

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Kanker Payudara pada Lansia

a. Konsep Lansia

1) Definisi Lansia

Menurut WHO (2025), lansia merupakan periode perkembangan akhir yang dialami seseorang setelah melewati tahap usia *middle age*. Individu sudah mencapai usia 60 tahun atau lebih, dan pada tahap ini seseorang mulai memasuki fase penuaan yang berlangsung secara alami dan progresif.

Lanjut usia (lansia) merujuk pada individu yang telah memasuki fase akhir perjalanan kehidupan, umumnya ditandai dengan usia 60 tahun atau lebih. Tahap ini merupakan bagian dari proses biologis alami yang tidak dapat dihindari oleh setiap manusia. Pengelompokan lansia sering didasarkan pada usia secara kronologis, faktanya lansia tidak hanya mencerminkan penambahan umur, tetapi juga mencakup perubahan menyeluruh pada aspek fisik, psikologis, dan sosial (Asharani et al., 2022).

2) Kategori Umur Lansia

Menurut (Basuki *et al.*, 2018) dalam (Astuti *et al.*, 2024), yang merujuk pada ketentuan dari Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*), batasan usia untuk kelompok lanjut usia dibagi ke dalam beberapa kategori, yaitu :

- a) Usia pertengahan : 45–59 tahun (*middle age*)
- b) Lanjut usia : 60–74 tahun (*elderly*)
- c) Lanjut usia tua : 75–89 tahun (*old*)
- d) Usia sangat tua : ≥ 90 tahun (*very old*)

3) Perubahan pada Lansia

Menurut studi (Asri *et al.*, 2024) dalam buku Keperawatan Gerontik proses penuaan memicu berbagai perubahan pada aspek biopsikososial, spiritual dan kultural. Berikut uraian mengenai perubahan-perubahan tersebut.

a) Perubahan Biologis

Pada usia lanjut, penurunan fungsi tubuh imunitas meningkatkan kerentanan lansia terhadap penyakit kronis. Kulit menipis, tulang kehilangan kepadatan, serta kemampuan penglihatan dan pendengaran berkurang sehingga mempengaruhi kemandirian lansia.

b) Perubahan Psikologis

Terjadi penurunan daya ingat, perlambatan proses berpikir, dan berkurangnya kemampuan pemecahan masalah. Kondisi ini dapat memicu kesepian, kecemasan, atau depresi akibat perubahan fisik dan peran sosial.

c) Perubahan Sosial

Lansia sering kehilangan peran sosial setelah pensiun dan aktivitas sosial menurun karena keterbatasan kesehatan dan mobilitas, sehingga meningkatkan risiko isolasi sosial.

d) Perubahan Spiritual dan Kultural

Lansia cenderung lebih mendalami makna hidup dan kegiatan keagamaan. Nilai budaya mempengaruhi bagaimana mereka dihargai, sementara keterbatasan fisik dapat menghambat partisipasi dalam kegiatan adat atau tradisi

b. Konsep Kanker Payudara

1) Definisi Kanker Payudara

Menurut (WHO, 2025) kanker merupakan kumpulan penyakit yang muncul ketika sel abnormal di dalam tubuh berkembang tanpa kontrol dan menembus jaringan di sekitarnya. Sel-sel ini juga dapat berpindah ke bagian tubuh lain melalui proses yang dikenal sebagai metastasis, yang menjadi salah satu faktor utama meningkatnya angka kematian akibat kanker. Kanker sering disebut pula sebagai neoplasma atau tumor bersifat ganas.

Kanker payudara muncul ketika sel-sel pada jaringan payudara mengalami perubahan abnormal dan berkembang biak secara tidak terkendali. Kondisi ini umumnya berawal dari lobulus, yaitu kelenjar penghasil susu, atau dari duktus, yaitu saluran yang mengalirkan susu menuju puting. Penyakit ini mencakup kelainan

pada jaringan internal tempat terjadinya perubahan sel menjadi ganas (Choi, 2025; Dati *et al.*, 2021).

2) Etiologi Kanker Payudara

Etiologi kanker payudara hingga kini belum dapat dijelaskan secara definitif, namun insidensinya cenderung meningkat seiring bertambahnya usia dan lebih banyak terjadi pada perempuan, khususnya kelompok lansia. Berbagai faktor risiko telah diidentifikasi, antara lain riwayat personal atau familial, perubahan hormonal pascamenopause, karakteristik reproduksi, penggunaan hormon, serta faktor genetik dan lingkungan, yang menunjukkan bahwa karsinoma mammae merupakan penyakit multifaktorial. Kondisi tersebut menempatkan lansia sebagai populasi dengan tingkat kerentanan yang lebih tinggi terhadap terjadinya kanker payudara (Katuwu *et al.*, 2023; Suparna & Sari, 2022).

3) Faktor Risiko Kanker Payudara

Faktor risiko utama kanker payudara menurut Suparna & Sari (2022) sebagai berikut.

a) Usia

Risiko meningkat seiring bertambahnya usia. Mayoritas kasus terdiagnosis setelah menopause (sekitar usia ≥ 40 –50 tahun).

b) Faktor genetik dan riwayat keluarga

Memiliki riwayat kanker payudara atau ovarium pada keluarga dekat. Mutasi gen pada proto-onkogen HER2 atau gen

penekan tumor BRCA1 dan BRCA2 yang menyebabkan proliferasi sel payudara tidak terkendali.

c) Faktor reproduksi dan hormonal

Faktor risiko reproduksi kanker payudara meliputi menarche dini (<12 tahun), menopause lambat (>55 tahun), serta kehamilan pertama pada usia >35 tahun atau tidak pernah hamil. Selain itu, tidak menyusui dan penggunaan kontrasepsi hormonal jangka panjang (≥ 5 tahun) turut meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara

d) Gaya hidup

Kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol, dan kebiasaan merokok merupakan faktor risiko kanker payudara karena berhubungan dengan peningkatan estrogen perifer dan paparan zat karsinogen.

4) Stadium Kanker Payudara

American Joint Committee on Cancer (AJCC) menetapkan penentuan stadium keganasan dengan menggunakan sistem TNM, yang menilai tiga komponen utama, ukuran dan karakteristik tumor primer (T), keterlibatan kelenjar getah bening regional (N), serta adanya metastasis ke organ jauh (M) (Katuwu *et al.*, 2023).

a) Klasifikasi Kanker Payudara

Tabel 1. Klasifikasi Kanker Payudara

Tumor primer (T)	
Tx	: Tumor primer tidak dapat dievaluasi
TO	: Tidak ditemukan bukti adanya tumor primer.
Tis	: Karsinoma In Situ
Tis	: Duktal Karsinoma In Situ
Tis	: Lobular Karsinoma In Situ
Tis	: Penyakit Paget tanpa disertai massa tumor invasif
T1	: Diameter tumor < 2 cm
T1 mic	: Mikroinvasif > 0,1 cm
T1a	: Diameter tumor > 0,1 - < 0,5 cm
T1b	: Diameter tumor > 0,5 - < 1cm
T1c	: Diameter tumor > 1 - < 2 cm
T2	: Diameter tumor > 2 - < 5 cm
T3	: Diameter tumor lebih dari 5 cm
T4	: Tumor berukuran berapa pun yang telah berkembang mengenai dinding toraks
T4a	: Infiltrasi ke dinding dada, tidak termasuk otot pektoralis mayor.
T4b	: Adanya edema kulit (termasuk <i>peau d'orange</i>) atau ulserasi
T4c	: Kombinasi dari gambaran T4a dan T4b
T4d	: Karsinoma payudara tipe inflamatorik.
Kelenjar Limfe Regional (N)	
NX	: Kelenjar Limfe Regional tidak dievaluasi
NO	: Tidak ditemukan metastasis pada nodus regional
N1	: Metastasis terdapat pada nodus aksila ipsilateral yang masih dapat digerakkan
N2	: Metastasis pada nodus aksila ipsilateral yang telah melekat dan tidak dapat digerakkan
N3	: Metastasis pada nodus infraklavikula, nodus mamma interna, atau nodus supraklavikula.
Metastasis (M)	
Mx	: Tidak dapat dipastikan apakah terdapat metastasis jauh
M0	: Tidak ditemukan bukti metastasis ke organ jauh
M1	: Metastasis jauh telah terdeteksi pada organ lain

Sumber : Katuwu et al. (2023)

b) Stadium Kanker Payudara

Tabel 2. Stadium Kanker Payudara

Stadium	Stadium Ukuran Tumor	Metastasis Kelenjar Limfe	Metastasis Jauh
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IIIB	T4	N apapun	M0
IIIC	T apapun	N3	M0
IV	T apapun	N apapun	M1
TNM	Tumor	Nodus	Metastasis

Sumber : Katuwu et al. (2023)

5) Komplikasi Kanker Payudara

Kanker payudara juga dapat menimbulkan sejumlah komplikasi klinis, sebagaimana yang di sampaikan oleh Jamil *et al.* (2024) yaitu mempengaruhi citra tubuh, adanya peningkatan potensi progresi neoplastic, mastalgia atau neuralgia dan kerusakan jaringan. Sebaliknya, karsinoma payudara dengan penyebaran metastatik dapat menghasilkan komplikasi sistemik bergantung pada organ target metastasis, meliputi metastasis serebral, metastasis tulang, metastasis hepatik, metastasis pulmoner. Selain itu, kemoterapi, radioterapi, dan terapi target dapat menyebabkan

efek samping seperti kelelahan, kecemasan, mual muntah, alopecia, limfedema, serta nyeri sendi dan tulang.

6) Tanda dan Gejala

Menurut Jamil *et al.* (2024) manifestasi awal atau gejala yang muncul pada seseorang dengan neoplasma yaitu :

- a) Munculnya massa atau nodul pada jaringan payudara
- b) Teraba penebalan jaringan yang berbeda dari konsistensi jaringan payudara di sekitarnya
- c) Asimetri ukuran payudara, di mana salah satu tampak lebih besar atau lebih kecil dibandingkan sisi lainnya
- d) Perubahan posisi maupun kontur putting atau pergeseran
- e) Terlihat cekungan atau tarikan pada kulit payudara
- f) Terjadi perubahan pada puting, misalnya retraksi, keluarnya cairan abnormal, atau timbulnya ruam di area areola
- g) Nyeri menetap pada payudara atau daerah aksila
- h) Pembesaran atau pembengkakan kelenjar getah bening aksila

7) Patofisiologi

Suparna dan Sari (2022) menjelaskan bahwa kanker payudara diawali oleh paparan karsinogen seperti *benzo(a)pyrene* yang diaktivasi oleh enzim sitokrom P450 menjadi senyawa reaktif, sehingga memicu mutasi genetik pada sel payudara. Kerusakan gen penekan tumor p53 menyebabkan gangguan regulasi siklus sel dan apoptosis, memungkinkan proliferasi sel ganas serta akumulasi

protein p53 mutan sebagai indikator keganasan. Secara klinis, kanker payudara berkembang dari fase asimtomatik menjadi benjolan, perubahan kulit dan puting, nyeri, sekret patologis, serta pembesaran kelenjar getah bening regional. Proses karsinogenesis dipahami melalui teori sel punca kanker dan teori stokastik yang menekankan interaksi kompleks antara karsinogen lingkungan, kerentanan genetik, dan perubahan mikro lingkungan jaringan.

8) Pemeriksaan Penunjang

Mengacu pada Suparna & Sari (2022) melalui beberapa pilihan untuk memperjelas hasil pemeriksaan fisik, penggunaan pemeriksaan penunjang berbasis radiologi diperlukan agar kondisi struktur payudara pasien dapat terlihat lebih detail dan akurat.

- a) Mamografi
- b) Ultrasonografi (USG) Payudara
- c) CT Scan (*Computed Tomography*)
- d) *Bone Scan*
- e) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

9) Penatalaksanaan Medis

Kanker payudara berulang adalah kondisi ketika sel kanker muncul kembali setelah pasien menyelesaikan terapi awal. Merujuk pada (Katuwu *et al.*, 2023) kekambuhan ini dapat terjadi meskipun pasien telah menjalani penatalaksanaan sebelumnya.

- a) Pembedahan (mastektomi)
- b) Kemoterapi
- c) Radiasi (sinar-X)
- d) Terapi Hormonal

Berdasarkan uraian di atas, lansia dengan kanker payudara merupakan kelompok usia yang rentan terhadap penyakit kronis akibat perubahan fisiologis dan degeneratif yang menyertai proses penuaan. Kondisi ini ditandai oleh terjadinya keganasan pada jaringan payudara akibat proliferasi sel abnormal yang tidak terkendali. Selain itu, proses penuaan dan berbagai faktor risiko turut berkontribusi terhadap penyakit kanker payudara.

2. Konsep Kecemasan pada Lansia

1) Definisi Kecemasan pada Lansia

Sebagaimana yang disampaikan (Melkam *et al.*, 2025), kecemasan merupakan suatu kondisi psikologis yang muncul ketika individu mengalami rasa tidak nyaman yang intens, ditandai oleh ketegangan emosional, kegelisahan, rasa takut yang sulit dikendalikan, serta respon fisiologis yang meningkat sebagai akibat aktivasi sistem saraf otonom. Kecemasan pada lansia dapat muncul sebagai respon terhadap berbagai kondisi yang mempengaruhi keseimbangan emosional. Keadaan ini muncul bersamaan dengan kekhawatiran berlebih terhadap sesuatu yang belum terjadi, di mana membayangkan kemungkinan-kemungkinan negatif atau ancaman

di masa mendatang. Reaksi tersebut dapat bervariasi tingkatannya, mulai dari ringan hingga berat, sering kali mengganggu kemampuan seseorang untuk berpikir jernih, dan berperilaku adaptif.

2) Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2016) dalam Mirani *et al.* (2021), kecemasan yang dialami lansia dapat di bedakan menjadi beberapa tingkatan.

a) Cemas Ringan

Cemas ringan merupakan respons terhadap stres sehari-hari yang ditandai peningkatan kewaspadaan dan perluasan persepsi.

Kondisi ini bersifat adaptif karena dapat meningkatkan motivasi, kemampuan belajar, dan kreativitas.

b) Cemas Sedang

Pada tingkat sedang, perhatian individu mulai menyempit.

Kemampuan menerima rangsangan menurun, namun individu masih mampu mengikuti instruksi yang jelas.

c) Cemas Berat

Cemas berat ditandai penyempitan persepsi yang nyata sehingga individu hanya fokus pada satu aspek. Pemrosesan informasi terganggu dan diperlukan arahan intensif untuk mengendalikan ketegangan.

d) Panik

Tahap panik ditandai rasa takut yang ekstrem dan hilangnya kemampuan berpikir rasional. Persepsi sangat menyempit,

aktivitas motorik meningkat, dan individu tidak mampu berkomunikasi secara efektif, bahkan dengan arahan.

3) Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Kecemasan merupakan kondisi psikologis yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi. Dari aspek demografis, perempuan, kelompok usia tertentu, serta akibat perubahan peran dan keterbatasan dukungan sosial. Faktor sosial ekonomi, termasuk pendapatan rendah dan tingkat pendidikan yang terbatas. Selain itu, perilaku seperti konsumsi alkohol, merokok, serta kurangnya aktivitas fisik dapat memperburuk regulasi emosi. Faktor psikososial, termasuk paparan informasi yang menimbulkan stres serta penyakit yang diderita. Secara keseluruhan, kecemasan muncul sebagai hasil dari kombinasi faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan yang kompleks (Melkam *et al.*, 2025).

4) Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Melkam *et al.* (2025) seseorang yang mengalami kecemasan atau *anxiety* menunjukkan beberapa gejala klinis, yaitu:

- a. Penurunan energi dan mudah mengalami kelelahan
- b. Gangguan perhatian dan konsentrasi
- c. Perubahan dalam aktivitas psikomotorik
- d. Ketidakteraturan pola tidur maupun nafsu makan

d) Gangguan Fungsi Fisik dan Kesehatan

Gejala fisik meliputi ketegangan otot, gangguan tidur, kelelahan, dan penurunan motivasi beraktivitas fisik.

e) Efek Multidimensional

Kecemasan memberikan dampak yang melintasi aspek emosional, sosial, pekerjaan, dan fisik. Penanganan yang komprehensif diperlukan untuk mencegah gangguan fungsional yang lebih berat.

7) Instrumen Pengukuran Kecemasan (GAS)

Geriatric Anxiety Scale (GAS) merupakan instrumen terstruktur dan reliabel yang digunakan untuk menilai tingkat kecemasan pada lansia.

Instrumen ini tersedia dalam format 25 butir pertanyaan dengan skala *likert* sederhana tersusun atas tiga domain utama, yaitu subskala somatik sebanyak 9 item, subskala kognitif 8 item, dan subskala afektif 8 item. Skor total dihitung dari 25 item dengan rentang nilai 0–75. Nilai tersebut digunakan untuk menentukan tingkat kecemasan berdasarkan pedoman interpretasi, yaitu skor 0–25 menunjukkan kecemasan rendah atau ringan, 26–50 termasuk kategori sedang, dan 51–75 menggambarkan kecemasan tinggi atau berat.

GAS membantu membedakan gejala kecemasan dari perubahan normal akibat proses penuaan, mendukung deteksi dini, serta

menjadi dasar dalam perencanaan dan evaluasi intervensi keperawatan (Segal *et al.*, 2014, dalam Interborough Developmental & Consultation Center, 2025).

8) Penatalaksanaan Kecemasan

a) Penatalaksanaan farmakologis

Benzodiazepin digunakan sebagai terapi farmakologis untuk ansietas pada lansia, namun memerlukan kehati-hatian karena peningkatan risiko efek samping, seperti gangguan kognitif dan risiko jatuh. Oleh karena itu, obat ini sebaiknya diberikan pada dosis minimal efektif dan durasi singkat (Pratiwi *et al.*, 2023).

b) Penatalaksanaan non farmakologi

Menurut Gerliandi *et al.* (2021) selain pendekatan medis, berbagai metode non farmakologi semakin banyak diimplementasikan untuk mengurangi kecemasan. Metode non farmakologi meliputi pemberian aromaterapi, pijat terapi, teknik relaksasi, dan terapi musik. Pendekatan ini bertujuan menurunkan respons stres fisiologis dan meningkatkan relaksasi tanpa melibatkan penggunaan obat.

3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Kanker Payudara

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dan memiliki peran penting sebagai dasar penentuan asuhan keperawatan. Pendekatan

multidimensional membantu mengidentifikasi kondisi kesehatan fisik, mental, sosial, serta fungsi tubuh (Astuti *et al.*, 2024).

1) Identitas Klien

Meliputi data dasar: nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, agama, dan suku/etnis.

2) Riwayat pekerjaan dan status sosial ekonomi, mencakup pekerjaan saat ini atau terakhir, lama bekerja, dan kondisi ekonomi keluarga, serta kemungkinan faktor risiko pekerjaan yang dapat berkontribusi terhadap terjadinya kanker payudara.

3) Lingkungan tempat tinggal klien, seperti kepadatan hunian, ventilasi, pencahayaan, sanitasi, kebersihan, dan keamanan, yang berperan dalam mendukung atau menghambat kesehatan.

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien dengan kanker payudara umumnya mengeluhkan nyeri pada payudara seiring pembesaran benjolan yang dapat diraba, konsistensi semakin keras dan bentuk tidak beraturan. Keluhan lain meliputi keluarnya cairan patologis dari papilla mammae berupa nanah, darah, atau cairan serosa pada wanita yang tidak hamil, serta perubahan kulit payudara menyerupai kulit jeruk akibat gangguan drainase limfatik. Pasien juga dapat mengalami edema pada lengan, kelainan kulit seperti

ruam atau ulserasi, serta gejala sistemik berupa kelemahan, penurunan nafsu makan, mual, muntah, dan kecemasan.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan pasien mencakup kemungkinan kelainan payudara, pola makan tinggi lemak atau obesitas, riwayat radiasi dada, riwayat kanker lain, penggunaan hormon atau pil KB jangka panjang, serta faktor reproduksi lainnya.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat kanker payudara pada keluarga meningkatkan risiko kejadian, riwayat kanker ovarium, serviks, atau jenis kanker lain.

6) Perubahan Pola Fungsi

a) Persepsi terhadap Kesehatan

Cara pasien dalam memelihara kesehatan meliputi kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, serta riwayat alergi.

b) Pola Aktivitas dan Latihan

Nyeri, kelemahan, kecemasan akibat kanker membatasi aktivitas pasien. Pola tidur meliputi durasi, kualitas, insomnia, dan frekuensi terbangun.

c) Pola Nutrisi

Perubahan pola makan atau diet khusus, nafsu makan sebelum dan sesudah sakit, serta keluhan mual, muntah, dan penurunan berat badan signifikan dalam tiga bulan terakhir.

d) Pola Eliminasi

BAK: frekuensi, warna, bau, dan kelainan. BAB: frekuensi, warna, bentuk, bau, dan masalah konstipasi atau diare.

e) Pola Kognitif-Perseptual

Tingkat kesadaran, orientasi, kemampuan bicara, pendengaran, membaca, melihat.

f) Pola Konsep Diri

Persepsi pasien terhadap diri sendiri, harga diri, identitas diri, dan penerimaan kondisi kesehatan.

g) Pola Koping

Strategi pasien menghadapi penyakit dan perubahan kesehatan dari sebelum hingga setelah menderita kanker payudara.

h) Pola Seksual-Reproduksi

Aktivitas seksual, menstruasi terakhir, maupun keluhan lain.

i) Pola Peran dan Hubungan

Status perkawinan, pekerjaan, kualitas bekerja, dukungan sosial, dan interaksi dengan anggota keluarga.

j) Pola Nilai dan Keyakinan

Keyakinan agama, praktik ibadah, dan keterlibatan dalam aktivitas keagamaan.

7) Pemeriksaan Fisik (*Head-to-Toe*)

Pemeriksaan fisik dilakukan melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi untuk mengidentifikasi tanda klinis. Pengkajian

meliputi keadaan umum, kepala dan rambut, mata, hidung, telinga, mulut dan gigi, leher dan tenggorokan, dada dan toraks termasuk payudara (lesi, benjolan maupun bekas mastektomi), ekstremitas/muskuloskeletal, serta genetalia dan anus sesuai indikasi.

8) Pengkajian Psikososial

Mengidentifikasi perubahan kepribadian, emosi kronis, kemampuan bersosialisasi, dukungan keluarga, serta masalah emosional melalui pertanyaan terkait tidur, kecemasan, suasana hati, dan hubungan keluarga.

9) Pengkajian Fungsional

Menurut Rusminingsih & Hamranani (2022), ada beberapa pengkajian khusus pada geriatri yaitu :

a) Katz Indeks

Digunakan untuk mengevaluasi kemampuan lanjut usia dalam menjalankan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari secara mandiri, antara lain mandi, berpakaian, toileting, mobilisasi, kontrol eliminasi, dan makan.

b) Pengkajian APGAR Keluarga

Skor *Family APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, dan Resolve)* digunakan untuk mengevaluasi fungsi keluarga berdasarkan persepsi anggota keluarga terhadap kualitas hubungan dan dukungan dalam keluarga.

c) *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

Menilai orientasi, memori, konsentrasi, dan fungsi intelektual melalui 10 pertanyaan. Hasil menunjukkan fungsi kognitif normal hingga kerusakan berat.

d) *Mini Nutritional Assessment* (MNA)

Kuesioner skrining yang digunakan untuk menilai status gizi lansia tanpa melibatkan parameter biologis. Instrumen ini efektif untuk mengidentifikasi kondisi malnutrisi maupun risiko terjadinya kekurangan gizi pada lanjut usia.

e) Risiko Jatuh : *Morse Fall Scale* (MFS)

Penilaian risiko jatuh pada lansia dilakukan menggunakan *morse fall scale* yang mencakup riwayat jatuh, diagnosis multipel, penggunaan alat bantu, terapi intravena, kemampuan berjalan, dan status mental, disertai observasi mobilitas untuk mencegah kejadian jatuh.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang mengevaluasi respons individu terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas, terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien lansia dengan kanker payudara, masalah keperawatan yang ditemukan yaitu:

- a) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan kondisi pasca trauma (D.0078)
- b) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh dan efek tindakan/pengobatan (D.0083)
- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ke jaringan (D.0019)
- d) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap kematian (D.0080)
- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
- f) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis dan efek samping terapi radiasi (D.0129)

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian dan pengetahuan klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan atau juga yang dikenal dengan intervensi. Setiap intervensi mencakup tiga komponen: label sebagai nama intervensi, definisi yang menjelaskan maknanya, dan tindakan yang berisi langkah-langkah pelaksanaannya. Tindakan keperawatan meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 3. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Nyeri Kronis (SDKI Kode D.0078)	Tingkat nyeri menurun (SLKI Kode L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (SIKI Kode I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi		
Gangguan citra tubuh (SDKI Kode D.0083)	Citra tubuh meningkat (SLKI Kode L.09067)	1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x maka citra tubuh meningkat, dengan kriteria hasil	Promosi Koping (SIKI Kode I.09312)
	1. Melihat bagian tubuh membaik	Observasi
	2. Menyentuh bagian tubuh membaik	1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan
	3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik	2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki
	4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik	3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
		4. Identifikasi pemahaman proses penyakit
		5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
		6. Identifikasi metode penyelesaian masalah
		7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
Terapeutik		
		1. Diskusikan perubahan peran yang dialami
		2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
		3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
		4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
		5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
		6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
		7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
		8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
		9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
		10. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan

--	--	---

	dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
Ansietas (SDKI Kode D.0080)	Tingkat ansietas menurun (SLKI Kode L.09093) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:	Terapi relaksasi (SIKI Kode I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya

-
- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Ketegangan otot membaik | <ol style="list-style-type: none"> 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi |
|---|---|

Terapeutik

1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
2. Berikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik inhalasi aromaterapi lavender dan *deep breathing relaxation*
3. Gunakan pakaian longgar
4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
5. Berikan inhalasi aromaterapi lavender dan *deep breathing relaxation* sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain
6. Jadwalkan untuk pemberian inhalasi aromaterapi lavender dan *deep breathing relaxation*

Edukasi

1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: inhalasi aromaterapi lavender dan *deep breathing relaxation*)
 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang akan dilakukan
 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
 6. Demonstrasikan dan latih, mis: inhalasi aromaterapi lavender dan *deep breathing relaxation*
-

Gangguan Pola Tidur (SDKI Kode D.0055)	Pola tidur membaik (SLKI Kode L.05045)	Dukungan tidur (SIKI Kode I.05174)
	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:	Observasi
	1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
		Terapeutik
		1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
		Edukasi
		1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)

		6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
Gangguan Integritas Kulit (SDKI Kode D.0129)	Integritas kulit/jaringan meningkat (SLKI Kode L.05045)	Perawatan integritas kulit (SIKI Kode I.11353)
	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil:	Observasi
	1. Kerusakan lapisan kulit menurun	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
		Terapeutik
		1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
		2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
		3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
		4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
		5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
		6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
		Edukasi
		1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
		2. Anjurkan minum air yang cukup
		3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
		4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
		5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
		6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
		7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

d. Implementasi Keperawatan

Menurut Gasper *et al.* (2025), implementasi merupakan tahap pelaksanaan intervensi keperawatan yang telah dirancang untuk mencapai tujuan asuhan yang ditetapkan. Tahap ini dilakukan setelah proses perencanaan dan berfokus pada pemberian tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien. Selama implementasi, perawat juga melakukan pemantauan berkelanjutan, mengumpulkan data terbaru, serta mengobservasi respons klien terhadap tindakan yang diberikan untuk memastikan efektivitas intervensi.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan untuk menilai sejauh mana perubahan kondisi pasien sesuai dengan tujuan dan indikator keberhasilan yang telah ditetapkan pada fase perencanaan. Pada tahap ini, perawat mengkaji respons klien terhadap intervensi yang diberikan serta menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan telah tercapai. Komponen format evaluasi keperawatan yaitu mencakup subjektif, objektif, analisis, dan planning (SOAP) (Sari *et al.*, 2024).

4. Konsep Inhalasi Aromaterapi Lavender dengan *Deep Breathing Relaxation*

a. Definisi Aromaterapi Lavender

Dijelaskan dalam buku Sari *et al.* (2025) bahwa aromaterapi termasuk terapi komplementer yang memanfaatkan minyak esensial pekat yang berasal dari bagian tanaman beraroma, seperti bunga maupun herba, yang diekstraksi dengan teknik khusus.

Penggunaan aromaterapi dapat membantu menimbulkan rasa tenang dan nyaman sehingga kondisi jiwa, emosi, dan pikiran menjadi lebih rileks.

Aromaterapi lavender merupakan terapi komplementer yang menggunakan minyak esensial *Lavandula angustifolia* untuk mendukung kesehatan fisik dan emosional. Lavender diketahui memiliki kandungan utama berupa *linalool* dan *linalyl* asetat, dua komponen aktif yang berperan penting dalam memberikan efek terapeutik, terutama melalui sifat relaksannya pada sistem saraf. Kombinasi kandungan itulah yang membuat minyak esensial lavender sering digunakan sebagai intervensi komplementer. Minyak ini dapat diberikan melalui inhalasi, pijat, atau aplikasi topikal, namun inhalasi paling umum digunakan karena aroma dapat mempengaruhi suasana hati dan respons fisiologis. Saat dihirup, komponen aromatik lavender merangsang sistem penciuman dan jalur neurotransmitter yang mengatur emosi (Cui *et al.*, 2022).

b. Definisi *Deep Breathing Relaxation*

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022), teknik relaksasi napas dalam merupakan intervensi keperawatan di mana perawat membimbing klien untuk menarik napas secara perlahan dan maksimal, menahannya sejenak, lalu menghembuskannya secara teratur. Relaksasi napas dilakukan melalui pernapasan diafragma yang lambat, berirama, dan nyaman, yang terbukti

menurunkan kebutuhan oksigen, frekuensi napas, denyut jantung, serta ketegangan otot. Mekanisme tersebut memutus siklus nyeri kecemasan ketegangan otot sehingga teknik ini efektif digunakan untuk mengurangi nyeri baik dari aspek sensorik maupun emosional. Teknik relaksasi napas dalam sendiri merupakan teknik yang melatih pasien untuk bernapas secara pelan, teratur, dan dalam menggunakan diafragma, menahan inspirasi sejenak, lalu menghembuskan napas secara perlahan guna menghasilkan efek menenangkan pada tubuh (Syahida *et al.*, 2024).

c. Tujuan dan Manfaat Inhalasi Aromaterapi Lavender dengan *Deep Breathing Relaxation*

Menurut Syahida *et al.* (2024), pemberian aromaterapi lavender melalui inhalasi membuat molekul minyak atsiri masuk ke area sistem limbik di otak, sehingga komponen aktif seperti *linalool* dan *linalyl* asetat dapat menstimulasi reseptor sensorik dan aktivitas saraf parasimpatis. Di sisi lain, teknik relaksasi napas dalam yang dilakukan secara perlahan dan ritmis meningkatkan suplai oksigen ke jaringan, membantu menurunkan ketegangan fisiologis dan menimbulkan rasa tenang, sehingga kombinasi inhalasi aromaterapi lavender dan latihan napas dalam dapat bekerja sinergis dalam menurunkan kecemasan. Berbagai manfaat tambahan, seperti membantu mengatasi gangguan tidur, meredakan ketegangan, serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan fisik maupun mental (Krisdianty *et al.*, 2025).

d. Mekanisme Inhalasi Aromaterapi Lavender dengan *Deep Breathing Relaxation*

Menurut Triwahyuni *et al.* (2021) mekanisme inhalasi aromaterapi lavender melibatkan proses neurofisiologis yang berperan langsung dalam regulasi emosi dan respons stres. Senyawa volatil seperti *linalool* dan *linalyl* dalam lavender juga berperan aktif. Mekanisme kerja aromaterapi dimulai ketika molekul senyawa aromatik terdeteksi oleh reseptor penciuman di rongga hidung. Rangsangan ini kemudian diteruskan melalui jalur saraf olfaktorius menuju pusat-pusat pengolah sinyal di otak, termasuk hipotalamus, yang merupakan struktur penting dalam regulasi respons stres dan emosi. Aktivasi hipotalamus mempengaruhi berbagai jalur neuroendokrin, salah satunya melalui pelepasan *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH). Ketika produksi CRH meningkat, sinyal tersebut diteruskan ke kelenjar hipofisis anterior, yang kemudian merangsang sekresi hormon adrenokortikotropik (ACTH) dan pada akhirnya memicu pelepasan kortisol sebagai hormon stres utama. Proses ini menyebabkan penurunan frekuensi nadi, relaksasi otot, serta stabilisasi tekanan darah sebagai bagian dari respon relaksasi.

Sementara itu, teknik relaksasi napas dalam bekerja melalui mekanisme modulasi sistem saraf otonom. Inspirasi yang dilakukan secara perlahan dan diafragmatik, ditahan sesaat, kemudian diikuti ekshalasi terkontrol, meningkatkan ventilasi alveolar, kapasitas vital paru, dan efisiensi pertukaran oksigen. Memicu dominasi aktivitas

sistem saraf parasimpatis, yaitu komponen otonom yang berperan dalam memperlambat denyut jantung, menurunkan aktivitas saraf yang berlebihan, serta menghasilkan sensasi relaksasi dan kenyamanan fisiologis. Teknik ini juga meningkatkan resistensi saluran pernapasan pada fase inspirasi dan ekspirasi, sehingga aliran udara dapat diatur dengan lebih stabil dan memungkinkan tiap siklus napas berlangsung lebih terkontrol. Pola pernapasan yang lambat dan dalam turut mengaktivasi saraf vagus, kemudian memunculkan peningkatan tonus parasimpatis dan menghasilkan efek ketenangan fisik maupun mental (Triwahyuni *et al.*, 2021).

Integrasi inhalasi aromaterapi lavender dan latihan napas dalam menghasilkan efek sinergis karena keduanya bekerja melalui jalur berbeda namun saling mendukung. Lavender mempengaruhi sistem limbik melalui jalur neuroolfaktori, sedangkan napas dalam mengatur keseimbangan saraf otonom melalui regulasi respirasi. Kombinasi tersebut memperkuat dominasi parasimpatis, menekan hiperaktivasi simpatis, meningkatkan kemampuan tubuh mempertahankan homeostasis emosional dan memberikan efek tenang yang lebih optimal (Krisdianty *et al.*, 2025).

e. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar operasional ini merujuk pada hasil penelitian (Syahida *et al.*, 2024; Krisdianty *et al.*, 2025).

1. Pengertian

Inhalasi aromaterapi lavender dengan *deep breathing relaxation* adalah metode terapi komplementer yang mengombinasikan penghirupan minyak esensial lavender dengan pola pernapasan diafragma yang lambat, teratur, dan dalam. Pendekatan ini membantu menurunkan ketegangan, meningkatkan ketenangan, dan mengurangi kecemasan pada lansia.

2. Tujuan

- a) Menurunkan kecemasan
- b) Menenangkan dan memberi efek rileks
- c) Menstabilkan mood

3. Ruang Lingkup

Lansia dengan kanker payudara yang mengalami kecemasan/*anxiety*

4. Alat dan Bahan

- a) Essensial oil lavender
- b) Tisu bersih dan tidak berpewangi
- c) Hand scrub

5. Prosedur

- a) Persiapan
 - (1) Cuci tangan sesuai prosedur
 - (2) Siapkan alat dan bahan
 - (3) Lakukan salam terapeutik

- (4) Menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur tindakan kepada klien
- (5) Memastikan persetujuan klien
- (6) Menetapkan kontrak waktu ($\pm$ 15–20 menit)
- (7) Pastikan lingkungan tenang dan privasi klien terjaga
- (8) Posisikan klien dengan nyaman (duduk atau semi *fowler*)

b) Pelaksanaan

- (1) Teteskan 5 tetes minyak lavender pada tisu bersih.
- (2) Letakkan tisu $\pm$ 2–5 cm dari hidung klien (tidak menempel)
- (3) Anjurkan klien menghirup aroma secara perlahan untuk memulai relaksasi

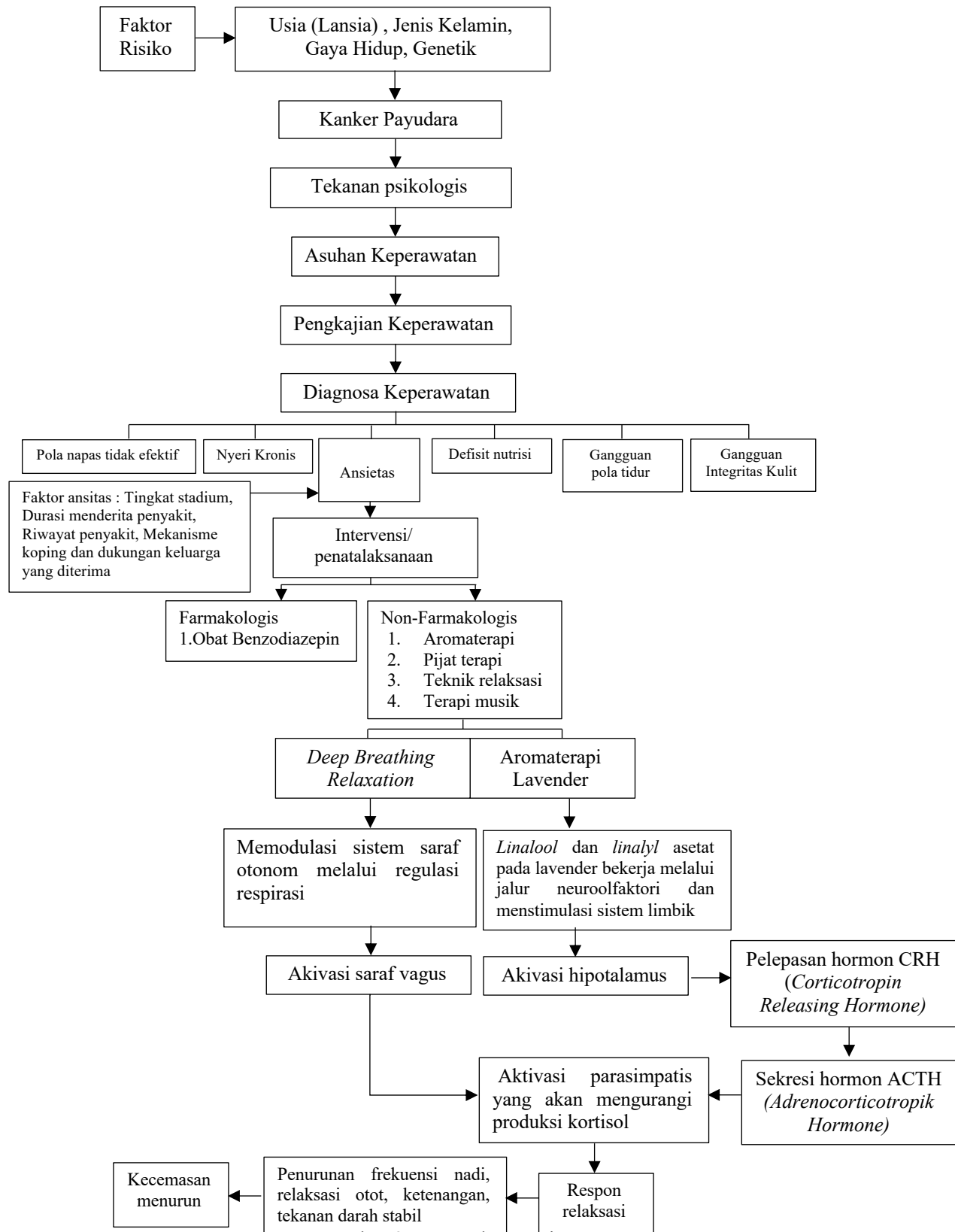
Instruksikan klien melakukan langkah berikut :

- (4) Inspirasi perlahan melalui hidung sambil mengembangkan diafragma
- (5) Menahan napas selama 5 detik untuk meningkatkan ekspansi paru
- (6) Ekshalasi perlahan melalui mulut.
- (7) Minta klien fokus pada aliran napas dan aroma lavender selama proses
- (8) Ulangi siklus selama 15 menit secara ritmis dan terkontrol
- (9) Bereskan peralatan
- (10) Beri *reinforcement* positif pada klien

c) Evaluasi

- (1) Evaluasi perasaan klien, respon fisiologis dan verbal klien setelah diberikan intervensi
- (2) Evaluasi adakah perbedaan sebelum dan setelah dilakukannya tindakan
- (3) Evaluasi tingkat kecemasan klien
- (4) Kontrak waktu untuk rencana tindakan selanjutnya

B. Kerangka Teori atau Landasan Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

Sumber : (Syahida et al., 2024; Triwahyuni et al., 2021)