

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman pada Keluarga dengan Penderita Kanker

1. Konsep Dasar Keluarga

a. Pengertian keluarga

Keluarga didefinisikan sebagai kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang saling terikat melalui keterikatan emosional dan rasa kebersamaan, di mana individu-individu di dalamnya secara sadar mengidentifikasi serta mengakui diri mereka sendiri sebagai satu unit keluarga (Ramadia dkk., 2023). Keluarga memegang peran yang amat krusial dalam keseluruhan sistem sosial dan ekonomi masyarakat karena meskipun unit terkecil tetapi berfungsi sebagai pondasi utama atau kunci pembentuk yang memungkinkan terciptanya struktur sosial kemasyarakatan yang lebih luas (Bakri, 2020).

b. Tipe keluarga

Tipe keluarga menurut (Susanto *et al.*, 2022) secara umum dibagi menjadi 2, yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non-tradisional)

1) Keluarga tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Berikut macam-macam keluarga tradisional, yaitu:

- a) Keluarga Inti
- b) Keluarga Besar
- c) Keluarga *Dyad* (Pasangan Inti)
- d) Keluarga *Single Parent*
- e) Keluarga *Single Adult* (Bujang Dewasa)

2) Tipe keluarga modern (non-tradisional)

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di Masyarakat. Berikut adalah jenis keluarga modern:

- a) *The Unmarried teenage Mother*
- b) *Reconstituted Nuclear*
- c) *The Stepparent Family*
- d) *Commune Family*
- e) *The Non-Marital Heterosexual Cohabiting Family*
- f) *Gay and Lesbian Family*
- g) *Cohabiting Couple*
- h) Group-Marriage Family
- i) *Group Network Family*
- j) *Foster Family*
- k) Institusional

1) *Homeless Family*

c. Tahap perkembangan keluarga

Menurut (Bakri, 2020) tahap perkembangan keluarga yaitu:

- 1) Keluarga baru (*beginning family*)
- 2) Keluarga dengan anak pertama Keluarga dengan anak pertama
<30 bulan (*childbearing*)
- 3) Keluarga dengan anak prasekolah
- 4) Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun)
- 5) Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)
- 6) Keluarga dengan anak dewasa (anak 1 meninggalkan rumah)
- 7) Keluarga usia pertengahan (*Middle Age Family*)
- 8) Keluarga lanjut usia

2. Konsep Kanker Payudara

a. Definisi

Kanker payudara atau *breast cancer* adalah penyakit heterogen yang mencakup berbagai keganasan yang terjadi pada kelenjar mammae. Kanker ini ditandai oleh pola epidemiologi yang unik dan heterogenitas yang signifikan, dan tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian terkait keganasan pada wanita (Xiong *et al.*, 2025). Secara kolektif, kanker payudara adalah keganasan yang paling umum terjadi di seluruh dunia (Katsura *et al.*, 2022).

b. Klasifikasi

Secara histopatologi, karsinoma invasif payudara (*Breast Invasive Carcinoma*) dan karsinoma lobular (*Lobular Carcinoma*)

merupakan sub tipe utama. Karsinoma invasif payudara menyumbang mayoritas kasus, yaitu sekitar 70–75%, sementara karsinoma lobular merupakan sub tipe kedua dengan persentase sekitar 12–15% dari total kasus kanker payudara. Sementara itu, klasifikasi molekuler didasarkan pada status reseptor yang diekspresikan oleh sel kanker, yaitu Reseptor Estrogen (ER), Reseptor Progesteron (PR), dan ekspresi HER2 (Barzaman *et al.*, 2020; Xiong *et al.*, 2025).

Penentuan *Staging* (Stadium) klinis kanker payudara menggunakan sistem TNM (Tumor, Node, Metastasis). Klasifikasi T (Tumor) berfungsi untuk mengukur ukuran tumor primer, di mana Tis menunjukkan karsinoma in situ (belum menyebar) dan T1 menunjukkan tumor yang berukuran kurang dari 2 cm (Xiong *et al.*, 2025). Menurut Komite Nasional Penanggulangan Kanker (KNPK) Kemenkes RI, Stadium kanker payudara ditentukan berdasarkan Sistem Klasifikasi TNM *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) tahun 2002, yaitu:

- 1) Tumor primer
 - a) Tx: Tumor primer tidak dapat dinilai
 - b) T1: Tumor 2 cm atau kurang pada dimensi terbesar
 - c) T2: Tumor lebih dari 2 cm tetapi tidak lebih dari 5 cm pada dimensi terbesar
 - d) T3: Tumor berukuran lebih dari 5 cm pada dimensi terbesar

- e) T4: Tumor berukuran apapun dengan ekstensi langsung ke
 - (a) dinding dada atau (b) kulit, seperti yg tercantum berikut:
 - f) T0: Tidak ada bukti tumor primer
 - g) Tis: Karsinoma in situ
 - h) Tis (DCIS): Ductal Carcinoma in situ
 - i) Tis (LCIS): Lobular Carcinoma in situ
- 2) Kelenjar Getah Bening (KGB) regional (N)
- a) Nx: KGB regional tak dapat dinilai (mis.: sudah diangkat)
 - b) N0: Tak ada metastasis KGB regional
 - c) N1: Metastasis pada KGB aksila ipsilateral yang masih dapat digerakkan
- 3) Metastasis Jauh (M)
- a) Mx: Metastasis jauh tidak dapat dinilai
 - b) M0: Tidak ada metastasis jauh
 - c) M1: Terdapat Metastasis jauh

Sedangkan untuk pembagian Stadium menurut KNPK mengacu pada AJCC tahun 2010, yaitu:

- 1) Stadium 0: Tis, N0, M0
- 2) Stadium I: T1, N0, M0
- 3) Stadium IIA: T0-1, N1, M0 dan T2, N0, M0
- 4) Stadium IIB: T2, N1, M0 dan T3, N0, M0
- 5) Stadium IIIA: T0-2, N2, M0 dan T3, N1-2, M0
- 6) Stadium IIIB: T4, N0-2, M0
- 7) Stadium IIIC: Setiap T, N3, M0

8) Stadium IV: Setiap T, Setiap N, M1

c. Etiologi

Timbulnya kanker payudara dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup (Barzaman *et al.*, 2020). Karsinogenesisnya adalah proses multi-tahap yang melibatkan serangkaian peristiwa genetik dan lingkungan (Xiong *et al.*, 2025). Faktor risiko utama menurut (Xiong *et al.*, 2025), meliputi:

- 1) Predisposisi Genetik: Mutasi gen garis kuman dengan penembusan tinggi.
- 2) Faktor Hormonal: Paparan estrogen jangka panjang, *menarche* dini, menopause terlambat, dan nulliparitas.
- 3) Gaya Hidup: Obesitas, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi alkohol, dan merokok.

Sedangkan menurut KPKN Kemenkes RI, faktor risiko terjadinya kanker payudara erat kaitannya dengan:

- 1) Jenis kelamin Wanita
- 2) Usia > 50 tahun, riwayat keluarga dan genetic
- 3) Riwayat penyakit payudara sebelumnya
- 4) Riwayat menstruasi dini (< 12 tahun) atau menarche lambat (>55 tahun)
- 5) Riwayat reproduksi (tidak memiliki anak dan tidak menyusui)
- 6) Hormonal
- 7) Obesitas

- 8) Konsumsi alkohol
- 9) Riwayat radiasi dinding dada
- 10) Faktor lingkungan

d. Manifestasi klinis

Manifestasi yang dicari melalui deteksi dini adalah adanya perubahan atau benjolan pada payudara (Futri *et al.*, 2024). Menurut (Kemenkes RI, 2025a), gejala yang sering dialami oleh penderita kanker payudara adalah sebagai berikut:

- 1) Terdapat Benjolan atau perubahan bentuk pada payudara
- 2) Terjadi pembengkakan di bagian ketiak
- 3) Terjadi perubahan pada kulit payudara, seperti kemerahan atau pengkerutan
- 4) Perubahan pada puting susu, seperti retraksi atau keluarnya cairan
- 5) Nyeri atau ketidaknyamanan pada payudara

e. Patofisiologi

Menurut (Barzaman *et al.*, 2020; Xiong *et al.*, 2025) karsinogenesis dimulai dengan transformasi sel normal melalui tahapan hiperplasia, perubahan prakanker, dan karsinoma in situ. Progresi tumor dipengaruhi oleh:

- 1) Faktor genetik (keturunan)

Kanker payudara timbul karena adanya penumpukan perubahan pada materi genetik (DNA). Perubahan ini bisa disebabkan oleh mutasi gen yang sudah diwariskan dari keluarga

atau mutasi yang terjadi secara spontan selama masa hidup seseorang. Akumulasi mutasi inilah yang menyebabkan sel normal berubah menjadi sel kanker.

2) Sel punca kanker (CSC)

Di dalam tumor, terdapat sekelompok kecil sel yang sangat agresif yang dikenal sebagai Sel Punca Kanker (CSC). Sel-sel ini memiliki kemampuan luar biasa untuk memperbarui diri dan bertahan hidup dari pengobatan. Karena sifat ini, CSC sangat berperan dalam membuat kanker menjadi resisten terhadap terapi dan menyebabkan penyakit kambuh kembali.

3) Lingkungan sekitar tumor

Perkembangan kanker sangat dipengaruhi oleh interaksinya dengan lingkungan di sekitarnya, yang disebut Lingkungan Mikro Tumor. Dalam lingkungan ini, sel kanker sering kali berinteraksi dan menyebabkan gangguan pada sistem kekebalan tubuh. Interaksi ini membantu sel kanker untuk menekan respons pertahanan tubuh, sehingga mempermudah kanker untuk tumbuh dan menyebar.

f. Komplikasi

Komplikasi utama dari penyakit yang didiagnosa terlambat adalah kematian (mortalitas). Kanker payudara merupakan penyebab kematian tertinggi akibat kanker pada perempuan di Indonesia (Marfianti, 2021). Menurut (Kemenkes RI, 2025), Kanker payudara dapat menyebar ke bagian tubuh lain, seperti tulang, hati,

paru-paru, atau otak. Di sisi lain, efek samping pengobatan seperti kemoterapi dan radioterapi, seperti kelelahan, mual, kecemasan, penurunan berat badan, dan kerontokan rambut, adalah salah satu dari efek samping yang dapat disebabkan oleh pengobatan.

g. Penatalaksanaan

1) Deteksi dini (Upaya Primer)

a) Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)

Metode utama yang ditekankan untuk mencegah keterlambatan diagnosa penyakit (Wintoko *et al.*, 2023).

b) Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS)

Pemeriksaan oleh tenaga medis yang juga menjadi bagian dari upaya deteksi dini (Futri *et al.*, 2024).

2) Terapi farmakologis

Menurut (Kemenkes RI, 2025), ada beberapa terapi farmakologis atau pengobatan kanker payudara, antara lain:

a) Bedah

Pengangkatan tumor dan kelenjar getah bening yang terkena dapat menjadi bagian dari prosedur pembedahan.

b) Radioterapi

Penggunaan sinar radiasi untuk membunuh sel-sel kanker yang mungkin tersisa setelah operasi.

c) Kemoterapi

Penggunaan obat-obatan kanker untuk membunuh sel-sel kanker di seluruh tubuh.

d) Terapi hormon

Pemberian obat hormonal untuk memblokir pengaruh hormon yang dapat memicu pertumbuhan sel kanker.

3) Terapi non-farmakologis

MBSR adalah salah satu terapi non-farmakologis yang merupakan program meditasi terstruktur dalam melatih kesadaran penuh terhadap momen saat ini tanpa menghakimi. Fungsi utamanya adalah mengurangi stres, kecemasan, depresi, kelelahan terkait kanker dan meningkatkan kualitas tidur serta kemampuan coping pasien. Studi menunjukkan bahwa MBSR sangat efektif sebagai terapi *adjuvant* untuk mengobati kelelahan terkait kanker pada pasien payudara dan dapat meningkatkan kesehatan psikologis secara keseluruhan (Wang *et al.*, 2024).

3. Konsep Masalah Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman

Abraham Maslow adalah seorang ahli psikologi humanistik yang bekerja untuk membangun teori kepribadian dan teori kebutuhan. Maslow meyakini bahwa setiap manusia memiliki potensi untuk tumbuh dan berkembang sebagai manusia utuh. Dalam teori ini memuat lima tingkatan kebutuhan yang harus terpenuhi di masing-masing tingkatannya. Tingkatan kebutuhan tersebut diawali dengan kebutuhan dasar seperti kebutuhan fisiologi manusia, kebutuhan rasa aman, kebutuhan merasakan kasih sayang, kebutuhan mendapatkan

pencapaian, dan tingkat paling atas adalah kebutuhan mengaktualisasikan diri. Kebutuhan tingkat dasar yang kedua adalah kebutuhan untuk senantiasa merasa aman. Seorang individu dapat melangkah ke tingkat kebutuhan selanjutnya apabila sudah berhasil memenuhi kebutuhan pada tingkat pertama. Abraham Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan akan rasa aman ini meliputi rasa aman secara fisik maupun emosional. Untuk kebutuhan akan rasa aman dapat dicontohkan dengan contoh seperti kebutuhan akan rasa aman dari bahaya yang akan mengancam, seperti ancaman penyakit dan komplikasinya. Respon yang terbentuk ketika kebutuhan rasa aman tidak terpenuhi adalah dengan adanya ketakutan dan kecemasan (Aris, 2025).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Kanker

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu proses berkelanjutan, yang dilakukan secara terus-menerus dan bertahap. Sehingga proses ini tidak hanya sekali saja dilakukan. Perawat harus mampu menggambarkan kondisi/situasi pasien sebelumnya dan saat ini, sehingga informasi tersebut bisa digunakan untuk memprediksi tindakan di masa yang akan datang (Bakri, 2020). Menurut bakri ada hal-hal yang dikaji dalam keluarga, yaitu:

a. Data umum

Berikut adalah jenis data umum yang perlu dikaji pada tahap ini., yaitu:

- 1) Informasi dasar
 - 2) Tipe bangsa, suku, dan budaya
 - 3) Agama
 - 4) Status sosial ekonomi keluarga
 - 5) Aktivitas rekreasi keluarga
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini
 - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.
 - 3) Riwayat keluarga inti
 - 4) Genogram dan Ecomap
 - 5) Riwayat Keluarga Sebelumnya .
- c. Data Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah tangga, jenis *septic tank*, jarak *septic tank* dengan sumber air minum yang digunakan serta denah rumah.

- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RT-RW

Memberikan penjelasan tentang aspek tetangga dan komunitas setempat, seperti tradisi, lingkungan fisik, undang-undang dan perjanjian setempat, dan budaya yang berdampak pada kesehatan penderita kanker payudara.

3) Mobilitas geografis keluarga

Kebiasaan keluarga untuk berpindah tempat tinggal menentukan mobilitas geografis mereka.

4) Sistem pendukung keluarga

Selain itu, sistem pendukung membutuhkan dukungan psikologis dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

d. Struktur keluarga

Memberikan penjelasan tentang pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, yang mencakup kemampuan keluarga untuk mengontrol dan mempengaruhi orang lain untuk berperilaku tertentu, struktur peran, yang menjelaskan peran formal dan informal dari masing-masing anggota keluarga, dan nilai dan norma budaya yang menjelaskan nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang menderita kanker payudara.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Gambaran diri setiap anggota keluarga, perasaan mereka terhadap diri mereka sendiri, perasaan mereka terhadap diri mereka sendiri, dukungan mereka terhadap anggota keluarga lainnya, hubungan yang baik dengan satu sama lain, rasa empati dan perhatian terhadap perasaan orang lain adalah semua hal yang perlu dikaji.

2) Fungsi sosialisasi

Dibahas bagaimana hubungan atau interaksi keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar norma, disiplin, budaya, penghargaan, hukuman, dan perilaku, serta bagaimana cinta diberikan dan diterima.

3) Fungsi perawatan keluarga

Kemampuan keluarga untuk melakukan lima tugas pokok keluarga menunjukkan kesediaan mereka untuk melaksanakan perawatan kesehatan, adalah:

- a) Mengetahui seberapa baik keluarga memahami masalah kesehatan, seberapa baik mereka memahami faktor penyebab, tanda dan gejala, dan faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga.
- b) Mengetahui kemampuan keluarga untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat.
- c) Mengetahui sejauh mana keluarga mampu merawat anggota keluarga yang penderita kanker, bagaimana keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit kanker
- d) Mengetahui kapasitas keluarga untuk menjaga lingkungan rumah yang sehat.

4) Fungsi reproduksi

5) Fungsi ekonomi

f. Stres dan coping keluarga

Dalam fase ini, seorang perawat harus mengetahui bagaimana keluarga menghadapi dan merespon tekanan, serta pendekatan apa yang dapat digunakan untuk menghadapi dan menyelesaikannya.

g. Pemeriksaan fisik

Semua anggota keluarga menjalani pemeriksaan fisik. Prosedur yang digunakan pada pemeriksaan ini tidak berbeda dengan prosedur yang digunakan di klinik head-to-head, yang melacak riwayat kesehatan keluarga dan keadaan kesehatan saat kunjungan..

2. Diagnosa Keperawatan

Salah satu diagnosa yang hampir sama dengan diagnosa keperawatan klinik adalah diagnosa keperawatan keluarga yang dikembangkan. Terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan penyebab yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga, diagnosa keperawatan keluarga dibuat berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian. Perawat keluarga harus mempertimbangkan tipologi diagnosa keperawatan keluarga saat membuat diagnosa (SDKI 2017), yaitu:

a. Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan).

- b. Diagnosa keperawatan keluarga resiko dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.
- c. Diagnosa keperawatan keluarga promosi kesehatan merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada anggota keluarga dengan kanker payudara yaitu (SDKI, 2017):

- a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif [SDKI D.0115]
- b. Gangguan Proses Keluarga [SDKI D.0120]
- c. Penurunan Koping Keluarga [SDKI D.0097]
- d. Penurunan Koping Keluarga [SDKI D.0097]
- e. Ansietas (SDKI D.0080)

3. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perawat merencanakan serangkaian tindakan untuk membantu keluarga dengan masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga dalam perencanaan keperawatan keluarga. Untuk menentukan tahap perencanaan, diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan, termasuk pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, prinsip dan keyakinan klien, batasan praktik keperawatan, dan peran tenaga kesehatan lainnya. Selain itu, diperlukan kemampuan untuk memecahkan masalah, membuat keputusan, menulis tujuan, memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman untuk memenuhi tujuan tersebut, menulis instruksi keperawatan, dan bekerja sama dengan orang lain (Bakri, 2020).

a. Prioritas masalah

Skoring digunakan untuk menentukan masalah keperawatan mana yang harus diprioritaskan. Kriteria, ukuran, dan pembedaan adalah bagian penting dari masalah keperawatan keluarga.

Tabel 2. 1 Skala Prioritas Masalah

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Tidak/kurang sehat	3	1
	Ancaman kesehatan	2	
	Keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Mudah		2
	Sebagian	2	
	Tidak dapat	1	
		0	
3.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Tinggi		1
	Cukup	3	
	Rendah	2	
		1	
4.	Menonjolnya masalah		
	Masalah yang benar-benar harus segera ditangani	2	1
	Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

Skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Nilai bobot}$$

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga

b. Tujuan dan intervensi

Tabel 2. 2 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (SDKI D.0115)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat 3. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun L.12105	Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (I.13477) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang Kesehatan 2. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan Tindakan Bersama keluarga 3. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga 4. Identifikasi Tindakan yang dapat dilakukan keluarga Terapeutik 1. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya Kesehatan 2. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga 3. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal Edukasi 1. Informasikan fasilitas Kesehatan yang ada di lingkungan keluarga 2. Anjurkan menggunakan fasilitas Kesehatan yang ada 3. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga, seperti <i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
2.	Gangguan Proses Keluarga (SDKI D.0120)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan proses keluarga membaik dengan kriteria hasil: 1. Adaptasi keluarga terhadap situasi meningkat	Promosi Proses Efektif Keluarga (I.13496) Observasi 1. Identifikasi tipe proses keluarga 2. Identifikasi masalah atau gangguan dalam proses keluarga

	2. Kemampuan keluarga berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga meningkat L.13124	3. Identifikasi kebutuhan perawatan mandiri di rumah untuk klien dan tetap beradaptasi dengan pola hidup keluarga Terapeutik 1. Pertahankan interaksi yang berkelanjutan dengan anggota keluarga 2. Motivasi anggota keluarga untuk melakukan aktivitas bersama seperti makan bersama, diskusi bersama keluarga 3. Fasilitasi anggota keluarga melakukan kunjungan rumah sakit 4. Susun jadwal aktivitas perawatan mandiri di rumah untuk mengurangi gangguan rutinitas keluarga Edukasi 1. Jelaskan strategi mengembalikan kehidupan keluarga yang normal kepada anggota keluarga 2. Diskusikan dukungan sosial dari sekitar keluarga 3. Latih keluarga manajemen waktu jika perawatan di rumah dibutuhkan
3. Penurunan Koping Keluarga (SDKI D.0097)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status koping keluarga membaik dengan kriteria hasil: 1. Perasaan diabaikan menurun 2. Kekhawatiran tentang anggota keluarga menurun 3. Perilaku mengabaikan anggota keluarga menurun 4. Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga meningkat	Dukungan Koping Keluarga (I.09260) Observasi 1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang 4. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan Terapeutik 1. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi 3. Diskusikan rencana medis dan perawatan 4. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga

-
- | | |
|----------------------|----------------|
| 5. Komitmen | pada |
| perawatan/pengobatan | |
| meningkat | |
| 6. Komunikasi | antara anggota |
| keluarga membaik | |
| 7. Toleransi membaik | |

L.09088

- | |
|---|
| 5. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka Panjang, jika perlu |
| 6. Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai |
| 7. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian) |
| 8. Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu |
| 9. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien |
| 10. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan |
| 11. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan |
| 12. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga |

Edukasi

1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala
2. Informasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia

Kolaborasi

1. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu
-

4. Ansietas (SDKI D.0080)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x kunjungan, diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 6. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih Teknik relaksasi (<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>)
----------------------------------	---	---

4. Implementasi keperawatan

Rencana tindakan dibuat sebelum tahap pelaksanaan dimulai, yang ditujukan pada perawat untuk membantu klien mencapai tujuan. Tujuan pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, termasuk peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Pada tahap ini, perawat harus memahami banyak hal, seperti bahaya fisik dan perlindungan klien, teknik komunikasi, prosedur tindakan, hak-hak pasien, dan tingkat perkembangan pasien (Bakri, 2020).

5. Evaluasi

Proses ini dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan pada akhir proses asuhan keperawatan. Untuk melakukan kedua jenis evaluasi ini, sangat disarankan untuk 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 diagnosa
- d. P: Perencanaan yang direncanakan kembali setelah mendapat hasil dari respons keluarga pada tahap evaluasi

C. Konsep Intervensi Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

1. Definisi MBSR

MBSR merupakan latihan terstandar untuk menyatukan pikiran dan tubuh untuk meredakan gangguan emosi dengan mengurangi kecenderungan kita menilai apa yang dirasakan indra, dan sebaliknya, memperkuat koneksi antara kesadaran diri dan fisik (Wang *et al.*, 2024). MBSR dikembangkan oleh Profesor Jon Kabat-Zinn di Universitas *Massachusetts Medical School* yang dirancang untuk membantu individu secara sadar fokus pada momen saat ini dan menjadi penasaran, terbuka, dan menerima pengalaman momen tersebut dengan cara yang tidak menghakimi. (Dong *et al.*, 2024).

2. Tujuan MBSR

Tujuan utama dari intervensi MBSR pada pasien dan penyintas kanker, khususnya wanita yang didiagnosa menderita kanker payudara, adalah untuk mengurangi beban gejala psikologis dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Secara spesifik, penelitian menunjukkan bahwa MBSR bertujuan untuk memengaruhi dan mengurangi gejala kecemasan (*anxiety*) dan depresi pada wanita dengan kanker payudara, serta mengurangi gejala kelelahan terkait kanker (*Cancer-Related Fatigue/CRF*) pada populasi onkologi. Selain itu, MBSR juga berfungsi untuk meningkatkan *mindfulness* yang berkorelasi dengan pengurangan atau peredaan gejala stres pada pasien dan penyintas kanker, yang dapat dinilai secara kuantitatif (Chayadi *et al.*, 2022; Dentika & Arniyanti, 2023; Dong *et al.*, 2024; Ladenbauer & Singer, 2022).

3. Prosedur MBSR

Prosedur intervensi dalam penelitian ini disusun berdasarkan protokol standar *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) yang dikembangkan oleh Jon Kabat-Zinn (2017), yang telah diadaptasi ke dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) sistematis guna menjamin konsistensi pelaksanaan terapi.

Tabel 2.3 SOP *Mindfulness Based Stress Reduction*

Pengertian	MBSR adalah terapi berbasis <i>mindfulness</i> yang fokus melatih kesadaran untuk mengurangi stres, kecemasan, nyeri kronis, dan gangguan emosional.
Tujuan	Mengajarkan keterampilan <i>mindfulness</i> (kesadaran penuh) untuk mengurangi stres dan kecemasan. Meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi pengalaman sulit (fisik dan emosional) dengan penerimaan dan non-penghakiman.
Alat	1. Ruangan yang tenang 2. Kursi
Prosedur	Tahap Pembukaan 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya intervensi MBSR 3. Menanyakan persetujuan responden Tahap Awal 1. Menginstruksikan pasien untuk mengambil posisi yang nyaman dan stabil dengan duduk diatas kursi, punggung tegak namun santai, bahu rileks, tangan diletakkan di paha, mata dipejamkan 2. Mengarahkan fokus pasien pada momen saat ini melalui kesadaran penuh terhadap kontak fisik tubuh dengan duduk dan observasi terhadap perasaan fisik yang dirasakan saat ini 3. Mengarahkan perhatian responden pada aliran napas dengan mengobservasi sensasi napas masuk dan keluar serta merasakan pergerakan alami pada perut

atau dada tanpa melakukan manipulasi terhadap pola napas tersebut

4. Mengarahkan perhatian partisipan secara sistematis dari ujung kaki hingga kepala guna menyadari setiap sensasi fisik yang muncul, sembari menginstruksikan penggunaan napas untuk melepaskan ketegangan pada setiap bagian tubuh yang disadari.
5. Mengarahkan partisipan untuk menerima setiap munculnya rasa tidak nyaman, nyeri, atau emosi kuat dengan cara menyalurkan napas ke area tersebut serta menyadari kesulitan tersebut sebagai sensasi fisik murni tanpa melakukan penolakan.

Tahap Diskusi

1. Mengarahkan mereka untuk mengembalikan fokus secara lembut dan *non-judgemental* ke arah napas atau bagian tubuh yang sedang diobservasi
2. Anjurkan untuk mencari Solusi setiap masalah yang ada dengan tetap menerapkan nafas dalam

Tahap afirmasi

1. Mengarahkan partisipan untuk memeluk diri dan mengatakan kata-kata “Aku sadar dan merasakan napasku saat ini”, “Aku menerima kondisi tubuh dan perasaanku apa adanya”, "Aku tidak menghakimi atau menyalahkan diriku atas rasa sakit ini"

Tahap Akhir

1. Mengarahkan partisipan untuk mengembalikan kesadaran secara bertahap pada lingkungan sekitar melalui observasi terhadap suara di sekeliling, diikuti dengan membuka mata secara perlahan serta memberikan jeda waktu sejenak sebelum mengakhiri sesi.
 2. Berikan waktu beberapa saat bagi partisipan untuk sepenuhnya hadir di ruangan sebelum memulai diskusi.
 3. Melakukan diskusi reflektif dengan mengajukan pertanyaan terbuka guna menggali kesadaran partisipan selama praktik, mengidentifikasi tantangan utama yang ditemui, serta membedakan
-

	persepsi antara pikiran subjektif dan sensasi fisik yang dirasakan
4.	Mengingatkan bahwa tidak ada cara "benar" atau "salah" dalam bermeditasi. Setiap pengalaman adalah data dan kesempatan belajar.
5.	Menyimpulkan poin-poin utama sesi dan memberikan apresiasi atas kehadiran dan komitmen partisipan.

D. Hasil Literatur Review

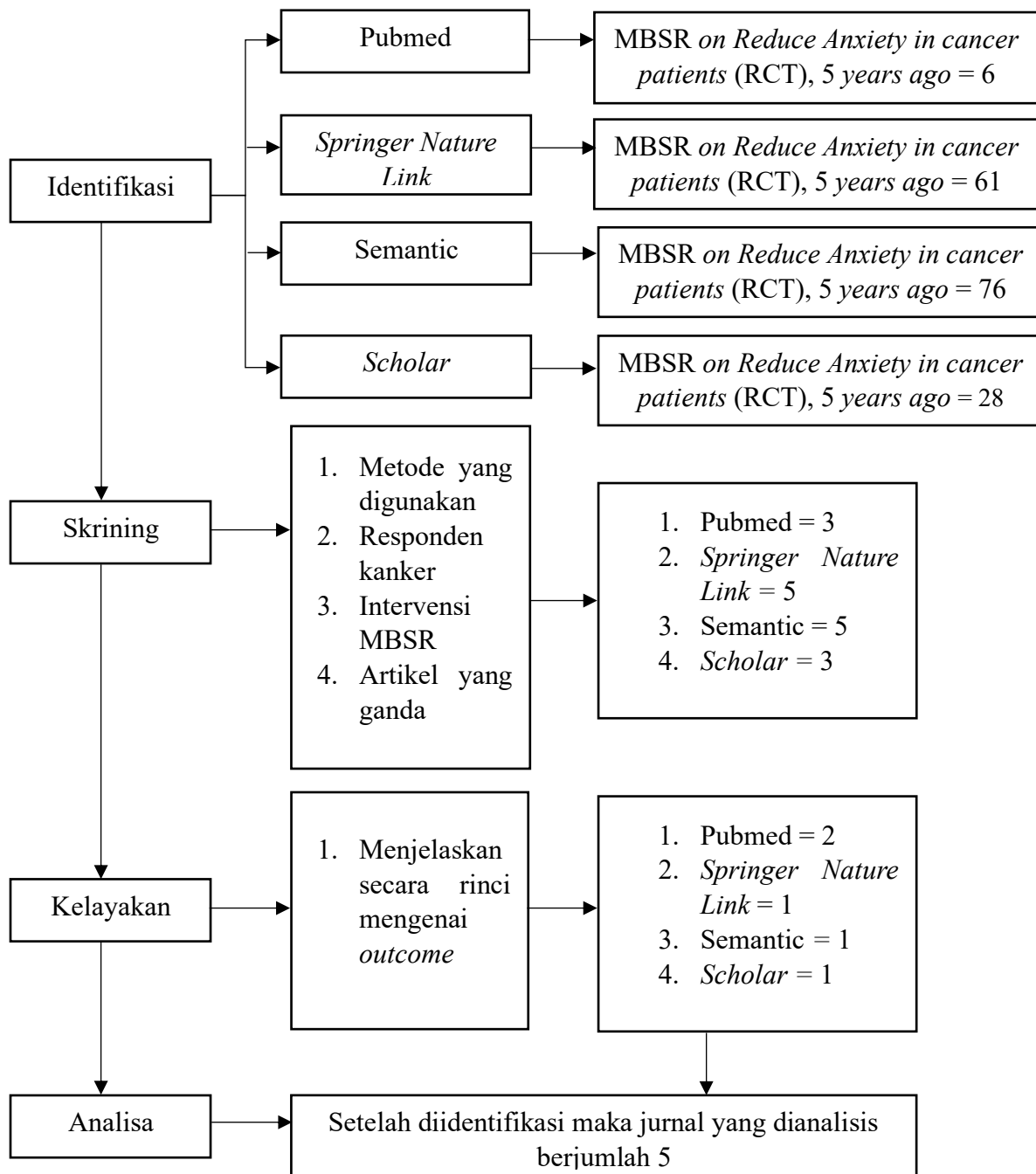
1. Pertanyaan Klinis

Berisi tentang pertanyaan klinis yang tepat sebagai berikut:

- a. *Population* : Penderita kanker payudara
- b. *Intervention* : *Mindfulness Based Stress Reduction*
- c. *Compare* : Perawatan standar atau perawatan biasa
- d. *Outcome* : Mengurangi kecemasan
- e. *Time* : 30-60 menit selama 3 kali dalam seminggu

Sehingga didapatkan rumusan pertanyaan klinis dari permasalahan yang ditentukan yaitu “Apakah *Mindfulness Based Stress Reduction* dapat memenuhi kebutuhan rasa aman dalam mengurangi kecemasan pada anggota keluarga dengan kanker payudara”. Penelusuran artikel ditetapkan melalui jurnal yang sudah terpublikasi baik nasional maupun internasional dengan batasan minimal 5 tahun terakhir dari tahun terbit dengan kata kunci *Mindfulness Based Stress Reduction*, kanker payudara, ansietas menggunakan *database*: Pubmed, Semantic, dan *Google Scholar*. Hasil penelusuran didapatkan 5 artikel yang disesuaikan dengan *advanced search* dengan tahun publikasi 5 tahun terakhir.

2. Metode Penelusuran *Evidence*



Gambar 2.1 Metode Penelusuran *Evidence*

Penelusuran bukti ilmiah mengenai efektivitas *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) dalam menurunkan kecemasan pada pasien kanker payudara dilakukan secara sistematis melalui *database* PubMed, *SpringerLink*, *Semantic Scholar*, dan *Google Scholar* dengan menggunakan strategi kata kunci yang relevan, sehingga menghasilkan total 171 artikel pada tahap identifikasi awal. Setelah dilakukan penghapusan terhadap artikel ganda sebanyak 16 artikel, sisa artikel sebanyak 16 menjalani proses skrining judul serta abstrak yang menyebabkan eksklusi yang dianggap tidak relevan dengan fokus penelitian. Tahap selanjutnya adalah uji kelayakan melalui tinjauan teks lengkap terhadap 16 artikel tersisa berdasarkan kriteria inklusi yang ketat hingga akhirnya diperoleh 5 artikel akhir yang memenuhi syarat untuk dianalisis lebih lanjut guna merumuskan rekomendasi asuhan keperawatan berbasis bukti yang valid bagi pasien kanker payudara.

3. Hasil Literature Review

Tabel 2.4 Hasil Penelusuran Literatur

No.	Jurnal/Tahun	P	I	C	O	T	Hasil
1.	<i>The use of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast cancer patients—meta-analysis</i> Xue Dong, Yan Liu, Kui Fang, Zhihan Xue, Xixi Hao, dan Zezhou Wang (2024)	Pasien yang didiagnosa kanker payudara (breast cancer patients). Tinjauan sistematis yang merangkum hasil dari enam studi penelitian dengan jumlah 1.937 responden	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR)	Kelompok tanpa diberikan intervensi	Menurunkan Kecemasan	30 menit setiap sesi dengan 3 kali dalam seminggu dan lama intervensi 6-8 minggu	Hasil analisis menunjukkan bahwa program <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR) terbukti memberikan penurunan kecemasan yang sangat signifikan secara statistik dengan nilai $p < 0,00001$.
2.	<i>The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Stress, Anxiety, and Depression of Patients with Breast Cancer</i> Albahadly, W. K. Y., Mohammed, A. H., Sabti, A. A., Al-Hili, A., Adnan, M., & Sabri, S. K. (2023).	Wanita berusia di atas 35-65 tahun, yang telah didiagnosa kanker payudara dengan total 40 responden	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR)	Kelompok tanpa diberikan intervensi	Menurunkan Kecemasan	2 jam setiap sesi dengan lama intervensi 8 minggu	Berdasarkan hasil uji statistik, ditemukan bahwa intervensi <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR) secara signifikan mampu menurunkan tingkat kecemasan pada pasien kanker payudara ($p < 0,001$).

3.	<i>The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: A systematic review and meta-analysis</i> Ellentika Chayadi, Naomi Baes, Litza Kiropoulos (2022)	Pasien yang didiagnosa kanker. Tinjauan ini mencakup 36 studi independen dengan total jumlah sampel sebanyak 1.677 orang	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR)	Kelompok tanpa diberikan intervensi	Menurunkan Kecemasan	30 menit setiap sesi dengan lama intervensi 6-8 minggu	Hasil analisis menunjukkan bahwa intervensi MBI memiliki pengaruh yang signifikan secara statistik terhadap penurunan gejala kecemasan. Hal ini didukung oleh nilai <i>Hedges' g</i> sebesar 0,55 yang menunjukkan efek moderat (<i>medium effect</i>). Hal ini mengindikasikan bahwa selain memiliki signifikansi secara statistik, intervensi ini juga memiliki signifikansi praktis yang cukup kuat dalam mengurangi kecemasan pada responden.
4.	<i>Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Interventions on Mindfulness and</i>	Pasien yang didiagnosa kanker, mencakup 8 studi dengan total	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR)	Kelompok tanpa diberikan intervensi	Menurunkan Kecemasan	30 menit setiap sesi dengan lama intervensi	Hasil analisis menunjukkan bahwa program <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR) memberikan

	<i>Stress Symptoms for Cancer Patients: A Quantitative Assessment</i> Ampere A. Tseng (2024)	populasi sebanyak 624 pasien.				6-8 minggu	dampak yang sangat signifikan terhadap penurunan gejala kecemasan pada pasien kanker ($p < 0,001$)
5.	<i>The efficacy of mindfulness-based stress reduction vs. standard or usual care in patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</i> Huiyuan Wu, Fenfen Li, Fenghao Zhang (2022)	Pasien yang didiagnosa menderita kanker payudara. Meta-analisis ini secara khusus melibatkan total 2.224 pasien dari 14 studi yang memenuhi kriteria.	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR)	Perawatan standar atau perawatan biasa (<i>standard or usual care</i>), yang dapat berupa tanpa pemberian terapi spesifik atau kelompok kontrol daftar tunggu (<i>wait-list control</i>)	Menurunkan Kecemasan	Program intervensi MBSR standar dilakukan selama 6 hingga 8 minggu	Terapi <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (MBSR) terbukti secara signifikan lebih efektif dibandingkan perawatan standar dalam meredakan stres psikologis ($P < 0,0001$), mengurangi kecemasan ($P = 0,0005$)

Kaitan antara kelima jurnal tersebut dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman dapat dijelaskan melalui analisis bagaimana intervensi *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) bekerja mengatasi ancaman-ancaman psikologis dan fisik yang dihadapi pasien kanker payudara.

Dalam teori Maslow, kebutuhan rasa aman mencakup stabilitas, ketergantungan, perlindungan, serta bebas dari rasa takut dan cemas. Berikut adalah poin-poin keterkaitannya berdasarkan isi kelima jurnal tersebut:

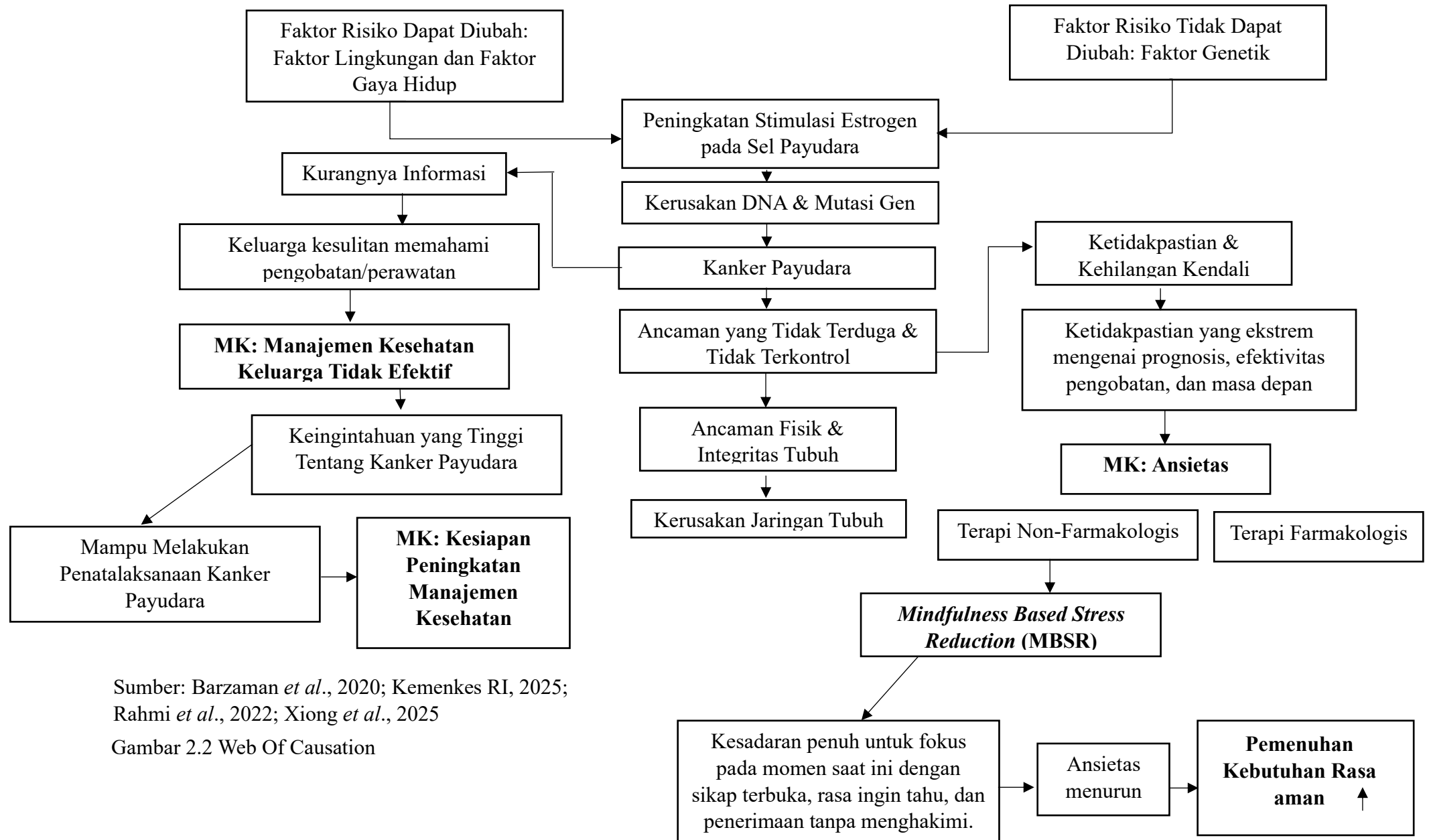
1. Pengurangan "*Fear of Cancer Recurrence*" (FCR)

Jurnal (Dong et al., 2024) secara spesifik membahas tentang ketakutan akan kekambuhan kanker. Ketakutan ini adalah ancaman langsung terhadap rasa aman. Dengan menurunkan FCR, intervensi MBSR membantu pasien merasa lebih aman terhadap masa depan kesehatannya. Penghilangan rasa takut yang konstan merupakan bentuk pemenuhan keamanan psikologis.

2. Penurunan Kecemasan sebagai Indikator Keamanan

Jurnal (Khaled et al., 2022) dan (Tseng, 2024) menunjukkan bahwa MBSR secara signifikan menurunkan skor kecemasan dan stres persepsian. Secara psikologis, kecemasan adalah sinyal bahwa seseorang merasa tidak aman. Ketika intervensi berhasil menurunkan kecemasan, hal itu berarti sistem alarm individu tersebut sudah tenang karena mereka merasa lebih memiliki kendali (*sense of control*).

E. Web of Causation (WOC)



Sumber: Barzaman *et al.*, 2020; Kemenkes RI, 2025; Rahmi *et al.*, 2022; Xiong *et al.*, 2025

Gambar 2.2 Web Of Causation