

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan pembunuh nomor 2 setelah penyakit kardiovaskuler, kanker menyebabkan kematian sebesar 12% di dunia (Depkes, 2010). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2010) memperkirakan setiap tahun, 12 juta orang diseluruh dunia menderita kanker dan 7,6 juta diantaranya meninggal dunia. Penderita kanker di dunia sebanyak 26 juta orang dan 17 juta diantaranya diperkirakan akan meninggal pada tahun 2030 jika penyakit ini tidak dikendalikan. Ironisnya, kejadian ini akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang (*International Union Against Cancer / UICC*, 2009) (Departemen Kesehatan, 2009).

Union Internationale Contele Cancer (UICC) memperkirakan jumlah penderita kanker di negara berkembang pada tahun 2020 bisa mencapai 10 juta orang dengan 16 kasus baru setiap tahunnya dimana setiap 11 menit ada satu orang penduduk dunia yang meninggal karena kanker, dan setiap tiga menit ada satu penderita kanker baru (Rasjidi, 2009).

National Cancer Institute (NCI, 2012), memperkirakan dalam dekade ini terjadi 9 juta kematian akibat kanker, 4% di antaranya adalah kanker pada anak. Kanker juga menjadi penyakit serius pada usia dewasa baik laki-laki maupun wanita. Sekitar 436 per 100.000 orang akan terkena kanker dengan insidensi mortalitas cukup besar yaitu sekitar 176 per 100.000 orang. Pada wanita jenis kanker yang terbanyak adalah

kanker payudara dan kanker serviks sedangkan pada laki-laki jenis kanker terbanyak adalah kanker prostat dan kanker paru-paru, serta leukimia pada anak-anak.

Laporan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2015 menyebutkan terdapat sekitar 8,2 juta kematian yang disebabkan oleh kanker. *Prevalensi* kanker di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2015 terdapat 1,4% atau sekitar 347.792 orang mengalami kanker (Kemenkes RI, 2015). Depkes (2010) menunjukkan prevalensi kanker di Riau adalah 0,7 per 1000 penduduk. *Prevalensi* kanker pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki dan prevalensi kanker di temukan tinggi di Bengkalis dan Kepulauan Meranti.

Angka kematian akibat kanker ini sebenarnya bisa dikurangi 3-35 %, asal dilakukan tindakan *prevalensi*, *screening* dan deteksi dini. Sebagai catatan, bila seseorang penderita divonis bahwa penyakit kankernya dalam kategori stadium satu, maka harapan hidup lima tahun kedepan akan mencapai 90%. Stadium dua, 65%, stadium tiga, 15-20% , dan stadium empat harapan hidupnya hanya kurang dari 5% (Diananda, 2009).

Pengobatan yang sering digunakan dalam terapi kanker terdiri dari terapi farmakologi, radioterapi, kemoterapi, hormonoterapi, imunoterapi, bahkan tindakan pembedahan dengan segala resiko yang mungkin timbul (Surbekti, 2010). Kemoterapi adalah salah satu bagian dari penanganan penderita kanker dengan menggunakan suatu agen kimia yang dapat menghentikan atau menghambat sel-sel kanker tersebut. Lebih dari separuh

penderita kanker mendapatkan tindakan pengobatan dengan kemoterapi, dan efeknya bagi banyak penderita sangat efektif. Kemoterapi adalah tindakan/terapi pemberian senyawa kimia (obat) untuk mengurangi, menghilangkan atau menghambat pertumbuhan parasit atau mikroba di tubuh pasien (Desen, 2011).

Perwitasari (2009) mengatakan bahwa diantara berbagai efek samping kemoterapi, mual muntah merupakan efek samping yang menakutkan bagi penderita dan keluarga. Rhodes (2010) menyebutkan bahwa mual dan muntah masih terus menjadi hal yang paling menimbulkan stress diantara efek samping kemoterapi, meskipun perkembangan agen antiemetik saat ini lebih efektif. Berbagai efek yang menyertai kemoterapi dapat menyebabkan stress pada klien, dimana stress dapat menimbulkan perasaan cemas dan depresi, sehingga banyak pasien yang tidak kuat untuk menjalani kemoterapi.

Tenaga perawat dalam melakukan tindakan kemoterapi harus memiliki pengetahuan tentang prosedur pemberian obat kemoterapi. Pemberian kemoterapi yang dilakukan oleh perawat rentan terkena pada kulit atau mata pada saat melakukan tindakan. Eksposur kemoterapi dapat mempengaruhi sistim saraf yang akan mengganggu sistim reproduksi dan membawa peningkatan resiko kanker darah di masa depan dan berbahaya untuk kesehatan perawat (Sarce, 2009).

Pemberian kemoterapi apabila tidak dilaksanakan sesuai prosedur dapat berdampak negatif pada pasien dan juga perawat. Oleh sebab itu, perawat harus memiliki pengetahuan tentang prosedur kemoterapi yang

aman yaitu mulai dari pelaksanaan awal pemberian kemoterapi sampai dengan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) yang lengkap berupa sarung tangan khusus untuk kemoterapi, kacamata pelindung, masker dan pakaian pelindung. Selain itu dalam memberikan obat kemoterapi diperlukan lokasi/ruangan khusus untuk melindungi perawat pada saat proses pencampuran obat (Dempsey, 2009).

Harrison (2010) menjelaskan bahwa hasil pemeriksaan yang dilakukan pada petugas kesehatan ditemukan bahwa obat-obat kemoterapi terdapat dalam urin petugas kesehatan, diketahui ada 6 jenis obat yang ditemukan yaitu *ifosfamide*, *cyclophosphamide*, *epirubicin*, *cisplatin* atau *carboplatin*. Kejadian ini terjadi, sehubungan dengan resiko dalam penanganan obat kemoterapi yang berpotensi terpapar melalui udara, tempat kerja, pakaian atau container obat. Efek kesehatan yang bekerja dekat dengan obat kemoterapi dapat menyebabkan cacat pada janin, bayi berat lahir rendah, infertilitas dan kanker (Harrison, 2010).

Hasil penelitian Putri (2017) di Rumah Sakit Hasan sadikin Bandung menunjukkan bahwa pengetahuan perawat dalam memberikan obat kemoterapi sebagian masih sedang 77,78%. Penelitian yang dilakukan oleh Donadear di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung (2009) menemukan bahwa manajemen pemberian kemoterapi pada tahap persiapan pasien masih kurang dimana perawat tidak menjelaskan serta memberikan pengetahuan terkait dengan tindakan kemoterapi yang akan dilakukan serta efek samping dari kemoterapi itu sendiri. Selain itu hasil penelitian Sholeh (2013) di Surakarta tentang minat perawat didapatkan yang memiliki minat

rendah 37,78%, sedang 51,11% dan tinggi 11,11%, dari hasil penelitian ini terlihat hanya sedikit yang memiliki minat yang tinggi untuk menjadi perawat. Penelitian yang dilakukan Mofili (2015) terkait program kemoterapi yang dijalankan kurang mendapatkan informasi tentang manajemen kemoterapi yang harus dijalani oleh pasien, Demikian halnya dengan Penelitian Gauh (2015) menemukan bahwa masih kurangnya kualitas asuhan keperawatan pasien kanker yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan onkologi.

Salah satu rumah sakit di Pekanbaru yang memberikan pelayanan terhadap pasien penderita kanker adalah Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru, Rumah Sakit ini merupakan salah satu rumah sakit swasta yang bernuansa islami dan merupakan rumah sakit tipe B, sehingga banyak pasien penderita kanker yang di rujuk ke rumah sakit ini untuk mendapatkan pengobatan atau terapi (standar pelayanan Rumah Sakit Islam Ibnu Sina pekanbaru, 2007).

Berdasarkan studi awal yang dilakukan di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru diperoleh data bahwa terdapat jumlah perawat pelaksana 78 orang. Hasil wawancara yang dilakukan tanggal 20 November 2018 dari 10 orang perawat di rawat inap tentang pengetahuan kemoterapi mereka menjawab dalam pemberian kemoterapi harus memakai APD lengkap dan pencampuran obat harus di ruang khusus, sedangkan untuk minat dari 10 orang perawat tersebut tidak ada yang berminat, 5 orang menjawab takut radiasi dan 5 orang lagi menjawab takut akan efek obat yang bisa menyebabkan kanker. Mereka juga tidak termotivasi untuk menjadi perawat

kemoterapi, mereka lebih memilih untuk menjadi perawat biasa saja karena resiko radiasi tidak ada. Data rekam medis rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru didapatkan pasien yang menjalani kemoterapi dalam 3 bulan terakhir berjumlah 52 pasien, artinya setiap bulan ada yang menjalani kemoterapi.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan dan minat perawat dengan motivasi menjadi tenaga kemoterapi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas dapat di rumuskan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan pengetahuan dan minat perawat dengan motivasi menjadi tenaga kemoterapi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan dan minat perawat dengan motivasi menjadi tenaga kemoterapi di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik responden tentang umur, pendidikan, pengalaman bekerja dan pelatihan kemoterapi.

2. Mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan perawat tentang kemoterapi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.
3. Mengetahui distribusi frekuensi minat perawat menjadi perawat kemoterapi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.
4. Mengetahui distribusi motivasi perawat menjadi perawat kemoterapi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru
5. Mengetahui hubungan pengetahuan perawat dengan motivasi menjadi tenaga kemoterapi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.
6. Mengetahui hubungan minat perawat dengan motivasi menjadi tenaga kemoterapi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru

Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan yang berhubungan dengan kemoterapi.

1.4.2 Bagi Institusi Kesehatan

Untuk mengembangkan konsep dan kajian lebih mendalam tentang kemoterapi dan sebagai bahan bacaan di perpustakaan.

1.4.3 Bagi penelitian selanjutnya

Memberikan gambaran yang lebih konkrit dan alternatif pemecahan masalah tentang tindakan pemberian kemoterapi sehingga dapat dijadikan sumber informasi untuk dilakukan penelitian lebih lanjut.

1.4.4 Bagi perawat

Sebagai bahan masukan bagi perawat dan kedepannya dapat membuat motivasi perawat pelaksana untuk menjadi tenaga kemoterapi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1 Definisi

Pengetahuan adalah hasil dari mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja atau tidak sengaja dan terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Hidayat, 2015).

Dalam pengertian lain pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan panca indra. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indra atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat dan dirasakan sebelumnya (Meliono, 2009).

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu :

1. *Awareness* (Kesadaran), yaitu seseorang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest* (tertarik), yaitu seseorang mulai tertarik pada stimulus.
3. *Evaluation* (menilai), yaitu menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial* (mencoba), yaitu seseorang telah mulai mencoba perilaku baru.

5. *Adoption* (menerima), yaitu subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus .

2.1.2 Tingkatan Pengetahuan

Pengukuran Pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dengan subjek penelitian atau responden. Pengetahuan yang tercakup dalam Domain kognitif menurut Notoadmodjo (2014) mempunyai 6 tingkatan yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut. Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat diinterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan,

menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain. Aplikasi ini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menguraikan atau menjabarkan sesuatu kedalam komponen atau bagian –bagian sehingga susunannya dapat dimengerti. Kemampuan ini meliputi mengenal masalah-masalah, hubungan antar bagian, serta prinsip yang digunakan dalam organisasi materi pelajaran.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

2.1.3 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah

1. Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal baru tersebut.

2. Informasi

Seseorang mempunyai sumber informasi lebih akan mempunyai pengetahuan lebih luas. Informasi diartikan sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu, sedangkan informasi sendiri mencakup data, teks, image, suara, kode, program komputer, *database* yang diteruskan melalui komunikasi. Seseorang dengan sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas.

3. Budaya

Tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan.

4. Pengalaman

Sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informasi

5. Sosial ekonomi

Tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi akan menambah tingkat pengetahuan (Notoadmodjo, 2014).

2.1.4 Cara mendapatkan pengetahuan

Beberapa cara untuk mendapatkan pengetahuan:

1. Coba-salah (*Trial and error*).

Cara ini digunakan saat orang mengalami masalah, upaya pemecahannya adalah dengan cara coba-coba saja atau dengan kemungkinan-kemungkinan.

2. Cara kekuasaan atau otoritas.

Cara ini digunakan secara turun temurun, atau karena kebiasaan sehari-hari serta tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran apakah hal tersebut baik atau tidak.

3. Pengalaman.

Pengalaman artinya berdasarkan pemikiran kritis akan tetapi pengalaman belum tentu teratur dan bertujuan, pengalaman hanya dicatat saja. Pengalaman yang disusun sistematis oleh otak maka hasilnya adalah ilmu pengetahuan.

4. Melalui jalan pikiran dengan cara induksi dan deduksi.

Induksi yaitu apabila proses pembuatan keputusan itu melalui pernyataan khusus kepada yang umum. Deduksi apabila proses pembuatan keputusan itu melalui pernyataan umum kepada yang khusus.

5. Cara modern.

Cara modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “ Metodologi Penelitian atau Metode penelitian Ilmiah” (Notoatmodjo, 2012).

2.1.5 Pengukuran tingkat pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ini kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat Domain diatas (Arikunto, 2010).

Tingkat pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

1. Tinggi, bila subjek mampu menjawab dengan benar $\geq 76-100\%$ dari seluruh pernyataan.
2. Sedang, bila subjek mampu menjawab dengan benar 56-75% dari seluruh pernyataan.
3. Rendah, bila subjek mampu menjawab dengan benar $\leq 55\%$ dari seluruh pernyataan.

2.2 Konsep Minat

2.2.1 Definisi Minat

Minat adalah suatu disposisi yang terorganisir melalui pengalaman yang mendorong seseorang untuk memperoleh objek khusus, aktivitas, pemahaman, dan ketrampilan untuk tujuan perhatian atau pencapaian. Hal penting pada minat adalah intensitasnya, secara umum minat termasuk karakteristik efektif yang memiliki intensitas tinggi (Notoatmodjo, 2014).

Hal senada juga dikemukakan oleh Rahman (2009) Minat adalah suatu keinginan dan kemauan yang dapat berkembang jika ada motivasi.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi minat menurut Slameto (2010)

adalah :

1. Status Ekonomi

Apabila status ekonomi membaik, orang cenderung memperluas minat mereka untuk mencakup hal yang semula belum mampu mereka laksanakan. Sebaliknya kalau status ekonomi mengalami kemunduran karena tanggung jawab keluarga atau usaha yang kurang maju, maka orang cenderung untuk mempersempit minat mereka.

2. Pendidikan

Semakin tinggi dan semakin formal tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang maka semakin besar pula kegiatan yang bersifat intelek yang dilakukan. Kurangnya pengetahuan masyarakat

mengenai pelayanan kesehatan akan mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan yang ada sehingga berpengaruh pada kondisi kesehatan mereka.

3. Tempat Tinggal

Di mana orang tinggal banyak dipengaruhi oleh keinginan yang biasa mereka penuhi pada kehidupan sebelumnya masih dapat dilakukan atau tidak.

2.2.3 Skala Pengukuran Minat

Menurut Notoatmodjo (2014), jenis skala pengukuran minat yaitu dengan menggunakan skala ordinal. Skala ini merupakan penomoran pada objek yang disusun menurut besar atau urutan (*range*), tetapi nomor tersebut tidak menunjukkan jarak yang sama antar dua nomor.

2.3 Konsep Motivasi

2.3.1 Definisi Motivasi

Motivasi berasal dari kata motif. Motif dalam bahasa Inggris disebut *motive*, yang berasal dari kata *motion* yang artinya "gerakan" atau sesuatu yang bergerak. Motif dalam arti luas berarti rangsangan, dorongan, atau penggerak terjadinya suatu tingkah laku. Motivasi adalah sesuatu yang mendorong, pendorong seseorang bertingkah laku untuk mencapai tujuan tertentu. Tingkah laku termotivasi dilatarbelakangi oleh adanya kebutuhan. Kebutuhan tersebut diarahkan pada pencapaian tujuan tertentu (Saam, 2012).

Motivasi berasal dari kata latin *movere* yang berarti dorongan atau rangsangan atau menggerakkan. Motivasi (*motivation*) dalam manajemen hanya ditujukan pada sumber daya manusia umumnya dan bawahan khususnya. Motivasi mempersoalkan bagaimana caranya mengarahkan daya dan potensi bawahan, agar mau bekerja sama secara produktif, berhasil mencapai dan mewujudkan tujuan yang telah ditentukan (Hasibuan, 2013).

2.3.2 Macam-macam Motivasi

Motivasi ada 2 jenis yaitu :

1. Motivasi Positif

Motivasi Positif Manager memotivasi (merangsang) bawahannya dengan memberikan hadiah kepada mereka yang berprestasi diatas prestasi standar. Dengan motivasi positif, semangat kerja bawahan akan meningkat karena umumnya manusia senang menerima yang baik-baik saja.

2. Motivasi Negatif

Motivasi negatif maksudnya Manager memotivasi bawahannya agar mereka tidak mendapat hukuman. Dengan motivasi negatif ini semangat kerja bawahan dalam jangka waktu pendek akan meningkat karena mereka takut dihukum, tetapi untuk jangka waktu panjang dapat berakibat kurang baik (Hasibuan, 2013).

2.3.3 Tujuan Motivasi

Menurut Hasibuan (2013) tujuan dari motivasi diantaranya: meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan, meningkatkan produktifitas kerja karyawan, mempertahankan kestabilan karyawan perusahaan, meningkatkan kedisiplinan karyawan perusahaan, mengefektifkan pengadaan karyawan, menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik, meningkatkan loyalitas, kreativitas, dan partisipasi karyawan, meningkatkan tingkat kesejahteraan karyawan, mempertinggi rasa tanggung jawab karyawan terhadap tugas-tugasnya, meningkatkan efesiensi penggunaan alat-alat dan bahan baku.

2.3.4 Asas-Asas Motivasi

Asas-asas Motivasi ini mencakup asas mengikutsertakan komunikasi, pengakuan, wewenang yang didelegasikan, perhatian timbal balik.

1. Asas keikutsertaan

Asas keikutsertaan maksudnya mengajak bawahan untuk ikut serta berpartisipasi dalam memberikan kesempatan kepada mereka yang mengajukan ide-ide, rekomendasi dalam proses mengambil keputusan. Dengan cara ini, bawahan merasa ikut bertanggung jawab atas tercapainya tujuan perusahaan sehingga moral dan gairah kerjanya meningkat.

2. Asas komunikasi

Asas komunikasi maksudnya adalah menginformasikan secara jelas tentang tujuan yang ingin dicapai, cara mengerjakannya, dan kendala yang dihadapi. Dengan asas komunikasi, motivasi kerja bawahan akan meningkat. Sebab semakin banyak seseorang mengetahui suatu soal, semakin besar pula minat dan perhatiannya terhadap hal tersebut.

3. Asas Pengakuan

Asas pengakuan adalah memberikan penghargaan dan pengakuan yang tepat serta wajar kepada bawahan atas prestasi kerja yang dicapainya. Bawahan akan bekerja keras dan semakin rajin, jika mereka terus menerus mendapat pengakuan dan kepuasan dari usaha-usahanya.

4. Asas wewenang yang didelegasikan

Asas wewenang yang didelegasikan adalah mendelegasikan sebagian wewenang serta kebebasan karyawan untuk mengambil keputusan dan berkreatifitas dalam menjalankan tugas-tugas atasan atau manager. Dalam pendelegasian ini manager harus meyakinkan bawahan bahwa karyawan mampu dan dipercaya dapat menyelesaikan tugas-tugas itu dengan baik.

5. Asas perhatian timbal balik

Asas perhatian timbal balik adalah memotivasi bawahan dengan mengemukakan keinginan atau harapan perusahaan

disamping berusaha memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang diharapkan.

2.3.5 Proses Motivasi

Proses motivasi tidak lepas dari atasan dan bawahan. Atasan terlebih dahulu menetapkan tujuan dari organisasi setelah itu karyawan baru diarahkan. Tujuan dari organisasi dapat berupa *needscomplex* atau memperoleh keuntungan, tujuan organisasi bagi karyawan adalah pemenuhan kebutuhan dan kepuasan. Tujuan ini harus disatukan. Jadi antara atasan dan bawahan semestinya mengetahui kepentingan masing-masing. Atasan atau manajer perlu memberikan fasilitas kepada karyawan guna sebagai pendukung kelancaran pelaksanaan pekerjaan. Pelaksanaan pekerjaan dibutuhkan adanya *team work* agar tujuan yang telah di sepakati mampu terlaksana dengan baik. Komunikasi merupakan faktor penting dalam proses motivasi antara atasan dan bawahan.

2.3.6 Teori-Teori Motivasi

Teori-teori motivasi diklasifikasikan atau dikelompokkan atas:

1. Teori Kepuasan

Teori kepuasan berdasarkan pendekatan atas faktor-faktor kebutuhan dan kepuasan individu yang menyebabkan bertindak serta berperilaku dengan cara tertentu. Teori ini memusatkan perhatian pada faktor-faktor dalam diri orang yang menguatkan, mengarahkan, mendukung, dan menghentikan perilakunya.

Teori mencoba menjawab pertanyaan kebutuhan apa yang memuaskan seseorang dan apa yang mendorong semangat bekerja seseorang.

Hal yang memotivasi semangat kerja seseorang adalah untuk memenuhi kebutuhan serta kepuasan baik materil maupun nonmateril yang diperoleh sebagai imbalan balas jasa yang diberikan kepada perusahaan. Apabila materil dan nonmateril yang diterimanya semakin memuaskan, semangat kerja seseorang akan semakin meningkat, Jadi pada dasarnya teori ini mengemukakan bahwa seseorang akan bertindak atau semangat bekerja untuk dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhannya.

2. Teori Motivasi proses

Penganut teori ini adalah Victor Vroom. Teori motivasi proses pada dasarnya berusaha menjawab pertanyaan bagaimana menguatkan, mengarahkan, memelihara, dan menghentikan perilaku individu-individu agar setiap individu bekerja sesuai dengan keinginan manajer. Apabila diperhatikan secara mendalam, teori ini merupakan proses sebab dan akibat bagaimana seseorang bekerja serta hasil apa yang diperolehnya. Jika bekerja baik saat ini, hasilnya akan diperoleh baik untuk hari esok. Jika hasil yang akan dicapai tercermin pada bagaimana proses kegiatan yang dilakukan seseorang. Teori ini terdiri dari teori harapan, teori keadilan, dan teori pengukuhan.

2.3.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi

Beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi menurut para ahli

1. Menurut Hasibuan (2013) antara lain:

a. Energi

Energi merupakan sumber yang mendorong tingkah laku, sehingga seseorang mempunyai kekuatan untuk mampu melakukan suatu tindakan tertentu

b. Belajar

Belajar dinyatakan bahwa ada interaksi antara belajar dan motivasi dalam tingkah laku. Semakin banyak seseorang mempelajari sesuatu maka ia akan lebih termotivasi untuk bertingkah laku sesuai dengan yang pernah dipelajarinya

c. Interaksi Sosial

Interaksi sosial dinyatakan bahwa interaksi sosial dengan individu lain akan mempengaruhi motivasi bertindak. Semakin sering seseorang berinteraksi dengan orang lain akan semakin mempengaruhi motivasi seseorang untuk melakukan tindakan

d. Proses Kognitif

Proses Kognitif yaitu informasi yang masuk pada seseorang diserap kemudian diproses dan pengetahuan tersebut untuk kemudian mempengaruhi tingkah laku.

2. Menurut Saam (2012) motivasi terbagi 2 yaitu :

- a. Motivasi intrinsik adalah motivasi yang telah berfungsi dengan sendirinya yang berasal dari dalam diri orang tersebut tanpa

adanya dorongan atau rangsangan dari pihak luar. Motivasi ini dipengaruhi oleh :

- 1). Sifat kepribadian
- 2). Intelegensi
- 3). Minat atau keinginan

b. Motivasi Ekstrinsik adalah motivasi yang berfungsi karena adanya dorongan dari pihak luar atau orang lain. Motivasi ini dipengaruhi oleh :

- 1). Pengaruh lingkungan
- 2). Pendidikan
- 3). Agama
- 4). Sosial ekonomi
- 5). Kebudayaan
- 6). Orang tua atau saudara

2.4 Konsep kemoterapi

2.4.1 Definisi kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi kanker menggunakan obat-obatan dengan tujuan untuk menghentikan pertumbuhan sel kanker, baik dengan membunuh sel secara langsung maupun dengan menghentikan pembelahan selnya. Tidak seperti antibiotik yang hanya membunuh bakteri dan membiarkan sel normal di sekitar kanker tetap hidup, kemoterapi juga dapat membunuh sel normal, Barbara (2011).

Menurut *American Society of Clinical Oncology Nursing Society* kemoterapi adalah agen neoplastic untuk menangani kanker

yang diberikan baik secara oral maupun rute parenteral (intravena, perifer maupun sentral) atau rute spesifik lainnya.

2.4.2 Tujuan kemoterapi

Penentuan tujuan dilakukannya kemoterapi tergantung pada kondisi dan stadium kanker yang diderita pasien saat memutuskan untuk menjalani kemoterapi.

1. *Cure cancer*

Bila memungkinkan, kemoterapi diberikan dengan tujuan untuk menyembuhkan penyakit kanker (kuratif) yang artinya tumor hilang dan tidak tumbuh lagi, namun sebagian besar dokter memilih kata *survive* dibanding “sembuh” karena diperlukan waktu bertahun-tahun untuk bisa menyatakan pasien telah benar-benar sembuh dari kanker.

2. *Control cancer*

Bila sudah tidak mungkin lagi untuk disembuhkan, maka tujuan pemberian kemoterapi adalah untuk mengontrol pertumbuhan kanker, mencegah penyebaran dan mengecilkan ukurannya, memberi rasa nyaman dan memperpanjang usianya. Sehingga pengobatan kanker dalam hal ini seperti pada penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi dan sebagainya.

3. *Palliative Care*

Pada penderita kanker yang berada sudah dalam stadium lanjut maka kemoterapi dilakukan untuk mengurangi penderitaan yang dialami pasien dan meningkatkan kualitas hidup pasien

namun bukan untuk mengobati. Sehingga pada saatnya pasien meninggal bisa dengan tenang dan bermartabat, Barbara (2011).

2.4.3 Manfaat kemoterapi

1. *Primary Treatment*

Yaitu kemoterapi sebagai pengobatan utama pengobatan kanker.

2. *Adjuvant*

Yaitu kemoterapi sebagai pengobatan tambahan setelah diberikan pengobatan primer.

3. *Neo Adjuvant*

Yaitu kemoterapi sebagai pengobatan awalan sebelum diberikan pengobatan primer.

4. *Radiosensitizer*

Yaitu kemoterapi yang dilakukan beberapa saat sebelum diberikan radioterapi yang bertujuan untuk meningkatkan efektifitas radioterapi, Noorwati (2009).

2.4.4 Kontraindikasi pemberian kemoterapi

1. Pasien dalam keadaan terminal.
2. Penekanan sumsum tulang yang berat (dilihat dari hitung lekosit dan/atau trombosit).
3. Pemberian kemoterapi sebelumnya dalam jangka waktu kurang dari 3 minggu.
4. Infeksi akut.
5. Kehamilan (trimester pertama).

- 6 Pembedahan besar (misalnya laparatomi, torakotomi, mastektomi) dalam waktu 10 sampai 20 hari.
- 7 Pasien yang mempunyai gangguan psikiatrik berat.

2.4.5 Daftar obat-obat kemoterapi

Obat-obat yang sering digunakan sebagai anti kanker pada Pasien, Vancheri (2012).

1. Karsinogenik pada manusia
 - a. Azathioprine
 - b. Busulfan
 - c. Cholorambucil
 - d. Cyclophosphamide
 - e. Melphalan
 - f. MOPP
 - g. Semustine
 - h. Tamoxifen
 - i. Thiotepa
 - j. Threosulfan
2. Mungkin karsinogen (*probable carcinogens*)
 - a. Carmustine
 - b. CCNU
 - c. Cisplatin
 - d. Doxorubicin
 - e. Nitrogen Mustard
 - f. Procarbazine

3. Diduga karsinogen (*possible carcinogens*)

- a. Bleomycin
- b. Dacarbacin
- c. Mitamycin
- d. Streptozocin

2.4.6 Obat Kemoterapi dan Bahayanya

Obat-obat kemoterapi ini tidak dapat membedakan antara sel-sel yang normal dengan sel-sel kanker (Firmana, 2017). Pertumbuhan dan reproduksi sel-sel normal juga sering dipengaruhi selama pengobatan sel-sel kanker. Bukti lain dapat dilihat pada beberapa penelitian pada hewan. Sejumlah penelitian mencatat terjadinya pengaruh karsinogenik, mutagenik dan teratogenik dari Obat-obat berbahaya pada hewan yang terpapar

Data pada manusia tentang pengaruh penggunaan obat-obat berbahaya termasuk obat kemoterapi juga banyak dicatat oleh para ahli. Timbulnya keganasan sekunder tercatat sebagai efek samping dari pemberian obat kemoterapi pada penderita kanker. Leukemia adalah kasus yang paling banyak dilaporkan, disamping keganasan lainnya seperti kanker kandung kemih dan limfoma. Aberasi kromosom juga dapat terjadi akibat pemberian kemoterapi pada pasien yang menderita kanker primer. Salah satu penelitian tentang pemberian chlorambusil menunjukkan adanya kerusakan kromosom pada pasien yang menerima obat tersebut yang sifatnya akumulatif

dan berhubungan dengan dosis dan lamanya pemberian (Noorwati, 2009).

Sejumlah laporan kasus berhubungan dengan pengobatan dengan kemoterapi menyebabkan kelainan pada alat reproduksi. Disfungsi testis dan ovarium sampai terjadi steril permanen terjadi pada pasien laki-laki dan perempuan yang telah menerima satu atau kombinasi obat kemoterapi (Yarbro, 2013). Beberapa obat antineoplasma juga diketahui atau diduga dialirkan kepada anak melalui air susu ibu.

2.4.7 Obat kemoterapi dan Paparan pada Petugas Kesehatan

Resiko lain yang harus ditanggung petugas kesehatan saat menangani obat-obat kemoterapi jika tidak dilakukan tidak menggunakan *standard precaution* yang tepat adalah ruam kulit (*skin rash*), infertilitas, keguguran, kecacatan lahir, kemungkinan leukemia dan kanker lain (Yarbro, 2013). Baru sedikit informasi tentang risiko kanker berhubungan dengan paparan antineoplasma pada petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit. Tetapi banyak kasus dilaporkan berhubungan dengan kejadian kanker berhubungan dengan paparan antineoplasma pada petugas kesehatan di rumah sakit. Satu kasus kanker kandung kemih pada seorang pasien dilaporkan berkaitan dengan seringnya terpapar oleh antineoplasma, sementara ia tidak pernah adanya bukti ia terpapar oleh karsinogen lingkungan lain yang diketahui.

Para ahli menyatakan bahwa tiga keganasan yang tersering akibat sering terpapar dengan obat-obat kemoterapi adalah kanker kandung kemih, limfoma dan leukemia. Pengalaman menunjukkan efek samping yang dialami oleh petugas kesehatan dari obat-obatan berbahaya semakin meningkat seiring dengan jumlah dan frekuensi paparan dan praktik/ kebiasaan kerja yang tidak baik.

2.4.8 Rute Pemaparan Obat kemoterapi Pada Perawat

Perawat dan petugas kesehatan lain yang menangani obat-obat kemoterapi berpotensi untuk terpapar obat ini melalui rute berikut ini (Vanchieri, 2012) :

1. Inhalasi

Dari udara pernafasan yang terkontaminasi seperti obat yang berubah menjadi aerosol atau droplet

2. Kontak kulit.

Kontak langsung dengan obat atau menyentuh permukaan lingkungan atau benda yang terkontaminasi obat kemoterapi.

3. Tertelan.

Berasal dari makanan atau minuman, atau kontak tangan kemulut.

4. Kecelakaan jarum suntik.

Berasal dari tertusuknya oleh jarum suntik atau benda tajam lain yang terkontaminasi oleh obat kemoterapi.

Absorpsi obat kemoterapi melalui kulit atau mukosa dan

inhalasi biasanya terjadi selama aktivitas berikut (Vanchieri, 2012) :

1. Membuka vial atau ampul kemoterapi.
2. Membuang udara dari dalam tabung alat suntik (syringe) yang telah terisi obat kemoterapi
3. Pembuangan peralatan infuse, botol cairan dan selang infuse yang habis digunakan untuk memberi obat kemoterapi.
4. Membuang ekskresi tubuh pasien yang telah menerima obat kemoterapi 2x24 jam.
5. Kontak melalui makanan dan minuman.
6. Makan, minum, merokok pada daerah persiapan yang diobati dengan obat tersebut dalam waktu 2x24 jam.

2.4.9 Gejala Terjadi Paparan Pada Petugas Kesehatan

Gejala-gejala dan pengaruh pada kesehatan berikut telah banyak dilaporkan pada petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit yang telah terpapar oleh obat antineoplasma (Incekol, 2011) Nyeri perut, Batuk-batuk, Pusing, Mual-mual, Muntah, Diare, Ruam, kulit, Rambut rontok. Efek samping pada sistem reproduksi seperti gangguan siklus menstruasi,

2.4.10 Persiapan dan Pencegahan Paparan Saat Pemberian Kemoterapi yang Aman Bagi Perawat (Depkes, 2009)

Petugas atau perawat yang diizinkan untuk memberikan obat sitostatika adalah mereka yang sudah mendapat pendidikan tentang:

1. Cara menangani obat sitostatika.
2. Mengetahui kemungkinan resiko yang terjadi akibat obat sitostatika.
3. Penatalaksanaan alat-alat yang terkontaminasi.
4. Pencegahan paparan terhadap perawat.

Petugas yang tidak diizinkan untuk memberikan obat sitostatika.

1. Wanita hamil dan menyusui.
2. Perawat yang tidak memakai pelindung.
3. Mahasiswa perawat yang sedang praktek.

Mencegah resiko yang berasal dari petugas.

1. Tidak boleh makan dan minum ditempat pencampuran obat.
2. Tidak boleh mengunyah makanan dan merokok.
3. Tidak boleh memakai kosmetik ditempat pencampuran.
4. Tidak boleh menyimpan makanan dan minuman bersama sama dengan obat kemoterapi dalam satu kulkas.
5. Harus memakai teknik mencuci tangan yang baik.
6. Harus menggunakan alat pelindung diri.

2.4.11 Pemberian Obat Kemoterapi yang Aman (Niosh, 2015)

Untuk memberikan obat kemoterapi parenteral yang aman, ikuti petunjuk berikut:

1. Sebelum pemberian kemoterapi, perawat mengkaji pengetahuan pasien/ keluarga tentang pengobatan, memberikan pendidikan

kesehatan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan di dokumentasikan dalam catatan pasien

2. Sebelum pemberian kemoterapi, perawat meninjau kembali hasil pemeriksaan laboratorium yang telah dilakukan (darah lengkap dan kimia darah), jika nilai abnormal ditemukan, perawat menghubungi dokter untuk penanganan lebih lanjut dan dokumentasikan hal ini dengan benar.
3. Sebelum tiap dosis kemoterapi diberikan, dua perawat secara independen memverifikasi informasi berikut:
 - a. Verifikasi protocol dan semua perhitungan yang digunakan dosis kemoterapi (misalnya luas permukaan tubuh, dosis/m² luas permukaan tubuh, dosis/kg bb dsb).
 - b. Verifikasi label kemoterapi terutama terhadap order/resep obat kemoterapi yang meliputi: nama pasien, nama obat, dosis, rute, cairan pencampur (diluent), lama pemberian).
 - c. Verifikasi jarak waktu antara pemberian dosis kemoterapi terakhir dengan dosis berikutnya.
4. Sebelum obat kemoterapi diberikan, verifikasi identitas pasien sebagai berikut:
 - a. Untuk pasien rawat inap, perawat mengidentifikasi nama pasien, nomor rekam medis, nama pasien ditempat tidur dan label obat kemoterapi.

- b. Untuk pasien rawat jalan, pasien menanyakan pada pasien nama lengkap pasien, tempat tanggal lahir, nomor rekam medis.
5. Perawat menggunakan alat pelindung diri secara lengkap (jubah, sarung tangan, masker dan *goggle*).
6. Sebelum memberikan obat kemoterapi secara intravena melalui infus, perawat memberi cairan infus yang di programkan dokter untuk mengkaji kelancaran aliran infus dan mengobservasi tanda dan gejala infiltrasi (bengkak atau hematoma).
7. Setiap memulai memberikan obat kemoterapi secara infus, dua orang perawat menverifikasi kecepatan aliran infus antara yang diprogramkan dokter dan yang ada pada label obat kemoterapi.
8. Selama pemberian obat kemoterapi, perawat memberikan cairan pembilas yang diprogramkan dokter diantara obat kemoterapi yang berbeda untuk membilas dan membersihkan selang infus dari obat yang diberikan sebelumnya.
9. Perawat melakukan pengkajian untuk mengetahui kelancaran aliran infus dan mengobservasi tanda-tanda vital secara periodik minimal 2 kali selama pemberian obat.
10. Obat-obat yang vesikan yang diberikan secara intravena melalui infus diberikan melalui kateter vena sentral (*central venous access catheter*) dan periksa kelancarannya.
11. Jika diduga atau telah terjadi ekstrasvasasi dari obat kemoterapi yang vesikans, ikuti kebijakan rumah sakit untuk penanganan

ekstavasasi dari obat kemoterapi yang vesikans dan laporkan pada dokter penanggung jawab.

12. Jika diduga atau telah terjadi efek samping obat, laporkan kepada dokter penanggung jawab dan ikuti kebijakan rumah sakit tentang penanganan reaksi atau efek samping obat.

Untuk memberikan obat kemoterapi oral yang aman, ikuti petunjuk berikut:

1. Jangan menghancurkan obat kemoterapi oral, kirim ke bagian farmasi jika membutuhkan obat kemoterapi oral yang dihancurkan dan dihaluskan.
2. Pakai sarung tangan dengan benar (sarung tangan *double*), baju pelindung (jubah) dan penutup wajah.
3. Tempatkan obat pada tempat obat disposibel dan berikan pada pasien.

Ambil semua alat atau benda yang telah digunakan untuk persiapan pemberian obat oral pada pasien termasuk sarung tangan, tempat obat, pembungkus obat untuk dibuang ditempat sampah berlabel sampah sitotoksik.

Untuk memberikan obat kemoterapi melalui infus yang aman ikuti petunjuk berikut :

1. Pakai alat pelindung diri yang lengkap (sarung tangan, jubah, penutup wajah, *google*, penutup kepala terutama jika kemungkinan terjadinya risiko percikan.
2. Gunakan lapisan plastik disposibel dibawah sambungan selang infus Setelah melaksanakan pemberian obat melalui infus, semua alat pelindung diri, botol infus dengan selang yang tersambung dan linen yang terkontaminasi serta plastik pengalas ditempatkan dan dimasukkan ke dalam kantong plastik tertutup, diikat dan masukkan dalam tempat sampah khusus untuk obat-obat berbahaya. Jubah yang dipakai ketika memberikan obat kemoterapi harus dibuka ketika meninggalkan kamar pasien dan mengganti segera jika terkontaminasi obat.

Untuk memberikan obat kemoterapi melalui injeksi bolus ikuti petunjuk berikut :

1. Pakai alat pelindung diri yang lengkap (sarung tangan, jubah, penutup wajah, *google*, penutup kepala terutama jika kemungkinan terjadinya risiko percikan. Gunakan lapisan plastik disposibel dibawah tangan pasien untuk mengantisipasi ceceran obat.
2. Tutupi dengan kasa steril ditempat tusukkan jarum untuk menghindari semprotan ke lingkungan sekitar terutama saat penusukan dan pencabutan alat suntik setelah selesai pemberian, tempatkan benda-benda terkontaminasi dan alat pelindung diri yang digunakan pada plastik yang diikat dan dibuang ditempat

sampah khusus. Jubah yang dipakai ketika memberikan obat kemoterapi harus dibuka ketika meninggalkan kamar pasien dan mengganti segera jika terkontaminasi.

Untuk memberikan obat kemoterapi melalui injeksi intramuskuler atau subkutan ikuti petunjuk berikut

1. Pakai alat pelindung diri yang lengkap (sarung tangan, jubah, penutup wajah, *google*, penutup kepala, terutama jika kemungkinan terjadinya risiko percikan
2. Alat suntik dipasang dengan erat dan gunakan jarum dengan ukuran yang sesuai, jangan membuang udara yang ada di dalam tabung suntikan untuk menyedot dari vial atau ampul, ganti dengan yang baru, buang udara dan jangan sampai obat keluar dari jarum.
3. Setelah pemberian jangan menutup kembali jarum suntik, membengkokkan atau menghancurkan jarum suntik. Buang alat suntik yang masih tersambung dengan jarumnya ke dalam tempat sampah khusus yang tahan tusukan.
4. Buka alat pelindung diri dan tempatkan pada kantong plastik tertutup dan buang ditempat sampah khusus untuk obat-obat berbahaya. Pemberian obat kemoterapi kedalam rongga tubuh (termasuk kedalam pleura atau kandung kencing), pakai alat pelindung diri yang lengkap (sarung tangan, jubah, penutup wajah, *google*, penutup kepala).

Jika kemungkinan terjadinya risiko percikan, gunakan lapisan plastik disposibel dibawah pasien, untuk mengantisipasi ceceran

obat, lapisi dengan kasa steril pada sambungan untuk mengurangi potensi semprotan obat ke lingkungan sekitar, terutama saat menyambung atau membuka sambungan. Klem kateter setelah pemberian obat untuk meminimalkan aliran balik obat. Setelah pemberian obat dan waktu yang dibutuhkan telah terpenuhi, buka klem untuk mengumpulkan cairan residu ke dalam kantong *drainage*.

2.4.12 Standar Prosedur Kemoterapi menurut Kuswanto (2016)

1. Umum (*General*)

Seluruh petugas kesehatan harus memiliki pengetahuan tentang prosedur penanganan agent kemoterapi secara aman. Hal ini penting bagi seluruh petugas kesehatan (perawat dan apoteker) untuk memahami potensial karsinogenik dan bahaya yang ditimbulkan dari obat kemoterapi. Individu yang beresiko tinggi (misalnya penderita immunodefisiensi atau wanita hamil) harus secara khusus di pertimbangkan kemungkinan paparan dan konsekuensi efek obat kemoterapi dari mulai penanganan (penyiapan obat dan pemberian) pada pasien dan pilihan (standar) untuk menghindari paparan.

2. Kebijakan (*Policy*)

- a. Agent (obat) kemoterapi, diberikan hanya oleh perawat yang memiliki keahlian pemberian kemoterapi yang tersertifikasi.
- b. Semua instruksi kemoterapi harus di tandatangani dokter.

- c. Seluruh intruksi kemoterapi harus diperiksa secara mandiri oleh dua orang perawat dengan metode *Double Check*.
- d. Sampah kemoterapi harus di buang ke tempat sampah khusus yang di gunakan untuk membuang sampah kemoterapi.

Gambar 2.1
Tempat Sampah khusus Kemoterapi



3. Desain Area Kerja (*Designated Work Area*)

Desain tempat seharusnya seperti di lab sehingga pengelolaan obat (dari mulai penyiapan hingga pemberian) dapat ditangani dengan baik. Seluruh persiapan obat harus dilakukan didalam ruang khusus seperti *fume hood* atau *biosafety cabinet*. Penggunaan *plastic-backed absorbent* sekali pakai yang dimasukan

kedalam pakaian digunakan untuk melindungi permukaan tubuh pekerja dari kontaminasi obat. Antara *fume hood* dan *biosafety cabinet* harus memiliki tanda seperti stiker yang menunjukkan alat tersebut telah sertifikasi dalam 12 bulan terakhir (layak pakai).

Gambar 2.2

Fume Hood atau Biosafety Cabinet



4. Alat Pelindung Diri (*Personal Protective Equipment*)

- a. Selalu menggunakan sarung tangan *nitrile* rangkap (*double*), atau sarung tangan yang khusus di desain untuk kemoterapi, ketika menangani (menyiapkan atau memberikan) agent kemoterapi. Sarung tangan tebal, panjang yang menutup bagian lengan gaun, sangat direkomendasikan. Pastikan sarung tangan tidak tertusuk, terobek atau terpotong. Sarung tangan harus

harus dibuang setiap kali penggunaan, ketika penyiapan agent kemoterapi atau kontaminasi dengan produk (agent kemoterapi).

Gambar 2.3
Sarung Tangan *Nitrile*



- b. Alat pelindung lain seperti kaca mata pelindung (*protective eye goggles*), penggunaan gaun panjang (*long-sleeved smock*) sekali pakai, harus digunakan untuk memaksimal keamanan (*maximum safety*). Dan Hanya menggunakan spuit dengan jarum yang otomatis dapat masuk kedalam spuit (*retractable needles*) sehingga menghindari resiko perawat tertusuk jarum.

Gambar 2.4
Kaca Mata Pelindung



Gambar 2.5
Gaun Panjang



Gambar 2.6
Sprit dengan Jarum yang Otomatis



- c. Ketika terjadi percikan, semburan, atau semprotan bertekanan tinggi (*aerosol*), *faceshields* (pelindung wajah) digunakan untuk mencegah kontak dengan mata, mulut, dan hidung.

Gambar 2.7
Pelindung Wajah



d. Keamanan Peraktek kerja (*Safe Work Practices*)

- 1) Pelaksanaan pemberian dan penyiapan obat harus dan wajib di area yang telah didesain khusus untuk pelaksanaan kemoterapi. Pastikan telah memperhatikan label obat, nama dan kandungan serta label peringatan khusus seperti “*Toxic, Special Handling Required*” (“Racun, dibutuhkan penanganan khusus”).
- 2) Hanya menggunakan suntikan dengan jarum yang otomatis dapat ditarik kembali (*retractable needles*) dan letakan pada bak injeksi.
- 3) Kehati-hatian dibutuhkan pada saat obat dalam bentuk ampul dengan bahan obat kering harus secara perlahan diketuk terlebih dahulu ke bawah.

e. Pembuangan (*Disposal*)

Sampah kemoterapi meliputi vial kosong, labu cairan, selang kateter IV, jarum, alat suntik, sarung tangan, dan barang-barang lain yang mengandung residu (sis) obat. Dan semuanya di buang ketempat sampah khusus untuk kemoterapi.

f. Terpapar Obat (*Spills/Accidental Exposure*)

Laporkan semua kecelakaan pada petugas khusus rumah sakit. Berikan perhatian khusus pada setiap kecelakaan akibat kontak dengan obat di bagian mata, terhirup (*ingestion*), atau termakan (*inhalation*).

Accidental spill "kecelakaan akibat terkena tumpahan obat kemoterapi" harus ditangani secara tepat dan hati-hati. Buang baju yang terkontaminasi tumpahan obat. Jika kulit yang terkontaminasi tumpahan obat, cuci secara menyeluruh dengan sabun dan air. Jika mata terkena percikan obat kemoterapi, bilas mata terus menerus selama 15 menit dengan air mengalir dan hubungi petugas khusus rumah sakit yang menangani kecelakaan kerja.

g. Membersihkan Tumpahan Obat

Membersihkan tumpahan obat yang volumenya < dari 5 ml :

- 1) Jika cair (*Liquids*) harus dibersihkan menggunakan kasa penyerap kering. Jika bentuknya padat (*solids*) harus diusap menggunakan kasa penyerap yang basah. Lalu dekontaminasi area menggunakan cairan khusus obat kemoterapi misalnya *sodium carbonate* selama 30 menit atau *methanolic potassium hydroxide* (30% in koh and 70% *methanol*) selama 5 menit.
- 2) Perhatian : koh bersifat korosif sehingga pelindung mata dan sarung tangan yang resisten terhadap bahan kimia.
- 3) Anggap barang atau material yang telah terkontaminasi obat/ kasa yang digunakan tadi sebagai material berbahaya karena telah kontak dengan obat kemoterapi.

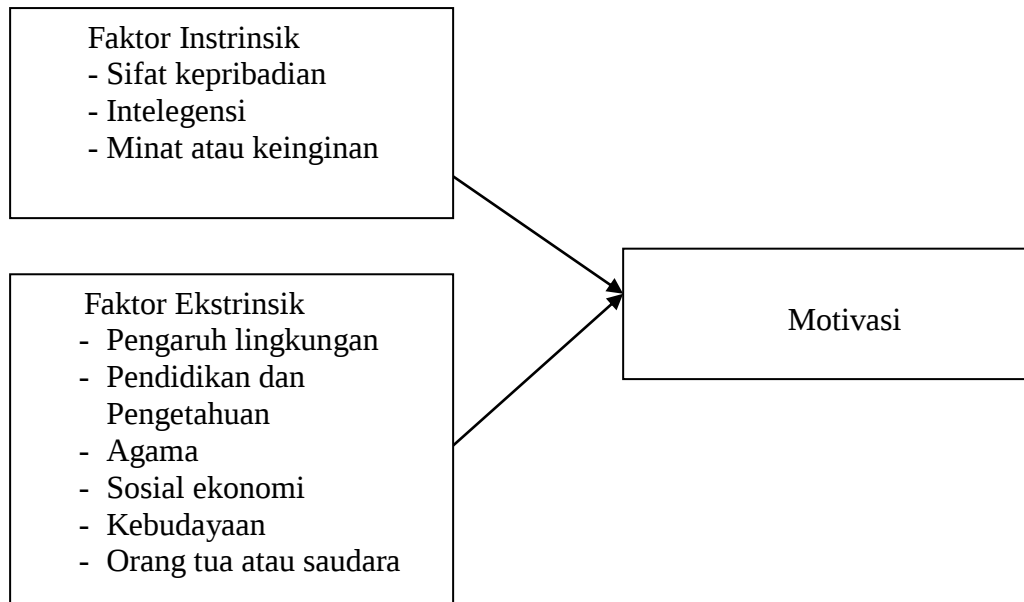
- 4) Area yang terkena percikan atau tumpahan harus dibersihkan sebanyak tiga kali menggunakan cairan detergen.
- 5) Setiap pecahan gelas (bila vial obat pecah) harus diambil menggunakan skop kecil jangan menggunakan tangan dan buang di tempat khusus untuk obat kemoterapi.

Membersihkan tumpahan obat yang volumenya > 5 ml

- 1) Ketika tumpahan luas atau yang banyak terjadi area harus diisolasi dan percikan harus dihindari.
- 2) Semua anggota yang bertanggung jawab menumpahkan obat harus menggunakan gaun sekali pakai (*disposable gowns*), sarung tangan *nitrile* rangkap dua (*double nitrile gloves*), alat bantu nafas bila obat dalam kondisi bubuk dan untuk mencegah inhalasi.
- 3) Hubungi bagian khusus rumah sakit, untuk penanganan dan pembersihan tumpahan obat dengan alat khusus.
- 4) Tutup area tumpahan dengan kasa penyerap khusus, jika obat dalam kondisi serbuk tutup menggunakan kasa basah.
- 5) Jika jumlah obat yang tumpah banyak (1 vial tumpah seluruhnya) masukan barang atau material yang terkontaminasi ke dalam *biosafety cabinet* atau *fume hood* dan bagian seluruh ruangan perlu di dekontaminasi.

2.5 Kerangka Teori

Tabel 2.1
Kerangka Teori
Menurut Saam (2012)

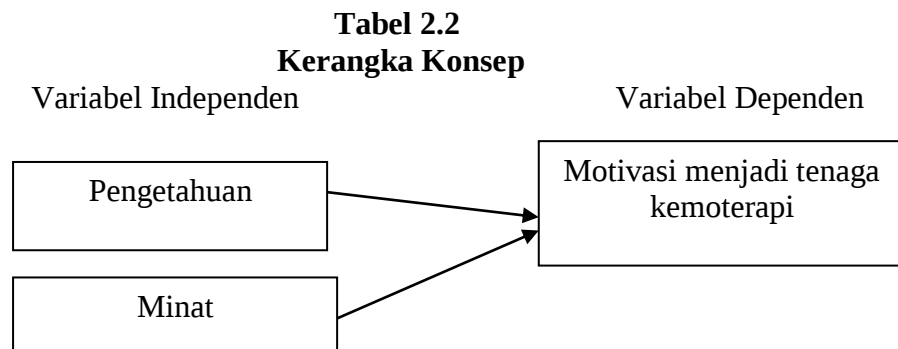


2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2012).

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan cara seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah. Penyusunan kerangka konsep akan membantu peneliti membuat hipotesa, menguji hubungan tertentu dan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori yang hanya dapat diamati atau diukur melalui konstruk atau variabel (Hidayat, 2011).

Adapun kerangka konsep dari penelitian ini tersaji dalam skema I berikut :



a. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah suatu jawaban sementara dari penelitian yang akan dibuktikan hasil penelitian. Hipotesis ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti (Notoadmojo, 2012). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Hipotesis Alternatif (Ha):

Ada hubungan antara pengetahuan dan minat perawat dengan motivasi menjadi tenaga kemoterapi di RSI Ibnu Sina Pekanbaru.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *deskriptif corelation study*. Jenis desain penelitian ini digunakan dalam rangka untuk mengetahui adanya korelasi atau hubungan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain (Imron, 2010). Metode penelitian yang digunakan yaitu *cross sectional*, yakni penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk mempelajari adanya suatu dinamika korelasi (hubungan) antara faktor resiko dengan efek (Imron, 2010). Dalam penelitian ini variabel independen pengetahuan dan minat perawat, sedangkan variabel dependen motivasi menjadi tenaga kemoterapi. Pengumpulan data dilakukan dalam waktu bersamaan di ruang rawat inap .

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2018 – Maret 2019 di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah sekelompok individu atau objek yang memiliki karakteristik yang sama, yang mungkin diselidiki/diamati (Imron, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat rawat inap di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru yang berjumlah 78 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dinilai atau karakteristiknya kita ukur dan nantinya kita pakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Sabri, 2014). Sampel dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja di ruangan rawat inap di Rumah sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru yang terdiri dari ruangan yaitu, Marwa, Mina, Arafah, Madinah.

Adapun besar sampel yang digunakan dihitung berdasarkan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{Nd^2 + 1}$$

Keterangan :

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

d^2 = presisi yang ditetapkan (5%) (Imron, 2010).

Jadi, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah :

$$n = \frac{78}{78 \cdot (0,05)^2 + 1}$$

$$n = \frac{78}{1,195}$$

$$n = 65,2 \text{ Orang}$$

Berdasarkan jumlah sampel yang didapat tersebut, maka dapat diperoleh sampel di tiap-tiap ruangan dengan teknik *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel secara sengaja, peneliti menentukan sendiri sampel yang diambil karena ada pertimbangan

tertentu, seperti sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya, Notoadmodjo (2010).

Kriteria sampel dalam penelitian ini terdiri dari :

Kriteria inklusi :

1. Perawat pelaksana di ruangan rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.

Kriteria Eklusi :

1. Perawat ruangan khusus (Igd,Icu/Iccu/Picu/Nicu,Ok)
2. Tidak sedang cuti melahirkan dan cuti tahunan.

3.4 Teknik Pengambilan Sampel

3.4.1 Teknik *Sampling*

Teknik sampling yang digunakan dalam pengambilan sampel adalah teknik *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel secara sengaja, peneliti menentukan sendiri sampel yang diambil karena ada pertimbangan tertentu, seperti sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya, Notoadmodjo (2010).

3.5 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini peneliti mendapatkan rekomendasi dari STIKes Al-Insyirah dan Rumah Sakit Islam Ibnu Sina. Setelah mendapatkan persetujuan untuk penelitian, barulah peneliti melakukan penelitian meliputi :

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar Persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti, yang memenuhi kriteria disertai judul dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak maka peneliti tidak memaksa dan menghormati hak responden.

2. Tanpa Nama (*Anomity*)

Kerahasiaan identitas responden dijamin oleh peneliti dan tidak disebarluaskan dengan cara tidak mencantumkan nama responden cukup dengan menggunakan nomor dan kode masing-masing lembar pengumpulan data tersebut.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2011).

3.6 Sumber data

3.6.1 Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari sumbernya dan dicatat oleh peneliti. Data primer dalam penelitian ini berupa informasi terkait pengetahuan, minat dan motivasi menjadi tenaga kemoterapi, yang mana informasi di peroleh dari penyebaran kuesioner

3.6.2 Data Sekunder

Data sekunder dilakukan dengan studi kepustakaan yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah peneliti dan data yang diperoleh dari registrasi pengamat di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru Tahun 2018.

3.7 Instrumen Penelitian

Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari 3 yaitu :

3.7.1 Kuesioner pengetahuan perawat tentang kemoterapi

penelitian ini instrumen yang digunakan untuk variabel pengetahuan, mengarah pada tingkat pengetahuan perawat tentang kemoterapi. Kuesioner yang digunakan di ambil dari penelitian Putri (2017). Kuesioner dalam penelitian ini menggunakan skala Guttman dengan jumlah pertanyaan 25 butir pertanyaan.

3.7.2 Kuesioner minat perawat menjadi tenaga kemoterapi

Variabel minat mengarah pada minat perawat untuk menjadi tenaga kemoterapi diruang rawat inap, dalam mengungkapkan minat perawat untuk menjadi tenaga kemoterapi digunakan lembar kuesioner, dengan skala likert. Jumlah kuesioner minat terdiri dari 15 item pertanyaan, jenis pernyataan *favourable* apabila menjawab SS (sangat setuju) = 4, S (setuju) = 3, TS (tidak setuju) = 2, dan STS (Sangat tidak setuju) = 1, sebaliknya apabila jenis pertanyaan *Unfavourable* apabila menjawab SS (sangat setuju) = 1, S (setuju) = 2, TS (tidak setuju) = 3, dan STS (sangat tidak setuju) = 4.

Tabel 3.2
Kisi –kisi instrumen Minat

Variabel Independen			
Variabel	Sub Variabel	Jumlah Pernyataan (Positif)	Jumlah Pernyataan (Negatif)
Minat	Minat Positif	1,2,3,4,5,6,7, 8, 9, 10,13	
	Minat Negatif		11,12,14,15
Total		11	4

3.7.3 Kuesioner motivasi perawat menjadi tenaga kemoterapi

Variabel motivasi mengarah pada motivasi perawat untuk menjadi tenaga kemoterapi di ruang rawat inap, dalam mengungkapkan motivasi perawat untuk menjadi tenaga kemoterapi digunakan lembar kuisisioner, dengan skala likert. Jumlah kuisisioner motivasi terdiri dari 15 item pertanyaan, dan jenis pernyataan *favourable* apabila menjawab SS (Sangat setuju) = 4, S (setuju) = 3, TS (tidak setuju) = 2, dan STS (Sangat tidak setuju) = 1, sebaliknya apabila jenis pertanyaan *Unfavourable* apabila menjawab SS (sangat setuju) = 1, S (setuju) = 2, TS (tidak setuju) = 3, dan STS (sangat tidak setuju) = 4

Tabel 3.3
Kisi –kisi instrumen Motivasi

Motivasi Dependen			
Variabel	Sub Variabel	Jumlah Pernyataan (Positif)	Jumlah Pernyataan (Negatif)
Motivasi	Motivasi Positif	2,3,4,5,6,7,8, 9, 13,14,15	
	Motivasi Negatif		1,10,11,112
Total		11	4

3.8 Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

3.8.1 Tahapan Persiapan

Setelah proposal penelitian disetujui oleh penguji, peneliti mengurus perizinan di STIKes Al-Insyirah dan RSI Islam Ibnu Pekanbaru.

3.8.2 Tahap Pelaksanaan

1. Mendatangi responden (perawat) yang bekerja di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru.
2. Menjelaskan tujuan kepada responden dan menjamin kerahasiaan responden.
3. Meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan
4. Membagikan lembar kuisisioner serta menjelaskan cara pengisiannya,
5. Memberikan selang waktu beberapa jam atau satu hari kepada responden untuk mengisi lembar kuisisioner yang telah dibagikan.

3.8.3 Tahap Pengumpulan Kuesioner

Peneliti memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuesioner dan meminta responden melengkapi lembar kuesioner apabila belum lengkap.

3.9 Definisi Operasional

Tabel. 3.4
Definisi Operasional

No	Variabel Independen	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang kemoterapi	Kuesioner	Ordinal	2 = (Tinggi $\geq 76-100\%$), 1 = (Sedang 56-75%) 0 = (Rendah $\leq 55\%$) (Arikunto, 2010)
2	Minat	Keinginan dan kemauan perawat untuk melakukan tindakan kemoterapi	Kuesioner	Ordinal	1 = (Tinggi, jika hasil $\geq 75\%$) 0 = (Rendah, jika hasil $< 75\%$) (Sugiyono, 2010)
Variabel Dependen					
3	Motivasi	Dorongan perawat untuk melakukan tindakan kemoterapi	Kuesioner	Ordinal	1 = (Tinggi, jika hasil $\geq 75\%$) 0 = (rendah, jika hasil $< 75\%$) (Sugiyono, 2010)

3.10 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum alat ukur digunakan dalam penelitian yang sesungguhnya, dilakukan uji coba kepada sejumlah responden yang memiliki karakteristik dengan karakteristik populasi penelitian. Hal ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kesahihan (*validitas*) dan kekonsistenan (*reliabilitas*), untuk mendapatkan instrumen yang benar-benar mengukur apa yang ingin di ukur.

Menurut Notoatmodjo (2012), uji validitas paling sedikit sebanyak 20 orang. Hal ini agar diperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal. Validitas merupakan ketepatan atau kecermatan pengukuran, valid artinya alat tersebut mengukur apa yang akan diukur. Reliabilitas adalah kestabilan pengukuran, alat dikatakan reliabel jika digunakan berulang-ulang nilainya tetap sama. Setiap pertanyaan yang tidak reliabel maka akan di eliminasi, serta digantikan dengan pertanyaan lain. Suatu pertanyaan dan pernyataan dikatakan valid jika nilai r hitung $\geq r$ tabel dan tidak valid jika dikatakan nilai r hitung $< r$ tabel. Instrumen penelitian dikatakan reliabel jika nilai cronbach's alpha $\geq 0,6$ dan tidak reliabel jika nilai cronbach's alpha $< 0,6$ (Riyanto, 2011).

Uji validitas dan reliabilitas tentang pengetahuan perawat kemoterapi peneliti tidak melakukan karena kuesioner yang berjumlah 25 butir pertanyaan telah diambil dari penelitian Putri (2017) dengan nilai $r = 0,302$.

Uji validitas dan reliabilitas pada penelitian ini dilakukan pada kuesioner tentang minat dan motivasi menjadi tenaga kemoterapi di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru sebanyak 20 responden (perawat pelaksana Ruang Poli Spesialis).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kuesioner minat dan motivasi perawat. Kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap 20 responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan subjek penelitian. Hasil uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner minat terdapat 15 pertanyaan dengan 14 pertanyaan yang valid ($r > 0,244$), dan terdapat

1 pertanyaan dibuang karena pertanyaan tidak valid ($r < 0,244$), kemudian kuesioner reliabilitas dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,740.

Uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner motivasi terdapat 15 pertanyaan dengan 11 pertanyaan yang valid ($r > 0,244$), dan terdapat 4 pertanyaan dibuang karena pertanyaan tidak valid ($r < 0,244$) dan kuesioner reliabilitas dengan nilai *Cronbach Alpha* 0,684.

3.11 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan kegiatan proses penataan data, karena data hasil pengumpulan dalam rangkaian kegiatan penelitian, masih merupakan data kasar atau data dasar (Imron, 2010). Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

3.11.1 Editing

Memeriksa kuesioner dengan tujuan agar data yang masuk diolah secara benar sehingga pengolahan dapat memberikan hasil yang menggambarkan masalah yang diteliti.

3.11.2 Coding

Cara memberi data/kode tertentu pada data yang tercatat dari kuesioner dan dibuat kode setelah dilakukan pengolahan data dan penyajian data dalam bentuk tabel.

3.11.3 Entry

Memindahkan data yang telah diubah menjadi kode kedalam mesin pengolahan data yaitu komputer dengan menggunakan program SPSS 17,0.

3.11.4 *Cleaning*

Data yang sudah ada diperiksa kembali kelengkapannya, jika data yang dimasukkan ternyata belum lengkap maka sampel dianggap gugur dan diambil sampel baru.

3.11.5 *Processing*

Setelah data-data kuisioner terisi dengan lengkap sesuai dengan kelompok variabel maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar dapat di analisa dan disajikan dalam bentuk tabulasi data.

3.12 **Analisa Data**

Analisa data adalah upaya atau cara untuk mengolah data menjadi informasi sehingga karakteristik data tersebut bisa dipahami dan bermanfaat untuk solusi permasalahan, terutama masalah yang berkaitan dengan penelitian.

3.12.1 Analisa Univariat

Tahap ini dilakukan pengolahan dengan program komputer pada tiap variabel untuk mengetahui gambaran masing-masing variabel (persentase dan jumlah) yang di paparkan dalam tabel distribusi frekuensi.

3.12.2 Analisa Bivariat

Analisa Bivariat digunakan untuk melihat apakah ada hubungan antar variabel (Imron 2010). Analisis ini digunakan untuk melihat hubungan antara data kata kategorik dengan kategorik yaitu pada variabel pengetahuan, dan minat perawat dengan menjadi

tenaga kemoterapi. Pada variabel pengetahuan data dikelompokkan menjadi “tinggi; dan rendah”, sedangkan variabel minat dikelompokkan menjadi “tinggi dan “rendah”. Kemudian data diolah dengan menggunakan analisa *chi-square* dengan derajat kepercayaan α (0,05 dan *confidence interval* (CI) 95%. Apabila diperoleh nilai $p \leq \alpha$ berarti ada hubungan antara kedua variabel sedangkan jika nilai $p > \alpha$, maka kedua variabel tersebut tidak memiliki hubungan.

