5. Gangguan Identitas Diri

Gangguan identitas diri adalah keaburan/ketidakpastian memandang diri sendiri, penuh keragu-raguan, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan. Batasan karakteristik gangguan identitas diri meliputi sifat kepribadian yang bertentangan, perasaan hampa, sukar mengambil keputusan, ketergantungan, tingkat ansietas yang tinggi, ragu/ tidak yakin terhadap keinginan, dan ketidakmampuan untuk empati terhadap orang .

8.3 Teori Kehilangan

8.3.1 Definisi Kehilangan

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan (Potter & Perry, 2017).

Kehilangan merupakan suatu kondisi yang terputus atau terpisah atau memulai sesuatu tanpa hal yang berarti sejak kejadian tersebut. Kehilangan mungkin terjadi secara bertahap atau mendadak, bisa tanpa kekerasan atau traumatik, diantisipasi atau tidak diharapkan/diduga, sebagian atau total

dan bisa kembali atau tidak dapat kembali (Dian dan Puspita, 2019).

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan. Tipe dari kehilangan mempengaruhi tingkat distres. Namun demikian, setiap individu berespons terhadap kehilangan secara berbeda.

8.3.2 Tanda gejala kehilangan

Tanda dan Gejala Kehilangan menurut Ambarwati dan Sunarsih (2011), tanda dan gejala kehilangan diantaranya :

1. Ungkapan kehilangan
2. Menangis
3. Gangguan tidur
4. Kehilangan nafsu makan
5. Sulit berkonsentrasi
6. Karakteristik berduka yang berkepanjangan, yaitu :
 - a. Mengingkari kenyataan kehilangan terjadi dalam waktu yang lamaSedih berkepanjangan
 - b. Adanya gejala fisik yang berat
 - c. Keinginan untuk bunuh diri

8.3.3 Tipe Kehilangan

Menurut Dian dan Puspita (2019) kehilangan dibagi dalam 2 tipe yaitu:

1. Aktual atau nyata Mudah dikenal atau diidentifikasi oleh orang lain, misalnya amputasi, kematian orang yang sangat berarti / di cintai.
2. Persepsi Hanya dialami oleh seseorang dan sulit untuk dapat dibuktikan, misalnya; seseorang yang berhenti bekerja / PHK, menyebabkan perasaan kemandirian dan kebebasannya menjadi menurun.

8.3.4 Jenis – jenis kehilangan

Menurut Potter&Perry (2017) Jenis-jenis kehilangan adalah sebagai berikut :

1. Kehilangan objek eksternal, misalnya kehilangan karena kecurian atau kehancuran akibat bencana alam.
2. Kehilangan lingkungan yang dikenal, misalnya kehilangan karena berpindah rumah, dirawat di rumah sakit, atau berpindah pekerjaan.
3. Kehilangan sesuatu atau individu yang berarti, misalnya kehilangan pekerjaan, kepergian anggota keluarga atau teman dekat, kehilangan orang yang dipercaya, atau kehilangan binatang peliharaan.
4. Kehilangan suatu aspek diri, misalnya kehilangan anggota tubuh dan fungsi psikologis atau fisik.
5. Kehilangan hidup, misalnya kehilangan karena kematian anggota keluarga, teman dekat, atau diri sendiri.

8.3.5 Dampak Kehilangan

Menurut Uliyah dan Hidayat (2011), kehilangan pada seseorang dapat memiliki berbagai dampak, diantaranya :

1. Masa anak-anak, maka kehilangan akan dapat mengancam kemampuannya untuk berkembang, terkadang akan timbul regresi serta merasa takut untuk ditinggalkan atau dibiarkan kesepian.
2. Masa remaja atau dewasa muda, kehilangan dapat terjadi perpecahan dalam keluarga.
3. Masa dewasa tua, khususnya kematian pasangan hidup dapat menjadi pukulan yang sangat berat dan menghilangkan semangat hidup orang yang ditinggalkan

8.4 SLE (*Systemic Lupus Erythematosus*)

8.4.1 Pengertian

Lupus adalah penyakit inflamasi kronik sistemik yang disebabkan oleh system kekebalan yang keliru sehingga mulai menyerang jaringan dan organ tubuh sendiri. (Kemenkes, 2017).

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) adalah penyakit hasil dari regulasi sistem imun yang terganggu, yang menyebabkan autoantibodi diproduksi berlebihan, yang pada kondisi normal di produksi dan digunakan untuk melindungi tubuh dari benda asing (virus, bakteri, alergen, dan lain – lain) namun pada kondisi ini antibodi tersebut kehilangan kemampuan untuk membedakan antara benda asing dan jaringan tubuh sendiri (Fatmawati, 2018).

Menurut Laeli (2016) *Systemic Lupus Erythematosus* merupakan penyakit autoimun yang bukan disebabkan oleh virus, kuman atau bakteri. Faktor hormon, lingkungan dan genetik adalah sebagai pemicu penyakit lupus. Keterbatasan fisik yang mudah lelah, sensitif terhadap perubahan suhu, kekakuan sendi, nyeri tulang belakang dan pembuluh darah yang mudah pecah sering dialami oleh penderita lupus. Penderita dapat mengalami rasa letih yang berlebihan, penampilan fisik yang berubah karena efek dan pengobatan yang bisa menyebabkan kebotakan, muncul ruam pada wajah dan pembengkakan pada kaki.

8.4.2 Etiologi

Sehingga kini penyebab pasti SLE belum diketahui. Ada kemungkinan faktor genetik, kuman, virus. sinar ultraviolet, dan obat-obatan tertentu memainkan peranan. Penyakit SLE ini lebih kerap ditemui di kalangan kaum wanita. Beberapa faktor resiko SLE : (Suarjana, 2016).

1. Faktor genetik.

Kejadian SLE yang lebih tinggi pada kembar monozigotik (25%) dibandingkan dizigotik (3%), peningkatan frekuensi SLE pada keluarga penderita SLE dibandingkan dengan kontrol sehat dan peningkatan prevalensi SLE pada kelompok etnik tertentu, menguatkan dugaan bahwa faktor genetik berperan dalam pathogenesis SLE.

2. Hormonal

Pada penderita SLE wanita lebih dominan bila dibanding pria. Serangan pertama kali SLE jarang terjadi pada usia prapubertas dan setelah menopause.

3. Disfungsi Imun

Gangguan imunologis utama pada penderita SLE adalah produksi autoantibodi. Antibody antinuclear (ANA) adalah antibody yang paling banyak ditemukan pada penderita SLE (95%). Anti ds DNA dan antibody-Sm antibody merupakan antibody yang spesifik untuk SLE.

4. Faktor lingkungan

Faktor fisik/kimia, faktor makanan, agen infeksi, hormone estrogen.

8.4.3 Klasifikasi

Penyakit ini dikelompokkan dalam tiga jenis (kelompok), yaitu :

1. Sistemik Lupus Eritematosus.

Pada sekitar 10% pasien lupus diskoid, penyakitnya berkembang menjadi lupus sistemik yang memengaruhi organ internal tubuh seperti sendi, paru-paru, ginjal, darah, dan jantung. Lupus jenis ini sering ditandai dengan periode suar (ketika penyakit ini aktif) dan periode remisi (ketika penyakit ini tidak aktif).

2. Lupus Eritematosus Kutaneus.

Cutaneus Lupus atau sering disebut dengan discoid, adalah penyakit lupus yang terbatas pada kulit. Klien dengan lupus diskoid memiliki versi penyakit yang terbatas pada kulit, ditandai dengan ruam yang muncul pada wajah, leher, dan kulit kepala, tetapi tidak memengaruhi organ internal. Penyakit ini biasanya lebih ringan biasanya sekitar 10%-15% yang berkembang menjadi lupus sistemik.

3. *Drug Induced Lupus* (DIL)

DIL atau dikenal dengan nama Lupus karena pengaruh obat. Jenis lupus ini disebabkan oleh reaksi terhadap obat resep tertentu dan menyebabkan gejala sangat mirip lupus sistemik. Obat yang paling sering menimbulkan reaksi lupus adalah obat hipertensi hydralazine dan obat aritmia jantung procainamide, obat TBC Isoniazid, obat jerawat Minocycline dan sekitar 400-an obat lain. Gejala penyakit lupus mereda setelah pasien berhenti mengkonsumsi obat pemicunya.

8.4.4 Manifestasi klinis

Menurut Suntoko (2014), gejala pada setiap penderita berlainan, serta ditandai oleh masa bebas gejala (remisi) dan masa kekambuhan (eksaserbasi). Pada awal penyakit, lupus hanya menyerang satu organ, tetapi di kemudian hari akan melibatkan organ lainnya.

1. Manifestasi umum.

Cepat lelah, nafsu makan menurun, demam dan menurunnya berat badan

2. Sistem integumen.

Lesi akut pada kulit yang terdiri atas ruam berbentuk kupu-kupu yang melintang pangkal hidung serta pipi, dan ulkus oral dapat mengenai mukosa pipi atau palatum durum.

3. Sistem musculoskeletal.

Artralgia, Arthritis, nyeri tekan dan rasa nyeri ketika bergerak, dan rasa kaku pada pagi hari.

4. Sistem perkemihan.
Glomerulus renal yang biasanya terkena.
5. Sistem gastrointestinal.
Kelainan pada esophagus, vaskulitis mesentrika, radang pada usus, pankreatitis, hepatitis dan peritonitis.
6. Sistem hematologi
Anemi, trombositopeni, limfopenia, leukopeni.
7. Sistem pernafasan.
Pleuritis atau efusi pleura.
8. Sistem kardiovaskuler.
Perikarditis dan gangguan miocardium.
9. Sistem vaskuler
Vaskulitis merupakan peradangan pembuluh darah, suatu kondisi dimana jaringan rusak oleh sel darah memasuki jaringan.
10. Sistem neuropsikiatrik.
Spektrum gangguan sistem saraf pusat sangat luas dan mencakup seluruh bentuk penyakit neurologik, sering terjadi depresi dan psikosis.

8.4.5 Patofisiologi

Patofisiologi penyakit SLE disebabkan adanya satu atau beberapa faktor pemicu yang tepat pada individu yang mempunyai predisposisi genetik akan menghasilkan tenaga pendorong abnormal terhadap sel TCD 4+, mengakibatkan hilangnya toleransi sel T terhadap sel-antigen. Sebagai akibatnya munculah sel T autoreaktif yang akan menyebabkan induksi serta ekspansi sel B, baik yang memproduksi autoantibodi maupun yang berupa sel memori. Sebagian dari yang diduga termasuk didalamnya ialah hormon seks, sinar ultraviolet dan berbagai macam infeksi (Suarjana, 2015).

Pada lupus, tubuh melakukan reaksi yang berlebihan terhadap stimulus asing dan banyak memproduksi antibodi, atau protein-protein yang melawan jaringan tubuh. Oleh

karena itu lupus disebut sebagai penyakit autoimun (auto berarti dengan sendirinya). *American College of Rheumatology (ACR)* menetapkan 11 kriteria diagnostik Lupus Eritematosus Sistemik, meliputi 4 kelainan di kulit, 4 kelainan sistemik, dan 3 kelainan laboratorium. Kelainan di kulit berupa sensitivitas terhadap sinar matahari, penyakit mulut, butterfly rash, dan luka disoid. Kelainan sistemik berupa kelainan pada jantung dan paru-paru, ginjal, sistem saraf pusat, dan tulang sendi. Kelainan pemeriksaan laboratorium berupa perubahan jumlah darah, hasil tes ANA positif, dan kelainan antibodi darah lainnya (Wallace, 2007).

8.5 Anemia

8.5.1 Definisi Anemia

Anemia adalah keadaan dimana jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin di dalamnya lebih rendah dari normal atau tidak mencukupi kebutuhan tubuh (WHO, 2018). Anemia adalah suatu keadaan tubuh dimana kadar hemoglobin dalam darah kurang dari jumlah normal atau sedang mengalami penurunan. Anemia merupakan kondisi dimana sel darah merah tidak mencukupi kebutuhan fisiologis tubuh (Kemenkes, 2019).

8.5.2 Klasifikasi Anemia

Klasifikasi anemia Menurut Prawirohardjo (2009), macam-macam anemia adalah sebagai berikut:

1. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya mineral fe. Kekurangan ini dapat disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dengan makanan, karena gangguan absorpsi atau terpantau banyaknya besi keluar dari tubuh, misalnya pada pendarahan.

2. Anemia megaloblastik adalah anemia yang disebabkan oleh defisiensi asam folat, jarang sekali karena defisiensi vitamin B12, anemia ini sering ditemukan pada wanita yang jarang mengonsumsi sayuran hijau segar atau makanan dengan protein hewani tinggi.
3. Anemia hemolitik adalah anemia yang disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya.
4. Anemia hipoplastik dan aplastik adalah anemia yang disebabkan karena sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah yang baru. Pada sepertiga kasus anemia dipicu oleh obat atau zat kimia lain, infeksi, radiasi, leukimia dan gangguan imunologis.

8.5.3 Etiologi Anemia

Menurut WHO (2018), Penyebab paling umum dari anemia termasuk kekurangan nutrisi, terutama kekurangan zat besi, meskipun kekurangan folat, vitamin B12 dan A juga merupakan penyebab penting, hemoglobinopati, dan penyakit menular, seperti malaria, tuberkulosis, HIV dan infeksi parasit. Menurut Kemenkes (2019) anemia dapat disebabkan oleh berbagai faktor misalnya kekurangan asupan gizi, penyakit infeksi seperti malaria, mengalami perdarahan saat melahirkan, kebutuhan tubuh yang meningkat, akibat mengidap penyakit kronis, dan kehilangan darah akibat menstruasi dan infeksi parasite (cacing).

Menurut Handayani dan Handayani & Haribowo (2008), pada dasarnya gejala anemia timbul karena dua hal berikut ini:

1. Anoreksia organ target karena berkurangnya jumlah oksigen yang dapat dibawa oleh darah ke jaringan.
2. Mekanisme kompensasi tubuh terhadap anemia. Anemia gizi besi dapat terjadi karena:
 - a. Kandungan zat besi dari makanan yang dikonsumsi tidak mencukupi kebutuhan.

- b. Makanan yang kaya akan kandungan zat besi adalah: makanan yang berasal dari hewani (seperti ikan, daging, hati dan ayam).
- c. Makanan nabati (dari tumbuh-tumbuhan) misalnya: sayuran hijau tua, yang walaupun kaya akan zat besi, namun hanya sedikit yang bisa diserap baik oleh usus.

8.5.4 Patofisiologi

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum tulang atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan. Kegagalan sumsum tulang dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui pendarahan destruksi, dapat mengakibatkan defek sel merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang menyebabkan destruksi sel darah merah.

Pecah atau rusaknya sel darah merah terjadi terutama dalam hati dan limpa. Hasil samping proses ini adalah bilirubin yang akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel merah atau hemolisis segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal kurang lebih 1 mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sklera). Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi (pada kelainan hemolitik) maka hemoglobin akan muncul dalam plasma hemoglobinemia. Apabila konsentrasi plasmanya melebihi kapasitas haptoglobin plasma (Protein pengikat hemoglobin yang terlepas dari sel darah merah yang telah rusak) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan kedalam urin (hemoglobinuria).

8.5.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis berdasarkan jenis anemia yaitu (Wijaya&Putri, 2013) :

1. Anemia karena pendarahan

Pendarahan akut merupakan akibat kehilangan darah lebih cepat terjadi karena reflek kardiovaskuler fisiologis berupa kontraksi arteriola, pengurangan aliran darah. Gejala yang timbul tergantung cepat dan banyaknya darah yang hilang dan tubuh masih dapat melakukan kompensasi. Kehilangan darah sebanyak 12-15% akan tampak gejala pucat, takikardi, tekanan darah rendah atau normal. Kehilangan darah sebanyak 15-20% dapat mengakibatkan tekanan darah menurun dan dapat terjadi syock yang masih reversible. Kehilangan darah lebih dari 20% dapat menimbulkan syock yang irreversible dengan angka kematian tinggi.

2. Anemia defisiensi

a. Anemia defisiensi besi (DB)

Pucat merupakan tanda yang paling sering, bila hemoglobin menurun sampai 5g/dl iritabilitas dan anorexia, takikardi dan bising usus menurun. Pada kasus berat akan mengakibatkan perubahan pada kulit dan mukosa yang progresif seperti lidah yang halus, terdapat tanda-tanda malnutrisi. Hasil laboratorium hemoglobin 6-10g/dl, trombositosis (600.000-1.000.000)

b. Anemia defisiensi asam folat

Tanda dan gejala pada anemia defisiensi asam folat sama dengan anemia defisiensi besi. Anemia megaloblastic mungkin dapat ditemukan gejala neurologis seperti gangguan kepribadian dan hilangnya daya ingat. Gambaran darah seperti anemia perniosa tetapi kadar vitamin B 12 serum normal dan asam folat serum rendah, biasanya kurang dari 3 ng/ml. Menentukan diagnose adalah kadar folat sel darah merah kurang dari 150ng/ml.

c. Anemia hemolitik

1) Anemia hemolitik autoimun

Anemia ini bervariasi dari yang anemia ringan sampai dengan anemia yang berat dan bisa mengancam jiwa. Keluhan pada anemia ini adalah fatigue dapat terlihat bersama gagal jantung kongestif dan angina. Biasanya ditemukan icterus dan spleno megalia.

2) Anemia hemolitik kekurangan enzim

Manifestasi klinik beragam mulai beragam mulai dari anemia hemolitik neonatus berat sampai ringan, hemolisis yang terkompensasi dengan baik dan tampak pertama pada dewasa. Polikromatofilia dan mikrositosis ringan menggambarkan angka kenaikan retikulosit. Manifestasi klinis sangat beragam tergantung dari jenis kekurangan enzim, defisiensi enzim glutathione reductase kadang disertai trombopenia dan leukopenia disertai kelainan neurologis.

3) Sferositosis herediter

Sferositosis herediter menyebabkan penyakit hemolitik pada bayi baru lahir dan tampak dengan anemia dan hyperbilirubinemia yang cukup berat. Sebagian penderita tidak terdapat gejala sampai dewasa sedangkan sebagian lainnya mungkin mengalami anemia berat yang pucat, icterus, lesu dan intoleransi aktivitas. Hasil hemolisis yaitu retikulositosis dan hiperbilirubinemia. Kadar Hb biasanya 6-10g/dL. Angka retikulositosis sering meningkat sampai 6-20% dengan nilai 10%. Eritrosit pada apus darah tepi berukuran bervariasi dan terdiri dari retikulosit polikromatofilik dan sferosis.

4) Thalasemia

Anemia berat tipe mikrositik dengan limpa dan hepar yang membesar. Pada anak biasanya disertai keadaan

gizi yang buruk dan mukanya memperlihatkan fasies mongoloid. Jumlah retikulosit dalam darah meningkat. Hasil laboratorium thalasiemia β HbF>90% tidak ada Hb A.

d. Anemia Aplastik

Anemia aplastic biasanya khas dan bertahap ditandai oleh kelemahan, pucat, sesak nafas pada saat latihan. Hasil laboratorium biasanya ditemukan pansitopenia, sel darah merah normositik dan normokromik artinya ukuran dan warnanya normal, pendarahan abnormal akibat trombositopenia.

8.5.6 Komplikasi

Komplikasi anemia menurut Jitowiyono (2018) adalah:

1. Kelelahan berat, bila anemia cukup parah seseorang mungkin merasa sangat lelah sehingga tidak bisa menyelesaikan tugas sehari – hari.
2. Komplikasi kehamilan, wanita hamil dengan anemia defisiensi folat mungkin lebih cenderung mengalami komplikasi, seperti kelahiran prematur.
3. Masalah jantung, anemia dapat menyebabkan detak jantung cepat atau ireguler (aritmia). Bila seseorang menderita anemia, jantung harus memompa lebih banyak darah untuk mengimbangi kekurangan oksigen dalam darah menyebabkan jantung membesar atau gagal jantung.
4. Kematian, beberapa anemia turunan seperti anemia sel sabit bisa menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa. Kehilangan banyak darah dengan cepat mengakibatkan anemia dan berat dan bisa berakibat fatal.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2019. Permenkes No. 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia. Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 28, 13.
- Azizah, L. M. Zainuri, I. Akbar, A. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan jiwa*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Bahari, K., Halis, F. DK., & Utami, N. W. 2012. Modul Pembelajaran Konsep Diri. Malang. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Keperawatan
- Dian Rista dan Puspita Sylvie. 2019. Modul Pembelajaran Psikososial Dan Budaya Dalam Keperawatan. Jombang. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Jombang
- Djoerban, Z. 2015. Lupus penyakit seribu wajah. Diunduh dari <http://zubairidjoerban.org/lupus-penyakit-seribuwajah-bagian-1/>
- Fatmawati, A. 2018. Regulasi Diri Pada Penyakit Kronis-Systemic Lupus Erythematosus: Kajian Literatur. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 21 (1):43-50.
- Kemenkes. Profil Kesehatan Indonesia 2019. Short Textbook of Preventive and Social Medicine. 2019. 97-98 p.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Infodatin Situasi Lupus di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes RI. 2019. Permenkes No. 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia. Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 28, 13.
- Laeli, S., A. & Karyono. 2016. Pengalaman Sakit pada Penderita Lupus: Interpretative Phenomenological Analysis. *Jurnal Empati*. Vol. 5, No. 3, Agustus 2016: 566-571

- Potter & Perry. 2017. Fundamentals of Nursing Fundamental Keperawatan Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.*
- Prawirohardjo. 2009. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Bina Pustaka.
- Riyadi, Sujono & Purwanto, Teguh. 2009. Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Santrock, J. W. 2014. Psikologi Pendidikan. Edisi 5. Buku 1. Alih bahasa oleh. Harya Bhimasena. Jakarta: Salemba Humanika*
- Stuart, G. W. 2007. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5. Jakarta. EGC*
- Suarjana IN. 2014. Imunopatogenesis Lupus Eritematosus Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III, Jakarta : Interna Publishing. 2014:3331-41
- Suntoko B. 2014. Gambaran Klinik dan Diagnosis Lupus Eritematosus Sistemik. In: Sudoyo A, Setiyohadi B, Alwi I, eds. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam FK-UI. 6th ed. Interna Publishing; 3351-3357
- Uliyah, M. dan Hidayat, A.A. 2011. Buku Ajar Keterampilan Dasar Praktik Klinik. Surabaya : Health Books Publishing
- Wallace, Daniel J. 2007. The Lupus Book: Panduan Lengkap Bagi Penderita Lupus dan Keluarganya. Diterjemahkan oleh Cahya Wiratama. Yogyakarta: B-first.
- WHO. 2018. The Global Prevalence Of Anemia in 2018. Geneva : World Health Organization.
- Handayani, W., & Haribowo, A. S. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi. Jakarta: Salemba Medika
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. 2013. KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah. Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta: Nuha. Medika.*
- Jitowiyono, S. 2018. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Hematologi, Yogyakarta: Pustaka Baru Press

BAB 9

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA PASIEN DENGAN LUKA BAKAR (BURN)

Oleh Ni Komang Winda Dwi Latri

9.1 Konsep Luka Bakar

9.1.1 Pengertian Luka Bakar

Luka bakar merupakan kerusakan jaringan yang dapat disebabkan oleh suhu, listrik, friksi, bahan kimia, dan radiasi (RI, 2019, Jeschke *et al.*, 2020). Luka bakar adalah cedera yang bersifat merusak dan sering mengakibatkan peningkatan angka morbiditas yang signifikan, gangguan emosional, dan penurunan kualitas hidup (Smolle, 2017).

9.1.2 Klasifikasi Luka Bakar

Luka bakar terbagi dalam 3 derajat yaitu: (Sobaryati, 2020).

1. Luka bakar derajat I

Kerusakan jaringan terbatas pada lapisan epidermis (superfisial)/epidermal burn. Kulit hiperemik berupa eritema, edema, tidak terdapat bula, dan terasa nyeri akibat ujung saraf sensoris teriritasi. sering dijumpai deskuamasi hari keempat pasca paparan. Penatalaksanaan dengan salep antibiotika, pelembab kulit dan tidak memerlukan pembalutan.

2. Luka bakar derajat II

Kerusakan meliputi epidermis dan sebagian dermis berupa reaksi inflamasi disertai proses eksudasi. Terdapat bula dan terasa nyeri akibat iritasi ujung-ujung saraf sensoris.

a) Dangkal/superfisial/superficial partial thickness

Kerusakan jaringan meliputi epidermis dan lapisan atas dermis. Kulit tampak kemerahan, edema, dan terasa lebih nyeri daripada luka bakar derajat I. Luka sangat sensitif dan akan lebih pucat jika kena tekanan. Masih dapat ditemukan folikel rambut, kelenjar keringat, dan kelenjar sebacea. Penyembuhan terjadi secara spontan dalam 10-14 hari tanpa sikatrik, namun warna kulit sering tidak sama dengan sebelumnya. Perawatan luka dengan pembalutan, salep antibiotika perlu dilakukan tiap hari. Penutup luka sementara (xenograft, allograft atau dengan bahan sintesis).

b) Dalam/deep partial thickness

Kerusakan jaringan hampir seluruh dermis. Bula sering ditemukan dengan dasar luka eritema yang basah. Permukaan luka berbekas merah dan sebagian putih karena variasi vaskularisasi. Luka terasa nyeri, namun tidak sehebat derajat II dangkal. Folikel rambut, kelenjar keringat, dan kelenjar sebacea tinggal sedikit. Penyembuhan terjadi lebih lama, sekitar 3-9 minggu dan meninggalkan jaringan parut.

3. Luka bakar derajat III

Kerusakan jaringan permanen yang meliputi seluruh tebal kulit hingga jaringan subkutis, otot, dan tulang. Tidak ada lagi elemen epitel dan tidak dijumpai bula, kulit yang terbakar berwarna keabu-abuan pucat hingga warna hitam kering (nekrotik). Luka tidak nyeri dan hilang sensasi akibat kerusakan ujung-ujung saraf sensoris. Penyembuhan lebih sulit karena tidak ada epitelisasi spontan. Perlu dilakukan eksisi dini untuk eskar dan

tandur kulit untuk luka bakar derajat II dalam dan luka bakar derajat III.

9.1.3 Etiologi

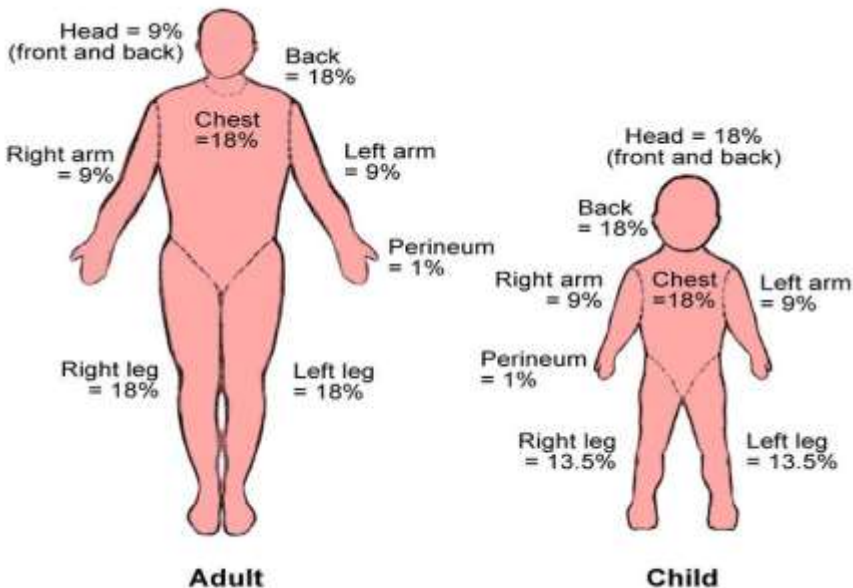
Luka bakar disebabkan oleh suhu dingin, panas, radiasi, kimiawi, gesekan, atau tegangan listrik. Mayoritas luka bakar disebabkan oleh panas dari cairan, padatan, atau api panas. Suhu dan lamanya paparan akan mempengaruhi keparahan dari luka bakar. Nekrosis transepidermal dapat terjadi pada suhu 700°C dalam sedetik, sedangkan paparan suhu 47°C dapat menyebabkan nekrosis transepidermal dalam waktu 45 menit (Jeschke *et al.*, 2020).

9.1.4 Patofisiologi

Beberapa faktor memengaruhi respon tubuh pasca luka bakar antara lain adalah luas dan kedalaman luka bakar, etiologi luka bakar, keterlibatan trauma inhalasi, paparan terhadap toksin, serta ada-tidaknya trauma lain. Sesaat pasca trauma, bagian tubuh yang terkena luka bakar dapat dibagi menjadi tiga zona, yaitu zona koagulasi, zona stasis atau iskemia, serta zona hiperemia. Zona koagulasi adalah daerah dengan kerusakan selular paling besar dan terletak pada bagian tengah luka bakar. Zona stasis atau iskemia adalah daerah yang dapat diselamatkan dan mengalami penurunan perfusi jaringan. Zona hiperemia terletak pada bagian paling luar luka bakar dan merupakan zona dengan peningkatan respon inflamasi dan vasodilatasi. Derajat kerusakan selular pada setiap zona berbeda bergantung terhadap beberapa faktor, yaitu respon autofagi selular yang terjadi 24 jam pasca trauma, *delayed-onset apoptosis* 24–48 jam pasca trauma, serta respon stres oksidatif reversibel. Proses penyembuhan luka bakar diinisiasi oleh neutrofil dan monosit yang mendatangi zona luka bakar melalui mekanisme vasodilatasi local (Broadis *et al.*, 2017, Jeschke *et al.*, 2020).

9.1.5 Luas luka bakar

Penentuan luas luka bakar dengan *rule of nine Wallace* yang membagi sebagai berikut: kepala dan leher 9%, lengan 18%, badan bagian depan 18%, badan bagian belakang 18%, tungkai 36%, dan genetalia/perineum 1%. Luas telapak tangan penderita adalah 1% dari luas permukaan tubuhnya. Pada anak-anak menggunakan modifikasi *rule of nine Lund* dan *Browder* yang membedakan pada anak usia 15 tahun, 5 tahun, dan 1 tahun.



Gambar 9.1. Penentuan Luas Luka Bakar (*Total Body Surface Area/TBSA*). Sumber : <https://www.dictio.id/t/apa-yang-dimaksud-dengan-rule-of-nine-combutio-luka-bakar/6381/2>

9.1.6 Komplikasi

1. Gagal jantung kongestif dan edema pulmonal
2. Sindrom kompartemen
3. *Adult respiratory distress syndrome*
4. Ileus paralitik dan ulkus curling
5. Infeksi (waspadai *steptococcus*) obati infeksi yang timbul (10% organisme pada biopsi luka) dengan antibiotic sistemis.
6. Hiperkalsemia (dari sitolisis pada luka bakar luas). Obati dengan insulin, dekstrosa.
7. Gagal ginjal.

9.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan adalah (Doenges, 2000) :

1. Hitung darah lengkap: Perhatikan Hematokrit menunjukkan hemokonsentrasi sehubungan dengan perpindahan cairan. Menurutny hematokrit dan sel darah merah menjadi sehubungan dengan kerusakan oleh panas terhadap pembuluh darah.
2. Leukosit akan meningkat sebagai respons inflamasi
3. Analisa Gas Darah (AGD) : untuk kecurigaan adanya cedera inhalasi
4. Elektrolit Serum. Kalium meningkat sehubungan dengan cedera jaringan, hypokalemia terjadi bila diuresis.
5. Albumin serum meningkat akibat kehilangan protein pada edema jaringan.
6. Kreatinin meningkat menunjukan perfusi jaringan.
7. EKG : tanda iskemik miokardia dapat terjadi pada luka bakar
8. Fotografi luka bakar : Memberikan catatan untuk penyembuhan luka bakar selanjutnya.

9.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kegawatdaruratan pada pasien luka bakar termasuk patensi jalan napas, oksigenasi, dan resusitasi cairan. Untuk membuka jalan napas tindakan yang dilakukan yaitu dengan pemasangan *C-spine*, pembersihan jalan napas, maneuver *chin lift* atau *jaw thrust*. Selanjutnya, lakukan pemberian suplementasi oksigen 100% *high flow* 10–15 liter per menit menggunakan *non-rebreathing mask*, dan apabila pasien tetap sesak lakukan pemberian ventilasi mekanik (RI, 2019, Jeschke *et al.*, 2020, BroadisE, 2017, Schaefer, 2017, Legrand *et al.*, 2020).

1. Penatalaksanaan Awal

Sebelum dirujuk ke rumah sakit pertolongan pertama pasien luka bakar harus segera dilakukan. Perlu diingat perlindungan diri bagi penolong sebelum memulai penatalaksanaan, khususnya bagi penolong yang berada di tempat kejadian. Pajanan seperti api atau listrik harus dipastikan tidak ada lagi atau diminimalisir oleh alat pelindung diri saat penolong masuk (RI, 2019) (Jeschke *et al.*, 2020, Moenadjat, 2009)

2. Penatalaksanaan Lanjutan

a. Resusitasi Jalan Napas

Jika pada penilaian awal terdapat masalah pada *pada jalan napas*, harus segera dilakukan resusitasi. Resusitasi jalan napas bertujuan untuk mengamankan jalan napas dan perawatan jalan napas. Patensi jalan napas dapat dilakukan menggunakan intubasi, krikotiroidotomi, ataupun trakeostomi.

b. Resusitasi Cairan

Prinsip resusitasi cairan adalah penggantian volume secara adekuat dalam waktu singkat. Dapat digunakan beberapa jalur intravena sekaligus untuk mencapai resusitasi cairan yang cukup (RI, 2019)

Resusitasi cairan berdasarkan prinsip Parkland digunakan untuk luka bakar sedang atau luas luka bakar <25% tanpa syok. Rumus menghitung kebutuhan cairan 24 jam berdasarkan Parkland adalah 4 ml per kgBB per luas % luka bakar.

Pada 24 jam pertama, 50% diberikan pada 8 jam pertama dan 50% diberikan pada 16 jam berikutnya. Pada 24 jam kedua, kebutuhan cairan diberikan secara merata.

c. Pembersihan Luka dan Debridement

Untuk luka bakar yang bersih lakukan pembersihan luka bakar dengan lembut untuk mencegah cedera lapisan di bawah epidermis yang berperan dalam proses regenerasi. Untuk luka bakar terkontaminasi, lakukan pembersihan luka bakar secara agresif untuk menghilangkan lapisan biofilm pada luka. Jenis cairan apapun dapat digunakan untuk proses pembersihan luka bakar. Selain itu, walaupun tidak terdapat kolonisasi bakteri, eskar dapat memicu inflamasi berlebihan sehingga salah satu langkah penting dalam manajemen luka bakar adalah debridement.(RI, 2019, Wormald *et al.*, 2020, Markiewicz-Gospodarek *et al.*, 2022, Browning and Cindass, 2019).

9.2 Konsep Diri Pada Pasien Luka Bakar

Konsep diri adalah persepsi individu tentang dirinya sendiri yang mempengaruhi proses interaksi sosial dengan lingkungan sekitar (Pambudi and Wijayanti, 2012). Konsep diri terbentuk melalui pengalaman-pengalaman yang berhubungan dengan lingkungan baik lingkungan keluarga, maupun masyarakat. Konsep diri terdiri dari beberapa komponen yaitu : identitas, citra tubuh, harga diri, ideal diri dan peran. Perubahan dalam penampilan, struktur atau fungsi bagian

tubuh akan membutuhkan perubahan dalam gambaran diri (citra tubuh). (Potter and Perry, 2006)

Konsep diri dan persepsi tentang kesehatan sangat berkaitan erat satu sama lain. Pasien yang mempunyai keyakinan tentang kesehatan yang baik akan dapat meningkatkan konsep diri. Tetapi sebaliknya, pasien yang memiliki persepsi diri yang negatif akan menimbulkan keputusan. Setiap pasien memiliki latar belakang berbeda dalam proses perjalanan kehidupannya, sehingga setiap individu memiliki cara sendiri untuk mengidentifikasi masalah serta menyikapi perubahan terhadap kondisinya. Perubahan konsep diri pada pasien dengan luka bakar terutama disebabkan oleh cara pandang diri pasien terhadap dirinya seiring dengan kondisi yang dialami. Pasien akan mengalami perubahan penampilan fisik, kemampuan, dan fungsi tubuh yang akan mengakibatkan tidak stabilnya konsep diri akibat dari kondisi yang dialami. Pasien yang memiliki konsep diri rendah cenderung tidak akan mencari bantuan untuk meningkatkan kesehatan fisik atau emosional.

WHO menyebutkan bahwa wanita di wilayah Asia Tenggara mempunyai angka kejadian luka bakar yang tertinggi yaitu sebesar 27% dari angka keseluruhan, secara global meninggal dunia dan hampir 70% diantaranya adalah wanita. Prevalensi luka bakar di Indonesia adalah sebesar 2,2%. Tingkat luka bakar tertinggi di negara berkembang terjadi pada kalangan perempuan sedangkan di negara maju tertinggi pada laki-laki. Sebagian besar sekitar 80% cedera luka bakar terjadi di rumah dan 20% terjadi di tempat kerja. Keterlambatan penanganan atau ketidaktahuan penanganan luka bakar dapat menyebabkan cacatan bahkan kematian (Syahabuddin et al., 2023). Meskipun banyak pasien yang bertahan hidup, karena kemajuan perawatan medis (Pereira et al., 2004) masalah psikologis dan kelainan bentuk masih menjadi konsekuensi utama dari luka bakar (Costa et al., 2003).

Luka bakar menimbulkan traumatis dari segi fisik, emosional, psikologis, sosial, dan ekonomi (Leblebici *et al.*, 2006, Wiechman, 2011) (Shirkhoda *et al.*, 2011).

Dampak dari luka bakar seperti kehilangan fungsi, penampilan yang berubah, dan tekanan psikologis merupakan ancaman bagi kesembuhan pasien untuk kembali ke kehidupannya sebelum luka bakar (Moi *et al.*, 2008) Pasien mungkin mengalami perasaan marah, bersalah, dan kekecewaan yang parah yang memengaruhi kesehatan mental dan kesiapan mereka untuk terlibat dalam program perawatan mereka (Sideli *et al.*, 2010)(Corbin, 1987) (Sideli *et al.*, 2010)

Keputusasaan, kehilangan makna, dan tekanan eksistensial di antara pasien luka bakar dapat dibedakan dari depresi dan dapat dikenali dalam pengaturan perawatan paliatif. Hal ini terkait dengan penyakit medis kronis, kecacatan, cacat tubuh, takut kehilangan martabat, isolasi sosial, dan rasa ketidakmampuan subyektif - perasaan ketergantungan yang lebih besar pada orang lain atau persepsi menjadi beban. Karena rasa impotensi atau ketidakberdayaan, beberapa orang yang bertahan dapat diduga berkembang menjadi keinginan untuk mati atau bunuh diri (Kissane *et al.*, 2001)

Pasien-pasien dengan luka bakar membutuhkan upaya mental yang kompleks untuk mendefinisikan kembali identitas mereka dalam berjuang melawan kondisi sulit setelah luka bakar (Cavaleri *et al.*, 2009). Oleh karena itu, perubahan konsep diri pada pasien luka bakar, yang mengalami intervensi pengobatan yang kompleks, telah dipertimbangkan dan dianggap sangat penting (Paterson, 2006).

Dalam sejumlah penelitian yang relevan, (Morse and Carter, 1995, Williams *et al.*, 2003, Morse and Mitcham, 1998, Moi and Gjengedal, 2008, Cox *et al.*, 2004) ada laporan pengalaman positif/negatif yang berbeda dari identitas, peran, gaya hidup, hubungan, dan fungsi fisik sebagai faktor yang

mempengaruhi konsep diri pada pasien luka bakar. (Williams *et al.*, 2003, Moi and Gjengedal, 2008) Dalam hal ini, sejumlah teori psikologis telah menunjukkan bahwa pasien dengan kelainan bentuk memiliki tingkat harga diri yang lebih rendah.

9.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar

9.3.1 Pengkajian

1. Anamnesa

a. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi dan diagnose medis.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Penting untuk menentukan apakah pasien, mempunyai penyakit yang merubah kemampuan untuk memenuhi keseimbangan cairan dan daya pertahanan terhadap infeksi (seperti Diabetes mellitus , gagal jantung, sirosis hipatis, gangguan pernafasan).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Sumber kecelakaan

2) Sumber panas atau penyebab yang berbahaya

3) Gamabaran yang mendalam bagaimana luka bakar terjadi

4) Factor yang mungkin berpengaruh seperti alcohol, obat-obatan

5) Keadaan fisik disekitar luka bakar

6) Peristiwa yang terjadi saat luka sampai masuk rumah sakit

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Didalam keluarga klien apakah memiliki riwayat penyakit yang sama dengan yang diderita klien.

- e. Riwayat Psiko- Sosio- Spiritual
Pengkajian psikologi meliputi status emosi, kognitif, dan perilaku klien, pengkajian mekanisme koping klien terhadap penyakit yang diderita.

2. Pola Kesehatan Sehari-hari

- a. Pola kebiasaan
Pasien biasanya melakukan kegiatan berhubungan dengan benda panas dan sangat beresiko.
- b. Pola tidur dan istirahat
Pasien mengeluh sulit tidur karena merasa tidak nyaman ataupun nyeri pada bagian luka.
- c. Pola eliminasi
Pasien pada pola eliminasi mengeluh susah melakukan seperti biasa.
- d. Pola hubungan dan peran
Terjadinya perubahan peran dan hubungan karena terhambatnya pola aktivitas.
- e. Pola persepsi dan konsep diri
Pasien merasa tidak berdaya ketika sakit dan punya harapan untuk sembuh

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum
 - 1) Tingkat kesadaran :Compos metis
Keadaan umum: lemah
 - 2) Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah
 - b) Nadi
 - c) Respirasi
 - d) Suhu tubuh

b. Pemeriksaan fisik *head to toe*

1) Kepala

Inspeksi : lihat ada lesi atau tidak, warna rambut, edema, dan penyebaran rambut.

Palpasi : meraba dan tentukan elastisitas turgor kulit serta tekstur kasar atau halus, akral dingin/hangat.

2) Rambut

Inspeksi : penyebaran rambut merata atau tidak dan adanya ketombe atau tidak.

Palpasi : mudah rontok atau tidak, rambut lengket atau tidak.

3) Wajah

Inspeksi : lihat kesimetrisan wajah antara kanan dan kiri jika ada perbedaan maka ada kelumpuhan atau parase.

Palpasi : lihat adanya luka, respon nyeri dengan melakukan penekanan sesuai kebutuhan.

4) Mata

Inspeksi: lihat warna konjungtiva dan sclera mata (kuning atau ikterik), pupil isokor, medriasis atau miosis.

Palpasi : lihat apakah ada tekanan intra okuler. Apabila ada maka ketika dilakukan penekanan akan terasa keras, kaji jika ada nyeri tekan.

5) Hidung

Inspeksi : lihat bentuk hidung simetris atau tidak, apakah ada kemerahan atau lesi hidung bagian dalam.

Palpasi : lakukan penekanan apakah ada nyeri tekan pada sinus, apakah ada nyeri tekan pada pangkal hidung, apakah terjadi benjolan.

6) Mulut dan Faring

Inspeksi : lihat apakah ada kelainan pada bibir (bibir sumbing), bentuk bibir simetris atau tidak, warna bibir, kelembapan, apakah ada gigi yang berlubang, kebersihan gigi, serta lihat apakah ada pembesaran pada tonsil.

Palpasi : ada lesi atau massa pada area mulut dengan melakukan penekanan di daerah pipi, serta kaji jika ada nyeri tekan.

7) Telinga

Inspeksi : lihat warna daun telinga, bentuk, simetris atau tidak antara kanan dan kiri, serta lihat apakah ada serumen.

Palpasi : lakukan penekanan ringan apakah ada nyeri tekan atau tidak dan elastisitas kartilago.

8) Leher

Inspeksi : lihat warna kulit, bentuk, amati adanya pembesaran kelenjar tiroid.

Palpasi : lakukan penekanan pada leher dengan cara meletakkan kedua tangan disisi samping leher dan pasien suruh menelan lalu rasakan apakah ada pembesaran tiroid pada sisi leher.

9) Dada

Inspeksi : lihat kesimetrisan dada kanan dan kiri, apakah ada retraksi dada atau tidak.

Palpasi: apakah ada benjolan serta nyeri tekan, lihat apakah ada pelebaran pada ictus cordis.

Perkusi: untuk melihat batas normal paru.

Auskultasi: untuk mengetahui bunyi nafas.

10) Abdomen

Inspeksi: amati bentuk perut, warna kulit, apakah ada benjolan, dan asites.

Auskultasi: dengarkan peristaltik usus dan hitung apakah ada peningkatan pada bising usus.

Palpasi: apakah ada lesi, dan nyeri tekan.

Perkusi: apakah ada hipertimpani atau tidak.

11) Musculoskeletal/ Ektremitas

Inspeksi : lihat apakah ada atrofi pada ekstremitas.

Palpasi : lakukan penekanan dan minta pasien untuk memberi tahanan pada eskstremitas untuk melihat kekuatan otot pada anggota gerak atas dan bawah.

12) Pemeriksaan Nervus

NI olfaktorius : untuk memeriksa indra penciuman dengan bau- bauan yg tajam .

NII optikus : pemeriksaan ketajaman penglihatan dengan visual test snellen card.

N III,IV,VI okulomotorius, throkhlearis, abduzens : apakah ada paralisis pada salah satu mata, pemeriksaan pupil, gerakan bola mata.

N V trigeminus : apakah ada gangguan mengunyah, kasus stroke terkadang terdapat paralisis pada saraf trigeminus.

N VII fasialis : kaji persepsi pengecap, dan kesimetrisan wajah. N VIII akustikus : apakah ada gangguan pendengaran .

N IX dan X glosfaringeus dan vagus : kemampuan menelan berfungsi secara normal atau tidak, serta ajak klien untuk membuka mulut untuk menilai fungsi dari vagus.

N XI asesorius : minta klien untuk menengok kesisi salah satu tubuh serta mengangkat bahu.

N XII hipoglosus : melihat saraf motorik untuk ekstrinsik dan intrinsik lidah .

13) Pemeriksaan Integumen

Inspeksi: observasi warna kulit, kaji adanya lesi dan edema
Palpasi: kelembaban kulit, mengecek suhu kulit dengan cara membandingkan kedua kaki dan lengan tangan dengan menggunakan

jari, tarik/cubit untuk mengetahui turgor kulit (normalnya kembali cepat).

Wallace membagi tubuh atas bagian 9% atau kelipatan 9 yang terkenal dengan *rule of nine of Wallace* yaitu :

- a) Kepala dan leher :9%
- b) Lengan masing-masing 9% :18%
- c) Badan depan 18%, badan bagian belakang :36%
- d) Tungkai masing-masing 18 : 36%
- e) Genitalia/perinium :1%

9.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko tinggi bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obtruksi trakeabronkial; edema mukosa dan hinganya kerja silia; luka bakar daerah leher; kopresi jalan nafas thorak dan dada.
2. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan melalui rute abnormal; status hypermetabolik.
3. Resiko kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan cedera inhalasi asap sindrom kompartemen terokal sekunder terhadap luka bakar sirkumfisial dari dada atau leher.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adequate; kerusakan perlindungan kulit; jaringan traumatic.
5. Nyeri berhubungan dengan kerusakan kulit atau jaringan; bentukan edema; manifulasi jaringan cedera.
6. Resiko kerusakan perfusi jaringan berhubungan dengan luka bakar melingkari ekstremitas atau luka bakar listrik dalam.
7. Gangguan konsep diri berhubungan dengan krisis situasi; kecacatan; nyeri.

8. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan destruksi lapisan kulit.

Diagnosa keperawatan yang menjadi fokus utama yaitu gangguan konsep diri dan kehilangan. Gangguan konsep diri adalah Pola persepsi diri yang cukup untuk merasa sejahtera dan dapat ditingkatkan.

9.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 9.1. Intervensi Keperawatan mengenai Gangguan konsep diri.

Diagnose Keperawatan	Perencanaan Keperawatan					Intervensi	
	Tujuan & Kriteian Hasil						
Kesiapan Peningkatan Konsep Diri	Konsep Diri					Promosi Harga Diri Observasi - Monitor verbalisasi merendahkan diri sendiri - Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan terapeutik Terapeutik - Motivasi terlibat dalam vervalisasi positif untuk diri sendiri - Diskusikan persepsi negatif diri Edukasi - Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam	
D.0089	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan konsep diri membaik						
Pengertian:	Kriteria Hasil :						
Pola persepsi diri yang cukup merasa sejahtera dan dapat ditingkatkan		Menurut	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan		Meningkat
	1	Verbalisasi kepuasan terhadap diri					
		1	2	3	4		5
		Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun		Menurun
	2	Verbalisasi kepuasan terhadap harga diri					
		1	2	3	4		5
	3	Verbalisasi kepuasan terhadap penampilan peran					
		1	2	3	4		5
	4	Verbalisasi kepuasan terhadap citra tubuh					
		1	2	3	4		5
	5	Verbalisasi kepuasan terhadap indentitas diri					
		1	2	3	4	5	

Diagnose Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan & Kriteian Hasil	Intervensi
		perkembangan positif diri pasien ▪ Latih cara berpikir dan berperilaku positif Promosi koping Obervasi ▪ Identifikasi kegiatan janga pendek dan panjang sesuai tujuan ▪ Identifikasi kemampuan yang dimiliki ▪ Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan ▪ Identifikasi pemahaman proses penyakit ▪ Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan

9.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat sebelumnya. Dalam melaksanakan tindakan perawat harus memastikan jika kegiatan yang dilakukan sudah aman dan tepat sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

9.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai, pada tahap ini juga dilakukan penilaian apakah masalah keperawatan sudah teratasi sepenuhnya atau teratasi sebagian. Perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu S (Subjektif) pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri, pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas seperti biasa, O (Objektif) pasien sudah terlihat melakukan aktivitas seperti biasa, A (Analisa/ assessment), tujuan tindakan keperawatan luka bakar sudah tercapai dibuktikan dengan pasien makan dan minum sendiri tanpa bantuan orang lain, P (Planning) menginformasikan untuk melakukan konsultasi secara rutin, melakukan edukasi keluarga pasien untuk tetap mendampingi apabila pasien membutuhkan bantuan. Apabila tujuan telah tercapai maka intervensi dihentikan namun, jika tujuan belum tercapai maka perawat akan melakukan modifikasi intervensi agar tujuan dapat tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

- BROADIS, E., CHOKOTHOT, T. & BORGSTEIN, E. 2017. Paediatric burn and scald management in a low resource setting: A reference guide and review. *African Journal of Emergency Medicine*, 7, S27-S31.
- BROADISE, C. 2017. BorgsteinE. *Paediatric burn and scald management in a low resource setting: a reference guide and review*, 7.
- BROWNING, J. A. & CINDASS, R. 2019. Burn debridement, grafting, and reconstruction.
- CAVALERI, V., EPIFANIO, M., BENIGNO, A., CONTE, F. & DI PASQUALE, A. 2009. The attack on psychosomatic integrity: A study of the psychological sequelae of burn trauma. *Annals of burns and fire disasters*, 22, 83.
- CORBIN, J. 1987. Accompaniments of chronic illness: Changes in body, self, biography, and biographical time. *Res Sociol Health Care*, 6, 249-281.
- COSTA, B., ENGRAV, L., HOLAVANAHALLI, R., LEZOTTE, D., PATTERSON, D., KOWALSKE, K. & ESSELMAN, P. 2003. Impairment after burns: a two-center, prospective report. *Burns*, 29, 671-675.
- COX, E. R., CALL, S. B., WILLIAMS, N. R. & REEVES, P. M. 2004. Shedding the layers: exploring the impact of the burn camp experience on adolescent campers' body image. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 25, 141-147.
- DOENGES, M. E. D. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Jakarta, EGC.
- HASLIANI 2021. *Sistem Integumen*, Makassar, Tohar Media.
- JESCHKE, M. G., VAN BAAR, M. E., CHOUDHRY, M. A., CHUNG, K. K., GIBRAN, N. S. & LOGSETTY, S. 2020. Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 6, 11.

- KISSANE, D. W., CLARKE, D. M. & STREET, A. F. 2001. Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*, 17, 12-21.
- LEBLEBICI, B., ADAM, M., BAĞIŞ, S., TARIM, A. M., NOYAN, T., AKMAN, M. N. & HABERAL, M. A. 2006. Quality of life after burn injury: the impact of joint contracture. *Journal of burn care & research*, 27, 864-868.
- LEGRAND, M., BARRAUD, D., CONSTANT, I., DEVAUCHELLE, P., DONAT, N., FONTAINE, M., GOFFINET, L., HOFFMANN, C., JEANNE, M. & JONQUERES, J. 2020. Management of severe thermal burns in the acute phase in adults and children. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 39, 253-267.
- MARKIEWICZ-GOSPODAREK, A., KOZIOŁ, M., TOBIASZ, M., BAJ, J., RADZIKOWSKA-BÜCHNER, E. & PRZEKORA, A. 2022. Burn wound healing: clinical complications, medical care, treatment, and dressing types: the current state of knowledge for clinical practice. *International journal of environmental research and public health*, 19, 1338.
- MOENADJAT, Y. 2009. *Luka Bakar: Masalah dan Tata Laksana*, Jakarta, Balai Penerbit FKUI.
- MOI, A. L. & GJENGEDAL, E. 2008. Life after burn injury: striving for regained freedom. *Qualitative Health Research*, 18, 1621-1630.
- MOI, A. L., VINDENES, H. A. & GJENGEDAL, E. 2008. The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of advanced nursing*, 64, 278-286.
- MORSE, J. M. & CARTER, B. J. 1995. Strategies of enduring and the suffering of loss: Modes of comfort used by a resilient survivor. *Holistic Nursing Practice*, 9, 38-52.
- MORSE, J. M. & MITCHAM, C. 1998. The experience of agonizing pain and signals of disembodiment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 667-680.

- PAMBUDI, P. S. & WIJAYANTI, D. Y. 2012. Hubungan konsep diri dengan prestasi akademik pada mahasiswa keperawatan. *Jurnal Keperawatan Diponegoro*, 1, 149-156.
- PATERSON, C. 2006. Measuring changes in self-concept: a qualitative evaluation of outcome questionnaires in people having acupuncture for their chronic health problems. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 6, 1-11.
- PEREIRA, C., MURPHY, K. & HERNDON, D. 2004. Outcome measures in burn care: is mortality dead? *Burns*, 30, 761-771.
- POTTER, P. A. & PERRY, A. G. 2006. Fundamental of nursing 6th Edition. *Mosby: Louis Missouri*.
- RI, K. K. 2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/555/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Luka Bakar. Kemenkes RI.
- SCHAEFER, T. J. 2017. Burn resuscitation and management.
- SHIRKHODA, M., KAVIANI, F. K., NAROUIE, B., SHIKHZADEH, A., GHASEMI, R. M. & HANFI, B. H. 2011. Epidemiology and evaluation of 1073 burn patients in the southeast of Iran.
- SIDELI, L., PRESTIFILIPPO, A., DI BENEDETTO, B., FARRAUTO, R., GRASSÌA, R., MULÈ, A., RUMEO, M., DI PASQUALE, A., CONTE, F. & LA BARBERA, D. 2010. Quality of life, body image, and psychiatric complications in patients with a burn trauma: preliminary study of the Italian version of the Burn Specific Health Scale-Brief. *Annals of burns and fire disasters*, 23, 171.
- SMOLLE, C., ET AL. 2017. "Recent trends in burn epidemiology worldwide: a systematic review. *Burns*, 43.2 (2017): 249-257.

- SOBARYATI, A. A. A. D. 2020. Laporan Kasus: Tatalaksana Pasien Luka Bakar Berat Dengan Trauma Inhalasi Di Unit Perawatan intensif. *Jurnal Ilmiah WIDYA Kesehatan dan Lingkungan*, Volume 2 Nomor 1 November 2020.
- SYAHABUDDIN, S., YUSRA, A. & SUBKI, S. 2023. GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG PERTOLONGAN PERTAMA PADA LUKA BAKAR RINGAN DI DESA TANJONG MULIENG KECAMATAN SYAMTALIRA ARON. *Indonesian Trust Health Journal*, 6, 29-34.
- WIECHMAN, S. A. 2011. Psychosocial recovery, pain, and itch after burn injuries. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 22, 327-345.
- WILLIAMS, N. R., DAVEY, M. & KLOCK-POWELL, K. 2003. Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resiliency in burn survivors. *Social Work in Health Care*, 36, 53-77.
- WORMALD, J. C., WADE, R. G., DUNNE, J. A., COLLINS, D. P. & JAIN, A. 2020. Hydrosurgical debridement versus conventional surgical debridement for acute partial-thickness burns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

BAB 10

GANGGUAN KONSEP DIRI DAN KEHILANGAN PADA KELUARGA DAN CAREGIVER

Oleh Helena Pangaribuan

10.1 Pendahuluan

Caregiver keluarga memiliki peranan yang sangat penting bagi pasien dengan penyakit kronis. Data dari National Alliance for Caregiving & AARP (2009) menunjukkan bahwa lebih dari 78% caregivers ialah berasal dari keluarga. *Caregivers* adalah orang yang memberikan perawatan langsung pada anak atau orang dewasa yang menderita penyakit kronis atau seseorang yang menyediakan bantuan bagi penderita penyakit kronis, Natalingrum, (2009). menyatakan *caregiver* sebagai seseorang yang memberikan bantuan medis, sosial, ekonomi, atau sumber daya lingkungan kepada seseorang individu yang mengalami ketergantungan baik sebagian atau sepenuhnya karena kondisi sakit yang dihadapi individu tersebut. Menurut Tantono (2006) menyatakan *caregiver* sebagai seseorang dalam keluarga, baik itu orang tua angkat, atau anggota keluarga lain yang membantu memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang mengalami ketergantungan. *Caregiver* keluarga (*family caregiver*) didefinisikan sebagai individu yang memberikan asuhan keperawatan berkelanjutan untuk secara sungguh-sungguh setiap hari dan dalam waktu periode yang lama, bagi anggota keluarganya yang menderita penyakit kronis. Caregiver mempunyai tugas sebagai *emotional support*, merawat penderita (memandikan, memakaikan baju,

menyiapkan makan, mempersiapkan obat), mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan dan berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan. Fungsi dari *caregiver* adalah menyediakan makanan, membawa pasien ke dokter, dan memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian, *Caregiver* juga membantu pasien dalam mengambil keputusan apabila berkaitan dengan pengobatan dan terkadang kehidupan pasiennya apabila pasien dalam bantuan total (*Total Care*), dan juga pada saat kehilangan anggota keluarga. *Caregiver* harus memberikan sejumlah waktu energi dan uang, tugas ini dirasakan tidak menyenangkan dan menyebabkan stress psikologis dan melelahkan secara fisik. Beban psikologis yang dirasakan oleh *caregiver* keluarga antara lain rasa malu, marah, tegang, cemas, tertekan, lelah dan tidak pasti kondisi ini akan menyebabkan tekanan, gangguan konsep diri bagi *caregiver*. Dukungan yang diberikan oleh *caregiver* adalah penting untuk membantu kesembuhan pasien baik dari segi fisik, psikososial, dan spiritual. Selama merawat pasien *Caregiver* dapat memiliki pengalaman, kesuksesan, kegagalan masalah dan juga kendala dalam merawat pasien

10.1.1 Teori Konsep diri dan kehilangan pada keluarga dan caregiver

1. Teori konsep diri

Defenisi

Gangguan konsep diri merupakan suatu kondisi dimana individu mengalami atau berisiko mengalami kondisi perubahan perasaan pikiran atau pandangan dirinya sendiri yang negatif (Budi. Anna. Keliat, 2016). Gangguan konsep diri meliputi gangguan pada: gambaran diri, ideal diri, penampilan peran, identitas diri dan harga diri. *Self esteem* merupakan evaluasi individu dan kebiasaan memandang dirinya sendiri, yang mengarah pada penerimaan atau penolakan, serta keyakinan individu

terhadap kemampuan yang dimiliki, atau dengan kata lain self esteem merupakan penilaian personal mengenai perasaan berharga yang diungkapkan dalam sikap-sikap individu terhadap dirinya Konsep diri terdiri dari (Towsend,2016) :

a) Citra Tubuh (*Body Image*)

Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu (Budi. Anna. Keliat, 2016) .

b) Ideal Diri.

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standart, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu.

c) Peran

Peran adalah sikap dan perilaku nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat (Budi. Anna. Keliat, 2016). Peran yang ditetapkan adalah peran dimana seseorang tidak punya pilihan, sedangkan peran yang diterima adalah peran yang terpilih atau dipilih oleh individu. Posisi dibutuhkan oleh individu sebagai aktualisasi diri.

d) Identitas

Identitas adalah kesadarn akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh (Budi. Anna. Keliat, 2016). Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan yang memandang dirinya berbeda dengan orang lain.

Etiologi Konsep diri Menurut (Tim pokja SDKI, 2019).

Terpapar situasi traumatis, kegagalan berulang, kurang pengakuan dari orang lain, ketidakefektifan mengatasi masalah gangguan kehilangan, gangguan fisik psikiatri, penguatan negatif dan ketidaksesuaian budaya.

Faktor yang mempengaruhi konsep diri adalah pola asuh orangtua, kegagalan dalam proses kehidupan, depresi (kondisi fisik anggota keluarga yang tidak sehat, kritik internal (sikap dalam menyikapi kritik orang lain).

Rentang respon konsep diri

Konsep diri merupakan aspek dan kritikal dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri positif dapat berfungsi lebih efektif terlihat dari kemampuan interpersonalnya. Konsep diri negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang maladaptif.



Gambar 10.1. Rentang respon konsep diri, sumber (Budi. Anna. Keliat, 2016)

Manifestasi klinis

Manifestasi klinis (Yusuf *et al.*, 2021) menjelaskan, tanda dan gejala pada diri seseorang berbeda-beda dan bervariasi antara individu satu dengan yang lain, tetapi biasanya dimanifestasikan sebagai berikut:

1. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit/tindakan misalnya malu karena alopesia setelah

- dilakukan kemoterapi
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri, menyalahkan, mengkritik, mengejek dirisendiri
 3. Merendahkan martabat; saya tidak bisa, saya bodoh, saya tidak tau apa-apa,saya tidak mampu.
 4. Gangguan hubungan sosial
 5. Percaya diri kurang, sukar mengambil keputusan
 6. Mencederai diri
 7. Mudah marah, mudah tersinggung
 8. Apatis, bosan, dan putus asa
 9. Kegagalan menjalankan peran, proyeksi (menyalahkan orang lain)

10.1.2 Teori Kehilangan/berduka pada keluarga dan caregiver

1. Defenisi

Kehilangan atau berduka adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan, sejak lahir individu sudah mengalami kehilangan dan cenderung akan mengalaminya kembali walaupun dalam bentuk yang berbeda (Natalingrum, 2009). Selain karena kematian, berduka juga dapat dikaitkan dengan sebuah proses kehilangan salah satunya seperti kehilangan kesehatan/diagnosis suatu penyakit, sehingga salah satu responnya berupa keinginan untuk bangkit dari kesedihan dan sikap/keyakinan terhadap kesehatan (Mujahidah & Hamid, 2015). Teori Kulber Ross menyebutkan bahwa tahapan berduka ada 5 yaitu: denail, anger, bergaining, depresi dan acceptance. Pada setiap tahapan berduka yang muncul ditunjukkan dengan

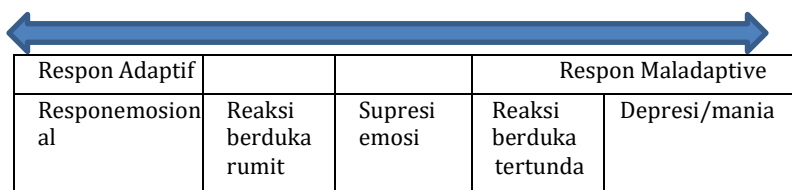
beragam ungkapan verbal maupun non verbal (Mujahidah & Hamid, 2015).

Kehilangan dan berduka merupakan bagian integral dari kehidupan. Berduka merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan, PPNI, 2019), Seperti ditinggalkan sanak saudara, kehilangan barang atau sesuatu yang sangat berharga, kehilangan jabatan, pasca amputasi, perceraian dan sebagainya. Berduka menjadi 2 jenis yaitu berduka disfungsi dan berduka antisipasi. Berduka disfungsi adalah sesuatu respon terhadap kehilangan yang nyata maupun yang dirasakan dimana individu tetap terfiksasi dalam satu tahap proses berduka untuk suatu periode waktu yang terlalu lama, atau gejala berduka yang normal menjadi berlebih-lebihan untuk suatu tingkat yang mengganggu fungsi kehidupan (Budi. Anna. Keliat, 2016). Berduka antisipatif yaitu berduka antisipatif merupakan respon emosional sebelum adanya kehilangan yang nyata (Stuart, 2016). Artinya, mereka sudah mulai “melepaskan” sebelum hal tersebut nyata terjadi

2. Faktor predisposisi

- a. Genetik Seorang individu yang memiliki anggota keluarga atau dibesarkan dalam keluarga yang mempunyai riwayat depresi akan mengalami kesulitan dalam bersikap optimis dan menghadapi kehilangan.
- b. Kesehatan fisik Individu dengan kesehatan fisik prima dan hidup dengan teratur mempunyai kemampuan dalam menghadapi stres dengan lebih baik dibandingkan dengan individu yang mengalami gangguan fisik.

- c. Kesehatan mental Individu dengan riwayat gangguan kesehatan mental memiliki tingkat kepekaan yang tinggi terhadap suatu kehilangan dan berisiko untuk kambuh kembali.
 - d. Pengalaman kehilangan sebelumnya Kehilangan dan perpisahan dengan orang berarti di masa kanak-kanak akan memengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi kehilangan di masa dewasa.
3. Faktor Presipitasi Faktor pencetus kehilangan adalah perasaan stres nyata atau imajinasi individu dan kehilangan yang bersifat bio-psiko-sosial, seperti kondisi sakit, kehilangan fungsi seksual, kehilangan harga diri, kehilangan.
4. Rentang Respon



Gambar 10.2. Rentang respon berduka, sumber Stuart, 2016

Berduka /Kehilangan yang rumit adalah respon adaptif. Tahap ini berjalan secara konsisten dengan cepat karena dimodifikasi oleh kesulitan dari kehilangan, persiapan seseorang pada kejadian dan pentingnya obyek yang hilang. Berduka rumit adalah proses keterbatasan dari realitas; sebuah fakta nyata dari kehilangan. Reaksi berduka yang tertunda adalah maladaptif. Sesuatu menghalangi proses berduka berjalan normal. Penundaan mungkin terjadi pada awal proses berkabung, memperlambat proses setelah proses dimulai, atau

keduanya. Penundaan dan penolakan berduka mungkin berlangsung selama bertahun-tahun (Stuart, 2016)

5. Proses terjadinya dan tahap berduka

Teori Kulber Ross menyebutkan bahwa tahapan berduka ada 5 yaitu: *denail*, *anger*, *bergaining*, *depresi* dan *acceptance*. Pada setiap tahapan berduka yang muncul ditunjukkan dengan beragam ungkapan verbal maupun non verbal (Mujahidah & Hamid, 2015).

a. *Denail*/penolakan

Perasaan yang muncul dalam tahapan penolakan seperti perasaan sedih dan tidak menentu dimana seseorang dalam penyangkalan akan merasakan kehampaan hidup, hal ini terlihat dari adanya perasaan tidak menentu, untuk melaluinya individu tersebut akan berusaha setiap harinya menemukan cara untuk terus bertahan dalam hidup (Olivas, 2013).

b. *Anger*/Marah

Perasaan marah karena kehilangan jika tidak dikendalikan dapat menjauhkan seseorang dari keluarga dan teman-temannya karena perasaan ini dapat memberikan pengaruh yang kurang baik bagi lingkungan (Olivas, 2013). Perasaan marah dapat timbul akibat rasa iri karena merasa hanya dirinya yang kehilangan, marah kepada ketidakadilan tuhan, ataupun menyalahkan pihak ketiga atas kehilangan yang sangat dicintai (Mujahidah & Hamid, 2015)

c. *Bargaining*/ Tawar menawar

Tahapan ini berisi mengenai pengandaian dan penyesalan atas apa yang telah terjadi (Mujahidah & Hamid, 2015). Hal ini dilakukan sebagai salah satu bentuk pengendalian perasaan atas kehilangan yang telah terlanjur terjadi (Karger, 2014). Pada tahapan ini individu cenderung membandingkan kondisi sebelum peristiwa kehilangan terjadi dengan kondisi yang akan

terjadi seandainya yang dicintai masih hidup (Mujahidah & Hamid, 2015).

d. Depresi

Tahap depresi pada mereka yang kehilangan bayinya, muncul perasaan ketidakmampuan mengurus anak, sensitif, perasaan trauma yang mendalam, merasakan kesendirian, dan sulit melupakan (Mujahidah & Hamid, 2015). Menurut Videbeck (2008) tahapan ini lebih banyak dilalui dengan banyak mengenang sesuatu yang telah terjadi.

e. *Aceptance* / Tahapan penerimaan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari berduka, yang ditandai dengan sikap sabar atas kehilangan dan berserah diri pada Tuhan. Pada tahapan ini seseorang menemukan kembali harapan untuk masa depannya (Karger, 2014).

6. Manifestasi Klinik

Menurut (Budi. Anna. Keliat, 2016) penyebab berduka antara lain tanda subjektif mayor dan minor tanda objektif minor:

- a. Tidak menerima kehilangan
- b. Menyalahkan
- c. Merasa bersalah
- d. Merasa sedih
- e. Merasa tidak ada harapan
- f. Marah
- g. Menangis
- h. Pola tidur berubah
- i. Tidak mampu berkonsentrasi
- j. Memisahkan diri
- k. Mimpi buruk
- l. Merasa tidak berguna
- m. Memelihara hubungan dengan orang yang hilang

- n. fungsi imunitas terganggu.

10.1.3 Berduka dan kehilangan pada keluarga dan care Giver

1. Defenisi

Caregiver dalam (Tantono, Siregar and Z., 2006) adalah orang yang memberikan perawatan langsung pada anak atau orang dewasa yang menderita penyakit kronis. (Natalingrum, 2009). menyatakan caregiver sebagai seseorang yang memberikan bantuan medis, sosial, ekonomi, atau sumber daya lingkungan kepada seseorang individu yang mengalami ketergantungan baik sebagian atau sepenuhnya karena kondisi sakit yang dihadapi individu tersebut. Caregiver mempunyai tugas sebagai emotional support, merawat penderita (memandikan, memakaikan baju, menyiapkan makan, mempersiapkan obat), mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan dan berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan formal (Agustina, Kartika; Dewi, 2018) .

2. Jenis Caregiver terdiri dari

a) Caregiver formal

Caregiver formal merupakan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran.

b) Caregiver tidak formal caregiver

Caregiver yang tidak formal merupakan perawatan yang dilakukan di rumah dan tidak profesional dan tanpa melakukan pembayaran seperti keluarga penderita yaitu istri/suami, anak perempuan/laki-laki, dan anggota keluarga lainnya. Menurut Mifflin (2007) menyatakan caregiver sebagai seseorang dalam keluarga, baik itu orang tua angkat, atau anggota keluarga lain yang membantu memenuhi kebutuhan

anggota keluarga yang mengalami ketergantungan. Caregiver keluarga (family caregiver) didefinisikan sebagai individu yang memberikan asuhan keperawatan berkelanjutan untuk sebagai waktunya secara sungguh-sungguh setiap hari dan dalam waktu periode yang lama, bagi anggota keluarganya yang menderita penyakit kronis. Caregiver seringkali mengalami beban akibat mengalami rintangan baik fisik maupun psikis selama merawat anggota keluarga yang sakit. Beban caregiver merupakan stress yang tampak pada diri seorang caregiver terhadap tekanan-tekanan fisik, psikologis, emosi, sosial dan finansial (Sukmarini, 2009).

3. Kehilangan dan Berduka pada keluarga dan caregiver
Kehilangan pada keluarga dan caregiver adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan, sejak lahir individu sudah mengalami kehilangan dan cenderung akan mengalaminya kembali walaupun dalam bentuk yang berbeda (Budi. Anna. Keliat, 2016). Kehilangan pada keluarga dan caregiver adalah suatu keadaan individu yang berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan (Budi. Anna. Keliat, 2016).
4. Peran dan Fungsi Caregiver
Fungsi dari *caregiver keluarga* adalah menyediakan makanan, membawa pasien ke dokter, dan memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian (Tantono, 2006). *Caregiver* juga membantu pasien dalam mengambil keputusan apabila berkaitan dengan pengobatan dan terkadang kehidupan pasiennya apabila

pasien dalam bantuan total (*Total Care*). Keluarga sebagai *caregiver* merupakan penasihat yang sangat penting dan diperlukan oleh pasien. tugas-tugas yang dilakukan *caregiver* di United Kingdom, antara lain termasuk: Bantuan dalam perawatan diri yang terdiri dari *dressing, bathing, toileting* Bantuan dalam mobilitas seperti: berjalan, naik atau turun dari tempat tidur, Melakukan tugas keperawatan seperti: memberikan obat dan mengganti balutan luka, memberi dukungan emosional, menjadi pendamping, Melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti: memasak, belanja, pekerjaan kebersihan rumah, dan Bantuan dalam masalah keuangan dan pekerjaan kantor.

5. Faktor yang mempengaruhi ketegangan caregiver keluarga
 - a. Kebutuhan perawatan klien meningkat
 - b. Kehilangan kemandirian
 - c. Perilaku klien bermasalah
 - d. Ketidakpastian lintasan penyakit
 - e. Status kesehatan tidak stabil
 - f. Pemenuhan harapan klien dan keluarga yang tidak memadai
 - g. Kurangnya pengetahuan tentang sumber daya komunitas
 - h. Ketahanan psikologis yang tidak memadai
 - i. Strategi koping yang tidak efektif
 - j. Daya tahan fisik yang tidak memadai
 - k. Kurang pengalaman dalam pengasuhan

6. Dukungan keluarga dan caregiver

Dukungan yang diberikan oleh keluarga dan *caregiver* adalah penting untuk membantu kesembuhan pasien baik dari segi fisik, psikososial, dan spiritual. Tujuan dari rencana pendidikan kesehatan juga berbeda antara pasien dan *caregiver*. *Caregiver* mungkin membutuhkan bantuan dalam mempelajari perawatan fisik dan teknik penggunaan

alat bantu perawatan. Menemukan sumber *home care*, menempatkan peralatan, menata lingkungan rumah untuk mengakomodasi kesembuhan pasien.

10.2 Proses Keperawatan kehilangan/berduka pada keluarga dan caregiver

10.2.1 Pengkajian Keperawatan (NAFC,2009)

1. Pastikan pengetahuan dan kemampuan keluarga dan caregiver untuk menerapkan perawatan klien, termasuk mandi, perawatan kulit, keamanan, nutrisi, pengobatan, dan ambulasi. Informasi ini memberikan titik awal untuk sesi pendidikan. bimbingan mendasar dapat mengurangi ketegangan keluarga, caregiver dan meningkatkan hubungan
2. Menilai hubungan keluarga caregiver penerima perawatan. Hubungan yang saling memuaskan mempromosikan pengalaman keluarga caregiver terapeutik. Hubungan disfungsional dapat mengakibatkan perawatan yang tidak efektif.
3. Kaji tingkat kecemasan marah pada keluarga caregiver. Mungkin memiliki kecemasan tentang kemampuan atau ketakutan mereka terkait dengan masa depan. Beberapa mungkin merasa marah terhadap orang tersebut dan anggota keluarga lainnya karena tidak menerima bantuan untuk tanggung jawab sehari-hari. Temuan ini dapat membebani hubungan dan peran keluarga.
4. Kaji komunikasi keluarga
Dialog terbuka dalam keluarga membangun lingkungan yang positif, sedangkan menyembunyikan perasaan menimbulkan masalah bagi keluarga caregiver dan penerima perawatan. Beban pengasuhan dapat dikurangi dengan komunikasi yang baik dengan penyedia dan

anggota keluarga lainnya, bantuan dan dukungan dari tim interdisipliner, dan program pendidikan.

5. Kaji sumber daya keluarga dan sistem pendukung.
Dukungan keluarga dan sosial berhubungan positif dengan efektivitas koping. Beberapa budaya lebih menerima tanggung jawab ini. Namun, faktor-faktor seperti unit keluarga campuran, orang tua yang menua, jarak geografis antara anggota keluarga, dan sumber daya keuangan yang terbatas dapat menghambat efektivitas koping.
6. Kaji pengabaian dan penyalahgunaan penerima perawatan.
Perawatan yang aman dan tepat adalah perhatian keperawatan prioritas. Perawat harus tetap menjadi advokat klien untuk mencegah cedera pada penerima perawatan dan ketegangan pada keluarga dan caregiver
7. Kaji efek pemberian perawatan pada kesehatan emosional keluarga dan caregiver secara teratur.

10.2.2 Perencanaan (intervensi)

Perawatan paliatif membutuhkan perawatan multidisiplin untuk mengelola rasa sakit dan gejala lainnya, membantu keputusan medis yang sulit, dan memberikan dukungan tambahan kepada pasien, serta anggota keluarga. Perawat memiliki kesempatan untuk mempertahankan harapan bagi pasien dan anggota keluarga dengan memberikan asuhan paliatif fisik, psikososial, dan spiritual yang sangat baik. Intervensi keperawatan dimulai segera setelah diagnosis medis awal dan berlanjut di sepanjang rangkaian perawatan hingga akhir hayat. Ketika pasien mendekati perawatan paliatif, intervensi keperawatan meliputi hal-hal berikut ini :

1. Menggali tujuan perawatan pasien
2. Mendengarkan pasien dan anggota keluarganya
3. Berkomunikasi dengan anggota tim interdisipliner dan mengadvokasi keinginan pasien
4. Mengelola gejala-gejala di akhir masa hidup

5. Mendorong untuk mengenang Kembali masa-masa Bahagia sebelum pasien sakit
6. Memfasilitasi partisipasi dalam ritual keagamaan dan praktik spiritual
7. Menghadirkan rohaniwan, dan memberikan dukungan spiritual lainnya.

Intervensi yang diberikan :

- a. Dorong keterlibatan anggota keluarga lain untuk mengurangi tekanan pada keluarga dan Caregiver utama.
- b. Beri tahu keluarga dan caregiver untuk menyisihkan waktu untuk dirinya sendiri. Bantu dalam mengidentifikasi hal-hal yang memberi mereka kedamaian
- c. Perkenalkan metode pengurangan stres kepada (manajemen stres yang efektif seperti yoga, relaksasi, olahraga
- d. Luangkan waktu untuk mendiskusikan masalah, kekhawatiran, dan perasaan
- e. Dorong keluarga caregiver untuk mengetahui keluarga dan teman yang tersedia yang dapat membantu merawat
- f. Meningkatkan pengetahuan keluarga caregiver tentang strategi pengasuhan yang efektif dan aman serta meningkatkan keterampilan mengatasi emosi mereka.
- g. Bantu pasien dalam aktifitas sehari-hari
- h. Kaji tanda dan gejala berduka dan identifikasi kehilangan yang terjadi pada care giver keluarga
- i. Latih keluarga menciptakan sesuatu yang mendukung proses kehilangan.

10.2.3 Implementasi

Untuk permasalahan nyeri pasien harus dilibatkan dalam rencana perawatan untuk mengatasi masalah penyakit kronik pada klien dan keluarga Caregiver. Asuhan keperawatan holistik sangat penting diperhatikan.

10.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dari proses keperawatan. Standar ini didefinisikan sebagai, "Perawat melakukan evaluasi kemajuan pencapaian tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan." Baik status pasien maupun efektivitas asuhan keperawatan harus terus dievaluasi dan rencana asuhan dimodifikasi sesuai kebutuhan.

Evaluasi berfokus pada efektivitas intervensi keperawatan dengan meninjau hasil yang diharapkan untuk menentukan apakah hasil tersebut telah tercapai pada jangka waktu yang telah ditentukan. Selama fase evaluasi, perawat menggunakan pemikiran kritis untuk menganalisis data pengkajian ulang dan menentukan apakah hasil yang diharapkan pasien telah terpenuhi, sebagian terpenuhi, atau tidak terpenuhi sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Jika hasil yang diharapkan tidak tercapai atau hanya sebagian tercapai, maka rencana perawatan harus direvisi. Pengkajian ulang harus dilakukan setiap kali perawat berinteraksi dengan pasien, mendiskusikan rencana asuhan dengan anggota tim interprofesi lainnya. Rencana asuhan keperawatan harus diperbarui ketika ada tujuan dengan prioritas yang lebih tinggi. Hasil evaluasi harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

Idealnya, ketika intervensi yang direncanakan diimplementasikan, pasien akan merespons secara positif dan hasil yang diharapkan tercapai. Namun, ketika intervensi tidak membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan, rencana asuhan keperawatan harus direvisi agar lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien. Pertanyaan-pertanyaan berikut ini dapat digunakan sebagai panduan saat merevisi rencana asuhan keperawatan :

1. Apakah ada hal yang tidak diantisipasi terjadi?
2. Apakah kondisi pasien berubah?

3. Apakah hasil yang diharapkan dan kerangka waktunya realistis?
4. Apakah diagnosis keperawatan akurat untuk pasien saat ini?
5. Apakah intervensi yang direncanakan difokuskan tepat untuk mendukung pencapaian hasil?
6. Hambatan apa yang dialami saat intervensi dilaksanakan?

Evaluasi :

1. Keluarga dan caregiver kooperatif membantu menyediakan makanan, membawa pasien ke dokter
2. Keluarga dan caregiver memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk menerapkan perawatan klien dengan penyakit konik
3. Keluarga dan caregiver mengetahui tanda gejala berduka/kehilangan
4. Keluarga dan Caregiver dapat memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, Kartika; Dewi, T.K. 2018. 'Strategi Coping pada Family Caregiver Pasien Gagal Ginjal Kronis yang menjalani Hemodialisa', *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*, pp. 7–16. Available at: <http://journal.unair.ac.id/strategi-coping-pada-family-caregiver-pasien-gagal-ginjal-kronis-yang-menjalani-hemodialisa-article-8761-media-51-category-10.html>.
- Budi. Anna. Keliat, A. 2016. *Model Keperawatan Profesional Jiwa*. Yogyakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mansyur, A.R. 2020. 'Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia', *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, pp. 113–123.
- Natalingrum, S. 2009. *Optimalisasi Peran Caregiver Dalam Penatalaksanaan Skizofrenia*, *Majalah Psikiatri*. Bandung: Majalah Psikiatri.
- National Alliance for Caregiving, & AARP. 2009. A Focused Look at Those Caring for Someone Age 50 or Older. Caregiving in the U.S., (November), 1-19
- Tantono, S.H., Siregar, I. and Z., H. 2006. *Beban Caregiver Lanjut Usia Suatu Survey Terhadap Caregiver Lanjut Usia Di Beberapa Tempat Sekitar Kota Bandung*, *Majalah Bandung*. Bandung: Majalah Psikiatri.
- Tim pokja SDKI, D.P. 2019. 'Standar Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Indikator Diagnostik', in *DPP - PPNI*. 1st edn, p. 26.
- Yusuf, R.N. *et al.* 2021. 'Implikasi Asumsi Konsep Diri Dalam Pembelajaran Orang Dewasa', *Edukatif: Jurnal Ilmu Pendidikan*, 3(4), pp. 1144–1151. doi:<https://edukatif.org/index.php/edukatif/article/view/513>.

- Ranny, M, R. A. A., Rianti, E., Amelia, S. H., Novita, M. N. N., & Lestarina, E. 2017. Konsep Diri Remaja dan Peranan Konseling. *Jurnal Penelitian Guru Indonesia*, 2(2),40–47.
- Tantono, S.H., Siregar, I. and Z., H. 2006. *Beban Caregiver Lanjut Usia Suatu Survey Terhadap Caregiver Lanjut Usia Di Beberapa Tempat Sekitar Kota Bandung*, *Majalah Bandung*. Bandung: Majalah Psikiatri.
- Prihnata, Djuhani. 2013. Korelasi Social Support dengan Caregiver Burden pada Istri Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Dr Soetomo Surabaya. Universitas Airlangga.
- Ranny, M, R. A. A., Rianti, E., Amelia, S. H., Novita, M. N. N., & Lestarina, E. 2017. Konsep Diri Remaja dan Peranan Konseling. *Jurnal Penelitian Guru Indonesia*, 2(2),40–47.
- Rokhim, A., Rohmi, F., & Muhammad, Z. 2022. Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Penderita Skizofrenia. *Nursing Science Journal*, 6(1), 248–253.
- Rustandi, H., Tranado, H., & Darnalia, H. X. 2018. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Pasien Hemodialisa Rsud Dr. M. Yunus Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 15–24. <https://doi.org/10.37676/jnph.v6i1.490>.
- Sriwahyuningsih, Dahrianis, & Askar, M. 2012. *Faktor yang Berhubungan Dengan Gangguan Citra Tubuh (Body Image) Pada Pasien Post Operasi Mastekomi Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar*. 1(1), 3.
- Utomo, E. K., Wahyudi, T., Soleman, S. R., & PH, L. 2022. Intervensi Keperawatan Dalam Menurunkan Gangguan Citra Tubuh Pada Pasien Kanker Payudara : Literatur Review. *Jurnal Keperawatan*, 14(s2), 439–448.
- Yunalia, E. M., & Wahyuni, T. 2017. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Gangguan Citra Tubuh Pada Penderita Kusta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), 1–8.

Yusuf, A., PK, R. F., & Nihayati, H. E. 2015. Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (Mental health nursing textbook). In A. Suslia & F. Ganiajri (Eds.), *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Zulfa Mahdiatur Rasyida, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Keperawatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta

Penulis lahir di Kediri tanggal 22 Maret 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Keperawatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta. Sebelumnya penulis pernah menjadi dosen sekaligus sekretaris Prodi S1 Keperawatan di STIKes Ganesha Husada, Kediri (2021-2023). Menyelesaikan pendidikan Senior High School di SMAN 2 Kediri tahun 2010, Undergraduate Program dan Ners di School of Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2015, dan menyelesaikan Studi Magister Keperawatan di Universitas Gadjah Mada, 2021. Penulis menekuni bidang peminatan Keperawatan Medikal Bedah. Buku ini adalah judul kedua yang telah penulis torehkan setelah sub judul yang pertama yaitu *Breaking Bad News* Pada Klien Dan Keluarga pada buku Keterampilan Dasar Kebidanan: Teori dan Praktik. Semoga bermanfaat.

Correspondensi: zulfamahdiaturrasyida@gmail.com

BIODATA PENULIS



Anik Nuridayanti, S.Kep Ns.,M.Kep.

Dosen Program Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada
Kediri

Anik Nuridayanti, S.Kep Ns.,M.Kep. Lahir di Tulungagung pada tanggal 07 Mei 1976. Penulis merupakan dosen Program Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri, Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2016. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Program Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri dan aktif di organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Bagian Pendidikan dan Pelatihan Dewan Pengurus Daerah Kota Kediri. Semoga buku ini bermanfaat bagi tenaga kesehatan terutama keperawatan

Email : anik.nuridayanti@gmail.com

BIODATA PENULIS



Nandar Wirawan, S.Kep.,Ners.,M.Kep
Praktisi Keperawatan RSUD Kabupaten Sumedang

Penulis lahir di Bandung tanggal 28 Nopember 1983. Penulis adalah praktisi keperawatan di RSUD Kabupaten Sumedang. Menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan (S.Kep) di STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi tahun 2008, Program Profesi Ners di STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi tahun 2009 dan Magister Keperawatan (M.Kep) peminatan keperawatan kritis di Universitas Padjadjaran tahun 2016. Penulis bekerja sebagai praktisi keperawatan sejak 2010 dengan bidang keahlian Gawat Darurat dan Keperawatan Kritis. Selain itu penulis memiliki pengalaman mengajar di beberapa Universitas pada program studi keperawatan. Penulis memiliki pengalaman sebagai sekretaris pokja Akses Pasien dan Kontinuitas pelayanan pada Akreditasi RS, selain itu penulis pernah menjabat sebagai ketua komite keperawatan sejak 2015 sampai 2024. Beberapa hasil penelitian penulis telah dipublikasikan baik penelitian yang dilakukan secara individu maupun tim.

BIODATA PENULIS



Erida Fadila, Ners., M.Kep

Dosen S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Mahardika Cirebon

Untuk memberikan pemahaman kepada peserta didik yang merupakan calon penerus tenaga keperawatan baik masa kini maupun masa depan, maka penulis sangat tertarik untuk menuliskan materi gangguan konsep diri dan kehilangan pada pasien dengan kronis dan terminal khususnya adalah penyakit diabetes mellitus dengan luka. Buku ini merupakan karya penulis yang ke lima, dengan buku yang sebelumnya sangat bisa digunakan untuk referensi pembelajaran maupun pegangan dalam tindakan keperawatan demi meningkatkan nilai kesehatan untuk masyarakat. Penulis memiliki pengalaman baik dibidang pelayanan sebagai tenaga keperawatan maupun dibidang pendidikan dan pada akhirnya memutuskan untuk fokus di dunia pendidikan demi mencetak calon-calon tenaga keperawatan yang memiliki daya saing tingkat nasional maupun internasional dengan menjadi dosen yang profesional aktif dalam menjalankan Tridharma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS



Ucik Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dosen Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

Penulis lahir di Jombang tanggal 16 April 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Malang, Melanjutkan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Brawijaya dan Profesi Ners di Universitas Brawijaya Malang. Setelah itu melanjutkan S2 Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Leo Yosdimyati Romli, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kesehatan ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang

Penulis lahir di Jombang tanggal 21 November 1990, menempuh pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang tahun 2008, Profesi Ners lulus tahun 2013, dan kemudian melanjutkan ke Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga lulus tahun 2017. Pada Saat ini penulis sebagai dosen pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang dan mengampu pada bidang mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah/Dewasa, Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis. Selain itu penulis juga aktif dalam melakukan kegiatan tridharma bidang pengabdian kepada masyarakat, penelitian dan publikasi tentang bidang-bidang kesehatan khususnya keperawatan.

BIODATA PENULIS



Ns. Nonok Karlina, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Dosen Program Studi Keperawatan Dan Profesi Ners
Fakultas Kesehatan Institut Teknologi Dan Kesehatan
Mahardika

Penulis lahir di Cianjur tanggal 06 Juli 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Dan Profesi Ners Fakultas Kesehatan, Institut Teknologi Dan Kesehatan Mahardika Cirebon. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan Medical Bedah.

BIODATA PENULIS



Ni Komang Winda Dwi Latri, S.Tr.Kep.,M.Tr.Kep
Dosen Program Studi Keperawatan
Akper Yapenas 21 Maros

Lahir di Mataram, 21 Januari 1996. Menyelesaikan pendidikan Diploma IV Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Mataram tahun 2017. Menyelesaikan pendidikan Magister Terapan Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang Tahun 2020.

Riwayat pekerjaan sebagai dosen S1 ilmu keperawatan di Universitas Triatma Mulya Jembrana Bali pada Tahun 2020-2022. Saat ini bekerja sebagai dosen keperawatan di Akper Yapenas 21 Maros. Penulis menulis buku panduan Konsumsi Air Alkali Dan Akupresur Terhadap Kadar Gula Darah Puasa Dan Nilai Ankle Brachial Index (ABI) Penderita Diabetes Melitus Tipe II pada Tahun 2019, Buku Perawatan Luka Pada Kulit Kronis Tahun 2022.

BIODATA PENULIS



Helena Pangaribuan, S.Kep,Ns., M.Kep
Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palu

Penulis lahir di Limapuluh (SUMUT) tanggal 20 Mei 1972. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan profesi Ners Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemnkes Palu. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2002 dan melanjutkan S2 keperawatan pada tahun 2014 konsentrasi keperawatan jiwa pada Universitas Brawijaya Malang. Penulis merupakan pengampuh mata kuliah Keperawatan Jiwa dan Perawatan Luka, Metodologi Keperawatan.