

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Anggota Keluarga Penderita Kanker Dengan Luka

1. Konsep Dasar Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekelompok orang hidup bersama melalui perkawinan, adopsi atau kelahiran dan yang berinteraksi saling bergantung serta berkontribusi terhadap status kesehatan anggota keluarga dan masyarakat yang saling mendukung, memperlakukan satu sama lain mendukung memperlakukan satu sama lain dengan penuh hormat dan tidak serta dalam perkembangan emosi, fisik, mental dan sosial satu sama lain (Renteng and Simak, 2021).

b. Tipe Keluarga

Menurut Widagdo (2016) dalam Wahyuni et al., (2021) tipe keluarga secara umum yaitu :

- 1) *Nuclear family* atau keluarga inti: adalah bentuk keluarga yang terdiri dari ibu bapak beserta anak-anaknya yang tinggal dalam satu rumah tangga.
- 2) *Dyad family* merupakan keluarga yang hanya terdiri dari pasangan suami istri tanpa kehadiran anak-anak

- 3) *Single parent* adalah tipe keluarga dengan satu orang tua yang mengasuh anak yang dapat terjadi akibat perceraian atau kematian.
- 4). *Extended family* adalah keluarga yang terdiri dari keluarga inti yang hidup bersama atau berdekatan dengan anggota keluarga lain, seperti kakek, nenek, paman, atau bibi.

c. Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga, sebagaimana halnya individu, mengalami proses perubahan dan perkembangan secara berkelanjutan dari waktu ke waktu. Setiap tahap perkembangan keluarga memiliki tantangan, kebutuhan, serta sumber daya yang berbeda, disertai dengan tugas-tugas perkembangan yang harus dipenuhi sebelum keluarga dapat melanjutkan ke tahap berikutnya. Menurut Duvall (1977) dalam Wahyuni et al., (2021). proses tersebut terdiri atas delapan tahapan perkembangan keluarga yang dikenal sebagai *Eight-Stage Family Life Cycle*, yaitu :

- 1) *Married couples (without children)* merupakan tahap keluarga yang terdiri dari pasangan suami istri yang telah menikah namun belum memiliki anak.
- 2) *Childbearing family (oldest child birth–30 months)* adalah tahap keluarga dengan kelahiran anak pertama hingga usia sekitar 30 bulan.

- 3) *Families with preschool children (oldest child 2,5–6 years)* menggambarkan keluarga yang memiliki anak pertama pada usia prasekolah.
 - 4) *Families with school children (oldest child 6–13 years)* merupakan tahap keluarga dengan anak yang telah memasuki usia sekolah dasar.
 - 5) *Families with teenagers (oldest child 13–20 years)* adalah keluarga yang memiliki anak pada masa remaja
 - 6) *Families launching young adults (first child leaving home to last child leaving home)* menggambarkan keluarga dengan anak-anak yang telah dewasa dan mulai meninggalkan rumah untuk menikah atau hidup mandiri.
 - 7) *Middle-aged parents (empty nest to retirement)* merupakan tahap keluarga di mana orang tua memasuki usia paruh baya, anak-anak telah mandiri, hingga masa pensiun
 - 8) *Aging family members (retirement to death of both spouses)* adalah tahap keluarga lanjut usia yang berlangsung sejak masa pensiun hingga meninggalnya kedua pasangan
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi dinamika

Menurut Wahyuni et al., (2021) Faktor-faktor yang memengaruhi dinamika adalah:

- 1) Pengaruh budaya terhadap norma dan nilai keluarga Budaya sangat membentuk ekspektasi keluarga (terkait perkawinan, pengasuhan,

gender, generasi) dan diwariskan utamanya melalui keluarga sebagai agen transmisi. Norma budaya spesifik, seperti dalam tradisi Jawa, terbukti dapat menentukan dinamika kekuasaan dan peran dalam rumah tangga.

- 2) Faktor ekonomi dan dampaknya terhadap kehidupan keluarga
Stabilitas ekonomi, kemiskinan, dan pola kerja sangat menentukan kesejahteraan, tingkat stres, dan akses sumber daya keluarga. Kesulitan finansial, termasuk beban pasca-perceraian menghambat pemenuhan kebutuhan dasar, memicu ketegangan, dan mengganggu kualitas hubungan keluarga.
- 3) Pengaruh sosial terhadap peran dan hubungan keluarga
Perubahan sosial seperti urbanisasi, peningkatan partisipasi kerja perempuan, dan pergeseran norma mengubah struktur serta peran keluarga, seringkali mendorong dinamika modern seperti hubungan suami-istri lebih egaliter, usia nikah lebih lambat, jumlah anak lebih sedikit, dan tingkat perceraian lebih tinggi . Selain itu, interaksi sosial eksternal memengaruhi perilaku individu dan hubungan internal keluarga, sementara perubahan sosial itu sendiri dapat menciptakan kesenjangan antar generasi dalam nilai dan perilaku, yang berpotensi menyulitkan komunikasi keluarga .
- 4) Peran agama dalam kepercayaan dan praktik keluarga
Keyakinan dan nilai agama sangat memengaruhi pembentukan, praktik, dan moralitas keluarga, sekaligus menjadikan keluarga wahana utama

pewarisan nilai-nilai tersebut kepada anak. Perspektif Islam, misalnya, menekankan keluarga sebagai ikatan suci dengan tujuan perkawinan spesifik (menjaga kehormatan, keturunan, rumah tangga harmonis) sementara Kekristenan (merujuk Kolose 3:18-21) menggarisbawahi peran dan tanggung jawab anggota keluarga (istri tunduk, suami mengasihi, anak taat) (Jawa et al., 2025). Esensinya, agama menyediakan kerangka moral dan etika kuat yang membimbing kehidupan berkeluarga.

e. Fungsi Keluarga

Friedman, (2019) dalam Wahyuni et al.,(2021) mengemukakan bahwa fungsi keluarga menggambarkan berbagai peran dan aktivitas yang dijalankan oleh keluarga dalam kehidupan sehari-hari. Fungsi tersebut menitikberatkan pada proses yang dilakukan keluarga sebagai upaya untuk mencapai tujuan bersama, baik dalam aspek pemenuhan kebutuhan dasar, perkembangan anggota keluarga, maupun pemeliharaan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Secara umum, Friedman mengelompokkan fungsi keluarga ke dalam beberapa fungsi utama sebagai berikut:

1) Fungsi Afektif (Emosional)

Fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang berkaitan dengan dinamika internal keluarga, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan kasih sayang, rasa aman, perlindungan, serta dukungan psikososial bagi setiap anggota keluarga. Fungsi ini

dikatakan berjalan dengan baik apabila tercermin dari suasana keluarga yang harmonis, penuh kebahagiaan, dan saling mendukung, sehingga anggota keluarga mampu membangun konsep diri yang positif, merasakan penghargaan terhadap keberadaannya, serta menjadi sumber dan penerima kasih sayang. Fungsi afektif berperan sebagai sumber kekuatan emosional yang memengaruhi tingkat kesejahteraan dan kebahagiaan keluarga secara keseluruhan, sedangkan ketidakterpenuhan fungsi ini sering kali menjadi pemicu munculnya berbagai permasalahan dalam keluarga. Oleh karena itu, terdapat beberapa komponen penting yang perlu dipenuhi oleh keluarga agar fungsi afektif dapat berjalan secara optimal, antara lain:

a) Memelihara Saling Asuh (*Mutual Nurturance*)

Hubungan keluarga yang sehat ditandai dengan adanya sikap saling mengasuh, pemberian kasih sayang, kehangatan, penerimaan, serta dukungan antaranggota keluarga. Ketika setiap individu menerima perhatian dan dukungan emosional dari anggota keluarga lainnya, kemampuan untuk memberikan kasih sayang kembali akan semakin berkembang, sehingga tercipta interaksi yang hangat dan saling menopang. Kondisi saling mengasuh ini dapat terwujud apabila terdapat komitmen dari masing-masing individu serta hubungan keluarga yang dipelihara secara konsisten dan harmonis.

b) Keseimbangan Saling Menghargai

Fungsi afektif dalam keluarga dapat tercapai apabila terbangun sikap saling menghargai yang ditunjukkan melalui terciptanya suasana positif, di mana setiap anggota keluarga diakui keberadaan, hak, dan perannya secara setara. Pendekatan ini menekankan pentingnya menjaga lingkungan keluarga yang menjunjung tinggi harga diri serta hak masing-masing individu. Keseimbangan dalam sikap saling menghargai akan terwujud ketika setiap anggota keluarga mampu menghormati hak, kebutuhan, dan tanggung jawab anggota keluarga lainnya, sehingga tercipta hubungan yang harmonis dan suportif.

c) Pertalian dan Identifikasi

Kepuasan individu dalam keluarga sangat dipengaruhi oleh kuatnya ikatan emosional atau hubungan kasih sayang (*bonding/attachment*) yang terjalin antaranggota keluarga. Ikatan kasih sayang yang terbentuk sejak dini, khususnya antara ibu dan bayi yang baru lahir, memiliki peran yang sangat penting karena kualitas interaksi awal tersebut akan menentukan karakter dan mutu hubungan emosional pada tahap kehidupan selanjutnya. Hubungan ini tidak hanya berdampak pada perkembangan psikososial, tetapi juga memengaruhi perkembangan kognitif anak. Oleh sebab itu, diperlukan proses identifikasi yang bersifat positif, di mana anak belajar dan

meniru perilaku orang tua melalui interaksi yang hangat dan konsisten dalam kehidupan keluarga.

d) Keterpisahan dan Kepaduan

Salah satu persoalan psikologis yang menonjol dalam kehidupan keluarga berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikologis anggotanya, yang berpengaruh terhadap pembentukan identitas diri dan harga diri individu. Pada tahap awal proses sosialisasi, keluarga memiliki peran utama dalam membentuk perilaku anak, sehingga turut menentukan berkembangnya rasa identitas dan kelekatan diri. Pemenuhan rasa keterhubungan (*connectedness*) yang seimbang menjadi hal penting agar individu merasa diterima dan dihargai dalam keluarga. Setiap keluarga memiliki cara yang berbeda dalam menyikapi dinamika antara kebersamaan dan keterpisahan, di mana sebagian keluarga cenderung lebih menekankan salah satu aspek dibandingkan aspek lainnya.

2) Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi keluarga yang berperan dalam mendukung proses perkembangan individu sehingga mampu membangun interaksi sosial yang efektif serta membantu individu memahami dan menjalankan perannya secara tepat di dalam lingkungan sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan peran keluarga dalam menjaga keberlangsungan generasi dengan melahirkan dan membesarkan keturunan, sehingga kesinambungan dan keberlanjutan keluarga dapat tetap terpelihara

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

5) Fungsi Perawatan atau Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan merupakan peran keluarga dalam menjaga dan mempertahankan kondisi kesehatan setiap anggotanya agar tetap optimal sehingga mampu beraktivitas dan berproduktivitas secara maksimal. Kemampuan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan serta upaya pemeliharaan kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap status kesehatan anggota keluarga secara keseluruhan (Wahyuni et al., 2021)

2. Konsep Dasar Kanker

a. Pengertian Kanker

Karsinoma mammae, yang lebih dikenal sebagai kanker payudara, merupakan keganasan yang berasal dari jaringan payudara dan ditandai oleh pertumbuhan sel yang tidak terkendali (Gani et al., 2023). Proses

keganasan ini dapat muncul pada jaringan kelenjar penghasil air susu maupun pada jaringan penunjang di sekitarnya. Jenis kanker payudara yang paling sering dijumpai secara klinis adalah karsinoma duktal dan karsinoma lobular, yang masing-masing dapat berada pada tahap in situ (terbatas pada jaringan asal) maupun berkembang menjadi invasif dengan penyebaran ke jaringan sekitarnya(Hutasoit et al., 2025).

Kanker payudara merupakan keganasan yang berasal dari sel-sel payudara yang mengalami pertumbuhan abnormal dan memiliki potensi untuk bermetastasis ke organ tubuh lain. Penyakit ini menjadi jenis kanker yang paling banyak dialami oleh perempuan, dengan estimasi risiko kejadian sekitar satu dari delapan wanita sepanjang hidupnya. Secara teoritis, seluruh komponen jaringan payudara, termasuk saluran dan kelenjar susu, memiliki kemungkinan mengalami transformasi menjadi sel kanker(Hutasoit et al., 2025).

Menurut penelitian (Indrawati & Elysabeth, 2025) kanker payudara dibagi menjadi 4 stadium, antara lain :

- 1) Stadium I, ditandai dengan ukuran tumor kurang dari 2 cm, belum terdapat keterlibatan kelenjar getah bening (limfonodus), tidak ditemukan penyebaran ke organ lain, serta keganasan masih terbatas pada jaringan payudara tanpa adanya perlekatan pada kulit maupun otot pektoralis.
- 2) Stadium II A, memiliki dua gambaran klinis, yaitu tumor berukuran kurang dari 2 cm yang telah menyebar ke kelenjar getah bening

regional tanpa metastasis jauh, atau tumor dengan ukuran kurang dari 5 cm yang belum melibatkan kelenjar getah bening maupun organ tubuh lainnya.

- 3) Stadium II B, ditandai oleh tumor dengan ukuran kurang dari 5 cm yang telah melibatkan limfonodus regional tetapi belum menunjukkan penyebaran jauh, atau tumor berukuran lebih dari 5 cm tanpa keterlibatan kelenjar getah bening dan tanpa metastasis ke organ lain.
- 4) Stadium III A, menunjukkan tumor berukuran lebih dari 5 cm yang disertai keterlibatan kelenjar getah bening regional, namun belum ditemukan tanda penyebaran ke organ jauh.
- 5) Stadium III B, ditandai oleh tumor berukuran lebih dari 5 cm dengan keterlibatan kelenjar getah bening dan adanya penyebaran lokal lanjut, seperti infiltrasi ke kulit atau dinding dada, metastasis ke area infraklavikula, pembengkakan ekstremitas atas akibat gangguan aliran limfatik, serta kemungkinan keterlibatan kelenjar limfe supraklavikula.
- 6) Stadium III C, memiliki ukuran tumor yang bervariasi, namun telah terjadi penyebaran ke kelenjar limfe di wilayah infraklavikula, supraklavikula, atau mammae interna pada sisi yang sama, dan dapat disertai keterlibatan kelenjar limfe aksilar.
- 7) Stadium IV, merupakan stadium lanjut di mana kanker telah mengalami metastasis ke organ jauh, seperti paru-paru, tulang, hati, maupun struktur tulang lainnya termasuk tulang rusuk.

b. Penyebab

Sampai saat ini, penyebab pasti terjadinya kanker payudara belum dapat ditetapkan secara definitif. Meskipun demikian, berbagai faktor seperti predisposisi genetik, pengaruh hormonal, serta faktor lingkungan diduga memiliki kontribusi dalam proses terjadinya *ca mammae*. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan genetik belum dapat dipastikan sebagai faktor penyebab langsung kanker payudara (Indrawati & Elysabeth, 2025). Namun, adanya mutasi gen maupun keterlibatan protein tertentu yang berperan dalam menghambat atau justru merangsang proliferasi sel abnormal menjadi bagian dari mekanisme yang dipertimbangkan dalam perkembangan penyakit ini. Selain itu, hormon steroid yang dihasilkan oleh ovarium, khususnya estradiol dan progesteron, diketahui memiliki peranan penting dalam pertumbuhan kanker payudara, karena perubahan kadar hormon tersebut dalam lingkungan sel dapat memengaruhi regulasi dan stimulasi pertumbuhan sel kanker. Menurut (Indrawati & Elysabeth, 2025), adapun penyebab kanker payudara yang dibagi menjadi :

1) Faktor Genetik

- a) Risiko terjadinya kanker payudara akan meningkat pada individu yang memiliki riwayat anggota keluarga dengan penyakit yang sama.

- b) Individu kembar monozigot menunjukkan kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami jenis kanker yang serupa akibat kesamaan faktor genetik.
 - c) Pada keluarga dekat penderita, sering ditemukan kesamaan sisi atau lokasi (lateralisasi) terjadinya kanker payudara.
 - d) Laki-laki dengan sindrom Klinefelter memiliki risiko yang jauh lebih tinggi untuk mengalami kanker payudara, yaitu sekitar 66 kali lipat dibandingkan pria tanpa sindrom tersebut, meskipun angka kejadiannya relatif rendah, yaitu sekitar 2%.
- 2) Faktor Hormonal
- a) Kanker payudara ditemukan dengan frekuensi yang jauh lebih tinggi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki.
 - b) Perempuan yang berusia di atas 35 tahun diketahui memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami kanker payudara.
 - c) Pada penderita kanker payudara, terapi berbasis hormon menunjukkan respons klinis yang relatif baik sebagai salah satu pendekatan pengobatan.
- 3) Faktor Nutrisi
- Pola makan yang didominasi oleh asupan lemak tinggi diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya kanker payudara.
- 4) Faktor Radiasi

Paparan radiasi pada wilayah dada berpotensi menimbulkan perubahan genetik yang selanjutnya dapat memicu terbentuknya sel-sel kanker.

c. Tanda dan Gejala

Menurut (Lukman et al., 2025) ada beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada individu dengan kanker payudara meliputi:

1) Adanya benjolan pada payudara

Teraba benjolan pada jaringan payudara yang cenderung keras dan tidak mudah digerakkan dari jaringan di sekitarnya. Pada fase awal, benjolan ini umumnya tidak menimbulkan nyeri sehingga sering kali tidak disadari atau diabaikan oleh penderita. Lokasinya biasanya berada di dalam jaringan payudara dan terasa padat saat diraba.

2) Nyeri pada payudara

Munculnya rasa nyeri atau tidak nyaman pada payudara dapat menjadi tanda adanya gangguan. Nyeri tersebut dapat bersifat hilang timbul atau menetap, tergantung pada kondisi dan karakteristik penyakit yang dialami individu.

3) Pembesaran benjolan

Benjolan yang awalnya kecil dapat mengalami peningkatan ukuran secara bertahap seiring waktu. Pertumbuhan yang progresif ini mencerminkan adanya perubahan patologis pada jaringan payudara yang patut dicurigai sebagai keganasan.

4) Perubahan bentuk dan ukuran payudara

Terjadinya pembengkakan atau perubahan asimetri pada payudara, baik dari segi bentuk maupun ukuran, dapat menjadi indikasi kelainan serius. Setiap perubahan yang tidak biasa perlu mendapatkan perhatian khusus.

5) Luka pada payudara yang sulit sembuh

Luka pada area payudara yang tidak kunjung membaik meskipun telah diberikan perawatan, disertai perubahan pada puting seperti tampak berkerak, menyerupai eksim, atau tertarik ke dalam, dapat menjadi tanda adanya keganasan yang memerlukan evaluasi medis.

6) Perubahan tekstur kulit payudara

Kulit payudara yang tampak menebal dan berkerut menyerupai kulit jeruk (*peau d'orange*) merupakan tanda khas yang sering muncul pada stadium lanjut kanker payudara, akibat adanya pembengkakan jaringan di bawah kulit.

7) Keluarnya cairan dari puting susu

Pengeluaran cairan abnormal dari puting, seperti darah, nanah, atau cairan menyerupai air susu pada wanita yang tidak sedang hamil atau menyusui, dapat mengindikasikan adanya gangguan patologis pada payudara.

8) Benjolan yang mudah berdarah

Benjolan dengan permukaan tidak rata menyerupai bunga kol dan mudah mengalami perdarahan dapat menjadi tanda keganasan. Karakteristik ini memberikan petunjuk penting mengenai sifat agresif dari lesi tersebut.

9) Penyebaran ke kelenjar getah bening

Keterlibatan kelenjar getah bening di sekitar payudara atau area lain menandakan bahwa kanker telah menyebar dan memasuki tahap yang lebih lanjut, sehingga memerlukan penanganan yang lebih intensif.

10) Penurunan kondisi umum penderita

Memburuknya kondisi fisik secara umum, seperti mudah lelah, penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, serta penurunan kualitas hidup, dapat menjadi tanda bahwa kanker payudara telah berkembang ke stadium lanjut atau menyebar ke organ lain.

d. Klasifikasi *Ca Mammae*

Karsinoma mammae merupakan keganasan yang berasal dari sel-sel pada jaringan payudara yang mengalami pertumbuhan tidak normal dan tidak terkontrol, sehingga memiliki potensi untuk menyebar ke jaringan di sekitarnya maupun ke organ tubuh lainnya. Fatrida dkk. (2022) menyebutkan bahwa kanker payudara terdiri atas beberapa tipe, antara lain:

- 1) *Ductal Carcinoma in Situ (DCIS)* *Ductal carcinoma in situ (DCIS)* merupakan keganasan yang berkembang di dalam saluran susu

payudara tanpa melibatkan jaringan di sekitarnya. Kondisi ini termasuk kanker payudara stadium dini dan memiliki prognosis yang baik apabila ditangani secara tepat dan segera. Namun, bila tidak mendapatkan penanganan yang adekuat, DCIS berpotensi berkembang menjadi kanker invasif.

2) *Lobular Carcinoma in Situ (LCIS)*

Lobular carcinoma in situ (LCIS) adalah kelainan yang terjadi pada kelenjar penghasil air susu payudara dan belum menunjukkan penyebaran ke jaringan sekitarnya. Meskipun bersifat non-invasif, keberadaan LCIS dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara di kedua sisi payudara pada kemudian hari.

3) *Invasive Ductal Carcinoma (IDC)*

Invasive ductal carcinoma (IDC) merupakan kanker payudara yang berasal dari saluran air susu dan telah menembus jaringan di sekitarnya. Jenis ini memiliki potensi untuk menyebar ke bagian tubuh lain melalui sistem limfatik maupun aliran darah. IDC merupakan tipe yang paling sering ditemukan, mencakup sekitar 70–80% dari keseluruhan kasus kanker payudara.

4) *Invasive Lobular Carcinoma (ILC)*

Invasive lobular carcinoma (ILC) adalah keganasan yang bermula dari kelenjar penghasil air susu dan kemudian berkembang ke jaringan payudara di sekitarnya. Sel kanker pada tipe ini juga dapat menyebar ke organ lain melalui sistem peredaran darah dan limfe. ILC

diperkirakan menyumbang sekitar 10% dari total kasus kanker payudara.

e. Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya kanker payudara melibatkan berbagai aspek, di antaranya faktor hormonal, faktor genetik, serta pola dan gaya hidup individu (Fatrida dkk., 2022). Masing-masing faktor tersebut memiliki peran tersendiri dalam meningkatkan kemungkinan berkembangnya kanker payudara, sehingga perlu dipahami secara komprehensif untuk mendukung upaya pencegahan dan deteksi dini :

1) Faktor Genetik

Perempuan dengan riwayat kanker payudara dalam keluarga diketahui memiliki risiko sekitar dua kali lipat lebih besar untuk mengalami kondisi yang sama dibandingkan individu tanpa riwayat tersebut. Faktor genetik berperan penting dalam peningkatan risiko ini, terutama adanya mutasi pada gen BRCA1 dan BRCA2. Kedua gen tersebut berfungsi sebagai gen supresor tumor yang berperan dalam menjaga stabilitas DNA serta mengatur siklus pembelahan sel. Ketika terjadi mutasi atau kerusakan pada gen tersebut, mekanisme pengendalian pertumbuhan sel menjadi terganggu, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap perkembangan kanker payudara.

2) Faktor Hormonal

Paparan hormon ovarium, khususnya estrogen, telah lama diakui sebagai salah satu faktor dominan dalam patogenesis kanker

payudara, dengan risiko pada wanita dilaporkan jauh lebih tinggi dibandingkan pria. Lamanya serta tingginya paparan estrogen memiliki hubungan yang bermakna dengan peningkatan kemungkinan terjadinya kanker payudara. Ikatan estrogen dengan sel-sel yang rentan terhadap keganasan dapat merangsang proliferasi sel secara berlebihan, sehingga memicu terjadinya pertumbuhan sel abnormal. Beberapa kondisi yang dapat memperpanjang paparan estrogen meliputi usia menarche dini (<12 tahun), menopause yang terjadi lebih lambat (>55 tahun), status tidak pernah melahirkan (nullipara), usia melahirkan anak pertama di atas 30 tahun, serta durasi menyusui yang relatif singkat. Selain itu, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama juga dilaporkan berpotensi meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara.

3) Gaya Hidup

Konsumsi alkohol dalam jumlah berlebihan diketahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kanker payudara pada wanita. Selain itu, kondisi obesitas juga berperan sebagai faktor risiko penting terhadap berbagai gangguan kesehatan, termasuk kanker payudara. Wanita dengan kelebihan berat badan atau obesitas memiliki peluang yang secara signifikan lebih besar untuk mengalami kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang memiliki indeks massa tubuh (IMT) normal. Risiko tersebut dilaporkan dapat meningkat hingga lebih dari dua kali lipat, yang diduga berkaitan dengan tingginya

produksi estrogen pada jaringan lemak pada wanita obesitas, sehingga dapat memicu pertumbuhan sel kanker payudara.

f. Penatalaksanaan

Menurut Siregar dkk. (2022), penanganan kanker payudara dilakukan dengan berbagai strategi terapi yang disesuaikan dengan tingkat keparahan penyakit serta kondisi klinis individu. Pendekatan penatalaksanaan yang dipilih bergantung pada stadium kanker, karakteristik tumor, dan status kesehatan pasien. Adapun beberapa metode penatalaksanaan kanker payudara meliputi:

1) MRM (*modified radical mastectomy*)

Pengobatan standar pada kanker payudara umumnya dilakukan melalui prosedur *Modified Radical Mastectomy (MRM)*. Dalam prosedur ini, seluruh jaringan payudara diangkat, disertai dengan diseksi en bloc kelenjar getah bening aksila tingkat 1 dan 2 pada sisi yang sama (ipsilateral), tanpa mengangkat otot pectoralis mayor maupun minor. Selain itu, jaringan stroma, parenkim payudara, areola, puting susu, serta kulit yang menutupi tumor juga turut diangkat (Nasrun dkk., 2023). Prosedur MRM menjadi pilihan bagi pasien kanker payudara tertentu baik di tingkat nasional maupun internasional, dengan tingkat kelangsungan hidup jangka panjang yang terbukti memberikan hasil yang sebanding (Nasrun dkk., 2023).

2) Terapi Bedah

Tindakan bedah menjadi pilihan utama bagi pasien dengan kanker payudara pada stadium 0, I, II, serta stadium III yang masih termasuk kategori dapat dioperasi (*operable carcinoma mammae*).

3) Radioterapi

Radioterapi tunggal memiliki efektivitas yang terbatas, dengan angka harapan hidup lima tahun berkisar antara 10–37%. Oleh karena itu, radioterapi biasanya diterapkan sebagai bagian dari regimen terapi kombinasi. Berdasarkan waktu pemberiannya, radioterapi dapat diberikan sebelum operasi (*pra-operatif*) maupun setelah operasi (*pasca-operatif*), terutama pada kasus kanker payudara lokal stadium lanjut, untuk mengubah tumor yang sebelumnya tidak operabel menjadi operabel. Selain itu, radioterapi paliatif diberikan pada pasien dengan kanker stadium lanjut, kambuh, atau metastatik untuk meredakan gejala, seperti nyeri. Dalam beberapa situasi, radiasi juga dapat diberikan secara bilateral pada ovarium untuk menekan aktivitas hormon ovarium.

4) Kemoterapi

Kemoterapi sebelum tindakan operasi (*neo-adjuvan*), baik diberikan secara sistemik maupun melalui intra-arterial, bertujuan untuk mengecilkan ukuran tumor sehingga memungkinkan tindakan operasi. Sebaliknya, kemoterapi setelah operasi (*adjuvan*) dianjurkan bagi pasien dengan tumor invasif berukuran ≥ 1 cm. Pada pasien lanjut

usia dengan hasil pemeriksaan ER dan PR positif, terapi hormonal dapat dijadikan alternatif pengobatan. Selain itu, kemoterapi juga diterapkan pada kasus kanker payudara stadium lanjut, kambuh, maupun metastatik.

5) Terapi Hormonal

Sebagian besar kasus kanker payudara memiliki kaitan yang kuat dengan aktivitas hormon. Oleh karena itu, pemeriksaan reseptor estrogen (ER) dan progesteron (PR) dilakukan untuk menilai kesesuaian terapi hormonal. Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan positif, kanker payudara dikategorikan sebagai hormon-bergantung, dan pasien biasanya menunjukkan respons yang baik terhadap pengobatan hormonal.

g. Komplikasi

Berdasarkan Risnah (2020), beberapa komplikasi yang dapat muncul akibat kanker payudara (Ca mammae) meliputi :

- 1) Metastasis dapat terjadi melalui saluran limfatik dan pembuluh darah kapiler, memungkinkan penyebaran kanker secara limfogen maupun hematogen ke organ-organ seperti hati, paru-paru, pleura, tulang, sumsum tulang, otak, dan sistem saraf.
- 2) Gangguan neurovaskular yang dapat memengaruhi fungsi saraf dan pembuluh darah, sehingga menimbulkan komplikasi pada sistem saraf dan sirkulasi.

- 3) Faktor patologis, yaitu perubahan struktural atau fungsional pada jaringan tubuh yang disebabkan oleh proses keganasan kanker.
- 4) Fibrosis payudara, yaitu pembentukan jaringan parut pada payudara yang dapat muncul sebagai akibat dari pertumbuhan tumor atau terapi kanker yang dijalani.
- 5) Kematian, yang dapat terjadi akibat penyebaran kanker yang tidak terkendali dan kerusakan organ vital.

h. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada kanker payudara (*carcinoma mammae*) mencakup berbagai metode yang bertujuan untuk menegakkan diagnosis serta menentukan stadium penyakit. Menurut Siregar dkk. (2022), pemeriksaan diagnostik dapat dilakukan melalui beberapa jenis berikut:

1) Mammografi

Mammografi efektif dalam mendeteksi benjolan kecil yang sulit diraba secara manual atau memiliki karakteristik tidak biasa. Pemeriksaan ini juga mampu mengidentifikasi lesi yang tidak tampak sebagai benjolan tetapi menunjukkan adanya mikrokalsifikasi. Selain berfungsi sebagai alat diagnostik, mammografi dapat menjadi dasar untuk pemeriksaan lanjutan, dengan akurasi diagnosis sekitar 80%.

2) Ultrasonografi (USG) dengan transduser frekuensi tinggi

USG, termasuk teknologi Doppler, sangat berguna untuk membedakan antara tumor kistik yang berisi cairan dan tumor padat. Metode ini juga dapat mengevaluasi aliran darah ke tumor serta kondisi jaringan di

sekitarnya, sehingga menjadi alat yang penting dalam deteksi dan penilaian kanker payudara.

3) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

MRI payudara dengan media kontras memiliki sensitivitas dan spesifisitas tinggi dalam mendeteksi kanker pada tahap awal, karena tumor menunjukkan kepadatan mikrovaskular yang tidak normal. Meskipun efektif, pemeriksaan ini relatif mahal dan tidak selalu mudah diakses, sehingga biasanya digunakan sebagai metode tambahan, terutama untuk mendeteksi mikrotumor.

4) Pemeriksaan laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium dapat mendukung diagnosis kanker payudara, seperti penentuan kadar carcinoembryonic antigen (CEA) dan CA 15-3. Hasil positif CEA dilaporkan antara 20–70%, sedangkan CA 15-3 antara 33–60%. Meskipun bukan metode diagnostik utama, kedua penanda ini berguna untuk pemantauan kondisi pasien secara klinis.

5) Pemeriksaan sitologi

Pemeriksaan sitologi dilakukan menggunakan aspirasi jarum halus (*fine needle aspiration*), yang sederhana, aman, dan memiliki akurasi lebih dari 90%. Metode ini sering digunakan sebagai prosedur awal untuk mendeteksi sel kanker pada payudara.

6) Pemeriksaan biopsi

Biopsi bertujuan mengambil sampel jaringan tumor melalui teknik insisi atau eksisi, dengan teknik eksisi lebih umum digunakan. Sampel ini menjadi dasar pemeriksaan lebih lanjut untuk menegakkan diagnosis.

7) Pemeriksaan histopatologi

Histopatologi melibatkan analisis jaringan yang diangkat secara makroskopik, kemudian dipilih sampel untuk pemeriksaan mikroskopik. Pemeriksaan ini merupakan standar utama dalam diagnosis kanker payudara dan memberikan informasi penting terkait prognosis pasien, termasuk penentuan derajat (grade) dan stadium tumor dari spesimen yang diperoleh selama operasi.

3. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Keamanan merupakan kondisi individu yang terbebas dari ancaman fisik maupun fisiologis sehingga kebutuhan dasar manusia dapat terpenuhi secara optimal, yang pelaksanaannya sangat dipengaruhi oleh lingkungan internal dan eksternal. Sementara itu, kenyamanan menggambarkan keadaan ketika kebutuhan dasar manusia telah terpenuhi, khususnya terkait rasa tenteram yang memberikan kepuasan dan mendukung aktivitas sehari-hari, rasa lega karena kebutuhan terpenuhi, serta aspek transendensi yang memungkinkan individu melampaui permasalahan yang dihadapi. Dalam konteks keperawatan, pemenuhan rasa nyaman diwujudkan melalui pemberian

dukungan, penguatan, harapan, hiburan, serta bantuan yang bersifat terapeutik bagi klien dan keluarga (Sinthania et al., 2022).

Rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari) kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi) dan transenden (Atika, 2022). Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu :

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- 2) Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga dan sosial.
- 3) Psikospiritual berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seseorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan.
- 4) Lingkungan berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat memberikan kekuatan, harapan, dukungan, dorongan dan bantuan.

Gangguan rasan nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu : ansietas, berkelelahan, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih dan takut (Setyaningsih et al., 2023).

B. Konsep Perawatan Luka Pada Penderita Kanker

1. Pengertian Luka pada Penderita Kanker

Luka kanker disebut sebagai luka kronis yang terjadi akibat pertumbuhan sel kanker yang merusak jaringan kulit dan jaringan di sekitarnya, sering menimbulkan karakteristik seperti perdarahan, bau, eksudat yang berlebihan, dan nyeri. Luka ini termasuk dalam kategori *malignant fungating wounds* yang kompleks dalam penanganannya(Nigrelli et al., 2025).

Luka terkait kanker adalah luka yang tidak sembuh secara fisiologis karena faktor penyulit dari kondisi kanker itu sendiri dan terapi onkologi yang dijalani pasien (mis. radioterapi, kemoterapi)(Kuo et al., 2025).

2. Proses Penyembuhan Luka dan Faktor yang mempengaruhi pada penderita kanker

Luka kanker merupakan luka kompleks yang sulit sembuh dan sering ditandai oleh manifestasi klinis seperti odor, eksudat berlebih, perdarahan, dan jaringan nekrotik yang menghambat proses penyembuhan(Nigrelli et al., 2025). Perubahan fisiologis dan respons imunitas pada pasien kanker (terutama yang menjalani terapi immunoterapi atau radioterapi) dapat mempengaruhi kemampuan tubuh untuk menutup luka secara optimal.

3. Proses Penyembuhan Luka dan Faktor yang mempengaruhi pada Penderita Kanker

Penyembuhan luka melibatkan fase hemostasis, peradangan, proliferasi, dan remodeling, namun pada penderita kanker proses ini sering terganggu oleh terapi kanker dan kondisi sistemik pasien(Nigrelli et al., 2025). Beberapa

faktor seperti nutrisi, status imun, efek samping kemoterapi/radioterapi, dan kondisi umum pasien sangat mempengaruhi kemampuan tubuh untuk menyembuhkan luka secara efektif(Kuo et al., 2025)

4. Prinsip Dasar Perawatan Luka pada Pasien Kanker

Perawatan luka kanker bertujuan tidak hanya untuk mempercepat penyembuhan, tetapi juga mengurangi nyeri, mengendalikan eksudat, mengurangi odor, mencegah infeksi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien(Ousey et al., 2024). Pelaksanaan perawatan luka pada penderita kanker perlu pendekatan multiprofesional termasuk integrasi antara perawat, onkolog, ahli gizi, dan tim paliatif untuk mengatasi luka serta gejala terkait(Kuo et al., 2025).

5. Asesmen Luka pada penderita Kanker

Asesmen luka pada penderita kanker merupakan proses sistematis dan komprehensif yang bertujuan untuk mengidentifikasi kondisi luka secara menyeluruh guna menentukan intervensi perawatan yang tepat. Luka pada pasien kanker, khususnya *malignant fungating wounds*, memiliki karakteristik kompleks karena dipengaruhi oleh pertumbuhan sel kanker, gangguan vaskularisasi, status imun, serta efek samping terapi seperti kemoterapi dan radioterapi. Oleh karena itu, asesmen tidak hanya berfokus pada aspek fisik luka, tetapi juga mempertimbangkan dampak psikologis dan kualitas hidup pasien(Kuo et al., 2025). Asesmen fisik luka meliputi evaluasi lokasi, ukuran, kedalaman, tepi luka, dasar luka, serta kondisi jaringan sekitar (*periwound*). Selain itu, perawat perlu menilai adanya eksudat, bau (*odor*), perdarahan,

nyeri, dan tanda-tanda infeksi. Karakteristik eksudat, seperti jumlah, warna, dan konsistensi, menjadi indikator penting dalam menentukan jenis balutan yang sesuai. Nyeri pada luka kanker sering bersifat persisten dan multifaktorial, sehingga perlu dinilai secara berkala menggunakan skala nyeri yang tervalidasi. Selain aspek lokal, asesmen luka pada penderita kanker juga harus mencakup kondisi sistemik pasien, seperti status nutrisi, kadar hemoglobin, fungsi imun, serta penyakit penyerta yang dapat memengaruhi proses penyembuhan luka. Faktor psikososial, termasuk tingkat kecemasan, depresi, dan dukungan keluarga, juga berperan penting karena luka kanker sering menimbulkan gangguan citra tubuh dan isolasi sosial. Pendekatan holistik dalam asesmen memungkinkan perawat untuk merencanakan perawatan yang tidak hanya berorientasi pada penyembuhan luka, tetapi juga pada peningkatan kenyamanan dan kualitas hidup pasien (Nigrelli et al., 2025). Dalam praktik klinis, berbagai instrumen penilaian luka telah digunakan untuk membantu proses asesmen, meskipun belum terdapat alat standar yang sepenuhnya tervalidasi secara global khusus untuk luka kanker. Oleh karena itu, perawat dituntut memiliki kompetensi klinis yang baik, kemampuan observasi yang cermat, serta kolaborasi dengan tim multidisiplin agar hasil asesmen akurat dan berkelanjutan.

6. Intervensi perawatan luka pada penderita kanker

Intervensi perawatan luka pada penderita kanker merupakan tindakan keperawatan yang kompleks dan berfokus pada pengelolaan gejala, pencegahan komplikasi, serta peningkatan kualitas hidup pasien. Luka kanker,

khususnya *malignant fungating wounds*, sering kali tidak dapat disembuhkan secara optimal karena adanya infiltrasi sel kanker, gangguan perfusi jaringan, serta efek terapi onkologi. Oleh sebab itu, tujuan utama intervensi bukan hanya penyembuhan luka, tetapi juga pengendalian nyeri, eksudat, bau, perdarahan, dan infeksi (Kuo et al., 2025).

- a. Pembersihan luka dengan teknik yang lembut dan atraumatik untuk mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut. Cairan pembersih yang digunakan umumnya adalah larutan saline steril, dengan frekuensi disesuaikan kondisi luka dan jumlah eksudat. Debridemen pada luka kanker dilakukan secara selektif dan hati-hati, mengingat risiko perdarahan yang tinggi akibat kerapuhan jaringan dan vaskularisasi abnormal.
- b. Pemilihan balutan luka merupakan aspek penting dalam intervensi perawatan luka kanker. Balutan harus mampu menyerap eksudat berlebih, mengontrol bau, menjaga kelembapan luka, serta meminimalkan nyeri saat penggantian. Balutan modern seperti hidrogel, alginat, foam, dan balutan dengan kandungan antimikroba (misalnya perak atau karbon aktif) sering digunakan sesuai dengan karakteristik luka. Pemilihan balutan yang tepat dapat membantu mengurangi frekuensi penggantian balutan dan meningkatkan kenyamanan pasien.
- c. Manajemen nyeri, yang menjadi prioritas utama dalam perawatan luka kanker. Nyeri dapat muncul akibat luka itu sendiri, proses perawatan, maupun akibat progresivitas penyakit. Pendekatan manajemen nyeri

dilakukan secara farmakologis dan nonfarmakologis, termasuk pemberian analgesik sesuai program medis, teknik distraksi, relaksasi, serta komunikasi terapeutik. Perawat berperan penting dalam menilai intensitas nyeri secara berkala dan mengevaluasi efektivitas intervensi yang diberikan.

- d. Pencegahan dan pengendalian infeksi menjadi bagian integral dari intervensi perawatan luka kanker. Kondisi immunosupresi pada pasien kanker meningkatkan risiko infeksi, sehingga perawat perlu menerapkan prinsip aseptik, memantau tanda-tanda infeksi lokal maupun sistemik, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi antimikroba bila diperlukan.
- e. Holistik dan paliatif juga sangat ditekankan dalam intervensi perawatan luka pada penderita kanker, terutama pada pasien stadium lanjut. Intervensi keperawatan tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga mencakup dukungan psikologis, edukasi pasien dan keluarga, serta penghormatan terhadap nilai dan preferensi pasien. Kolaborasi multidisiplin antara perawat, dokter, ahli gizi, dan tim paliatif sangat diperlukan untuk mencapai hasil perawatan yang optimal.

7. Peran keperawatan dalam perawatan luka penderita kanker

Perawat memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam perawatan luka pada penderita kanker, mengingat kompleksitas kondisi luka yang dipengaruhi oleh penyakit kanker itu sendiri serta terapi onkologi yang dijalani pasien. Peran keperawatan tidak hanya berfokus pada tindakan teknis

perawatan luka, tetapi juga mencakup pendekatan holistik yang memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Fromantin et al., 2025).

- a. Pengkajian luka secara komprehensif dan berkelanjutan. Perawat bertanggung jawab menilai karakteristik luka, seperti ukuran, kedalaman, jaringan dasar luka, eksudat, bau, perdarahan, dan nyeri, serta kondisi jaringan sekitar luka. Selain itu, perawat juga mengkaji kondisi umum pasien, status nutrisi, respons terhadap terapi kanker, dan faktor psikososial yang dapat memengaruhi perawatan luka. Hasil pengkajian ini menjadi dasar dalam penentuan diagnosis keperawatan dan perencanaan intervensi yang tepat.
- b. Perencanaan dan pelaksanaan intervensi perawatan luka sesuai dengan kondisi dan kebutuhan individu pasien. Hal ini meliputi pemilihan teknik pembersihan luka yang aman, penggunaan balutan yang sesuai, pengendalian nyeri, serta pencegahan infeksi. Perawat juga memastikan bahwa tindakan perawatan luka dilakukan secara atraumatik untuk meminimalkan rasa nyeri dan risiko perdarahan, yang sering terjadi pada luka kanker.
- c. Edukasi pasien dan keluarga. Perawat memberikan informasi mengenai perawatan luka, tanda-tanda komplikasi, manajemen nyeri, serta pentingnya kebersihan dan nutrisi dalam mendukung kondisi luka. Edukasi yang efektif dapat meningkatkan keterlibatan pasien dan

keluarga dalam perawatan, serta membantu mengurangi kecemasan dan ketakutan yang sering muncul akibat kondisi luka kanker.

- d. Koordinator dan kolaborator dalam tim multidisiplin, bekerja sama dengan dokter, ahli gizi, apoteker, dan tim paliatif untuk memastikan kontinuitas dan kualitas perawatan luka. Evaluasi hasil perawatan secara berkala juga menjadi tanggung jawab perawat guna menilai efektivitas intervensi dan melakukan penyesuaian rencana perawatan sesuai perkembangan kondisi pasien (Fromantin et al., 2025).

C. Konsep Asuhan Keperawatan dengan Kanker

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. (Masruroh et al., 2022).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pasien kanker secara umum dilakukan dengan seperti pengkajian pada pasien yang lain: (Masruroh et al., 2022).

a. Data Umum

- 1) Yang perlu dikaji pada data umum antara lain nama kepala keluarga, nama penderita (anggota keluarga), alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan suku, dan agama, pendidikan

- 2) Genogram Dengan adanya genogram dapat diketahui adanya faktor genetik atau faktor keturunan untuk timbulnya kanker pada pasien.
 - 3) Tipe Keluarga Menjelaskan mengenai tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi pada keluarga tersebut.
 - 4) Status Sosial Ekonomi Keluarga Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Serta kebutuhan yang dikeluarkan perbulannya. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang
 - 5) Aktivitas Rekreasi Keluarga Rekreasi keluarga dapat dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, kegiatan menonton televisi serta mendengarkan radio.
- b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga ini.
 - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi. Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

- 3) Riwayat keluarga inti Menjelaskan mengenai riwayat keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi
- 4) Riwayat Keluarga Sebelumnya Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan keluarga dari pihak suami dan istri untuk mengetahui kemungkinan jika kanker yang terjadi pada pasien merupakan faktor keturunan.

c. Lingkungan

Karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas RW, Mobilitas Geografi Keluarga, Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, Sistem Pendukung Keluarga, Denah Rumah.

d. Struktur Keluarga

Menjelaskan mengenai pola komunikasi antar keluarga, struktur kekuatan keluarga yang berisi kemampuan keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku, struktur peran yang menjelaskan peran formal dan informal dari masing-masing anggota keluarga serta nilai dan norma budaya yang menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan penyakit kanker

e. Fungsi Keluarga

- 1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya dan seberapa jauh keluarga saling asuh dan saling mendukung, hubungan baik dengan orang lain, menunjukkan rasa empati, perhatian terhadap perasaan. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya.

2) Fungsi Sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, penghargaan, hukuman dan perilaku serta memberi dan menerima cinta. Keluarga yang memberikan kebebasan kepada anggota keluarga yang penyandang kanker untuk berinteraksi dengan lingkungan akan mengurangi tingkat stress keluarga.

3) Fungsi Perawatan Keluarga

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yg sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas pokok keluarga, yaitu :

- a) Mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, sejauh mana keluarga mengetahui pengertian, faktor

penyebab, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah. Pada kasus kanker ini dikaji bagaimana pemahaman keluarga mengenai pengertian kanker, penyebab kanker, tanda dan gejala kanker serta bagaimana penanganan dan perawatan terhadap keluarga yang penyandang kanker.

- b) Mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang sesuai dan tepat untuk keluarga dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan dan menentukan tindakan dalam keluarga. Yang perlu dikaji adalah bagaimana mengambil keputusan apabila anggota keluarga penyandang kanker dan kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan anggota keluarga yang penyandang kanker.
- c) Mengetahui sejauh mana keluarga mampu merawat anggota keluarga yang penyandang Diabetes Melitus, bagaimana keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit kanker.
- d) Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat. Bagaiman keluarga mengetahui

keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah timbulnya komplikasi dari kanker. Mengatuhai sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung terhadap kesehatan seseorang. Keluarga mengetahui ke fasilitas kesehatan mana anggota keluarga yang penyandang kanker dibawa untuk melakukan pengontrolan rutin.

4) Fungsi Reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah berapa jumlah anak, apa rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga. Biasanya pada penyandang diabetes yang laki-laki akan mengalami beberapa masalah seksual seperti disfungsi ereksi atau bahkan kehilangan gairah seksual, sedangkan pada wanita biasanya akan mengalami radang vagina yang disebabkan infeksi jamur.

5) Fungsi Ekonomi

Menjelaskan sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan serta sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga. Pada keluarga dengan tingkat ekonomi yang mencukupi

akan memperhatikan kebutuhan perawatan penyandang diabetes, misalnya dengan menggunakan susu diabetasol.

f. Stress dan Koping Keluarga

Dalam tahapan ini, seorang perawat harus mengetahui bagaimana keluarga menghadapi dan merespon stressor dan strategi apa yang digunakan untuk menghadapi dan menyelesaikannya.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang di gunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik klinik head to toe, mengkaji keadaan kesehatan keluarga saat kunjungan dan riwayat kesehatan saat ini

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian pasien kanker, diagnosis Keperawatan pada pasien kanker dapat mencakup berikut ini(PPNI, 2017) :

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan saraf tertekan, infiltrasi
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme.
- c. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)
- d. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi/ struktur tubuh, perubahan biopsikososial seksualitas.
- e. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek pengobatan dan penyakit.

- f. Difisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi, kurang terpapar informasi
- g. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.
- h. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi).
- i. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan kurang dukungan sosial.
- j. Distress spiritual berhubungan sakit kronis.
- k. Berduka berhubungan dengan antisipasi kehilangan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai keperawatan yang berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan kondisi pasien. Intervensi keperawatan merupakan sebuah tindakan komperhensif berbasis bukti yang perawat lakukan diberbagai tatanan keperawatan. Untuk memaksimalkan hasil keperawatan perlu rencana keperawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan keperawatan dengan cepat. Rencana keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan keperawatan dari satu perawat keperawat yang lain (Nursalam, 2020).

4. Pelaksanaan Keperawatan

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai

tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Dalam tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal di antaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien, serta pemahaman tingkat perkembangan pasien (Sayekti, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahapan ini dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk melakukan evaluasi ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP.

- a. S : berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan
- b. O : berbagai persoalan yang ditemukan, setelah dilakukan Tindakan keperawatan
- c. A : Analisis dari hasil yang dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis
- d. P : Perencanaan yang direncanakan kembali setelah mendapat hasil dari respons keluarga pada tahap evaluasi.

D. Konsep Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dalam perawatan Luka

Kanker

1. Pengertian Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga dalam keperawatan merupakan suatu proses yang sistematis untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit secara mandiri dan percaya diri. Tujuan utama pemberdayaan adalah meningkatkan *self-efficacy*, keterampilan, dan kesiapan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatan anggota keluarga, termasuk kebutuhan *rasa nyaman*, melalui pendekatan yang berbasis bukti (*Evidence-Based Nursing*). Secara umum, pemberdayaan keluarga meliputi pemberian informasi yang akurat, dukungan emosional, pembentukan hubungan kerja sama antara tenaga kesehatan dan keluarga, serta peningkatan keterlibatan keluarga dalam proses asuhan keperawatan (Manuaba et al., 2020).

2. Konsep Pemberdayaan Keluarga dalam Keperawatan

Konsep pemberdayaan keluarga secara luas diasosiasikan dengan *Family-Centered Care* dan *Family Empowerment Model* yang menempatkan keluarga sebagai mitra utama dalam perawatan kesehatan. Pendekatan ini menyatakan bahwa keluarga memiliki potensi untuk ikut aktif dalam proses perawatan jika diberikan dukungan pendidikan dan keterampilan yang relevan. Secara empiris, pemberdayaan keluarga telah terbukti meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan umum serta mengurangi

beban emosi dan ketidakpastian dalam menghadapi kondisi kesehatan kronis (Guo et al., 2024b).

Model pemberdayaan keluarga menurut Li et al., (2025) yang berbasis keperawatan (misalnya *Family-Centered Empowerment Model* atau FCEM) menekankan empat tahap utama:

a. Pengkajian kebutuhan keluarga

Tentukan area pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang perlu diperkuat,

b. Edukasi berbasis bukti (EBN)

Pemberian materi kesehatan yang sesuai dengan bukti ilmiah terbaru,

c. Praktik dan demonstrasi keterampilan

Keluarga belajar secara langsung melalui *hands-on practice*, dan

d. Evaluasi dan tindak lanjut

pemantauan dan penilaian kemampuan keluarga setelah edukasi/demonstrasi.

3. Langkah – langkah Pemberdayaan Keluarga dalam Konteks Perawatan Luka Kanker

Pemberdayaan keluarga tidak hanya berupa pemberian informasi, tetapi juga terdiri dari langkah nyata yang terukur dan berkelanjutan. Langkah-langkah konkret tersebut meliputi :

a. Edukasi berbasis Evidence Based Nursing (EBN)

Edukasi kepada keluarga dilakukan dengan menggunakan materi yang didukung bukti ilmiah terkini, seperti pendekatan manajemen luka, teknik

merawat luka, pengelolaan nyeri non-farmakologis, serta intervensi menjaga nutrisi dan kenyamanan pasien. Edukasi ini harus disesuaikan dengan kondisi keluarga dan budaya setempat sehingga dapat dipahami dan diterapkan secara efektif (Li et al., 2025).

b. Demonstrasi dan Latihan Praktik

Keluarga dilatih secara langsung oleh perawat dalam teknik perawatan luka yang tepat, termasuk penggunaan balutan seperti hydrogel, cara mengidentifikasi tanda-tanda infeksi, serta teknik khusus meredakan nyeri. Demonstrasi ini penting untuk membangun *self-efficacy* sehingga keluarga mampu memberikan asuhan yang aman dan tepat di rumah (Guo et al., 2024b).

c. Pendampingan dan Evaluasi Berkala

Setelah edukasi dan praktik, perawat melakukan pendampingan dan evaluasi berkala melalui kunjungan rumah atau komunikasi terjadwal. Pendampingan ini berfungsi sebagai penguatan, pemantauan keefektifan keterampilan keluarga, serta revisi strategi perawatan bila diperlukan (Li et al., 2025).

4. Peran Perawat

Tenaga kesehatan yaitu perawat berperan sebagai fasilitator utama pemberdayaan keluarga dengan menerapkan prinsip EBN yaitu pengambilan keputusan yang menggabungkan bukti ilmiah terbaik, pengalaman klinis, dan kebutuhan serta preferensi keluarga pasien. EBN memastikan bahwa intervensi edukasi dan praktik tidak berdasarkan asumsi semata tetapi dipandu

oleh hasil penelitian dan pedoman klinis terbaru. Misalnya, pemberian hydrogel sebagai dressing luka kanker yang mana Hydrogel khusus yang dimuat dengan kompleks anticancer/antimikroba Ag(I) camphorimine menghasilkan aktivitas antibakteri kuat dan efek antikanker lokal serta mempertahankan kelembapan luka penting bagi proses penyembuhan luka kanker yang sering banyak eksudat dan infeksi(Costa et al., 2025). Menurut Hosseini et al., (2025) menunjukkan bahwa *hydrogel dressing* efektif untuk penyembuhan luka kronis secara umum, termasuk meningkatkan persentase penutupan luka dan mengurangi waktu penyembuhan, yang dapat menjadi justifikasi ilmiah luas untuk penggunaan hydrogel pada luka kanker yang tergolong luka kronis atau pascapembedahan.

Intervensi pemberdayaan menurut (Nurlela et al., 2025) edukasi yang berhasil meningkatkan pengetahuan keluarga dalam manajemen nyeri dan dukungan psikososial pasien kanker, bagian penting dari *rasa nyaman* pasien. Ini berbasis praktik keperawatan yang relevan dengan pemberdayaan keluarga dalam perawatan nyeri kanker. Menurut (Waluya et al., 2019b) penerapan prinsip praktik berbasis bukti (EBN) pada pelayanan paliatif berbasis komunitas, termasuk peran keluarga dalam menyediakan perawatan di luar rumah sakit. Pendekatannya dapat dipadukan dengan model pemberdayaan keluarga di setting Puskesmas. Peranan perawat menurut Harahap et al., (2024) Meninjau kesiapan keluarga dalam merawat pasien kanker dan dampaknya terhadap kecemasan keluarga. Relevan untuk konteks

pemberdayaan keluarga dan outcome psikososial yang ikut memengaruhi rasa nyaman pasien dan caregiver.

5. Hasil dari Pemberdayaan Keluarga

Implementasi pemberdayaan keluarga diharapkan menghasilkan beberapa outcome penting, antara lain:

- a. Peningkatan kemampuan keluarga dalam melakukan teknik perawatan luka secara mandiri,
- b. Peningkatan kepercayaan diri keluarga dalam menghadapi situasi kesehatan yang kompleks,
- c. Meningkatnya rasa nyaman pasien yang dirawat di rumah karena perawatan yang lebih tepat dan konsisten,
- d. Penurunan beban psikososial keluarga terkait ketidakpastian dalam merawat anggota yang sakit (Li et al., 2025).

E. PICOT

1. Pertanyaan Klinis (PICOT)

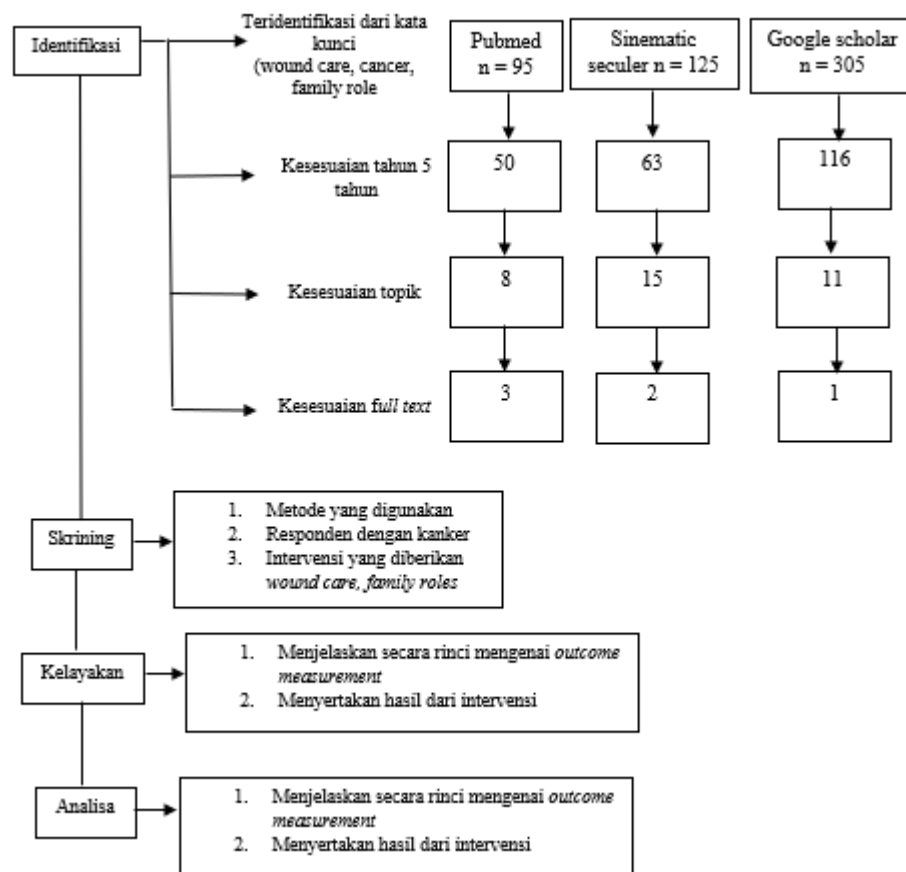
Tabel 2. 1 Pertanyaan Klinis

Aspek	Jawaban
P (<i>Population</i>)	anggota keluarga penderita kanker dengan luka
I (<i>Intervention</i>)	pemberdayaan keluarga melalui edukasi dan keterampilan
C (<i>Comparasion</i>)	membandingkan respon dua pasien atau keluarga
O (<i>Outcome</i>)	peningkatan kompetensi keluarga, kenyamanan pasien dan kualitas hidup

T (Time) dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gamping II pada 30 April sampai 03 Mei 2026.

2. Metode Penelusuran Evidence

Penelusuna diawali dari melakukan pencarian jurnal penelitian minimal lima tahun terakhir melalui berbagai database nasional maupun internasional dari tahun 2021-2025 yang meliputi Pubmed, Sinematic seculer, dan Google Scholar. Kata kunci *wound care, cancer, family roles*. Menggunakan bahasa Inggris.



Gambar 2. 1 Penelusuran literatur

3. Review Literatur

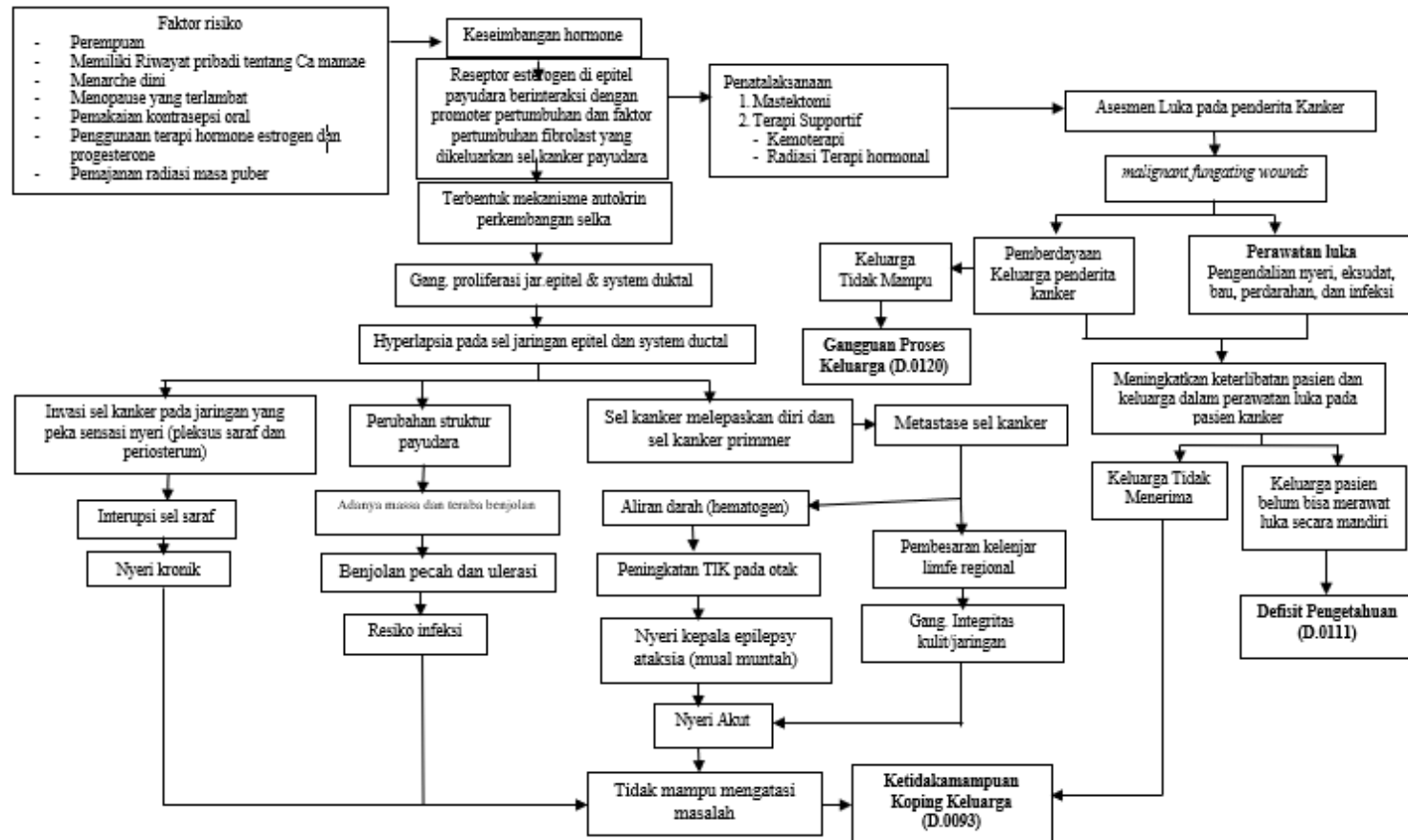
Tabel 2. 2 Review Literatur

No.	Identitas jurnal	Desain	Populasi (P)	Intervensi (I)	Control (C)	Outcome/Hasil (O)	Time (T)
1	Wantonoro et al. (2023). <i>Family Empowerment Program for Family Caregivers of Cancer Patients</i>	<i>Quasi Experimental</i>	60 caregiver pasien kanker	Program pemberdayaan keluarga (<i>Family Empowerment Program</i>)	Perawatan standar	Program pemberdayaan keluarga meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri caregiver dalam merawat pasien kanker di rumah ini	Tidak disebutkan
2	Hackert et al. (2024). <i>Family-Centered Empowerment Interventions in Chronic Illness Care</i>	Systematic Review	18 artikel penelitian terkait penyakit kronis	<i>Family Centered Empowerment Interventions</i>	Berbagai kelompok pembanding pada artikel yang direview	Pendekatan <i>family empowerment</i> meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan, kepatuhan terapi, dan kualitas hidup pasien	Bervariasi sesuai artikel yang direview
3	Guo et al. (2024). <i>Effectiveness of Caregiver Training on Wound Care Management among Cancer Patients</i>	Randomized Controlled Trial (RCT)	89 caregiver pasien kanker.	Pelatihan caregiver melalui demonstrasi dan praktik langsung perawatan luka	Edukasi perawatan luka	Ditemukan hubungan signifikan antara beban perawatan, kesiapan merawat dan kecemasan caregiver	Tidak disebutkan

4	Nurlela et al. (2025). <i>Family Education Program to Improve Comfort and Quality of Life among Cancer Patients</i>	Quasi Experimental	54 keluarga pasien kanker	Program edukasi keluarga	Perawatan standar tanpa program edukasi khusus	Edukasi keluarga meningkatkan kemampuan keluarga dalam manajemen gejala dukungan psikologis, dan kenyamanan pasien	Tidak disebutkan
5	Li et al. (2025). <i>Family-Centered Empowerment Model for Home-Based Cancer Care</i>	Randomized Controlled Trial (RCT)	95 keluarga pasien kanker	<i>Family-Centered Empowerment Model</i> untuk perawatan kanker berbasis rumah	Perawatan rutin	Model pemberdayaan keluarga meningkatkan <i>self-efficacy</i> caregiver, kemandirian keluarga, dan kualitas perawatan pasien di rumah	Tidak disebutkan
6	Harahap N, dkk. (2024). <i>Beban Perawatan, Kesiapan Merawat dan Kecemasan pada Family Caregiver Anak dengan Kanker di Indonesia</i>	Analitik Korelatif Cross Sectional	127 family caregiver anak dengan kanker	Pengukuran menggunakan GAD-7, ZBI dan PCS.	Tidak ada kelompok pembandingan	Pengurangan eksudat, kontrol infeksi dan perbaikan kondisi luka	Maret–April 2023
7	Ferrell BR, Kravitz K, Borneman T, Friedmann ET.	Kualitatif	7 keluarga/kerabat pasien kanker	Bimbingan keluarga, strategi perawatan luka, dukungan profesional kesehatan	Tidak ada kelompok kontrol	Meningkatkan pemahaman kebutuhan caregiver dan pentingnya	Selama proses

	(2020). <i>Family Caregivers: A Qualitative Study to Better Understand the Quality-of-Life Concerns and Needs of This Population</i>		dengan luka ganas			dukungan dalam perawatan pasien kanker	wawancara penelitian
8	Shoghi M, Shahbazi B, Seyedfatemi N. (2020). <i>The Effect of the Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on the Care Burden of the Parents of Children Diagnosed with Cancer</i>	Quasi Experimental Pretest-Posttest with Control Group	78 orang tua anak kanker (39 intervensi, 39 kontrol)	Family-Centered Empowerment Model (FCEM): persepsi ancaman, peningkatan keterampilan, partisipasi pendidikan, evaluasi	Perawatan rutin (kelompok kontrol)	Menurunkan beban perawatan caregiver secara signifikan (p<0,001)	Sebelum dan sesudah intervensi

F. WOC



Gambar 2. 2 WOC