

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kanker Payudara

a. Pengertian Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya. Kanker payudara adalah tumor ganas yang terbentuk dari sel-sel payudara yang tumbuh dan berkembang tanpa terkendali sehingga dapat menyebar di antara jaringan atau organ di dekat payudara atau ke bagian tubuh lainnya (Kementerian Kesehatan, 2016).

Kanker payudara atau *Carcinoma mammae* merupakan kanker ganas pada payudara atau salah satu payudara. Kanker ini adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dari parenchyma (bagian organ yang produktif). Kanker bisa mulai tumbuh di dalam kelenjar susu, saluran susu, jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara. Kanker payudara disebabkan oleh adanya kerusakan pada materi genetik sel yang kemudian bersentuhan dengan bahan kimia yang mempercepat pembiakan sel yang diperlukan untuk berkembang menjadi sel kanker yang lebih ganas (Rozi Abdullah, 2012).

b. Etiologi

Penyebab kanker belum diketahui dengan pasti, tapi sering dikaitkan dengan faktor lingkungan (polusi, bahan kimia, virus) dan makanan yang mengandung bahan karsinogen. Karsinogenesis atau perkembangan kanker terjadi dalam dua tahap, yaitu tahap inisiasi dan promosi. Inisiasi adalah awal terjadinya perubahan sel yang disebabkan oleh interaksi bahan-bahan kimia, radiasi, dan virus dengan DNA dalam sel. Perubahan ini terjadi sangat cepat, tapi sel yang telah berubah ini tidak aktif selama waktu yang tidak dapat ditentukan, tahap berikutnya yaitu aktifnya sel-sel kanker yang menjadi matang, berkembang, dan kemudian menyebar dengan cepat. Tahap inisiasi hingga manifestasi klinis dapat terjadi dalam waktu 5-20 tahun (Almatsier, 2008).

Ada banyak faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan perkembangan kanker payudara, tetapi belum diketahui dengan tepat pengaruh beberapa faktor resiko tersebut dalam menyebabkan sel menjadi kanker. Sel payudara yang normal menjadi kanker karena perubahan (mutasi) DNA. DNA adalah substansi kimia yang ada didalam setiap sel-sel tubuh manusia yang membentuk gen. Gen memiliki instruksi tentang fungsi sel-sel tubuh manusia. Beberapa gen mengontrol ketika sel-sel manusia tumbuh, membelah, dan mati (*apoptosis*). Artinya, mutasi setiap sel pada tubuh seseorang dapat

meningkatkan resiko perkembangan kanker. Mutasi yang menyebabkan berkembangnya kanker payudara dapat berupa: mutasi protoonkogen menjadi onkogen, mutasi gen supresor tumor, mutasi gen yang diturunkan, dan mutasi gen yang didapat (Kumar *et al.*, 2013).

Gen yang mempercepat pembelahan sel disebut onkogen, sedangkan gen yang secara normal membantu pertumbuhan sel disebut proto-onkogen. Apabila proto-onkogen mengalami mutasi atau terlalu banyak jumlahnya, akan mengakibatkan onkogen menjadi permanen teraktivasi pada keadaan yang tidak seharusnya. Hasilnya, sel tumbuh diluar kendali sehingga dapat menimbulkan kanker (Karp, 2010).

c. Faktor Risiko

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko kanker payudara terbagi atas faktor termodifikasi dan faktor yang tidak termodifikasi. Faktor yang tidak termodifikasi diantaranya usia, riwayat keluarga, menarke dini, menopause yang terlambat, dan riwayat menderita lesi jinak maupun ganas pada payudara. Faktor yang termodifikasi diantaranya termasuk obesitas setelah menopause, penggunaan kombinasi hormon estrogen dan pro gestin pada saat menopause, konsumsi alkohol, menyusui, terapi hormon, merokok, dan radiasi (American Cancer Society, 2015).

Wanita dengan usia diatas 50 tahun lebih berisiko untuk menderita kanker payudara. Wanita yang mengalami menstruasi pertama kali (menarke) dibawah usia 12 tahun dan wanita yang menopause diatas usia 55 tahun lebih berisiko untuk menderita kanker payudara. Hal ini dapat disebabkan oleh paparan hormon estrogen yang lebih lama (Rianti *et al.*, 2012).

d. Terapi Diet Penderita Kanker

Penurunan berat badan yang terjadi terus menerus pada pasien kanker disebabkan oleh adanya penurunan *intake* energi ataupun peningkatan pengeluaran energi (karena tumor) serta perubahan metabolisme protein dalam tubuh. Produksi insulin pada pasien kanker akan menurun. Rendahnya produksi insulin tubuh selanjutnya dapat menyebabkan meningkatnya kadar glukosa darah. Tingginya kadar glukosa darah selanjutnya dapat menyebabkan menurunnya nafsu makan pasien. Oleh sebab itu makan pagi merupakan waktu makan yang tepat dibandingkan waktu makan lainnya karena pagi hari keadaan kadar glukosa darah adalah yang terendah. Toleransi kadar glukosa juga mempengaruhi fungsi gastrointestinal, karena kadar glukosa darah yang tinggi dapat memperlambat gerakan peristaltik di lambung. Hal ini selanjutnya dapat menyebabkan pasien kanker merasa cepat kenyang dan tidak nafsu makan.

Peningkatan pemecahan protein otot pada pasien kanker dapat menyebabkan kehilangan asam amino tubuh, dan selanjutnya menyebabkan tubuh menjadi lemah. Untuk menunjang keberhasilan pengobatan kanker perlu adanya dukungan nutrisi yang optimal dengan memperhatikan kebutuhan zat gizi dan tujuan pemberian zat gizi pasien kanker (Pusat Penelitian Penyakit Tidak Menular Litbangkes, 1996).

2. Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

a. Pengertian Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan asuhan gizi yang berkualitas yang dilakukan oleh tenaga gizi yang berkualitas yang dilakukan oleh tenaga gizi, melalui serangkaian aktivitas yang terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya untuk memenuhi kebutuhan gizi. Proses terstandar ini adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. Terstandar yang dimaksud adalah memberikan asuhan gizi dengan proses terstandar (Kemenkes, 2014).

Asuhan gizi yang berkualitas dapat dicapai dengan memberikan asuhan gizi yang tepat di waktu yang tepat untuk orang yang tepat dengan cara yang tepat. Asuhan gizi yang berkualitas memerlukan

standar proses untuk mengurangi variasi proses yang ada. *Nutrition Care Process* (NCP) dikembangkan oleh *Academy of Nutrition and Dietetics* sebagai standar proses asuhan gizi sehingga asuhan gizi dapat dilakukan melalui proses yang konsisten. *Nutrition Care Process* (NCP) merupakan metode sistematis bagi ahli gizi untuk dapat berpikir kritis dan membuat keputusan dalam menyediakan asuhan gizi yang berkualitas (Laceys & Pritchett, 2003).

Nutrition Care Process yang didesain untuk mendukung praktik berbasis bukti terdiri atas empat langkah yang saling berkaitan satu sama lain. Empat langkah tersebut antara lain *nutrition assessment*, *nutrition diagnosis*, *nutrition intervention* dan *nutrition monitoring and evaluation* (Charney, 2007). Setiap langkah NCP dideskripsikan dengan *International Dietetics and Nutrition Terminology* (IDNT). *International Dietetics and Nutrition Terminology* (IDNT) merupakan standar bahasa/istilah yang dibuat dengan tujuan agar ada keseragaman istilah antar ahli gizi baik secara nasional maupun internasional (Writing Group of The Nutrition Care Process/ SL Committee, 2008).

b. Langkah-langkah

1) Skrining gizi

Skrining gizi merupakan proses sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan akan tetapi cukup sensitif untuk mendeteksi pasien yang berisiko malnutrisi. Hasil total skor

pada skrining gizi dapat menunjukkan perlu tidaknya intervensi gizi, semakin tinggi skor maka akan semakin besar risiko malnutrisi (Susetyowati, 2015).

2) Pengkajian gizi

Pengkajian gizi merupakan kegiatan mengumpulkan, mengintegrasikan dan menganalisis data untuk mengidentifikasi masalah gizi yang terkait dengan aspek asupan gizi dan makanan, aspek klinis, serta aspek perilaku lingkungan dan penyebabnya. Peran pengkajian gizi sangat penting karena merupakan pondasi dari asuhan gizi (Par'I, 2016).

Tujuan pengkajian gizi adalah mendapatkan informasi yang cukup untuk mengidentifikasi masalah terkait gizi, serta membuat keputusan/ menentukan gambaran dan penyebab masalah terkait gizi. Langkah ini merupakan dasar untuk menegakkan diagnosis gizi (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Uraian terminologi pengkajian gizi:

a) Domain riwayat terkait gizi dan makanan (FH)

Pada tahap ini, data yang dikumpulkan meliputi asupan makanan, gizi, dan perilaku yang berkaitan dengan makanan. Data asupan makanan dan gizi meliputi asupan gizi per hari yang diketahui melalui metode *recall 24 hour* (*recall 24 jam*) sementara untuk data pola dan kebiasaan makan pasien

diperoleh melalui metode *Food Frequency Questionnaire (FFQ)*, (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Food recall 24 hour adalah bahwa makanan yang dikonsumsi individu selama 24 jam yang lalu dapat mencerminkan asupan gizi selama 24 jam lalu (Sirajuddin, 2014).

Food Frequency Questionnaire (FFQ) adalah menggali informasi frekuensi makan makanan tertentu pada individu yang diduga berisiko tinggi menderita defisiensi gizi atau kelebihan asupan zat gizi tertentu pada periode waktu yang lalu (Sirajuddin, 2014).

b) Domain data antropometri (AD)

Kegiatan pengukuran indeks tubuh yang digunakan sebagai salah satu dasar penentuan status gizi. Pengukuran yang umum dilakukan meliputi : pengukuran tinggi badan/ TB, berat badan/ BB, lingkaran lengan atas/ LILA, lingkaran panggul/ LPa dan tebal lipatan kulit/ TLK seperti trisep, bisep, subskapula dan suprailiaka. Dari pemeriksaan tersebut dikembangkan antropometri turunan seperti indeks masa tubuh/ IMT, massa lemak/ ML, massa bebas lemak/ MBL, arca lemak lengan atas/ ALLA, rasio LPe-Lpa dsb (Soemilah Sastroamidjojo, 2000).

c) Domain data biokimia, tes medis dan prosedur (BD)

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan specimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urin, tinja, dan beberapa jaringan tubuh lain seperti hati dan otot (Anggraeni, 2012).

Pemeriksaan biokimia pasien kanker payudara meliputi pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, eritrosit, trombosit, MCH (Selwin, 2019).

d) Domain data penilaian fisik fokus gizi (PD)

Pemeriksaan ini juga meliputi pemeriksaan kesadaran pasien, keadaan umum, oedema/ ascites dan keadaan pasien yang berkenaan dengan keluhan serta penyakit yang diderita (Anggraeni, 2012).

Pemeriksaan klinis-fisik bertujuan untuk mengetahui kondisi fisik pasien yang berhubungan dengan asupan gizi atau makanan. Bentuk pemeriksaan meliputi penampilan fisik, keadaan otot dan lemak subkutan, fungsi menelan, serta nafsu makan yang merupakan gambaran kondisi kurang gizi (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Pengobatan kanker dengan kemoterapi, efeknya tidak hanya berdampak pada tubuh yang terkena kanker saja tetapi

dapat mempengaruhi kondisi tubuh secara keseluruhan. Sel-sel tubuh yang semula normal dapat menjadi rusak. Apabila kerusakan telah mencapai saluran gastrointestinal maka akan terjadi diare, konstipasi, dan malabsorpsi. Meskipun demikian efek pada saluran gastrointestinal ini hanya berlangsung sementara. Setelah beberapa hari akan tumbuh sel-sel baru dan selanjutnya fungsi saluran gastrointestinalpun dapat normal kembali. Gangguan lain yang dapat timbul adalah gangguan indra perasa, *nausea*, *vomiting*, *water retention*, dan pembengkakan (Foltz et al, 1987).

e) Domain riwayat klien (CH)

Riwayat personal yaitu menggali informasi umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok, cacat, fisik. Riwayat medis/ kesehatan pasien yaitu menggali penyakit atau kondisi pada pasien atau keluarga dan terapi medis atau terapi pembedahan yang berdampak pada status gizi. Riwayat sosial yaitu menggali mengenai faktor sosioekonomi pasien, situasi tempat tinggal, kejadian bencana yang dialami, agama, dukungan kesehatan dan lain-lain (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Informasi saat ini dan masa lalu terkait riwayat personal, media, keluarga dan sosial (Terminologi Gizi dan Uraian Terminologi Gizi, 2015).

3) Terminologi diagnosis gizi

Matriks diagnosa gizi/ penilaian status gizi mengidentifikasi data-data yang berhubungan dengan penilaian status gizi untuk setiap diagnosa gizi. Metode ini dimaksudkan untuk membantu dalam mengidentifikasi suatu daftar diagnosa yang mungkin berdasar pada data yang dikumpulkan. Terdiri dari beberapa domain yaitu : Domain Asupan/ Intake (NI), Domain Klinis (NC), dan Domain Kebiasaan/ Behavioral/ Enviromental (NB), (Pamela Charney, PhD, RD, CNSD, 2003).

4) Terminologi intervensi gizi

Intervensi gizi adalah rangkaian kegiatan terencana dalam melakukan tindakan kepada pasien untuk mengubah semua aspek yang berkaitan dengan gizi pada pasien agar didapatkan hasil yang optimal (Anggraeni, 2012).

Intervensi gizi adalah suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk merubah perilaku gizi, kondisi lingkungan, atau aspek kesehatan individu. Tujuan intervensi gizi adalah untuk mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapannya terkait perilaku, kondisi lingkungan atau status

kesehatan individu, kelompok atau masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Preskripsi diet adalah rekomendasi kebutuhan zat gizi pasien secara individual, mulai dari menetapkan kebutuhan energi, komposisi zat gizi yang mencakup zat gizi makro dan mikro, jenis diet, bentuk makanan, frekuensi makan, dan rute pemberian makanan. Preskripsi diet disusun berdasarkan pengkajian gizi, komponen diagnosis gizi, rujukan rekomendasi, kebijakan dan prosedur serta kesukaan dan nilai-nilai yang dianut oleh pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

5) Monitoring dan evaluasi

Monitoring adalah pengawasan terhadap perkembangan keadaan pasien serta pengawasan penanganan pasien, apakah sudah sesuai dengan yang ditentukan ahli gizi. Evaluasi adalah proses penentuan seberapa jauh kita telah mencapai tujuan-tujuan kita. Implementasi pelayanan gizi yang dimonitor dan dievaluasi yaitu seluruh aspek pengkajian. Bila hasil evaluasi menunjukkan tujuan belum tercapai, atau timbul masalah baru maka dilakukan peninjauan kembali terhadap tahapan proses pelayanan gizi pasien (Anggraeni, 2012).

Hasil asuhan gizi seyogyanya menunjukkan adanya perubahan perilaku atau status gizi yang lebih baik (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

3. Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan persepsi individu dalam hidupnya yang ditinjau dari konteks budaya, perilaku dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan. Menurut WHO, pengukuran kualitas hidup mencakup kesehatan fisik, kesehatan psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan mereka. WHO mempunyai instrumen dalam mengukur kualitas hidup seseorang, yaitu WHOQOL-100 dan WHOQOL-BREF (WHO, 2004).

b. Penilaian Kualitas Hidup

Kualitas hidup sangat berhubungan dengan aspek-aspek yang akan dinilai, WHO telah membuat alat ukur/ instrumen untuk mengukur kualitas hidup manusia yaitu *World Health Organization Quality of Life 100 (WHOQOL-100)* dan versi pendeknya yaitu *World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*. Instrumen ini mengukur kualitas hidup manusia dari beberapa domain seperti kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Instrumen ini telah digunakan secara luas terhadap beberapa jenis penyakit termasuk untuk mengetahui kualitas hidup pasien kanker yang menjalani kemoterapi yang berisi 26 buah pertanyaan. Setiap jawaban pertanyaan diberi skor 1 sampai 5. Pada tiap pertanyaan jawaban poin terendah adalah 1 (sangat tidak memuaskan), sampai dengan 5 (sangat memuaskan).

Skor dari tiap dimensi yang didapat harus ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan rumus baku yang telah ditetapkan WHO, yaitu:

$$\text{Skor transformasi} = \frac{\text{skor sebenarnya} - \text{skor terendah tiap domain}}{\text{Jarak baku skor tiap domain}} \times 100$$

Rumus 1. Skor Transformasi

Selanjutnya hasil skor transformasi dikategorikan menjadi dua, yaitu:

- 1) Kualitas hidup rendah jika skor 0-60
- 2) Kualitas hidup baik jika skor 61-100

(WHOQOL-BREF, 2004)

Adapun untuk perhitungan skor domain total adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Perhitungan Skor Kualitas Hidup WHQOL

Domain	Perhitungan	Raw Skor
Kesehatan fisik	$(6-Q3)+(6-Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$	7-35
Kesejahteraan psikologis	$Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+(6-Q26)$	6-30
Hubungan sosial	$Q20+Q21+Q22$	3-15
Hubungan Lingkungan	$Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25$	8-40
Total Raw Skor		24-120

Sumber: *WHOQOL, 2004*

c. Aspek-aspek Kualitas Hidup

Menurut WHOQOL-BREF terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Kesehatan fisik, mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, kapasitas kerja.
- 2) Kesejahteraan psikologis, mencakup *bodily image appearance*, perasaan negative, perasaan positif, *self-esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- 3) Hubungan sosial, mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual.

- 4) Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi (Rapley, 2003).

B. Landasan Teori

Kanker payudara merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya. Kanker payudara adalah tumor ganas yang terbentuk dari sel-sel payudara yang tumbuh dan berkembang tanpa terkendali sehingga dapat menyebar di antara jaringan atau organ di dekat payudara atau ke bagian tubuh lainnya (Kementerian Kesehatan, 2016).

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) harus dilaksanakan harus dilaksanakan secara berurutan dimulai dari langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, monitoring dan evaluasi gizi atau disingkat ADIME (Kementerian Kesehatan, 2014).

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan persepsi individu dalam hidupnya yang ditinjau dari konteks budaya, perilaku dan sistem nilai dimana

mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan (WHO, 2004).

C. Pertanyaan Penelitian

1. Apakah ada risiko malnutrisi berdasarkan hasil skrining pasien kanker payudara?
2. Apakah ada kondisi tidak normal berdasarkan pengkajian gizi antropometri, biokimia, klinis-fisik, dan riwayat makan pasien kanker payudara?
3. Apa saja *problem*, *etiology*, dan *symptom/sign* berdasarkan diagnosis gizi pasien kanker payudara?
4. Bagaimana preskripsi diet berdasarkan intervensi gizi kanker payudara?
5. Bagaimana tingkat pemahaman berdasarkan edukasi gizi pasien kanker payudara?
6. Bagaimana keberhasilan intervensi berdasarkan *monitoring* dan evaluasi kanker payudara?
7. Bagaimana kualitas hidup pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi?