

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi masalah kesehatan utama di dunia, dan salah satunya yaitu kanker. Kanker didefinisikan sebagai sekelompok penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan dan pembelahan sel yang tidak normal, dengan potensi untuk menyerang jaringan di sekitarnya dan menyebar ke bagian tubuh lainnya (Bekele, 2022; Sucharitha, 2023; Tewari, 2022). Prevalensi kanker secara global mengalami peningkatan yang signifikan, dengan 19,3 juta kasus baru dan 10 juta kematian pada tahun 2020, dimana kanker payudara menjadi jenis kanker yang paling sering didiagnosis dengan 2,3 juta kasus baru (Arnold et al., 2022; Sung et al., 2021). Angka ini diprediksikan akan meningkat menjadi lebih dari 3 juta kasus baru dan 1 juta kematian per tahun pada tahun 2040 (Arnold et al., 2022). Insiden kanker payudara lebih tinggi di negara-negara maju, sedangkan sekitar dua pertiga kematian akibat kanker payudara secara global terjadi di negara-negara berkembang, yang mencakup hampir setengah dari seluruh kasus di dunia (Alawad, 2018; Yip & Taib, 2014). Sehingga, menjadikan kanker payudara sebagai prioritas kesehatan global.

Sementara itu di Indonesia, menurut data Globocan tahun 2022 jumlah kasus baru kanker payudara mencapai 66.271 kasus (16,2%) dari total 408.661 kasus baru, jumlah kematiannya mencapai lebih dari 22 ribu jiwa kasus, dan diperkirakan prevalensinya lima tahun kedepan menjadi 209.748 kasus (Ferlay et al., 2024). Berdasarkan data Riskesdas 2018, di Indonesia prevalensi kanker terdapat 1.017.290 kasus dan untuk di wilayah Sulawesi Selatan diantaranya terdapat 33.693 kasus (Kemenkes, 2018). Adapun studi yang dilakukan di Yogyakarta melaporkan bahwa 70,9% pasien kanker payudara datang dengan penyakit stadium lanjut saat terdiagnosis, yang berdampak signifikan pada tingkat kelangsungan hidup lima tahun mereka secara keseluruhan (Sinaga et al., 2018).

Tingginya angka kesakitan dan kematian ini disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk keterlambatan diagnosis yang sering kali terjadi pada stadium lanjut dan akses yang tidak memadai ke pengobatan yang optimal terutama di negara-negara berkembang (Yip & Taib, 2014). Faktor-faktor lain yang turut berkontribusi terhadap keterlambatan meliputi ketidaktahuan, stigma sosial, kemiskinan, gejala yang tidak jelas, diagnosis yang terlewat, dan keterbatasan sumber daya (Sathoo et al., 2022). Disamping itu, kurangnya kesadaran,

keterbatasan pengetahuan tentang gejala kanker, dan kesalahpahaman tentang penanganan berkontribusi secara signifikan terhadap keterlambatan pasien di Indonesia (Iskandarsyah et al., 2014; Sunarsih et al., 2018). Keterlambatan ini dapat berdampak negatif pada hasil pengobatan, kesejahteraan psikososial pasien, dan produktivitas (Abdel-Razeq et al., 2023). Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai faktor risiko, pentingnya deteksi dini, dan pilihan pengobatan menjadi langkah krusial dalam mengurangi angka kematian akibat kanker payudara (Ghoncheh et al., 2016). Lebih lanjut, diagnosis yang akurat dan penentuan stadium kanker sangat penting untuk memilih terapi yang tepat, karena jenis dan stadium kanker berpengaruh signifikan terhadap pilihan pengobatan dan prognosis pasien (Cutter & Scott-Brown, 2018).

Seiring dengan perkembangan dalam bidang onkologi, terdapat berbagai modalitas pengobatan yang tersedia untuk menangani kanker payudara, seperti pembedahan, kemoterapi, radioterapi, terapi hormon, dan terapi targeted (Tsoutsou et al., 2010). Tujuan pengobatan kanker yang utama adalah mencapai kesembuhan, sedangkan pada kasus stadium lanjut yang tidak memungkinkan untuk sembuh, pengobatan difokuskan pada perawatan paliatif guna memperpanjang usia dan mengurangi penderitaan (Farhat et al., 2005). Secara umum, pasien dalam memutuskan pilihan berobat tidak hanya memilih pengobatan medis modern, namun pilihan terapi yang bersifat alternatif maupun komplementer banyak juga dimanfaatkan oleh pasien (Rahayuwati et al., 2017). Di Indonesia, kecenderungan pasien memilih pengobatan tradisional, dipengaruhi oleh manfaat yang dirasakan dan dukungan keluarga (Shabrina & Iskandarsyah, 2019). Hal ini diperkuat oleh Rahayuwati et al., (2018) bahwa hampir 70% pasien dengan kanker payudara mengalami putus kemoterapi dan banyak pasien tidak melakukan kemoterapi pra bedah setelah didiagnosis terkena kanker payudara stadium awal dan lebih memilih perawatan alternatif. Oleh karena itu, pengambilan keputusan pengobatan merupakan proses yang multidimensi, melibatkan keseimbangan berbagai faktor seperti efektivitas hasil pengobatan, biaya yang ditimbulkan, serta potensi risiko yang mungkin terjadi (Lyu et al., 2024). Sehingga pengambilan keputusan terkait pengobatan menjadi hal penting dalam proses perawatan kanker.

Pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker sangat penting karena sifatnya yang kompleks dan dampaknya yang besar terhadap kualitas hidup pasien, apalagi dengan adanya kemajuan teknologi medis dan beragamnya pilihan perawatan yang tersedia (Lee, 2016). Studi menunjukkan bahwa pasien yang merasa tidak memiliki cukup waktu untuk membuat keputusan perawatan cenderung mengalami ketidaksesuaian antara tingkat

keterlibatan yang mereka harapkan dengan yang dirasakan selama proses pengambilan keputusan (Herrmann et al., 2019). Selain itu, pengambilan keputusan yang tepat waktu dapat meningkatkan kepuasan pasien dan hasil kesehatan yang lebih baik, terutama jika pasien terlibat secara aktif dalam proses tersebut melalui pendekatan *shared decision-making* (SDM) (Hawley & Jagsi, 2015; Shickh et al., 2023). Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu mengevaluasi preferensi pasien terkait pengambilan keputusan dan menyesuaikan strategi perawatan yang relevan sebagai upaya meningkatkan pengalaman perawatan pasien, tenaga kesehatan (Herrmann et al., 2019).

Preferensi pasien untuk terlibat dalam pengambilan keputusan perawatan kanker bervariasi, tetapi mayoritas pasien lebih suka untuk dilibatkan (Noteboom et al., 2021). Keterlibatan aktif pasien dalam pengambilan keputusan terbukti memberikan dampak positif, seperti peningkatan kesejahteraan emosional dan spiritual, serta kualitas hidup yang lebih baik (Rego et al., 2020). Penelitian di Amerika Serikat juga mendukung temuan ini, di mana pasien yang berperan aktif dalam pengambilan keputusan memiliki skor yang lebih tinggi pada aspek fungsi fisik dalam HRQoL (Atherton et al., 2013). Berdasarkan studi oleh Mack et al., (2019) menunjukkan bahwa mayoritas pasien (58%) lebih memilih berperan aktif bersama dengan dokter dalam pengambilan keputusan, sementara 20% ingin memegang kendali utama, dan 22% menyerahkan tanggung jawab sepenuhnya kepada dokter. Di sisi lain, penelitian yang dilakukan Wang et al., (2020) menjelaskan bahwa pasien dalam pengobatan penyakit kanker cenderung berperan pasif, bergantung pada keputusan dokter dan keluarga. Perbedaan ini menunjukkan pentingnya memahami berbagai faktor yang memengaruhi preferensi pasien dalam pengambilan keputusan.

Selama beberapa tahun terakhir, penelitian mengenai preferensi pasien kanker terhadap keputusan pengobatan semakin berkembang. Pentingnya melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan layanan kesehatan semakin diperhatikan, tetapi fokus saat ini lebih pada cara mendapatkan preferensi pasien daripada alasan di balik pembentukan preferensi khusus oleh pasien (Russo et al., 2019). Studi-studi terdahulu menunjukkan bahwa preferensi pasien kanker dalam pengambilan keputusan dapat dipengaruhi oleh aspek-aspek seperti faktor sosiodemografi (usia, gender, pendidikan, agama), dan status keuangan (Xiao et al., 2021; Shamieh et al., 2023). Sama halnya dengan studi yang dilakukan Hahlweg et al., (2020) bahwa jenis kelamin, usia, status hubungan, pendidikan, lingkungan layanan kesehatan, dan entitas tumor memiliki hubungan dengan preferensi dan/atau proses pengambilan keputusan yang

dirasakan oleh pasien yang menghadapi kanker. Namun, faktor-faktor personal, seperti motivasi, *health literacy*, dukungan keluarga, dan stres, sering kali kurang dieksplorasi.

Berdasarkan model konseptual yang dikembangkan oleh Glatzer et al. (2020), faktor-faktor seperti motivasi, *health literacy*, dukungan keluarga, dan stres merupakan elemen penting yang dapat memengaruhi preferensi pengambilan keputusan pengobatan. Motivasi pasien berperan penting dalam mendorong keterlibatan mereka dalam perawatan kesehatan dan mempertahankan kebiasaan yang mendukung kesehatan, serta mempengaruhi kemampuan seseorang untuk sembuh (Hosseini et al., 2021; Khomkham & Pootsanee, 2024). *Health literacy* juga menjadi elemen penting, karena kurangnya *health literacy* dapat menyulitkan pasien dalam memahami penyakitnya, mengurangi kualitas hidup, serta menghambat keterlibatan aktif mereka dalam pengambilan keputusan pengobatan (Chan et al., 2018; Holden et al., 2021; Malloy-Weir et al., 2015). Selain itu, dukungan keluarga berperan penting baik secara praktis maupun emosional yang memengaruhi kepuasan pengambilan keputusan (Palmer-Wackerly et al., 2017; Vrontaras, 2018). Adapun stres bisa terjadi dikarenakan diagnosis kanker yang sering kali membuat seseorang menyadari kesadaran risiko kematian dan kerentanan diri akan penyakitnya, serta menciptakan ketidakpastian yang dapat memperburuk reaksi emosional negatif (Lee & Loiselle, 2012).

Dalam beberapa penelitian sebelumnya yang telah dipaparkan bahwa para peneliti telah menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi preferensi keputusan dalam pengobatan seperti status sosial ekonomi, kondisi penyakit, kebijakan pembiayaan, dan pelayanan kesehatan, baik itu pengobatan medis maupun alternatif (Shabrina & Iskandarsyah, 2019; Hahlweg et al., 2020; Xiao et al., 2021; Salek et al., 2023; Shamieh et al., 2023). Faktor-faktor ini meskipun relevan, tidak menjadi fokus utama penelitian ini dikarenakan penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi aspek yang lebih personal dan emosional yang dapat dimodifikasi atau didukung langsung oleh perawat melalui pendekatan holistik. Pendekatan ini diharapkan memberikan wawasan yang lebih mendalam mengenai cara mendukung pasien dalam mengambil keputusan pengobatan yang sesuai dengan nilai-nilai dan kebutuhan individu mereka. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan pasien, memiliki peran penting dalam mendeteksi dan mengatasi berbagai permasalahan pasien, serta diharapkan dapat memberikan dukungan, informasi, dan pendampingan yang sesuai dengan kebutuhan, preferensi, dan kondisi pasien, sehingga berkontribusi pada peningkatan kualitas perawatan, kepatuhan pasien, dan dukungan selama proses pengobatan kanker (Agarwal & Epstein, 2018). Selain itu, telah ada upaya untuk mengembangkan model konseptual tentang

pengambilan keputusan dalam pengobatan pasien kanker yang dilakukan oleh Glatzer et al., (2020). Meskipun demikian, kesenjangan dalam penelitian terkait faktor-faktor yang memengaruhi preferensi pasien dalam pengambilan keputusan pengobatan masih signifikan. Oleh karena itu, sangat penting untuk merancang penelitian yang fokus untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker payudara. Identifikasi faktor-faktor ini akan memberikan dasar bagi perawat dalam merancang intervensi yang tepat untuk mendukung pasien dalam mengambil keputusan terkait pengobatan medis.

## **B. Rumusan Masalah**

Kanker payudara merupakan salah satu penyakit tidak menular dengan prevalensi yang tinggi, baik secara global maupun di Indonesia. Penyakit ini memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup pasien, terutama karena sifatnya yang kompleks dan berbagai pilihan pengobatan yang tersedia. Di Indonesia, keterlambatan diagnosis yang mengakibatkan stadium lanjut menjadi salah satu faktor utama yang meningkatkan angka kesakitan dan kematian pasien kanker payudara. Selain itu, banyak pasien menghadapi tantangan dalam menentukan pengobatan yang sesuai dengan nilai, kebutuhan, dan preferensi mereka.

Proses pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker payudara melibatkan banyak dimensi, termasuk faktor personal seperti motivasi, *health literacy*, dukungan keluarga, dan tingkat stres. Namun, penelitian sebelumnya lebih banyak berfokus pada faktor sosiodemografi dan ekonomi, sehingga aspek personal yang dapat dimodifikasi melalui intervensi keperawatan masih kurang dieksplorasi. Faktor-faktor personal ini penting untuk dipahami, mengingat keterlibatan aktif pasien dalam pengambilan keputusan dapat meningkatkan kepuasan, kualitas hidup, dan hasil pengobatan yang lebih baik. Berdasarkan fenomena yang telah dipaparkan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan preferensi pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit di Kota Makassar?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **a. Tujuan Umum**

Tujuan penelitian ini adalah agar dianalisisnya faktor determinan yang berhubungan dengan preferensi pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker payudara di Kota Makassar.

### **b. Tujuan Khusus**

- 1) Diidentifikasinya gambaran motivasi pasien, dukungan keluarga, *health literacy* pasien, stress berhubungan dengan preferensi pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit di Kota Makassar.
- 2) Diidentifikasinya gambaran preferensi pengambilan keputusan pengobatan pengobatan pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit di Kota Makassar.
- 3) Diketuainya hubungan antara karakteristik demografi dengan preferensi pengambilan keputusan pengobatan pengobatan pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit di Kota Makassar.
- 4) Diketuainya hubungan antara faktor motivasi pasien, dukungan keluarga, *health literacy* pasien, stress dengan preferensi pengambilan keputusan pengobatan pengobatan pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit di Kota Makassar.
- 5) Diketuainya faktor yang paling berhubungan dengan preferensi pengambilan keputusan pengobatan pengobatan pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit di Kota Makassar.

#### **D. Pernyataan Originalitas Penelitian**

Kanker merupakan salah satu masalah kesehatan utama di seluruh dunia yang memberikan dampak signifikan pada kualitas hidup pasien. Di antara berbagai jenis kanker, kanker payudara memiliki prevalensi tertinggi, dengan 2,3 juta kasus baru tercatat secara global pada tahun 2020, termasuk 68.858 kasus baru di Indonesia (Sung et al., 2021; Kemenkes, 2020). Tingginya angka kejadian ini disertai dengan kompleksitas pengobatan, mulai dari pilihan terapi seperti pembedahan, kemoterapi, terapi hormon, radioterapi, hingga terapi alternatif, yang menempatkan pasien pada situasi sulit dalam menentukan keputusan pengobatan (Tsoutsou et al., 2010; Rahayuwati et al., 2018). Pengambilan keputusan pengobatan menjadi elemen yang sangat penting karena tidak hanya memengaruhi hasil klinis, tetapi juga kualitas hidup, kesejahteraan psikososial, dan kepuasan pasien terhadap perawatan (Hawley & Jagsi, 2015; Rego et al., 2020).

Penelitian sebelumnya, seperti yang dilakukan oleh Stacey et al. (2010), menunjukkan bahwa pasien yang dilibatkan secara aktif dalam pengambilan keputusan lebih puas dengan proses pengobatan dan merasa lebih diberdayakan. Namun, penelitian ini juga mengungkapkan berbagai kendala, termasuk kurangnya informasi yang memadai tentang opsi pengobatan, konflik dalam pengambilan keputusan, serta kebutuhan akan komunikasi yang lebih baik dengan penyedia layanan kesehatan. Kendala ini menjadi tantangan penting yang harus diatasi

untuk memastikan proses pengambilan keputusan yang optimal bagi pasien. Meskipun penelitian tersebut memberikan wawasan tentang preferensi pasien dalam konteks pengobatan kanker secara umum, fokus pada kondisi spesifik, seperti kanker payudara, masih sangat terbatas. Hal ini penting mengingat preferensi pasien dapat sangat dipengaruhi oleh jenis dan stadium kanker yang dihadapi (Mack et al., 2019; Wang et al., 2020).

Kompleksitas kanker payudara menjadikan jenis kanker ini sebagai fokus penelitian yang relevan. Selain prevalensi yang tinggi, pasien kanker payudara sering kali menghadapi tantangan emosional dan psikososial yang lebih besar dibandingkan pasien kanker lainnya (Lee, 2016). Faktor-faktor seperti motivasi, *health literacy*, dukungan keluarga, dan tingkat stres menjadi aspek penting yang dapat memengaruhi preferensi pengambilan keputusan pengobatan. Glatzer et al. (2020) mengembangkan model konseptual yang menyoroti pentingnya faktor-faktor ini dalam konteks onkologi. Namun, penerapan model tersebut untuk memahami preferensi pasien kanker payudara secara spesifik masih belum banyak dieksplorasi, terutama di negara berkembang seperti Indonesia.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kontribusi faktor-faktor personal seperti motivasi, *health literacy*, dukungan keluarga, dan tingkat stres dalam membentuk preferensi pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit di Kota Makassar. Faktor-faktor ini dipilih karena sifatnya yang dapat dimodifikasi melalui intervensi keperawatan, berbeda dengan faktor sosiodemografi yang lebih sulit diubah (Chan et al., 2024; Holden et al., 2021; Palmer-Wackerly et al., 2017). Dengan mendalami faktor-faktor ini, penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan baru yang berkontribusi pada pengembangan kebijakan kesehatan, program dukungan pasien, dan peningkatan proses pengambilan keputusan klinis. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk memberikan landasan bagi perawat dalam merancang intervensi berbasis bukti yang mendukung pendekatan kolaboratif dalam pengambilan keputusan pengobatan, sehingga mencerminkan kebutuhan dan nilai-nilai pasien secara lebih holistik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Kanker Payudara**

##### **a. Pengertian Kanker Payudara**

Pertumbuhan merupakan sifat pokok dari organ yang hidup dan untuk ini ada aturannya (regulasi). Organ akan berhenti melakukan pertumbuhan jika sel-sel baru sudah berada dalam kondisi seimbang dengan matinya sel-sel lama. Pada pertumbuhan abnormal, terjadi disregulasi pertumbuhan sehingga sel tidak terpengaruh oleh mekanisme yang mengatur pertumbuhan sel tubuh. Kondisi pertumbuhan abnormal ini disebut juga tumor atau neoplasma (Rekaoprodjo, 2010)

Kanker payudara merupakan neoplasma ganas yang berasal dari sel-sel epitel pada unit duktus-lobular payudara. Secara patofisiologi, kondisi ini ditandai dengan pertumbuhan sel-sel abnormal yang tidak terkendali pada jaringan payudara, yang dapat



menginvasi jaringan sekitar dan berpotensi menyebar (metastasis) ke organ-organ lain melalui sistem limfatik atau aliran darah (WHO, 2024).

National Cancer Institute, (2024) menjelaskan bahwa kanker payudara dapat bermula dari berbagai bagian payudara, namun sebagian besar (80%) berawal dari sel-sel yang melapisi duktus (saluran susu), yang dikenal sebagai karsinoma duktal. Sebagian kasus lainnya (20%) bermula dari lobulus (kelenjar penghasil susu), yang disebut karsinoma lobular. Karakteristik biologis dan molekular sel kanker, seperti status reseptor hormon (estrogen dan progesteron) serta ekspresi HER2, sangat menentukan perilaku tumor dan pendekatan terapeutik yang akan digunakan (Kumar et al., 2020)

#### **b. Epidemiologi Kanker Payudara**

Kanker mengurangi angka harapan hidup dan meningkatkan angka kesakitan di setiap negara, dan kelompok umur di dunia. Dulunya kanker hanya dianggap penting di negara-negara maju, kini penyakit kanker diketahui menjadi penyebab meningkatnya beban penyakit secara keseluruhan di kalangan masyarakat miskin dan negara-negara berkembang (Rajappa et al., 2023). Dengan pesatnya pertumbuhan populasi dan penuaan di seluruh dunia, semakin menonjolnya kanker sebagai penyebab utama kematian sebagian mencerminkan penurunan angka kematian akibat stroke dan penyakit jantung koroner, dibandingkan dengan kanker, di banyak negara (Bray et al., 2018). Dengan perkiraan 9.503.710 kasus baru dan 5.809.431 kematian yang terjadi setiap tahunnya, Asia memiliki beban penyakit tertinggi dibandingkan wilayah lain di dunia. Untuk gabungan kedua jenis kelamin, diperkirakan hampir setengah kasus dan lebih dari setengah kematian akibat kanker di dunia terjadi di Asia pada tahun 2018, sebagian karena hampir 60% populasi global tinggal di Asia. Eropa menyumbang 23,4% dari total kasus kanker dan 20,3% kematian akibat kanker, meskipun hanya mewakili 9% dari populasi global, diikuti oleh Amerika dengan 21% kejadian dan 14,4% kematian di seluruh dunia (Rajappa et al., 2023).

Kanker payudara tetap menjadi masalah kesehatan global yang signifikan dengan peningkatan insidensi yang terus terjadi. Berdasarkan data GLOBOCAN (2020), tercatat 2,3 juta kasus baru kanker payudara di seluruh dunia, mewakili 11,5% dari seluruh kasus kanker. Angka kematian global mencapai 666.103 kasus, dengan 70% kematian terjadi di negara-negara berkembang. Distribusi geografis menunjukkan variasi yang signifikan, dengan insidensi tertinggi ditemukan di Eropa Barat (89,7 per 100.000), diikuti oleh Amerika Utara dan Australia/Selandia Baru (masing-masing 85,8 per 100.000).

Di Indonesia, situasi kanker payudara menunjukkan tren yang mengkhawatirkan. Data Kementerian Kesehatan RI (2023) mencatat 65.858 kasus baru pada tahun 2020, meningkat 42% dibandingkan tahun 2012, dengan prevalensi 2,1 per 1.000 penduduk. Angka kematian mencapai 22.430 kasus dengan Case Fatality Rate (CFR) sebesar 34%. Yang lebih memprihatinkan, 70% kasus terdiagnosis pada stadium lanjut (III-IV), dengan usia rata-rata diagnosis 48 tahun dan kelompok usia terbanyak 40-50 tahun.

Secara khusus di Kota Makassar, berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Makassar (2023) dan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, tercatat 1.424 kasus baru pada tahun 2022, menunjukkan peningkatan 15% dari tahun sebelumnya, dengan rata-rata 119 kasus baru per bulan. Karakteristik pasien menunjukkan 68% terdiagnosis pada stadium lanjut, dengan median usia 47 tahun. Faktor sosiodemografi menunjukkan 60% pasien berasal dari kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah, dan 55% mengalami keterlambatan dalam mencari pengobatan.

c. Penyebab kanker payudara

Peristiwa perubahan sel normal menjadi sel kanker disebut karsinogenesis. Sedangkan faktor yang menimbulkan karsinogenesis dinamakan karsinogen. Akan tetapi, belum diketahui secara pasti penyebab khusus terjadinya kanker. Dari beberapa penyelidikan ekperimental maupun dari pengamatan klinik dan epidemiologik, ternyata terjadinya kanker merupakan proses yang sangat rumit yang merupakan akibat dari beberapa penyebab yang bekerja bersama-sama.

Secara skematis, faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kanker dibagi dalam tiga golongan, yaitu:

- 1) Faktor karsinogen yang menginduksi pertumbuhan abnormal. Hal ini biasanya bersifat eksogen (bahan kimiawi, fisik dan biologik).
- 2) Faktor "tuan rumah" yang mengizinkan pertumbuhan abnormal. Hal ini biasanya bersifat endogen (genotype, jenis kelamin, umur). Juga faktor-faktor imunologik, imunogenetik dan hormonal termasuk dalam golongan ini.
- 3) Faktor-faktor lingkungan yang dapat menimbulkan modifikasi, tetapi faktor ini tidak bersifat karsinogen seperti makanan, obat-obatan, agenesis yang menginduksi hiperplasia, rangsangan menahun seperti fistel atau ulkus mungkin hanya sebagai promotor dalam patogenesisnya (Rekaoprodjo, 2010)

Adapun faktor lain yang menjadi penyebab terjadinya kanker adalah:

- 1) Karsinogen fisik

a) Radiasi

Gelombang elektromagnetik seperti sinar X, sinar gamma, dan beberapa partikel alfa, beta, proton, dan neutron bersifat karsinogenik. Mutasi terjadi akibat pajanan sinar ionisasi langsung terhadap DNA yang menciptakan radikal oksigen.

b) Sinar ultraviolet

Sinar UV dari matahari terbukti menyebabkan karsinoma sel skuamosa dan karsinoma sel basal kulit. Derajat keparahannya bergantung kepada jenis sinar UV, intensitas pajanan, dan jumlah penyerapan oleh kulit. Beberapa dampak sinar UV terhadap sel antara lain menghambat pembelahan sel, membuat enzim tidak aktif, memicu mutasi, dan akhirnya mematikan sel.

2) Karsinogen kimiawi

Karsinogen oleh zat kimia dimulai oleh pajanan di lingkungan (logam, asap tembakau, gas buang diesel, dsb.). Pada umumnya, karsinogen kimiawi masuk ke dalam tubuh melalui kontak langsung dengan kulit, inhalasi udara, dan makanan serta minuman. Begitu masuk ke dalam tubuh, karsinogen akan teraktivasi masuk ke dalam jalur metabolisme dan berkompetisi dengan proses detoksifikasi tubuh. Bila bahan kimia berhasil mengubah komposisi genetik dalam DNA, sel memasuki tahap insisi tumor.

3) Karsinogen virus

Beberapa virus diketahui memiliki kaitan erat dengan kanker. Beberapa diantaranya adalah virus hepatitis B dan C, *human papilloma viruses* (HPV), virus *Epstein-Barr*, *Helicobacter pylori*. Meskipun kanker memiliki hubungan dengan virus, kanker tidak menular. Ketika virus menginfeksi sel, ia menyebabkan kerusakan genetik pada DNA sel dan menyebabkan pertumbuhan kanker.

4) Usia, jenis kelamin, genetik, etnik

Karakteristik yang mempengaruhi kerentanan terhadap kanker adalah usia, jenis kelamin, kecenderungan genetik, dan etnik atau ras. Usia menjadi faktor karena berkaitan dengan lamanya pajanan terhadap karsinogen. Wanita pada umumnya memiliki risiko lebih rendah terkena kanker. Individu yang memiliki setidaknya dua kerabat berhubungan darah menderita kanker yang sama, yang muncul sebelum usia 65 tahun, direkomendasikan melakukan pemeriksaan genetik. Faktor budaya dan sosioekonomi seseorang dapat menempatkan etnik atau ras tertentu dalam risiko terhadap jenis kanker tertentu.

5) Nutrisi

Diet yang seimbang dan sehat adalah mengandung banyak makanan berasal dari tumbuhan (buah-buahan, sayur-sayuran, gandum, dan kacang-kacangan), membatasi konsumsi makanan berlemak, keseimbangan antara konsumsi minuman beralkohol, dapat mengurangi risiko kanker (Rasjidi, 2013).

**d. Patofisiologi kanker**

Tumor atau neoplasma merupakan kelompok sel yang mengalami perubahan dengan karakteristik sebagai berikut: pertama, sel-sel ini tidak mengikuti pola struktur jaringan di sekitarnya; kedua, sel-sel tersebut tidak lagi memiliki fungsi yang berguna; dan ketiga, mereka mengalami proliferasi atau pembelahan sel yang berlebihan. Neoplasma maligna terdiri dari sel-sel kanker yang telah menunjukkan pertumbuhan yang tidak terkendali. Hal ini memungkinkan mereka untuk menyebar dan masuk ke dalam jaringan sekitarnya, menggunakan metode penyebaran ke organ-organ tubuh yang berjauhan, yang pada akhirnya dapat mengganggu fungsi normal dari jaringan tersebut (Risnawati, 2020).

Perubahan dari sel normal menjadi ganas atau sel kanker disebut karsinogenesis yang terdiri dari beberapa tahapan sebagai berikut (Black & Hawks, 2009):

**1) Inisiasi**

Tahap pertama dalam karsinogenesis (proses terjadinya kanker) adalah inisiasi, yaitu terjadinya mutasi permanen pada DNA sel akibat paparan faktor karsinogenik. Mutasi ini biasanya terjadi pada proto-onkogen, mengubahnya menjadi onkogen, atau pada gen penekan tumor yang menginaktivasiannya (Stratton et al., 2009).

**2) Promosi sel**

Kerusakan DNA tersebut kemudian mengalami promosi melalui rangsangan proliferasi oleh inflamasi atau faktor pertumbuhan untuk membentuk klon sel ganas. Sel-sel ini biasanya mengalami ketidakseimbangan pertumbuhan dan kematian serta defek dalam komunikasi antarsel (Hanahan & Weinberg, 2011).

**3) Progresi Sel**

Sel ganas kemudian mengalami progresi lebih lanjut melalui akumulasi mutasi dan seleksi klonal tumor. Pertumbuhan tumor yang semakin besar juga memicu hipoksia dan produksi radikal bebas yang semakin merusak DNA sel tumor (Hanahan & Weinberg, 2011).

**4) Invasi dan metastasis**

Sel-sel tumor akuisisi sifat invasif dengan menurunkan adhesi antarsel dan produksi enzim proteolitik, memudahkannya untuk menginvasi jaringan sekitar. Melalui transisi

epitel-mesenkimal, sel-sel tumor juga mampu metastasis ke lokasi distal di organ tubuh lainnya (Valastyan & Weinberg, 2011).

5) Pembentukan tumor mikroenvironment

Interaksi sel tumor dengan sel sekitarnya (fibroblas, sel imun) membentuk mikroenvironment kondusif bagi pertumbuhan tumor. Sel tumor juga terkamuflase dari sistem imun dan resisten terhadap terapi (Chen et al., 2015).

e. Stadium kanker

Penentuan stadium klinis neoplasma menjadi langkah penting dalam menentukan metode terapi yang paling tepat. Hal ini membantu dalam menilai tingkat perkembangan kanker sebelum pemberian terapi, sehingga dapat dipilih terapi yang efektif dan optimal. Penetapan stadium juga memberikan informasi yang sangat berharga kepada dokter, pasien, dan keluarga mengenai perkembangan penyakit dan prognosisnya.

Selain itu, data mengenai stadium klinis neoplasma menjadi sumber informasi objektif dan akurat yang dapat digunakan dalam penelitian dan pengembangan terapi di masa mendatang. Hal ini memungkinkan adanya perbaikan dan pengembangan metode terapi berdasarkan pemahaman yang lebih baik terhadap tingkat keparahan penyakit.

Pentingnya penentuan stadium klinis juga terlihat dalam memudahkan manajemen pasien sesuai dengan sumber daya manusia, peralatan kesehatan, dan dukungan yang tersedia. Dengan memiliki pemahaman yang jelas mengenai stadium klinis, tata laksana pasien dapat disusun dengan lebih efisien. Selain itu, kemampuan untuk merujuk pasien dengan cepat juga menjadi salah satu manfaat, sehingga kesalahan dokter dan kerugian pasien dapat diminimalkan.

Dalam praktiknya, penentuan stadium kanker dapat dibedakan menjadi beberapa metode, yaitu:

- (i) Penentuan stadium klinis: metode ini berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium sederhana.
- (ii) Penetapan stadium radiologis: menggunakan teknik modern dan fasilitas pencitraan seperti tomografi komputer, endoskopi, limfografi, dan resonansi magnetik.
- (iii) Penetapan stadium pembedahan: didasarkan pada temuan operasi.
- (iv) Penentuan stadium patologis: melibatkan penilaian histologis terkait invasi tumor dan metastasis ke kelenjar limfe.

Metode penentuan stadium tersebut dapat diintegrasikan dengan sistem klasifikasi The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) yang menggunakan

sistem TNM. Sistem TNM menjelaskan perluasan kanker secara anatomis dengan mempertimbangkan tiga komponen utama: T untuk menggambarkan perluasan tumor primer, N untuk menggambarkan metastasis ke kelenjar getah bening, dan M untuk menggambarkan metastasis jauh. Sistem ini memberikan kerangka kerja yang terstruktur dan standar untuk menentukan stadium kanker secara komprehensif.

Berdasarkan sistem TNM, stadium kanker dibagi dalam beberapa tingkatan:

- 1) Stadium 0: sel-sel abnormal telah terbentuk tetapi belum menembus jaringan sehat di sekitarnya. Dianggap sebagai pra-kanker, contohnya karsinoma in situ.
- 2) Stadium I: massa kanker berukuran kecil atau tumor telah ditemukan (T1). Ukuran tumor tergantung pada jenis kanker yang terlibat. Penyakit ini belum menyebar ke kelenjar getah bening atau jaringan lainnya (N0, M0). Ini kadang-kadang disebut kanker stadium awal. Memiliki prognosis yang baik jika segera diobati
- 3) Stadium II: kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening regional atau jaringan di dekat massa dan atau ukuran massa tumor cukup besar (T2) untuk tidak diklasifikasikan sebagai stadium satu.
- 4) Stadium III: kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening yang jauh, lebih jauh dari massa. Massa mungkin sudah bertambah besar.
- 5) Stadium IV: kanker telah bermetastasis, atau menyebar, ke jaringan atau organ lain. Ini kadang-kadang disebut kanker stadium lanjut atau kanker yang telah bermetastasis.

## **B. Konsep Dasar Pengobatan Kanker Payudara**

### **a. Terapi kanker**

Sukardja (2010), terapi pada kanker merupakan tindakan untuk melakukan pengobatan selanjutnya setelah di diagnosa kanker. Sebelum dilakukan terapi pada penderita kanker, terlebih dahulu bagaimana prinsip-prinsip pengelolaan kanker.

### **b. Tujuan terapi kanker**

Adapun tujuan terapi kanker yang akan dijelaskan dibawah ini adalah:

#### **a) Kuratif (Penyembuhan)**

Terapi kuratif ialah tindakan untuk menyembuhkan penderita yaitu membebaskan penderita dari kanker yang dideritanya untuk selamalamanya.

#### **b) Paliatif (Meringankan)**

Terapi paliatif ialah tindakan aktif guna meringankan beban penderita kanker terutama bagi yang tidak mungkin disembuhkan lagi.

Tujuan paliatif ialah untuk:

- 1) Memperbaiki kualitas hidup
- 2) Mengatasi komplikasi yang terjadi
- 3) Mengurangi dan meringankan keluhan

c. Jenis pengobatan kanker

1) Pembedahan

Menurut Steven Rosenberg (dalam Rasjidi, 2013), ada beberapa pembedahan dalam bidang onkologi yaitu:

- Pembedahan preventif  
Pembedahan preventif bertujuan mencegah perkembangan kanker
- Pembedahan definitif  
Pembedahan definitif berarti pembedahan tumor primer hanya dikerjakan sesudah kriteria ditentukan dengan tepat, sehingga kanker diharapkan sembuh hanya dengan terapi local.
- Pembedahan debulking  
Pembedahan debulking atau sitoreduktif untuk mengurangi massa tumor, sehingga jaringan tumor yang tersisa mudah dikendalikan.
- Pembedahan reseksi metastastik  
Jenis ini bertujuan kuratif terhadap nodul metastasis soliter yang tidak disertai morbiditas berat. Jenis pembedahan ini dikerjakan pada jenis tumor yang resisten terhadap modalitas terapi lain.
- Pembedahan darurat onkologik  
Pembedahan kedaruratan onkologik dikerjakan untuk menangani perdarahan tumor akibat perforasi usus, penyumbatan usus dan drainase abses
- Pembedahan paliatif  
Pembedahan ini untuk memaksimalkan kualitas hidup penderita kanker
- Pembedahan rekonstruktif dan rehabilitatif  
Pembedahan rekonstruktif dan rehabilitasi sering dilakukan jika diperlukan pembedahan definitif, terutama di daerah kepala dan leher untuk memperbaiki fungsi estetika dan kualitas hidup pasien

- Pembedahan sebagai media penghantar sitostatik

Pembedahan sebagai tindakan bantuan untuk menghantar sitostatika secara local atau regional daerah kanker dikerjakan dengan sistem tertutup (*closed circuit*) pada daerah dengan perfusi setempat tersendiri menggunakan sirkulasi dari luar tubuh (*extracorporeal*) atau sirkulasi terbuka pada infus intraarterial

## 2) Radioterapi

Radioterapi merupakan salah satu metode pengobatan tumor ganas yang efektif. Radioterapi jarang digunakan untuk terapi tumor jinak dan tumor non-neoplasma karena umumnya bersifat radioresisten. Adapun tujuan radioterapi sebagai terapi kuratif dan paliatif. Sedangkan menurut sifatnya, radioterapi dapat diberikan sebagai terapi utama maupun adjuvant (Rasjidi, 2013).

## 3) Kemoterapi

Prinsip pengobatan kemoterapi pada kanker adalah mengeliminasi sel-sel kanker yang sedang dalam siklus pembelahan (Rekaoprodjo, 2010). Kemoterapi merupakan intervensi sistemis dan cocok digunakan dalam keadaan sebagai berikut: penyakit telah tersebar luas, risiko untuk penyakit yang tidak terdeteksi tinggi, tumor tidak dapat direseksi dan resisten terhadap radiasi (Black & Hawks, 2009). Sel kanker biasanya membelah dan tumbuh lebih cepat dibandingkan sel normal dan secara fisiologis mempunyai tekanan endogen yang sangat tinggi.

Tujuan dari kemoterapi adalah untuk menghancurkan sel-sel tumor tanpa menyebabkan kerusakan berlebih pada sel-sel normal (Black & Hawks, 2009). Mayoritas regimen kemoterapi bekerja dengan merusak DNA, RNA, atau proses sintesis protein, khususnya mengakibatkan kerusakan pada jaringan yang mengalami proliferasi (Rasjidi, 2013). Saat ini, beberapa jenis kanker dianggap dapat disembuhkan melalui penggunaan kemoterapi, bahkan pada stadium lanjut. Namun, hanya sekitar 10% dari semua jenis kanker yang termasuk dalam kategori ini (Black & Hawks, 2009).

Kemoterapi dapat diberikan sebagai terapi utama maupun terapi tambahan. Sebagai terapi utama, kemoterapi dapat diberikan bagi kanker-kanker yang kemosisitif maupun kanker yang telah menyebar jauh (umumnya stadium IV) untuk tujuan paliatif. Adapun sebagai terapi adjuvant kanker lokal atau lokoregional (seperti mammae, serviks, kolon, lambung, paru, dll), kemoterapi umumnya



diberikan pascaoperasi dan/atau pascaradioterapi untuk kanker yang kemoresponsif. Pemberian kemoterapi adjuvant didasarkan pada kenyataan bahwa pasien kanker yang kelihatan telah bebas kanker, setelah beberapa bulan atau tahun, akan kembali mengalami kanker (residif) atau metastasis kanker. Ini menunjukkan bahwa sel kanker mikroskopik masih hidup di dalam lapangan operasi atau sudah ada metastasis jauh subklinis sewaktu pasien menjalani operasi atau radioterapi. Kemoterapi adjuvant ternyata mampu mengurangi frekuensi kanker residif atau metastasis. Selain itu, pemberian kemoterapi dapat dilakukan sebelum operasi atau radioterapi yang disebut dengan kemoterapi neoadjuvant (Rasjidi, 2013).

Berikut ini beberapa indikasi dilakukannya kemoterapi:

a) Kesembuhan dari kanker

Kemoterapi hanya mampu menyembuhkan beberapa jenis kanker, seperti leukemia limfoblastik akut, limfoma Burkitt, tumor Wilms pada anak, dan koriokarsinoma

b) Perpanjangan hidup dan remisi

Kemoterapi mampu memperpanjang hidup dan remisi penderita kanker yang kemosensitif, seperti leukemia mieloblastik akut, limfoma maligna stadium III atau IV, myeloma, metastasis melanoma maligna atau kanker mamma, kolon, ovarium, dan testis.

c) Perpanjangan interval bebas kanker

Kemoterapi dapat memperpanjang interval bebas kanker meski kanker masih tampak pascaoperasi atau radioterapi dan diperlukan waktu lama, dosis tinggi, dan interval panjang guna memberi kesempatan jaringan untuk pulih di antara seri kemoterapi.

d) Penghentian perkembangan kanker

Perkembangan kanker yang tampak secara subjektif (anoreksia, penurunan berat badan, nyeri tulang, dsb) maupun objektif (penurunan fungsi organ) dapat dihentikan dengan kemoterapi, asal kemungkinan keberhasilannya  $\geq 25\%$ .

e) Paliasi gejala

Kanker tidak cocok di radiasi, misalnya karena lokasi tidak memungkinkan, dapat ditangani dengan kemoterapi (seperti injeksi intrapleura) meski tidak berespon baik sebagai terapi sistemik.

f) Pengecilan volume kanker

Volume kanker dapat dicecilkan sebelum pembedahan atau radioterapi.

g) Peredaan gejala paraneoplasma

Kemoterapi mampu menghilangkan gejala paraneoplasma akibat metastasis kanker, misalnya kortikosteroid untuk anemia hemolitik, fibrinolysis, dermatomyositis, neuropati perifer, degenerasi cerebellum; pemberian androgen untuk kakheksia dan anoreksia; atau mithramycin pada hiperkalsemia (Rasjidi, 2013).

Selain itu, penggunaan kemoterapi memiliki dua jenis kontraindikasi, yaitu kontraindikasi mutlak/absolut dan relatif. Kontraindikasi mutlak kemoterapi mencakup kondisi-kondisi seperti kanker pada stadium terminal, kehamilan pada trimester pertama (kecuali jika akan digugurkan), septikemia, dan koma. Sementara itu, kontraindikasi relatif kemoterapi melibatkan faktor-faktor seperti usia lanjut (terutama pada pasien dengan tumor yang tumbuh lambat dan kurang responsif), kondisi kesehatan yang sangat buruk, gangguan fungsi organ vital yang serius (seperti hati, ginjal, jantung, sumsum tulang, dll.), demensia, ketidakmampuan pasien untuk mengunjungi klinik secara teratur, kurangnya kerjasama pasien, keberlanjutan tumor terhadap pengobatan, dan kurangnya fasilitas penunjang yang memadai (Rasjidi, 2013).

Beberapa efek samping dari pengobatan kemoterapi:

a) Hematologik

Granulositopenia dan trombositopenia merupakan efek samping yang sudah dapat diperkirakan akan terjadi akibat sebagian besar anti-tumor. Umumnya, granulositopenia akut terjadi 6-12 hari pascakemoterapi dengan efek mielosupresif, pmutihannya terjadi pada hari ke-21 hingga ke-24. Trombositopenia terjadi 4-5 hari kemudian dan akan pulih sesudah hitung sel darah pulih. Penderita yang memiliki hitung granulosit absolut kurang dari  $500/\text{mm}^3$  selama  $\geq 5$  hari berisiko tinggi mengalami sepsis yang cepat mematikan. Sementara itu, penderita trombositopenia dengan hitung trombosit  $< 20.000/\text{mm}^3$  berisiko mengalami perdarahan spontan, terutama dari saluran cerna atau intrakranial.

b) Saluran cerna

Mukositis akibat efek langsung kemoterapi terhadap sel mukosa epitel yang cepat membelah merupakan hal yang sering terjadi. Granulositopenia yang turut timbul menyebabkan infeksi mukosa yang mengalami cedera dan menjadi gerbang masuk bagi bakteri dan jamur ke dalam aliran darah. Gangguan motilitas dapat disebabkan oleh neuropati otonomik akibat alkaloid vinca (vincristine, vinblastin) dan turut diperparah oleh antikanker lain, sehingga penderita mengalami mual-muntah. Lesi mulut dan faring sulit dibedakan karena memunculkan gejala disfagia dan nyeri terbakar retrosternal. Mukositis di saluran cerna bawah menyebabkan diare yang dapat memburuk dan menyebabkan komplikasi berat, seperti perforasi, perdarahan, dan enterokolitis nekrotikans.

c) Kulit

Gangguan kulit dapat terjadi akibat ekstrasvasi kemoterapi yang iritatif. Luas nekrosis bergantung kepada jumlah obat yang mengalami ekstrasvasi dan dapat menimbulkan reaksi mulai dari eritema setempat hingga ulkus kronik. Alopesia (kerontokan rambut) merupakan efek samping sebagian besar obat kemoterapi. Rambut Kembali tumbuh antara 10 hari sampai beberapa minggu pascaterapi. Reaksi kulit lainnya antara lain hiperpigmentasi, reaksi fotosensitivitas, pengelupasan kuku, folikulitis, rekalsitrasi radiasi.

d) Hati

Pemberian methotrexate dalam jangka panjang dapat merangsang fibrosis hati yang dapat memburuk menjadi sirosis.

e) Paru-paru

Gangguan napas akibat metastasis paru, emboli paru, pneumonitis radiasi, disfungsi neuromuscular akibat tumor dan pneumonia merupakan komplikasi yang bermakna.

f) Jantung

Meskipun sebagian besar otot jantung tersusun atas sel yang tidak membelah, antibiotik anthracycline, dapat menyebabkan kardiomiopati berat.

g) Genitourinaria

Komplikasi kanker dapat menyebabkan gagal ginjal akut, infeksi, infiltrasi tumor ke ginjal, ureter, obstruksi tumor, kerusakan karena radiasi, dan sindrom lisis tumor.

h) Saraf

Sebagian besar antineoplastik memiliki efek neurotoksisitas ringan yang dapat memberat dalam kasus-kasus tertentu.

i) Hipersensitivitas

Kadang-kadang kemoterapi dapat mencetuskan reaksi anafilaktik.

j) Keganasan sekunder

Banyak antineoplastik bersifat mutagenik dan teratogenik. Keganasan sekunder yang sering terjadi adalah leukemia akut

k) Disfungsi gonad

Kebanyakan kemoterapi akan mengganggu fungsi testis dan ovarium dalam jangka waktu lama (Rasjidi, 2013).

4) Pengobatan alternatif

Pengobatan komplementer digunakan bersamaan dengan terapi kanker konvensional dan bisa menjadi alternatif untuk pengobatan tambahan (Johnson et al., 2018). Penelitian yang dilakukan Mao et al., (2011) menemukan bahwa 65% penderita kanker pernah menggunakan *complementary and alternative medicine* (CAM) seumur hidupnya dan 43% menggunakan CAM dalam 1 tahun terakhir. Adapun hasil penelitian Kristoffersen et al., (2022) Hampir setengah dari partisipan (43%) yang mengalami efek jangka panjang dari pengobatan dan keterlambatan dalam pengobatan melaporkan telah menggunakan *complementary and alternative medicine* (CAM) untuk mengatasi keluhan dari efek tersebut.

Sebagian besar penggunaan CAM tidak dikomunikasikan kepada penyedia layanan. Meskipun beberapa terapi CAM dapat memberikan manfaat dalam mengatasi gejala seperti kecemasan, kelelahan, atau nyeri, terdapat juga terapi CAM yang berpotensi menimbulkan risiko, seperti interaksi dengan obat-obatan lain atau mengandung zat berbahaya seperti logam berat. Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan komunikasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan terkait penggunaan CAM, guna memastikan bahwa terapi ini dapat diintegrasikan dengan aman dalam rencana perawatan kanker (Mao et al., 2011).

### C. Konsep Pengambilan Keputusan

Dalam kehidupan sehari-hari setiap individu tidak dapat menghindari pengambilan keputusan, yang seringkali terjadi dalam berbagai aspek kehidupan. Secara umum, keputusan yang diambil oleh seseorang bertujuan untuk menyelesaikan atau mengatasi masalah yang dihadapi (Damiani et al., 2019). Pengambilan keputusan pasien adalah proses kompleks yang melibatkan pertimbangan risiko dan manfaat untuk membuat pilihan dalam layanan kesehatan (Papautsky, 2023).

Pengambilan keputusan pengobatan melibatkan pemilihan intervensi medis terbaik untuk pasien berdasarkan bukti ilmiah, preferensi pasien, dan pertimbangan klinis yang dipengaruhi oleh banyak faktor seperti nilai-nilai pasien, aspek psikologis, kepercayaan terhadap dokter, dukungan sosial, dan informasi mengenai prognosis serta opsi pengobatan. (Shaffer & Zikmund-Fisher, 2013; Hoffmann, 2015; Mellqvist et al., 2023). Pasien saat ini semakin diharapkan untuk berperan serta dalam pengambilan keputusan terhadap pengobatannya sendiri, sebagai mitra yang setara dengan penyedia layanan kesehatan. Model pengambilan keputusan bersama, di mana pasien dan penyedia layanan kesehatan secara kolaboratif membuat keputusan, semakin umum (Chewning et al., 2012). Ada banyak manfaat dari keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan. Ini dapat meningkatkan pemahaman atas pilihan perawatan dan konsekuensinya, memfasilitasi kepatuhan terapi, mengurangi kecemasan, dan pada akhirnya mengarah pada kepuasan dan hasil kesehatan yang lebih baik (Melbourne et al., 2011).

Namun, banyak pasien masih belum cukup dilibatkan dalam praktiknya. Beberapa studi menyatakan bahwa lebih dari setengah keputusan medis tidak secara memadai mengintegrasikan preferensi pasien (Frosch et al., 2012). Ada banyak hambatan, termasuk kurangnya *health literacy* di kalangan pasien, bias kognitif penyedia layanan kesehatan, dan keterbatasan waktu (Joseph-Williams et al., 2014). Selain itu, kurangnya pemahaman mengenai pilihan pengobatan yang tersedia atau ketidakpastian mengenai nilai-nilai pribadi pasien, dan juga beberapa pasien memiliki harapan yang tidak realistis terhadap hasil dari intervensi perawatan (Hoffman et al., 2013). Oleh karena itu, dukungan dalam pengambilan keputusan sangat penting.

Dalam konteks pengobatan kanker, pengambilan keputusan mungkin terlihat sederhana dengan memilih opsi yang dapat memperpanjang umur atau, jika memiliki efek samping yang setara, pilih yang meningkatkan kualitas hidup. Namun, pengambilan keputusan terkait

pengobatan menjadi sulit bukan hanya karena ketidakpastian mengenai efektivitas dan keseimbangan manfaat serta risikonya, tetapi juga karena berbagai hasil potensial yang harus dipertimbangkan oleh pasien. Seiring dengan bertambahnya jumlah dan variasi pilihan pengobatan kanker, pasien dihadapkan pada keputusan yang semakin kompleks. Seorang pasien mungkin ingin mempertimbangkan aspek biaya dan keuntungan dari pengobatan sehubungan dengan durasi hidup bebas gejala, dampak toksisitas akibat pengobatan, periode pemulihan, dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup dan fungsi tubuh (Reyna et al., 2015).

Proses pengambilan keputusan untuk pengobatan kanker menjadi lebih sulit dan rumit karena meningkatnya tingkat kejadian kanker dan perkembangan pesat teknologi medis dan modalitas pengobatan dalam beberapa tahun terakhir. Proses pengambilan keputusan dalam pengobatan kanker sangatlah kompleks, dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk preferensi pasien, kualitas hidup, dan ketakutan akan ketidakpastian (Zafar et al., 2009). Strategi untuk meningkatkan proses ini mencakup manajemen ketidakpastian, pengambilan keputusan bersama, dan kerja tim multidisiplin kolaboratif (Ménard et al., 2012).

Dengan demikian, melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan penting untuk memberikan perawatan berorientasi pasien. Tetapi banyak pasien memerlukan dukungan tambahan dalam proses ini, yang dapat diberikan melalui alat bantu keputusan maupun diskusi mendalam dengan penyedia layanan kesehatan (Barry & Edgman-Levitan, 2012).

#### **D. Faktor-faktor yang Berperan dalam Proses Pengambilan Keputusan**

Pengambilan keputusan pengobatan merupakan proses kompleks dimana pasien dihadapkan pada berbagai pilihan yang mempengaruhi perjalanan perawatan mereka. Sebagai subjek utama dalam keputusan pengobatan, pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor yang membentuk preferensi dan keputusan mereka. Dalam proses pemilihan metode pengobatan medis oleh pasien, pasien aktif berperan besar (>50%) dalam menentukan pilihan berdasarkan jenis penyakit, biaya pengobatan, dan kemauan subjektif. (Li et al., 2022).

Berdasarkan penelitian pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi dan/atau radioterapi didapatkan hasil sebanyak 51% partisipan melaporkan bahwa mereka diberikan opsi pengobatan, dan kelompok ini cenderung lebih aktif dan merasa lebih puas dalam proses pengambilan keputusan (Stacey et al., 2010). Untuk mendapatkan keterlibatan yang diinginkan, pasien ingin menerima lebih banyak informasi mengenai pilihan pengobatan, diberi

pilihan, berdiskusi lebih banyak dengan tim layanan kesehatan, dan meminta penyedia layanan kesehatan mendengarkan kebutuhan mereka dengan lebih baik (Stacey et al., 2010).

Hasil review yang dilakukan oleh Vahdat et al., (2014) menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan pelayanan kesehatan, yaitu:

1) Faktor terkait pasien

Karakteristik demografi; ciri-ciri pribadi; tingkat akulturasi, pengetahuan budaya, keyakinan, nilai-nilai dan praktik mengenai kesehatan dan perawatan; memiliki kemampuan fisik, kognitif dan hubungan emosional dengan orang lain; pengetahuan, keyakinan, nilai-nilai dan pengalaman sehubungan dengan layanan kesehatan umum.

2) Faktor terkait penyakit

Gejala, stadium, tingkat keparahan penyakit, pengalaman dan makna penyakit, hasil kesehatan, harapan kesehatan, jenis penyakit.

3) Faktor-faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan profesional

Keterampilan komunikasi interpersonal praktisi dan kompetensi budaya profesional kesehatan, pengetahuan (mengetahui bagaimana melakukan praktik secara ilmu pengetahuan dan kompetensi), keyakinan dan nilai-nilai (budaya, moral dan profesional), sikap (hormat versus rasis dan etnosentris terhadap etnis minoritas pasien), perilaku (keterampilan budaya dan kemampuan untuk membentuk hubungan terapeutik yang efektif, terlibat dalam komunikasi lintas budaya, mewawancarai dan menilai pasien etnis minoritas, mengatasi konflik, menegosiasikan perawatan, mengelola kasus dengan cara yang tepat dan berdasarkan budaya), layanan kesehatan pengetahuan dan keyakinan profesional, ciri-ciri yang berkaitan dengan etos dan perasaan dalam pelayanan kesehatan (menyambut; rasa hormat; memfasilitasi kontribusi pasien; dan tidak menghakimi), hubungan pasien dengan profesional, dokter mendengarkan dan memberi informasi, praktisi memperhatikan pandangan pasien dan perasaan pasien didengarkan, praktisi memberikan penjelasan yang jelas berdasarkan pengetahuan profesionalnya, menganggap pasien sebagai individu, mengakui pengetahuan pasien, kehadiran perawat/dokter utama, dorongan dari perawat dan dokter agar pasien berpartisipasi, memperlakukan pasien sebagai mitra setara dalam layanan kesehatan, perawat dan dokter memiliki cukup waktu untuk pasien.

4) Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengaturan pelayanan kesehatan

Kesesuaian budaya dan kompetensi sistem dan organisasi, termasuk: jenis dan lokasi layanan, proses perawatan, prosedur dan peraturan, jenis dan lokasi penerimaan, perawatan primer atau sekunder.

5) Faktor-faktor yang berhubungan dengan tugas penyedia kesehatan

Kesesuaian budaya dan kompetensi tindakan/perilaku keselamatan tertentu; perilaku keselamatan pasien yang disyaratkan mungkin menantang kemampuan klinis dokter.

Menurut Kotler (2003) menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan antara lain:

1) Faktor budaya

Faktor budaya meliputi peran budaya, sub budaya dan kelas sosial

2) Faktor sosial

Faktor sosial meliputi kelompok acuan, keluarga, peran, dan status

3) Faktor pribadi

Faktor pribadi termasuk usia dan tahap siklus hidup, pekerjaan, keadaan ekonomi, gaya hidup, kepribadian, dan konsep diri

4) Faktor psikologis

Faktor psikologis meliputi motivasi, persepsi, pengetahuan, keyakinan, dan pendirian

Sedangkan kerangka Ottawa menegaskan bahwa pengambilan keputusan dapat terpengaruh secara negatif oleh berbagai faktor seperti:

- Konflik dalam pengambilan keputusan;
- Pengetahuan yang kurang memadai tentang opsi dan harapan yang tidak realistis terkait manfaat dan risiko;
- Nilai-nilai yang tidak jelas terkait dengan hasil keputusan;
- Dukungan atau sumber daya yang tidak memadai (contohnya, tekanan untuk memilih suatu opsi, persepsi yang tidak jelas terhadap peran pribadi dalam pengambilan keputusan);
- Jenis keputusan yang kompleks (contohnya, mempertimbangkan manfaat dan risiko dari berbagai opsi);
- Waktu yang mendesak (misalnya, dalam hitungan menit atau jam);
- Karakteristik pasien (misalnya, usia, keterbatasan kognitif, pendidikan yang terbatas) (Stacey et al., 2010).



Pengambilan keputusan di bidang onkologi melibatkan pertimbangan serangkaian ketidakpastian diagnostik, terapeutik, dan prognostik yang kompleks, yang berpotensi menimbulkan perselisihan mengenai tindakan terbaik. Kriteria pengambilan keputusan yang dikembangkan oleh Glatzer et al., (2020) yaitu model konseptual yang digunakan dalam onkologi dikategorikan menjadi 3 kategori, sebagai berikut:

1) Karakteristik yang berhubungan dengan pengambil keputusan, termasuk dokter dan pasien. Beberapa faktor yang termasuk ke dalam kategori ini yaitu motivasi, gejala yang berhubungan dengan penyakit, kepercayaan diri, kepatuhan pengobatan, pengalaman sebelumnya, kualitas hidup selama atau setelah pengobatan, harapan hidup, pendapat penyedia layanan, dan preferensi keluarga, latar belakang profesional, dan peran individu.

2) Kriteria pengambilan keputusan yang spesifik.

Karakteristik spesifik keputusan berkaitan dengan sifat keputusan itu sendiri. Ini mencakup semua kriteria keputusan dasar yang digunakan dalam praktik klinis, seperti status kinerja, usia, jenis kelamin, adanya penyakit penyerta, stadium kanker, biomarker, toksisitas pengobatan, stres emosional, beban waktu, kanker secara morfologi, dan tujuan pengobatan.

3) Faktor kontekstual

Faktor-faktor tersebut meliputi peran keluarga, *health literacy*, agama, suku, pekerjaan, penghasilan, status sosial ekonomi pasien, asuransi kesehatan, struktur lembaga, lingkungan termasuk kebijakan pemerintah, penggantian biaya, praktek organisasi, kelompok advokasi, uji klinis.

#### **E. Peran Perawat dalam Pengambilan Keputusan**

Perawat memiliki peran penting dalam memfasilitasi pengambilan keputusan pengobatan pasien. Mereka menyediakan edukasi kesehatan dan konseling kepada pasien serta berkoordinasi dengan anggota tim medis lainnya (Etingen et al., 2016). Perawat bisa menjembatani kesenjangan informasi dan komunikasi antara dokter dan pasien (Brom et al., 2014). Perawat dapat memberikan kontribusi yang berharga dalam pengambilan keputusan bersama mengenai perawatan yang berpotensi memperpanjang hidup (Arends et al., 2022).

Keterlibatan perawat dalam pengambilan keputusan pasien telah terbukti berdampak positif pada hasil dan kepuasan pasien. Penelitian menunjukkan bahwa ketika perawat terlibat dalam proses pengambilan keputusan berdampak pada kepatuhan pasien terhadap rencana perawatan

yang dipilih cenderung meningkat, karena pasien akan lebih memahami rencana perawatan yang telah disetujui sepenuhnya (Brom et al., 2014). Adapun studi lain yang dilakukan Chang et al., (2023) terkait model pengambilan keputusan bersama yang dipimpin perawat telah dikembangkan dan diterapkan untuk memfasilitasi dialog antara perawat dan pasien mengenai penggunaan pengobatan komplementer dan alternatif, sehingga meningkatkan pemahaman dan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan. Melibatkan perawat secara cepat dan terstruktur sebelum membuat keputusan pengobatan dapat meningkatkan kualitas keputusan, yang diharapkan dapat mendeteksi lebih banyak kasus konflik pengambilan keputusan, dan memberikan dukungan kepada pasien untuk membuat keputusan yang lebih baik (Bos-van den Hoek et al., 2021).

Namun, dalam praktiknya, perawat melaporkan bahwa mereka sering tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan bersama mengenai perawatan pasien. Perawat memiliki keterlibatan paling sedikit dalam partisipasi aktif dalam komunikasi tentang keputusan pengobatan dan mendukung pasien dalam mengambil keputusan. Partisipasi perawat dalam pengambilan keputusan medis bersama dokter dan pasien masih menghadapi beberapa tantangan. Pertama, pemahaman tugas perawat dalam proses ini masih kurang jelas bagi banyak pihak. Kedua, komunikasi dan kerja sama antara perawat dan dokter yang terbatas mengakibatkan perawat jarang dilibatkan. Ketiga, struktur yang menempatkan otoritas dokter lebih tinggi membatasi masukan dari perawat. Keempat, kurangnya pelatihan membuat perawat tidak siap berperan aktif. Kelima, beban kerja berat dan waktu terbatas juga menghambat keterlibatan perawat. Keenam, rasa percaya diri perawat untuk berpendapat juga masih kurang. Tantangan-tantangan ini menunjukkan pentingnya peningkatan peran perawat dalam pengambilan keputusan. Strategi yang dapat dilakukan antara lain meningkatkan komunikasi tim keputusan bersama di rumah sakit. Dengan mengatasi kendala yang ada, diharapkan medis, memberikan pelatihan yang memadai bagi perawat, dan mendukung budaya

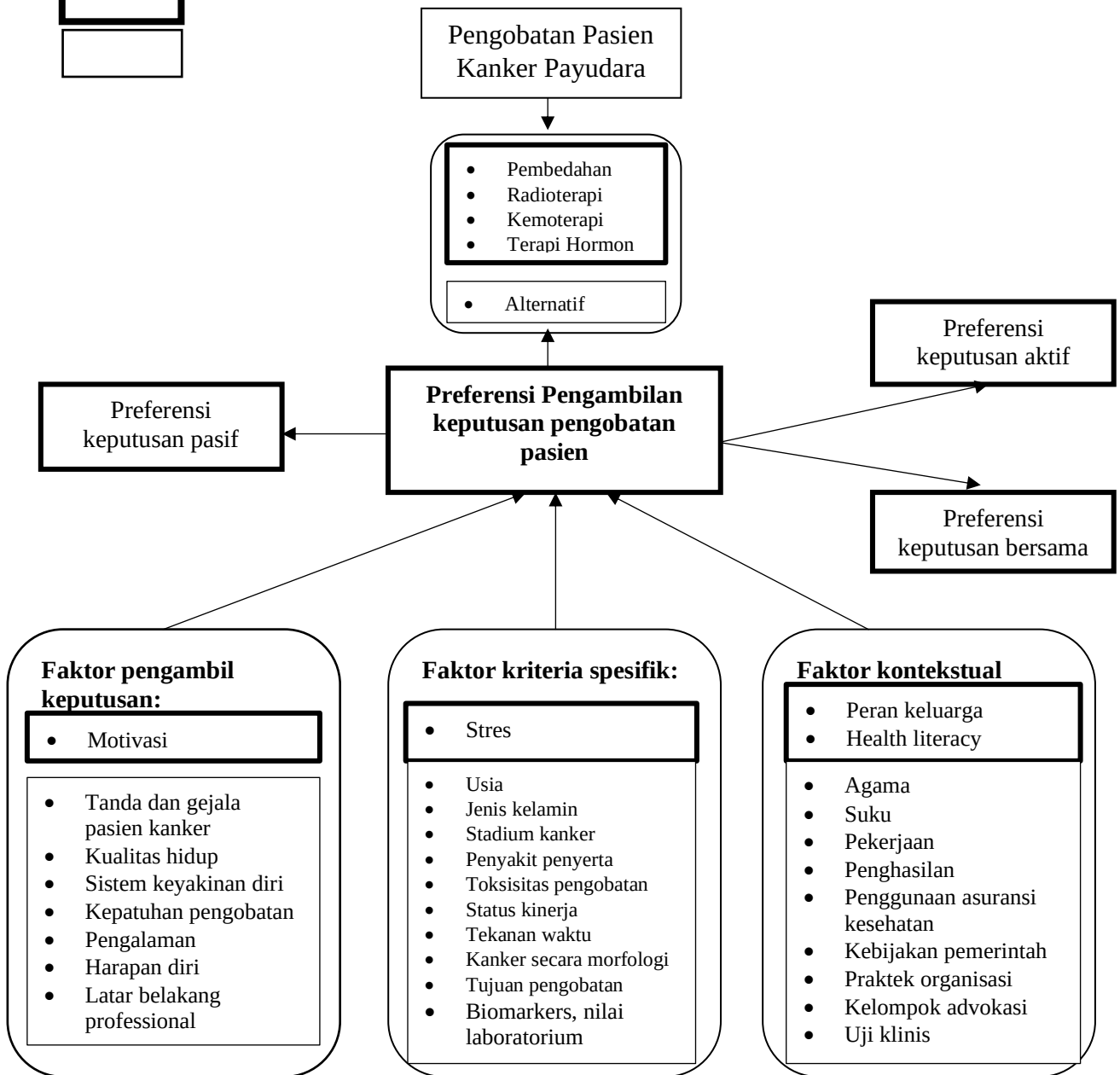
kontribusi perawat dapat meningkat (Arends et al., 2022).

## **F. Kerangka Teori**

Keterangan:



= faktor yang diteliti



= faktor yang tidak diteliti

Tabel 2.1 Kerangka teori analisis faktor determinan preferensi pengambilan keputusan pengobatan pada pasien kanker payudara di rumah sakit di kota Makassar

Referensi: (Rasjidi, 2013; Glatzer et al., 2020; Krishnan et al, 2023)