

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kanker Payudara

1. Pengertian

Kanker payudara adalah penyakit non kulit berbahaya yang paling umum dialami oleh wanita, penyakit tersebut disebabkan oleh beberapa faktor yaitu dari sel dan saluran kelenjar hingga jaringan penopang payudara, kecuali kulit dari payudara. Kanker payudara juga termasuk penyebab nomor dua kematian terbanyak akibat kanker pada wanita setelah kanker serviks, dan cenderung terus meningkat setiap tahunnya. Kanker payudara ini secara umum dibagi menjadi 2, yaitu benign atau biasa disebut jinak dan malignant atau biasa disebut juga ganas, biasanya kanker payudara jinak ditandai dengan berbentuk benjolan kecil bulat, dan lembut. Kanker payudara dalam tingkat jinak biasanya akan mempunyai keadaan dan pertumbuhan yang tidak bersifat kanker. Kanker ini bisa terdeteksi tetapi tidak akan menjalar dan merusak jaringan di dekatnya. Pada kanker payudara dalam tingkat ganas ditandai dengan bentuk yang tidak simetris, kasar, terasa nyeri, dan lainnya biasanya kanker payudara menjalar dan merusak jaringan dan organ lain yang ada di dekatnya. (Cahyanti et al., 2020)

Kanker payudara disebut juga dengan karsinoma payudara, merupakan suatu tumor ganas atau kumpulan sel kanker yang berkembang pada jaringan payudara, dimana tumor tersebut dapat berkembang pada kelenjar jaringan payudara atau pada jaringan ikat payudara. pembangunan yang tidak terkendali. Terbentuknya sel kanker dapat terjadi pada jaringan lemak payudara, pada saluran susu (ducts), atau pada kelenjar susu (lobulus). Menurut teori, wanita yang mulai menstruasi sebelum usia 12 tahun dapat mempunyai paparan hormon estrogen serta progesteron yang akan lama. Estrogen bagi wanita adalah hormon dimana berhubungan pada berkembangnya kanker payudara. Hormon ini diproduksi dari ovarium. Hormon dapat bekerja ketika seorang wanita sedang menstruasi atau

pertama kali menstruasi. Kadar hormon estrogen juga awal menstruasi bisa terpengaruh oleh banyak faktor, misalnya makanan yang tinggi lemak, rendah serat, kelebihan berat badan, dan gaya hidup. Aktivitas fisik yang kurang juga dapat memengaruhi kadar hormon estrogen, karena olahraga dapat membantu mengatur kadar hormon dalam tubuh. Selain itu, faktor genetik juga dapat berperan dalam risiko kanker payudara. Wanita dengan riwayat keluarga dengan kanker payudara memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan penyakit ini, terutama jika dalam keluarga terdapat salah satu anggota yang mengalami kanker payudara adalah ibu ataupun saudara perempuan. (Susanti et al., 2024)

2. Etiologi Kanker Payudara

Kanker payudara dapat disebabkan dari bermacam-macam faktor diantaranya:

a. Jenis kelamin

Kanker payudara lebih banyak menyerang pada wanita dibanding pria, karena wanita memiliki hormon estrogen yang dicurigai dapat memicu pertumbuhan sel kanker. (Simatupang, 2024)

b. Umur

Risiko kanker payudara meningkat seiring bertambahnya usia, dengan mayoritas kasus terjadi pada wanita di atas 50 tahun (pasca-menopause). Wanita usia >50 tahun memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan usia lebih muda, karena paparan hormon estrogen kumulatif dan perubahan seluler seiring waktu. (Sari, 2021)

c. Riwayat keluarga

Wanita yang memiliki riwayat keluarga terkena kanker payudara akan memiliki risiko yang lebih besar untuk terkena kanker payudara. Sebagai contohnya, risiko terkena kanker payudara seorang perempuan yang memiliki ibu atau saudara perempuan yang menderita kanker payudara akan meningkat 1,5 – 3 kali. (Sari, 2021)

d. Status Perkawinan

Wanita yang belum menikah akan memiliki risiko terjadinya kanker payudara lebih besar dibandingkan dengan wanita yang sudah menikah. Hal ini didukung oleh beberapa pendapat para ahli bahwa pada wanita yang menikah akan mengalami aktivitas reproduksi pada saat kehamilan atau laktasi hormon (hormon yang berperan besar adalah estrogen dan progesterone). (Krisdianto & Mailani, 2023)

e. Obesitas

Obesitas sebagai faktor risiko kanker payudara masih diperdebatkan. Beberapa penelitian menyebutkan obesitas sebagai faktor risiko kanker payudara kemungkinan karena tingginya kadar estrogen pada wanita yang obesitas. Seperti pada penelitian Lindra yang menyebutkan, wanita dengan obesitas memiliki risiko 4,49 kali lebih besar terkena kanker payudara daripada yang tidak obesitas. (Alfiani *et al.*, 2022)

f. Hormonal

Faktor hormonal juga penting karena hormon memicu pertumbuhan sel. Kadar hormon yang tinggi selama masa reproduktif wanita, terutama jika tidak diselingi oleh perubahan hormonal karena kehamilan, tampaknya meningkatkan peluang tumbuhnya sel-sel yang secara genetik telah mengalami kerusakan dan menyebabkan kanker. (Afifah *et al.*, 2023)

g. Riwayat kanker sebelumnya

Wanita yang sebelumnya pernah memiliki riwayat kanker (utamanya kanker payudara dan kanker ovarium) meningkatkan risiko kejadian kanker payudara. Wanita dengan riwayat kanker payudara sebelumnya kemungkinan besar akan mendapatkan kanker payudara pada sisi yang lain, hal ini terjadi karena payudara merupakan organ berpasangan yang dilihat dari suatu sistem dipengaruhi oleh faktor-faktor yang sama. Wanita yang memiliki riwayat pernah menderita kanker ovarium kemungkinan akan terkena kanker payudara. (Irfannur & Kurniasari, 2021)

3. Patofisiologi Kanker Payudara

Patofisiologi kanker payudara bersifat multidimensi. Usia lanjut dan jenis kelamin wanita adalah faktor resiko yang paling umum. Mutasi genetik khususnya BRCA 1 dan 2, menyumbang sekitar 10% dari kanker payudara. Faktor resiko lain yang diketahui termasuk riwayat karsinoma duktal insitu, indeks massa tubuh tinggi (BMI), kelahiran pertama pada usia lebih dari 30 tahun atau nulipara, menarche dini (sebelum usia 13 tahun). Tumor payudara biasanya dimulai dari ductus hiperproliferasi, dan kemudian berkembang menjadi tumor jinak atau bahkan karsinoma metastatik. (Mochtar, 2022)

4. Klasifikasi Kanker Payudara

a. Berdasarkan sifat serangannya, kanker payudara terbagi menjadi dua, yaitu

1) Kanker Payudara Non-Invasif

Sel kanker terkunci pada saluran susu dan tidak menyerang lemak serta jaringan konektif disekitarnya. Kanker payudara non invasif yang paling umum adalah Duktal Carcinoma In Situ (DCIS) merupakan bentuk kanker payudara non-invasif yang paling umum terjadi. (Yusra, 2024)

2) Kanker Payudara Invasif

Pada kanker payudara invasif, sel kanker merusak saluran serta dinding kelenjar sel susu, juga menyerang saluran lemak dan jaringan konektif yang ada di sekitarnya. (Yusra, 2024)

b. Berdasarkan tingkat prevalensinya dibagi menjadi empat yaitu:

1) Lobular carcinoma in situ (LCIS)

Kanker ini memperlihatkan pertumbuhan jumlah sel yang jelas, berada dalam kelenjar susu. Penderita kanker jenis ini, dimonitor dengan ketat setiap empat bulan sekali oleh dokter dengan uji klinis payudara. Pencegahan lain yang dapat dilakukan dengan memberikan terapi obat dan sebagai usaha preventif dilakukan pengangkatan payudara. (Alfalah, 2022)

2) Ductal Carcinoma In Situ (DCIS)

Ductal carcinoma In Situ adalah tipe kanker payudara noninvasif yang paling umum terjadi, dan seringkali terdeteksi pada mammogram sebagai timbunan kalsium dalam jumlah kecil (microcalcifications). Dengan deteksi dini, rerata tingkat bertahan hidup penderita hampir mencapai 100%, dengan catatan, kanker tidak menyebar dari saluran susu ke jaringan lemak payudara dan bagian tubuh yang lain. Jamil, Abdul Raziq, Jon Hadi, and Irsal Munandar. (2024)

3) Infiltrating Lobular Carcinoma (ILC)

Infiltrating lobular carcinoma atau disebut juga invasive lobular carcinoma. Kanker ini mulai terjadi dalam kelenjar susu atau lobules payudara, tetapi sering menyebar ke bagian tubuh lain. Terjadi sekitar 10-15% dari seluruh kejadian kanker payudara. (Jamil *et al.*, 2024)

4) Infiltrating Ductal Carcinoma (IDC)

Juga dikenal sebagai invasive ductal carcinoma. Kanker ini terjadi dalam saluran susu payudara dan menjebol dinding saluran, menyerang jaringan lemak payudara hingga kemungkinan terjadi pada bagian tubuh lain. IDC merupakan tipe kanker payudara yang paling umum terjadi, karena terdapat 80% kasus dari seluruh kasus kanker payudara. (TIYAS, 2021)

c. Jenis Kanker Yang Jarang Terjadi Antara Lain:

1) Mucinous carcinoma

Mucinous carcinoma atau sering disebut colloid carcinoma merupakan satu jenis kanker payudara yang jarang terjadi. terbentuk dari sel kanker yang memproduksi mucus/lendir.

2) Medullary carcinoma

Merupakan jenis kanker invasif yang membentuk satu batas yang tidak lazim antara jaringan tumor dan normal. Jenis kanker ini hanya sekitar 5% dari seluruh kejadian kanker payudara.

3) Tubular carcinoma

Kanker payudara jenis ini ditemukan hanya sekitar 2% dari keseluruhan kejadian. Tubular carcinoma merupakan satu tipe khusus dari kanker payudara invasif, dan biasanya memiliki angka kesembuhan yang cukup baik dibanding jenis kanker payudara lain.

4) Inflammatory Breast cancer

Hanya ditemukan sekitar 1% dari keseluruhan kejadian kanker payudara, akan tetapi perkembangan dari kanker ini sangat cepat. Kanker jenis ini memiliki kondisi dimana payudara terlihat meradang (merah dan hangat) dengan adanya cekungan dan atau pinggirannya yang tebal yang disebabkan adanya penyumbatan pembuluh limfe kulit pembungkus payudara oleh sel kanker.

5) Phylloides tumor

Jenis ini berkembang dalam jaringan konektif payudara serta dapat ditangani dengan operasi pengangkatan tumor. Jenis ini dapat bersifat ganas maupun jinak dan sangat jarang terjadi.

6) Paget's disease of the nipple

Jenis kanker payudara ini berawal dari saluran susu kemudian menyebar ke kulit areola dan puting. Pada kanker payudara ini, kulit payudara akan pecah – pecah, memerah, mengkoreng, dan mengeluarkan cairan.

5. Stadium Kanker Payudara

Penyebaran penyakit kanker payudara terbagi beberapa stadium, antara lain:

a. Stadium I (stadium awal)

Besarnya tumor tidak lebih dari 2-2,25cm dan tidak terdapat penyebaran (metastase) pada kelenjar getah bening ketiak. Pada stadium ini kemungkinan penyembuhan secara sempurna adalah 70%. Untuk memeriksa ada atau tidaknya metastase pada bagian tubuh lain harus dilakukan di laboratorium. (Suparna & Sari, 2022)

b. Stadium II (stadium lanjut)

Kanker sudah lebih besar dari sebelumnya dan terjadi metastase pada bagian ketiak. Pada stadium ini kemungkinan untuk sembuh hanya 30-40% tergantung pada luasnya penyebaran kanker. Pada stadium I & II dapat dilakukan operasi untuk mengangkat sel kanker yang ada pada seluruh bagian penyebaran, yang kemudian dilakukan penyinaran untuk memastikan ada atau tidaknya sel kanker yang tertinggal.(Alfalah, 2022)

c. Stadium III(Stadium lanjut)

Sel kanker cukup besar dan telah menyebar ke seluruh tubuh. pada stadium ini, kemungkinan untuk sembuh sangat kecil. Pengobatan pada stadium ini sudah tidak ada artinya lagi, tetapi biasanya pengobatan yang dilakukan adalah penyinaran dan kemoterapi, yaitu pemberian obat melalui cairan infus yang dapat membunuh sel kanker. Cara lain yang dapat dilakukan yaitu dengan mengangkat payudara yang sudah parah melalui operasi. Namun demikian, usaha tersebut hanya untuk mengambat proses perkembangan sel kanker dalam tubuh, serta meringankan kesakitan penderita semaksimal mungkin.(Alfalah, 2022)

6. Gejala Kanker Payudara

Gejala klinik yang dapat digunakan sebagai warning signs kanker payudara, diantaranya :

- a. Keluhan adanya benjolan pada sekitar payudara.
- b. Perubahan ukuran atau bentuk payudara.
- c. Adanya discharge/sekret yang keluar dari puting susu.
- d. Perubahan warna atau rasa kulit payudara (seperti kulit jeruk)

Gejala – gejala lain yang mungkin ditemukan, yaitu :

- a. Benjolan atau massa di ketiak
- b. Keluar cairan yang abnormal dari puting susu (biasanya berdarah atau berwarna kuning sampai hijau, mungkin juga bernanah)
- c. Perubahan pada warna atau tekstur kulit pada payudara, puting susu maupun areola (daerah berwarna coklat tua di sekeliling puting susu).
- d. Payudara tampak kemerahan

- e. Kulit di sekitar puting susu bersisik
- f. Puting susu tertarik ke dalam atau terasa gatal
- g. Nyeri payudara atau pembengkakan salah satu payudara
- h. Pada stadium lanjut bisa timbul nyeri tulang, penurunan berat badan, pembengkakan lengan atau ulserasi kulit

7. Strategi Skrining

Beberapa prosedur yang digunakan untuk penyaringan kanker payudara:

- a. SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri).

SADARI atau pemeriksaan payudara sendiri bila dilakukan secara rutin, seorang wanita dapat menemukan benjolan pada stadium dini. Sebaiknya SADARI dilakukan pada waktu yang sama setiap bulan. Bagi wanita yang masih mengalami menstruasi, waktu yang paling tepat untuk melakukan SADARI adalah 7-10 hari sesudah hari pertama menstruasi. Bagi wanita pasca menopause, SADARI bisa dilakukan kapan saja, tetapi secara rutin dilakukan setiap bulan (misalnya setiap awal bulan atau akhir bulan). (Sagala & Tumanggor, 2025)

- b. Mamografi

Mamografi adalah teknik pencitraan radiologi yang memanfaatkan sinar-X untuk memeriksa payudara. Pemeriksaan ini digunakan baik sebagai alat skrining maupun diagnostik. Secara umum, prosedur mamografi dilakukan dengan cara meletakkan payudara pasien di atas pelat penyangga, kemudian payudara dikompresi menggunakan pelat kompresi (paddle) yang sejajar. Sinar-X kemudian diarahkan melewati payudara menuju detektor yang berada di sisi berlawanan. Hasilnya berupa gambar digital yang dapat mendeteksi berbagai kelainan pada payudara. (Soekersi *et al.*, 2022)

- c. Modalitas

Terapi kanker payudara terus membaik dan berkontribusi terhadap penurunan angka kematian. Diagnosis dini melalui skrining mamografi, selain meningkatkan peluang pasien untuk sembuh dan mengurangi

morbiditas pengobatan, juga memiliki dampak keseluruhan yang lebih besar terhadap penurunan angka kematian.(Soekersi *et al.*, 2022)

d. Ultrasonografi(USG)

Ultrasonografi (USG) payudara (atau USG mammae) adalah pemeriksaan pencitraan menggunakan gelombang suara untuk mendeteksi kelainan pada payudara, seperti benjolan, kista, atau massa yang mencurigakan kanker. USG sering digunakan sebagai pelengkap mammografi, terutama pada wanita muda (<40-50 tahun), payudara padat, atau untuk evaluasi benjolan yang teraba.(Alhafiz *et al.*, 2025)

e. Computed Tomography scan(CT scan)

CT scan (atau Computed Tomography scan, dalam bahasa Indonesia sering disebut pemindaian tomografi terkomputasi atau CT scan) adalah prosedur pencitraan medis yang menggunakan sinar-X dari berbagai sudut, dikombinasikan dengan komputer canggih, untuk menghasilkan gambar detail berupa irisan-irisan (cross-sectional) dari bagian dalam tubuh. Gambar ini jauh lebih rinci dibandingkan rontgen biasa, sehingga bisa menunjukkan struktur organ, tulang, pembuluh darah, jaringan lunak, dan tumor dengan jelas.(Angraini *et al.*, 2023)

8. Pencegahan kanker payudara

Pencegahan kanker payudara bertujuan untuk menurunkan insidensi dan secara tidak langsung akan menurunkan angka kematian akibat kanker payudara. Pencegahan yang paling efektif bagi kejadian penyakit tidak menular adalah promosi kesehatan dan deteksi dini. Adapun strategi pencegahan yang dapat dilakukan, yaitu :

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer yang dapat dilakukan dengan promosi kesehatan pada orang sehat sebagai upaya untuk menghindarkan diri dari faktor risiko. Selain itu dapat melakukan deteksi dini SADARI, serta melaksanakan pola hidup sehat untuk mencegah kanker payudara. (Azzahra, 2022)

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan ini dilakukan terhadap individu yang memiliki risiko untuk terkena kanker payudara, dengan melakukan deteksi dini berupa skrinning melalui mammografi yang diklaim memiliki akurasi 90%. Namun, keterpaparan terus – menerus pada mammografi pada wanita sehat tidak baik, karena merupakan salah satu risiko terjadinya kanker payudara, sehingga mammografi harus dilakukan dengan pertimbangan. (Azzahra, 2022)

c. Pencegahan tersier

Pencegahan ini biasanya diarahkan pada individu yang telah positif menderita kanker payudara. Dengan penanganan yang tepat, penderita sesuai dengan stadium kanker dengan tujuan mengurangi kecacatan dan memperpanjang harapan hidup. (Sukmayenti, 2022)

B. Pelaksanaan Asuhan Gizi Terstandar

1. Proses asuhan gizi terstandar

a. Defenisi gizi terstandar

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) pada penyakit kanker adalah pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan asuhan gizi yang berkualitas tinggi bagi pasien kanker, yang dilakukan oleh tenaga gizi melalui serangkaian kegiatan yang terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi, pemenuhan kebutuhan gizi pasien, serta pemecahan masalah yang sistematis dalam menangani problem gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas. PAGT pada penyakit kanker difokuskan pada penanganan perubahan metabolisme seperti hiperkatabolisme, penurunan nafsu makan, dan defisit asupan zat gizi akibat kondisi kanker dan pengobatannya. (Azizah Indah Purwangsa, 2020)

b. Tujuan proses asuhan gizi terstandar

Tujuan pemberian asuhan gizi pada penyakit kanker adalah mengembalikan pada status gizi baik dengan mengidentifikasi berbagai faktor penyebab. Keberhasilan PAGT ditentukan oleh efektivitas intervensi gizi melalui dietetika yang sesuai dengan kebutuhan pasien, edukasi dan konseling gizi yang efektif, pemberian profesional lain sangat mempengaruhi keberhasilan PAGT. Monitoring dan evaluasi mengungkapkan indikator asuhan gizi yang terukur dilaksanakan untuk menunjukkan keberhasilan penanganan asuhan gizi dan perlu

c. Proses asuhan gizi terstandar

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) harus dilaksanakan secara berurutan dimulai dari langkah assesment, diagnosis, intervensi dan monitoring dan evaluasi gizi (ADIME) langkah- langkah tersebut saling berkaitan satu dengan yang lainnya dan merupakan siklus yang berulang terus sesuai respon/ perkembangan pasien. Berikut adalah langkah- langkah proses asuhan gizi terstandar :

- 1) Pengkajian/assesment gizi mengumpulkan, verifikasi, interpretasi data yang relevan untuk indentifikasi problem gizi

- 2) Diagnosa gizi menyimpulkan dengan pernyataan PES : problem (p) penamaan masalah gizi sesuai terminologi diagnosa gizi, etimologi (E) akar penyebab masalah sasaran intervensi, Sign / symptom (S) data yang menunjukkan adanya problem dan dapat di ukur secara kuantitatif dan kualitatif → ukuran keberhasilan intervensi gizi
- 3) Intervensi gizi
- 4) Monitoring dan evaluasi

2. Assesment/pengkajian gizi

Tujuan dari penilaian gizi pada pasien kanker payudara adalah untuk menemukan masalah nutrisi seperti penurunan nafsu makan, defisit asupan energi dan protein, serta faktor-faktor yang menyertainya melalui pengumpulan, verifikasi, dan interpretasi data secara teratur, mengingat perubahan metabolisme seperti hiperkatabolisme yang sering terjadi pada kondisi kanker.(Cahyani, 2021)

Pengkajian memerlukan cara berpikir seperti

- a. Menentukan data spesifik apa yang akan dikumpulkan
- b. Menentukan kebutuhan informasi tambahan
- c. Pilih alat dan prosedur penilaian gizi sesuai dengan kondisi yang ada:alat pengukuran/pengumpulan data
- d. Pengetahuan terkait masalah gizi:patofisiologi,metabolisme,zat gizi,epidemiologi.
- e. Kemampuan membuat keputusan berdasarkan fakta pengkajian gizi terdiri dari 4 yait:

3. Antropometri

Pengukuran antropometri terdiri dari data tinggi badan,berat badan dan indeks masa tubuh(IMT).

Tabel 2. Kategori IMT

IMT	KATEGORI
<18,5	Berat badan kurang
18,5-22,9	Berat badan normal
≥23,0	Kelebihan berat badan
23,0-24,9	Beresiko menjadi obesitas
25,0-29,9	Obesitas I
≥30,0	Obesitas II

Sumber : Kemenkes 2023

4. Biokimia

Pada penyakit kanker payudara dilakukan pemeriksaan biokimia yaitu:pemeriksaanhemoglobin,eritrosit,hematokrit,MCH,dan trombosit

Tabel 3. Pemeriksaan Biokimia

Parameter	Batas Normal
Hemoglobin	12-15g/dl
Eritrosit	4,5-5,5juta sel/ μ L
Hematokrit	35,0-43,0%
MCH	27-33 pg
Trombosit	150-450Juta/ml
CEA	<5 ng/ml

Sumber : media gizi 2024

5. Data pemeriksaan fisik/klinis

Pemeriksaan fisik/klinis mencakup: pemeriksaan tekanan darah, penampilan fisik pasien, massa otot dan lemak, fungsi menelan, nafsu makan, dan pengaruhnya terhadap status gizi.pada pasien dengan penyakit kanker payudara pemeriksaan fisik mencakup sesak napas,asites,mual dan muntah.

Tabel 4. Pemeriksaan fisik/klinis

Jenis pemeriksaan	Batas normal
TD	120/80 mmHg
Suhu	36-37,6 °C
Nadi	75-120x/m
Respirasi	20-30x/m

Sumber .nilai rujukan pemeriksaan fisik/klinis WHO

6. Riwayat Gizi

Pengumpulan data riwayat nutrisi dilakukan melalui wawancara, termasuk wawancara khusus seperti pengingatan makanan dalam 24 jam terakhir, kuesioner frekuensi konsumsi makanan (FFQ) atau metode penilaian nutrisi lainnya. Berbagai aspek yang diteliti adalah (Kemenkes RI 2014):

1. Riwayat Gizi dahulu

Riwayat gizi dahulu (atau sering disebut sebagai "riwayat gizi sebelumnya" / Food History Dahulu) adalah bagian dari pengumpulan data dalam proses asuhan gizi terstandar (PAGT), khususnya pada tahap asesmen gizi. Ini merujuk pada pola makan, kebiasaan konsumsi makanan, frekuensi makan, jenis makanan yang biasa dikonsumsi, serta asupan zat gizi pasien sebelum kondisi sakit saat ini atau sebelum masuk rumah sakit (sebelum MRS)

2. Riwayat Gizi sekarang

Riwayat gizi sekarang adalah gambaran pola makan dan asupan nutrisi pasien saat ini selama sakit atau dirawat di rumah sakit, yang mencakup jumlah makan sehari, porsi, jenis makanan, serta keluhan seperti mual, muntah, atau nafsu makan menurun akibat penyakit (misalnya kanker payudara) dan pengobatan. Data ini diperoleh lewat recall makanan 24 jam, catatan intake di RS, atau wawancara langsung, bertujuan untuk mendeteksi defisit asupan membandingkannya dengan riwayat gizi dahulu, lalu menentukan diagnosis gizi serta intervensi yang tepat.

7. Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi memiliki kejelasan yang berbeda dibandingkan dengan diagnosis medis. Sebuah diagnosis gizi bersifat sementara dan bergantung pada respons pasien. Diagnosis gizi mengacu pada masalah gizi tertentu yang menjadi tanggung jawab ahli diet untuk mengatasinya.

1) Tujuan diagnosis gizi

Identifikasi masalah nutrisi, penyebab yang mendasarinya dan jelaskan tanda-tanda serta gejala dari masalah nutrisi.

2) Domain diagnosis gizi

Diagnosis gizi di kelompokkan dalam 3 domain yaitu :

1. Domain asupan/intake, berikut contoh pada pasien kanker payudara:
 - a) NI 1.4 : kekurangan intake energi
 - b) NI 5.8.5 : kekurangan intake serat
 - c) NI 5.6.3 : ketidaksesuaian intake lemak dalam makanan
2. Domain klinis, berikut contoh pada pasien kanker payudara:
 - a) NC 2.2 : perubahan nilai laboratorium terkait zat gizi khusus
 - b) NC 3.3 : berat badan lebih/overweight
 - c) NC 1.4 : perubahan fungsi gastrointestinal
3. Domain perilaku-lingkungan, berikut contoh pada pasien kanker payudara:
 - a) NB 1.5 : kekeliruan pola makan
 - b) NB 1.7 : ketidaksesuaian dalam pemilihan bahan makanan
 - c) NB 2.1 : tidak beraktivitas fisik

8. Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah tindakan yang direncanakan untuk mengubah perilaku nutrisi, kondisi lingkungan, atau faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang

a. Tujuan intervensi gizi

Mengatasi masalah gizi yang telah diidentifikasi melalui perencanaan dan pelaksanaan yang berkaitan dengan perilaku, kondisi lingkungan,

atau status kesehatan individu, kelompok, atau komunitas tertentu untuk memenuhi kebutuhan gizi klien.

b. Komponen intervensi gizi

Intervensi gizi terdiri dari 2 komponen yang saling berkaitan yaitu perencanaan dan implementasi. (Kemenkes RI 2014)

1. Perencanaan

Langka-langkah perencanaan adalah sebagai berikut:

- a. Tentukan prioritas diagnosis gizi berdasarkan tingkat keparahan masalah, keamanan dan kebutuhan pasien
- b. Perhatikan pedoman terapi nutrisi medis, pedoman diet, konsensus dan peraturan yang berlaku
- c. Diskusikan rencana perawatan dengan pasien, keluarga, atau pengasuh.
- d. Tetapkan tujuan yang berfokus pada pasien
- e. Kembangkan strategi intervensi, seperti modifikasi makanan, pendidikan/konseling gizi.
- f. Rancang resep diet. Resep diet merupakan rekomendasi yang disesuaikan untuk kebutuhan nutrisi individu pasien, termasuk kebutuhan energi, komposisi nutrisi yang mencakup makronutrien dan mikronutrien, jenis diet, bentuk makanan, frekuensi makan, dan jalur pemberian

2. Implementasi

Langkah-langkah implementasi meliputi:

- a) Komunikasi rencana intervensi dengan pasien, tenaga kesehatan atau tenaga lain
- b) Melaksanakan rencana intervensi

c. Tujuan diet

- a) Memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh
- b) Mencegah atau mengurangi kaheksia (sindrom penurunan berat badan parah, kehilangan massa otot, dan kelemahan akibat kanker). (Surhayati, SKM, MKM, RD, 2025)

d. Syarat diet

- a. Energi sesuai dengan kebutuhan menggunakan rumus Harris Bennedict
- b. Protein tinggi, yaitu 1,2-1,5 g/kg BB.
- c. Lemak cukup, yaitu 25% dari kebutuhan energi total.
- d. Karbohidrat cukup, yaitu sisa dari total energi (protein dan lemak).
- e. Vitamin dan mineral cukup, sesuai kebutuhan pasien
- f. Makanan diberikan dalam bentuk mudah cerna.
- g. Untuk kondisi tertentu diet dapat diberikan secara bertahap sesuai kondisi
- h. Kebutuhan Zat Besi (Fe) diberikan sesuai kebutuhan yaitu 15,1 mg
- i. Serat diberikan maksimal yaitu 8 g/hari
- j. Bentuk makanan di sesuaikan dengan keadaan penyakit, diberikan dalam porsi kecil
- k. Rumus perhitungan kebutuhan : Menggunakan Rumus Harris Bennedict (Basal Energi Expenditur)
 BEE untuk perempuan :

$$= 665 + (9,6 \cdot BB) + (1,7 \cdot TB) - (4,7 \cdot U)$$

 BEE untuk laki-laki :

$$= 66 + (13,5 \cdot BB) + (5 \cdot TB) - (6,8 \cdot U)$$

Tabel 5. Bahan Makanan Yang Dianjurkan Dan tidak dianjurkan

Bahan makanan	Di anjurkan	Tidak di anjurkan
Sumber karbohidrat	beras di tim atau di saring, roti, mie, kentang, makaroni, biskuit, tepung beras terigu, sagu aren/sagu ambon, gula pasir, gula merah, madu dan sirup	makanan yang mengandung gas atau alkohol seperti: ubi, singkong, tape singkong, dan tape ketan.
Sumber protein hewani	daging sapi, ayam dengan lemak rendah, ikan, telur, susu rendah lemak dalam	daging sapi dan ayam yang berlemak , gajih, sosis, ham, hamti, limpa,

Bahan makanan	Di anjurkan	Tidak di anjurkan
	jumlah yang telah di tentukan	babat, otak, kepiting, dan kerang-kerangan, keju dan susu penuh.
Sumber protein nabati	kacang-kacangan kering, seperti: kacang kedelai, dan hasil olahannya	kacang-kacangan kering yang mengandung lemak cukup tinggi seperti kacang tanah, kacang mete, dan kacang bogor.
Sumber lemak	minyak jagung, minyak kedelai, margarin, mentega dalam jumlah terbatas dan tidak untuk menggoreng tetai untuk menumis, kelapa atau santan encer dalam jumlah terbatas.	minyak kelapa dan minyak kelapa sawit, santan kental
Sayuran	sayuran yang tidak mengandung gas seperti: bayam, kangkung, kacang buncis, kacang panjang, wortel, tomat, labu siam dan tauge.	semua sayuran yang mengandung gas, seperti: kol, kembang kol, lobak, sawi, dan nangka muda.
Buah-buahan	semua buah-buahan segar, seperti: pisang, pepaya, jeruk, apel, melon, semangka dan sawo.	buah-buahan segar yang mengandung alkohol atau gas, seperti: durian dan nangka matang
Bumbu	semua bumbu selain bumbu tajam dalam jumlah terbatas	lombok, cabe rawit, dan bumbu-bumbu lain yang tajam

Sumber :almatsier,2024

9. Monitoring dan Evaluasi Gizi

a. Tujuan monitoring dan evaluasi

Tujuan dari tugas ini adalah untuk menilai seberapa baik kemajuan pasien dan untuk mengidentifikasi apakah target atau hasil yang diharapkan telah tercapai . Konsekuensi dari dukungan diet harus menunjukkan perubahan tindakan atau peningkatan status gizi.

b. Cara monitoring dan evaluasi

1. Monitor perkembangan

- a. Cek pemahaman dan kepatuhan pasien/klien terhadap intervensi gizi
- b. Memberikan bukti/fakta bahwa intervensi gizi telah atau belum merubah perilaku atau status gizi pasien/klien.
- c. Mengidentifikasi hasil asuhan gizi yang positif maupun negatif
- d. Mengumpulkan informasi yang menyebabkan tujuan asuhan tidak tercapai
- e. Menyimpulkan harus di dukung dengan data/fakta

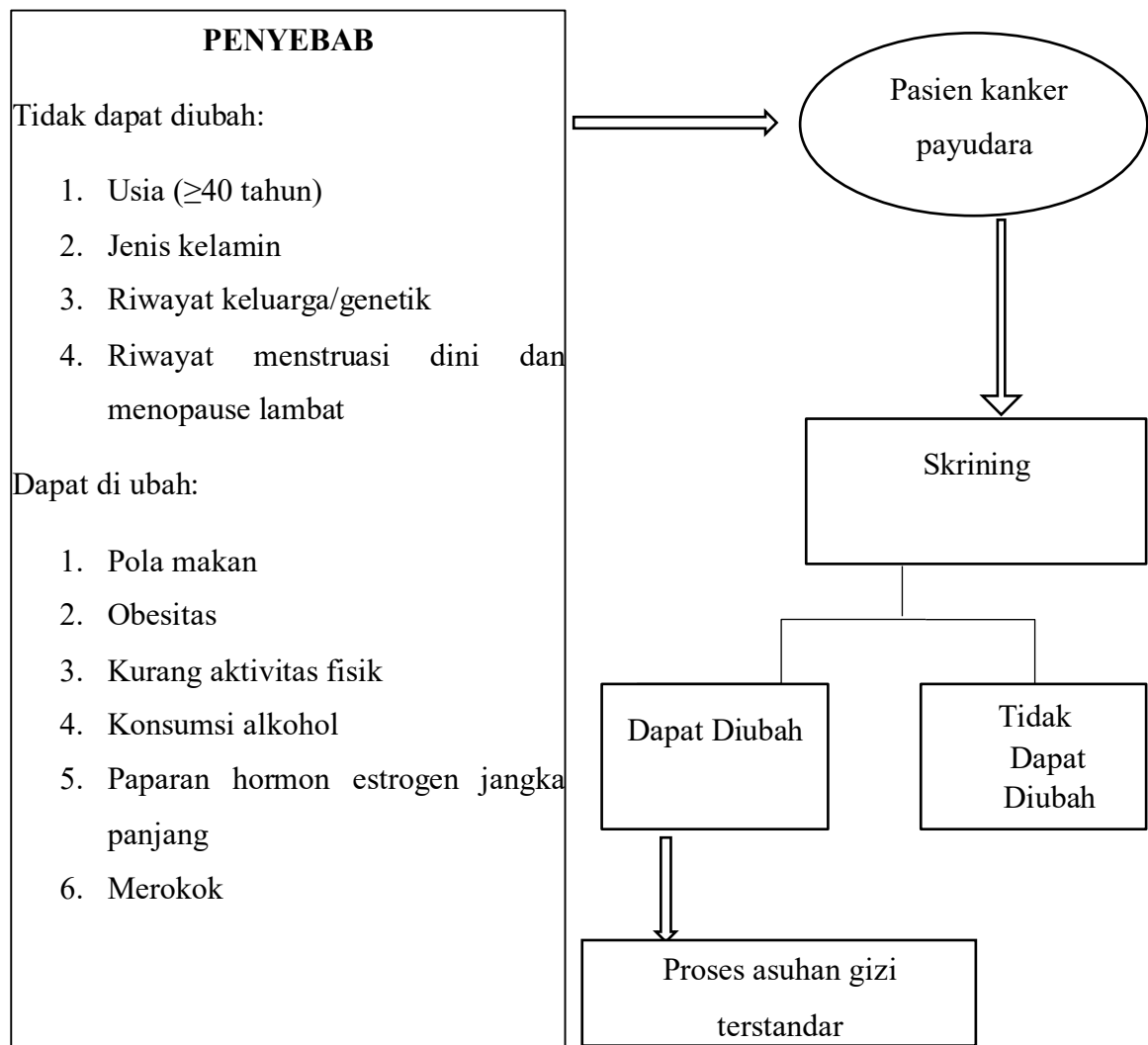
2. Mengukur hasil

- a. Pilih indikator asuhan gizi untuk mengukur hasil yang diinginkan
- b. Gunakan indikator asuhan yang terstandar untuk meningkatkan validitas dan rehabilitas pengukuran perubahan

3. Evaluasi hasil

- a. Membandingkan data yang di monitoring dengan tujuan preskripsi atau standar rujukan untuk mengkaji perkembangan dan menentukan tindakan selanjutnya
- b. Evaluasi dampak dari keseluruhan intervensi terhadap hasil kesehatan pasien secara menyeluruh.
- c. Kesimpulan hasil monitoring dan evaluasi

C. Kerangka Teori



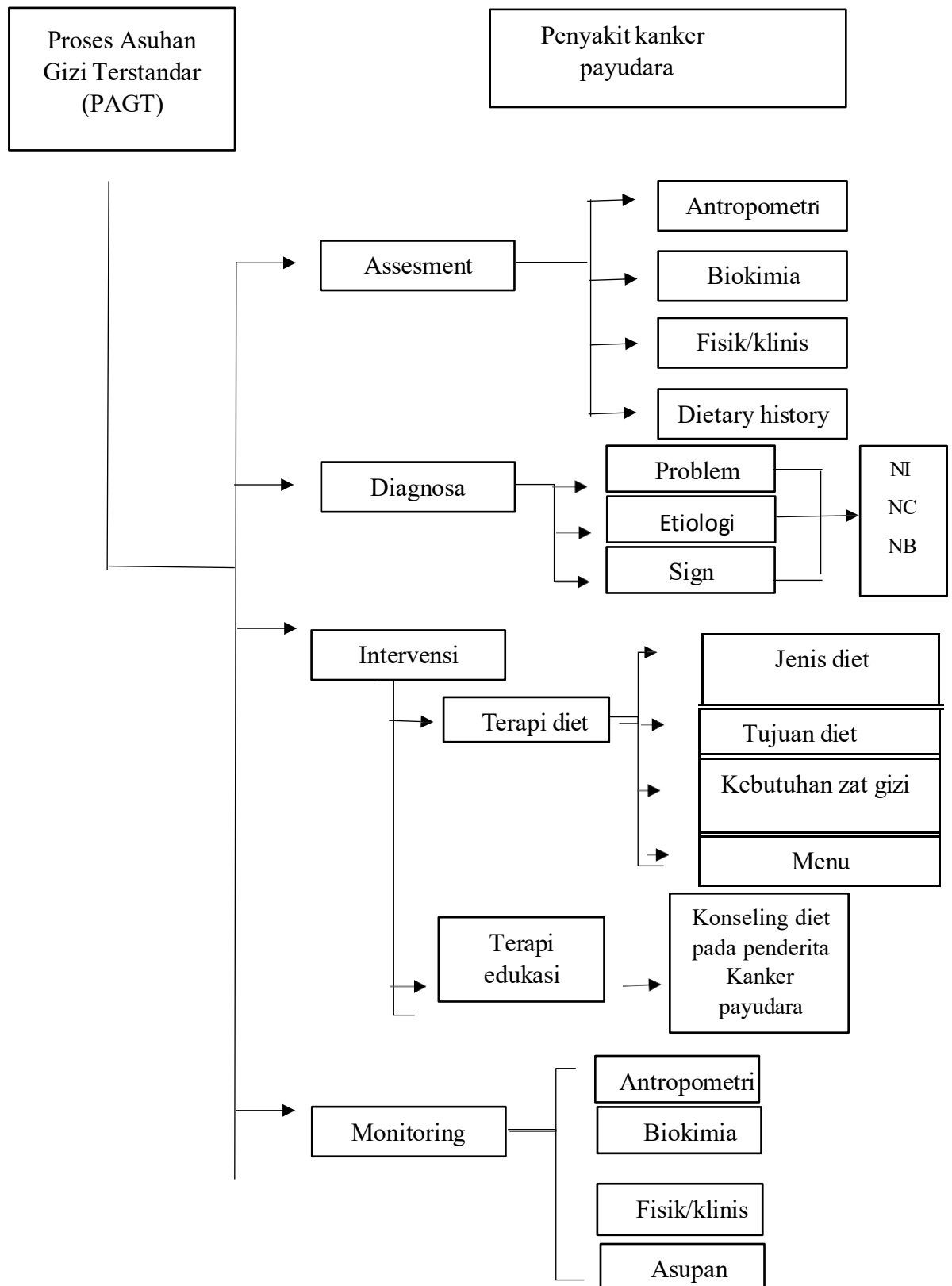
Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber: (Ariani, 2015), (Kementerian Kesehatan RI, 2015), (Savitri et al., 2019)

Secara teori, penyebab kanker payudara dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi usia ≥ 40 tahun, jenis kelamin, riwayat keluarga atau genetik, serta riwayat menstruasi dini dan menopause lambat. Faktor-faktor ini berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara, namun tidak dapat dimodifikasi melalui intervensi kesehatan Sementara itu, faktor yang dapat diubah berkaitan dengan gaya hidup dan perilaku individu, antara lain pola makan, obesitas, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol, paparan hormon estrogen jangka panjang, serta kebiasaan merokok. Faktor-faktor ini berkontribusi terhadap

terjadinya kanker payudara dan dapat dikendalikan melalui upaya pencegahan serta intervensi kesehatan. Pasien kanker payudara yang telah teridentifikasi melalui proses skrining selanjutnya dikelompokkan berdasarkan faktor risiko yang dapat dan tidak dapat diubah. Faktor yang dapat diubah menjadi fokus utama dalam penatalaksanaan melalui proses asuhan gizi terstandar, yang meliputi pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi, serta monitoring dan evaluasi. Penerapan asuhan gizi terstandar diharapkan mampu memperbaiki status gizi, mendukung terapi medis, serta meningkatkan kualitas hidup pasien kanker payudara.

D.Kerangka Konsep



Kerangka konsep dalam penelitian ini menggambarkan alur pelaksanaan proses asuhan gizi terstandar pada pasien kanker payudara. Pasien kanker payudara menjadi fokus utama penelitian yang kemudian dilakukan pengkajian gizi (assessment) meliputi data antropometri, biokimia, fisik/klinis, serta riwayat asupan makan. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, ditetapkan diagnosis gizi yang mencakup domain asupan (NI), domain klinis (NC), dan domain perilaku/lingkungan (NB).

Selanjutnya, dilakukan intervensi gizi yang disesuaikan dengan kondisi pasien, berupa terapi diet dengan jenis diet energi tinggi protein tinggi (ETPT) serta terapi edukasi atau konseling gizi. Setelah intervensi diberikan, dilakukan monitoring dan evaluasi yang meliputi pemantauan asupan makanan, perubahan nilai biokimia, kondisi fisik/klinis, dan status gizi pasien. Hasil monitoring dan evaluasi digunakan untuk menilai efektivitas asuhan gizi terstandar serta sebagai dasar perbaikan intervensi gizi selanjutnya.