

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG KEMOTERAPI
DENGAN KECEMASAN MENGENAI DAMPAK TINDAKAN
KEMOTERAPI BAGI PERAWAT DI RUANG TERATAI
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar sarjana keperawatan**



DISUSUN OLEH

RUSILAWATI

1411308230897

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

**Hubungan antara Tingkat Pengetahuan tentang Kemoterapi dengan Kecemasan
Mengenai Dampak Bahaya Tindakan Kemoterapi bagi Perawat di Ruang
Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Rusilawati¹, Ismansyah², Rusni Masnina.³

INTISARI

Latar Belakang: Pelaksanaan tindakan kemoterapi dapat menimbulkan bahaya efek samping bukan hanya bagi pasien tetapi juga bagi petugas dan orang sekitarnya. Diketahui tidak semua perawat pelaksana yang melakukan tindakan kemoterapi di ruang teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda memiliki sertifikat pelatihan kemoterapi, sehingga mengakibatkan kecemasan pada sebagian perawat.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dengan kecemasan mengenai dampak bahaya tindakan kemoterapi bagi perawat di ruang teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2015.

Metode: Penelitian *Descriptive Correlation* dengan desain *cross sectional*. Populasi seluruh perawat yang bertugas di ruang teratai berjumlah 52 perawat sesuai dengan kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan total sampling. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner, teknik analisa data menggunakan chi square. Penelitian dilakukan pada tanggal 8 September 2015 sampai dengan tanggal 14 September 2015.

Hasil: Dari 52 responden untuk analisa univariat mayoritas berumur antara 20-30 tahun (26%), jenis kelamin perempuan (90,4%), lama bekerja antara kurang dari 5 tahun (48,1%), pendidikan D III (90,4%), perawat yang tidak pernah ikut pelatihan kemoterapi (98,1%), pada tingkat pengetahuan baik tentang kemoterapi ditemukan (40,4%), tingkat pengetahuan cukup (44,2%), tingkat pengetahuan kurang (15,4%), sedangkan pada kecemasan ditemukan (65,4%) mengalami cemas, dan tidak cemas (34,6%).

Kesimpulan: Ada hubungan yang signifikan (bermakna) antara tingkat pengetahuan dengan kecemasan mengenai dampak bahaya kemoterapi dalam tabel 3x2 dengan nilai $p 0,025 < \alpha 0,05$. Sehingga diharapkan perawat untuk lebih aktif dalam mencari informasi tentang kemoterapi dengan mengikuti seminar, *workshop*, pelatihan-pelatihan maupun berbagai macam informasi dari media lain guna meningkatkan pemahaman tentang kemoterapi sehingga dapat mengurangi kecemasan yang dialami saat melakukan tindakan kemoterapi.

Kata Kunci: Pengetahuan kemoterapi, Perawat, Kecemasan Bahaya Kemoterapi.

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Program Transfer 2015, STIKES Muhammadiyah

²Dosen Politeknik Kesehatan Samarinda, Kementerian Kesehatan RI Kalimantan Timur.

³Dosen Program Ilmu Keperawatan, STIKES Muhammadiyah Samarinda.

The Correlation between the Level of Knowledge about Chemotherapy and Anxiety Towards the Dangerous Effects of Chemoterapy on the Nurses in Teratai Rooms Of Abdul Wahab Sjahranie Public Hospital Samarinda

Rusilawati¹, Ismansyah², Rusni Masnina.³

ABSTRACT

Background: Chemotherapy treatment may have dangerous side effects on both patients and medical officers and surrounding people. It is found that not all of the nurses who give chemotherapy treatment in teratai rooms of Abdul WahabSjahranie Public Hospital Samarinda have certificates of chemotherapy training that it causes anxiety for most of the nurses.

Objective: This research aims to identify the correlation between the level of knowledge about chemotherapy and anxiety towards the dangerous effects of chemotherapy treatment on the nurses in teratai rooms of Abdul WahabSjahranie Public Hospital Samarindain 2015.

Methods: This research was descriptive correlational with cross sectional design. The population was the entire nurses working in teratai rooms with the total of 52 nurses based on the inclusion criteria.The sample was taken by using total sampling technique. The data were collected by using questionnaire and the data were analyzed by using chi square. The research was conducted from September 8, 2015 to September 14, 2015.

Findings: From the 52 respondents, using univariate analysis, the majority of respondents aged between 20-30 years old (26 %), female (90,4 %) , working experiences less than 5 years (48,1 %), having three-year diploma education (90,4 %), never having any chemotherapy training (98,1 %). Those who had good knowledge about chemotherapy was found to be (40,4 %), fair level of knowledge (44,2 %), and low level of knowledge (15, 4 %). In terms of the level of their anxiety it was found that 65,4% were anxious and 34,6% were not anxious.

Conclusions: There was a significant correlation between the level of knowledge and anxiety about the dangerous effects of chemotherapy in table 3x2 with the value od p $0,025 < \alpha 0,05$. Therefore, it is suggested that the nurses be more active in seeking for information about chemotherapy by participating in seminars, workshops, training or various information from other media in order to improve their understanding about chemotherapy so that they can reduce their anxiety which were experienced when they were doing chemotherapy treatment.

Keywords : Knowledge about Chemotherapy, Nurses, Anxiety towards the Dangersof Chemotherapy.

¹Student of Nursing Study Program, Transfer Program 2015, STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Lecture of Polytechnics of Health, Samarinda, Ministry of Health RI, East Kalimantan

³Lecture of Nursing Study Program, STIKES Muhammadiyah Samarinda

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT dengan rahmat dan rahim-Nya yang telah memberikan taufik dan hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga penulis bisa menyusun skripsi ini yang berjudul "Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Kemoterapi Dengan Kecemasan Mengenai Dampak Tindakan Kemoterapi Bagi Perawat Di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015" .

Skripsi ini merupakan salah satu syarat meraih gelar sarjana keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan. Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ghozali MH, M. Kes selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. dr. H. Rachim Dinata Marsidi, Sp. B, FINAC, M. Kes selaku Pemimpin BLUD RSUD. A. Wahab Sjahranie Samarinda.
3. Ns. Siti Khoiroh, S. Pd. M. Kep selaku ketua Program Studi SI Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
4. Ismansyah, S.Kp, M. Kep selaku pembimbing I yang selalu sabar dan banyak memberikan bimbingan kepada saya dan sebagai Penguji II.
5. Rusni Masnina, S. Kp, MPH selaku pembimbing II yang telah memberi saran dan masukan untuk perbaikan skripsi ini dan sebagai Penguji III.

6. Faried Rahman H, S. Kep. Ns, M. Kes. Selaku Koordinator mata kuliah.
7. Seluruh Dosen dan Staf Pendidikan Stikes Muhammadiyah Samarinda.
8. Abah Tercinta (Rafii) dan Kakak-kakakku tersayang (Norhaida, Daratul Laila, Rahmad, Lila Herlina), para keponakanku yang manja serta Keluarga besar yang telah memberikan support selama menyusun skripsi penelitian ini.
9. Sahabat dan Seluruh teman-teman seperjuangan Stikes Muhammadiyah Samarinda Program S-1 Ilmu Keperawatan kelas Transfer you are the best yang saling memberi semangat demi satu kalimat “wisuda bareng”.
10. Teman-teman crueTeratai, Sakura empat dan Kamar Terima Sakura RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah banyak memberikan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
11. Semua pihak yang turut membantu dalam pelaksanaan pembuatan skripsi ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Semoga segala amal kebaikan semua pihak yang telah membantu dan mendukung penulis menyelesaikan skripsi ini mendapatkan balasan dari Allah SWT dan skripsi ini dapat bermanfaat. Amiin.

Samarinda, Juli 2015

Penulis

DAFTAR ISI	
	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan Keaslian Penelitian.....	li
Halaman Persetujuan.....	lii
Halaman Pengesahan	lv
Motto	v
Abstrak	vi
Intisari	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Gambar	xiv
Daftar Tabel	xv
Daftar Lampiran	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian.....	9

E. Keaslian Penelitian.....	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	
1. Konsep Pengetahuan	
a. Pengertian Pengetahuan.....	14
b. Tingkat Pengetahuan.....	14
c. Sumber-sumber Pengetahuan.....	16
d. Pengukuran Pengetahuan.....	19
e. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	19
f. Kriteria Tingkat Pengetahuan.....	21
2. Konsep Kecemasan	
a. Pengertian Kecemasan.....	21
b. Penyebab Kecemasan.....	22
c. Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan	22
d. Klasifikasi Kecemasan.....	30
e. Jenis – jenis Kecemasan.....	33
f. Tanda – tanda atau Gejala Kecemasan	36
g. Manifestasi Kecemasan.....	36
h. Skala Kecemasan.....	39
3. Konsep Kemoterapi	

a. Definisi Kemoterapi.....	42
b. Mekanisme Kerja Kemoterapi.....	42
c. Cara Pemberian Kemoterapi.....	43
d. Tujuan Kemoterapi.....	45
e. Manfaat Kemoterapi.....	46
f. Obat Kemoterapi.....	47
g. Indikasi Dan Kontra Indikasi Pemberian Kemoterapi.....	48
h. Pemantauan Kemoterapi.....	51
i. Prosedur Dan Cara Pemberian Kemoterapi.....	53
j. Penanganan Yang Aman Dalam Memberikan Obat Sitostatika.....	55
B. Penelitian Terkait.....	62
C. Kerangka Teori Penelitian.....	65
D. Kerangka Konsep Penelitian.....	67
E. Hipotesis Penelitian	68
BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	69
B. Populasi dan Sampel	69
C. Waktu dan Tempat Penelitian	71
D. Definisi Operasional.....	71

E. Instrumen Penelitian	72
F. Uji Validitas dan Realibilitas	74
G. Teknik Pengumpulan Data	77
H. Teknik Analisis Data	78
I. Etika Penelitian	85
J. Jalannya Penelitian	87
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	89
B. Pembahasan	99
C. Keterbatasan Penelitian	114
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	115
B. Saran-saran	115
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR		
Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian	66
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	67

DAFTAR TABEL	
Tabel 2.1 Cara Penilaian Kecemasan Perawat.....	39
Tabel 2.2 Penentuan Derajat Kecemasan Perawat.....	40
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Kemoterapi Dengan Kecemasan Mengenai Dampak Tindakan Kemoterapi Bagi Perawat Di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	70
Tabel 3.2 Kisi-kisi Instrumen Variabel Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Kemoterapi Di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	72
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	90
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	91
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja.....	92
Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	92
Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pelatihan Kemoterapi Yang Pernah Dilakukan.....	93
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang kemoterapi.....	94
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Mengenai Dampak Tindakan kemoterapi Berdasarkan Skala HARS	94
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Kecemasan Mengenai Dampak Tindakan kemoterapi.....	96

Tabel 4.9 Hubunganantara Tingkat Pengetahuan Tentang Kemoterapi dengan Kecemasan Mengenai Dampak Tindakan kemoterapi	97
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Formulir permohonan menjadi responden penelitian
- Lampiran 2 : Lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 3 : Lembar kuesioner
- Lampiran 4 : Lembar Biodata Peneliti
- Lampiran 5 : Data- data Penelitian
- Lampiran 6 : Surat Izin Uji Validitas
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 8 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tubuh manusia terdiri dari bermilyar-milyar sel. Sel merupakan satuan hidup yang paling kecil yang sanggup hidup mandiri. Mekanisme pertumbuhan sel ini teratur dan terkontrol, sehingga normal sesuai dengan siklusnya. Sel kanker berbeda dengan sel tubuh normal, yaitu kepekaannya. Kanker berasal dari satu sel dengan pertumbuhan terus menerus, tidak terkontrol, dapat berubah bentuk dan dapat tumbuh pada organ lain atau metastase. Kanker terjadi akibat gangguan atau mutasi kode genetik, yang dapat terjadi pada sel tubuh akibat bahan kimia yang bersifat karsinogenik, radiasi, virus, atau keturunan (Jurnal RS Kanker Dharmais, 2011).

Jumlah orang yang didiagnosa menderita kanker diseluruh dunia meningkat menjadi lebih 14 juta orang (WHO 2012). Data untuk 2012 menunjukkan dalam kurun waktu empat tahun sejak 2008, penderita kanker bertambah hampir 13 juta. Saat ini, 12% dari semua kematian di dunia disebabkan oleh kanker dan penyakit ini menduduki nomor 2 penyebab kematian setelah penyakit kardiovaskuler (Jurnal RS Kanker Dharmais, 2011).

Sementara itu, di Indonesia sebagai salah satu negara berkembang dengan prevalensi penyakit kanker yang cukup tinggi. Di

wilayah ASEAN, Indonesia menempati urutan kedua setelah Vietnam dengan kasus penyakit kanker mencapai 135.000 kasus pertahun (WHO, 2008). Data tersebut hampir sama dengan yang ditemukan Pusat Data dan Informasi Pusdatin) Departemen Kesehatan RI (2007) yang menyebutkan prevalensi *rate* penyakit kanker mencapai 100 ribu pertahun.

Kanker adalah penyebab kematian ketujuh (5,7%) di Indonesia setelah stroke, tuberculosis, hipertensi dan perinatal (Jurnal RS Kanker Dharmais, 2011). Dan diperkirakan terdapat 100 penderita kanker baru untuk setiap 100.000 penduduk per tahunnya. Dalam jangka waktu 10 tahun, terlihat bahwa peringkat kanker sebagai penyebab kematian naik dari peringkat 12 menjadi peringkat 6. Saat ini penderita penyakit kanker di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Merujuk data Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi kanker di Indonesia mencapai 1,4 jiwa per 1.000 penduduk. Dengan prevalensi tertinggi menyerang jenis kelamin perempuan.

Terapi pada kanker sangat kompleks, dimana tujuan utamanya adalah untuk menghambat pertumbuhan sel kanker. Tindakan kemoterapi merupakan salah satu tindakan penunjang pada pasien dengan diagnosa kanker (Kemenkes, 2012). Kemoterapi merupakan pengobatan kanker dengan memakai obat-obat anti kanker. Obat-obat ini seringkali dipakai sebagai bagian dari *multimodalityterapi*,

bersamaan dengan pembedahan dan radioterapi. Proses ini memakan waktu yang lama, tergantung pada tipe dan sifat tumor.

Kemoterapi didefinisikan sebagai suatu terapi pengobatan yang bertujuan untuk mengurangi volume tumor dan mencegah sel tumor membelah dan menyebar. Kemoterapi didesain untuk membunuh sel kanker melalui berbagai fase siklus sel yang berbeda. Kemoterapi dapat diberikan secara intravena, intraarteri, subkutan, intramuscular. Pemberian secara intravena paling banyak dilakukan (Modul In House Training Kemoterapi RS Kanker Dharmais, 2012).

Bagi para perawat, bekerja di klinik kanker butuh kehati-hatian ekstra. Sedikit saja kesalahan tidak hanya membahayakan pasien, tetapi juga diri sendiri karena kontak langsung dengan obat-obat kemoterapi dapat menyebabkan keracunan. Para peneliti dari *University of Michigan* mengungkapkan, kontak langsung dengan kulit atau mata bisa membuat obat-obat kemoterapi atau obat kanker terserap oleh tubuh. Bagi para perawat yang setiap hari menangani obat-obatan tersebut, hal ini bisa berdampak serius. Paparan obat kemoterapi yang tidak disengaja bisa membuat para perawat mengalami gangguan sistem saraf dan reproduksi.

Bahkan saat baru terserap dan masuk ke sistem peredaran darah, racun-racun tersebut juga sudah bisa memicu risiko kanker darah. "Kontak apapun di permukaan kulit atau mata sama bahayanya dengan tertusuk jarum suntik. Untuk kecelakaan jarum suntik, perawat biasanya

langsung mendapatkan pemeriksaan namun pada obat-obat kemoterapi jarang diperhatikan," ungkap salah seorang peneliti, Dr Christopher Friese seperti dikutip dari *MSN Health*, Rabu (24/8/2011). Penelitian yang dilakukan Dr Friese dan timnya menunjukkan, 17 persen perawat yang bekerja di klinik kanker mengaku pernah terlibat kontak langsung dengan obat kemoterapi baik di kulit maupun mata. Data ini diperoleh setelah mensurvei 1.339 perawat di seluruh Amerika.

Berbicara tentang pemberian obat kemoterapi yang sementara ini menjadi bagian dari hal penting yang dikhawatirkan oleh perawat mengingat perawat yang belum menikah dikarenakan begitu bahayanya efek radiasi yang ditimbulkan (Widiastuti, 2009). Karena dalam pemberian obat kemoterapi disamping adanya efek bagi pasien, juga banyak resiko yang dapat terjadi pada petugas kesehatan itu sendiri. Sehingga secara tidak langsung menimbulkan kecemasan bagi para petugas yang melaksanakan tindakan kemoterapi. Pemberian kemoterapi yang tidak sesuai dengan standard *precaution* yang aman juga bisa berdampak buruk baik untuk petugas kesehatan yang berhubungan langsung dengan obat, klien juga pada lingkungannya, sehingga perlunya petugas mengetahui dan memahami prosedur pemberian kemoterapi yang aman bagi semua orang yang ada di rumah sakit.

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya dengan

sendirinya pada waktu pengindraan sehingga pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran, dan indra penglihatan (Notoatmodjo, 2010:27). Dimana pengetahuan itu sendiri mempengaruhi status pendidikan seseorang yang menyebabkan perbedaan tingkat kecemasan.

Kecemasan merupakan bagian dari proses psikologis pada kehidupan manusia (keperawatan jiwa, 2010). Kecemasan sangat berkaitan dengan tidak pasti dan tidak berdaya, keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik. Pada hasil riset keperawatan, Juli 2012 di RSAL Dr. Mintohardjo yang dilakukan oleh Murwani ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang kemoterapi dengan kecemasan perawat dalam pelaksanaan pemberian kemoterapi.

Akumulasi kasus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie sendiri berdasarkan rekam medik 2014 sebanyak 305 pasien kanker secara keseluruhan dan 839 kali tindakan kemoterapi sedangkan pasien yang dirawat di ruang teratai sendiri ada 16 pasien dengan 31 kali melaksanakan tindakan kemoterapi. Dimana tindakan kemoterapi itu sendiri dilakukan tidak hanya sekali saja tetapi berulang kali, biasa dilakukan dalam siklus 21 hari sekali tindakan kemoterapi diberikan. Tetapi ada juga dalam siklus 21 hari itu diberikan tindakan kemoterapinya selama 2 hari 2 kali pemberian obat kemoterapi

tergantung protap terapi kemoterapi yang diberikan dokter penanggung jawab pasien yang dalam hal ini adalah dokter spesialis.

Ruang teratai adalah ruang paviliun rawat inap di RSUD AWS Samarinda dibawah naungan UPT Sakura yang bisa menerima / merawat pasien apapun termasuk pasien kanker dengan tindakan kemoterapi. Perawat yang telah memiliki sertifikasi khusus sebagai perawat kemoterapi hanya 2 orang dari total 62 tenaga perawat dan bidan. Dimana 45 perawat dengan tingkat pendidikan untuk lulusan S1 ada 3 orang, lulusan D4 ada 2 orang, kemudian lulusan D3 ada 40 orang. Sedangkan untuk tenaga bidan ada 16 orang dengan lulusan D3 ada 14 orang dan lulusan D4 ada 2 orang.

Berdasarkan studi pendahuluanyang peneliti lakukan di ruang teratai terhadap 6 perawat yang diamati oleh peneliti dalam melakukan tindakan kemoterapi diantaranya 2 perawat yang dengan memiliki sertifikat pelatihan kemoterapi dan 4 perawat yang tidak memiliki sertifikat pelatihan kemoterapi dengan lama kerja yang berbeda. Menunjukkan adanya perilaku cemas yang berbeda-beda. Pada perawat yang memiliki sertifikat pelatihan kemoterapi terlihat santai dan tenang pada saat melakukan tindakan kemoterapi. Pada perawat yang lebih senior yang dalam hal ini memiliki pengalaman kerja diatas 15 tahun khususnya pengalaman dalam tindakan kemoterapi menunjukkan perilaku cemas yang hampir tidak tampak. Berbeda dengan perawat yang memiliki pengalaman kerja diatas 5 tahun, pada saat melakukan

tindakan kemoterapi menunjukkan perilaku cemas dan kurang pengetahuan tentang kemoterapi terlihat dengan sikap yang ragu-ragu dalam setiap memulai tindakan kemoterapi. Seringnya melontarkan pertanyaan-pertanyaan tentang tindakan kemoterapi sebagai wujud perilaku antara *double chek*, kurang memahami tindakan kemoterapi dan manifestasi dari rasa cemas itu sendiri.

Adanya sikap tidak percaya diri dari perawat dalam hal melakukan tindakan kemoterapi, sehingga sering terjadi situasi pelimpahan tanggung jawab terhadap tindakan kemoterapi. Lain halnya dengan perawat yang memiliki pengalaman kerja dibawah 5 tahun dimana saat melakukan tindakan kemoterapi tidak tampak perilaku kecemasan yang berlebihan tetapi menunjukkan sikap kepasrahan dan sering melontarkan pertanyaan seputar efek yang ditimbulkan dari tindakan kemoterapi bagi petugas yang melakukan dalam hal ini perawat itu sendiri. Selanjutnya dari ke 6 perawat tersebut peneliti juga melakukan wawancara dimana 4 diantaranya menyatakan cemas akan efek kemoterapi yang ditimbulkan saat melakukan tindakan kemoterapi.

Berdasarkan fenomena tersebut diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dan kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2015.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah yang telah dijelaskan diatas, penulis merumuskan masalah dalam penelitian ini, yaitu : “Bagaimana Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Kemoterapi Dengan Kecemasan Mengenai Dampak Tindakan Kemoterapi Bagi Perawat Di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Kemoterapi Dengan Kecemasan Mengenai Dampak Tindakan Kemoterapi Bagi Perawat Di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

2. Tujuan Khusus, diidentifikasinya

- a. Karakteristik responden (perawat) Ruang Teratai, meliputi : usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja dan pelatihan kemoterapi.
- b. Tingkat pengetahuan perawat tentang kemoterapi di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- c. Kecemasan perawat mengenai dampak tindakan kemoterapi di Ruang Teratai Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- d. Hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang kemoterapi dengan kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi.

D. Manfaat Penelitian

- a. Bagi Stikes Muhammadiyah Samarinda

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat bagi pendidikan keperawatan yaitu sebagai pengembangan kurikulum, pengembangan buku ajar, pengembangan SOP dalam pemberian kemoterapi.

- b. Bagi Perawat

Dapat meningkatkan pengetahuan tentang kemoterapi, dampak tindakan kemoterapi, bekerja lebih profesional dan dapat terhindar dari dampaknya tindakan kemoterapi.

- c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar atau referensi selanjutnya dalam melakukan penelitian lebih lanjutnya yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan dengan kecemasan perawat dalam pemberian tindakan kemoterap.

- d. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang tindakan kemoterapi dan dampaknya.

e. Bagi Instansi RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan, sebagai pertimbangan untuk mengadakan pendidikan, pelatihan atau *workshop* mengenai tindakan kemoterapi yang aman bagi perawat khususnya perawat Ruang Teratai yang dalam hal ini dapat diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi di Ruang Teratai.

f. Bagi Ruang Teratai

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi dan dalam meningkatkan mutu pelayanan di ruang Teratai RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini dititik beratkan pada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dengan kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Sepanjang pengetahuan penulis yang dilakukan ini belum pernah dilakukan sebelumnya. Oleh karena itu, keaslian skripsi ini dapat dipertanggung jawabkan dan sesuai dengan asas-asas keilmuan yang harus dijunjung tinggi yaitu kejujuran, rasional, objektif serta terbuka. Hal ini merupakan implikasi etis dari proses menemukan kebenaran ilmiah sehingga dengan demikian penelitian ini dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya

secara ilmiah, keilmuan dan terbuka untuk kritisi yang sifatnya konstruktif (membangun).

Berdasarkan penelusuran pustaka, beberapa riset penelitian sejenis yaitu oleh :

1. Sari dengan judul riset “Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Pemeriksaan Di Ruang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Rumah Sakit Haji Darjat Samarinda tahun 2013”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Pemeriksaan Di Ruang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Rumah Sakit Haji Darjat Samarinda tahun 2013. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan perbandingan korelasi antar variabel. Dengan menggunakan metode sampling dan menggunakan instrumen kuesioner. Persamaan penelitian ini adalah menggunakan desain deskriptif korelasi analitik dengan instrumen kuesioner. Perbedaan penelitian ini adalah menggunakan variabel independent tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dan variabel dependent kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dengan teknik total sampling dan populasinya adalah perawat yang bertugas di ruang teratai RSUD AWS Samarinda.

2. Saragih dengan judul risetnya “Peran Dukungan Keluarga Dan Koping Pasien Dengan Penyakit Kanker Terhadap Pengobatan Kemoterapi Di RB 1 Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2010”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran dukungan keluarga dan koping pasien dengan penyakit kanker terhadap pengobatan kemoterapi di RB 1 Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan menggunakan data primer yang didapat dari kuesioner yang dilakukan kepada keluarga dan pasien-pasien yang menjalani pengobatan kemoterapi di RB I RSUP Haji Adam Malik Medan. Dimana populasinya adalah 103 orang dan sampel yang digunakan adalah 25% dari 103 orang yaitu 25 orang yang sedang menjalani pengobatan kemoterapi di RB I RSUP Haji Adam Malik Medan dari bulan Juni-Juli 2010. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada rancangan penelitian menggunakan teknik total sampling dengan populasinya adalah perawat yang bertugas diruang teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dengan variabel independent tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dan variabel dependent kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
3. Trimurwani dengan judul riset “Hubungan pengetahuan kemoterapi dengan kecemasan perawat dalam pelaksanaan pemberian

kemoterapi diruang P. Sibatik, P. Salawati, P. Bintang RSAL Dr. Mintohardjo Th. 2012". Penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di RSAL Dr. Mintohardjo yang berjumlah 45 orang yang diambil dengan tehnik purposive sampel. Persamaan dengan penelitian ini adalah menggunakan deskriptif korelasional dan perbedaan penelitian ini adalah menggunakan tehnik total sampel dengan variabel dependent kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Dan variabel independennya adalah hubungan tingkat pengetahuan tentang kemoterapi bagi perawat ruang teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2010).

b. Tingkat Pengetahuan

Ada 6 (enam) tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif yaitu (Notoadmodjo, 2010) :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini

merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah, kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendeteksi, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat mengintegrasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang di pelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan

(membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*sintesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan - rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek, penilaian - penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria - kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2010).

c. Sumber-Sumber Pengetahuan

Sumber *pertama*, yaitu kepercayaan berdasarkan tradisi, adat, istiadat, dan agama, adalah berupa nilai - nilai warisan nenek moyang. Sumber ini biasanya berbentuk norma - norma dan kaidah-kaidah baku yang berlaku di dalam kehidupan sehari - hari. Di dalam norma dan kaidah itu terkadang pengetahuan yang kebenarannya boleh jadi, tidak dapat dibuktikan secara rasional

dan empiris. Tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja, jadi harus diikuti dengan tanpa keraguan dengan percaya secara bulat. Pengetahuan yang bersumber dari kepercayaan cenderung bersifat tetap tetapi subyektif.

Sumber *kedua*, yaitu pengetahuan yang berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain, juga masih diwarnai oleh kepercayaan pihak-pihak pemegang otoritas kebenaran. Pengetahuan yang dapat dipercayai adalah orang tua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Apa pun yang mereka katakan benar atau salah, baik atau buruk, dan indah atau jelek, pada umumnya diikuti dan dijalankan dengan patuh tanpa kritik karena kebanyakan orang telah mempercayai mereka sebagai orang-orang yang cukup berpengalaman dan berpengetahuan lebih luas dan benar. Boleh jadi sumber pengetahuan ini mengandung kebenaran, tetapi persoalannya terletak pada sejauh mana orang - orang itu bisa dipercaya. Lebih dari itu, sejauh mana kesaksian pengetahuannya itu merupakan hasil pemikiran dan pengalaman yang telah teruji kebenarannya. Jika kesaksiannya adalah kebohongan, hal ini akan membahayakan kehidupan manusia dan masyarakat itu sendiri.

Sumber *ketiga*, yaitu pengalaman indrawi. Bagi manusia, pengalaman indrawi adalah vital penyelenggara kebutuhan hidup sehari-hari. Dengan mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit orang

bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup.

Sumber *keempat* yaitu akal pikiran. Berbeda dengan panca indera, akal pikiran memiliki sifat lebih rohani karena lingkup kemampuannya melebihi panca indera yang menembus batas-batas fisis sampai pada hal-hal yang bersifat *metafisis*. Kalau panca indera hanya mampu menangkap hal-hal yang fisis menurut sisi tertentu yang satu persatu dan berubah - ubah, maka akal pikiran mampu menangkap hal-hal yang *metafisis*, spiritual, *abstrak*, *universal*, yang seragam, dan yang bersifat tetap. Tetapi tidak berubah - ubah. Oleh sebab itu, akal pikiran senantiasa bersikap meragukan kebenaran pengetahuan indrawi sebagai pengetahuan semu menyesatkan. Singkatnya akal pikiran cenderung memberikan pengetahuan yang lebih umum, obyektif, dan pasti serta bersifat tetap tidak berubah-ubah.

Sumber *kelima* yaitu intuisi. Sumber ini berupa gerak hati yang paling dalam. Jadi, sangat bersifat spiritual, melampaui ambang batas ketinggian akal pikiran dan kedalaman pengalaman. Pengetahuan yang bersumber dari intuisi merupakan pengalaman batin yang bersifat langsung. Artinya, tanpa melalui sentuhan indera maupun olahan akal pikiran ketika dengan serta merta seseorang memutuskan untuk berbuat atau tidak berbuat dengan tanpa alasan yang jelas. maka ia berada di dalam pengetahuan

yang intuitif. Dengan demikian, pengetahuan intuitif ini kebenarannya tidak dapat di uji baik menurut ukuran pengalaman indrawi maupun akal pikiran. karena itu tidak bisa berlaku umum, hanya berlaku secara personal belaka (Suhartono, 2008).

d. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat - tingkat tersebut (Notoatmodjo, 2010).

e. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain:

1. Faktor internal

a) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan (Wawan dan Dwi, 2010). Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Nursalam, 2008).

b) Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.

c) Usia

Menurut *Elisabeth* BH yang dikutip Nursalam (2008), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun). Menurut, (Wawan dan Dewi, 2010) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya.

2. Faktor Eksternal**a) Faktor Lingkungan**

Menurut *Marnier* yang dikutip Nursalam (2008) lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

f. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diintresprestasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- 1) Baik : Hasil Presentasi 76%-100%**
- 2) Cukup : Hasil Presentasi 56%-75%**
- 3) Kurang : Hasil Presentasi <56%**

2. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2009).

Kecemasan akibat terpajan pada peristiwa traumatik yang dialami individu yang mengalami, menyaksikan atau menghadapi satu atau beberapa peristiwa yang melibatkan kematian aktual atau ancaman kematian atau cedera serius atau ancaman integritas fisik diri sendiri (Doenges, 2006 : 371).

Kecemasan pada individu dapat memberikan motivasi untuk mencapai sesuatu dan merupakan sumber penting dalam usahamemelihara keseimbangan hidup. Kecemasan adalah respon

emosi tanpa objek yang spesifik yang subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal.

Tingkat kecemasan yang benar sejalan dengan terjadinya ancaman bahaya. Kecemasan dapat membantu dalam mengenali dan menghindari bahaya. Akan tetapi apabila kecemasan tidak berfungsi positif dapat memunculkan ketidakseimbangan dan akan memicu timbulnya cemas. Bahkan rasa cemas tersebut bersifat parah, permanen, dan sangat mengganggu aktivitas.

b. Penyebab Kecemasan

Menurut Andaners (2009), penyebab rasa cemas dapat dikelompokkan pula menjadi 3 faktor, yaitu :

- 1) Faktor biologis atau fisiologis, berupa ancaman akan kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan.
- 2) Faktor psikososial, ancaman terhadap konsep diri, kehilangan benda atau orang yang dicintai, perubahan status sosial ekonomi.
- 3) Faktor perkembangan, yaitu ancaman pada masa bayi, anak, remaja.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan seseorang meliputi beberapa aspek antara lain, terdapat komponen genetik terhadap kecemasan, scan otak dapat melihat perbedaan terutama pada pasien kecemasan yang respons dengan signal berbahaya,

sistem pemrosesan informasi dalam seseorang berjalan dengan singkat (hal ini dapat direspons dengan suatu ancaman sebelum yang bersangkutan menyadari ancaman tersebut), akar dari gangguan kecemasan mungkin tidak akan menjadi pemisahan mekanisme yang menyertainya namun terjadi pemisahan mekanisme yang mengendalikan respons kecemasan dan yang menyebabkan situasi diluar kontrol (Sani, 2012).

Proses terjadinya kecemasan Perasaan tidak nyaman atau terancam pada ansietas diawali dengan adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

Faktor kecemasan adalah :

1. Faktor Predisposisi

Menurut Asmadi (2009), berbagai faktor predisposisi yang dijelaskan ke dalam beberapa teori mengenai kecemasan.

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress (*Stuart & Laraia, 2005; Agustarika, 2009*).

Berbagai teori dikembangkan mengenai factor predisposisi terjadinya ansietas Atas dasar ini beberapa teori dan kajian tentang sumber-sumber kecemasan telah berkembang yang diuraikan sebagai berikut :

a) Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan psikoanalitik kecemasan merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu Id dan super ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sedangkan super ego mencerminkan hati nurai seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya yang menimpa.

b) Teori Interpersonal

Pandangan ini menyatakan bahwa kecemasan timbul dari perasaan takut tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Berhubungan dengan masa trauma dimasa perkembangan seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik, seseorang dengan gangguan hubungan interpersonal dengan harga diri rendah, mudah mengalami kecemasan yang berat.

c) Teori Perilaku

Dalam teori ini kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar

perilaku yang lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan.

Individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan, lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya.

d) Kajian Keluarga

Menunjukkan bahwa kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan gangguan keceaman dengan depresi.

e) Kajian Biologis

Kajian ini menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor untuk *benzodi azepenes*. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik-gammanetroregulator (GABA) yang menjadi peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang berakibat sebagai predisposisi terhadap kecemasan dan dapat disertai dengan gangguan fisik sehingga dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk mengatasi stressor.

Pendapat yang dikemukakan oleh *Taylor (Leonard, 2010)* Kecemasan merupakan pengalaman subyektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai bentuk reaksi umum dan ketidak-mampuan menghadapi masalah atau munculnya rasa tidak aman pada individu.

Freud (Hall dan Lindzay, 1995; Sani, 2012) menyatakan bahwa *ego* disebut sebagai eksekutif kepribadian, karena *ego* mengontrol pintu-pintu ke arah tindakan, memilih segi-segi lingkungan kemana ia akan memberikan respon, dan memutuskan insting-insting manakah yang akan dipuaskan dan bagaimana caranya. Dalam melaksanakan fungsi-fungsi eksekutif ini, *ego* harus berusaha mengintegrasikan tuntutan *id*, *superego*, dan dunia luar yang sering bertentangan. Hal ini sering menimbulkan tegangan berat pada *ego* dan menyebabkan timbulnya kecemasan. *Freud* membagi teori kecemasan menjadi 4 yaitu :

- a. *ID/Impulse anxiety* : perasaan tidak nyaman pada anak
- b. *SapARATION anxiety* : pada anak yang merasa takut akan kehilangan kasih sayang orangtuanya
- c. *Castration anxiety* : merupakan fantasi *kastrasi* pada masa kanak-kanak yang berhubungan dengan pembentukan *impuls* seksual

d. *Super Ego anxiety* : pada fase akhir pembentukan super ego yaitu *pre pubertas* (Sani, 2012).

Cara hidup orang di masyarakat juga sangat mempengaruhi pada timbulnya ansietas (*Tarwoto & Wartonah*, 2003; Agustarika, 2009).

Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami ansietas. Budaya seseorang juga dapat menjadi pemicu terjadinya ansietas. Hasil *survey* yang dilakukan oleh Mudjadid,dkk tahun 2006 di lima wilayah pada masyarakat DKI Jakarta didapatkan data bahwa tingginya angka ansietas disebabkan oleh perubahan gaya hidup serta kultur dan budaya yang mengikuti perkembangan kota (Agustarika, 2009). Namun demikian, faktor *predisposisi* di atas tidaklah cukup kuat menyebabkan seseorang mengalami ansietas apabila tidak disertai faktor *presipitasi* (pencetus).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat berasal dari sumber internal dan eksternal. Faktor ini dapat dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu:

1) Ancaman terhadap integritas fisik

Meliput ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari misalnya infeksi virus dan bakteri, ancaman akan keselamatan, kehilangan tempat tinggal. Makanan, pakaian, serta traumatik akibat cedera. Sumber internal meliputi kegagalan mekanisme fisiologis seperti hati, sistem imun dan pengaturan suhu.

2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang

Berasal dari sumber internal dan eksternal. Sumber internal meliputi takut kehilangan, pemahaman, perceraian atau perpindahan, perubahan status pernikahan dan dilema etnik serta tekanan dari kelompok sosial budaya sedangkan sumber eksternal meliputi kesulitan-kesulitan interpersonal dirumah atau dilingkungan kerja, atau penerimaan terhadap peran yang baru, misalnya menjadi orang tua, pelajar dan karyawan.

d. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Asmadi (2009), tiap tingkatan kecemasan mempunyai karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain. Manifestasi kecemasan yang terjadi bergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi ketegangan, harga diri,

dan mekanisme coping yang digunakannya. Tingkat kecemasan dan karakteristik. teknik prosedural keperawatan konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien yaitu :

1. Ringan

- a) Berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari.
- b) Kewaspadaan meningkat.
- c) Persepsi terhadap lingkungan meningkat.
- d) Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan menghasilkan kreativitas.
- e) Respons fisiologis : sesekali napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar.
- f) Respons kognitif : mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan.
- g) Respons perilaku dan emosi : tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi.

b. Sedang

- a) Respons fisiologis : sering napas pendek, nadi ekstra sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia diare/ konstipasi, sakit kepala, sering berkemih, dan letih.
- b) Respons kognitif : memusatkan perhatiannya pada hal yang

penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima.

c) Respons perilaku dan emosi : gerakan tersentak - sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman.

d) Sedikit mengalami peningkatan tanda-tanda vital

c. Berat

a) Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain.

b) Respons fisiologis: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkelabut, serta tampak tegang.

c) Respons kognitif: tidak mampu berpikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan / tuntutan, serta lapang persepsi menyempit.

d) Respons perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (*verbalisasi* cepat).

e) Mengalami peningkatan tanda-tanda vital lebih dramatis, diare, diaporesis, palpasi, nyeri dada, muntah

d. Berat Sekali/ Panik

a) Respons fisiologis: napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasi motorik.

- b) Respons kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami *distorsi*, dan ketidakmampuan memahami situasi.
- c) Respons perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk dan marah
- d) ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol diri (aktivitas motorik tidak menentu), perasaan terancam, serta dapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan/ atau orang lain.

e. Jenis-jenis kecemasan

1) Panik

Panik merupakan serangan yang sangat mengganggu dan meliputi ketakutan yang serius. Kepanikan bisa juga berupa rasa cemas yang timbul secara tiba-tiba dan memuncak dalam waktu sepuluh menit. Gejala khas yang muncul jantung berdebar-debar, denyut nadi meningkat, napas pendek atau perasaan tercekik, kedinginan, rasa panas, dada sakit, berkeringat, gemetar, rasa kebal atau mati rasa, kepala terasa ringan, merasa takut mati, kehilangan kendali atau menjadi gila. Biasanya serangan panik berlangsung selama kurang dari 30 menit. Hal ini bisa dipicu oleh situasi tertentu atau terjadi secara spontan. Serangan panik biasanya dialami orang dewasa, 30% orang dewasa telah mengalami panik sebanyak 1 kali.

2) Kecemasan sosial

Adalah suatu keadaan dimana individu merasa takut secara terus menerus karena merasa penampilannya janggal, konyol atau memalukan ketika seseorang memperhatikan. Perasaan cemas ini bisa dikaitkan dengan aktivitas makan atau menulis di depan orang lain, berbicara pada seseorang atau tampil di depan publik. Orang yang mengalami kecemasan sosial akan merasa cemas seandainya orang lain mengetahui kecemasan mereka atau merasa takut bila dianggap sebagai orang bodoh atau orang lemah karena berperilaku demikian.

Pada penderita kecemasan sosial akan menghindari situasi yang mereka takuti atau menghadapinya dengan perasaan yang amat tertekan. Penderita kecemasan sosial merasa bahwa kecemasan tersebut terlalu berlebihan dan itu sebabnya penderita menjadi stres karena masalah tersebut. Secara nyata kondisi tersebut mengganggu kehidupan pribadi, kehidupan bermasyarakat serta mengganggu pekerjaan mereka.

3) Ketakutan spesifik

Ketakutan spesifik atau fobia khusus adalah bila seseorang merasa takut terhadap benda atau situasi tertentu secara terus menerus dan memiliki keinginan kuat untuk menghindarinya. Rasa cemas bisa dipicu oleh apapun yang ditakuti, bahkan hanya dengan

memikirkan hal itu. Reaksi ketakutan tersebut bersifat langsung dan bisa melibatkan serangan panik. Para penderita menyadari bahwa ketakutan mereka berlebihan dan berusaha menghindari hal-hal yang bisa memicunya. Fobia biasanya berhubungan dengan binatang, serangga, ketinggian, kegelapan, gempa bumi, perawatan gigi, darah, perjalanan di udara dan ruang tertutup.

4) Pikiran yang tidak diinginkan dan perilaku *kompulsif*

Suatu obsesi yaitu meliputi pemikiran, gagasan, citra atau dorongan secara berulang-ulang yang menimbulkan kecemasan dan dianggap sebagai hal yang tidak masuk akal atau berlawanan.

Para penderita biasanya merasakan tekanan untuk mengulangi perilaku fisik atau perilaku mental. Perilaku ini disebut *kompulsi* dan merupakan reaksi terhadap pemikiran obsesif yang tidak diinginkan, ritual yang ditujukan untuk mengurangi atau menghilangkan stres atau mencegah hal yang ditakutkan terjadi. Penderita mengetahui bahwa perilaku kompulsif ini tidak masuk akal dan berlebihan tetapi mengalami kesulitan untuk mengendalikannya. Akhirnya, hal itu menimbulkan stres yang menyita waktu dan mengganggu kehidupan sehari-hari.

5) Traumatis

Peristiwa traumatis misalnya kecelakaan, penyerangan, penyiksaan terus menerus yang akan terulang melalui mimpi atau

pemikiran *intrusif*. Sebagai reaksi terhadap peristiwa pemicu itu seseorang mungkin menghidupkan kembali peristiwa dengan berbagai cara misalnya pemikiran intrusif yang mengganggu, citra atau mengulangi impian, kilas balik, halusinasi atau ilusi, dan merasa bertindak seakan-akan peristiwa terulang kembali. Akibatnya seseorang yang mengalami trauma dapat terus menerus mengingat peristiwa tersebut, kewaspadaan yang berlebihan, kelumpuhan emosional, menarik diri dari pergaulan sosial dan penghindaran diri dari pengalaman tersebut.

f. Tanda-tanda atau Gejala Kecemasan

Menurut Maramis (2010) pada *neurosis* cemas ada 2 macam gejala yaitu:

- 1) Gejala-gejala (komponen) somatik yang mungkin berupa nafas sesak, dada tertekan, kepala ringan, lekas lelah, palpatasi dan keringat dingin. Macam-macam gejala lain mungkin mengenai motorik, pencernaan, pernafasan, sistem kardiovaskuler.
- 2) Gejala-gejala (komponen) psikologik yang mungkin timbul sebagai rasa was-was, kekhawatiran terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, prihatin dengan pikiran orang mengenai dirinya. Penderita tegang terus menerus dan tidak mampu berlaku santai.

g. Manifestasi Kecemasan

1) Manifestasi kognitif

Yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.

2) Perilaku motorik

Kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.

3) Perubahan somatik

Muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi, ketegangan otot dan tekanan darah.

4) Afektif

Diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

Stuart dan Sunden (2008) memberikan suatu penilaian respon fisiologis dan respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan meliputi :

a) Respon simpatis

- 1) Kardiovaskuler : palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, pingsan, tekanan

darah menurun, denyut nadi menurun.

- 2) Pernafasan : nafas pendek, nafas cepat, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-engah.
- 3) *Neuromuskuler* : refleksi meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, gerakan yang janggal.
- 4) *Gastrointestinal* : kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, rasa terbakar pada jantung, diare.
- 5) Traktus *Urinarius* : tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- 6) Kulit : wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat berkeringat sekujur tubuh.

b. Respon *Parasimpatis*

- 1) Perilaku Afektif : Gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mendapat cedera, menarik diri dari hubungan intrpersonal, menghalangi, melarikan diri dari masalah, menghindar.
- 2) Perilaku Kognitif : Perhatian terganggu, konsentrasi terganggu dan pelupa, salah dalam memberikan

penilaian, *preokupasi* dan hambatan berfikir, kreatifitas dan produktifitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri meningkat, kehilangan objektifitas, takut kehilangan control, takut pada gambran visual, takut cedera atau kematian.

- 3) Kognitif : Mudah terganggu, tidak sabar, gelisah dan tegang, nervus dan ketakutan, alarm, teror, gugup, gelisah.

h. Skala Kecemasan

Skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh *Max Hamilton* dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS*. Skala *HARS* merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala *HARS* terdapat 14 *symptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*No! Present*) sampai dengan 4 (*severe*).

Penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi :

1. Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

2. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan pola tidur, contoh : terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala *somatik*: nyeri patah otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
9. Gejala kardiovaskuler : taccikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pernapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
11. Gejala *gastrointestinal*: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala *urogenital* : sering kencing, tidak dapat menahan

kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.

13. Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Berikut adalah tabel cara penilaian kecemasan dengan memberikan nilai dan kategori:

Tabel 2.1. Cara Penilaian Kecemasan Perawat

Nilai	Kategori
0	Tidak ada gejala sama sekali
1	Satu dari gejala yang ada
2	Sedang/separuh dari gejala yang ada
3	Berat/lebih dari setengah gejala yang ada
4	Sangat berat /semua gejala ada.

(Nursalam, 2011)

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah skor dan item 1-14 dengan hasil :

Tabel 2.2. Penentuan Derajat Kecemasan Perawat

Skor	Hasil
< 6	Tidak ada kecemasan
7-14	Kecemasan ringan

15-27	Kecemasan sedang
>27	Kecemasan berat

(Nursalam, 2011)

3. Kemoterapi

a. Definisi Kemoterapi

Sukardja (2000, dalam Perwitasari, 2007) lebih lanjut menjelaskan, kemoterapi merupakan terapi sistemik yang dapat digunakan untuk menghambat pertumbuhan atau untuk membunuh sel-sel kanker dengan obat-obat antikanker yang disebut sitostatika.

Menurut *American Society of Clinical Oncology*, kemoterapi adalah *agen neoplastic* yang bertujuan untuk membunuh sel-sel kanker yang diberikan baik secara oral maupun *rute* parenteral (intravena, perifer maupun sentral) atau rute spesifik lainnya.

b. Mekanisme Kerja Kemoterapi

Untuk memahami mekanisme kerja kemoterapi, penting untuk diketahui terlebih dahulu siklus pembentukan sel. Dalam pembentukan sel, terdapat 4 (empat) fase yang harus dilalui untuk mencapai siklus pertumbuhan sel yang sempurna. Fase tersebut meliputi fase G1, S, G2 dan mitosis (M). Fase G1 yaitu fase dimana DNA mulai dibentuk dan terjadi sintesis protein dan RNA. Kemudian sel memasuki fase S dimana terjadi sintesis DNA yang memakan waktu 10 jam sampai 30 jam, dan selama waktu

tersebut isi DNA dari sel berlipat ganda. Setelah fase S, sel masuk ke fase G₂, fase dimana terjadi sintesis RNA dan protein yang diperlukan untuk mitosis. Proses ini memakan waktu 1 sampai 12 jam. Fase terakhir yaitu fase M dimana terjadi pembelahan sel yang berlangsung sekitar 1 jam. Dalam mitosis terdapat 4 langkah (*profase, metafase, anafase dan telofase*) yang menghasilkan dua sel saudara (sejenis) yang identik. Setelah mitosis, sel memasuki fase G₀ (fase istirahat). Pada fase ini, sel tidak membelah lagi, namun sel telah dapat berfungsi. Sel kanker sulit diatasi pada fase G₀ karena pada fase tersebut sel membelah.

Kemoterapi bekerja dengan membunuh sangat cepat sel-sel yang membelah. Sel ini termasuk sel kanker yang terus membelah membentuk sel yang baru serta sel sehat yang pembelahannya cepat seperti pada sel tulang, saluran pencernaan, sistem reproduksi dan folikel rambut (Herdata, 2008).

c. Cara Pemberian Kemoterapi

1) Intravena

Kebanyakan sitostatika diberikan dengan cara ini, dapat berupa bolus iv pelan-pelan sekitar 2 menit, dapat pula per drip IV sekitar 30-120 menit atau dengan *continuous drip* sekitar 24 jam dengan menggunakan *infusion pump* supaya lebih akurat tetesannya.

2) Intra arteri

Pemberian intra arteri adalah terapi regional melalui arteri yang memasok darah ke daerah tumor dengan cara infus intra arteri menggunakan cateter dan pompa arteri. Infus arteri untuk memberikan obat selama beberapa jam atau hari. Setelah melalui tumor obat keluar melalui vena ke sirkulasi umum.

3) Intratekal

Diberikan ke dalam *canalis medulla spinalis* untuk memusnahkan tumor dalam cairan otak (*liquor cerebrospinalis*) obat yang sering digunakan misalnya *methothrexate (MTX)*.

4) Per Oral

Obat kemoterapi yang diberikan per oral antara lain *Leukeran, Alkeran, Myleran, Natulan, Puri-Netol, Hydrea, Tegafur, Xeloda, Gleevec*.

5) Subkutan

Pemberian secara sub kutan sudah jarang dilakukan karena adanya resiko syok *anafilaksis*. Obatnya biasanya *L-Asparaginase*

6) Intramuscular

Pemberian per IM juga jarang dilakukan biasanya *methothrexate (MTX)* dan *Bleomycin*.

7) Intraperitoneal

Intraperitoneal diberikan bila produksi cairan asites hemoragis yang banyak pada kanker ganas intra abdomen antara lain *Cisplatin*.

8) Intrapleural

Pemberian intrapleural yaitu diberikan ke dalam cavum pleuralis untuk memusnahkan sel-sel kanker dalam cairan pleura atau untuk menghentikan produksi efusi pleura hemoragic yang banyak contohnya *Bleomycin*.

9) Topikal

Pemberian salep *Fluorouracil* pada kanker kulit.

d. Tujuan Kemoterapi

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

a) *Cure Cancer*

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

b) *Control Cancer*

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

c) *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.

e. Manfaat Kemoterapi

a) *Primary Treatment*

Yaitu kemoterapi sebagai pengobatan utama pengobatan kanker.

b) *Adjuvant*

Yaitu kemoterapi sebagai pengobatan tambahan setelah diberikan pengobatan primer.

c) *Neo Adjuvant*

Yaitu kemoterapi sebagai pengobatan awalan sebelum diberikan pengobatan primer.

d) *Radiosensitizer*

Yaitu kemoterapi yang dilakukan beberapa saat sebelum diberikan radioterapi yang bertujuan untuk meningkatkan efektifitas radioterapi.

f. Obat kemoterapi

Obat kemoterapi atau obat antineoplasma atau obat sitostatika adalah suatu obat yang mencegah perkembangan, pertumbuhan dan *proliferasi* sel-sel maligna (ganas). Obat antineoplasma / obat anti kanker tau obat kemoterapi juga disebut sebagai obat sitotoksik. Obat sitotoksik yaitu kemampuan suatu zat kimia untuk merusak sel atau mencegah sel untuk memperbanyak diri (*multiplikasi*). Obat ini termasuk obat-obat yang berbahaya. Namun kriteria obat berbahaya diperluas oleh *National Institute For Occupational Safety and Health (NIOSH)*, obat digolongkan berbahaya jika obat tersebut memenuhi satu atau lebih karakteristik berikut (NIOSH, 2004; *Polovich*, 2004, 2005; *Brown*, tahun 2007) :

- 1) *Karsinogenesis*
- 2) *Teratogenitas* atau toksisitas perkembangan
- 3) *Toksisitas* reproduktif
- 4) *Toksisitas* organ dalam dosis rendah
- 5) *Genotoksisitas*
- 6) Mempunyai struktur atau toksisitas yang mirip dengan obat–obat yang telah diklasifikasikan dalam obat berbahaya dengan menggunakan kriteria diatas.

Klasifikasi obat anti kanker umumnya didasarkan atas cara kerja obat itu sendiri dalam fase siklus pertumbuhan sel. Kerja obat ada yang bekerja sebagai (onkologi klinik, edisi 2, hal.240):

- 1) Alkylator (*alkylating agent*)
- 2) Antimetabolite
- 3) Menghalangi mitose
- 4) Antibiotika
- 5) Hormones
- 6) Miscellaneous

g. Indikasi dan kontra indikasi pemberian kemoterapi

1. Indikasi kemoterapi menurut *Brule, cs* (Onkologi klinik) :

a) Menyembuhkan kanker

Hanya beberapa kanker yang dapat disembuhkan oleh kemoterapi, seperti : akut *limfoblastik leukemia*, *Burkitt limfoma*, *Wilm tumor* pada anak-anak *choriokarsinoma*.

b) Memperpanjang hidup dan remisi

Kanker yang sensitive terhadap kemoterapi dan walaupun penyakit progresif, seperti : akut *myeloblatik leukemia*, *limfoma* maligna stadium III atau IV, *myeloma*, *metastase melanoma* maligna atau kanker mammae, colon, ovarium, testis.

c) Memperpanjang interval bebas kanker

Walaupun kanker kelihatan masih lokal setelah operasi atau radioterapi, seperti : limfoma stadium II, melanoma maligna, kanker mamma, colon, ovarium. Pengobatan perlu waktu lama dan dosis tinggi dengan interval yang panjang untuk memberikan kesempatan jaringan normal pulih diantara pengobatan.

d) Menghentikan progres kanker

Progres penyakit ditunjukkan secara subjektif, seperti : anoreksia, penurunan berat badan, nyeri tulang, dsb atau terdapat kelainan objektif seperti penurunan fungsi-fungsi organ dapat diberikan sitostatika, asalkan kemungkinan berhasilnya 25% atau lebih. Misalnya pada metastase kanker mamma dan colon

e) Paliasi symptom

Pada kanker yang terdapat pada tempat-tempat yang tidak cocok untuk radiasi, dapat diberikan sitostatika walaupun

obat itu tidak memberi respon yang baik sebagai terapi sistemik. Misalnya dapat diberikan instalasi sitostatika intrapleura, injeksi intratumoral dengan *thiotepa*.

f) Mengecilkan volume kanker

Mengecilkan tumor pra bedah atau pra radioterapi seperti pemberian *bleomycin* untuk kanker mulut, saluran napas atau pemberian *alkylator* dengan kombinasinya pada limfoma stadium II.

g) Menghilangkan gejala para *neoplasma*

Pada *metastase* kanker yang memberikan sindroma para *neoplasma*, misalnya pemberian kortikosteroid pada anemia *hemolitik*, *fibrinolisis*, *dermatomyositis*, *neuropati perifer*, *degenerasi cerebelair*, pemberian androgen pada kaheksia atau pemberian *mithramycin* pada hiperkalsemia.

2. Kontra indikasi kemoterapi :

a) Kontra indikasi absolut

- 1) Penyakit stadium terminal
- 2) Hamil trimester pertama, kecuali akan digugurkan
- 3) Septicemia
- 4) Koma

b) Kontra indikasi relatif

- 1) Usia lanjut

Terutama untuk tumor yang tumbuhnya lambat dan sensitivanya rendah

- 2) Status penampilan yang sangat jelek
- 3) Ada gangguan fungsi organ vital yang berat seperti :
hati, ginjal, jantung, sumsum tulang dsb
- 4) Dementia
- 5) Penderita tidak dapat mengunjungi klinik secara teratur
- 6) Tidak ada kooperatif dari penderita
- 7) Tumor resisten terhadap obat
- 8) Tidak ada fasilitas penunjang yang memadai

h. Pemantauan Kemoterapi

Obat – obat kemoterapi sangat toksis, karena itu pada pemberian kemoterapi perlu dikerjakan pemantauan toksisitasnya.

a) Toksisitas kemoterapi

Toksisitas kemoterapi perlu dipantau untuk menghindari komplikasi yang fatal. Kalau timbul toksisitas dosis obat-obat yang diberikan perlu disesuaikan dan kalau perlu dihentikan untuk sementara sampai toksisitas dapat diatasi. Sebelum memberikan kemoterapi perlu diperiksa darah, faal hati, faal ginjal, jantung.

b) Komplikasi kemoterapi

1) Segera

a) Shock

b) *Arrhythmia*

c) Nyeri pada tempat suntikan

2) Dini

a) Mual / muntah

b) Panas

c) Panas, reaksi hipersensitif

3) Lambat (beberapa hari)

a) Stomatitis

b) Diarrhoe

c) *Alopecia*

d) Depresi sumsum tulang, terjadi :

1) Setelah 1- 3 minggu : sebagian obat anti kanker

2) Setelah 4 – 6 minggu : *nitrosourea*

e) *Nephrotoksis*

f) Neuropati

4) Lambat (beberapa bulan)

a) Hiperpigmentasi kulit

b) Lesi organ :

1) *Adriamycin* : hati

2) *Bleomycin, Busulfan* : paru

3) *Methotrexate* : hati

c) Gangguan kapasitas reproduksi :

1) Amenorrhoe

- 2) Penurunan konsentrasi sperma
- d) Gangguan endokrine :
 - 1) Feminisasi
 - 2) Virilisasi
- e) Efek karsinogen

i. Prosedur dan cara pemberian kemoterapi

1. Persiapan

- a) *Inform consent*
- b) Ukur TB & BB, Lab. Darah lengkap fungsi ginjal, gula darah, urin lengkap, CCT, EKG dll.
- c) Protokol pengobatan : nama obat, dosis obat, cairan pencampuran serta cara pemberian obat
- d) Troli berisi :
 - 1) Obat sitostatika
 - 2) Cairan yang dibutuhkan
 - 3) S spuit sesuai keperluan
 - 4) Swab alkohol, kassa dan alkohol 70%
 - 5) Bak spuit / tempat / *container* tertutup
 - 6) Label obat
 - 7) Protokol
 - 8) Pengalas
 - 9) Alat pelindung diri (APD)
 - 10)Tempat sampah

2. Pencampuran

- a) Kirim permintaan pengoplosan ke bagian farmasi
- b) Pencampuran / pengoplosan obat dilakukan oleh petugas farmasi yang terlatih didalam *BSL (Biological Safety Cabinet)*
- c) Bila tidak ada *BSC*, pengoplosan dilakukan didalam ruangan tersendiri, tertutup dengan ventilasi udara yang baik atau didekat jendela

Bila obat dicampur oleh perawat

Persiapan :

- a) Troli dan pengalasan yang menyerap
- b) APD
- c) Obat sesuai dosis dan pelarutan sesuai protokol
- d) Keluarkan udara dalam spuit
- e) Hisap obat sesuai keperluan
- f) Masukkan kedalam plabot infus bertutup karet
- g) Beri label
- h) Tempatkan pada tempat bertutup yang aman
- i) Masukkan sampah dalam kantong plastik dan beri tanda atau label

3. Pemberian obat kemoterapi

- a) Double cek identitas pasien, nama obat, dosis dan cara pemberian

- b) Pakai APD dengan benar
- c) Lakukan dengan tehnik aseptik
- d) Pergunakan pengalasan dalam pemberian obat
- e) Beri premedikasi sesuai protokol
- f) Periksa kepatenan vena melakukan aspirasi secara teratur untuk mencegah *ekstravasasi* pada pemberian melalui drip
- g) Berikan obat secara perlahan, lakukan aspirasi dan perhatikan reaksi pasien bila diberikan secara bolus
- h) Bilas dengan Nacl setiap pemberian obat
- i) Masukkan sampah kedalam tempat khusus
- j) Lepaskan APD dan cuci tangan
- k) Dokumentasi

j. Penangan yang aman dalam memberikan obat sitostatika

1 Resiko yang didapat saat dan pemberian obat

- a) Pemberian formasi *genetikaimplikasi* sel dapat meningkatkan terjadinya karsinoma
- b) Kerusakan liver
- c) Aborsi spontan

2 Kontaminasi saat persiapan

Tumpahan / percikan saat :

- a) Menarik jarum dari vial
- b) Memindahkan obat dengan memindahkan jarum
- c) Membuka ampul

- d) Mengeluarkan udara dari spuit
- e) Menggant IV line, selang infus, cairan infus

3 Kontaminasi saat pemberian

- a) Saat melakukan injeksi
- b) Melepaskan IV line dari tube
- c) Petugas tertusuk jarum

4 Kontaminasi dapat terjadi pada saat

- a) Pengambilan kembali obat melalui jarum
- b) Mengganti botol infus / selang
- c) Kontak melalui makan / minuman
- d) Makan, merokok didaerah persiapan
- e) Saat membuang alat yang terkontaminasi
- f) Kontak dengan ekskresi klien

5. Penangan yang aman dalam kegiatan sehari – hari untuk mencegah kontaminasi :

- a) Staf yang diizinkan untuk menangani obat sitostatika
 - 1) Mengetahui cara mempersiapkan, memberikan obat sitostatika
 - 2) Mengetahui resiko tinggi dalam menangani obat sitostatika
 - 3) Mengetahui cara menangani obat sitostatika dengan benar

4) Mengetahui cara menangani bahan-bahan yang terkontaminasi

b) Staf yang tidak diperbolehkan untuk menangani obat sitostatika

- 1) Wanita hamil
- 2) Wanita / ibu yang sedang menyusui
- 3) Staf yang belum menikah
- 4) Staf yang belum dewasa
- 5) Siswa perawat yang sedang berpraktek
- 6) Pegawai / staf yang tidak memakai pelindung

c) Tindakan pencegahan yang aman petugas

- 1) Tidak boleh makan & minum ditempat pencampuran obat
- 2) Tidak boleh menguyah permen karet & menghisap rokok
- 3) Tidak boleh memakai kosmetik
- 4) Tidak boleh menyimpan makanan & minuman bersamaan obat dalam satu kulkas
- 5) Harus mencuci tangan yang baik
- 6) Harus memakai pelindung (APD)

6. Tindakan terhadap alat

a) Gunakan pelindung dengan memakai :

- 1) Baju lengan panjang berkaret

- 2) Celana panjang berkaret
- 3) Sarung tangan
- 4) Kaca mata
- 5) Topi penutup kepala
- 6) Masker

b) Saat persiapan obat

Gunakan pelindung

c) Pada prosedur persiapan :

- 1) Gunakan pelindung
- 2) Sesuai prosedur

d) Tindakan pencegahan di Rumah sakit / klinik

Gunakan *Bio Safety Cabinet Air Flow* untuk keamanan optimal

e) Tindakan pencegahan diruangan yang menangani obat sitostatika

Gunakan ruangan khusus tertutup

f) Tindakan pengaman saat menyuntikkan obat sitosttika

- 1) Gunakan proteksi lengkap
- 2) Ikuti prosedur pemberian obat

g) Tindakan yang aman untuk alat yang terkontaminasi

- 1) Materi / bahan yang terkontaminasi bungkus dan beri tanda bahaya
- 2) Pembuangan ke incinerator

7. Yang perlu diperhatikan saat bekerja

a. Pertolongan pertama jika terjadi kecelakaan saat penyiapan obat sitostatika :

1) Jika terkontaminasi dengan kulit :

- a) Segera bilas dengan air mengalir, cuci dengan air sabun dan bilas dengan air
- b) Konsul ke dokter kulit

2) Jika terkontaminasi dengan mata :

- a) Segera bilas dengan air mengalir / irigasi dengan NaCl 0,9%
- b) Konsultasi ke dokter mata

3) Jika mengenai mukosa

- a) Segera bilas dengan air mengalir paling sedikit 15 menit
- b) Konsultasi ke dokter

b) Penangana jika sediaan obat sitostatika yang terjatuh dan pecah (cairan / bubuk)

- 1) Tidak boleh ditinggal
- 2) Dibersihkan perawat yang bekerja
- 3) Pakai proteksi lengkap, batasi area dengan tanda
- 4) Bila tumpahan cairan < 5cc : bersihkan area dengan kertas penyerap, cuci tangan dengan deterjen dan bilas dengan air bersih

- 5) Bila cairan > 5cc : batasi area, bersihkan area dengan kertas penyerap, cuci tangan dengan deterjen dan bilas dengan air bersih
 - 6) Bila cairan bubuk, ambil dengan lap penyerap basah, cuci tangan dengan deterjen dan bilas dengan air bersih
 - 7) Masukkan kedalam kantong plastik kemudian ikat dan kirim ke *incenerator*
 - 8) Masukkan alat yang dipakai ke kantong plastik kemudian bawa ke laundry cuci dengan deterjen, jika bahan *disposable* masukkan ke kantong plastik dan bawa ke *incenerator*
 - 9) Hindari luka pada tangan dari pecahan kaca
- c) Ekskresi dari klien
- 1) Menolong BAK, BAB, mandi, muntah pakailah proteksi
 - 2) Urinal, pispot, bengkok bersihkan dengan deterjen dan air bersih
- d) Alat – alat tenun yang terkontaminasi
- 1) Rendam dengan deterjen $\frac{1}{2}$ - 1 jam
 - 2) Bilas dengan air bersih

8. Gejala yang terjadi paparan pada petugas kesehatan :

Gejala-gejala yang terjadi paparan obat antineoplasma pada petugas kesehatan dirumah sakit yang banyak dilaporkan (NIOSH, 2004; Polovich, 2004, 2005; *Brown*, tahun 2007) :

- a) Nyeri perut
- b) Batuk - batuk
- c) Pusing - pusing
- d) Mual / muntah
- e) Diare
- f) Ruam dikulit
- g) Rambut rontok
- h) Efek samping gangguan pada system reproduksi seperti : gangguan siklus menstruasi, keguguran dan lahir cacat.

Jika para perawat mengalami masalah kesehatan tersebut diatas setelah bekerja dengan antineoplasma, laporkan kejadian tersebut pada atasan perawat seperti kepala ruangan atau manajer rawat inap dan tim pengendali kecelakaan kerja Rumah Sakit.

Faktor yang mempengaruhi paparan obat atineoplastik dan atau obat-obat berbahaya lainnya ke petugas kesehatan adalah sebagai berikut : (NIOSH, 2004; Polovich, 2004, 2005; *Brown*, tahun 2007)

1. Lingkungan disekitar obat sedang ditangani (persiapan, pemberian dan pembuangan).
2. Jumlah obat yang disiapkan
3. Potensi untuk diabsorpsi
4. Penggunaan *kabinet biologi berventilasi*
5. Alat pelindung diri
6. Praktik kerja (cara para praktisi bekerja).

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.

B. Penelitian terkait

1. Sari (2013) dengan judul riset “Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Pemeriksaan Di Ruang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Rumah Sakit Haji Darjat Samarinda tahun 2013”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Pemeriksaan Di Ruang *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* Rumah Sakit Haji Darjat Samarinda tahun 2013. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan perbandingan korelasi antar variabel. Dengan menggunakan metode sampling dan menggunakan instrumen kuesioner. Dari Hasil

penelitian hampir setengah responden (87,5%) atau sebanyak 56 responden dari 71 total responden adalah berpengetahuan tinggi tentang Magnetic Resonance Imaging (MRI) di Rumah Sakit Haji Darjat memiliki kecemasan ringan. Pengetahuan klien tinggi berhubungan dengan tingkat pendidikan tinggi (36,9% perguruan tinggi) 50,7% mempunyai usia produktif, dan berhubungan juga dengan jenis kelamin.

2. Saragih (2010) dengan judul risetnya “Peran Dukungan Keluarga Dan Koping Pasien Dengan Penyakit Kanker Terhadap Pengobatan Kemoterapi Di RB 1 Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2010”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran dukungan keluarga dan koping pasien dengan penyakit kanker terhadap pengobatan kemoterapi di RB 1 Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan menggunakan data primer yang didapat dari kuesioner yang dilakukan kepada keluarga dan pasien-pasien yang menjalani pengobatan kemoterapi di RB I RSUP Haji Adam Malik Medan. Dimana populasinya adalah 103 orang dan sampel yang digunakan adalah 25% dari 103 orang yaitu 25 orang yang sedang menjalani pengobatan kemoterapi di RB I RSUP Haji Adam Malik Medan dari bulan Juni-Juli 2010. Dari hasil penelitian ini Dari penelitian diketahui bahwa dukungan keluarga pada penderita yang mengalami kemoterapi berdasarkan emosional adalah baik.

Berdasarkan finansial dukungan keluarga pada penderita yang mengalami kemoterapi adalah baik. Berdasarkan spiritual dukungan keluarga pada penderita yang mengalami kemoterapi adalah baik. Berdasarkan Supresi koping pasien pada penderita yang mengalami kemoterapi adalah kurang baik. Berdasarkan cara mengalihkan rasa sakit koping pasien yang sedang menjalani kemoterapi adalah kurang baik. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pentingnya dukungan. Dari keadaan (emosional, finansial, spiritual) serta koping pasien (supresi dan mengalihkan) untuk meningkatkan dukungan keluarga.

3. Trimurwani (2012) dengan judul riset “Hubungan pengetahuan kemoterapi dengan kecemasan perawat dalam pelaksanaan pemberian kemoterapi diruang P.Sibatik, P.Salawati, P.Bintan RSAL Dr.Mintohardjo Th. 2012”. Penelitian ini bertujuan untuk memastikan adanya hubungan pengetahuan kemoterapi dengan kecemasan perawat dalam pelaksanaan pemberian kemoterapidi RSAL Dr. Mintohardjo, dengan menggunakan metode deskriptif korelasional. Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di RSAL Dr.Mintohardjo yang berjumlah 45 orang yang diambil dengan tehnik purposive sampel. Dari hasil tabulasi dilaporkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang kemoterapi lebih banyak dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan baik tentang kemoterapi, masing - masing sebanyak 37 (82,2%)

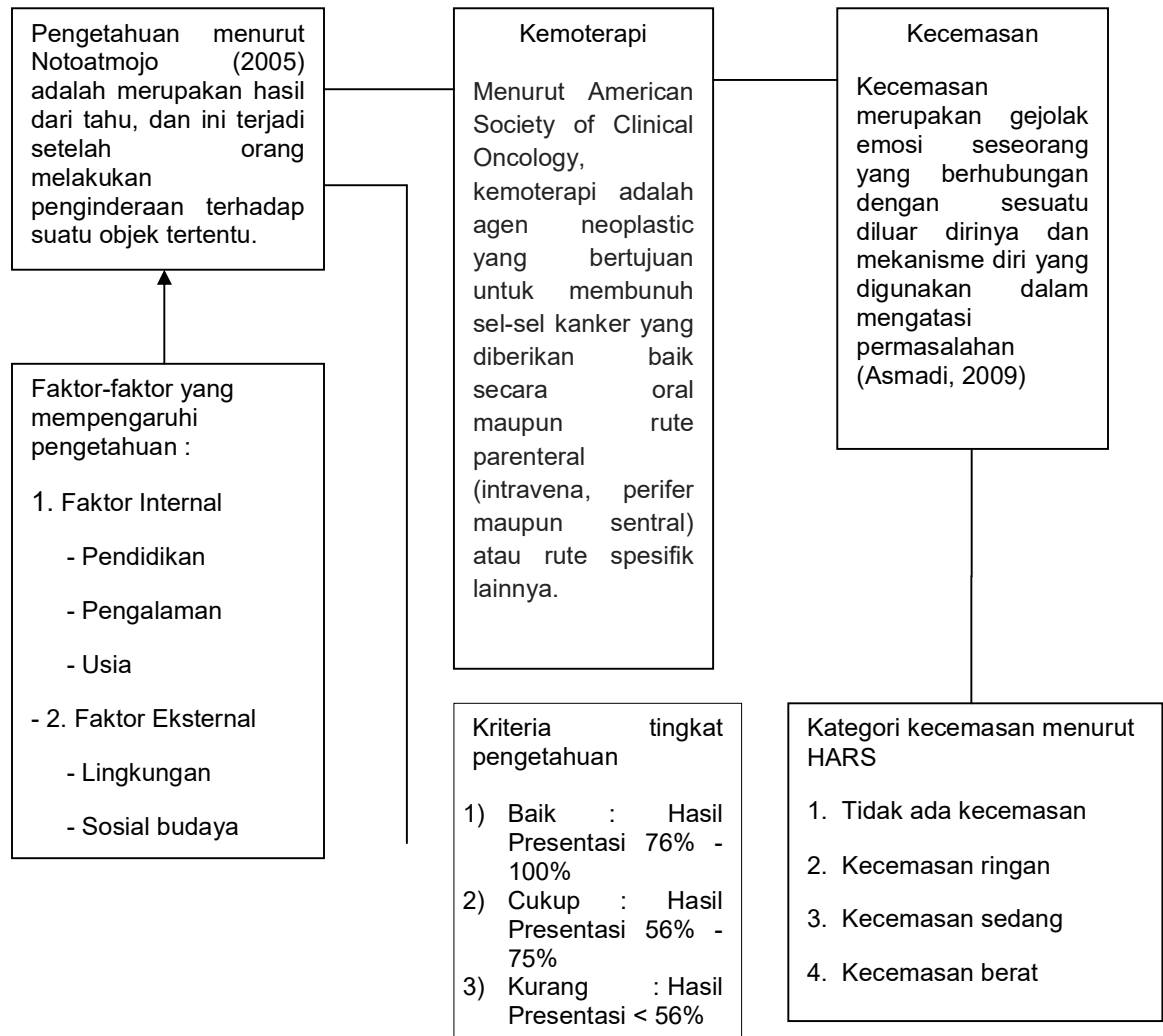
responden yang memiliki pengetahuan kurang dan 8 (17,8%) responden yang memiliki pengetahuan baik. Dengan tingkat kecemasan menunjukkan responden yang mengalami tingkat kecemasan berat dalam pelaksanaan pemberian kemoterapi berjumlah sebanyak 40 (88,9%) responden, sedangkan responden yang tidak mengalami tingkat kecemasan berat dalam pelaksanaan pemberian kemoterapi sebanyak 5 (11,1%) responden. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang kemoterapi dengan kecemasan perawat dalam pelaksanaan pemberian kemoterapi (P value sebesar 0,033 dengan kemaknaan α 0,05). Sehingga sangat diharapkan untuk pihak rumah sakit lebih memperhatikan peningkatan mutu SDM-nya dengan memberikan kesempatan untuk dapat mengikuti pelatihan kemoterapi

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka Teori adalah alur logika atau penalaran yang merupakan seperangkat konsep, definisi dan proporsi yang disusun secara sistematis (Sugiyono, 2011).

Kecemasan perawat dalam melakukan tindakan kemoterapi berbeda - beda mengingat dampak kemoterapi itu sendiri yang bukan hanya kepada pasien tetapi juga bagi petugas yang melakukannya. Pentingnya pengetahuan dalam mengatasi rasa kecemasan terlihat lebih pada gambar kerangka teorit berikut ini :

Gambar Kerangka Teori



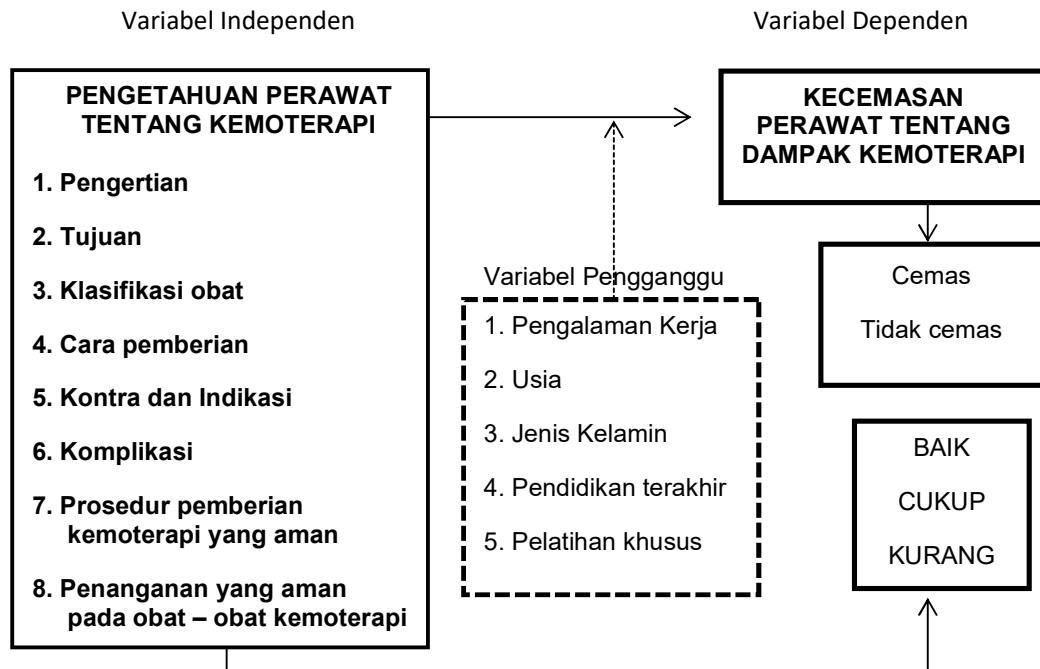
D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur / diteliti (Notoatmodjo, 2010 : 2)

Penelitian yang akan dilakukan adalah hubungan tingkat pengetahuan tentang kemoterap dengan kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Sehubungan dengan kebutuhan penelitian, variabel independent yang akan diteliti adalah tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dan variabel dependent dalam penelitian ini adalah kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, maka kerangka konsep yang dibuat adalah sebagai berikut

:

Gambar Kerangka Konsep



Keterangan :

: Area yang diteliti



: Area yang tidak diteliti

F. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2006; 71). Berdasar bentuk rumusnya hipotesis digolongkan menjadi 2 yaitu hipotesis kerja (hipotesa *alternative*) yang nantinya menyatakan ada hubungan antara variable x dan y, dan hipotesa nol (hipotesa *statistic*) yang menyatakan tidak ada hubungan antara variable x dan y. Berdasarkan kerangka konsep diatas maka hipotesis / pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Hipotesa Nol

Tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dengan kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD. Abdul Wahab Sjahanie Samarinda tahun 2015.

2. Hipotesa Alternatif (H_a)

Ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan tentang kemoterapi dengan kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi bagi perawat di Ruang Teratai RSUD Abdul Wahab Sjahanie Samarinda tahun 2015.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan analisis data dan pembahasan maka selanjutnya disimpulkan sebagai berikut:

1. Responden di Ruang Teratai RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda mayoritas berumur antara 21-30 tahun (50%), jenis kelamin perempuan (90,4%), lama bekerja kurang dari 5 tahun (48,1%), pendidikan D III Keperawatan (90,4%) dan yang belum pernah mengikuti pelatihan kemoterapi (98,1%).
2. Gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang kemoterapi di Ruang Teratai RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 44,2% cukup.
3. Gambaran kecemasan perawat mengenai dampak tindakan kemoterapi di Ruang Teratai RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 65,4% cemas.
4. Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan kecemasan mengenai dampak tindakan kemoterapi di Ruang Teratai RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan nilai p value 0,025.

B. Saran-saran

1. Bagi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Membuat kebijakan peningkatan kompetensi / SDM khususnya pengetahuan perawat tentang kemoterapi dengan melakukan rotasi perawat yang mengikuti pelatihan kemoterapi secara berimbang. Mengadakan rekomendasi pembekalan atau pelatihan kemoterapi dan mengadakan *workshop* atau seminar di lingkungan rumah sakit, mengadakan medical check up tiap 6 bln sekali bagi perawat yang bertugas khususnya dalam memberikan pelayanan tindakan kemoterapi. Dilakukannya juga program konseling psikologi klinik berkala bagi perawat yang bertugas sebagai bentuk dukungan psikologis dan perhatian manajemen RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda terhadap psikologi dan kesehatan tenaga perawat di lingkungan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Bagi Perawat

Perawat meningkatkan pengetahuannya dan kompetensinya dengan mengikuti pelatihan-pelatihan kemoterapi, seminar, *workshop* dan dengan diadakannya *sharing* ilmu tentang kemoterapi bagi perawat yang telah mengikuti pelatihan kemoterapi kepada perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan kemoterapi. Diharapkan perawat lebih aktif dalam mencari informasi tentang kemoterapi melalui berbagai macam media teknologi dan informasi guna meningkatkan

pemahaman tentang kemoterapi sehingga dapat mengurangi kecemasan yang dialami saat melakukan tindakan kemoterapi.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Memfaatkan penelitian ini sebagai bahan referensi dan acuan untuk penelitian selanjutnya dengan memperbesar jumlah sampel, sehingga mempermudah pengukuran, menggunakan instrument penelitian yang sudah baku agar hasil pengukuran memiliki kredibilitas tinggi, serta lebih mengidentifikasi tingkat kecemasan dengan judul “persepsi tentang tindakan kemoterapi terhadap tingkat kecemasan bagi perawat”.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : PT Rineka Cita.

_____(2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik edisi revisi*. Jakarta: PT Rineka Cita.

Asmadi (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.

BBC.com (2013). *Penderita Kanker global capai 14 juta-BBC Indonesia-BBC.com*, diakses pada tanggal 8 Juli 2015, diperoleh dari www.bbc.com/indonesia/majalah/2013/12/131212_IPTEK_kanker_global.

Dahlan. M. S (2008). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan, Seri Evidence Based Medicine 1, Edisi 3*. Jakarta. Salemba Medika.

_____(2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan, Edisi 5*. Jakarta. Salemba Medika.

_____(2014). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan, Seri 1 Edisi 6*. Jakarta. Salemba Medika.

Dokuments.tips (2015). *Pembagian Umur Menurut Hurlock. Docx-Dokuments*, Diakses pada tanggal 12 November 2015, Diperoleh dari Dokumen. Tips/documents/pembagian-umur-menurut-hurlockdocx.html.

_____(2015). *Teori Kemoterapi fix Documents-Dokuments.tips*, diakses pada tanggal 8 Juli 2015, diperoleh dari www.bbc.com/indonesia/majalah/2013/12/131212_IPTEK_kanker_global.

- Guy, William (2015). *Hamilton Anxiety Scale (HAMA)*. Diakses pada tanggal 4 April 2015, diperoleh dari <http://www.Healthteachsys.Com/iur/assess/iurham.html>.
- Handoko, Hani (2010). *Manajemen Personalia & Sumber Daya Manusia, Edisi kedua*. Jakarta: BPFE UGM.
- Hastono, S (2010). *Statistik Kesehatan, Edisi ke lima*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Health. detik. com (2011). *Perawat Di Rumah Sakit Rentan Keracunan Obat Kemoterapi (2011)*, diakses pada tanggal 2 mei 2015, diperoleh dari health.detik.com/read/2011/08/24/123759/1710100/763/perawat-di-rumah-sakit-rentan-keracunan-obat-kemoterapi.
- Jurnal RS Kanker Dharmais (2011)*, Diakses pada tanggal 2 mei 2015, diperoleh dari [Esaunggul.acc.id>public>UEU-U](http://Esaunggul.acc.id/public/UEU-U).
- Kurniawan, Albert (2009). *Belajar Mudah SPSS Untuk Pemula*. Yogyakarta: Mediakom.
- Laraia & Stuart (2007). *Principles & Praticearf Psychiatric Nursing. Philadephia: Elsevier Mosby*.
- National Safety Council (2004). *Manajemen Cemas* (Widiastuti, Penerjemah). Jakarta. EGC.
- Nasrul, A (2010). *Pengalaman Kerjadan Masa Kerja*. Diakses pada tanggal 25 November 2015, diperoleh dari referensi [paramedis.Blogspot.co. id](http://paramedis.Blogspot.co.id).
- NIOSH (2004). *Antineoplastic agent-Occupational hazards In Hospital*, diakses pada tanggal 5 mei 2015, diperoleh dari <http://www.ede.gov/noish/does/2004-102> pdf.

- NIOSH-GERPAC (2006). *Classification of Hazardous Drugs*, diakses pada tanggal 8 Juli 2015, diperoleh dari www.gerpac.eu/IMG/pdf/TConnor-classification-Hazardous-Drugs-NIOSH.pdf.
- Notoatmojo, S (2010), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rieka Cipta, Jakarta.
- Nursalam (2007). *Manajemen Keperawatan, Aplikasi Praktik Keperawatan Professional*, Jakarta: Salemba Medika.
- _____ (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*, Jakarta: Salemba Medika.
- _____ (2008). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi ke tiga*, Jakarta: Salemba Medika.
- _____ (2009). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional. Edisi 2*, Jakarta: Salemba Medika.
- _____ (2011). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta: JNPKKR POGI dan Yayasan Bina Pustaka.
- Melinda (2011). *Penanganan Yang Aman Obat-obat Kemoterapi*, makalah disampaikan pada pelatihan perawatan pasien dengan kemoterapi, yang diselenggarakan di Rumah Sakit Kanker Dharmas Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Murwani, Tri Rini (2012). *Hubungan Pengetahuan Kemoterapi Dengan Kecemasan Dalam Pelaksanaan Pemberian Kemoterapi Diruang P. Sibatik, P. Salawati, P. Bintang RSAL Dr. Mintohardjo Th. 2012*, Riset. Jakarta, diakses tanggal 15 mei 2015, diperoleh dari psikumj.ac.id/library/index.php?p=show-detail&id=1339.
- Pengukuran Tingkat Kecemasan*, diakses pada tanggal 20 mei 2015, diperoleh dari <https://syehach.wordpress.com>.

Profil RSUD AW Sjahranie, Diakses pada tanggal 2 November 2015, Diperoleh dari <http://www.rsudaws.com/aws/?q=Profil%20RSUD%20AW%20Sjahranie>.

Ranupendoyo dan Suad (2005). *Manajemen Personalia, Edisi 4*. Jakarta: Pustaka Binawan Presindo FE-UGM.

Retno. P (2011). *Prosedur dan Tata Cara Pemberian Obat Kemoterapi*, makalah disampaikan pada pelatihan perawatan pasien dengan kemoterapi, yang diselenggarakan di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta. Tidak dipublikasikan.

Riyanto, A (2009). *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta: Nuhmedika.

_____ (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuhamedika.

Santjaka, A (2011). *Statistik Untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuhamedika.

Saragih, R (2010). *Peranan Dukungan Keluarga Dan Koping Pasien Dengan Penyakit Kanker Terhadap Pengobatan Kemoterapi Di RB 1 Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan Tahun 2010*, Jurnal Universitas Darma Agung, Medan, diakses tanggal 20 april 2015, diperoleh dari uda.ac.id/jurnal/Rosita%20Saragih2.pdf.

Sari (2013). *Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang Magnetic Resonance Imaging (MRI) Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Pemeriksaan Di Ruang Magnetic Rsonance Imaging (MRI) Rumah Sakit Haji Darjat Samarinda*, Skripsi. Samarinda STIKES Muhammadiyah Samarinda. Tidak dipublikasikan.

Sinar Harapan (2015). *Enam Benar Untuk Kemoterapi*, diakses tanggal 2 mei 2015, diperoleh dari sinarharapan.co/sehat/read/14091650/enam-benar-untuk-kemoterapi.htm.

- Sugiyono (2011). *Metode Penilitin Kuantitatif, Kualitatif dan r&d*. Bandung: Alfabeta.
- Sukardja, (2000). *Onkologi Klinik Cetakan Pertama Edisi Kedua*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Suyanto (2011). *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Uji Statistik (2012). *Uji Statistik Instrumen Dengan Excel*, diakses pada tanggal 15 Agustus 2015, Diperoleh dari www.Statistik.Com/2012/08/ uji-validitas-instrumen-dengan-excel.html.
- Videbeck, Sheila L (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (AlihBahasa)*. Jakarta: EGC.
- WahyuWidhiarso (2011). *Skalo Program Analisis Skala Guttman*, Diakses pada tanggal 15 Agustus 2015, Diperoleh dari widhiarso.staff.ugm.ac.id/wp/skalo-program-analisis-skala-guttman/.
- Wasis (2008). *Pedoman Riset Praktik Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.
- Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas. *RSUD Abdul Wahab Sjahranie*, Diakses pada tanggal 3 November 2015, Diperoleh dari https://id.wikipedia.org/wiki/RSUD_Abdul_Wahab_Sjahranie.