

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kanker Serviks

a. Pengertian

Menurut Prawirohardjo (2005) kanker serviks merupakan tumor ganas ginekologi, yang timbul dibatas antara epitel yang melapisi ektoerviks (Porsio) endoserviks kanalis serviks yang disebut *squamo-columnar junction* (SCJ).

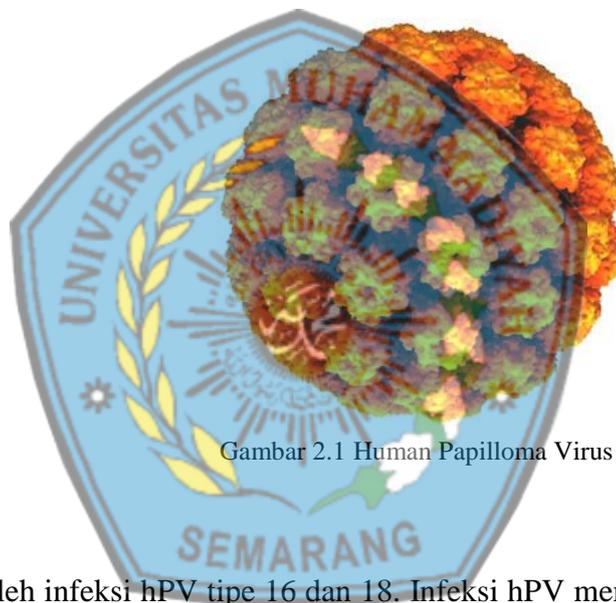
Kanker serviks merupakan penyakit kanker perempuan yang menimbulkan kematian terbanyak akibat penyakit kanker terutama di negara berkembang (Anwar, 2011). Penyakit kanker leher rahim yang istilah kesehatannya adalah kanker serviks (cervical cancer) merupakan kanker yang terjadi pada serviks uterus, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina) (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Kanker leher rahim atau yang disebut juga sebagai kanker serviks merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh HPV atau Human Papilloma Virus onkogenik, mempunyai presentase yang cukup tinggi dalam menyebabkan kanker serviks, yaitu sekitar

99,7%. Kanker serviks adalah salah satu penyakit kanker yang paling banyak terjadi pada kaum wanita (Tilong, 2012).

b. Penyebab Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh HPV atau *Human Papilloma Virus*, mempunyai presentase yang cukup tinggi dalam menyebabkan kanker serviks yaitu sekitar 99,7% (Tilong, 2012). Lebih dari 70% kanker serviks disebabkan



Gambar 2.1 Human Papilloma Virus

oleh infeksi HPV tipe 16 dan 18. Infeksi HPV mempunyai prevalensi yang tinggi pada kelompok usia muda, sementara kanker serviks baru timbul pada usia tiga puluh tahunan atau lebih (Anwar, 2011).

Menurut Samadi (2011) mengatakan bahwa HPV dibagi menurut resiko dalam menimbulkan kanker serviks, yaitu sebagai berikut:

- 1) Resiko Rendah: tipe 6, 11, 42, 43, 44 disebut tipe non-onkogenik. Jika terinfeksi, hanya menimbulkan lesi jinak, misalnya kutil dan jengger ayam.

- 2) Resiko Tinggi: tipe 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68 disebut tipe onkogernik, jika terinfeksi dan tidak diketahui ataupun tidak diobati, bisa menjadi kanker. HPV resiko tinggi ditemukan pada hampir semua kasus kanker serviks (99%).

Menurut DepKes RI (2009), mengatakan bahwa kanker leher rahim pertama kali berkembang dari lesi pra-kanker (secara luas dikenal sebagai displasia 1), yang berkembang dengan pasti dari displasia ringan, menengah, sampai parah kemudian menjadi kanker dini (CIS/Carcinoma In Situ) sebelum menjadi kanker yang bersifat invasif. Penyebab awal (prekursor) langsung terjadinya kanker leher rahim adalah displasia tingkat tinggi (CIN/ Cervical Intraepitelial Neoplasia II atau III), yang dapat berkembang menjadi kanker leher rahim dalam waktu 10 tahun atau lebih. Sebagian besar displasia tingkat rendah (CIN I) dapat hilang tanpa diobati atau tidak berkembang, terutama perubahan-perubahan yang terlihat pada perempuan remaja.

c. Tanda dan Gejala kanker serviks

Kondisi prakanker sampai karsinoma in situ (stadium 0) sering tidak menunjukkan gejala karena proses penyakitnya berada di dalam lapisan epitel dan belum menimbulkan perubahan yang nyata dari mulut rahim. Pada akhirnya gejala yang ditimbulkan adalah keputihan, perdarahan pasca senggama dan pengeluaran cairan dari vagina. Jika sudah menjadi invasif akan ditemukan gejala seperti

perdarahan spontan, perdarahan pasca senggama, keluarnya cairan (keputihan) dan rasa tidak nyaman saat melakukan hubungan seksual (Bustan, 2007).

Gejala umum yang sering terjadi berupa perdarahan pervaginam (pascasenggama, perdarahan diluar haid) dan keputihan. Pada penyakit lanjut keluhan berupa keluar cairan pervaginam yang berbau busuk, nyeri panggul, nyeri pinggang dan pinggul, sering berkemih, buang air kecil atau buang air besar yang sakit. Gejala penyakit yang residif berupa nyeri pinggang, edema kaki unilateral dan obstruksi ureter (Anwar, 2011).

Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015) secara umum tanda dan gejalanya adalah terjadinya perdarahan vaginam setelah aktifitas seksual atau diantara masa menstruasi. Sementara itu, tanda lain yang mungkin timbul antara lain:

- 1) Hilangnya nafsu makan dan berat badan.
- 2) Nyeri tulang panggul dan tulang belakang.
- 3) Nyeri pada anggota gerak (kaki).
- 4) Terjadi pembengkakan pada area kaki.
- 5) Keluarnya feaces menyertai urin melalui vagina.
- 6) Hingga terjadi patah tulang panggul.

Apabila kanker sudah berada pada stadium lebih lanjut, bias terjadi perdarahan spontan dan nyeri pada rongga panggul.

d. Faktor Resiko Kanker Serviks

Menurut Marmi (2013), Bustan (2007) dan Kementerian Kesehatan RI (2013) ada beberapa faktor-faktor yang dianggap sebagai faktor resiko terjadi kanker serviks diantaranya:

- 1) Menikah/ memulai aktivitas seksual pada usia muda (kurang dari 20 tahun). Faktor ini dianggap faktor resiko terpenting dan tertinggi.
- 2) Berganti-ganti pasangan seksual.
- 3) Berhubungan seks dengan laki-laki yang sering berganti pasangan.
- 4) Perilaku seksual: resiko >10x pada wanita dengan mitra seks lebih dari 6 dan hubungan seks pertama pada usia muda (kurang dari 15 tahun), riwayat PMS.
- 5) Jumlah perkawinan: ibu dengan suami yang mempunyai lebih dari satu atau banyak istri lebih beresiko kanker serviks.
- 6) Riwayat infeksi didaerah kelamin atau radang panggul.
- 7) Multiparitas (perempuan yang melahirkan banyak anak).
- 8) Nutrisi: definisi antioksidan.
- 9) Hygiene rendah yang memungkinkan infeksi kuman.
- 10) infeksi virus: terutama HPV.

Faktor lain yang dicurigai berperan (suspected risk factors) adalah:

- 1) Merokok: efek karsinogenik zat hidrokarbon aromatic polisiklik amin.

- 2) Perempuan perokok mempunyai resiko dua setengah kali lebih besar untuk menderita kanker leher rahim dibandingkan dengan yang tidak merokok.
- 3) Perempuan yang menjadi perokok pasif (yang tinggal bersama dengan yang mempunyai kebiasaan merokok) akan meningkatkan resikonya 1,4 kali dibandingkan perempuan yang hidup dengan udara bebas.
- 4) Riwayat kontrasepsi hormonal: pil KB lebih dari 4 tahun, resiko meningkat 1-1,5 x.

Perempuan yang pernah melakukan penapisan (test papsmear atau IVA test) akan menurunkan resiko terkena kanker leher rahim (faktor protektif).

e. Stadium Klinik

Menurut Yatim (2005) dan Tilong (2012) ada beberapa tingkatan klinik atau stadium kanker serviks diantaranya sebagai berikut:

- 1) Stadium 0, Kanker serviks hanya ditemukan pada lapisan atas dari sel-sel pada jaringan yang melapisi leher rahim. Tingkat 0 juga disebut carcinoma in situ.
- 2) Stadium I, Kanker masih terbatas didalam jaringan serviks dan belum menyebar ke dalam rahim. Stadium I dibagi menjadi:
 - a) IA, Karsinoma yang didiagnosa baru hanya secara mikroskop dan belum menunjukkan kelainan/keluhan klinik.

- b) IA₁, kanker sudah mulai menyebar ke jaringan otot dengan dalam <3 mm, serta ukuran besar tumor <7 mm.

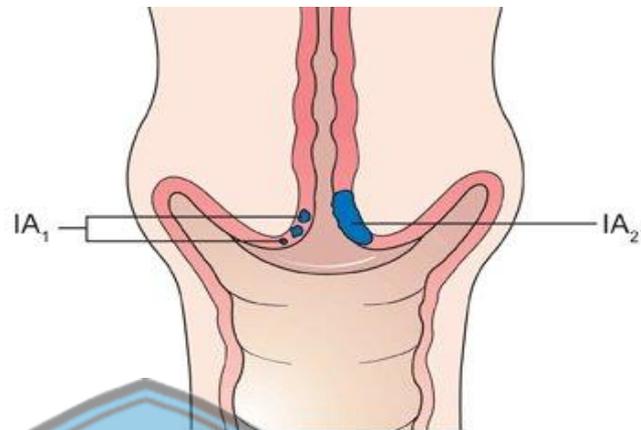


Diagram showing stage 1A cervical cancer
Copyright © CancerHelp UK

Gambar 2.2 Kanker Serviks Stadium IA.

- c) IA₂, Kanker sudah menyebar lebih dalam (>3 mm – 5 mm) dengan lebar = 7 cm.
 d) IB, Ukuran kanker sudah > dari 1A₂.
 e) IB₁, Ukuran tumor = 4 cm.
 f) IB₂, Ukuran tumor >4 cm

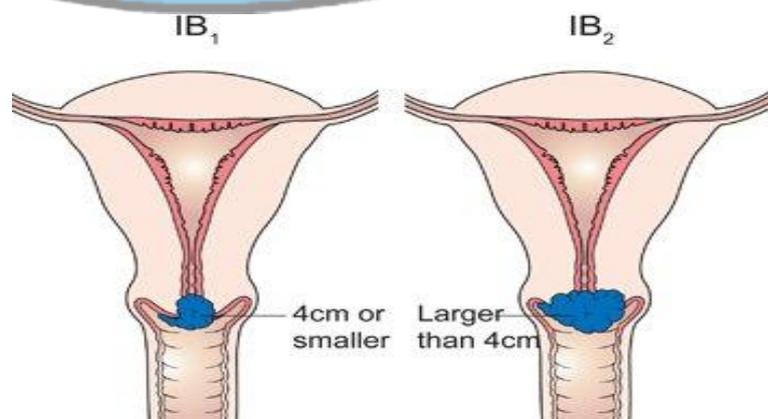
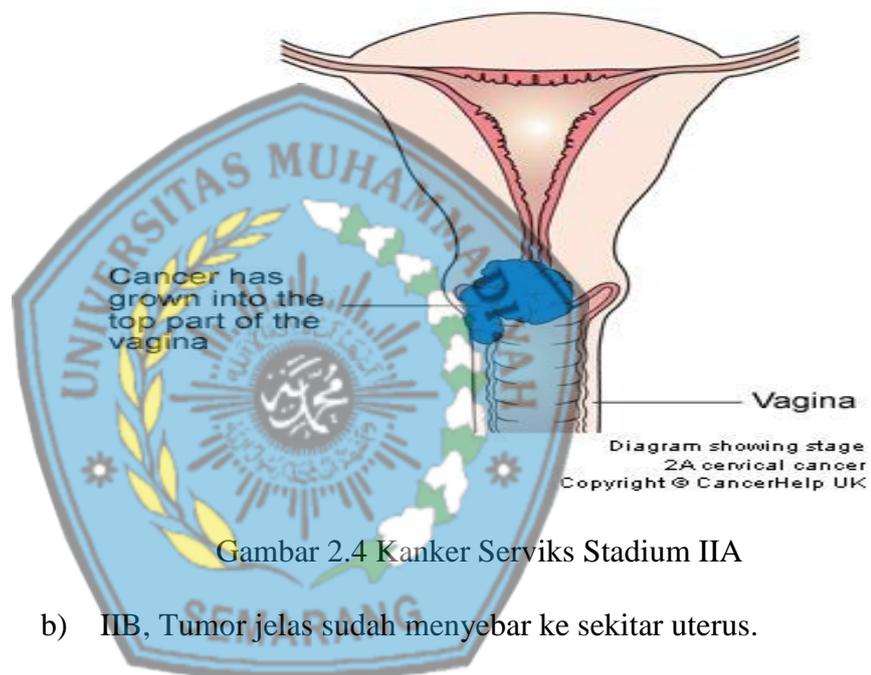


Diagram showing stage 1B cervical cancer
Copyright © CancerHelp UK

Gambar 2.3 Kanker Serviks Stadium IB

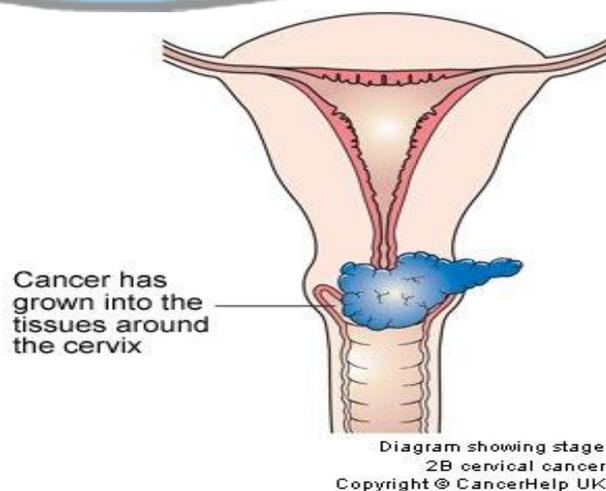
3) Stadium II, Kanker sudah meluas melewati leher rahim ke dalam jaringan-jaringan yang berdekatan dan kebagian atas dari vagina. Kanker serviks tidak menyerang ke bagian ketiga yang lebih rendah dari vagina atau dinding pelvis (lapisan dari bagian tubuh antara pinggul). Stadium II dibagi menjadi:

a) IIA, Tumor jelas belum menyebar ke sekitar uterus.



Gambar 2.4 Kanker Serviks Stadium IIA

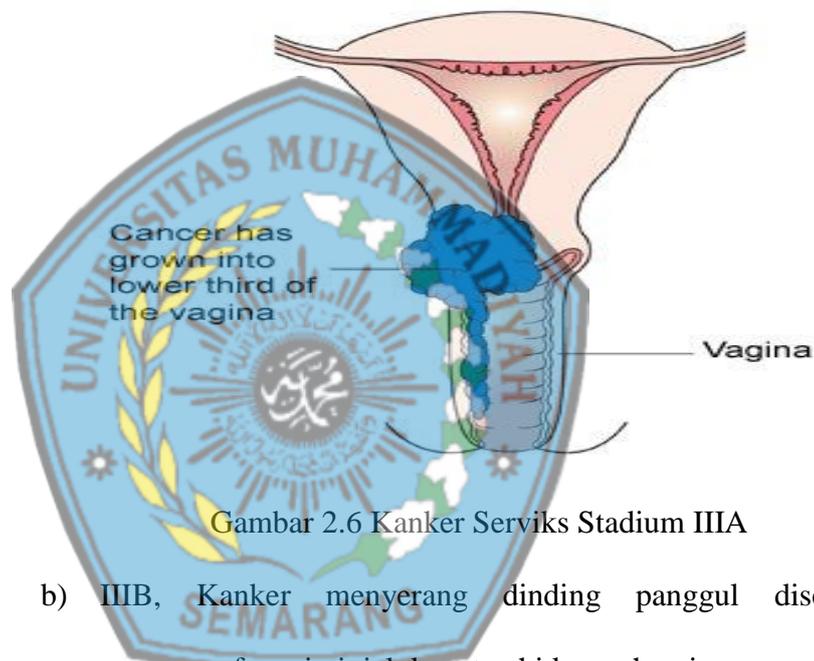
b) IIB, Tumor jelas sudah menyebar ke sekitar uterus.



Gambar 2.5 Kanker Serviks Stadium IIB

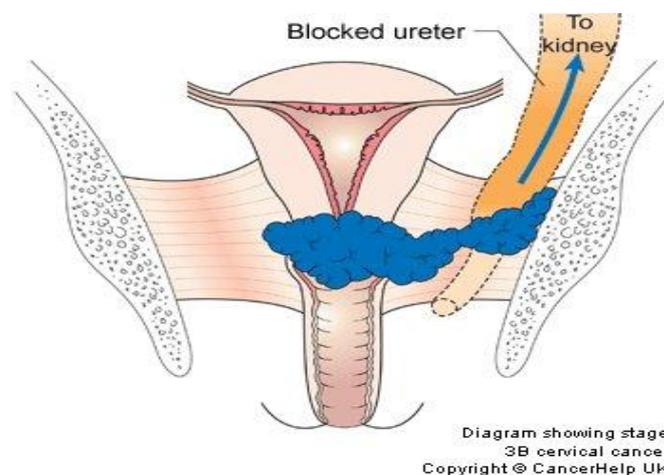
- 4) Stadium III, Kanker sudah menyebar ke dinding panggul dan sudah mengenai jaringan vagina lebih rendah dari 1/3 bawah. Bisa juga penderita sudah mengalami ginjal bengkak karena bendungan air seni (hidronefrosis) dan mengalami gangguan fungsi ginjal. Stadium III dibagi menjadi:

a) IIIA, Kanker sudah menginfeksi dinding panggul.



Gambar 2.6 Kanker Serviks Stadium IIIA

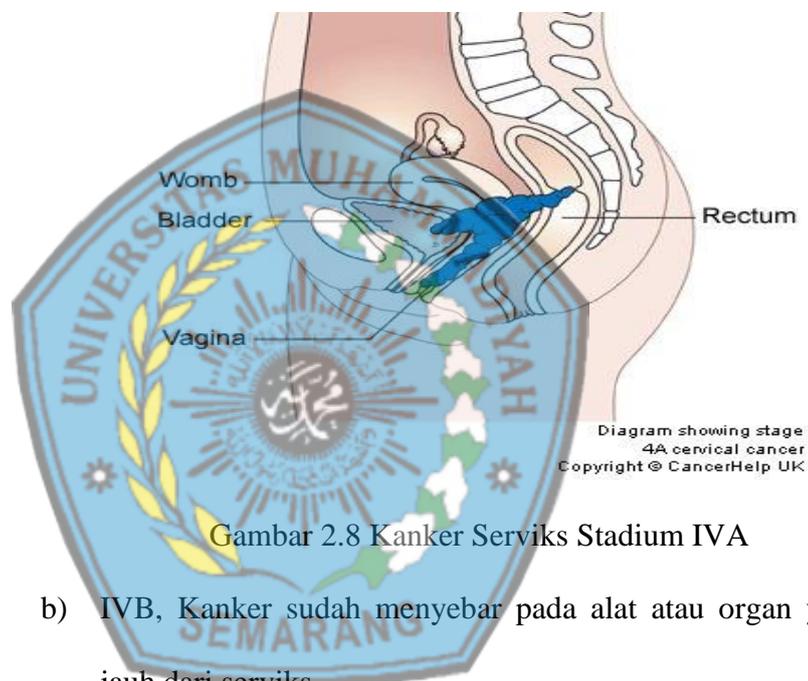
b) IIIB, Kanker menyerang dinding panggul disertai gangguan fungsi ginjal dan atau hidronefrosis.



Gambar 2.7 Kanker Serviks Stadium IIIB

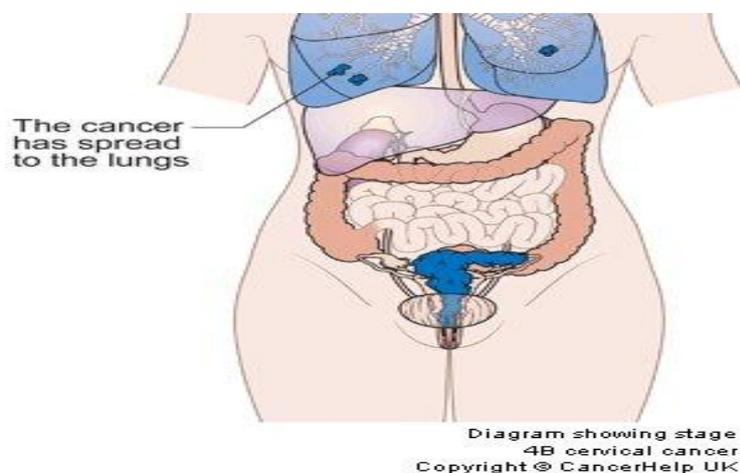
5) Stadium IV, Kanker sudah menyebar kerongga panggul dan secara klinik sudah terlihat tanda-tanda infasi kanker keselaput lender kandung kencing dan atau rectum. Stadium IV dibagi menjadi:

- a) IVA, Sel kanker menyebar pada alat atau organ yang dekat dengan kanker serviks.



Gambar 2.8 Kanker Serviks Stadium IVA

- b) IVB, Kanker sudah menyebar pada alat atau organ yang jauh dari serviks.



Gambar 2.9 Kanker Serviks Stadium IVB

f. Deteksi dini atau *screening* kanker serviks

Berikut ini metode deteksi dini kanker serviks menurut Tilong (2012):

1) *Pap Smear (Papanicolou Smear)*

Merupakan suatu metode untuk deteksi dini. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga ahli yaitu ahli kandungan maupun bidan. Pemeriksaan ini dilakukan bertujuan untuk mendeteksi apakah seorang wanita terinfeksi HPV maupun adanya sel karsinoma. dengan *pap smear* diharapkan jika seorang wanita mengidap karsinoma dan dapat diketahui secara dini maka diharapkan dapat terobati dan mengurangi kematian akibat kanker serviks. Wanita yang sudah melakukan hubungan seksual sebaiknya melakukan *pap smear* secara rutin satu kali dalam setahun.

2) *IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat)*

Metode ini lebih mudah dan sederhana dilakukan oleh tenaga kesehatan dibandingkan *pap smear*, karena tidak memerlukan pemeriksaan laboratorium. Sehingga screening dapat dilakukan dengan cakupan yang lebih luas. Dengan demikian penemuan kanker serviks dapat ditemukan secara dini. IVA sendiri hanya memerlukan asam asetat saat pemeriksaan yang dioleskan pada serviks dan ada perubahan warna atau tidak.

g. Pencegahan Kanker serviks

Menurut Yatim (2005) cara mencegah kanker serviks antara lain:

- 1) Penggunaan kondom bila berhubungan seks dapat mencegah penularan penyakit infeksi menular seperti Gonorrhoe, Chlamydia, sipilis dan HIV/AIDS.
- 2) Menghindari merokok, meningkatkan derajat kesehatan secara umum dan mencegah CIN (cervical intraepithelial neoplasia = pertumbuhan sel epitel kearah ganas) dan kanker leher rahim.

Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015) kanker serviks dapat dicegah dengan vaksinasi yang diberi nama “Gardasil” yang dikembangkan oleh perusahaan obat terbesar dunia yang berada di Amerika Serikat. Vaksin ini menurut WHO, juga sangat efektif mencegah infeksi HPV tipe 6 dan 11 yang menyebabkan hampir 90% dari semua jenis kanker leher rahim.

Pencegahan perlu dilakukan untuk berbagai macam penyakit, agar nantinya dapat mengurangi mortalitas dan morbidity akibat penyakit tersebut yaitu kanker serviks. Beberapa pengobatan yang bertujuan untuk mematikan sel-sel yang mengandung virus HPV dengan cara menyingkirkan bagian yang rusak atau terinfeksi dengan pembedahan listrik, laser ataupun *cryosurgery* (membuang jaringan abnormal dengan pembekuan) (Tilong, 2012).

Untuk pengobatan kanker mulut rahim ditemukan oleh berat ringan penyakit atau stadium. Umumnya pada stadium awal operasi

menjadi pilihan pertama. Apabila kanker serviks sudah sampai ke stadium lanjut, maka akan dilakukan kemoterapi. Kalau sudah parah dilakukan bisterektomi yaitu operasi pengangkatan rahim atau kandungan secara total (Bustan, 2007).

2. IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat)

a. Pengertian

IVA merupakan pemeriksaan leher rahim (serviks) dengan cara melihat langsung (dengan mata telanjang) leher rahim setelah memulas leher rahim dengan larutan asam asetat 3-5% (Marmi, 2013). Pada lesi prakanker akan menampilkan warna bercak putih yang disebut aceto white epithelium (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Tes visual menggunakan larutan asam cuka (asam asetat 3-5 %) dan larutan iosium lugol pada serviks dan melihat perubahan warna yang terjadi setelah dilakukan olesan (Rasjidi, 2009).

Metode IVA pertama kali ditemukan oleh Sankaranarayanan dkk. Deteksi dengan metode IVA ini sangat cocok diaplikasikan di Negara berkembang karena selain mudah, murah, efektif, tidak invasive, juga dapat dilakukan langsung oleh dokter, bidan atau paramedic. Hasilnya pun langsung bias didapat dan sensitivitas serta spesifitasnya cukup baik (Samadi, 2011).

b. Tujuan

Tujuannya untuk melihat adanya sel yang mengalami displasia sebagai salah satu metode skrining kanker mulut rahim (Rasjidi, 2009).

Menurut Marmi (2013) tujuan IVA test adalah untuk mengurangi morbiditas atau mortalitas dari penyakit dengan pengobatan dini terhadap kasus-kasus yang ditemukan. Untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada leher rahim.

c. Syarat IVA

Menurut Arum (2015) dan Marmi (2013) ada beberapa syarat melakukan test IVA yaitu:

- 1) Sudah melakukan hubungan seksual.
- 2) Tidak sedang datang bulan.
- 3) Tidak sedang hamil.
- 4) 24 jam sebelumnya tidak melakukan hubungan seksual

d. Kontra Indikasi

Menurut Rasjidi (2009) mengatakan tidak direkomendasikan pada wanita pascamenopause, karena daerah zona transisional seringkali terletak kanalis servikalis dan tidak tampak dengan pemeriksaan inspekulo.

e. Jadwal IVA

Menurut Marmi (2013) dan Kementerian Kesehatan RI (2013) mengatakan ada beberapa jadwal untuk melakukan deteksi dini kanker serviks yaitu:

- 1) Skrining pada setiap wanita minimal 1x pada usia 30-50 tahun.
- 2) Seorang perempuan yang mendapat hasil tes IVA negatif, harus menjalani penapisan minimal 5 tahun sekali. Mereka yang mempunyai hasil tes IVA positif dan mendapatkan pengobatan, harus menjalani tes IVA berikutnya enam bulan kemudian.
- 3) Ideal dan optimal pemeriksaan dilakukan setiap 3 tahun pada wanita usia 25-60 tahun.

f. Keuntungan IVA

Menurut Marmi (2013), Tilong (2012) dan Rasjidi (2009) ada beberapa keuntungan metode IVA yaitu:

- 1) Mudah dan praktis dilaksanakan.
- 2) Dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, bukan dokter ginekologi, bahkan dapat dilakukan oleh bidan praktik swasta di tempat-tempat terpencil.
- 3) Alat-alat yang dibutuhkan sangat sederhana hanya untuk pemeriksaan ginekologi dasar.
- 4) Biaya murah, sesuai untuk pusat pelayanan sederhana.

- 5) Hasilnya langsung diketahui sehingga dapat diambil keputusan mengenai penatalaksanaannya, tidak memakan waktu berminggu-minggu.
- 6) Tidak memerlukan alat test laboratorium yang canggih (alat pengambil sampel jaringan, preparat, reagen, mikroskop dan lain sebagainya).
- 7) Tidak memerlukan teknisi lab khusus untuk pembacaan hasil test.
- 8) Sensitivitas IVA dalam mendeteksi kelainan leher rahim lebih tinggi dari pada papsmear test (sekitar 75%), meskipun dari segi kepastian lebih rendah (sekitar 85%).

g. Langkah Pemeriksaan IVA

Menurut Arum (2015) dan Depkes RI (2009) ada 3 langkah pemeriksaan IVA yaitu:

- 1) Persiapan Pasien
 - a) Langkah 1, pemeriksa melakukan informant consent.
 - b) Langkah 2, sebelum melakukan test IVA, diskusikan tindakan dengan ibu/klien. Jelaskan mengapa test tersebut dianjurkan dan apa yang akan dilakukan saat pemeriksaan. Jelaskan juga mengenai sifat temuan yang mungkin dan tindak lanjut atau pengobatan yang mungkin diperlukan.
 - c) Langkah 3, pastikan peralatan dan bahan yang diperlukan tersedia. Bawa ibu/klien keruang pemeriksaan, minta dia

untuk BAK terlebih dahulu. Minta ibu/klien untuk melepas pakaian (termasuk pakaian dalam) sehingga dapat dilakukan pemeriksaan panggul dan test IVA.

- d) Langkah 4, bantu ibu/klien memposisikan dirinya di atas meja ginekologi, tutup badan ibu dengan selimut, nyalakan lampu/senter dan arahkan ke vagina ibu.

2) Persiapan Alat

- a) Sabun dan air untuk cuci tangan.
- b) Lampu sorot/senter yang terang untuk melihat serviks.
- c) Spekulum cocor bebek dengan desinfeksi tingkat tinggi.
- d) Sarung tangan (handscone) sekali pakai atau desinfeksi tingkat tinggi.
- e) Meja ginekologi atau tempat periksa yang memungkinkan pasien berada pada posisi litotomi dan selimut.
- f) Lidi wotten.
- g) Tampon tang/venster klem.
- h) Kasa steril pada tempatnya.
- i) Asam asetat 3-5% dalam kom kecil steril.

- (1) Jika asam asetat 5%, maka cara membuatnya dengan cara mengambil 1 sendok cuka dapur + 4 sendok air steril.

(2) Jika asam asetat 3%, maka cara membuatnya dengan cara mengambil 2 sendok cuka dapur + 11 sendok air steril

j) Larutan iodium lugol.

k) Larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi instrumen dan sarung tangan.

l) Format pencatatan.

3) Pelaksanaan

Menurut Rasjidi (2009), tehnik pelaksanaan pemeriksaan IVA adalah sebagai berikut:

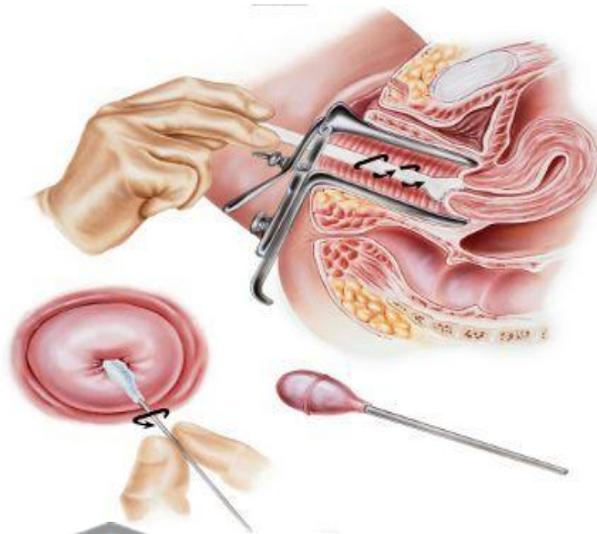
a) Memasang alat pelebar atau spekulum yang sebelumnya dibasuh dengan air hangat dan dimasukkan ke dalam vagina untuk melihat leher rahim.

b) Menyesuaikan pencahayaan untuk mendapatkan gambaran terbaik dari serviks atau leher rahim.

c) Membersihkan darah, mucus, dan kotoran lain pada serviks dengan menggunakan lidi kapas.

d) Mengidentifikasi daerah sambungan *skuamo-columnar* (zona perforasi).

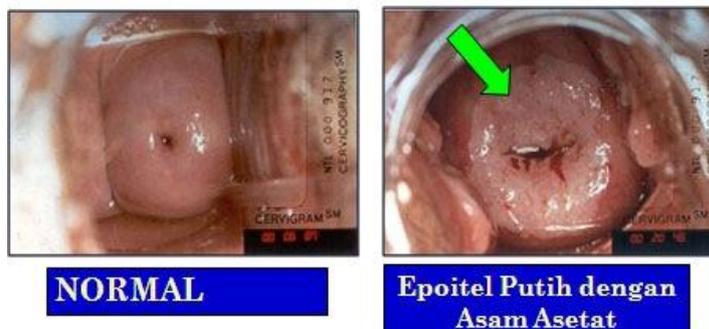
e) Mengoleskan larutan asam cuka atau lugol, menunggu 1-2 menit untuk terjadinya perubahan warna pada serviks.



Gambar 2.10 Gambar Mengoles Porsio dengan Asam Asetat

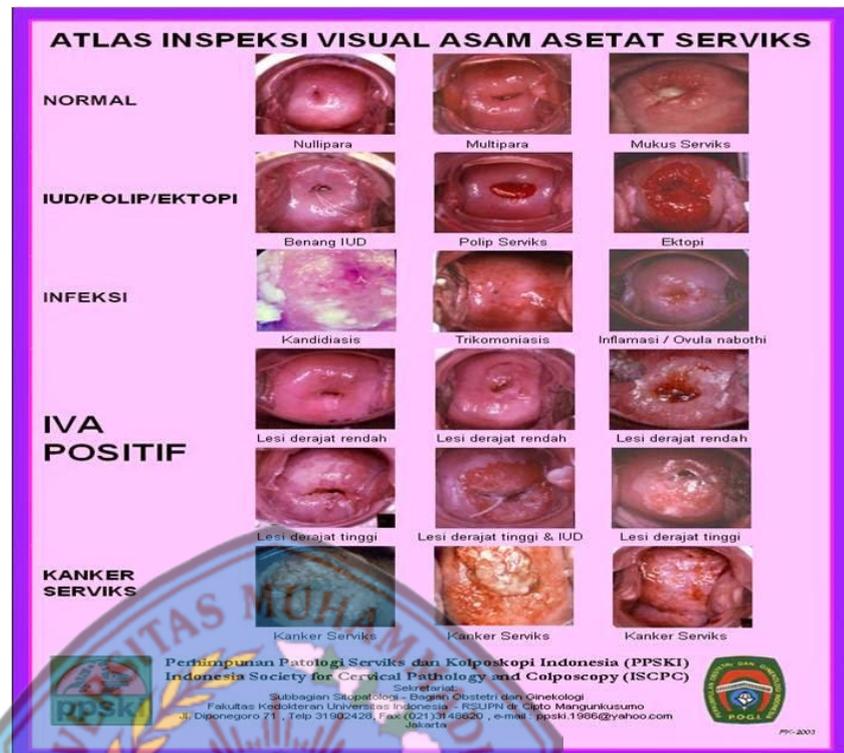
- f) Melihat dengan cermat dan meyakinkan daerah *skuamo-columnar* (zona perforasi), mencatat bila serviks mudah berdarah, melihat adanya plaque warna putih dan tebal atau *epitel acetowhite* bila menggunakan asam asetat atau warna kekuningan bila menggunakan larutan lugol.

IVA + Inspeksi Visual Asam Asetat



Gambar 2.11 Gambar Acetowhite epithelium

- g) Bersihkan sisa larutan asam asetat dan larutan lugol dengan lidi kapas/lidi wotten/kasa bersih.
 - h) Lepaskan speculum dengan hati-hati.
 - i) Catat hasil pengamatan.
- h. Hasil Pemeriksaan IVA
- 1) IVA negatif berarti menunjukkan leher rahim normal.
 - 2) IVA radang berarti serviks dengan radang (*servicitis*), atau kelainan jinak lainnya (polip serviks).
 - 3) IVA positif berarti ditemukan bercak putih (*aceto white epithelium*). Kelompok ini yang menjadi sasaran temuan ini mengarah pada diagnosis *serviks*-pra kanker (displasia ringan-sedang-berat atau kanker *serviks in-situ*).
 - 4) IVA kanker *serviks* berarti pada tahap ini pun, untuk upaya penurunan temuan stadium kanker *serviks*, masih akan bermanfaat bagi penurunan kematian akibat kanker *serviks* bila ditemukan masih pada stadium *invasive* dini (stadium Ib-IIa). (Marmi, 2013).



Gambar 2.12 Atlas Inspeksi Visual Asam Asetat Serviks

3. Dukungan Keluarga
 - a. Pengertian Keluarga

Menurut salvicion dan Ara celis yang dikutip setiawati (2005) dalam buku Dion dan Betan (2013) keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

Menurut UU No. 10 tahun 1992 keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami istri dan

anaknya atau anak dan ayahnya atau ibu dan anaknya (Dion dan Betan, 2013)

b. Ciri-ciri keluarga

1) Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton dalam (Setiadi, 2008) ciri-ciri keluarga dibagi beberapa macam:

- a) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- b) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
- c) Keluarga mempunyai suatu system tata nama (Nomen Clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
- d) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- e) Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah, atau rumah tangga.

2) Ciri keluarga Indonesia

- a) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
- b) Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
- c) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses keputusan dilakukan secara musyawarah.

c. Struktur keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam (Setiadi, 2008) diantaranya adalah:

1) Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2) Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3) Matriloal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4) Patriloal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5) Keluarga kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.



d. Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2003) fungsi keluarga meliputi:

- 1) Fungsi efektif adalah fungsi keluarga yang utama mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- 2) Fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat berlatih anak untuk kehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- 3) Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- 4) Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- 5) Fungsi perawatan dan pemeliharaan kesehatan adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Ada tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya menurut Effendy (1998) dalam Setiadi (2008), yaitu :

- a) Asih adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga.

- b) Asuh adalah menuju kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga agar kesehatan selalu terpelihara.
 - c) Asah adalah memenuhi kebutuhan pendidikan
- e. Dukungan Sosial Keluarga

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Cohen & Syme, 1996) dalam buku (Setiadi, 2008).

Dukungan social keluarga dalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosial (Friedman, 1998) dalam buku (setiadi, 2008).

Menurut Nursalam & Ninuk (2007) dalam buku setiadi (2008) dukungan sosial meliputi: pasangan (suami/istri), orang tua, anak, keluarga, teman, petugas kesehatan dan konselor.

Studi-studi tentang dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan social sebagai koping keluarga, baik dukungan-dukkungan yang bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat. Dukungan social keluarga eksternal antara lain sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok social, kelompok rekreasi, tempat Ibadah, praktisi kesehatan. Dukungan social keluarga internal antara lain dukungan

dari suami atau istri, dari saudara kandung, atau dukungan dari anak (Friedman, 1998) dalam buku Setiadi (2008).

Menurut Friedman (1998) dalam buku Setiadi (2008) Jenis dukungan keluarga ada empat, yaitu:

- 1) Dukungan Instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.
- 2) Dukungan informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai kolektor dan disseminator (penyebarkan informasi).
- 3) Dukungan penilaian (appraisal), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.
- 4) Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Menurut Smet (1998) yang dikutip oleh Setiadi (2008) setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain:

- 1) Informatif yaitu bantuan informasi yang disediakan agar digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.

- 2) Perhatian emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.
- 3) Bantuan Instrumental, bantuan bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan dan lain-lain.
- 4) Bantuan Penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bias positif dan negative yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan social keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

Efek dari dukungan social terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. secara lebih spesifik, keberadaan dukungan social yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan social keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress.

f. Tugas Keluarga Dalam Bidang Keluarga

Ada 5 pokok tugas keluarga yang dijabarkan oleh Friedman (1998) yang sampai saat ini masih dipakai dalam asuhan keperawatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) yang dikutip Efendi dan Makhfudli (2009) didalam buku Dion dan Betan (2013) tersebut adalah:

1) Mengenal Masalah Kesehatan Keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatan lah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana akan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga dan orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang

terjadi, dan berapa besar perubahan. Sejuahmana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Membuat keputusan tindakan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenal masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut ini adalah hal-hal yang perlu dikaji:

- a) Sejuah mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah.
- b) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan.
- c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami.
- d) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit.
- e) Apakah keluarga mempunyai sifat negative terhadap masalah kesehatan.
- f) Apakah keluarga kurang percaya terhadap petugas kesehatan.
- g) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.

3) Memberi perawatan terhadap keluarga yang sakit

Ketika member perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a) Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya).
- b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
- c) Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan.
- d) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau financial, fasilitas fisik, psikosial).
- e) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

4) Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a) Sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
- b) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan.
- c) pentingnya hygiene sanitasi.
- d) Upaya pencegahan penyakit.
- e) Sikap atau pandangan keluarga terhadap Higiene sanitasi.
- f) Kekompakan antara-anggota keluarga.

5) Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang Ada Di Masyarakat.

Ketika merujuk anggota keluarga kefasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini:

- a) Keberadaan fasilitas kesehatan.
- b) Keuntungan-keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan.
- c) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
- d) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
- e) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh petugas kesehatan.

Perlu digaris bawahi bahwa 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan diatas, mesti selalu dijalankan. Tentu apabila salah satu atau beberapa diantara tugas tersebut tidak dijalankan justru akan menimbulkan masalah kesehatan dalam keluarga.

4. Pasangan usia subur

Pasangan usia subur adalah pasangan suami isteri yang isterinya berumur antara 15 sampai dengan 49 tahun (BKKBN, 2011). Pasangan usia subur adalah pasangan suami istri yang pada saat ini hidup bersama, baik bertempat tinggal resmi dalam satu rumah ataupun tidak, dimana umur istrinya antara 15 tahun sampai dengan 44 tahun. Batasan umur yang digunakan disini adalah 15 sampai 44 tahun dan bukan 15 sampai

49 tahun. Hal ini tidak berarti berbeda dengan perhitungan fertilitas yang menggunakan batasan 15 sampai 49 tahun, tetapi dalam kegiatan keluarga berencana mereka yang berada pada kelompok 45 sampai 49 bukan merupakan sasaran keluarga berencana lagi. Hal ini dilatarbelakangi oleh pemikiran bahwa mereka yang berada pada kelompok umur 45 sampai 49 tahun kemungkinan untuk melahirkan lagi sudah sangat kecil sekali (Wirosuhardjo, 2004).

Masa Reproduksi Sehat wanita dibagi menjadi 3 periode yaitu: kurun reproduksi muda (15-19 tahun) merupakan tahap menunda kehamilan, kurun reproduksi sehat (20-35 tahun) merupakan tahap untuk menjarangkan kehamilan dan kurun reproduksi tua (36-45) tahun merupakan tahap untuk mengakhiri kehamilan (BkkbN, 2003).

5. Pendidikan

Menurut UU RI No 20 tahun 2003, ditinjau dari sudut tingkatannya jalur pendidikan sekolah dari: pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD), Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTS) dan bentuk lain yang sederajat. Pendidikan menengah meliputi Sekolah Menengah Umum (SMU) dan kejuruan serta Madrasah Aliyah (MA). Pendidikan tinggi meliputi akademi, institusi, sekolah tinggi, dan universitas (Depdiknas, 2003).

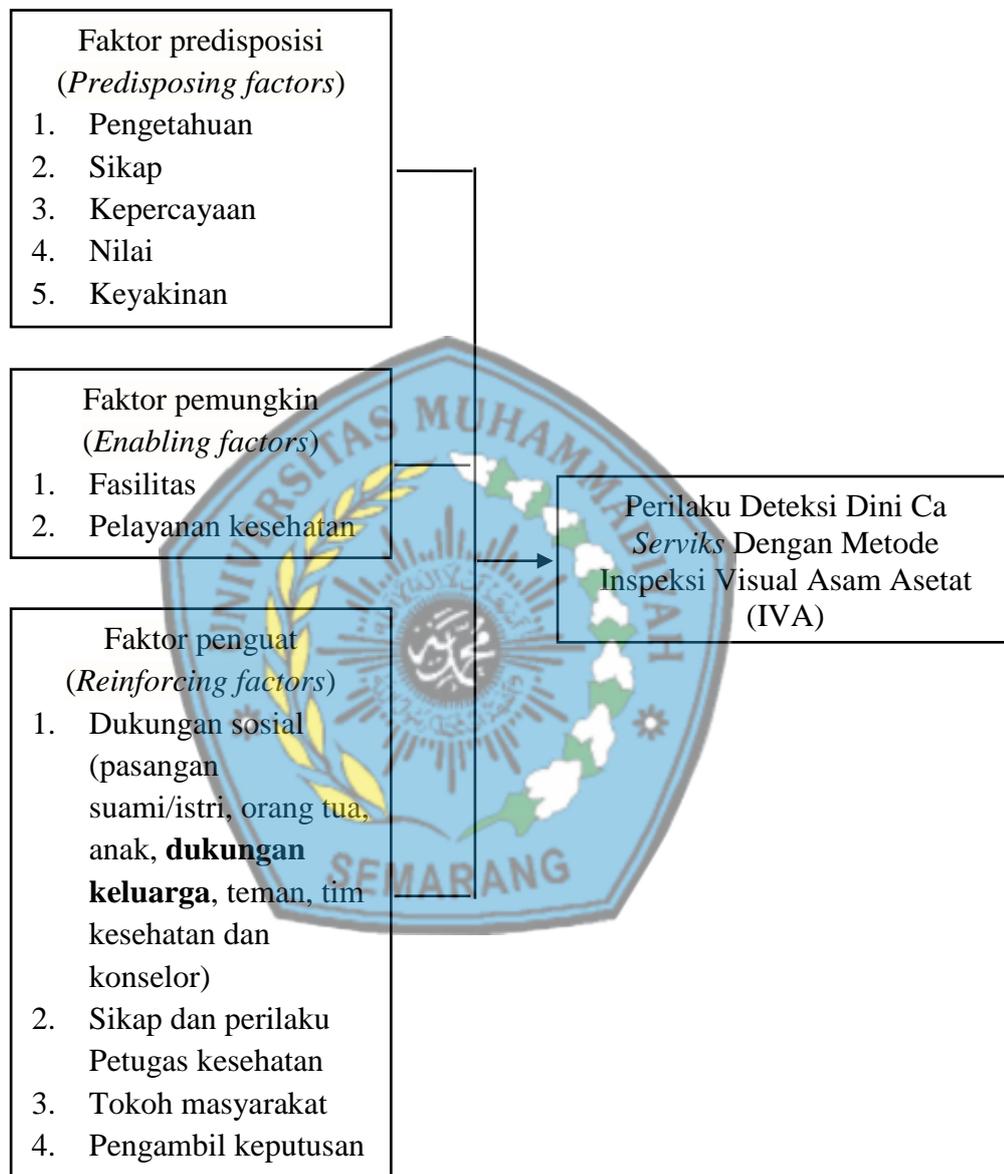
Dengan belajar pada hakikatnya adalah penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan

dalam hubungan manusia dengan luar dan dalam manusia. Pendidikan merupakan upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif (Wawan & Dewi, 2010:16).



B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori didapat kerangka teori sebagai berikut:



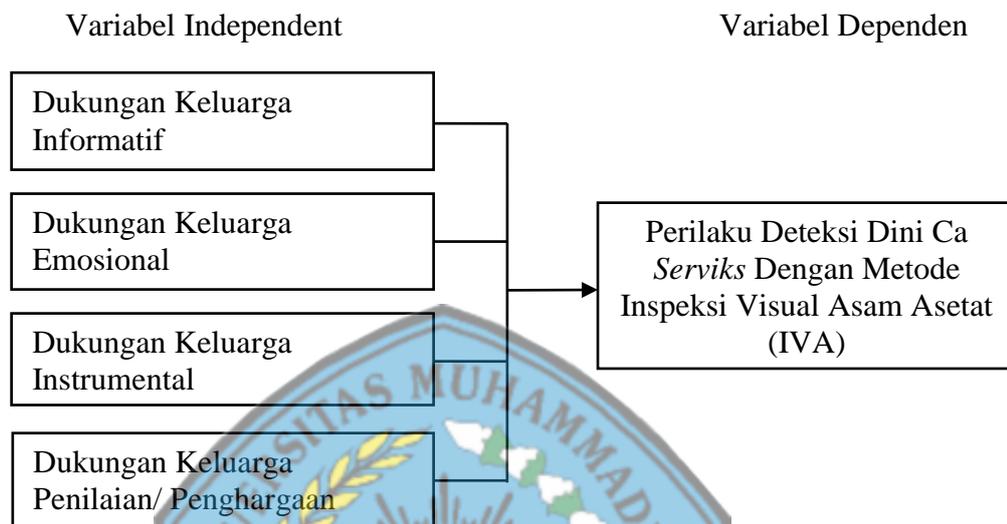
Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Lawrence Green & Marshall (2000)

Keterangan : Kata yang dicetak tebal yang diteliti

C. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang ada, maka kerangka konsep dapat digambarkan sebagai berikut:



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Ha : Ada Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Keikutsertaan Ibu Dalam Deteksi Dini Ca *Serviks* Dengan Metode Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA).