

SKRIPSI

2023

**ANALISIS DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN KANKER
PAYUDARA DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR**



Disusun oleh :

Andika Nusraya

C011191198

Pembimbing :

Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2023

**ANALISIS DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN KANKER
PAYUDARA DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR**

SKRIPSI

**Diajukan kepada Universitas Hasanuddin
untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran**

Andika Nusraya

C011191198

Pembimbing :

Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Ilmu Bedah
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul :

**“ANALISIS DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN KANKER PAYUDARA
DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR”**

Hari/Tanggal : Kamis/11 Mei 2023

Waktu : 08.00 Wita-Selesai

Tempat : Zoom Meeting

Makassar, 11 Mei 2023

Mengetahui,



Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes

NIP. 19740629 200812 1 001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

“ANALISIS DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN KANKER PAYUDARA
DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR”

Disusun dan Diajukan Oleh :

Andika Nusraya

C011191198

Menyetujui,

Panitia Penguji

No	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1	Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes	Pembimbing	
2	dr. Salman Ardi Syamsu, Sp.B(K)Onk	Penguji 1	
3	dr. Nilam Smaradhania, Sp.B(K)Onk, M.Kes	Penguji 2	

Mengetahui,

Wakil Dekan
Bidang Akademik & Kemahasiswaan
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin



dr. Agussalim Bukhari, M. Clin. Med., Ph.D. Sp.GK(K)
NIP. 19700821 199903 1 001

Ketua Program Studi Sarjana
Kedokteran Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



dr. Ririn Nislawati, M.Kes., Sp.M
NIP. 19810118 200912 2 003

DEPARTEMEN ILMU BEDAH
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2023

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

“ANALISIS DISTRES PSIKOLOGIS PADA PASIEN KANKER PAYUDARA
DI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR”

Makassar, 11 Mei 2023

Pembimbing,



Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes

NIP. 19740629 200812 1 001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Andika Nusraya

NIM : C011191198

Fakultas/ Program Studi : Kedokteran/ Pendidikan Dokter Umum

Judul Skripsi : Analisis Distres Psikologis pada Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

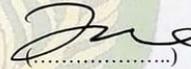
Pembimbing : Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes



Penguji 1 : dr. Salman Ardi Syamsu, Sp.B(K)Onk



Penguji 2 : dr. Nilam Smaradhania, Sp.B(K)Onk, M.Kes



Ditetapkan di: Makassar

Tanggal: 11 Mei 2023

HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andika Nusraya

NIM : C011191198

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Dengan ini menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, Mei 2023

Yang Menyatakan



Andika Nusraya

C011191198

SKRIPSI

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MEI 2023

Andika Nusraya (C01119198)

Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes

“Analisis Distres Psikologis pada Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar”

ABSTRAK

Latar Belakang: Kejadian kanker payudara tidak hanya berdampak secara fisik pada penderitanya, tetapi juga secara psikologis. Pasien kanker payudara diketahui memiliki tingkat distres psikologis yang tinggi pada awal penyakitnya. Depresi dan kecemasan adalah yang paling umum ditemukan pada pasien kanker payudara. Mereka dapat merasa depresi dan/atau cemas pada setiap fase penyakit mereka, mulai dari pra-diagnosis hingga fase terminal penyakit

Tujuan: Untuk menganalisis distres psikologis pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin periode Desember 2022-Maret 2023.

Metode: Desain penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan mengumpulkan data primer dan sekunder. Data primer berupa hasil wawancara kuesioner *Kessler*

Psychological Distress Scale (K10) dan data sekunder berupa rekam medis responden.

Hasil Penelitian: Responden penelitian didominasi oleh perempuan berjumlah 30 orang (100%), kelompok usia lansia awal dalam rentang 46-55 tahun berjumlah 12 orang (40,0%), status menikah berjumlah 26 orang (86,7%), pendidikan terakhir SMA dan Perguruan Tinggi masing-masing berjumlah 11 orang (36,7%), serta tidak bekerja/ Ibu Rumah Tangga berjumlah 21 orang (70,0%). Analisis tingkat distres psikologis didapatkan hasil bahwa sebanyak 22 orang (73,3%) ditemukan normal/tidak mengalami distres psikologis, 5 orang (16,7%) mengalami distres psikologis ringan, dan 3 orang (10,0%) mengalami distres psikologis sedang.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil penelitian ini, sebagian besar responden ditemukan normal/tidak mengalami distres psikologis.

Kata Kunci: Kanker Payudara, Distres Psikologis

UNDERGRADUATE THESIS

FACULTY OF MEDICINE

HASANUDDIN UNIVERSITY

MAY 2023

Andika Nusraya (C01119198)

Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes

“Analysis of Psychological Distress in Breast Cancer Patients at Hasanuddin University Hospital”

ABSTRACT

Background: Breast cancer does not only have a physical impact on its patient but also psychologically. Breast cancer patients are known to have a high level of psychological distress at the onset of their disease. Depression and anxiety are the most common in breast cancer patients. They can feel depressed and/or anxious at any phase of their disease, from prediagnosis to the terminal phase of the disease.

Objective: To analyze psychological distress in breast cancer patients at Hasanuddin University Hospital between December 2022-March 2023.

Methods: The design of this study was descriptive quantitative by collecting primary and secondary data. Primary data is in the form of interviews with the Kessler Psychological Distress Scale (K10) questionnaire and secondary data is in the form of respondents' medical records.

Results: Respondents were dominated by females totaling 30 people (100%), the early elderly age group in the range of 46-55 years old totaling 12 people (40.0%), married status totaling 26 people (86.7%), 11 people (36.7%) each with the last education from high school and university, and 21 people (70.0%) are unemployed/housewives. Analysis of the psychological distress showed that 22 people (73.3%) were found normal/not experiencing psychological distress, 5 people (16.7%) experienced mild psychological distress, and 3 people (10.0%) experienced moderate psychological distress.

Conclusion: Based on the results of this study, most of the respondents were found to be normal/not experiencing psychological distress.

Keywords: Breast Cancer, Psychological Distress

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, alhamdulillah rabbil ‘alamin, segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya lah sehingga penulis diberikan ilmu, kekuatan, kesabaran, dan keikhlasan untuk dapat menyelesaikan tugas akhir/skripsi yang berjudul **“Analisis Distres Psikologis pada Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar”** sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk menyelesaikan studi pre-klinik pada Program Studi Pendidikan Dokter Umum di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Tak lupa pula penulis mencurahkan salam serta shalawat kepada junjungan kita, Nabi Muhammad SAW, yang telah membawa kita dari zaman gelap kebodohan menuju zaman yang terang benderang.

Dalam menyusun skripsi ini, penulis menyadari segala keterbatasan dan kemampuan yang dimiliki sehingga skripsi ini masih terbilang jauh dari kata sempurna. Namun, penulis tetap berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini sebaik mungkin dengan harapan dapat memberikan manfaat, baik bagi penulis sendiri maupun bagi banyak pihak lain. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis akan menerima kritik dan saran yang bersifat membangun dalam perbaikan dan penyelesaian skripsi ini.

Penulis juga menyadari bahwa skripsi ini dapat tersusun dengan bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu, dalam kesempatan ini, penulis dengan tulus ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan hidayah-Nya yang memberikan ilmu, kekuatan, kesabaran, dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Nabi Muhammad SAW, yang telah membawa umat manusia sehingga bisa terlepas dari gelapnya zaman kebodohan menuju zaman yang terang benderang dengan ilmu seperti sekarang ini.
3. Orang tua, kakak-kakak, keponakan, dan anggota keluarga lain penulis yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Penulis mengucapkan terima kasih atas segala doa, dukungan, kasih sayang, serta motivasi sehingga penulis dapat tumbuh dan berkembang seperti saat ini.
4. Prof. Dr. dr. Andi Asadul Islam, Sp.BS (K) sebagai dosen penasihat akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama menjalani perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
5. Dr. dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk, M.Kes sebagai dosen pembimbing yang telah meluangkan dan memberikan waktu, tenaga, arahan, serta bimbingan beliau dalam penyusunan skripsi ini.
6. dr. Salman Ardi Syamsu, Sp.B(K)Onk dan dr. Nilam Smaradhania, Sp.B(K)Onk, M.Kes sebagai dosen penguji yang telah memberikan kritik, saran, arahan, serta bimbingan dalam perbaikan dan penyusunan skripsi ini.
7. Pihak Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin beserta seluruh staf dan petugas kesehatan yang telah membantu dalam pengambilan data penelitian pada skripsi ini.

8. Komisi Etik Penelitian Kesehatan dan pihak prodi dari Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah membantu dalam pengurusan perizinan penelitian pada skripsi ini.
9. Para dokter sekaligus dosen pengampu yang telah memberikan dan mengajarkan banyak ilmu kepada penulis selama menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
10. Teman, sahabat, sekaligus sejawat “PK 4” yaitu Aisyah Diva, Dilla, Tasya, Kak Iffat, Intan yang sudah selalu mengingatkan, mengajar, membantu, serta memotivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Tak lupa juga penulis mengucapkan terima kasih kepada sejawat Filaggrin lain, Hamida, para responden penelitian, serta berbagai pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Akhir kata, penulis kembali ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang sudah membantu dalam penyusunan skripsi ini serta mohon maaf apabila dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan.

Makassar, Mei 2023

Andika Nusraya

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME	vii
ABSTRAK	viii
KATA PENGANTAR	xii
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan Umum.....	3
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan.....	4
1.4.2. Bagi Pelayanan Kesehatan.....	4
1.4.3. Bagi Penelitian Selanjutnya.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1. Kanker Payudara	5
2.1.1. Anatomi Payudara.....	5
2.1.2. Fisiologi Payudara	8
2.1.3. Definisi Kanker Payudara	9
2.1.4. Faktor Risiko Kanker Payudara.....	10
2.1.5. Patogenesis Kanker Payudara.....	12
2.1.6. Diagnosis Kanker Payudara.....	14
2.1.7. Stadium Kanker Payudara.....	19
2.1.8. Terapi Kanker Payudara.....	24
2.1.9. Prognosis Kanker Payudara.....	28
2.1.10. Pencegahan Kanker Payudara.....	28
2.2. Distres Psikologis	30
2.2.1. Definisi Distres Psikologis.....	30
2.2.2. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Distres Psikologis.....	32
2.2.3. Aspek Gejala Distres Psikologis	33
2.3. Dampak Distres Psikologis pada Pasien Kanker Payudara	33
BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP	35

3.1.	Kerangka Teori.....	35
3.2.	Kerangka Konsep	36
BAB 4 METODE PENELITIAN		37
4.1.	Desain Penelitian	37
4.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian	37
4.3.	Variabel Penelitian	37
4.3.1.	Variabel Bebas (<i>Independent</i>).....	37
4.3.2.	Variabel Terikat (<i>Dependent</i>).....	37
4.4.	Definisi Operasional	37
4.5.	Populasi dan Sampel	39
4.5.1.	Populasi	39
4.5.2.	Sampel	39
4.6.	Kriteria Sampel	39
4.6.1	Kriteria Inklusi	39
4.6.2	Kriteria Eksklusi	40
4.7.	Pengumpulan Data	40
4.7.1.	Jenis Data	40
4.7.2.	Alat Pengumpulan Data.....	40
4.7.3.	Teknik Pengumpulan Data.....	41
4.8.	Pengolahan Data.....	42
4.9.	Alur Penelitian.....	42
4.10.	Etika Penelitian.....	42
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN		44
5.1.	Hasil Penelitian	44
5.2.	Pembahasan	47
BAB 6 PENUTUP		50
6.1.	Kesimpulan	50
6.2.	Saran.....	50
DAFTAR PUSTAKA		52
LAMPIRAN.....		56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. Kelenjar Payudara (Netter, 2014).....	6
Gambar 2. 2. Anatomi Payudara (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)	7
Gambar 2. 3. Patogenesis kanker payudara (Sun et al., 2017).....	13
Gambar 3. 1. Kerangka Teori.....	35
Gambar 3. 2. Kerangka Konsep	36
Gambar 4. 1. Alur Penelitian.....	42

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1. Stadium Kanker berdasarkan Sistem TNM AJCC (dalam Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015).....	19
Tabel 2. 2. Pengelompokan Stadium berdasarkan AJCC (dalam Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015).....	23
Tabel 5. 1. Distribusi Karakteristik Responden	44
Tabel 5. 2. Distribusi Tingkat Distres Psikologis Responden.....	45
Tabel 5. 3. Distribusi Tingkat Distres Psikologis berdasarkan Karakteristik Responden.....	46

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kanker merupakan salah satu penyakit yang saat ini masih menjadi beban kesehatan global. Data *Global Burden of Cancer* (GLOBOCAN) tahun 2020 menunjukkan beban kanker global mengalami peningkatan yaitu terdapat 19,3 juta kasus baru dengan 10 juta kematian, di mana 1 dari 4 pria dan 1 dari 5 wanita di dunia mengembangkan kanker selama masa hidup mereka serta 1 dari 8 pria dan 1 dari 11 wanita meninggal akibat kanker. Angka ini diperkirakan masih akan terus bertambah hingga 32,2 juta kasus baru pada tahun 2040. Data tersebut juga mengemukakan jenis kanker dengan kasus baru terbanyak di dunia pada tahun 2020, yaitu kanker payudara (11,7%), kanker paru-paru (11,4%), kanker kolorektal (10%), kanker prostat (7,3%), dan kanker perut (5,6%) (Global Cancer Observatory, 2022).

Pada tahun 2020, *World Health Organization* (WHO) mencatat kanker payudara di urutan pertama sebagai kanker dengan jumlah kasus baru terbanyak yaitu 2,26 juta kasus dengan 685.000 kematian secara global (World Health Organization, 2021). Untuk pertama kalinya, kanker payudara menjadi kanker yang paling sering didiagnosis, melampaui kanker paru-paru. Hal ini terutama disebabkan oleh tingginya prevalensi dari negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Union for International Cancer Control, 2021).

Di Indonesia, kanker payudara juga menempati urutan pertama dalam hal jumlah kanker terbanyak serta menjadi salah satu penyumbang kematian pertama akibat kanker. Menurut data GLOBOCAN tahun 2020, jumlah kasus baru kanker payudara mencapai 68.858 kasus atau sekitar 16,6% dari total 396.914 kasus baru kanker di Indonesia. Adapun untuk jumlah kematian yang disebabkan mencapai lebih dari 22 ribu jiwa kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Kejadian kanker payudara tidak hanya berdampak secara fisik pada penderitanya, tetapi juga secara psikologis. Pasien kanker payudara diketahui memiliki tingkat distress psikologis yang tinggi pada awal penyakitnya. Hal ini dihubungkan dengan ketakutan dan ketidakpastian yang dirasakan mengenai penyakit dan pengobatannya. Depresi dan kecemasan adalah yang paling umum ditemukan pada pasien kanker payudara. Mereka dapat merasa depresi dan/atau cemas pada setiap fase penyakit mereka, mulai dari pra-diagnosis hingga fase terminal penyakit (Ng *et al.*, 2015).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Oetami *et al.* (2014), dampak psikologis yang paling banyak dirasakan pasien kanker payudara adalah ketidakberdayaan dan kecemasan. Ketidakberdayaan yang dirasakan berupa gangguan emosi seperti menangis (68%) dan mengalami kecemasan berupa rasa khawatir memikirkan dampak pengobatan (84%), sedangkan dampak psikologis lainnya tidak ditemukan pada responden. Responden tidak merasa malu dengan penyakit kanker payudara yang dideritanya (72%), tidak mengalami harga diri menurun berupa rasa pesimis menjalani

kehidupan (80%), tidak mengalami stres walaupun menderita kanker payudara (64%), dan tidak mengalami reaksi amarah berupa rasa tidak suka melaksanakan pengobatan (64%) (Oetami, Thaha and Wahiduddin, 2014).

Adapun penelitian yang dilakukan oleh Winajah dan Savitri (2017) menunjukkan sebagian besar pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi mengalami distress psikologis (86,7%). Gejala distress psikologis yang dirasakan berupa gejala mudah marah (40%), merasa khawatir (40%), merasa tertekan (50%), merasa gugup (53,3%), tidak pernah memiliki harapan terhadap masa depan (60%), merasa tegang (46,7%), dan merasa cemas (60%) (Winajah and Savitri, 2017).

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dipaparkan, peneliti merasa tertarik untuk menganalisis distress psikologis pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar.

1.2. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang ingin diungkapkan dalam penelitian ini adalah bagaimana analisis distress psikologis pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin periode Desember 2022-Maret 2023?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis distress psikologis pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin periode Desember 2022-Maret 2023.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik pasien kanker payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin periode Desember 2022-Maret 2023.
2. Mengetahui tingkat distres psikologis pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin periode Desember 2022-Maret 2023.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian dapat memberikan tambahan informasi atau pengetahuan tentang distres psikologis pada pasien kanker payudara.

1.4.2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan strategi pelayanan kesehatan dalam penatalaksanaan pasien kanker payudara dengan gejala distres psikologis.

1.4.3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian dapat menjadi bahan bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan distres psikologis pada pasien kanker payudara.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

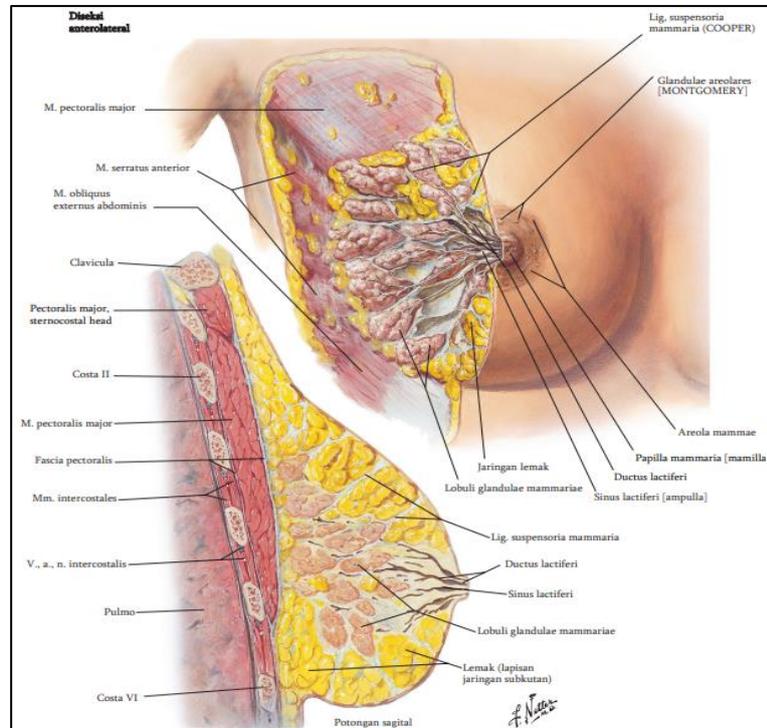
2.1. Kanker Payudara

2.1.1. Anatomi Payudara

Payudara merupakan sepasang struktur yang terletak di thorax bagian anterior, dengan dasar luas membentang di atas costa II hingga VI. Pada aspek medialnya, berbatasan dengan tepi lateral korpus sterni dan linea midaksilaris pada aspek lateralnya (Bazira, Ellis and Mahadevan, 2021). Payudara melekat pada fascia pectoralis mayor oleh ligamen suspensori yang berjalan di seluruh parenkim jaringan payudara dari fascia dalam di bawah payudara hingga dermis kulit (Parker, 2015). Pada puncak payudara, terdapat puting yang dikelilingi oleh area kulit yang berpigmen, yaitu areola, dengan kelenjar sebaceous besar yang dikenal sebagai kelenjar areolar (*Montgomery*) (Bazira, Ellis and Mahadevan, 2021).

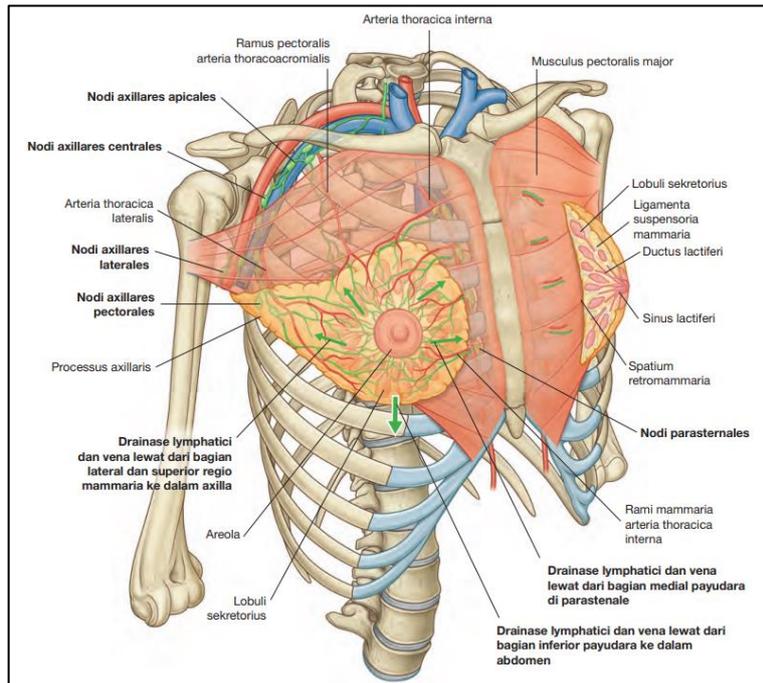
Payudara orang dewasa terdiri dari jaringan lemak dan kelenjar. Kira-kira terdapat 25 lobus payudara mengalir ke sekitar 10 saluran utama. Lobus mengandung banyak lobulus yang menghasilkan dan mengeluarkan susu. Mereka dihubungkan oleh saluran dan sinus laktiferus yang mengumpulkan susu dan mengirimkannya ke puting susu. Ujung distal dari sistem duktal adalah unit lobular duktal terminal. Setiap lobus memiliki ribuan unit ini, masing-masing dengan lapisan dalam sel sekretori dan lapisan luar sel myoepithelial. Sel-sel myoepithelial mengandung

serat kontraktil yang mengeluarkan susu ke dalam saluran selama menyusui (Parker, 2015).



Gambar 2. 1. Kelenjar Payudara (Netter, 2014)

Suplai vaskuler dan drainase pada payudara dapat berasal dari berbagai rute. Di lateral, disuplai oleh arteria axillaris, arteria thoracica superior, thoracoacromialis, arteria thoracica lateralis, dan arteria subscapularis. Di bagian medial, payudara disuplai oleh cabang-cabang dari arteria thoracica interna. Arteriae intercostales memberikan suplai darah melalui cabang-cabang yang menembus dinding thorax dan otot yang terletak di atasnya. Berjalan paralel dengan arterianya, pembuluh-pembuluh vena pada payudara bermuara akhir ke vena axillaris, vena thoracica interna, dan vena intercostalis (Drake, Vogl and Mitchell, 2019).



Gambar 2. 2. Anatomi Payudara (Drake, Vogl and Mitchell, 2019)

Payudara mendapatkan invasi dari ramus cutaneus anterior dan ramus cutaneus lateral nervus intercostalis kedua hingga keenam, serta puting payudara mendapatkan invasi dari nervus intercostalis keempat. Adapun drainase cairan limfatik sekitar 75% melalui vasa limfatik yang mengalir pada sisi lateral dan superior menuju nodi axillares, sebagian lainnya mengalir ke nodi parasternales. Selain itu, drainase cairan limfatik juga melalui vasa limfatik yang mengikuti jalannya cabang-cabang lateral dari arteriae intercostales posteriores dan juga berhubungan dengan nodi intercostales (Drake, Vogl and Mitchell, 2019).

2.1.2. Fisiologi Payudara

Sebelum pubertas, tidak ada perbedaan struktural ataupun fungsional yang terlihat antara payudara pria dan wanita. Namun saat pubertas dimulai, terjadi perubahan signifikan pada struktur dan fungsi payudara wanita, yang terjadi sebagai respons terhadap berbagai pengaruh hormonal. Fungsi utama payudara wanita adalah laktasi, istilah yang mencakup sintesis, sekresi, dan pengeluaran susu (ASI). Selain itu, payudara juga merupakan fitur seksual sekunder yang menonjol bagi wanita (Bazira, Ellis and Mahadevan, 2021).

Perkembangan awal payudara wanita saat pubertas terutama dipengaruhi oleh estrogen yang menginduksi proliferasi dan percabangan sistem duktus serta pematangan dan penonjolan puting susu. Namun, perkembangan dan proliferasi asinus (alveoli) di ujung duktus merupakan hasil kerja sama sinergis dari estrogen dan progesteron (Bazira, Ellis and Mahadevan, 2021).

Setelah estrogen dan progesteron menyebabkan perkembangan awal jaringan sekretorik susu, hormon laktogenik mulai memproduksi ASI. Ada dua hormon laktogenik yang berperan penting dalam proses ini, yaitu prolaktin yang disekresi oleh kelenjar hipofisis anterior dan *human placental lactogen* (hPL) yang diproduksi oleh plasenta ibu. Sekresi hPL mencapai puncaknya selama minggu-minggu terakhir kehamilan yang mempersiapkan payudara untuk produksi ASI. Setelah melahirkan, hormon ini

menghilang dari sirkulasi ibu dan prolaktin berfungsi sebagai hormon laktogenik tunggal (Parker, 2015).

Selain dua hormon di atas, juga terdapat hormon oksitosin yang berperan penting dalam laktasi. Hormon ini diproduksi di hipotalamus dan disimpan di hipofisis posterior. Menyusui merangsang pelepasan hormon ini, yang kemudian bekerja menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel di sekitar duktus untuk mendorong lebih banyak ASI keluar ke duktus. Selama menyusui, sekitar 1 liter ASI diproduksi setiap harinya (Parker, 2015).

2.1.3. Definisi Kanker Payudara

Kanker menurut WHO adalah penyakit yang dapat dimulai di hampir semua organ atau jaringan tubuh ketika sel-sel abnormal tumbuh tak terkendali, melampaui batas biasanya untuk menyerang bagian tubuh yang berdekatan dan/atau menyebar ke organ lain (metastasis). Penyakit ini juga dikenal dengan istilah tumor ganas atau neoplasma (World Health Organization, 2022).

Kanker payudara merupakan jenis kanker yang berasal dari kelenjar, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara namun tidak termasuk kulit payudara (Kementrian Kesehatan RI, 2021). Adapun menurut *American Cancer Society* (ACS), kanker payudara didefinisikan sebagai penyakit yang ditandai dengan sel-sel pada jaringan payudara mengalami perubahan dan membelah secara tidak terkendali, biasanya menyebabkan massa atau benjolan pada

payudara. Penyakit ini sebagian besar dimulai pada lobulus (kelenjar susu) atau saluran yang menghubungkan lobulus dengan puting (American Cancer Society, 2019).

2.1.4. Faktor Risiko Kanker Payudara

Adapun beberapa faktor risiko kanker payudara, yaitu (Anderson *et al.*, 2017):

1. Faktor genetik: Gen kerentanan kanker payudara yang paling umum adalah BRCA1, BRCA2, PTEN, dan TP53. Untuk orang dengan mutasi BRCA1 atau BRCA2, perkiraan risiko terkena kanker payudara pada usia 70 tahun adalah sekitar 55-65% untuk BRCA1 dan 45-47% untuk BRCA2. Mutasi genetik dapat bervariasi menurut kelompok etnis.
2. Riwayat keluarga dengan kanker payudara: Risiko seseorang terkena kanker payudara meningkat seiring dengan jumlah keluarga tingkat pertama yang terkena. Hal ini diduga karena kombinasi faktor genetik dan lingkungan.
3. Riwayat menderita kanker payudara: Wanita dengan riwayat menderita kanker payudara sebelumnya terdapat peningkatan risiko mengembangkan kanker payudara kedua baik pada payudara yang sama atau payudara yang berlawanan.
4. Usia: Risiko menderita kanker payudara meningkat seiring dengan bertambahnya usia.
5. Faktor hormonal dan reproduksi: Hormon endogen, terutama paparan estrogen, berperan dalam pertumbuhan dan proliferasi

sel payudara. Peningkatan atau perpanjangan kadar hormon ini berhubungan dengan peningkatan risiko kanker payudara pada wanita pascamenopause. Faktor reproduksi yang memperpanjang paparan alami terhadap hormon yang diproduksi oleh ovarium, seperti menarke dini, menopause terlambat, usia pada kehamilan pertama (yaitu, lebih dari 30 tahun) dan tidak pernah melahirkan. Bukti laboratorium juga menunjukkan bahwa kadar hormon endogen lain yang lebih tinggi (seperti insulin dan *Insulin-like Growth Factor* [IGF]), mungkin berperan dalam perkembangan kanker payudara.

6. Hormon estrogen terapeutik atau eksogen: Terapi penggantian hormon yang berkepanjangan pascamenopause dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker payudara. Studi menunjukkan bahwa wanita yang menggunakan kombinasi estrogen dan progesteron selama lebih dari lima tahun pascamenopause memiliki peningkatan risiko didiagnosis dengan kanker payudara.
7. Paparan radiasi ion terapeutik: Apabila dilakukan pada usia muda, dapat meningkatkan risiko seseorang terkena kanker payudara. Misalnya, radiasi terapeutik pada usia muda untuk pengobatan limfoma Hodgkin dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker payudara. Namun, tidak ada data yang menunjukkan bahwa praktik terapi radiasi saat ini yang diberikan sebagai bagian dari pengobatan kanker payudara

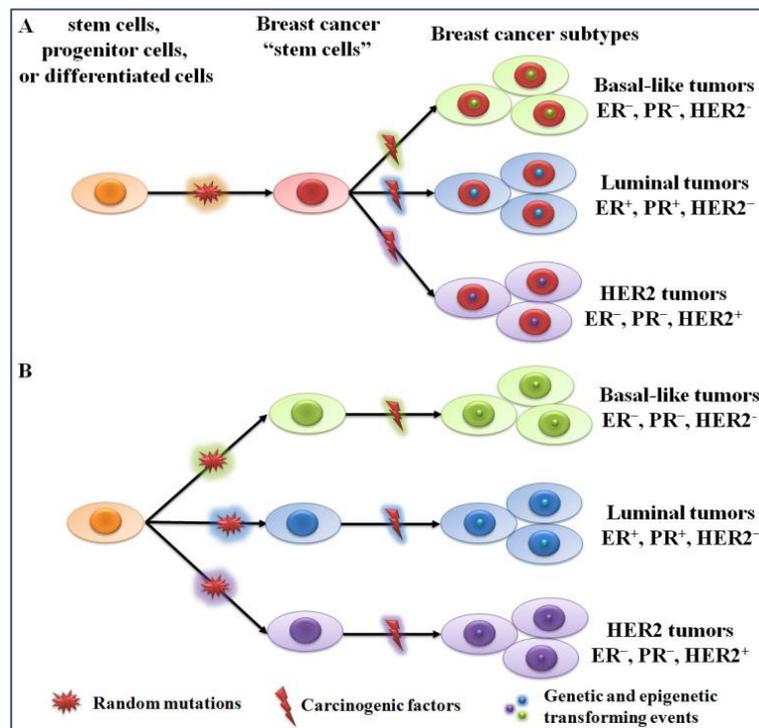
meningkatkan risiko mengembangkan kanker payudara kedua. Selain itu, mammografi dan rontgen dada tampaknya tidak meningkatkan risiko kanker payudara.

8. Berat badan (obesitas): Faktor ini dikaitkan dengan peran sel-sel lemak dalam kontribusinya terhadap kadar hormon yang bersirkulasi. Adipositas dapat memengaruhi hormon yang bersirkulasi karena prekursor estrogen diubah menjadi estrogen dalam sel lemak. Hal ini terutama lebih berpengaruh pada wanita pascamenopause daripada wanita premenopause. Beberapa ahli menyatakan bahwa hingga 20% kasus kanker payudara dapat dihindari dengan meningkatkan aktivitas fisik dan menghindari penambahan berat badan.
9. Konsumsi alkohol: Konsumsi alkohol yang berlebihan dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker payudara. Para ahli menyatakan bahwa hingga 14% dari kanker payudara dapat dihindari dengan secara substansial mengurangi atau menghilangkan konsumsi alkohol yang berlebihan.

2.1.5. Patogenesis Kanker Payudara

Tumor payudara biasanya dimulai dari hiperproliferasi duktus, yang kemudian dapat berkembang menjadi tumor jinak atau bahkan karsinoma metastatik setelah terus-menerus dirangsang oleh berbagai faktor karsinogenik. Lingkungan mikro tumor seperti pengaruh stroma atau makrofag berperan penting dalam inisiasi dan perkembangan kanker payudara (Sun *et al.*, 2017).

Terdapat dua teori hipotesis untuk inisiasi dan perkembangan kanker payudara, yaitu teori sel punca kanker (A) dan teori stokastik (B). Teori sel punca kanker menyatakan bahwa semua subtipe tumor berasal dari sel punca atau sel progenitor yang sama. Genetik yang didapat dan mutasi epigenetik pada sel punca atau sel progenitor akan menyebabkan fenotipe tumor yang berbeda (Sun *et al.*, 2017).



Gambar 2. 3. Patogenesis Kanker Payudara (Sun *et al.*, 2017)

Teori stokastik adalah bahwa setiap subtipe tumor dimulai dari satu jenis sel (sel punca, sel progenitor, atau sel yang berdiferensiasi). Mutasi acak dapat terakumulasi secara bertahap di

sel payudara mana pun, yang mengarah ke transformasi mereka menjadi sel tumor ketika mutasi yang memadai telah terakumulasi (Sun *et al.*, 2017).

2.1.6. Diagnosis Kanker Payudara

Dalam menegakkan diagnosis kanker payudara, dibutuhkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (Purwanto *et al.*, 2014)

1. Anamnesis: Dilakukan untuk mengidentifikasi identitas pasien, faktor risiko, perjalanan penyakit, tanda dan gejala yang dialami, riwayat pengobatan, dan riwayat penyakit sebelumnya. Adapun keluhan yang umum ditemukan pada penderita kanker payudara, yaitu:

- Keluhan biasanya berupa massa/benjolan yang padat dan keras pada payudara
- Perubahan pada puting: retraksi puting, keluar cairan dari puting (*nipple discharge*), eksem di sekitar puting (*Paget's disease*)
- Perubahan pada kulit payudara: lesung pada kulit (*dimpling*), berkerut layaknya kulit jeruk (*peau d'orange*), ulkus, eritema, edema, nodul satelit
- Massa/benjolan di ketiak (aksila)

Pada kanker payudara stadium lanjut, biasanya didapatkan beberapa keluhan tambahan sebagai manifestasi terjadinya

metastasis regional, metastasis jauh, ataupun komplikasi. Keluhan yang dimaksud, yaitu:

- Bengkak pada lengan
- Nyeri pada pinggang, punggung, atau tulang belakang
- Batuk kering yang tidak lekas sembuh
- Sesak napas apabila metastasis mencakup parenkim paru yang luas atau terdapat pleural efusi
- Mual, rasa penuh, mata kuning
- Nyeri kepala hebat, kejang, penurunan kesadaran
- Berat badan menurun tanpa diketahui penyebabnya

2. Pemeriksaan fisik: Ditujukan untuk mendapatkan kelainan (tanda keganasan) yang diperkirakan melalui anamnesis atau didapatkan secara langsung. Pemeriksaan fisik biasanya dimulai dengan menilai status secara umum (tanda vital hingga pemeriksaan menyeluruh pada tubuh) kemudian dilakukan pemeriksaan terhadap status lokalis dan regionalis. Pemeriksaan status lokalis dan regionalis ini dilakukan secara sistematis yang meliputi:

A. Inspeksi: Dilakukan dengan pasien dalam posisi duduk dan pakaian atas serta bra dilepas. Inspeksi mencakup posisi lengan pasien di samping tubuh, di atas kepala, dan bertolak pinggang. Pada saat inspeksi, perlu dinilai kedua payudara, aksila, dan sekitar klavikula guna identifikasi tanda tumor primer dan kemungkinan metastasis ke kelenjar limfa.

- B. Palpasi: Dilakukan dengan pasien dalam posisi terlentang, lengan ipsilateral di atas kepala, serta punggung diganjal dengan bantal. Palpasi mencakup kedua payudara secara menyeluruh, aksila, serta infra dan supraklavikula. Apabila saat palpasi didapatkan tumor, maka perlu dideskripsikan mengenai letak tumornya, jumlah dan ukuran, permukaan dan konsistensinya, batas tumor, mobilitas, disertai nyeri atau tidak, serta apakah terdapat pembesaran kelenjar limfa.
3. Pemeriksaan penunjang: Terdapat beberapa pemeriksaan radiologi dan patologi dalam menunjang pemeriksaan payudara, yaitu:
- A. Mammografi: Pemeriksaan ini dapat digunakan sebagai modalitas skrining, diagnosis, serta evaluasi hasil terapi kanker payudara. Mammografi dilakukan pada wanita dengan usia >35 tahun, namun karena payudara orang Indonesia lebih padat maka hasil terbaik dapat diperoleh apabila dilakukan pada wanita usia >40 tahun.
- B. Ultrasonografi (USG) payudara: Pemeriksaan ini memiliki kelebihan dalam hal mendeteksi massa kistik. Penggunaan USG tidak dianjurkan sebagai modalitas skrining, namun sebagai tambahan mammografi dapat meningkatkan akurasi hingga 7,4%.
- C. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) payudara: Pemeriksaan ini lebih unggul dari mammografi dan USG payudara dalam

hal menentukan ukuran dan eksistensi tumor, menemukan lesi multifokal, multisentrik, dan/ atau kontralateral.

- D. Pemeriksaan sitologi: meliputi pengambilan sampel dengan *Fine Needle Aspiration Biopsy* (FNAB), *imprint*, serta analisa cairan dengan *nipple discharge* dan kista.
- E. Pemeriksaan histopatologi: merupakan standar baku dalam diagnosis definitif kanker payudara. Pemeriksaan ini dilakukan pada spesimen biopsi jaringan dan spesimen mastektomi.
- F. Pemeriksaan imunohistokimia: merupakan metode pemeriksaan yang menggunakan antibodi guna mendeteksi antigen dalam potongan jaringan ataupun dalam bentuk preparasi sel lainnya. Pemeriksaan ini menjadi standar dalam menentukan subtype kanker payudara. Penentuan subtype kanker payudara secara dini dapat membantu dalam menentukan jenis dan prediksi respons terhadap terapi sistemik serta prognosis penyakit.

Selain itu, terdapat beberapa pemeriksaan tambahan yang dapat dilakukan guna mengetahui apakah kanker payudara yang diderita telah menyebar (metastasis), status penyakit, dan/ atau menentukan terapi mana yang paling berhasil. Pemeriksaan yang dimaksud, yaitu (American Society of Clinical Oncology, 2021):

- A. Rontgen dada (*Chest X-ray*): Dilakukan untuk mengetahui apakah kanker telah menyebar dari payudara ke paru-paru.
- B. *Bone scan*: Dilakukan untuk mengetahui apakah kanker telah menyebar hingga ke tulang.
- C. *Computed Tomography scan* (CT scan): Dapat digunakan untuk mencari tumor pada organ selain payudara, seperti paru-paru, hati, tulang, dan kelenjar limfa. Selain itu, juga dapat digunakan untuk mengetahui ukuran tumor.
- D. *Positron Emission Tomography* (PET) *scan* atau PET-CT *scan*: Dilakukan untuk membuat gambar organ dan jaringan di dalam tubuh dengan menyuntikkan sejumlah kecil zat gula radioaktif ke dalam tubuh pasien. Karena kanker cenderung menggunakan energi secara aktif, maka akan menyerap zat ini lebih banyak. Area yang paling aktif akan muncul sebagai titik terang. PET-CT *scan* dapat digunakan untuk memperkirakan ukuran tumor, menentukan lokasi titik terang dengan lebih akurat, dan dapat menunjukkan kelainan pada tulang seperti pada *bone scan*.
- E. Tes kimia darah: Sering dilakukan untuk melihat mineral dalam darah, seperti kalium dan kalsium. Selain itu, dapat dilakukan tes untuk menilai enzim dan seberapa baik hati serta ginjal bekerja. Hasil tes yang abnormal dapat menandakan kanker telah menyebar di dalam tubuh, namun juga banyak kondisi non-kanker yang bisa menyebabkan perubahan pada hasil tes.

F. Pemeriksaan darah lengkap: Dilakukan untuk memastikan bahwa sumsum tulang belakang pasien bekerja dengan baik.

G. Tes tumor marker: Dapat dilakukan tes tumor marker *Cancer Antigen 15-3 (CA 15-3)*, *Cancer Antigen 27.29 (CA 27.29)*, dan/ atau *Carcinoembryonic Antigen (CEA)*. Tes tumor marker bukan suatu standar perawatan, namun dapat berguna dalam memantau rekurensi atau metastatik yang disesuaikan dengan klinis pasien dan pemeriksaan radiologi.

2.1.7. Stadium Kanker Payudara

Penetapan stadium kanker payudara menggunakan Sistem Klasifikasi TNM *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* (dalam Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. 1. Stadium Kanker berdasarkan Sistem TNM AJCC (dalam Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015)

Tumor Primer (T)	
Tx	Tumor primer tidak dapat dinilai
T0	Tidak ada bukti tumor primer
Tis	Carsinoma in situ
Tis (DCIS)	Ductal Carsinoma in situ
Tis (LCIS)	Lobular Carsinoma in situ

Tis (Paget's)	<i>Paget's disease</i> pada puting payudara tanpa tumor
T1	Tumor ≤ 2 cm pada dimensi terbesar
T1 mic	Mikroinvasi $\leq 0,1$ cm pada dimensi terbesar
T1a	Tumor $> 0,1$ cm tetapi $\leq 0,5$ cm pada dimensi terbesar
T1b	Tumor $> 0,5$ cm tetapi ≤ 1 cm pada dimensi terbesar
T1c	Tumor > 1 cm tetapi ≤ 2 cm pada dimensi terbesar
T2	Tumor > 2 cm tetapi ≤ 5 cm pada dimensi terbesar
T3	Tumor > 5 cm pada dimensi terbesar
T4	Tumor dengan ukuran berapapun dengan ekstensi langsung ke (a) dinding dada atau (b) kulit
T4a	Ekstensi ke dinding dada, namun tidak termasuk otot pectoralis
T4b	Edema (termasuk <i>peau d'orange</i>), ulserasi kulit payudara, atau nodul satelit pada payudara yang sama
T4c	Gabungan dari T4a dan T4b

T4d	<i>Inflammatory carcinoma</i>
Kelenjar Getah Bening (KGB) Regional (N)	
Nx	KGB regional tidak dapat dinilai (misalnya karena telah diangkat)
N0	Tidak ada metastasis KGB regional
N1	Metastasis pada KGB aksila ipsilateral yang masih dapat digerakkan
pN1 mi	Mikrometastasis > 0,2 mm < 2 mm
pN1a	1-3 KGB aksila
pN1b	KGB mamaria interna dengan metastasis mikro melalui <i>sentinel node biopsy</i> tetapi tidak terlihat secara klinis
pN1c	T1-3 KGB aksila dan KGB mamaria interna dengan metastasis mikro melalui <i>sentinel node biopsy</i> tetapi tidak terlihat secara klinis
N2	Metastasis pada KGB aksila ipsilateral yang terfiksir (<i>matted</i>), atau KGB mamaria interna yang terdeteksi secara klinis* jika tidak terdapat metastasis KGB aksila secara klinis

N2a	Metastatis pada KGB aksila ipsilateral yang terfiksir satu sama lain (<i>matted</i>) atau terfiksir pada struktur lain
pN2a	4-9 KGB aksila
N2b	Metastasis hanya pada KGB mamaria interna yang terdeteksi secara klinis* dan jika tidak terdapat metastasis KGB aksila secara klinis.
pN2b	KGB mamaria interna, terlihat secara klinis tanpa KGB aksila
N3	Metastatis pada KGB infraklavikula ipsilateral dengan atau tanpa keterlibatan KGB aksila, atau pada KGB mamaria interna yang terdeteksi secara klinis* dan jika terdapat metastasis KGB aksila secara klinis; atau metastasis pada KGB supraklavikula ipsilateral dengan atau tanpa keterlibatan KGB aksila atau mamaria interna
N3a	Metastasis pada KGB infraklavikula ipsilateral
pN3a	>10 KGB aksila atau infraklavikula
N3b	Metastasis pada KGB mamaria interna ipsilateral dan KGB aksila

pN3b	KGB mamaria interna, terlihat secara klinis, dengan KGB aksila atau >3 KGB aksila dan mamaria interna dengan metastasis mikro melalui <i>sentinel node biopsy</i> namun tidak terlihat secara klinis
N3c	Metastasis pada KGB supraklavikula ipsilateral
pN3c	KGB supraklavikula
Metastasis Jauh (M)	
Mx	Metastasis jauh tidak dapat dinilai
M0	Tidak ada metastasis jauh
M1	Terdapat metastasis jauh

Adapun pengelompokan stadium berdasarkan AJCC (dalam Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. 2. Pengelompokan Stadium berdasarkan AJCC (dalam Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015)

Stadium	T	N	M
Stadium 0	T1s	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0

Stadium IIA	T0-1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium IIIA	T0-2	N2	M0
	T3	N1-2	M0
Stadium IIIB	T4	N0-2	M0
Stadium IIIC	Setiap T	N3	M0
Stadium IV	Setiap T	Setiap N	M1

2.1.8. Terapi Kanker Payudara

Terapi pada kanker payudara patut didahului oleh diagnosis kerja yang definitif, termasuk penetapan stadium kanker yang diderita. Pertimbangan terapi yang akan diberikan ke pasien ditentukan oleh stadiumnya (Purwanto *et al.*, 2014). Terdapat beberapa terapi kanker payudara baik lokal maupun sistemik, yaitu (American Cancer Society, 2023).

1. Operasi/pembedahan, terdapat dua jenis pembedahan dalam terapi kanker payudara, yaitu:

- a. Bedah konservasi payudara (*Breast-Conserving Surgery*): Merupakan pembedahan yang dilakukan dengan mempertahankan bentuk atau fungsi kosmetik payudara, disertai ataupun tanpa disertai rekonstruksi. Tindakan bedah yang dilakukan adalah lumpektomi atau kuadranektomi serta diseksi kelenjar getah bening aksila level 1 dan level 2. Terapi ini umumnya menjadi pilihan pembedahan yang aman pada pasien kanker payudara stadium awal yang memenuhi syarat (Purwanto *et al.*, 2014).
- b. Mastektomi: Merupakan prosedur pembedahan yang mengangkat seluruh payudara. Berdasarkan bagaimana pembedahan dilakukan dan seberapa banyak jaringan yang diangkat, terdapat beberapa jenis mastektomi, yaitu:
- Mastektomi total/sederhana (*Total/simple mastectomy*): Dalam prosedur ini, seluruh payudara diangkat juga termasuk puting, areola, fascia otot pectoralis mayor, dan kulit.
 - Mastektomi radikal (*Radical mastectomy*): Prosedur ini mengangkat seluruh payudara, kelenjar getah bening aksila, dan otot pectoral di bawah payudara. Mastektomi radikal saat ini sudah jarang dilakukan, namun mungkin dilakukan apabila tumor tumbuh ke dalam otot dada.

- Mastektomi radikal yang dimodifikasi (*Modified radical mastectomy*): Prosedur ini menggabungkan mastektomi sederhana dengan diseksi kelenjar getah bening aksila.
 - Mastektomi hemat kulit (*Skin-sparing mastectomy*): Dalam prosedur ini, sebagian besar kulit di atas payudara dibiarkan. Hanya jaringan payudara, puting, dan areola yang diangkat.
 - Mastektomi hemat puting (*Nipple-sparing mastectomy*): Seperti pada mastektomi hemat kulit, prosedur ini mengangkat jaringan payudara dan sebagian kulit dibiarkan. Namun, puting dan areola juga dibiarkan pada tempatnya.
 - Mastektomi ganda (*Double mastectomy*): Prosedur ini mengangkat kedua payudara dari penderita. Sebagian besar prosedur ini berupa mastektomi sederhana atau mastektomi hemat puting (*nipple-sparing mastectomy*).
2. Terapi Radiasi: Merupakan terapi yang menggunakan sinar/partikel berenergi tinggi untuk menghancurkan sel kanker. Terapi radiasi dapat digunakan sebagai terapi adjuvan pasca bedah konservasi payudara, pasca mastektomi, atau keperluan paliatif seperti pada kasus metastasis dan emergensi (Purwanto *et al.*, 2014).
 3. Kemoterapi: Menggunakan obat anti kanker yang dapat diberikan secara intravena ataupun oral. Obat ini berjalan

melalui aliran darah untuk mencapai sel-sel kanker di sebagian besar tubuh. Kemoterapi dapat digunakan sebagai terapi adjuvan setelah operasi ataupun sebagai terapi neoadjuvan sebelum operasi dilakukan. Selain itu, terapi ini dapat digunakan sebagai terapi primer pada kanker payudara yang telah bermetastasis ke organ lain.

4. Terapi hormon: Terapi ini direkomendasikan pada wanita dengan tumor yang memiliki reseptor hormon positif. Definisi reseptor hormon positif yang dimaksud, yaitu ER dan/atau PR yang positif lebih dari 1% pada pewarnaan imunohistokimia (Purwanto *et al.*, 2014). Terapi hormon biasanya digunakan setelah operasi sebagai terapi adjuvan untuk mencegah rekurensi kanker dan juga kadang digunakan sebagai terapi neoadjuvan sebelum operasi. Selain itu, terapi ini juga dapat digunakan pada kanker yang bermetastasis dan pada kanker yang muncul kembali setelah pengobatan (American Cancer Society, 2022).
5. Terapi obat ditargetkan (*Targeted drug therapy*): Merupakan penggunaan obat-obatan yang diarahkan pada (target) protein sel kanker payudara. Obat ini ditargetkan bekerja untuk menghancurkan sel kanker atau menghambat pertumbuhannya. Pada kanker stadium awal, terapi ini digunakan sebagai terapi adjuvan bersama dengan kemoterapi dan atau/ terapi hormon. Pada stadium lanjut, terapi ini digunakan sebagai terapi primer (Purwanto *et al.*, 2014).

6. Imunoterapi: Merupakan penggunaan obat-obatan untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh pasien dalam mengenali dan menghancurkan sel kanker secara lebih efektif. Imunoterapi biasanya bekerja pada protein spesifik yang terlibat dalam sistem kekebalan tubuh untuk meningkatkan respons kekebalan. Beberapa obat imunoterapi, seperti antibodi monoklonal, bekerja dengan lebih dari satu cara untuk mengendalikan sel kanker dan juga dapat dianggap sebagai terapi target karena menghambat pertumbuhan sel kanker dengan memblokir protein spesifiknya.

2.1.9. Prognosis Kanker Payudara

Kanker payudara yang terdeteksi dini memiliki prognosis yang cukup baik. Pada kanker payudara stadium 0 dan I, tingkat kelangsungan hidup 5 tahun sebesar 100%. Tingkat kelangsungan hidup 5 tahun kanker payudara stadium II sekitar 93% dan stadium III sekitar 72%. Ketika penyakit ini menyebar secara sistemik, prognosinya menjadi lebih buruk. Hanya sekitar 22% pasien kanker payudara stadium IV yang akan bertahan hidup dalam 5 tahun ke depan (Alkabban & Ferguson, 2022).

2.1.10. Pencegahan Kanker Payudara

Upaya pencegahan terhadap kanker payudara meliputi tiga tingkatan, yaitu (Kementerian Kesehatan RI, 2013):

1. Pencegahan primer: Pencegahan ini dilakukan untuk meminimalisasi bahkan meniadakan paparan penyebab dan

faktor risiko terkait kanker. Selain itu, terdapat beberapa faktor protektif yang dapat dilakukan untuk mengurangi kemungkinan terkena kanker. Faktor protektif seperti menyusui dan aktif secara fisik ditemukan dapat mengurangi risiko terkena kanker payudara. Studi menunjukkan bahwa menyusui dapat mengurangi kejadian kanker payudara hingga 11% dan wanita yang aktif secara fisik menunjukkan pengurangan risiko sebesar 20-40% (Anderson *et al.*, 2017).

2. Pencegahan sekunder: Pencegahan ini berupa skrining guna mendeteksi dini kejadian kanker payudara sehingga pengobatan bisa menjadi lebih efektif. Hal ini akan menurunkan risiko kekambuhan, mortalitas, dan memperbaiki kualitas hidup. Tindakan yang dapat dilakukan untuk skrining kanker payudara, meliputi (Komite Nasional Penanggulangan Kanker, 2015):

A. Periksa Payudara Sendiri (SADARI), yang dilakukan sendiri oleh masing-masing wanita mulai usia 20 tahun. SADARI sebaiknya rutin dilakukan setiap bulan yaitu setiap 7-10 hari setelah hari pertama haid terakhir.

B. Periksa Payudara Klinis (SADANIS), yang dilakukan oleh petugas kesehatan terlatih. SADANIS paling tidak dilakukan tiga tahun sekali atau apabila pada saat SADARI ditemukan abnormalitas pada payudara.

- C. Mammografi skrining, pemeriksaan ini memegang peranan penting terutama dalam mendeteksi tumor yang sangat kecil (*non-palpable*).
3. Pencegahan tersier: Pencegahan tersier meliputi dua hal, yaitu:
- A. Diagnosis dan terapi yang berujung pada tujuan untuk menyembuhkan, meningkatkan kualitas hidup, serta memperpanjang harapan hidup. Adapun diagnosis kanker payudara ditegakkan dengan kombinasi antara klinis penderita dan investigasi diagnostik. Lebih lanjut, diagnosis dan penentuan stadium yang tepat diperlukan dalam mengevaluasi besaran penyakit dan pemilihan terapi yang sesuai.
 - B. Pelayanan paliatif, seperti upaya untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Pelayanan paliatif yang baik diyakini dapat meningkatkan kualitas hidup penderita kanker payudara.

2.2. Distres Psikologis

2.2.1. Definisi Distres Psikologis

Selye (dalam Erliana, 2013) memperkenalkan konsep stres dengan dua kategori, yaitu eustres dan distres. Eustres lebih lanjut dijelaskan sebagai stres yang bersifat menyenangkan, merupakan pengalaman yang memuaskan, dan dapat meningkatkan motivasi seseorang untuk menciptakan sesuatu. Sebaliknya, distres dijelaskan

sebagai stres yang bersifat tidak menyenangkan. Tipe stres ini dianggap sebagai stress yang merusak dan dirasakan sebagai kondisi di mana seseorang mengalami rasa cemas, takut, khawatir, atau gelisah.

Adapun menurut Lazarus (dalam Kupriyanov et al., 2014), eustres merupakan respons kognitif positif terhadap stresor yang berkaitan dengan perasaan positif dan kesehatan fisik, sedangkan distres dianggap sebagai stres berat yang berkaitan dengan perasaan negatif dan gangguan pada fisik. Le fevre et al. mengemukakan ada dua faktor utama yang menentukan apakah suatu stresor akan menyebabkan eustres atau distres, yaitu persepsi dan interpretasi masing-masing individu terhadap suatu situasi.

Distres psikologis menurut Caron dan Liu (dalam Mahmood & Ghaffar, 2014) didefinisikan sebagai kondisi kesehatan mental yang negatif, dapat memengaruhi individu secara langsung ataupun tidak langsung sepanjang masa dan berkaitan dengan kondisi kesehatan fisik dan mental lainnya. Menurut Mirowsky dan Ross (dalam Sitompul, 2021), distres psikologis adalah suatu pengalaman tidak menyenangkan yang dialami individu, dan dimanifestasikan melalui gejala depresi dan kecemasan.

Adapun menurut Turnip et al. (dalam Sitompul, 2021), distres psikologis adalah suatu penderitaan emosional yang dialami oleh seseorang, bersifat menghambat dan dapat mengganggu kesehatan yang umumnya ditunjukkan dengan dua kecenderungan

utama, yaitu depresi dan kecemasan. Sejalan dengan definisi ini, Husain et al. (2014) mengemukakan distres psikologis merupakan kepedihan atau penderitaan mental yang mencakup depresi dan kecemasan (Husain *et al.*, 2014). Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa distres psikologis merupakan suatu kondisi kesehatan mental negatif yang umumnya dimanifestasikan melalui dua kecenderungan utama, yaitu depresi dan kecemasan.

2.2.2. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Distres Psikologis

Matthews (dalam Holivia, 2019) menyatakan ada dua faktor yang dapat memengaruhi distres psikologis suatu individu, yaitu:

1. Faktor interpersonal: Faktor yang berasal dari dalam individu itu sendiri. Faktor ini dapat memengaruhi tingkat distres individu dan meliputi ciri kepribadian, di mana terdapat beberapa *trait* kepribadian yang berkaitan dengan kecenderungan emosi suatu individu.
2. Faktor situasional: Distres biasanya disebabkan oleh pengaruh dari pengalaman individu terkait suatu peristiwa, situasi/kejadian yang dirasa membahayakan atau dianggap dapat menyerang kesejahteraan individu. Beberapa hal ini akan memberikan dampak yang berbeda sesuai dengan kesempatan dan individu yang bersangkutan. Faktor ini terbagi lagi menjadi tiga, yaitu:

- A. Fisiologis, beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa bagian otak memengaruhi respon distres yang ditunjukkan oleh individu.
- B. Kognitif, keyakinan dan harapan individu dapat menjadi penentu dari dampak psikologis dan fisiologis yang timbul akibat suatu stresor. Distres berkembang saat individu merasa gagal dalam mengatasi dan mengendalikan peristiwa penting yang dialaminya.
- C. Sosial, faktor ini dinilai sebagai faktor yang paling berpotensi menyebabkan distres pada individu dengan adanya hambatan dalam berhubungan sosial, seperti keadaan berduka, perselisihan dalam perkawinan, pengangguran, dan sebagainya.

2.2.3. Aspek Gejala Distres Psikologis

Menurut Mirowsky dan Ross (dalam Sitompul, 2021), aspek gejala distres psikologis terbagi atas dua, yaitu:

1. Depresi: Reaksi psikologis yang ditandai dengan timbulnya perasaan sedih, kesepian, hilangnya semangat, putus asa, merasa tidak berharga, susah tidur, dan menangis.
2. Kecemasan: Reaksi emosional yang ditandai dengan timbulnya rasa tegang, gelisah, khawatir, takut, dan mudah marah.

2.3. Dampak Distres Psikologis pada Pasien Kanker Payudara

Distres psikologis berat yang meluas dapat berdampak pada perkembangan kanker. Jenis distres ini mendisregulasi aksis

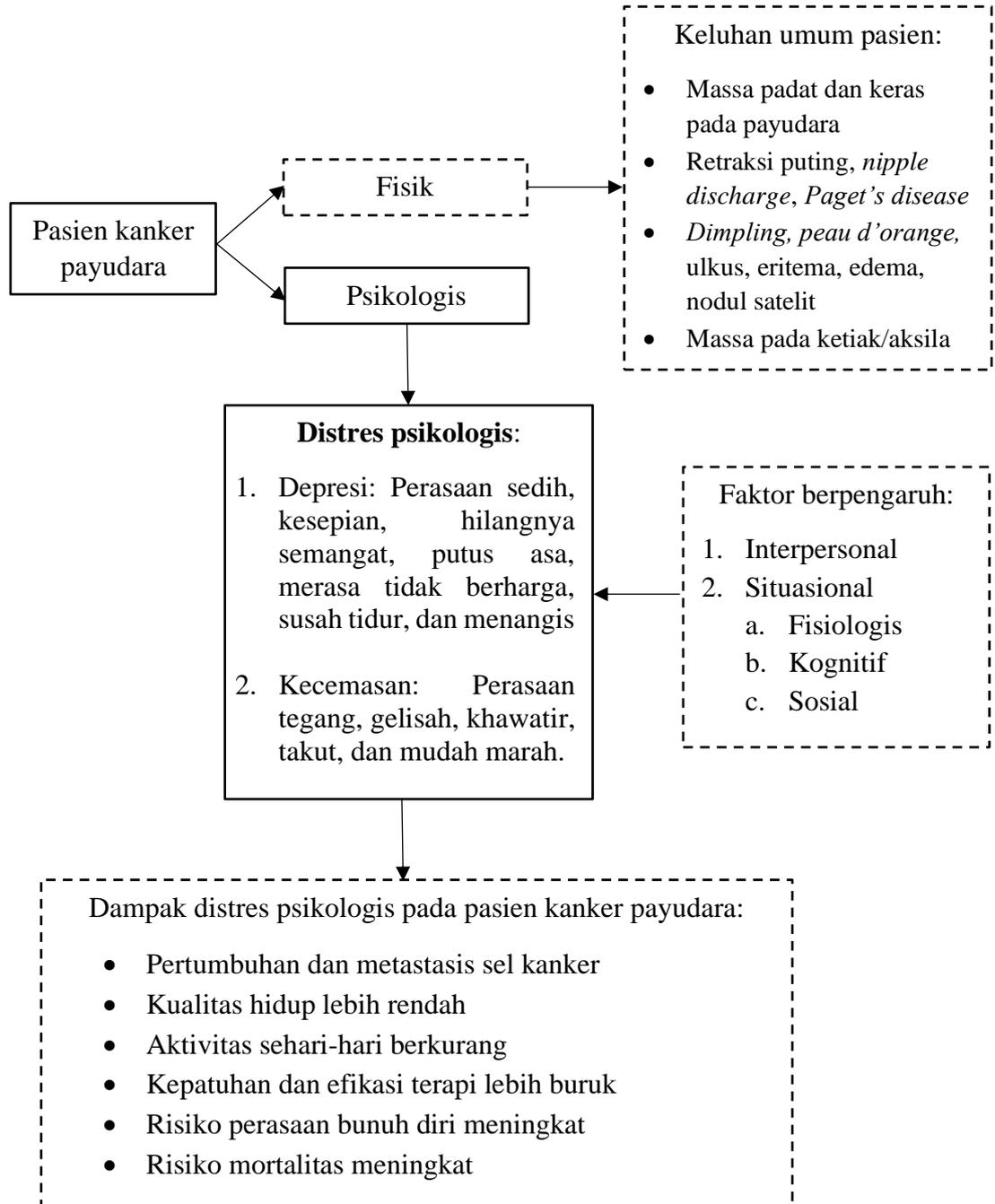
hipotalamus hipofisis adrenal dan mengaktifkan sistem saraf simpatis, yang berdampak pada sistem kardiovaskular, imun, dan endokrin. Perubahan ini berkontribusi pada aktivitas biologis (misalnya, perubahan kadar kortisol sirkadian, produksi katekolamin, aktivasi sitokin proinflamasi, regulasi leukosit dan ekspresi gen sel tumor, dan penekanan kekebalan seluler) yang dapat mendorong pertumbuhan dan metastasis sel kanker (Travado, Reis and Antoni, 2018).

Selain pada pertumbuhan dan metastasis sel kanker, distres psikologis juga dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih rendah, aktivitas sehari-hari berkurang, kepatuhan dan efikasi terapi yang lebih buruk, risiko perasaan bunuh diri meningkat, serta risiko mortalitas juga meningkat (Ostovar *et al.*, 2022). Oleh karena itu, distres harus dikenali, dipantau secara teratur, dan segera ditangani pada semua stadium penyakit, untuk mengoptimalkan hasil klinis pasien (Travado, Reis and Antoni, 2018).

BAB 3

KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Teori



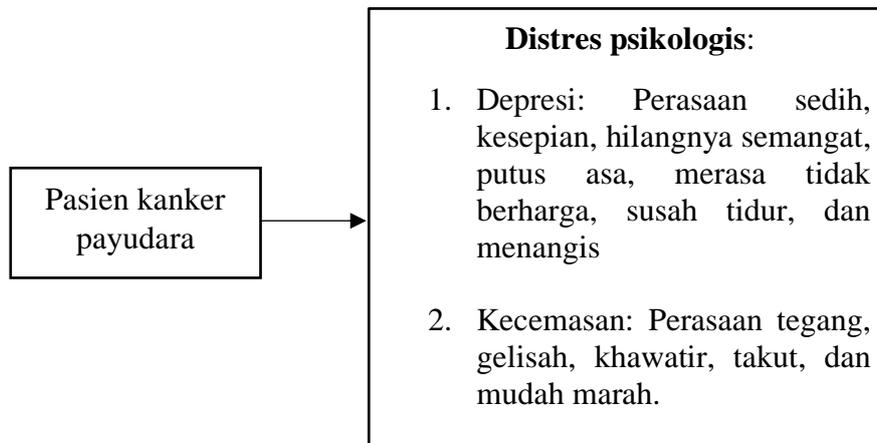
Gambar 3. 1. Kerangka Teori

Keterangan:

 = Diteliti

 = Tidak diteliti

3.2. Kerangka Konsep



Gambar 3. 2. Kerangka Konsep