

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kanker Payudara

1. Pengertian Kanker Payudara

Kanker payudara adalah jenis kanker yang berkembang dari jaringan payudara, terutama dari sel-sel yang melapisi saluran susu (duktus) atau lobulus yang memproduksi susu. Kanker ini terjadi ketika materi genetik dalam sel mengalami perubahan (mutasi) yang menyebabkan sel-sel tersebut berkembang biak secara tidak terkendali dan membentuk tumor ganas. Jika tidak diobati, kanker ini dapat menyebar ke jaringan sekitarnya atau ke bagian tubuh lain melalui sistem limfatik dan aliran darah ¹⁷.

Secara global, kanker payudara merupakan kanker yang paling umum didiagnosis pada wanita dan menjadi penyebab utama kematian akibat kanker di kalangan wanita di seluruh dunia. Diperkirakan terdapat sekitar 2,3 juta kasus baru setiap tahunnya ¹⁸. Kanker ini dapat diklasifikasikan berdasarkan ekspresi genetik menjadi beberapa subtype molekuler, yang memberikan wawasan tentang strategi pengobatan baru dan stratifikasi pasien yang memengaruhi manajemen pasien kanker payudara.

Faktor risiko untuk mengembangkan kanker payudara mencakup faktor yang dapat dimodifikasi, seperti obesitas, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi alkohol, terapi penggantian hormon selama menopause, serta faktor yang tidak

dapat dimodifikasi, seperti usia, riwayat keluarga, dan mutasi genetik seperti BRCA1 dan BRCA2¹⁷. Diagnosis kanker payudara biasanya dikonfirmasi melalui biopsi jaringan yang mencurigakan, dan setelah diagnosis, dilakukan tes lanjutan untuk menentukan penyebaran kanker dan strategi pengobatan yang paling efektif

2. Etiologi

Menurut Admoun dan Mayrovitz (2022) kanker payudara merupakan hasil dari interaksi kompleks berbagai faktor, baik yang bersifat biologis, genetik, lingkungan, maupun riwayat reproduksi, serta kemungkinan faktor-faktor lain yang belum sepenuhnya diketahui¹⁹. Risiko kanker payudara meningkat seiring bertambahnya usia dan paling sering terjadi pada perempuan pascamenopause. Faktor genetik dan hereditas berperan penting dalam patogenesis kanker payudara, di mana riwayat kanker payudara pada keluarga tingkat pertama secara signifikan meningkatkan risiko terjadinya penyakit ini.

Selain itu, sejumlah faktor risiko yang dapat dimodifikasi, seperti obesitas, konsumsi alkohol, merokok, kurang aktivitas fisik, serta terapi hormon pengganti, telah dikaitkan dengan peningkatan kejadian kanker payudara. Riwayat reproduksi juga turut memengaruhi risiko, di mana perempuan yang tidak pernah melahirkan (nulipara) memiliki kecenderungan risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang memiliki anak (multipara).

3. Patofisiologi

Sebagian besar kasus kanker payudara bersifat sporadik (sekitar 90–95%), sedangkan hanya 5–10% yang disebabkan oleh mutasi genetik yang dapat diidentifikasi. Mutasi pada gen BRCA1 dan BRCA2 merupakan kelainan genetik yang paling umum ditemukan pada kasus kanker payudara herediter. Secara histopatologis, bentuk paling umum dari kanker payudara invasif adalah karsinoma duktal invasif dan karsinoma lobular invasif. Proses karsinogenesis pada kanker payudara melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik dan lingkungan, pengaruh hormonal, serta faktor individu pasien.

Secara molekuler, kanker payudara diklasifikasikan menjadi beberapa sub tipe berdasarkan ekspresi reseptor hormonal dan HER2¹⁷:

- a. Luminal A: Reseptor hormon positif (ER+/PR+), HER2 negatif; pertumbuhan lambat dan prognosis baik.
- b. Luminal B: Reseptor hormon positif, HER2 positif; lebih agresif dibanding Luminal A.
- c. HER2-enriched: Reseptor hormon negatif, HER2 positif; agresif tetapi responsif terhadap terapi target HER2
- d. Basal-like (Triple-negative): ER-, PR-, HER2-; paling agresif dan memiliki prognosis buruk

Tumor dengan ekspresi reseptor hormon (luminal A dan B) umumnya memiliki agresivitas yang lebih rendah serta tingkat kelangsungan hidup yang lebih baik²⁰. Sebaliknya, sub tipe HER2-enriched cenderung lebih agresif dan

memiliki prognosis yang buruk apabila tidak disertai terapi target yang spesifik. Namun, dengan berkembangnya terapi target anti-HER2 seperti trastuzumab, pendekatan terapeutik terhadap subtype ini telah mengalami perubahan yang signifikan²¹. Sementara itu, subtype basal-like yang tidak mengekspresikan ketiga penanda molekuler (*triple negative*) biasanya menunjukkan prognosis yang lebih buruk dan tingkat kelangsungan hidup yang rendah.

4. Tanda dan Gejala

Pada umumnya, kanker payudara tidak menimbulkan rasa nyeri pada tahap awal. Namun demikian, terdapat sejumlah tanda klinis yang dapat mengindikasikan adanya kanker payudara ataupun benjolan jinak, antara lain²²:

- a. Perubahan ukuran atau bentuk salah satu payudara
- b. Teraba benjolan pada payudara atau ketiak
- c. Adanya lekukan atau retraksi pada puting maupun area lain di payudara
- d. Perubahan kulit yang menetap seperti kemerahan atau bersisik,
- e. Keluarnya cairan jernih atau berdarah dari puting susu.

Selain berdasarkan gejala klinis, deteksi dini kanker payudara dapat dilakukan melalui prosedur skrining seperti pemeriksaan fisik, ultrasonografi (USG), dan mamografi. Apabila ditemukan kelainan dalam skrining, evaluasi lanjutan perlu dilakukan untuk menilai lebih detail area yang dicurigai, guna memastikan diagnosis dan menentukan penanganan yang tepat.

5. Tatalaksana Medis Kanker Payudara

Tatalaksana medis kanker payudara ditentukan oleh seberapa luas penyakit atau stadium dan ekspresi dari agen biomelekuler. Selain memiliki efek yang menguntungkan, beberapa terapi yang dilakukan juga memiliki efek samping yang tidak diinginkan oleh pasien, sehingga harus mempertimbangkan faktor usia, komorbid, *evidence-based*, *cost effective*, dan kapan menghentikan seri pengobatan sistemik termasuk *end of life issues*. Berikut adalah beberapa tatalaksana medis yang dilakukan pada pasien kanker payudara²³⁻²⁵:

a. Pembedahan

Pembedahan merupakan terapi yang paling awal dikenal untuk penanganan kanker payudara. Jenis pembedahan pada kanker payudara meliputi mastektomi, *Salfingo Ovariectomi Bilateral (SOB)*, *Breast Conserving Therapy (BCT)*, dan *Metastasektomi*,

b. Terapi Sistemik

Terapi sistemik sering disebut dengan kemoterapi. Kemoterapi dapat berupa obat tunggal atau berupa kombinasi beberapa obat kemoterapi. Pemberian kemoterapi dilakukan secara bertahap sebanyak 6-8 siklus untuk memberikan efek yang diharapkan dengan meminimalisir efek samping yang timbul nantinya. Efek samping yang dapat terjadi akibat kemoterapi adalah mual, muntah, demam, kehilangan nafsu makan, konstipasi, penurunan berat badan, kerontokan rambut, kelelahan, masalah kulit dan kuku.

c. Terapi Hormonal

Terapi hormonal diberikan pada kasus kanker dengan hormonal positif. Terapi hormonal dapat diberikan pada pasien kanker stadium I-IV. Lama pemberian adjuvan hormonal selama 5-10 tahun. Efek samping dari terapi ini adalah rasa panas (*hot flashes*), penambahan berat badan, gejala musculoskeletal, kelelahan, dan disfungsi seksual

d. Terapi Target

Terapi yang menargetkan sel kanker hanya dapat diberikan di rumah sakit tipe A atau B. Penggunaan anti-HER2 hanya diberikan pada pasien dengan hasil pemeriksaan IHC menunjukkan HER2 positif. Obat utama yang direkomendasikan adalah herceptin, terutama untuk kasus stadium awal dengan prognosis baik, diberikan selama satu tahun dengan interval setiap tiga minggu. Sementara itu, penggunaan anti-VEGF maupun mTOR inhibitor belum dianjurkan. Meskipun terapi target membatasi kerusakan pada sel-sel sehat, terapi ini masih dapat memiliki efek samping, seperti masalah kulit dan masalah pencernaan

e. Radioterapi

Radioterapi merupakan salah satu pengobatan penting dalam tatalaksana kanker payudara. Radioterapi menjadi pengobatan standar untuk lebih dari 90% pasien kanker payudara yang bertujuan untuk mengurangi kekambuhan lokoregional dan meningkatkan kelangsungan hidup secara keseluruhan.

Radioterapi dapat diberikan sebagai terapi kuratif adjuvan dan paliatif. Meskipun terapi ini bermanfaat, banyak efek samping yang dirasakan oleh pasien, dan di antara yang paling umum adalah kelelahan, selain itu juga dapat menyebabkan kerusakan jaringan paru-paru, kulit dan esofagus.

B. Asuhan Gizi

Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) atau *Nutrition Care Process* (NCP) merupakan kerangka kerja sistematis yang dikembangkan oleh *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND) untuk meningkatkan mutu pelayanan gizi. PAGT terdiri dari empat langkah utama yaitu asesmen gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, dan monitoring dan evaluasi. Tujuan penerapan PAGT adalah memberikan pelayanan gizi yang konsisten, terukur, dan berbasis bukti, sehingga dapat meningkatkan hasil klinis pasien maupun populasi²⁶⁻²⁸.

1. Asesmen Gizi

Asesmen gizi, yaitu proses sistematis mengumpulkan, memverifikasi, dan menafsirkan data gizi. Data yang dikumpulkan meliputi riwayat diet, status antropometri, data biokimia, pemeriksaan klinis, riwayat klien, serta faktor gaya hidup dan lingkungan. Asesmen gizi bertujuan mengidentifikasi masalah aktual maupun potensi masalah gizi yang dialami individu atau kelompok. Dalam praktik rumah sakit, asesmen gizi biasanya diawali dengan skrining gizi menggunakan instrumen valid untuk mengetahui pasien berisiko malnutrisi. Data asesmen gizi dapat berasal dari berbagai sumber, seperti formulir rujukan,

wawancara, catatan medis, anggota keluarga atau pengasuh, survei berbasis komunitas dan kelompok, laporan statistik, data administratif, dan studi epidemiologi. Data yang dikumpulkan selama proses asesmen gizi akan digunakan untuk proses asuhan gizi selanjutnya.

2. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi merupakan langkah kedua dalam proses asuhan gizi. Diagnosis gizi adalah pernyataan spesifik mengenai masalah gizi yang dapat ditangani oleh ahli gizi/dietisien. Diagnosis gizi diformulasikan dalam format PES (*Problem–Etiology–Sign/Symptom*), misalnya *Inadequate energy intake related to decreased appetite as evidenced by weight loss*. Diagnosis ini membedakan PAGT dari proses medis, karena berfokus pada aspek gizi yang dapat diperbaiki atau dimodifikasi melalui intervensi gizi. Diagnosis gizi terdiri dari empat domain, yaitu:

- a. Asupan (*Intake*), mencakup istilah yang menggambarkan masalah gizi yang berkaitan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, dan zat bioaktif melalui diet oral atau dukungan nutrisi.
- b. Klinis (*Clinical*), mencakup diagnosis gizi yang menggambarkan masalah gizi yang berhubungan dengan kondisi medis atau fisik seseorang.
- c. Perilaku-Lingkungan (*Behavioral-Environmental Nutrition Diagnosis*), mencakup diagnosis gizi yang menggambarkan masalah gizi yang berkaitan dengan pengetahuan, sikap atau kepercayaan, serta lingkungan fisik individu.

- d. Situasi Gizi (*Nutrition Situation*), mencakup temuan-temuan yang berkaitan dengan gizi yang memberikan informasi tambahan yang relevan terhadap asuhan gizi seseorang.

3. Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah tindakan spesifik yang direncanakan untuk mengatasi diagnosis gizi. Intervensi gizi disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan klien. Bentuk intervensi dapat berupa konseling gizi, modifikasi diet, suplementasi, dukungan enteral/parenteral, edukasi keluarga, hingga koordinasi dengan tim multidisiplin. Intervensi harus berbasis bukti ilmiah, terukur, serta mempertimbangkan preferensi pasien dan kondisi klinis. Intervensi gizi yang tepat dapat meningkatkan status gizi, mempercepat pemulihan, dan menurunkan lama rawat inap. Intervensi gizi terdiri dari dua tahap, yaitu:

a. Tahap Perencanaan

Ahli gizi atau dietisien berkolaborasi dengan klien untuk mengidentifikasi tujuan intervensi dan hasil yang diharapkan, memprioritaskan intervensi gizi berdasarkan preferensi klien, urgensi, potensi dampak dan sumber daya yang tersedia, membuat preskripsi diet, menentukan strategi intervensi gizi, dan menentukan waktu dan frekuensi intervensi.

b. Tahap Implementasi

Ahli gizi atau dietisien bekerja sama dengan klien untuk melaksanakan rencana asuhan gizi, menyesuaikan rencana tersebut secara individual, serta mengomunikasikan rencana asuhan gizi yang telah disusun. Ahli gizi atau

dietisien juga melakukan modifikasi rencana asuhan bila diperlukan, melanjutkan pengumpulan data dan melakukan tindak lanjut untuk memastikan rencana asuhan gizi telah diimplementasikan dengan baik. Selain itu, strategi intervensi akan direvisi atau dievaluasi sesuai dengan perubahan kondisi atau respons pasien terhadap intervensi yang diberikan.

4. Monitoring dan Evaluasi

Tahap akhir dalam PAGT adalah monitoring dan evaluasi untuk menilai efektivitas intervensi gizi. Monitoring dilakukan dengan membandingkan data awal dan data hasil, misalnya perubahan berat badan, asupan energi-protein atau zat gizi lain, hasil laboratorium, atau perbaikan gejala klinis. Evaluasi berfungsi menentukan apakah intervensi berhasil, perlu dilanjutkan, atau disesuaikan. Proses ini bersifat siklik, artinya hasil evaluasi dapat kembali menjadi bagian dari asesmen gizi berikutnya.

C. Penatalaksanaan Gizi pada Pasien Kanker

Tujuan penatalaksanaan gizi pada pasien kanker payudara adalah mempertahankan atau memperbaiki status gizi, meningkatkan kualitas hidup pasien kanker, mengurangi gejala kanker kakeksia, dan membantu upaya medis dalam mencegah komplikasi, seperti sepsis dan infeksi.

Prinsip diet kanker payudara secara umum sama dengan prinsip kanker pada umumnya, yaitu ^{10,29}:

1. Energi

Kebutuhan energi minimal sesuai dengan kebutuhan individu sehat, yaitu 25-30 kkal/kg berat badan/hari atau dapat dilihat estimasi kebutuhan energi menurut ESPEN bagi pasien kanker. Kebutuhan ini dapat meningkat jika pasien mengalami kehilangan berat badan, stres metabolik, atau kondisi inflamasi kronis. Penentuan kebutuhan energi harus mempertimbangkan tingkat aktivitas, derajat inflamasi, dan efek pengobatan terhadap metabolisme energi. Asupan energi yang cukup, penting untuk mencegah kehilangan massa tubuh tanpa lemak (*fat-free mass*) dan mendukung fungsi imun.

2. Protein

Pasien kanker berisiko mengalami kehilangan massa otot (*cachexia*). Kondisi ini disebabkan karena adanya peningkatan kebutuhan metabolik dan penurunan nafsu makan yang menyebabkan kurangnya asupan makan. Protein diberikan sebanyak 1–1,5 g/kg berat badan/hari untuk mencegah kehilangan massa otot dan dapat ditingkatkan hingga 2,0 g/kg bila terdapat kehilangan massa otot yang signifikan. Protein berperan penting dalam memperbaiki jaringan tubuh, mempertahankan sistem imun, serta mendukung respons terhadap terapi. Sumber protein yang dianjurkan adalah protein berkualitas tinggi seperti ayam, ikan, telur, kedelai, dan susu rendah lemak.

3. Lemak

Asupan lemak direkomendasikan kurang dari 20–25% dari total energi harian, dengan prioritas pada lemak tidak jenuh tunggal dan ganda, seperti

minyak zaitun, alpukat, dan ikan berlemak yang mengandung asam lemak omega-3 (EPA dan DHA). Lemak jenis ini membantu menurunkan inflamasi dan meningkatkan respon terhadap terapi. Sedangkan konsumsi lemak jenuh dan *trans-fat* perlu dibatasi karena dapat meningkatkan risiko kekambuhan kanker payudara melalui peningkatan stres oksidatif dan disfungsi metabolik.

4. Karbohidrat

Kebutuhan asupan karbohidrat harian untuk pasien kanker yaitu 55–65% dari total energi harian. Sumber karbohidrat yang baik bagi pasien kanker payudara yaitu sumber karbohidrat kompleks seperti biji-bijian utuh (beras merah, oat, gandum) dan sayuran tinggi pati. Karbohidrat kompleks memberikan energi berkelanjutan dan membantu menjaga kadar glukosa darah tetap stabil. Sementara itu, batasi konsumsi gula sederhana, karena hiperglikemia kronis dapat memicu pertumbuhan sel kanker melalui peningkatan kadar insulin dan *insulin-like growth factor* (IGF-1).

5. Vitamin dan Mineral

Kebutuhan vitamin dan mineral pada pasien kanker dianjurkan minimal memenuhi *Recommended Dietary Allowance* (RDA). Mikronutrien seperti vitamin A, C, E, dan selenium memiliki peran antioksidan yang penting dalam melindungi sel dari kerusakan oksidatif akibat stres metabolik dan efek kemoterapi.

6. Cairan

Kebutuhan cairan pada pasien kanker berkisar 20–40 ml/kg berat badan/hari, disesuaikan dengan kondisi klinis, fungsi ginjal, dan kehilangan cairan akibat muntah atau diare. Pemenuhan cairan yang cukup, penting untuk menjaga hidrasi, mendukung metabolisme obat, dan membantu ekskresi zat sisa metabolik. Pada pasien dengan risiko retensi cairan atau gangguan ginjal, penyesuaian dilakukan berdasarkan evaluasi klinis.

7. Serat

Asupan serat yang dianjurkan bagi pasien kanker adalah sekitar 30 gram per hari atau setara dengan konsumsi lima porsi sayur dan buah per hari. Serat dari sumber alami seperti sayuran, buah-buahan, dan biji-bijian berperan dalam menjaga kesehatan saluran cerna, meningkatkan imunitas, serta menurunkan risiko kekambuhan kanker payudara melalui mekanisme pengikatan estrogen berlebih di usus.

D. Home Care

1. Pengertian *Home care*

Home care merupakan pemberian layanan yang sebagian besar bersifat medis kepada pasien di lingkungan rumah, bukan di fasilitas kesehatan. Tujuan dari *home care* yaitu membantu pasien pulih dari cedera atau penyakit serta memulihkan, mempertahankan, atau meningkatkan kemampuan mereka dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari di rumah³⁰. *American Medical Association*

mendefinisikan *home care* sebagai penyediaan peralatan dan layanan keperawatan di rumah pasien yang bertujuan untuk memulihkan serta mempertahankan tingkat kenyamanan dan kesehatan secara optimal³¹.

Efektivitas perawatan berbasis rumah sangat bergantung pada kolaborasi antara pasien, keluarga, dan tenaga profesional kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia juga menyatakan bahwa *home care* merupakan pelayanan kesehatan berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan di lingkungan tempat tinggal individu dan keluarga untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan kemandirian serta mengurangi dampak penyakit³².

2. Manfaat *Home Care*

Pelaksanaan pelayanan *home care* didasarkan pada prinsip bahwa perawatan kesehatan tidak hanya terbatas pada fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga dapat dilanjutkan di lingkungan rumah pasien dengan dukungan tenaga kesehatan profesional. Pelayanan ini bertujuan untuk memberikan asuhan yang berkesinambungan (*continuity of care*), bermutu, dan sesuai dengan kebutuhan pasien, keluarga, serta masyarakat.

Home care menjadi salah satu alternatif pelayanan yang penting untuk membantu menekan tingginya angka kunjungan dan rawat inap di rumah sakit, puskesmas, maupun fasilitas kesehatan lainnya. Melalui pendekatan ini, pasien dapat memperoleh pelayanan kesehatan secara komprehensif di lingkungan yang lebih nyaman dan familiar. Selain itu, pelayanan *home care* juga

memberikan berbagai manfaat, baik bagi pasien maupun keluarga, yang mendukung peningkatan kualitas hidup dan efektivitas perawatan³³:

- a. Perawatan di rumah memungkinkan pasien berada di lingkungan yang familiar dan dekat dengan keluarga, sehingga dapat mengurangi kecemasan serta meningkatkan dukungan emosional selama proses pengobatan
- b. Dari sisi ekonomi, pelayanan *home care* dinilai lebih efisien karena dapat menekan biaya rawat inap jangka panjang dan transportasi pasien ke rumah sakit
- c. Pelayanan *home care* bersifat lebih personal dan individual, sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan perhatian yang lebih intensif sesuai dengan kebutuhan pasien. Pelayanan yang disesuaikan ini berkontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien serta mempercepat pemulihan
- d. Edukasi gizi dan kesehatan juga merupakan bagian penting dari pelayanan *home care*. Edukasi mengenai perawatan diri dan manajemen penyakit diberikan kepada pasien dan keluarga sebagai upaya promotif dan preventif untuk mencegah kekambuhan maupun komplikasi
- e. Pelayanan *home care* dapat memastikan kontinuitas asuhan (*continuity of care*) dengan pemantauan berkala dan tindak lanjut yang terencana. Hal ini meningkatkan efektivitas intervensi dan menurunkan risiko rawat inap berulang
- f. Kualitas pelayanan *home care* memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kepuasan pasien. Faktor kepercayaan pasien turut berperan sebagai

mediator yang memperkuat hubungan antara kualitas layanan dan kepuasan pasien.

E. Peran Puskesmas dalam Penanganan Kanker

Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 19 tahun 2024 mendefinisikan Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai fasilitas pelayanan kesehatan pada tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya. Sebagai penyelenggara layanan kesehatan primer, Puskesmas berfungsi sebagai kontak pertama masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan, sehingga memiliki peran strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan individu, keluarga, dan komunitas³⁴.

Pada penanganan kasus kanker, Puskesmas diharapkan dapat berperan terhadap pencegahan dan pengendalian faktor risiko, pencegahan melalui imunisasi dan deteksi dini melalui skrining, dan melakukan program paliatif³.

1. Pencegahan dan Pengendalian Faktor Risiko

Faktor risiko kanker 5-10% disebabkan karena faktor genetik dan 90-95% disebabkan karena faktor lingkungan serta gaya hidup (*lifestyle*) yang tidak sehat. Maka dari itu, upaya dalam mencegah kanker perlu difokuskan pada pencegahan dan pengendalian faktor risikonya. Upaya ini dapat dilakukan melalui edukasi dan promosi kesehatan terkait perubahan perilaku dan kebiasaan, edukasi konsumsi makanan sehat, pembatasan alkohol, aktivitas fisik, lingkungan sehat,

dan pengelolaan stres. Edukasi dan promosi kesehatan ini dapat dilakukan oleh dokter, ahli gizi, bidan, perawat, atau tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kemampuannya melalui kegiatan seperti berikut ini:

- a. Peningkatan kapasitas kader posyandu dengan 25 keterampilan dasar kesehatan, seperti melakukan penyuluhan mengenai beberapa penyakit, termasuk kanker
 - b. Memberikan edukasi terkait kanker, skrining dini, dan pencegahannya baik di dalam gedung maupun luar Gedung
 - c. Pemberdayaan dan penggerakan masyarakat serta kemitraan
 - d. Program pengelolaan penyakit kronis atau prolans
 - e. Komunitas olahraga
 - f. Pemanfaatan dana desa untuk pengadaan sarana olahraga
 - g. Program sekolah sehat dan olahraga di tempat kerja
 - h. Pemenuhan cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dan Kabupaten Kota Sehat (KKS)
2. Pencegahan Melalui Imunisasi dan Deteksi Dini Melalui Skrining

Imunisasi rutin saat ini telah diperluas dari 11 menjadi 14 vaksin, salah satunya adalah vaksin *Human Papilloma Virus* (HPV) untuk mencegah kanker serviks. Target dari vaksin HPV diperluas secara bertahap, yaitu anak perempuan usia sekolah dasar 11-12 tahun, kelompok usia tanggap 15 tahun, dan perempuan usia 21-26 tahun. Selain vaksinasi HPV, Puskesmas juga menyelenggarakan

berbagai program skrining sebagai upaya deteksi dini kanker. Program tersebut meliputi:

- a. Periksa payudara secara klinis (Sadanis) atau *clinical breast examination* (CBE) yang dilanjutkan dengan USG dan melakukan edukasi kepada masyarakat mengenai periksa payudara sendiri (Sadari).
- b. Melakukan skrining kanker serviks dengan tes inspeksi visual asam asetat (IVA) dan introduksi pemeriksaan dengan DNA HPV
- c. Skrining dan deteksi dini kanker paru, diawali dengan pengisian kuestioner NaRu (*self-assessment keNali paRu*) kemudian dilanjutkan dengan pengisian kuestioner deteksi dini kanker paru di Puskesmas. Bila hasil menunjukkan kecurigaan, maka pasien dirujuk untuk melakukan pemeriksaan *low dose CT-scan* (LDCT) di rumah sakit

d. Kuesioner pengembangan skrining kanker kolorektal dan paru dan kolorektal

Dalam pelaksanaan berbagai program skrining tersebut, Puskesmas menghadapi sejumlah kendala, antara lain:

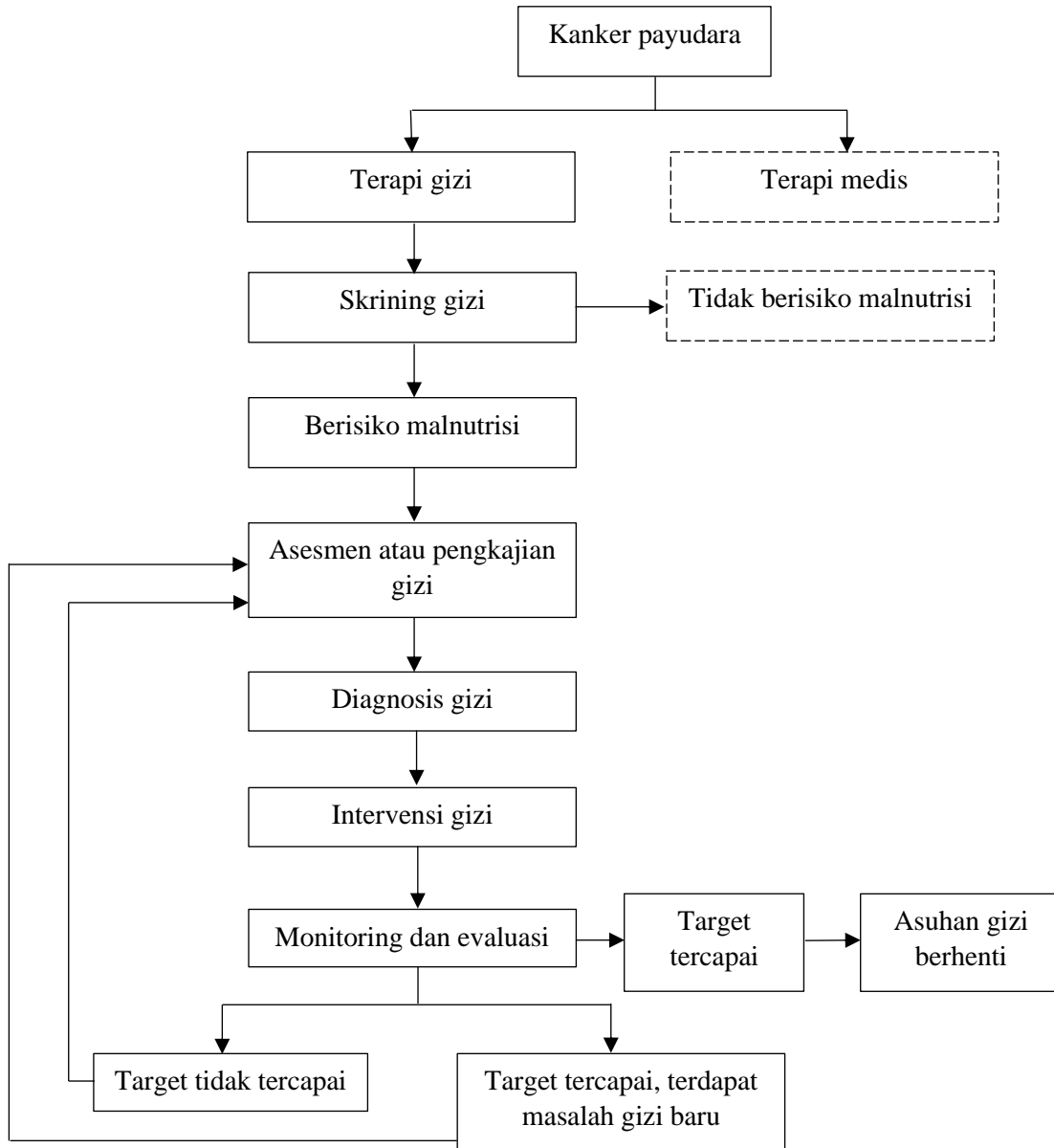
- a. Minimnya pengetahuan masyarakat mengenai kanker merupakan penyakit yang dapat dicegah dan pentingnya melakukan deteksi dini, seperti kanker payudara dan kanker serviks
- b. Persepsi dan budaya yang berkembang di masyarakat mengenai rasa malu saat menunjukkan organewanitaan ketika pemeriksaan.
- c. Paradigma berobat saat sakit di masyarakat, sehingga pemeriksaan cenderung dilakukan ketika telah muncul tanda dan gejala.

- d. Rasa takut terhadap prosedur pemeriksaan maupun hasilnya
- e. Keterbatasan akses layanan deteksi dini kanker, terutama di wilayah terpencil
- f. Belum tersedianya tenaga kesehatan terlatih dalam deteksi dini kanker payudara dan kanker leher Rahim di semua puskesmas.
- g. Komitmen Pemerintah Daerah dalam mendukung pelaksanaan deteksi dini kanker payudara dan serviks yang kurang dan belum optimal.

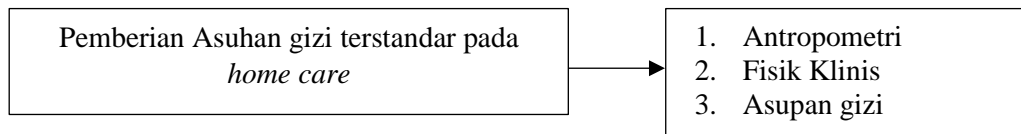
3. Program Paliatif

Pelayanan paliatif tingkat dasar di Puskesmas dilaksanakan sesuai standar yang berlaku serta disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya manusia atau tenaga kesehatan di Puskesmas maupun Klinik, termasuk pelaksanaan kunjungan rumah dan rujuk balik rumah sakit.

F. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori ^{10,35}

G. Kerangka Konsep

Gambar 2. Kerangka Konsep