BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kanker Payudara

a. Definisi Kanker Payudara

Kanker adalah penyakit akibat pertumbuhan tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Dalam perkembangannya, sel-sel kanker dapat menyebabkan kematian karea dapat menyebar ke bagian tubuh lainnya. Kanker payudara merupakan tumor ganas yang terbentuk dari sel-sel payudara yang tumbuh dan berkembang tidak terkendali sehingga menyebar di antara jaringan atau organ di dekat payudara atau ke bagian tubuh lainnya (Kementerian Kesehatan, 2016).

b. Klasifikasi Histologi Kanker Payudara

Berdasarkan WHO, kanker payudara diklasifikasikan sebagai berikut (Rahmadani, 2015) :

1) Kanker Payudara Non Invasif

Karsinoma ini merupakan kanker dini yang masih pada tempatnya dan belum menyebar. Karsinoma non invasif dibedakan menjadi :

a) Karsinoma intraduktus in-situ

Karsinoma ini merupakan tipe kanker payudara non-invasif yang paling umum terjadi. Dengan deteksi dini rata-rata tingkat bertahan hidup penderita karsinoma intraduktus in-situ mencapai hampir 100%, dengan catatan kanker tidak menyebar dari saluran susu ke jaringan lemak payudara dan bagian tubuh lain.

b) Karsinoma lobular in-situ

Sel Karsinoma ini berukuran lebih besar dari normal, inti bulat kecil dan jarang disertai mitosis. Karsinoma ini ditandai dengan pelebaran satu atau lebih duktus terminal dan atau duktulus, tanpa disertai infiltrasi ke dalam stroma

2) Kanker Payudara Invasif

Karsinoma ini adalah kanker yang telah menyebar dan merusak jaringan lain. Karsinoma invasif terdapat beberapa jenis seperti :

a) Karsinoma duktus invasif

Karsinoma ini merupakan bentuk paling umum dari kanker payudara. Karsinoma duktus infiltratif merupakan 65-80% dari karsinoma payudara. Jaringan ikat padat tersebar berbentuk sarang atau beralur. Pada tepi tumor, tampak sel kanker mengadakan infiltrasi ke jaringan sekitar seperti sarang. Jenis ini disebut juga sebagai *infiltrating ductus carcinoma not otherwise specified*

(NOS), infiltrating carcinoma, scirrhous carcinoma atau *carcinoma simplerx.*

b) Karsinoma lobular invasif

Karsinoma ini merupakan karsinoma infiltratif yang tersusun berukuran kecil dan seragam dengan sedikit pleimorfisme. Karsinoma ini biasanya memiliki tingkat mitosis rendah. Sel ini dapat berbentuk *signet-ring, tubuloalveolar,* atau *solid*

c) Karsinoma musinosum

Karsinoma ini didapatkan sejumlah besar mucus intra dan ekstraseluler yang dapat dilihat secara makroskopis atau mikroskopis.

d) Karsinoma meduler

Karsinoma ini berbentuk polygonal/lonjong dengan batas sitoplasma tidak jelas. Biasanya terdapat infiltrasi limfosit dalam jumlah sedang diantara sel kanker, terutama dibagian tepi jaringan kanker. Diferensiasi dari jenis ini buruk, tetapi memiliki prognosis lebih baik daripada karsinoma duktus infiltratif.

e) Karsinoma papiler invasif

Bentuk komponen invasif dari karsinoma ini adalah papiler.

f) Karsinoma tubuler

Jenis karsinoma ini merupakan karsinoma dengan diferensiasi tinggi. Bentuk selnya teratur dan tersusun secara tubuler selapis dan dikelilingi oleh stroma fibrous.

g) Karsinoma adenokistik

Karsinoma ini sangat jarang ditemukan pada payudara. Karsinoma ini berjenis karsinoma invansif dengan karakteristik sel yang berbentuk kribriformis.

h) Karsinoma apokrin

Bentuk karsinoma ini dapat ditemukan juga pada jenis karsinoma payudara lain. Karsinoma ini didominasi dengan sel yang memiliki sitoplasma eosinofilik, sehingga menyerupai sel aprokin yang mengalami metaplasia.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Sampai saat ini belum diketahui apa yang menyebabkan kanker payudara. Akan tetapi, terdapat beberapa faktor risiko yang menambah kemungkinan terjadi kanker payudara, yaitu perubahan genetik atau mutasi dalam gen normal, yaitu BRCA1 dan BRCA2 yang sangat mungkin sebagai faktor risiko. Selain genetik yaitu: (1) Usia pertama kehamilan, (2) Usia pertama haid, (3) Obat atau kimiawi dan obat dengan esterogen dosis tinggi, (4) Obesitas, (5) Riwayat keluarga, (6) Menopause lambat, dan (7) Aktivitas fisik rendah (Tim Penanggulangan & Pelayanan Kanker Payudara Terpadu Paripurna R. S. KANKER DR. DHARMAIS, 2003: 3-5).

d. Faktor yang berhubungan dengan Status Gizi

Kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan pengetahuan gizi dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003: 25), Pendapatan keluarga jika pendapatan naik maka jumlah dan jenis makanan cenderung membaik tetapi mutu makanan tidak selalu membaik (Suhardjo dkk, 1986: 25),

Asupan makanan harus ditingkatkan walaupun terdapat berbagai kendala, seperti anoreksia dengan berbagai penyebab, perubahan cita rasa dan aroma pada makanan, kekeringan dan sariawan, disfagia, mual dan muntah, kembung, diare, dan rasa cepat kenyang (Vera Uripi, 2002: 37), Penyakit infeksi yang disebabkan oleh status gizi rendah dapat menyebabkan kematian (Yayuk Farida Baliwati, 2004: 31), Stadium kanker dan tindakan pengobatan yang dapat menyebabkan anoreksia, mual dan muntah, maupun diare (Vera Uripi, 2002: 26).

e. Dampak pengobatan pasien kanker

Dampak kemoterapi yang dimana kemoterapi merupakan pemberian obat-obatan untuk menghambat pembelahan sel kanker yang juga dapat mengakibatkan penghambatan pada sel-sel normal yang sedang mengalami pembelahan yang dapat mengakibatkan efek samping kurang darah atau anemia yang berarti jaringan kekurangan

oksigen, leukopenia atau menurunnya jumlah leukosit atau darah putih, trombositopenia atau kurangnya trombosit pada darah yang dapat mengakibatkan mudahnya terjadi pendarahan dan berbagai gangguan saluran pencernaan. Kemoterapi juga menghambat nafsu makan sehingga dapat mengakibatkan anoreksia, dan kemoterapi merupakan racun bagi hati dan dapat menyebabkan gangguan keseimbangan elektrolit dan racun bagi ginjal.

Dampak imunoterapi yang dimana imunoterapi merupakan jenis pengobatan yang merangsang kekebalan tubuh pasien sehingga system pertahanan tubuh sendiri dapat membunuh sel kanker. Imunoterapi menimbulkan efek samping anoreksia, mual muntah, diare, dan demam sebagai reaksi pemberian obat ini yang berarti meningkatkan basal metabolisme dan energi terbuang. Sehingga harus disertai dengan pengaturan diet yang benar sehingga status gizi dapat dipertahankan dan asupan makan dapat ditingkatkan (Vera Uripi, 2002: 31-32).

f. Gejala Kanker Payudara

1) Timbul rasa sakit atau nyeri pada payudara
2) Benjolan pada payudara tumbuh semakin membesar
3) Terjadi perubahan bentuk dan ukuran pada payudara
4) Perubahan puting yang seperti koreng
5) Biasanya keluar cairan atau darah berwarna merah pada puting
6) Kulit payudara menjadi keriput

g. Cara Pencegahan

Pencegahan primer merupakan usaha agar tidak terkena kanker payudara. Pencegahan primer dilakukan pada orang sehat yang belum memiliki faktor resiko. Pencegahan primer yaitu mengurangi fakor-faktor risiko yang diduga sangat erat kaitannya dengan peningkatan insiden kanker payudara. Pencegahan sekunder yaitu melakukan skrinning kanker payudara. Skrining kanker payudara adalah pemeriksaan atau usaha untuk menemuka abnormalitas yang mengarah pada kanker payudara (Nastiti, 2017).

h. Skrining Kanker Payudara

Beberapa prosedur yang diggunakan untuk skrining kanker payudara menurut Kementrian Kesehatan (2013) :

1) Periksa Payudara Sendiri (SADARI)

SADARI dilakukan oleh masing-masing wanita, mulai dari usia 20 tahun. SADARI dilakukan 7-10 hari setelah hari pertama haid terakhir dan dilakukan setiap bulan.

2) Periksa Payudara Klinis (SADANIS)

Pemeriksaan payudara klinis dikerjakan oleh petugas kesehatan yang terlatih. Pemeriksaan klinis pada payudara dilakukan sekurangnya 3 tahun sekali atau apabila ditemukan adanya abnormalitas pada proses SADARI. Kemudian dapat ditentukan

apakah memang ada kelainan termasuk kelainan jinak, ganas atau perlu pemeriksaan lebih lanjut.

3) Pemeriksaan USG

USG dilakukan terutama untuk membuktikan adanya massa kistik dan solid/padat yang mengarah pada keganasan.

4) Mammografi Skrining

Pemeriksaan mammografi memegang peranan penting terutama pada tumor yang sangat kecil atau non-papable. Sensitifitas bervariasi antara 70-80% dengan spesifitas antara 80-90%.

5) Prevensi dan skrining bertujuan untuk menemukan kemungkinan adanya kanker payudara dalam stadium dini dan diharapkan akan menurunkan mortalitas.

2. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) adalah suatu langkah-langkah konsisten dan spesifik mengenai pelayanan asuhan gizi. PAGT mempunyai patokan standar terstruktur di dalam menegakkan diagnosis gizi serta intervensi gizi (Kemenkes RI, 2013).

Pentingnya diet pada kanker payudara sangat diperlukan, penerapan ini bertujuan untuk membantu pengobatan dari kanker payudara selain pemberian obat dan kemoterapi pasien juga dianjurkan menjalankan terapi diet. Penatalaksanaan makanan penderita kanker dapat menurunkan kerentanan penderita terhadap infeksi dan mengurangi akibat efek samping

pengobatan sehingga dapat membantu pengobatan. Penderita juga akan merasa lebih sehat dan aktif sehingga sangat membantu dalam pemulihan kesehatan (Haryati, 2005).

Proses asuhan gizi harus dilaksanakan secara beruntutan dimulai dari langkah pengkajian (*nutrition assesment*), diagnosis (*nutrition diagnosis*), intervensi *(nutrition interventing)* dan monitoring evaluasi gizi (*evaluation monitoring*). Pengkajian atau a*sessment* untuk mendapatkan informasi yang cukup dalam mengidentifikasi dan membuat keputusan atau menentukan gambaran masalah, penyebab masalah yang terkait gizi serta tanda dan gejala.

a. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan proses sederhana dan cepat yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan akan tetapi cukup sensitif untuk mendeteksi pasien yang beresiko malnutrisi. Hasil total skor pada skrining gizi dapat menunjukan perlu tidaknya intervensi gizi, semakin tinggi skor maka akan semakin besar resiko malutrisi (Susetyowati, 2015). Skrining gizi untuk usia dewasa dilakukan dengan form skrining NRS 2002, MUST, MST, NSSA, dan SNAQ. Untuk usia lanjut dilakukan menggunakan form skrining NRI, GNRI dan MNA-SF. Formulir skrining yang dilakukan dalam penelitian ini adalah NRS 2002 atau skrining yang digunakan rumah sakit untuk pasien dewasa.

b. Assesment gizi

Assesment gizi merupakan langkah pertama dari empat langkah proses asuhan giz terstandar yang bertujuan untuk mengidentifikasi satu atau lebih masalah gizi dan membuat keputusan mengenai penyebab yang mendasari masalah.

1) Domain riwayat klien (CH)

Riwayat klien merupakan informasi saat ini dan masa lalu terkait riwayat personal, medis, keluarga dan sosial pasien. Riwayat personal merupakan informasi data umum pasien seperti umur, jenis kelamin, edukasi, dan peran dalam keluarga. Riwayat medis merupakan kondisi, status penyakit dan penyakit pasien yang berdampak terhadap status gizi. Riwayat sosial merupakan riwayat pasien faktor sosial ekonomi, situasi rumah dan dukungan asuhan atau pelayanan medis (Terminologi Gizi dan Uraian Terminologi Gizi, 2015).

2) Domain riwayat terkait gizi dan makanan (FH)

Riwayat terkait gizi dan makanan terdiri dari asupan makanan dan zat gizi, asupan suplemen obat dan herbal, pengetahuan atau kepercayan ataupun perilaku, ketersediaan penyaluran dan makanan, aktifitas fisik dan kualitas hidup untuk gizi.

Asupan makanan dan zat gizi merupakan komposisi dan kecukupan asupan makanan dan gizi, pola makan dan kudapan, diet atau modifikasi makanan dan lingkungan makan. Untuk mengetahui

asupan makanan dan zat gizi per hari dapat menggunakan metode *recall* 24 jam dan *food weighing*, untuk mengetahui pola dan kebiasaan makan pasien dapat menggunakan metode *Semi Quantitatif - Food Frequency Questionnaire (SQ-FFQ)* (Terminologi Gizi dan Uraian Terminologi Gizi, 2015).

3) Domain pengukuran antropometri (AD)

Pengukuran antropometri digunakan sebagai dasar penentuan status gizi. Pengukuran dilakukan dengan berbagai cara yaitu: berat badan (BB), tinggi badan (TB), berat badan ideal, data status gizi dapat menggunakan indeks massa tubuh (IMT). Pada kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk melakukan pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan dapat melakukan pengukuran ulna atau tinggi lutut kemudian dicari menggunakan estimasi berat badan dan estimasi tinggi badan. Data status gizi dapat menggunakan persentil LILA (Departemen Kesehatan RI, 2013).

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

Data biokimia merupakan data hasil uji laboratorium digunakan untuk penunjang penegakan diagnosa pasien kanker payudara yang didapatkan dari pencatatan hasil rekam medis dan hasil uji laboratorium (Departemen Kesehatan RI, 2013). Data biokimia yang digunakan meliputi : Hemoglobin, hematokrit, albumin, ureum atau BUN, kreatinin, dan limfosit.

5) Domain data penilaian fisik terkait gizi (PD)

Data klinik atau fisik merupakan data yang diambil dengan cara melihat langsung kondisi fisik pasien dan pencatatan dari rekam medis pasien. Data yang diambil sesuai dengan kasus yang akan di jadikan studi kasus, pada kasus ini data yang diambil pada pasien kanker payudara meliputi : keadaan umum, kesadaran, suhu, tekanan darah, RR, nadi dan keluhan pasien (Departemen Kesehatan RI, 2013).

c. Terminologi diagnosis gizi

Diagnosis gizi bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengungkapkan masalah gizi spesifik yang dapat ditangani atau diperbaiki melalui intervensi gizi. Diagnosis gizi terdiri dari tiga domain yaitu: domain asupan atau *intake* (NI), domain klinis (NC), dan domain kebiasaan atau *behavior* (NB) dan tersusun dalam tiga komponen yaitu permasalahannya (P), etiologi atau sebab (E), dan tanda-tanda, gejala atau *symptom* (S) (Departemen Kesehatan RI, 2013).

d. Terminologi intervensi gizi

Intervensi gizi merupakan suatu tindakan terencana untuk mengatasi masalah gizi yang diidentifikasi melalui perencanaan dan penerapan terkait perilaku, kondisi lingkungan, status kesehatan individu, dan pemenuhan kebutuhan gizi pasien untuk memperbaiki perilaku gizi,

kesehatan individual dan kondisi lingkungan (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Intervensi dilakukan pada pasien kanker payudara meliputi : tujuan pemberian diet, syarat diet, menghitung kebutuhan energi dan zat gizi, jenis diet, bentuk makanan, frekuensi makan, jadwal pemberian makan, zat gizi yang penting, dan cara pemberian makan yang mengacu pada standar diet rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 2013). Intervensi yang dibutuhkan adalah :

1) Tujuan diet
   a) Memberikan makanan yang seimbang sesuai dengan keadaan penyakit serta daya terima pasien.
   b) Mencegah atau menghambat penurunan berat badan secara berlebihan.
   c) Mengurangi rasa mual, muntah, dan diare.
   d) Mengupayakan perubahan sikap dan perilaku sehat terhadap makanan oleh pasien dan keluarganya.
2) Syarat diet
   a) Energi tinggi, menggunakan rumus harris benedict dengan menggunakan faktor aktivitas dan faktor stress sesuai dengan keadaan pasien
   b) Protein tinggi, yaitu 1-1,5 g/kgBB.
   c) Lemak sedang, yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total.
   d) Karbohidrat cukup, yaitu sisa dari kebutuhan energi total.

e) Vitamin dan mineral cukup, terutaman vitamin A, B kompleks, C dan E. bila perlu ditambahkan dalam bentuk suplemen.

f) Rendah iodium bila sedang menjalani medikasi radioaktif internal.

g) Bila imunitas menurun atau pasien akan menjalani kemoterapi agresif, pasien harus mendapat makanan yang steril.

h) Porsi makan kecil dan sering diberikan.

3) Preskripsi diet

Preskripsi diet tergantung dengan kondisi pasien, perkembangan penyakit, penyakit penyerta dan daya terima makanan. Diet diberikan dengan memperhatikan nafsu makan, keluhan pasien, penurunan berat badan dan pengobatan yang dijalani. Bentuk makanan disesuaikan dengan keadan pasien secara oral, enteral, ataupun parenteral dalam bentuk makanan biasa, makanan lunak, makanan saring atau makanan cair.

4) Perhitungan kebutuhan

Perhitungan kebutuhan energi, protein, lemak, dan karbohidrat maupun zat gizi lainnya dapat dilakukan sesuai dengan pedoman atau syarat diet tersebut (Almatsier, 2008).

5) Bahan makanana yang dianjurkan

Tabel 1. Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

Bahan Makanan	Dianjurkan	Tidak Dianjurkan
Sumber Karbohidrat	Nasi, roti, mie, makaroni dan hasil olahan tepung seperti cake, tarcis, puding, dan pastri, dodol, ubi, karbohidrat sederhana seperti gula pasir	
Sumber protein	Daging sapi, ayam, ikan, telur, susu, dan hasil olah seperti keju, dan yoghurt custard dan es krim	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa atau santan kental, dibakar
Sumber protein nabati	Semua jenis kacang-kacangan dan olahannya, seperti tempe, tahu, dan pindakas.	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa atau santan kental, dibakar
Sayuran	Semua jenis sayur terutama jenis B, seperti bayam, buncis, daun singkong, kacang panjang, labu siam dan wortel direbus, dikukus, dan tumis.	Dimasak dengan banyak minyak atau kelapa atau santan kental, dibakar
Buah-buahan	Semua jenis buah segar, buah kaleng, buah kering dan jus buah.	
Lemak dan minyak	Minyak goreng, mentega, margarin, santan encer, salad dressing	Santan kental
Minuman	Soft drink, madu, sirup, teh, dan kopi encer	Minuman rendah energi
Bumbu	Bumbu tidak tajam, seperti bawang merah, bawang putih, laos, salam, dan kecap.	Bumbu yang tajam seperti cabe dan merica

(Sumber : Almatsier, 2008)

e. Konseling gizi

Konseling gizi dilakukan dengan pasien dan keluarga pasien untuk memperbaiki perilaku yang salah terkait makanan dan gizi. Pasien

diberikan pedoman diet yang sesuai dengan diagnosis medis dan keadaan pasien. Keluarga pasien diberikan pemahaman tentang pentingnya dukunga keluarga bagi pasien dalam menjalani diet.

f. Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring dan evaluasi merupakan pengawasan dan penentuan seberapa jauh pelayanan gizi telah mencapai tujuan. Data yang akan di monitoring dan evaluasi pada pasien kanker payudara meliputi: Antropometri, Biokimia, Klinik fisik dan Asupan makan.

Bila hasil evaluasi belum tercapai atau timbul masalah baru maka dilakukan peninjauan kembali terhadap tahapan proses pelayanan gizi pasien. Tujuan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui kemajuan pasien. Hasil asuhan gizi seharusnya menunjukan adanya perubahan perilaku dan status gizi yang lebih baik (Departemen Kesehatan RI, 2013).

B. Landasan Teori

Kanker payudara merupakan tumor ganas yang terbentuk dari sel-sel payudara yang tumbuh dan berkembang tanpa terkendali sehingga menyebar di antara jaringan atau organ di dekat payudara atau ke bagian tubuh lainnya (Kementerian Kesehatan, 2016).

Pasien memerlukan Proses Asuhan Gizi Terstandar diberikan mulai dari melakukan skrining untuk melihat risiko malnutrisi pasien, kemudian dilakukan assesment terdiri dari *food history (FH)*, Antropometri (AD),

Biokimia (BD), Klinik fisik (PD) dan riwayat klien (CH). Diagnosis gizi yang terdiri dari *problem, etiologi,* dan *sign/symptom* yang didapat dari data biokimia maupun klinik fisik dan riwayat makan pasien. Pengaturan makan penderita kanker payudara yaitu diet tinggi energi tinggi protein yang sesuai dengan kebutuhan gizi pasien dan memberikan konseling gizi untuk pasien maupun keluarga pasien. Kemudian dilakukan monitoring dan evaluasi untuk mengawasi dan menentukan seberapa jauh pelayanan gizi yang telah mencapai tujuan.

C. Pertanyaan Penelitian

1) Apakah terdapat risiko malnutrisi berdasarkan hasil skrining pada pasien kanker payudara
2) Apakah terdapat kondisi tidak normal pada kajian gizi antropometri, biokimia, klinik fisik, dan riwayat makan pada pasien kanker payudara?
3) Apa saja diagnosis gizi pasien yang terdiri dari *problem, etiologi,* dan *sign/symptom*?
4) Bagaimana tujuan diet, syarat diet, preskripsi diet maupun konseling gizi berdasarkan intervensi gizi pada pasien kanker payudara?
5) Bagaimana keberhasilan intervensi gizi berdasarkan monitoring dan evaluasi yang ditetapkan pada pasien kanker payudara?