

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Family Support*

2.1.1 Pengertian *Family Support*

Menurut Friedmen (2010) *Family Support* merujuk pada dukungan yang dirasakan oleh anggota keluarga dan dapat diakses (Anggota keluarga menerima dukungan serta pendukung siap untuk memberikan bantuan dan juga pertolongan jika dibutuhkan). Dukungan keluarga dapat berasal dari dalam keluarga seperti dukungan dari pasangan, orang terdekat, atau keluarga besar (dalam jaringan sosial keluarga). Jaringan sosial keluarga merupakan jaringan anggota keluarga yang dimiliki oleh keluarga itu sendiri seperti saudara.

Family Support juga diartikan sebagai suatu proses hubungan antar keluarga dan lingkungannya. Tiga dimensi interaksi sosial yang bersifat timbal balik (Sifat dan frekuensi dari hubungan timbal balik), komunikasi yang terjaga, serta keterlibatan emosional perasaan keakraban dan rasa percaya terhadap anggota keluarga. Dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan yang bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga. Dukungan keluarga memungkinkan keluarga berfungsi dengan penuh kompetensi dan sumber. Hal tersebut meningkatkan adaptasi dan kesehatan keluarga (Friedman 2010).

2.1.2 Bentuk *Family Support*

Bentuk *Family Support* Menurut Friedman (2010), keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan yaitu :

1) Dukungan Penilaian

Keluarga sebagai pendukung bertindak sebagai system pembimbing umpan balik dan memecahan masalah bersama dengan anggota keluarga dengan melakukan penilaian terhadap situasi yang dialami. Pemecahan masalah bersama dapat dijelaskan sebagai situasi saat keluarga secara bersama-sama mampu mendiskusikan masalah dengan segera, mencari pemecahan berdasarkan logika, dan mencapai kesepakatan untuk mencapai keputusan bersama dengan anggota keluarga berdasarkan kumpulan dari isyarat, persepsi dan saran anggota keluarga

2) Dukungan Instrumental

Menurut House (1985) dalam Friedmen (2010) dukungan nyata yang dapat diberikan secara langsung. Dukungan yang diterima oleh anggota keluarga. Dukungan ini meliputi dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah yang dialami oleh individu tersebut.

3) Dukungan Informasional

Keluarga cenderung akan mencari informasi dan pengetahuan secara aktif guna mengatasi masalah yang dialami oleh anggota keluarga.

Dukungan ini memiliki peran keluarga guna untuk membantu anggota keluarga yang lain.

4) Dukungan Emosional

Dukungan emosional keluarga berfungsi sebagai pelabuhan dan tempat istirahat serta pemulihan membantu penguasaan secara emosional terhadap anggota keluarga. Dukungan emosional berorientasi sebagai tujuan utama dari coping individu. Individu dapat mengungkapkan perasaannya secara bebas yang berfungsi untuk menyalurkan segala ungkapan perasaan yang sedang dirasakan oleh individu tersebut (Friedman 2010).

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi *Family Support*

Faktor yang mempengaruhi dari dukungan keluarga menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Firmansyah (2017) menunjukkan ada beberapa faktor yang mempengaruhi dari dukungan keluarga, yakni :

1. Pengetahuan : Analisis penelitian didapatkan bahwa proporsi keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan baik tidak begitu jauh dengan keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan sedang, hal ini disebabkan karena adanya tingkat pendidikan, usia dan pekerjaan yang berbeda. Tingkat pendidikan, usia dan pekerjaan berpengaruh pada pengalaman dan paparan dari informasi yang diterima keluarga.
2. Spiritual : Analisis peneliti mengenai spiritual keluarga cenderung terbentuk dari agama yang dianut oleh masyarakat setempat, terbentuknya spiritual membuat akumulasi nilai tertinggi dari spiritual

keluarga adalah memiliki keyakinan bahwa penyakit yang diderita adalah kehendak tuhan dan nilai terendah didapatkan dari spiritual keluarga yaitu memberikan keyakinan kepada anggota keluarga untuk selalu menjaga kesehatan mereka.

3. Emosional Keluarga : Faktor emosional memiliki arti bagaimana keluarga dalam memecahkan masalah yang dihadapi, hal tersebut dipengaruhi dengan adanya perbedaan usia, tingkat pendidikan dan pekerjaan yang berbeda-beda.
4. Tingkat Ekonomi : Tingkat penghasilan dari keluarga dan juga ekonomi keluarga berpengaruh terhadap bagaimana keluarga memberikan dukungan, terutama finansial, keluarga yang memiliki penghasilan diatas rata-rata cenderung memiliki nilai skor yang lebih tinggi dalam memberikan dukungan
5. Latar Belakang Budaya : Seimbangnnya dari proporsi latar belakang budaya keluarga menunjukkan bahwa keluarga mampu memodifikasi budaya turun temurun dimana budaya tersebut berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan keluarga (Firmansyah, Lukman, and Mambang Sari 2016)

2.2 Konsep *Psychology Well-being*

2.2.1 Definisi *Psychological well-being*

Ryff (1989) mengungkapkan gambaran dari individu yang menekankan penerimaan diri, menerima apa adanya dan kehidupan masa lalu seseorang. Memiliki hubungan positif dengan orang lain digambarkan dengan individu memiliki perasaan empati dan kasih sayang yang kuat untuk semua manusia dan

mampu memiliki cinta yang lebih besar, persahabatan yang lebih dalam, dan identifikasi yang lebih lengkap dengan orang lain. Otonomi dimana seseorang mampu untuk mempertahankan pendapat yang dipegang teguh.

Psychology Well-being juga digambarkan individu yang memiliki kemampuan untuk menguasai lingkungan sekitar dengan adanya kemampuan individu untuk memilih atau menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kondisi psikisnya. Individu memiliki tujuan hidup mengacu pada berbagai tujuan atau sasaran yang berubah dalam kehidupan, seperti menjadi produktif dan kreatif atau mencapai integrasi emosional dalam kehidupan selanjutnya, dengan demikian, orang yang berfungsi secara positif memiliki tujuan, niat, dan rasa arah, yang semuanya berkontribusi pada perasaan bahwa hidup itu bermakna, dan juga individu memiliki pengembangan diri yang merupakan kebutuhan untuk mengaktualisasikan diri sendiri dan menyadari potensi seseorang adalah inti dari perspektif klinis tentang pertumbuhan pribadi. Keterbukaan terhadap pengalaman, dengan demikian, memegang sikap positif terhadap diri sendiri muncul sebagai karakteristik utama dari fungsi psikologis positif (Ryff, 1989).

2.2.2 Aspek-aspek *Psychological well-being*

Ryff (1989) menyebutkan bahwa aspek-aspek yang menyusun *Psychological well-being* antara lain:

1. *Self-acceptance* (Penerimaan Diri)

Kriteria kesejahteraan yang paling berulang terlihat dalam perspektif sebelumnya adalah rasa penerimaan diri individu. Hal ini didefinisikan sebagai fitur utama kesehatan mental serta karakteristik

aktualisasi diri, fungsi optimal, dan kematangan. Teori rentang hidup juga menekankan penerimaan diri dan kehidupan masa lalu seseorang. Dengan demikian, memegang sikap positif terhadap diri sendiri muncul sebagai karakteristik utama dari fungsi psikologis positif.

2. *Positive Relations with Other* (Hubungan positif dengan orang lain)

Banyak teori sebelumnya menekankan pentingnya hubungan antar individu yang hangat dan saling percaya. Kemampuan untuk mencintai dipandang sebagai komponen utama dari kesehatan mental. Pengaktualisasi-diri digambarkan sebagai memiliki perasaan empati dan kasih sayang yang kuat untuk semua manusia dan mampu memiliki cinta yang lebih besar, persahabatan yang lebih dalam, dan identifikasi yang lebih lengkap dengan orang lain. Kehangatan berhubungan dengan orang lain dianggap sebagai kriteria kedewasaan. Teori-teori tahap perkembangan orang dewasa juga menekankan pencapaian persatuan yang erat dengan orang lain (keintiman) dan bimbingan serta arahan orang lain (genetika). Dengan demikian, pentingnya hubungan positif dengan orang lain berulang kali ditekankan dalam konsep kesejahteraan psikologis ini.

3. *Autonomy* (Otonomi)

Ada banyak penekanan dalam literatur sebelumnya pada kualitas-kualitas seperti penentuan nasib sendiri, kemandirian, dan regulasi perilaku dari dalam. Pengaktualisasi-diri, sebagai contoh, digambarkan sebagai menunjukkan fungsi otonom dan resistensi terhadap enkulturasi. Orang yang berfungsi penuh juga digambarkan memiliki lokus evaluasi internal, di mana seseorang tidak meminta persetujuan orang lain, tetapi

mengevaluasi diri sendiri dengan standar pribadi. Individuasi dipandang melibatkan pembebasan dari konvensi, di mana orang tersebut tidak lagi berpegang teguh pada ketakutan, keyakinan, dan hukum kolektif massa. Proses beralih ke dalam di tahun-tahun kemudian juga dilihat oleh para developmentalist seumur hidup untuk memberi orang rasa kebebasan dari norma-norma yang mengatur kehidupan sehari-hari.

4. *Environmental Mastery* (Penguasaan lingkungan)

Kemampuan individu untuk memilih atau menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kondisi psikisnya didefinisikan sebagai karakteristik kesehatan mental. Kedewasaan dipandang membutuhkan partisipasi dalam lingkup aktivitas luar diri yang signifikan. Pengembangan rentang hidup juga digambarkan sebagai membutuhkan kemampuan untuk memanipulasi dan mengendalikan lingkungan yang kompleks. Teori-teori ini menekankan kemampuan seseorang untuk maju di dunia dan mengubahnya secara kreatif melalui aktivitas fisik atau mental. Penuaan yang berhasil juga menekankan sejauh mana individu memanfaatkan peluang lingkungan. Perspektif gabungan ini menunjukkan bahwa partisipasi aktif dalam dan penguasaan lingkungan adalah unsur penting dari kerangka kerja terintegrasi fungsi psikologis positif.

5. *Purpose in Life* (Tujuan dalam hidup)

Kesehatan mental didefinisikan termasuk keyakinan yang memberi seseorang perasaan ada tujuan dan makna hidup. Definisi kedewasaan juga menekankan pemahaman yang jelas tentang tujuan hidup, rasa keteraturan, dan intensionalitas. Teori-teori perkembangan rentang hidup mengacu pada

berbagai tujuan atau sasaran yang berubah dalam kehidupan, seperti menjadi produktif dan kreatif atau mencapai integrasi emosional dalam kehidupan selanjutnya. Dengan demikian, orang yang berfungsi secara positif memiliki tujuan, niat, dan rasa arah, yang semuanya berkontribusi pada perasaan bahwa hidup itu bermakna.

6. *Personal Growth* (Pengembangan diri)

Fungsi psikologis yang optimal tidak hanya menuntut seseorang untuk mencapai karakteristik sebelumnya, tetapi juga seseorang terus mengembangkan potensi yang dimiliki untuk tumbuh dan berkembang sebagai pribadi yang lebih baik. Kebutuhan untuk mengaktualisasikan diri sendiri dan menyadari potensi seseorang adalah inti dari perspektif klinis tentang pertumbuhan pribadi. Keterbukaan terhadap pengalaman, misalnya, adalah karakteristik kunci dari orang yang berfungsi penuh. Individu seperti itu terus berkembang dan menjadi, daripada mencapai kondisi tetap di mana semua masalah dapat diselesaikan. Teori rentang hidup juga memberikan penekanan pada pertumbuhan yang berkelanjutan dan menghadapi tantangan atau tugas baru pada periode kehidupan yang berbeda. Dengan demikian, pertumbuhan pribadi yang berkelanjutan dan realisasi diri adalah tema yang menonjol dalam teori-teori tersebut (C. D. Ryff 1989).

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Psychological well-being*

Faktor-faktor yang mempengaruhi *Psychological well-being* seseorang antara lain:

1. Usia

Ryff dan Keyes (1995) dengan adanya perbedaan usia akan mempengaruhi dimensi-dimensi *Psychological well-being*. Penelitian dari Ryff dan Keyes (1995) mengemukakan bahwa dimensi penguasaan lingkungan serta dimensi otonomi akan mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya usia, terutama yang terjadi pada dewasa muda hingga dewasa madya. Dimensi hubungan positif dengan orang lain juga mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia. Sebaliknya, dimensi tujuan hidup dan pertumbuhan pribadi akan mengalami penurunan seiring dengan bertambahnya usia, hal tersebut terjadi pada dewasa madya dan dewasa akhir. Dimensi penerimaan dirimenunjukkan tidak perbedaan yang signifikan selama usia dewasa muda hingga dewasa akhir (C. D. Ryff and Keyes 1995).

2. Jenis Kelamin

Ryff dan Keyes (1995) menemukan bahwa adanya perbedaan antara pria dan wanita pada dimensi hubungan positif dengan orang lain dan dimensi pertumbuhan pribadi, dimana hasil dari penelitian tersebut wanita cenderung memperoleh hasil yang lebih tinggi daripada pria (C. D. Ryff and Keyes 1995).

3. Status Sosial Ekonomi

Perbedaan dari kelas sosial juga mempengaruhi kondisi dari *Psychological well-being* seseorang. Data yang diperoleh dari

Wisconsin Longitudinal Study memperhatikan gradasi sosial dalam kondisi dewasa muda. Data tersebut memperlihatkan bahwa status perekonomian dan status pendidikan akan dapat meningkatkan *Psychological well-being*, terutama pada dimensi penerimaan diri dan dimensi tujuan hidup (Ryff, 1995). Mereka yang menempati kelas sosial yang tinggi akan memiliki perasaan positif yang lebih tinggi terhadap diri sendiri (C. Ryff 1995).

4. Budaya

Penelitian mengenai *Psychological well-being* yang telah dilakukan di Amerika dan Korea Selatan menunjukkan bahwa subjek dari Korea selatan cenderung memiliki skor yang lebih tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain dan skor yang lebih rendah pada dimensi penerimaan diri, hal tersebut disebabkan oleh adanya orientasi budaya yang bersifat kolektif dan saling ketergantungan. Sebaliknya, responden Amerika memiliki skor yang lebih tinggi pada dimensi pertumbuhan pribadi, serta memiliki skor rendah dalam dimensi otonomi baik pria maupun wanita (C. Ryff 1995).

5. Dukungan Sosial

Salah satu factor yang dapat mempengaruhi dari *Psychological well-being* individu yakni dukungan sosial, dimana individu yang mengalami sakit akan bisa bertahan tidak lepas dari adanya dukungan sosial yang telah diberikan. Dukungan tersebut meliputi dukungan keluarga dalam hal perhatian, finansial, kasih sayang

juga waktu luang yang telah diberikan oleh suami, anak, orangtua dan keluarga, serta dukungan dari orang-orang yang ada disekitar individu tersebut seperti teman, dokter, maupun sesama pasien (S. Rahmah and Diantina 2018).

6. Evaluasi Pengalaman Hidup

Ryff (1989) mengungkapkan bahwa pengalaman hidup tertentu akan dapat mempengaruhi kondisi dari *Psychological well-being* individu. Pengalaman tersebut meliputi berbagai bidang kehidupan dan dalam berbagai periode dari kehidupan. Evaluasi individu terdapat pengalaman hidupnya memiliki pengaruh yang cukup penting terhadap *Psychological well-being* (C. D. Ryff 1989).

2.4 Kanker Serviks

2.4.1 Definisi Kanker Serviks

Kanker serviks atau sering disebut dengan kanker leher rahim adalah kanker yang terjadi pada leher rahim, yaitu organ yang menghubungkan antara rahim dengan vagina. Penyakit ini merupakan jenis kanker kedua terbanyak yang diderita wanita di seluruh dunia, biasanya menyerang wanita berusia 33-35 tahun. Kanker serviks merupakan salah satu kanker ginekologi yang seringkali terjadi pada wanita. Kanker serviks merupakan tumor ganas primer yang berasal dari sel epitel skuamosa. Kanker serviks merupakan kanker yang terjadi pada serviks atau leher rahim suatu daerah pada organ perempuan yang merupakan pintu masuk ke arah rahim, terletak di antara rahim dan liang senggama (vagina) (Riksani 2016).

2.4.2 Etiologi Kanker Serviks

Penyebab dari kanker serviks yakni Human Papiloma Virus atau biasa disingkat dengan HPV merupakan penyebab dari kanker serviks. Virus tersebut eksklusif dan spesifik karena hanya dapat tumbuh dan menyerang sel-sel manusia, secara khusus sel epitel mulut rahim. HPV merupakan virus yang sangat kecil dan dapat menular saat bagian vagina menjadi sempurna karena penularan terjadi ketika berhubungan seksual. Ukuran virus HPV adalah 8000 pasang basa, putaran icosahedral dengan ukuran 55 nanometer, memiliki 72 kapsomer dan 2 protein kapsid. Hasil penelitian yang pernah diterbitkan oleh para ahli, sebagian besar yang dibahas tentang penelitian tentang alamiah infeksi HPV, dalam pembahasannya diketahui bahwa infeksi yang menyebabkan HPV dapat menyebabkan lesi atau perlukaan yang terkait dengan lesi prakanker. Virus ini adalah parasit yang tumbuh di dalam tubuh, diketahui juga virus HPV yang terdiri dari jenis yang terkait yang berbeda, yang dapat digunakan untuk menyembuhkan atau hanya dapat digunakan lesi atau tumor jinak saja. HPV adalah kumpulan virus yang terdiri dari sekitar 150 jenis virus yang dapat menginfeksi sel-sel pada permukaan kulit. Tidak semuanya bisa menyebabkan kanker, sekitar 30-40 jenis HPV yang dapat menyebabkan penyakit kelamin, beberapa jenis lainnya dapat menyebabkan kutil kelamin dan sebagian besar di sebabkan menyebabkan kanker serviks. Berikut ini pembagian tipe HPV berdasarkan tingkat risiko yang dapat ditimbulkannya, yaitu: Risiko rendah, yaitu:

1. Tipe HPV 6, 11, 42, 43, dan 44. Tipe-ini disebut sebagai HPV non-onkogenik, jika hanya dapat ditemukan lesi jinak karena kutil atau jengger ayam.

2. Risiko tinggi yaitu tipe 16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 disebut sebagai tipe onkogenik dan dapat berisiko menimbulkan kanker. HPV risiko tinggi ditemukan pada sebagian besar (98%) kasus kanker serviks.

Infeksi dapat terjadi karena berbagai sebab, termasuk diketahuinya banyak faktor pencetus yang dapat menyebabkan kanker serviks dan penyebab perbedaannya adalah virus HPV. Secara garis besar, terdapat 3 faktor penyebab kanker serviks, yaitu:

1. *The Seed*, yang dimaksud adalah HPV. Infeksi HPV merupakan penyakit menular seksual yang ditularkan melalui aktivitas seksual dengan pasangan yang sudah diinfeksi HPV. Risiko semakin meningkat, jika sering berganti-ganti pasangan atau terkait dengan pasangan yang memiliki mitra seks Multipel
2. *The Soil*, yaitu perubahan yang terjadi pada sel-sel epitelium mulut rahim yang dikeluarkan pada zona yang diubah telah dipaparkan sebelumnya. Perubahan sel yang sedang berkembang tidak terkendali pada daerah yang kritis bisa saja terjadi. Melakukan hubungan seksual pada usia muda, yaitu di bawah 16 tahun juga bisa meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks.
3. *The Nutrients*, yaitu pengaruh nutrisi dan gaya hidup yang dapat memengaruhi langsung imunitas tubuh tertentu, seperti kebiasaan merokok, penggunaan kontrasepsi khusus pil, termasuk juga tubuh yang dapat menyebabkan penyakit, termasuk HIV, HSV, atau Chlamydia (Riksani 2016).

2.4.3 Epidemiologi kanker serviks

Menurut data *Global Cancer Statistics* 2018 di Asia tenggara menduduki peringkat ke 6 dengan angka kejadian 17,2 dan untuk angka mortalitas sebanyak 10.0 (Globogan 2019). Sebuah *survey* terbaru mengenai penyakit kanker serviks menunjukkan adanya 40.000 kasus baru kanker serviks di Asia Tenggara dan 22.000 diantaranya meninggal dunia. Menurut data kemenkes RI tahun 2015 Penyakit kanker serviks merupakan salah satu penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia, yaitu dengan angka mencapai sebesar 0,8 %. Berdasarkan estimasi jumlah penderita kanker serviks terbanyak terdapat pada Provinsi Jawa Timur dengan jumlah 21.313 penderita. Menurut perkiraan Depkes RI pada saat ini diperkirakan penderita kanker serviks berkisar sebanyak 90-100 kasus per 100.000 penduduk, dan pada jumlah wanita penderita baru sebanyak 90-100 kasus per 100.000 penduduk. Hingga setiap tahun terdapat 40 ribu kejadian kanker serviks. Data dari *global Cancer Observatory* (2018), memperkirakan terdapat 32.469 kasus pertahun kanker serviks di Indonesia, dengan angka terjadinya kematian mencapai 18.279 orang. Dengan data tersebut menunjukkan bahwa Indonesia menduduki urutan kedua kasus kanker serviks di dunia. Data yang didapatkan di Surabaya perempuan yang diperiksa deteksi dini sebanyak 13.551 orang dan yang positif menderita kanker serviks sebanyak 349 orang (DINKES Surabaya 2018).

2.4.4 Patofisiologi Kanker Serviks

Pada bagian yang disebut dalam serviks atau disebut *endoserviks* dan ada bagian di luar serviks yang disebut *ektoserviks*, sedangkan batas antara yang disebut dengan zona transformasi. Pada zona inilah sebagian besar kanker serviks bermula. Infeksi HPV ini menyebabkan perpindahan displasia, yaitu sel-sel yang

sudah mulai berubah atau mulai menjadi sel kanker, namun pada tahap ini, sel kanker hanya melindungi lokal pada lapisan epitel mulut rahim dan belum menyerang bagian lain, hal ini disebut dengan lesi prakanker, belum terjadi kanker tetapi prosesnya sudah dimulai. Sel kanker memerlukan sekitar 26 bulan sejak mulai menginduksi dan pada akhirnya akan menyebabkan lesi prakanker yang berubah menjadi displasia berat. Sedangkan 15% dari displasia ringan akan menjadi displasia berat dalam waktu 2 tahun. Dua per tiga dari dysplasia berat akan berakhir menjadi kanker yang menyerang atau menyerang organ tubuh lainnya dalam waktu 10 tahun, jika tidak berhasil dengan tepat (Riksani 2016)

2.4.5 Tahapan Kanker Serviks

Kanker serviks memiliki tahapan dalam masa terjadinya kanker dengan menggunakan stadium penetapan kanker. Semakin tinggi stadiumnya, ditunjukkan stadium lanjut dan semakin parah tingkat keadaannya. Penentuan stadium di awal perlakuan penting untuk menentukan penanganan yang tepat, misalnya diperlukan operasi atau untuk menentukan jenis pengobatan yang sesuai dengan stadium kanker. Kesalahan dalam menentukan diagnosis akan berimbas pada tidak dapat dipilihnya pilihan terapi yang akan dilakukan dan diprediksi respon terapi serta pencegahan kekambuhannya. Diagnosis kanker serviks diatur dengan cermat oleh dokter melalui pemeriksaan yang mendukung, misalnya pemeriksaan, palpasi, kolposkopi, biopsi, kuret endoserviks, sistoskopi, proktoskopi, IVP, foto thoraks dan putaran (keterlibatanan).

Berikut ini merupakan pembagian stadium kanker serviks menurut FIGO (Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri) tahun 2014.

Tabel 2.1: Stadium Kanker Serviks

Stadium	Penyebaran
0	Karsinoma in situ, yaitu kanker yang masih terbatas pada lapisan epitel mulut rahim dan belum memiliki potensi untuk menyebar ke tempat atau organ lain
I	Terbatas di uterus.
IA	Terdeteksi kanker invasif hanya mikroskopis
IA1	Invasif dengan kedalaman kurang dari 3 mm dan lebar kurang dari 5 mm
IA2	Invasif dengan kedalaman lebih dari 3 mm tetapi kurang dari 5 mm, dan lebar kurang dari 7 mm
IB	Kanker dapat dilihat dengan jelas di permukaan serviks
IB1	Kanker di leher rahim kurang dari 4 cm
IB2	Kanker di leher rahim lebih besar dari 4 cm.
II	Invasi tidak sampai ke dinding panggul atau mencapai 1/3 bagian bawah vagina.
IIA	Menyebar ke bagian vagina
IIB	Menyebar membujur dinding panggul.
III	Invasi mencapai dinding panggul, 1/3 bagian bawah vagina atau timbul bendungan ginjal.
IIIA	Kanker berkembang panjang ke daerah vagina yang lebih rendah.
IIIB	Kanker berkembang panjang ke dinding panggul, hingga menghambat saluran kencing.
IV	Kanker sudah keluar dari panggul
IVA	Meliputi bagian dalam kandung kemih dan rectum
IVB	Metastasis jauh hingga ke bagian paru-paru, hati atau tulang.

Secara sederhana, kita dapat membagi stadium-stadium di atas menjadi yang belum menyebar di luar leher rahim (stadium I), yang sudah menyebar ke jaringan sekitar (stadium II, III, dan IVA) bahkan ke tempat yang lebih jauh (metastasis) seperti hati atau paru-paru (stadium IVB). Indikator perkiraan perkembangan penyakit untuk pasien dengan kanker serviks stadium I termasuk beberapa faktor, Diantaranya :

1. Ukuran tumor. Ada hubungan pasti antara ukuran kanker serviks dengan hasil akhirnya. Misalnya pada stadium I, dibagi lagi menjadi stadium IA dan IB. Pada stadium kanker pada stadium IA dapat dilihat hanya dengan menggunakan mikroskop, sedangkan pada stadium IB dapat dilihat tanpa

alat pembesar dan dapat dilihat. Pasien dengan kanker stadium IA memiliki ukuran tumor yang lebih kecil dan hasil akhir lebih baik.

2. Kedalaman kanker serviks masuk ke leher rahim. Kedalaman dari penyebaran ini telah ditunjukkan untuk memperkirakan risiko penyebaran hasilnya. Faktor untuk memperkirakan mikroskopis dalam stadium kanker serviks I adalah adanya sel kanker dalam pembuluh darah atau pembuluh getah bening. Stadium medis akan menggunakan kombinasi dari tumor, pendaratan, dan penyebaran ke dalam pembuluh darah atau getah bening untuk menentukan jenis penanganan untuk pasien kanker serviks stadium I.
3. Tipe sel. Jenis yang lebih umum, sel karsinoma seperti sisik dan adenokarsinoma memiliki hasil yang mirip stadium demi stadium. Namun, jenis kanker lainnya seperti karsinoma neuroendokrin, melanoma, dan sebagainya memiliki hasil lebih sel yang lebih umum, bahkan pada stadium yang lebih awal.
4. Keberadaan sebaran ke organ di tempat yang jauh. Hal ini merupakan indikator perkiraan perkembangan penyakit yang paling buruk. Sebagian besar perawatan yang ditawarkan kepada pasien yang didiagnosis di stadium IVB ini sifatnya paliatif, dengan harapan memperlama kemampuan bertahan hidup yang lebih baik dengan maksud menyelamatkan (Riksani 2016).

2.4.6 Masalah yang Dialami Penderita Kanker *Serviks*

Pasien yang didiagnosa kanker serviks akan mengalami beberapa masalah yakni secara fisik dan psikologis.

1. Masalah Fisik

Perubahan fisik tersebut meliputi perubahan fungsi dari salah satu organ reproduksi yakni bagian *serviks* yang mengalami kerusakan akibat dari kanker, perubahan fisik (cacat) dan menimbulkan sensasi nyeri serta serta ketidaknyamanan.

2. Masalah Psikologis

Perubahan psikologis yang akan rasakan oleh penderita kanker serviks yakni berupa stress, perasaan keputusasaan untuk melanjutkan hidup perasaan takut, tidak berdaya, frustrasi hingga merasa sudah tidak ada harapan hidup merupakan bentuk dari respon yang penderita rasakan, hal tersebut disebabkan karena penderita kanker serviks mengalami perubahan fisik dan juga psikologis (Ari et al. 2016).

2.5 Konsep Teori Grief

Ross (2005) mengungkapkan tahapan kesedihan meliputi Amarah, Tawar Menawar, Depresi, dan Penerimaan. Tahap-tahapnya telah berevolusi sejak diperkenalkan. Mereka tidak pernah dimaksudkan untuk membantu memasukkan emosi yang berantakan ke dalam satu kesatuan. Respons terhadap kerugian yang dimiliki banyak orang, tetapi tidak ada respons khas untuk melemparkan karena tidak ada kerugian tipikal. Kesedihan kita terhadap individu lain maupun dengan hidup kita.

Lima tahap, penolakan, kemarahan, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan adalah bagian dari kerangka kerja yang membentuk pembelajaran untuk hidup dengan merasakan kesedihan dan kehilangan. Hal tersebut adalah alat untuk membantu mengidentifikasi apa yang mungkin kita rasakan. Tidak semua orang melewati tahapan tersebut sesuai dengan urutannya, namun sebagian besar akan melaluinya. Adapun 5 proses tersebut sebagai berikut :

1. *Denial* (Penolakan)

Penyangkalan atau penolakan merupakan tahap pertama dari duka ini membantu kita untuk selamat dari kehilangan. pada tahap ini, dunia menjadi tidak berarti dan luar biasa. Hidup tidak masuk akal. Kita berada dalam kondisi terguncang dan menyangkal. Kami mati rasa. Kita bertanya-tanya bagaimana kita dapat melanjutkan, apakah kita dapat melanjutkan, mengapa kita harus melanjutkan. Kami mencoba menemukan cara untuk sekadar melewati setiap hari, Penolakan dan guncangan membantu kami untuk mengatasi dan membuat kelangsungan hidup menjadi mungkin. Penyangkalan membantu kita mengatur perasaan sedih kita. Ada anugerah dalam penyangkalan. Ini adalah cara alami membiarkan hanya sebanyak yang kita bisa tangani. Ketika Anda menerima kenyataan kehilangan itu dan mulai bertanya pada diri sendiri, Anda secara tidak sadar memulai proses penyembuhan. Anda menjadi lebih kuat, dan penolakan mulai memudar. Tetapi ketika Anda melanjutkan, semua perasaan yang Anda tolak mulai muncul ke permukaan.

2. *Anger* (Kemarahan)

Kemarahan adalah tahap penting dari proses penyembuhan. Bersedialah untuk merasakan amarah, meskipun itu mungkin tampak tanpa akhir. Semakin anda benar-benar melakukannya, semakin akan mulai menghilang dan semakin anda akan sembuh. Ada banyak emosi lain di bawah amarah dan akan sampai pada waktunya, tetapi amarah adalah emosi yang paling sering kita kelola. Yang benar adalah bahwa kemarahan memiliki batas. Ia dapat meluas hanya kepada teman-teman, para dokter, keluarga, diri sendiri dan orang yang dicintai yang telah meninggal, tetapi juga kepada Allah. Anda mungkin bertanya, "Di mana Tuhan dalam hal ini?", bawah amarah adalah rasa sakit, rasa sakit adalah naturai untuk merasa ditinggalkan dan ditinggalkan, tetapi kita hidup dalam masyarakat yang takut akan amarah. Kemarahan adalah kekuatan dan itu bisa menjadi jangkar, memberikan struktur sementara pada ketiadaan kehilangan. Pada mulanya kesedihan terasa seperti tersesat di laut: tidak ada hubungan dengan apa pun. Kemudian Anda marah pada seseorang, mungkin orang yang tidak menghadiri pemakaman, mungkin orang yang tidak ada, mungkin orang yang berbeda sekarang karena orang yang Anda cintai telah meninggal. Tiba-tiba Anda memiliki struktur - kemarahan Anda terhadap mereka. Kemarahan menjadi jembatan di atas laut terbuka, koneksi dari Anda kepada mereka. Itu adalah sesuatu untuk dipegang; dan hubungan yang dibuat dari kekuatan amarah terasa lebih baik daripada tidak sama sekali. Kita biasanya lebih tahu tentang menekan amarah daripada merasakannya. Kemarahan hanyalah indikasi intensitas cinta anda.

3. *Bargaining* (Tawar-menawar)

"Seandainya" menyebabkan kita menemukan kesalahan dalam diri kita sendiri dan apa yang kita "pikirkan" bisa kita lakukan secara berbeda. Anda mungkin akan tawar-menawar dengan rasa sakit. Anda akan melakukan apa saja untuk tidak merasakan sakit kehilangan ini. Kami tetap berada di masa lalu, mencoba menegosiasikan jalan keluar dari luka. Orang-orang sering menganggap tahapan sebagai minggu atau bulan yang berlangsung. Mereka lupa bahwa tahap-tahap itu adalah respons terhadap perasaan yang bisa berlangsung selama beberapa menit atau jam ketika kita masuk dan keluar dari satu dan kemudian yang lain. Kami tidak memasuki dan meninggalkan setiap panggung secara linear. Kita mungkin merasakan satu, lalu yang lain dan kembali lagi ke yang pertama.

4. *Depression* (Depresi)

Setelah tawar-menawar, perhatian kita langsung beralih ke masa selanjutnya. Perasaan kosong muncul dengan sendirinya, dan kesedihan memasuki hidup kita pada tingkat yang lebih dalam, lebih dalam dari yang pernah kita bayangkan. Tahap depresi ini terasa seolah-olah itu akan berlangsung selamanya. Penting untuk dipahami bahwa depresi ini bukan pertanda penyakit mental. Ini adalah respons yang tepat untuk kerugian besar. Kita menarik diri dari kehidupan, dibiarkan dalam kabut kesedihan yang hebat, bertanya-tanya, keadaan yang harus diperbaiki, sesuatu yang harus dilepaskan. Pertanyaan pertama yang Anda tanyakan kepada diri sendiri adalah apakah situasi yang Anda hadapi benar-benar menyedihkan. Seseorang yang mengalami suatu kemalangan ataupun kehilangan yang sangat menyedihkan akan membuat individu tersebut mengalami depresi, dan depresi adalah respon yang normal dan tepat. Jika

kesedihan adalah proses penyembuhan, maka depresi adalah salah satu dari banyak langkah yang perlu dilakukan.

5. *Acceptance* (Penerimaan)

Penerimaan sering bingung dengan gagasan "baik-baik saja" atau "OK" dengan apa yang telah terjadi. Ini bukan kasusnya. Kebanyakan orang tidak pernah merasa baik-baik saja. Tahap ini adalah tentang menerima kenyataan bahwa individu tersebut mengalami kemalangan atau kehilangan. Individu tidak akan pernah menyukai kenyataan ini atau membuatnya baik-baik saja, tetapi akhirnya kita menerimanya. Ini adalah norma baru yang dengannya kita harus belajar hidup (Ross 2005)