

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada beberapa puskesmas di Kabupaten Sleman Yogyakarta yaitu Puskesmas Mlati 1, Puskesmas Minggir, dan Puskesmas Kalasan. Kabupaten Sleman adalah salah satu bagian dari Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Secara geografis Kabupaten Sleman terletak diantara $110^{\circ} 33' 00''$ dan $110^{\circ} 13' 00''$ Bujur Timur, $7^{\circ} 34' 51''$ dan $7^{\circ} 47' 30''$ Lintang Selatan. Selain itu, Kabupaten Sleman terletak di bagian utara provinsi DIY yang berbatasan dengan Kabupaten Boyolali dan Provinsi Jawa Tengah di sebelah utara, berbatasan dengan Kabupaten Klaten, Provinsi Jawa Tengah di sebelah timur, berbatasan dengan Kabupaten Kulon Progo, Provinsi DIY dan Kabupaten Magelang, Provinsi Jawa Tengah di sebelah barat, dan berbatasan dengan Kota Yogyakarta, Kabupaten Bantul dan Kabupaten Gunung Kidul, Provinsi DIY di sebelah selatan. Secara administrative terdiri dari 17 wilayah Kecamatan, 86 Desa, dan 1.212 Dusun. Jumlah puskesmas di Kabupaten Sleman adalah 25 puskesmas.

Penelitian ini dilaksanakan di 3 puskesmas yang terdapat kasus KNF, yaitu Puskesmas Mlati 1, Puskesmas Minggir, dan Puskesmas Kalasan. Penelitian pertama dilakukan di Puskesmas Mlati 1. Puskesmas Mlati I merupakan salah satu puskesmas non rawat inap di Kecamatan

Mlati terletak di Jl.Intan, Kutu Tegal, Sinduadi, Kec. Mlati, Kabupaten Sleman, DIY. Secara administrasi wilayah kerja Puskesmas Mlati I terdiri dari 2 Desa, 32 dusun, 97 RW, 300 RT. Desa pertama adalah Sinduadi terletak di perkotaan dan desa kedua adalah Sendangadi terletak diantara perkotaan dan pedesaan dengan luas wilayah keseluruhan adalah 1.273 ha. Jumlah tenaga kesehatan berprofesi dokter umum 4 orang dan perawat 7 orang. Angka kejadian KNF di puskesmas Mlati 1 semester 1 tahun 2018 adalah 4 orang terdiri atas 1 orang pasien baru dan 3 orang pasien lama.

Penelitian kedua dilakukan di Puskesmas Minggir. Puskesmas Minggir merupakan salah satu puskesmas rawat inap terletak di dusun Minggir III, desa Sendangagung, Kecamatan Minggir Kabupaten Sleman yang meliputi 5 desa ,yaitu Sendangmulyo, Sendangsari, Sendangrejo, Sendangarum dan Sendangagung. Puskesmas Minggir ini memiliki visi “Terwujudnya masyarakat Minggir yang lebih mandiri, berbudaya sehat menuju Smart Health pada tahun 2021”. Sedangkan misi dari puskesmas ini meningkatkan tata kelola pelayanan kesehatan melalui peningkatan kualitas sumberdaya puskesmas dan tata kelola keuangan, meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat, meningkatkan kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan, serta meningkatkan aplikasi dan integrasi sistem e-health melalui tahapan berkelanjutan. Program puskesmas Minggir secara garis besar tercantum dalam program Upaya, yaitu Upaya Kesehatan

Masyarakat (ukm) Essensial, Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Jumlah tenaga kesehatan berprofesi dokter umum 5 orang dan perawat 12 orang. Angka kejadian KNF di puskesmas ini periode 1 Januari 2005 – 28 April 2018 adalah 4 orang terdiri atas 1 orang pasien perempuan dan 3 orang pasien laki-laki.

Penelitian terakhir dilakukan di Puskesmas Kalasan. Puskesmas Kalasan merupakan puskesmas rawat inap terletak di Sidokerto, Purwomartani, Kecamatan Kalasan. Wilayah kerja Puskesmas Kalasan terdiri dari 4 desa (desa Purwomartani, Tirtomartani, Tamanmartani, dan Selomartani), 80 dusun, 190 RW, dan 556 RT dengan luas wilayah kecamatan Kalasan adalah 3.480,00 ha. Puskesmas Kalasan ini memiliki visi “ Terwujudnya puskesmas Kalasan yang prima dan profesional dalam pelayanan kesehatan”. Sedangkan misi dari puskesmas ini memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau, mendorong masyarakat wilayah kerja puskesmas Kalasan untuk hidup sehat, menjalin kerjasama lintas sektor yang harmonis dan saling mendukung, membangun suasana kerja yang sejahtera, nyaman , aman dan kondusif, serta meningkatkan profesionalisme pegawai. Program puskesmas Kalasan secara garis besar terdiri atas Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Jumlah tenaga kesehatan berprofesi dokter umum 9 orang dan perawat 6 orang. Angka kejadian KNF di puskesmas ini pada semester 1 tahun 2018 adalah 3 orang terdiri atas 3 orang pasien baru.

2. Karakteristik Informan

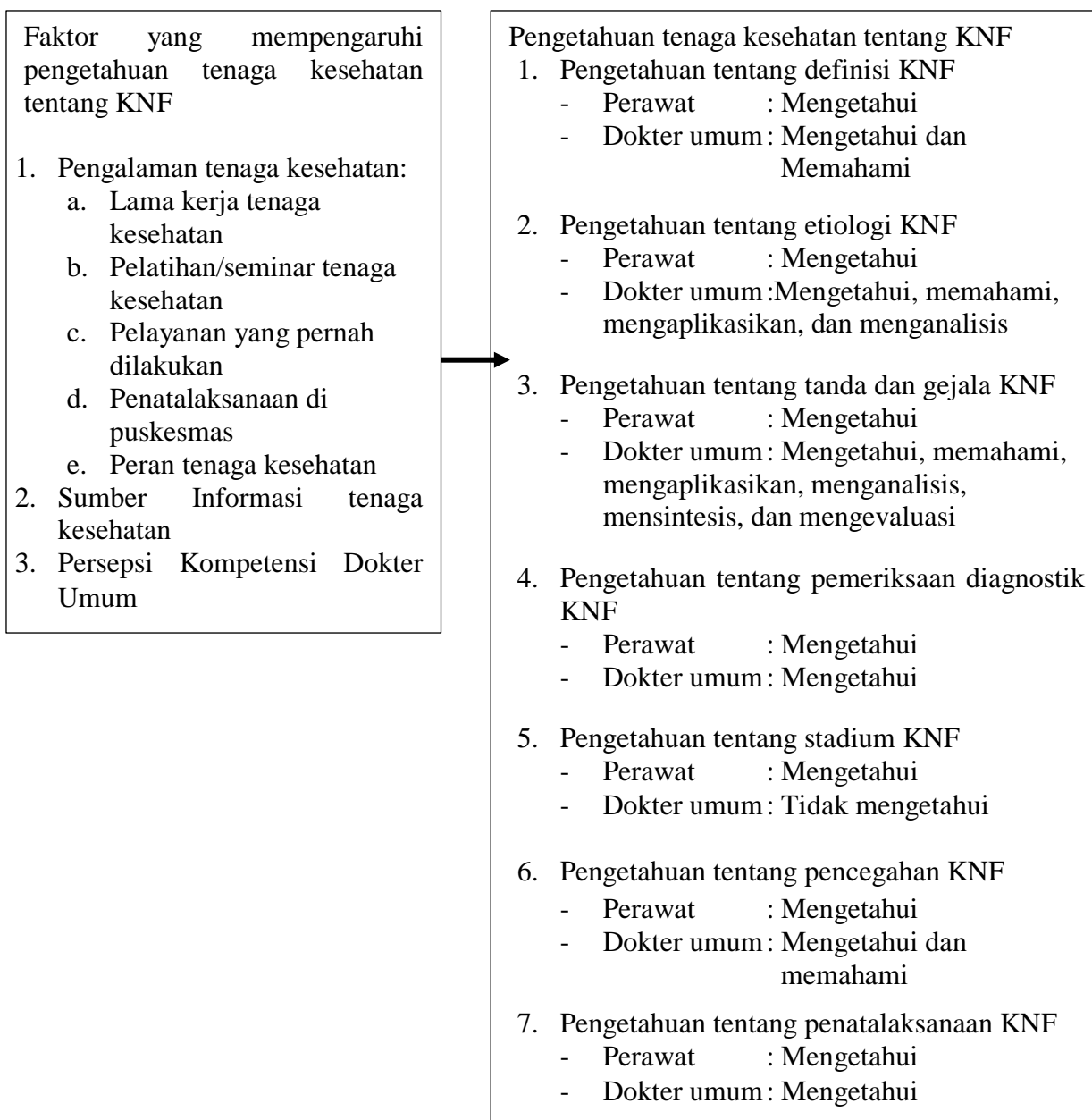
Informan dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan berjumlah 7 orang yang terdiri dari 4 dokter umum dan 3 perawat. Informan tersebut berasal dari Puskesmas Mlati 1 terdiri atas 1 dokter umum dan 2 perawat, Puskesmas Minggir terdiri atas 1 dokter umum dan 1 perawat, serta Puskesmas Kalasan terdiri atas 2 dokter umum. Karakteristik masing-masing informan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Karakteristik Informan

Kode Informan	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan terakhir	Pekerjaan	Lama Bekerja
P1	Perempuan	50 thn	D3 Keperawatan	Perawat	25 tahun
P2	Perempuan	32 thn	D3 Keperawatan	Perawat	10 tahun
P3	Perempuan	49 thn	D3 Keperawatan	Perawat	30 tahun
D1	Perempuan	29 thn	S1Profesi dokter	Dokter umum	7 tahun
D2	Perempuan	38 thn	S1Profesi dokter	Dokter umum	14 tahun
D3	Laki-laki	27 thn	S1Profesi dokter	Dokter umum	1 tahun
D4	Perempuan	43 thn	S1Profesi dokter	Dokter umum	16 tahun

3. Gambaran Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Kanker

Nasofaring



Gambar 4. Gambaran Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Kanker Nasofaring

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan tenaga kesehatan baik perawat maupun dokter umum tentang kanker nasofaring

(KNF) mencakup pengetahuan tentang definisi KNF, etiologi KNF, gejala KNF, pemeriksaan diagnostik KNF, stadium KNF, pencegahan KNF, dan penatalaksanaan KNF. Pengetahuan perawat maupun dokter umum ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengalaman tenaga kesehatan, sumber informasi tenaga kesehatan, dan persepsi kompetensi dokter umum. Faktor pengalaman tenaga kesehatan berkaitan dengan dengan lama kerja tenaga kesehatan, pelatihan/seminar tenaga kesehatan, pelayanan yang pernah dilakukan, penatalaksanaan di puskesmas, dan peran tenaga kesehatan.

a. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Kanker Nasofaring

Pengetahuan tenaga kesehatan tentang Kanker Nasofaring (KNF) meliputi pengetahuan tentang definisi KNF, etiologi KNF, tanda dan gejala KNF, pemeriksaan diagnostik KNF, stadium KNF, pencegahan KNF, dan penatalaksanaan KNF.

Pengetahuan yang pertama adalah tentang definisi KNF. Berdasarkan hasil penelitian, perawat mengetahui definisi KNF dengan mengatakan KNF adalah kanker yang mengenai daerah leher atau nasofaring tetapi juga mengatakan tidak begitu paham terkait KNF. Sedangkan dokter umum menunjukkan tingkat pengetahuan pada level mengetahui dan memahami dengan mengatakan bahwa KNF adalah keganasan atau kanker dibagian hidung atau leher, saluran pernapasan dari nasal, faring, laring atau orofaringeal bagian

dalam. Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 4. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Definisi KNF

Kode Informan	Quotes
P1	<i>“Eee..itu yang (berfikir sejenak). Kanker yang mengenai di ini yah nasofaring di sini yah (menunjuk leher). Didalam sini yah. He’e tapi kayaknya belum pernah nemu sih soalnya belum pernah ada kasus. Jadi kita nggak mempelajari lebih lanjut gitu.”</i>
D3	<i>“Definisi kanker nasofaring kalau menurut saya itu kanker yang mengenai ke saluran pernapasan ya. Dari nasal dari hidung sampai ke saluran pernapasan yang faring laring. Sampai situ. Jadi area dari nasal dari hidung sampai ke faring atau laring, seperti itu. Keganasan.”</i>

Pengetahuan yang kedua adalah tentang etiologi KNF. Hasil penelitian menunjukkan perawat hanya sebatas mengetahui bahwa KNF di sebabkan oleh berbagai faktor baik faktor penyebab maupun faktor risiko yaitu faktor genetik, faktor makanan, sering makan makanan yang dibakar, gaya hidup, konsumsi makanan berpengawet, ikan asin, merokok, faktor ras dimana orang kulit putih jarang terkena KNF, faktor penyebab kanker sulit diketahui dan belum diketahui, serta penyebab KNF dikarenakan adanya pertumbuhan sel abnormal. Sedangkan dokter umum juga menunjukkan bahwa dokter umum mengetahui etiologi KNF dengan menyebutkan penyebab KNF multifaktorial baik karena faktor penyebab itu sendiri maupun karena faktor risiko meliputi virus EBV, faktor genetik, faktor lingkungan,

faktor makanan, faktor mutasi gen, gaya hidup tidak sehat, konsumsi ikan asin, konsumsi makanan berpengawet, merokok dimana merokok sebagai faktor risiko KNF dan mengandung banyak zat. Adapun yang berpendapat kejadian KNF di Yogya kebanyakan karena rokok. Selain itu, dokter umum juga memahami terkait etiologi KNF dengan menjelaskan bahwa penyebab KNF multifaktorial seperti genetik. Genetik bukan berarti orang tuanya memiliki riwayat kanker yang sama tetapi karena ada faktor lain entah ada riwayat kanker yang lain, infeksi lingkungan atau radiasi, mutasi gen, virus seperti EBV, makanan misalnya yang ada bahan pengawet atau ikan asin, alkohol, serta merokok juga berisiko. Merokok disebabkan karena mengandung racun 40.000 zat nikotin. Kemudian makanan berhubungan dengan sistem imunitas, pertahanan tubuh. Komposisi makanan yang seharusnya terdiri dari protein, vitamin tapi misalnya komposisinya lebih banyak yang lemak atau karbonya tinggi maka otomatis mempengaruhi sistem imunitas seseorang sehingga riskan atau lebih muda terkena penyakit.

Hasil penelitian yang ketiga menunjukkan dokter umum juga mampu mengaplikasikan dan menganalisis terkait etiologi KNF. Kemampuan aplikasi oleh dokter umum ini dilihat dari hasil wawancara tentang pengalaman tenaga kesehatan khususnya terkait pelayanan yang pernah dilakukan yaitu pernah menemukan kasus KNF, pernah menangani kasus KNF, beberapa kali menangani pasien

KNF, berhadapan dengan pasien KNF sejak 5 tahun lalu, menangani kasus KNF tahun 2005 dan 2010, serta menangani pasien KNF sebanyak 3 kali. Pengetahuan dokter umum juga menunjukkan kemampuan menganalisis karena mampu menjabarkan atau menggambarkan terkait etiologi KNF dan mengaitkan satu sama lain. Tetapi penelitian juga menunjukkan adanya dokter yang hanya sebatas mengetahui etiologi KNF itu sendiri. Tingkat pengetahuan ini juga dipengaruhi oleh pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan. Informan mengatakan mengatakan belum pernah menangani kasus KNF, belum pernah menemui kasus KNF di puskesmas, dan hanya pernah menemui kasus KNF di masa pendidikan. Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 5. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Etiologi KNF

Kode Informan	<i>Quotes</i>
P2	<p><i>“I: Ya kalau cancer itu kan sulit ya diketahui penyebabnya. Ya multifaktor ya. Ada yang keturunan juga bisa kemudian dari makan makanan yang diawetkan terutama sama ini yah pengawet garam kemudian P: Iya I:Ha, siapa? (tiba-tiba memotong pembicaraan karena petugas lainnya datang menghampiri informan). Ya kemudian ya gaya hidup yah sebetulnya emang. Kemudian merokok. Nah utamanya juga merokok gitu. (Ruangan berubah agak berisik dengan percakapan beberapa petugas)”</i></p>
D1	<p><i>“...kalau penyebabnya muktifaktorial tetap kalau namanya Ca. Ada genetik. Genetik bukan berarti orang tuanya ada riwayat kanker yang sama, tidak.</i></p>

Mesti ada faktor entah dia ada riwayat kanker yang lain. Kemudian ada faktor multifaktorial itu bisa dari infeksi lingkungan atau radiasi. Mesti banyak, nggak cuman 1 saja”.

“kalau makanan sebenarnya e apa namanya itu nanti larinya kesistem imunitas ya, pertahanan tubuh. Kalau diakan kontennya misal harusnya ada protein, vitamin tapi misal dia komposisinya lebih banyak yang lemak atau karbonya tinggi kan otomatis itu akan mempengaruhi sistem imunitasnya dia. Jadi gampang sekali kena sesuatu jadi riskan”.

Pengetahuan yang ketiga adalah tentang tanda dan gejala KNF. Hasil wawancara kepada perawat menunjukkan bahwa perawat mengetahui terkait tanda dan gejala KNF dengan menyebutkan ada benjolan dileher, adanya perubahan suara, dibagian leher berlubang, penurunan BB, sakit pada leher tidak sembuh-sembuh, sulit menelan, mengeluh mimisan, terjadi luka dileher, dan KNF jarang bermanifestasi keluar tubuh. Sedangkan hasil penelitian kepada dokter umum menunjukkan pengetahuan tentang tanda dan gejala KNF yang mereka miliki mulai dari mengetahui, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, hingga pada kemampuan mengevaluasi tetapi penelitian juga menunjukkan adanya dokter umum sebatas mengetahui tanda dan gejala KNF. Pada wawancara ini, dokter umum mengatakan tanda dan gejala KNF antara lain ada benjolan dileher atau dibelakang telinga, batuk, berdarah, hidung tersumbat, mimisan, pembesaran kelenjar limfe, penurunan BB, dan perubahan suara.

Kemampuan sintesis dokter umum pada pengetahuan tentang tanda dan gejala KNF ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan dokter umum mampu menyusun dan membuat perencanaan kepada pasien terkait tanda & gejala yang dimiliki oleh pasien sesuai dengan teori yang ada. Dokter umum mengatakan melakukan pemeriksaan sesuai keluhan pasien, menanyakan riwayat pengobatan, melakukan rujukan untuk pemeriksaan KNF, melakukan rujukan untuk pemeriksaan rutin pasien KNF, melakukan rujukan pasien KNF sebanyak 3 kali, dan pemeriksaan penunjang KNF di puskesmas hanya darah lengkap.

Kategori tertinggi dari tingkat pengetahuan ini adalah kemampuan mengevaluasi. Kemampuan ini terlihat dari dokter umum menjelaskan bagaimana ketika menghadapi pasien KNF dengan melihat keluhan yang ada, diperiksa, lalu dibedakan tanda dan gejala yang muncul seperti apa, menanyakan lama tanda dan gejala dirasakan, riwayat pengobatan, hingga melakukan suspek atau diagnosa sementara KNF. Kemudian dokter merujuk hingga mengevaluasi dari kesalahan suspek yang dilakukan dengan melihat hasil yang telah ditetapkan secara pasti. Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 6. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang tanda dan gejala KNF

Kode Informan	<i>Quotes</i>
P2	“...kalau nasofaring itukan jarang ya yang ada manifesnya keluar...”

“Tanda dan gejalanya ya misalnya ada benjolan kalau misalnya sudah metastase kan ya nanti dileher ada benjolan kemudian mimisan sulit menelan dan sekitar yo pokoknya sekitar hidung langit-langit dan tenggorokan sini biasanya”.

D2

“jadi kan keluhan awal mesti mengeluh ada benjolan dileher atau dibelakang telinga terus kita periksa kan, nanti kita bedakan ini benjolannya satu atau multiple gitu ya, atau satu tapi keras. Adakah nanti kita sambil ini sambil tanya sudah berapa lama, terus ada perubahan yang cepat nggak dari kecil sampai membesarnya itu, waktunya, terus ada perubahan suara nggak, ada keluhan yang lain, kadang ada yang megeluhnya keluar darah dari hidung atau apa selain benjolan itu, terus riwayat pernah berobat belum untuk keluhan yang sama ini,itu juga kita tanyakan, terus nanti sudah oke kita optimis suspaknya Ca nasofaring gitu yah. Terus kita rujuk. Kalau misalnya meleset ya nanti e paling ini jadinya yang kanker getah bening. Pernah misalnya toh yakin banget ini ca nasofaring ternyata loo keluarnya PA nya getah bening ya. Paling-paling gitu aja.

Pengetahuan yang keempat adalah tentang pemeriksaan diagnostik KNF. Berdasarkan hasil penelitian, perawat mengetahui tentang pemeriksaan diagnostik KNF seperti MRI, pemeriksaan lab, CT scan, rontgen, dan USG tetapi penelitian juga menunjukkan adanya perawat yang belum tahu terkait pemeriksaan KNF. Adapun hasil penelitian kepada beberapa dokter umum menunjukkan bahwa dokter umum mengetahui pemeriksaan diagnostik KNF yaitu endoskopi hidung, laringoskopi, patologi anatomi, biopsy, dan CT scan. Tetapi, penelitian juga menunjukkan beberapa dokter umum kurang tahu tentang pemeriksaan diagnostik KNF dengan menyatakan

lupa tentang pemeriksaan diagnostik KNF dan juga kurang tahu tentang pemeriksaan diagnostik KNF. Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 7. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Pemeriksaan Diagnostik KNF

Kode Informan	<i>Quotes</i>
P3	<i>“...Mungkin dengan pemeriksaan laborat kan ada sekarang nggeh. Rontgen juga mungkin, apa USG gitu, atau MRI nggeh”.</i>
D1	<i>“I: ...Karena dia harus di PA di patologi. Harus ada pemeriksaannya. P: tapi kalau lebih spesifik ke kanker nasofaringnya itu? I: Nggak. Nggak tahu kan harus di PA dulu, dilihat jaringannya”</i> <i>“kalau di dokter umum puskesmas itu hanya bisa darah lengkap aja itupun nggak bakal kelihatan dengan pemeriksaan fisik”.</i>

Pengetahuan yang kelima adalah tentang stadium KNF. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat menunjukkan bahwa perawat hanya mengetahui stadium KNF ada 4, stadium 0 belum metastase dan belum ada keluhan, stadium 1 masih disekitar nasofaring, dan stadium 2 atau 3 sudah ada metastase dan perawat lainnya juga mengatakan bingung tentang stadium KNF. Adapun hasil wawancara dengan dokter umum menunjukkan ketidaktahuan terkait stadium KNF dengan mengatakan lupa tentang stadium atau klasifikasi KNF dan tidak tahu tentang stadium KNF. Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 8. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Stadium KNF

Kode Informan	Quotes
P2	<i>“Paling 4 kali ya mba ya. Kalau stadium 0 mungkin ya belum ada metastase ya mungkin baru ada keluhan mimisan atau apa gitu. Kalau misalnya stadium 1 ya paling ya cuman masih di sekitar nasofaringnya. Kalau yang udah stadium 2, 3 itu mungkin ya nanti udah ada metastasinya mungkin yah. Saya nggak begitu paham pasti. Hehehe”.</i>
D1	<i>“I: nggak kalau stadiumnya nggak. Karena dia harus di PA di patologi. Harus ada pemeriksaannya. P: tapi kalau lebih spesifik ke kanker nasofaringnya itu? I: Nggak. Nggak tahu kan harus di PA dulu, dilihat jaringannya”.</i>

Pengetahuan yang keenam adalah tentang pencegahan KNF. Berdasarkan hasil penelitian perawat mengetahui tentang pencegahan KNF dengan mengatakan bahwa KNF bisa dihindari apalagi jika terkait faktor gaya hidup yaitu dengan GERMAS seperti aktivitas fisik, cek kesehatan setiap 3 bulan, makan buah dan sayur, gaya hidup sehat, tidak mengonsumsi makanan berpengawet, mengurangi makan makanan yang dibakar, dan tidak merokok. Lalu faktor genetik harus dikontrol dengan pemeriksaan rutin karena faktor genetik tidak bisa dihindari. Sedangkan hasil penelitian kepada dokter umum menunjukkan pengetahuan pada kategori mengetahui dan memahami dengan pernyataan bahwa KNF bisa dihindari melalui tindakan preventif dengan penyuluhan atau edukasi, gaya hidup sehat, istirahat cukup, konsumsi makanan yang sehat, olahraga teratur, olahraga yang

cukup, dan tidak merokok tetapi faktor genetik tidak bisa diperbaiki.

Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 9. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Pencegahan KNF

Kode Informan	<i>Quotes</i>
P3	<p><i>“P: hmm. Terus e apakah kanker nasofaring bisa dihindari atau tidak menurut ibu? I: iya. Bisa sih dengan pola hidup sehat P: Pola hidup yang seperti apa bu? I: makanan jangan sampai ada pengawetnya, banyak dari GERMAS itu aja. Cek kesehatan 3 bulan, kemudian apa. Makanan, banyak makan buah dan sayur, kemudian aktivitas fisik, ya mungkin itu”.</i></p>
D1	<p><i>“e tetap kan harus tetap dari kita ya. Gaya hidup yang baik seperti apa, lifestylenya olahraga teratur kemudian makan makanan yang sehat, istirahat yang cukup. Ya itu tadi dari gaya hidupnya kalau pasien-pasien yang alkoholik yang dia merokok otomatis dia resikonya akan semakin tinggi”.</i></p>

Pengetahuan yang ketujuh adalah tentang penatalaksanaan KNF. Hasil penelitian menunjukkan adanya perawat yang tidak tahu cara menangani KNF. Namun, perawat lain mengetahui penatalaksanaan KNF seperti memberikan pendidikan kesehatan, dan menggali pengetahuan pasien. Adapun dokter umum menunjukkan pengetahuan tentang penatalaksanaan KNF pada kategori mengetahui dengan menyebutkan pembuatan saluran napas buatan jika sesak, kemoterapi ,radioterapi, dan *surgery* dimana penatalaksanaan

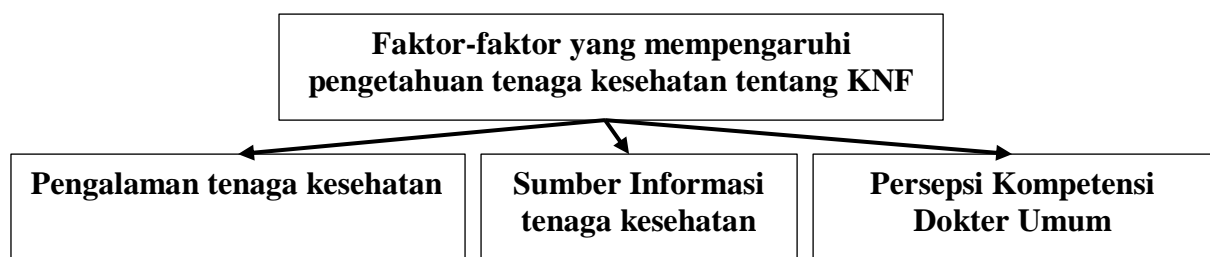
tergantung stadiumnya. Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 10. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Penatalaksanaan KNF

Kode Informan	Quotes
P2	<p><i>“I: Yang pertama pengetahuan pasiennya kita ini lagi kita gali. Kemudian biasanya pasienkan ada fasenya denial lah itu. Nah itu kita harus ini dulu apa namanya e lakukan asuhan keperawatannya dulu. Na habis itu baru kita misalnya dia dalam tahap kemoterapi atau apa itu ada efek sampingnya nah itu yang akan kita e asuh itu gitu.</i></p> <p><i>P: Hmm.Berikan pendidikan ya bu?</i></p> <p><i>I: He’e yang utama itu, yang pertama”.</i></p>
D1	<p><i>“itu spesialis dia yang akan menentukan ini diterapi aja atau dia butuh diradioterapi, kemoterapi itu spesialistik”.</i></p>

b. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Tenaga Kesehatan

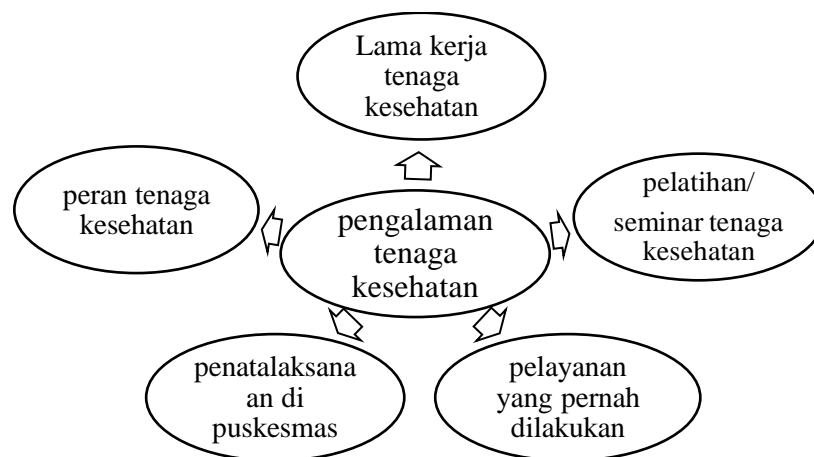
Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan tenaga kesehatan tentang KNF yaitu pengalaman tenaga kesehatan, sumber informasi tenaga kesehatan, dan persepsi kompetensi dokter umum. Hal tersebut dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 5. faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1) Pengalaman Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan pengalaman tenaga kesehatan terdiri dari lama kerja tenaga kesehatan, pelatihan/seminar tenaga kesehatan, pelayanan yang pernah dilakukan, penatalaksanaan di puskesmas, dan peran tenaga kesehatan. Hal ini dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 6. Pengalaman tenaga kesehatan

a) Lama kerja tenaga kesehatan

Lama kerja tenaga kesehatan dengan informan perawat adalah 10 tahun untuk lama kerja terpendek dan 30 tahun untuk lama kerja terlama. Hasil penelitian kepada perawat tidak menunjukkan hubungan pengaruh lama kerja dengan pengetahuan perawat sebab hal ini juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan.

Sedangkan lama kerja tenaga kesehatan dengan informan dokter umum adalah kurang lebih 1 tahun untuk lama kerja terpendek dan 16 tahun untuk lama kerja terlama. Pada informan dokter umum menunjukkan tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh lama kerja. Dimana semakin lama seorang dokter bekerja maka semakin banyak pengalaman yang didapatkan seperti pengalaman terkait pelayanan yang pernah dilakukan dan penatalaksanaan di puskesmas. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 11. Lama kerja tenaga kesehatan

Kode Informan	Quotes
P2	<i>“P: Kalau boleh tahu ibu sudah berapa lama bekerja sebagai perawat? I: 10 tahun”.</i>
P3	<i>“I: He’e. Ee masa kerjane aku dari 1989. P: 1989 Itu sudah mulai bekerja? I: Iyaa sudah mulai bekerja”.</i>
D3	<i>“P:Sudah berapa lama sih bekerja sebagai dokter? I:Aku baru sih. Baru setahunanlah.”</i>
D4	<i>“P: Ooo. 6 tahun. Berarti 6 tahun di Jambi terus 7 tahun di I: 6 tahun disana , 7 tahun, 13 tahun, 3 tahun disini, 16 tahun yah berarti. Hehe.”</i>

b) Pelatihan/seminar tenaga kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian dengan perawat tentang pelatihan/seminar tenaga kesehatan mengatakan bahwa pernah

mengikuti seminar terkait KNF dan perawat lainnya mengatakan belum pernah ikut pelatihan terkait KNF, belum ada pelatihan terkait KNF, belum ada seminar terkait KNF dan belum pernah ikut seminar terkait KNF. Sedangkan dokter umum mengatakan tidak ada waktu untuk *update* ilmu, tidak pernah ikut pelatihan KNF, tidak pernah ikut seminar tentang KNF, dan tidak tertarik ikut pelatihan KNF. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 12. Pelatihan/seminar tenaga kesehatan

Kode Informan	<i>Quotes</i>
P2	<p><i>“I: He’e. Kayaknya pernah sekali deh. Dari sejak saat waktu kuliah sampai saat ini tuh kayaknya pernah ada seminar tentang nasofaring cancer sekali. P: Pas ibu kuliah? I: Mungkin kuliah. Saya agak lupa-lupa ingat. Pokoknya sekali pernah”.</i></p>
D2	<p><i>“I: saya belum pernah terkait kanker nasofaring. Yang terakhir kemarin kolorektal. P: terus kalau terkait seminar gitu dok? I: Hmm..seminar kayaknya kalau nasofaring saya belum”.</i></p>
D3	<p><i>“P: Belum pernah terkait kanker itu? I: Belum pernah dan nggak tertarik.”</i></p>

c) Pelayanan yang pernah dilakukan

Berdasarkan hasil penelitian tentang pelayanan yang pernah dilakukan oleh perawat mengatakan bahwa belum pernah menangani kasus KNF, belum pernah menemui kasus KNF di puskesmas, pernah menemui kasus KNF, dan tidak menangani

pasien KNF. Sedangkan dokter umum mengatakan pernah menemui kasus KNF di masa pendidikan, pernah menemukan kasus KNF, pernah menangani kasus KNF, beberapa kali menangani pasien KNF, berhadapan dengan pasien KNF sejak 5 tahun lalu, menangani kasus KNF tahun 2005 dan 2010, menangani pasien KNF sebanyak 3 kali dan dokter lainnya mengatakan belum pernah menangani kasus KNF, belum pernah menemui kasus KNF di pkm. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 13. Pelayanan yang pernah dilakukan

Kode Informan	<i>Quotes</i>
P3	<p><i>“P:Terus ibu pernah berhadapan dengan pasien kanker nasofaring tidak? I: Pernah di poli P: Ooo. Pernah dipoli. Hmm itu sudah berapa kali sih bertemu dengan pasien kanker nasofaring itu? I:sekitar dua tiga kali kalau di beliaunya minta rujukan”.</i></p>
D2	<p><i>P: kalau pertama kali menangani kanker nasofaring ini kapan sih dok kira-kira? I: awal-awal disini 2005, 2010 itu ada. Mas-mas itu masih muda dan masih survive. Dia pasien Sardjito. Jadi saya tinggal nerusin aja kasih rujukan. Dulu rujukannya masih tiap bulan itu, itu dia kemoterapi apalah sampe orangnya udah dinyatakan sembuh. Tidak berapa lama menikah istirinya hamil punya anak jadi kayak seperti itu. tapi yang kita mensuspek awal kemudian merujuk itu juga ada, yang nggak ketolong, meninggal yo ada.</i></p>

d) Penatalaksanaan di Puskesmas

Berdasarkan hasil penelitian kepada perawat, penatalaksanaan KNF di puskesmas seperti vital sign, anamnesa, melakukan rujukan untuk pemeriksaan KNF, melakukan rujukan untuk pemeriksaan rutin pasien KNF, dan diagnosa sementara terkait KNF di puskesmas adalah suspek. Selain itu, perawat juga mengatakan bukan ranah puskesmas untuk mempelajari KNF lebih lanjut, puskesmas cuman jadi perantara terkait KNF, tidak ada program terkait KNF di puskesmas, tidak ada tindak lanjut terkait pasien KNF di puskesmas, belum ada diskusi terkait KNF di puskesmas, belum pernah diskusi terkait KNF dengan teman sejawat, dan belum ada sosialisasi KNF di puskesmas & masyarakat. Sedangkan dokter umum mengatakan melakukan pemeriksaan sesuai keluhan pasien, menanyakan riwayat pengobatan, melakukan rujukan untuk pemeriksaan KNF, melakukan rujukan untuk pemeriksaan rutin pasien KNF, melakukan rujukan pasien KNF sebanyak 3 kali, dan pemeriksaan penunjang KNF di puskesmas hanya darah lengkap. Disamping itu, dokter juga mengatakan tidak dilakukan apa-apa terkait KNF di puskesmas, tidak ada tindak lanjut terkait pasien KNF di puskesmas, tidak ada program terkait KNF di puskesmas, program di puskesmas terkait kasus yang sering terjadi, dan belum ada diskusi tentang KNF di

puskesmas. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 14. Penatalaksanaan di Puskesmas

Kode Informan	Quotes
P2	<p><i>“P: Terus tidak ada kegiatan khusus lagi untuk meninjau ulang pasiennya itu? I: Karena kalau e biasanya kita itu akan ada tindak lanjut suatu apa namanya penyakit itu kalau kita menanganinya secara intens, gitu. Kalau misalnya seperti nasofaring cancer itu kita cuman tinggal lewati doang, gitu. Pasien datang kepuskesmas kalau dia belum pernah terdiagnosa dari rumah sakit kan kita ada diagnosa awal ya, diagnose sementara suspaknya. Nah kemudian kalau sudah ada diagnosa pasti ya kita cuman merujuk-merujuk aja. Pasienkan akan control di rumah sakit”.</i></p> <p><i>“I: Dispuskesmas tuh memang ada kita wadahnya untuk diskusi namanya RCD. Reflective Discuss. Ee RCD anu e Case Discuss, Case Discussion. P: Itu berdasarkan kasus yang ada didiskusiin? I: He’e betul.</i></p>
D2	<p><i>“... nanti kita sambil ini, sambil tanya sudah berapa lama, terus ada perubahan yang cepat nggak dari kecil sampai membesarnya itu, waktunya, terus ada perubahan suara nggak, ada keluhan yang lain,...terus riwayat pernah berobat belum untuk keluhan yang sama ini,itu juga kita tanyakan, terus nanti sudah oke kita optimis suspaknya Ca nasofaring gitu yah. Terus kita rujuk. Kalau misalnya meleset ya nanti e paling ini jadinya yang kanker getah bening. Pernah misalnya toh yakin banget ini ca nasofaring ternyata lookeluarnya PA nya getah bening ya. Paling-paling gitu aja”.</i></p> <p><i>“kalau dipuskesmas tidak dilakukan apa-apa. Jadi kewajiban kita ya bisa mendiagnosis awal kemudian rujuk. Itu udah”.</i></p>

e) Peran Tenaga Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian tentang peran tenaga kesehatan terkait KNF perawat mengatakan peran antara dokter dan perawat berbeda, dokter lebih ke klinis, memberikan resep obat, menegakkan diagnosa medis, memberikan rujukan untuk pemeriksaan KNF sedangkan peran perawat adalah melakukan asuhan keperawatan, menganjurkan berobat teratur, menganjurkan untuk tidak menunda pengobatan, vital sign, anamnesa, membuat rujukan, serta memberikan terapi dan melihat efeknya. Adapun hasil penelitian kepada dokter umum juga mengatakan bahwa peran antara dokter dan perawat berbeda dimana dokter cenderung ke medikamentosa, melakukan pemeriksaan fisik, analisis, mendiagnosa, pemeriksaan penunjang, memberikan edukasi, treatment, melakukan anamnesis, mengedukasi sedangkan perawat bikin asuhan keperawatan dan perawat tidak boleh menangani pasien. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 15. Peran Tenaga Kesehatan

Kode Informan	<i>Quotes</i>
P3	<p><i>“Tugas nya e, kita Vital sign, anamnesa, kemudian bikin rujukan”.</i></p> <p><i>“kalau dokter itukan sudah lebih ke klinis, jadi dia e untuk menentukan diagnosanya jugakan. Dari pemeriksaannya juga beda yah. Kita cuman vital sign disana sudah e apa, lebih ke arah e apa yah, pengobatannya. Evaluasinya juga beda”.</i></p>

D3 *“nah kalau dokterkan dari pemeriksaan fisik analisis pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, mendiagnosis, dan treatment kan? kalau perawatkan bikin asuhan keperawatan kan?”.*

2) Sumber Informasi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian kepada perawat menunjukkan sumber informasi perawat terdiri dari *leaflet*, *google* sebagai sumber informasi, dan pengetahuan terkait KNF didapat dari perkuliahan. Sedangkan dokter umum menunjukkan sumber informasi meliputi buku sebagai sumber informasi, internet sebagai sumber informasi, *ebook*, *textbook*, *Mayo Clinic* dan juga mengatakan bahwa sumber informasi dari pas kuliah, sumber informasi dari pendidikan terdahulu, sumber informasi dari searching, dan sumber informasi menggunakan *Medscape*. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 16. Sumber Informasi Tenaga Kesehatan

Kode Informan	Quotes
P3	<p><i>“P: Biasanya dapat informasinya itu tadi selain dari dokter dari mana sih bu dapat informasi terkait kanker itu? I: dari google, dari leaflet, dari macam-macam.”</i></p>
D2	<p><i>“kayak Medscape, Mayo clinic. Gitu-gitu. Tapi kalau mau baca itu memang mending yang bahasa Inggris. Jadi yang memang. Hehehe”.</i> <i>“hmm. kalau ada kejadian apa biasanya langsung searching aja P: Ooo. Langsung searching aja gitu ya. I: Iya. Hehehe. Langsung searching aja.”</i></p>

3) Persepsi Kompetensi Dokter Umum

Berdasarkan hasil penelitian kepada dokter umum didapatkan persepsi tentang kompetensi dokter umum seperti KNF bukan kompetensi dokter umum, dokter umum cukup tahu saja tentang KNF, kompetensi dokter umum terkait KNF hanya sampai merujuk, kewajiban dokter umum di puskesmas cuman diagnosa awal, dokter umum di puskesmas tidak perlu tahu klasifikasi KNF, penanganan KNF bukan kompetensi KU, dan pelatihan tentang KNF bersifat spesialistik. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut:

Tabel 17. Persepsi Kompetensi Dokter Umum

Kode Informan	<i>Quotes</i>
D1	<p><i>“Kalau dokter umum, ketika dia menemukan dan emang suspek atau dicurigai otomatis hanya sampai merujuk. Kompetensinya kalau dibilang paling cuman dua. 2 aja 2a gitu kayaknya atau 2b gitu. hanya tahu aja habis itu sudah. Itu urusan lain”.</i></p> <p><i>“P: Ooo. Pelatihan gawat darurat. kalau terkait kanker gitu ada tidak? I: Nggak, nggak ada. Itu spesialistik dek. Itu spesialistik bukan dokter umum”.</i></p>

4. Pembahasan

a. Karakteristik Informan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik informan perawat pada puskesmas berjenis kelamin perempuan, berusia 30-50 tahun, dan pendidikan D3 Keperawatan. Sedangkan informan dokter

umum berjenis kelamin laki-laki 1 orang dan perempuan 3 orang, berusia 25-45 tahun, serta pendidikan S1 Profesi Dokter. Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang dengan tingkat kematangan usia lebih baik akan mempengaruhi kemampuan dalam berfikir dan bertindak. Seseorang juga akan mudah menerima informasi seiring bertambahnya usia karena daya tangkap dan pola pikirnya juga semakin berkembang sehingga semakin banyak informasi yang diperoleh maka semakin tinggi pengetahuannya (Budiman & Riyanto, 2013). Teori tersebut tidak sesuai dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat pengetahuan perawat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dharmawati & Wirata (2016) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat pengetahuan seseorang. Hal tersebut disebabkan karena ada beberapa faktor lain yang dapat menghambat proses belajar pada orang dewasa baik faktor ekstrinsik maupun faktor intrinsik sehingga kemampuan berfikir dan bertindak mengalami penurunan pada suatu waktu. Oleh sebab itu, tingkat pengetahuan seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh faktor usia tetapi terdapat faktor lain yang mempengaruhinya.

Tenaga kesehatan perawat dalam penelitian ini berpendidikan D3 Keperawatan dan dokter umum berpendidikan S1 Profesi Dokter. Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap seseorang atau

kelompok. Pendidikan juga merupakan usaha mendewasakan individu, mengembangkan kepribadian, dan mengembangkan kemampuan melalui upaya pengajaran dan pelatihan (baik formal maupun nonformal) (Budiman & Riyanto, 2013). Pendidikan seseorang menentukan luasnya pengetahuan seseorang. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan tenaga kesehatan. Tingkat pengetahuan dokter umum dengan pendidikan S1 Profesi Dokter dalam beberapa kategori pengetahuan tentang KNF lebih baik daripada pengetahuan perawat dengan pendidikan D3 Keperawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dharmawati & Wirata (2016) bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang diterima dan semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya sehingga seseorang dengan pendidikan yang lebih tinggi memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik.

Perawat dengan tingkat pendidikan D3 selama proses pendidikannya memiliki keterbatasan kompetensi dalam mempelajari suatu materi penyakit, kemudian lebih banyak mendapatkan materi dan pengalaman praktek di lapangan dibandingkan perawat dengan jenjang pendidikan lebih tinggi. Berbeda dengan dokter umum berpendidikan S1 Profesi Dokter tentu saja lebih mendalami suatu materi penyakit dibandingkan perawat. Dokter seimbang antara banyaknya materi yang diperoleh dalam ruangan dan banyaknya

pengalaman praktek dilapangan ditambah pendalaman materi penyakit yang lebih baik dari pada perawat. Budiman *et al* (2017) juga mengungkapkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah orang tersebut menerima informasi dan pada akhirnya semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, seseorang yang tingkat pendidikannya rendah akan menghambat perkembangan sikap dalam penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diketahui.

c. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Kanker Nasofaring dan Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Tenaga Kesehatan

Pengetahuan tenaga kesehatan tentang Kanker Nasofaring (KNF) meliputi pengetahuan tentang definisi KNF, etiologi KNF, tanda dan gejala KNF, pemeriksaan diagnostik KNF, stadium KNF, pencegahan KNF, dan penatalaksanaan KNF. Pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pengalaman tenaga kesehatan, sumber informasi tenaga kesehatan, dan persepsi kompetensi dokter umum.

1) Pengetahuan tentang definisi KNF

Berdasarkan hasil penelitian, perawat mengetahui definisi KNF. Seseorang dikatakan tahu (*know*) apabila mampu mengingat kembali (*recall*) suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2011). Sesuai dengan

Kemenkes (2017) menyatakan bahwa definisi Karsinoma Nasofaring (KNF) adalah tumor ganas yang tumbuh di dalam nasofaring (area di atas tenggorokan dan di belakang hidung). Sedangkan dokter umum menunjukkan tingkat pengetahuan pada level mengetahui dan memahami definisi KNF. Hal ini sesuai dengan Primadina & Imanto (2017) dan Ruslim *et al.*, 2016 yang mengungkapkan bahwa kanker nasofaring adalah tumor ganas akibat perkembangan sel abnormal pada *epithelial pelapis* dalam nasofaring (area di atas tenggorokan dan di belakang hidung) dan merupakan jenis kanker yang paling umum terjadi di daerah kepala dan leher.

2) Pengetahuan tentang Etiologi KNF

Kanker nasofaring (KNF) disebabkan oleh berbagai faktor yaitu infeksi *Epstein-Barr Virus* (EBV), faktor makanan dan lingkungan, merokok, gaya hidup, dan faktor genetik. Hasil penelitian menunjukkan perawat hanya sebatas mengetahui bahwa KNF di sebabkan oleh berbagai faktor baik faktor penyebab maupun faktor risiko yaitu faktor genetik, faktor makanan, sering makan makanan yang dibakar, gaya hidup, konsumsi makanan berpengawet, ikan asin, merokok, faktor ras dimana orang kulit putih jarang terkena KNF, faktor penyebab kanker sulit diketahui dan belum diketahui, serta penyebab KNF dikarenakan adanya pertumbuhan sel abnormal. Seseorang dikatakan tahu (*know*)

apabila mampu mengingat kembali (*recall*) suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2011). Tingkat pengetahuan yang dimiliki perawat dipengaruhi oleh faktor pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan yaitu perawat mengatakan belum pernah menangani kasus KNF, belum pernah menemui kasus KNF di puskesmas, pernah menemui kasus KNF, dan tidak menangani pasien KNF.

Hasil penelitian kepada dokter umum juga menunjukkan bahwa dokter umum mengetahui (*know*) etiologi KNF dengan menyebutkan penyebab KNF multifaktorial baik karena faktor penyebab itu sendiri maupun karena faktor risiko meliputi virus EBV, faktor genetik, faktor lingkungan, faktor makanan, faktor mutasi gen, gaya hidup tidak sehat, konsumsi ikan asin, konsumsi makanan berpengawet, merokok dimana merokok sebagai faktor risiko KNF dan mengandung banyak zat. Adapun yang berpendapat kejadian KNF di Yogya kebanyakan karena rokok. Selain itu, dokter umum juga memahami terkait etiologi KNF dengan menjelaskan bahwa penyebab KNF multifaktorial seperti genetik. Genetik bukan berarti orang tuanya memiliki riwayat kanker yang sama tetapi karena ada faktor lain entah ada riwayat kanker yang lain, infeksi lingkungan atau radiasi, mutasi gen,

virus seperti EBV, makanan misalnya yang ada bahan pengawet atau ikan asin, alkohol, serta merokok yang juga berisiko. Merokok disebabkan karena mengandung racun 40.000 zat nikotin. Kemudian makanan berhubungan dengan sistem imunitas, pertahanan tubuh. Komposisi makanan yang seharusnya terdiri dari protein, vitamin tapi misalnya komposisinya lebih banyak yang lemak atau karbonya tinggi maka otomatis mempengaruhi sistem imunitas seseorang sehingga risiko atau lebih mudah terkena penyakit. Hal ini sesuai dengan Sudiono & Hassan (2013) mengungkapkan bahwa KNF terjadi tidak hanya disebabkan oleh satu faktor, tetapi karena adanya interaksi dari karsinogen lingkungan dengan EBV, gaya hidup, makanan dan lain-lain. EBV memiliki respons yang kuat terhadap limfosit manusia dan epitel saluran napas atas. KNF sangat berkaitan dengan EBV terutama pada tipe yang *undifferentiated*. Penelitian lain juga menunjukkan faktor risiko yang paling banyak dilaporkan adalah sering mengonsumsi ikan asin 62,5% dan 56,25% didapati paparan lebih dari satu jenis karsinogen lingkungan, yaitu paparan asap rokok dan konsumsi alkohol serta paparan industri terhadap formaldehid, debu kayu, paparan debu katun dan logam berat (Deviana *et al.*, 2016). Tingkat pengetahuan dokter umum ini sesuai dengan Notoatmodjo (2011) mengemukakan bahwa seseorang dikatakan memahami (*comprehension*) jika mampu

untuk menjelaskan tentang materi yang diketahui dan mampu menafsirkan objek tersebut secara benar. Seseorang yang memahami suatu materi harus mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan sebagainya.

Hasil penelitian yang ketiga menunjukkan dokter umum juga mampu mengaplikasikan dan menganalisis terkait etiologi KNF. Hal ini dipengaruhi oleh faktor seperti pengalaman tenaga kesehatan. Seseorang dikatakan memiliki pengetahuan pada kategori aplikasi apabila mampu untuk menerapkan materi yang telah dipelajari pada kondisi *real* atau sebenarnya. Aplikasi ini termasuk penggunaan metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau kondisi lain (Notoatmodjo (2011)). Kemampuan aplikasi oleh dokter umum ini dilihat dari hasil wawancara tentang pengalaman tenaga kesehatan khususnya terkait pelayanan yang pernah dilakukan yaitu pernah menemukan kasus KNF, pernah menangani kasus KNF, beberapa kali menangani pasien KNF, berhadapan dengan pasien KNF sejak 5 tahun lalu, menangani kasus KNF tahun 2005 dan 2010, serta menangani pasien KNF sebanyak 3 kali. Pengetahuan dokter umum juga menunjukkan kemampuan menganalisis karena mampu menjabarkan atau menggambarkan terkait etiologi KNF dan mengaitkan satu sama lain (Notoatmodjo (2011)).

Tetapi penelitian juga menunjukkan adanya dokter yang hanya sebatas mengetahui etiologi KNF itu sendiri. Tingkat pengetahuan ini juga dipengaruhi oleh pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan. Informan mengatakan mengatakan belum pernah menangani kasus KNF, belum pernah menemui kasus KNF di puskesmas, dan hanya pernah menemui kasus KNF di masa pendidikan.

3) Pengetahuan tentang tanda dan gejala KNF

American Cancer Society (2016) menyatakan bahwa tanda dan gejala pada kanker nasofaring yaitu adanya benjolan atau massa dileher, gangguan pendengaran, telinga berdenging, atau perasaan penuh di telinga (terutama pada satu sisi saja), infeksi telinga, hidung tersumbat, mimisan, sakit kepala, nyeri pada wajah atau mati rasa, kesulitan membuka mulut, serta penglihatan kabur atau ganda.

Hasil wawancara kepada perawat menunjukkan bahwa perawat mengetahui terkait tanda dan gejala KNF dengan menyebutkan ada benjolan dileher, adanya perubahan suara, dibagian leher berlubang, penurunan BB, sakit pada leher tidak sembuh-sembuh, sulit menelan, mengeluh mimisan, terjadi luka dileher, dan KNF jarang bermanifestasi keluar tubuh. Seseorang dikatakan tahu (*know*) apabila mampu mengingat kembali (*recall*) suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan cara

menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2011). Tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh perawat ini juga dipengaruhi oleh faktor pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan seperti yang dijelaskan pada tingkat pengetahuan perawat tentang etiologi KNF.

Hasil penelitian kepada dokter umum menunjukkan pengetahuan tentang tanda dan gejala KNF yang mereka miliki mulai dari mengetahui, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, hingga pada kemampuan mengevaluasi tetapi penelitian juga menunjukkan adanya dokter umum sebatas mengetahui tanda dan gejala KNF. Adanya perbedaan tingkat pengetahuan tenaga kesehatan terkait pengetahuan tentang tanda dan gejala ini juga dipengaruhi oleh pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan sesuai dengan yang telah dijelaskan pada pengetahuan sebelumnya. Pada wawancara ini, dokter umum mengatakan tanda dan gejala KNF antara lain ada benjolan dileher atau dibelakang telinga, batuk, berdarah, hidung tersumbat, mimisan, pembesaran kelenjar limfe, penurunan BB, dan perubahan suara. Berdasarkan penelitian Faiza *et al* (2016) menunjukkan pasien yang datang ditemukan adanya tanda klinis pembesaran kelenjar getah bening (KGB) leher sebesar 90,91%, tuli sebesar 79,55%, diikuti dengan pembesaran KGB leher ke

fossa supraklavikula dan cranial nerve palsy yang masing-masing sebesar 29,55 %.

Kemampuan sintesis dokter umum pada pengetahuan tentang tanda dan gejala KNF ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan dokter umum mampu menyusun dan membuat perencanaan kepada pasien terkait tanda & gejala yang dimiliki oleh pasien sesuai dengan teori yang ada. Hal ini juga dipengaruhi oleh faktor pengalaman tenaga kesehatan seperti penatalaksanaan KNF di puskesmas. Dokter umum mengatakan melakukan pemeriksaan sesuai keluhan pasien, menanyakan riwayat pengobatan, melakukan rujukan untuk pemeriksaan KNF, melakukan rujukan untuk pemeriksaan rutin pasien KNF, melakukan rujukan pasien KNF sebanyak 3 kali, dan pemeriksaan penunjang KNF di puskesmas hanya darah lengkap.

Kategori tertinggi dari tingkat pengetahuan ini adalah kemampuan mengevaluasi. Evaluasi adalah suatu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek berdasarkan suatu kriteria (Notoatmodjo, 2011). Kemampuan ini terlihat dari dokter umum menjelaskan bagaimana ketika menghadapi pasien KNF dengan melihat keluhan yang ada, diperiksa, lalu dibedakan tanda dan gejala yang muncul seperti apa, menanyakan lama tanda dan gejala dirasakan, riwayat pengobatan, hingga melakukan suspek atau diagnosa sementara KNF. Kemudian dokter merujuk

hingga mengevaluasi dari kesalahan suspek yang dilakukan dengan melihat hasil yang telah ditetapkan secara pasti.

4) Pengetahuan tentang pemeriksaan diagnostik KNF

KNF dapat diketahui dengan dilakukan pemeriksaan. Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan radiologi, patologi anatomi, serologi, dan endoskopi. Pemeriksaan radiologi untuk KNF meliputi CT scan/MRI, foto toraks, *bone scan*, USG abdomen, dan nasoendoskopi dengan NBI (*Narrow Band Imaging*). Kemudian patologi anatomi dilakukan untuk memastikan KNF menggunakan spesimen dari biopsi nasofaring. Selanjutnya pemeriksaan serologi berupa pemeriksaan titer antibodi (*American Cancer Society*, 2016; Kemenkes, 2017; Wijaya dan Soeseno, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian, perawat mengetahui tentang pemeriksaan diagnostik KNF seperti MRI, pemeriksaan lab, CT scan, rontgen, dan USG tetapi penelitian juga menunjukkan adanya perawat yang belum tahu terkait pemeriksaan KNF. Pengetahuan ini dipengaruhi oleh faktor pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan dan faktor sumber informasi tenaga kesehatan. Abdul N & Kadarullah (2016) menyatakan bahwa informasi adalah sesuatu yang memiliki makna bagi penerimanya. Informasi memberikan dampak terhadap

pengetahuan dan perilaku individu. Semakin banyak informasi yang diterima maka semakin tinggi tingkat pengetahuan individu. Informasi dapat diperoleh dari media massa. Media massa merupakan sumber informasi yang mempengaruhi pemahaman individu terhadap suatu pengetahuan. Hasil penelitian kepada perawat menunjukkan sumber informasi perawat terdiri dari *leaflet*, *google* sebagai sumber informasi, dan pengetahuan terkait KNF didapat dari perkuliahan. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardani *et al* (2014) yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara keterpaparan informasi dengan tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang suatu penyakit. Melihat faktor lainnya, kader kesehatan dengan lama kerja yang berbeda menunjukkan tingkat keterpaparan informasinya hampir sama sehingga tingkat pengetahuannya tentang suatu penyakit juga relatif sama.

Adapun hasil penelitian kepada beberapa dokter umum menunjukkan bahwa dokter umum mengetahui pemeriksaan diagnostik KNF yaitu endoskopi hidung, laringoskopi, patologi anatomi, biopsi, dan CT scan. Notoatmodjo (2011) mengatakan seseorang dikatakan tahu (*know*) apabila mampu mengingat kembali (*recall*) suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Tetapi, penelitian juga menunjukkan

beberapa dokter umum kurang tahu tentang pemeriksaan diagnostik KNF dengan menyatakan lupa tentang pemeriksaan diagnostik KNF dan juga kurang tahu tentang pemeriksaan diagnostik KNF. Ketidaktahuan dokter umum ini dipengaruhi oleh faktor persepsi tentang kompetensi dokter umum.

5) Pengetahuan tentang stadium KNF

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat menunjukkan bahwa perawat hanya mengetahui stadium KNF ada 4, stadium 0 belum metastase dan belum ada keluhan, stadium 1 masih disekitar nasofaring, dan stadium 2 atau 3 sudah ada metastase dan perawat lainnya juga mengatakan bingung tentang stadium KNF. Tingkat pengetahuan perawat ini dipengaruhi oleh faktor pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan seperti yang telah dijelaskan pada kategori pengetahuan sebelumnya. Berdasarkan hasil penelitian Faiza *et al* (2016) menunjukkan kebanyakan penderita datang dengan stadium lanjut yaitu stadium IV dan III dengan persentase 86,36%, diikuti stadium awal yaitu stadium II sebesar 13,64%, dan stadium I tidak ditemukan. Manifestasi klinis penderita seperti massa tumor yang telah menginvasi intrakranial dengan melibatkan nervus kranial, fossa infratemporal, hipofaring, orbit, atau ruang masticator.

Adapun hasil wawancara dengan dokter umum menunjukkan ketidaktahuan terkait stadium KNF dengan

mengatakan lupa tentang stadium atau klasifikasi KNF dan tidak tahu tentang stadium KNF. Tingkat pengetahuan dokter umum ini juga dipengaruhi oleh pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan dan faktor persepsi kompetensi dokter umum. Penelitian juga mengungkapkan persepsi kompetensi dokter umum yaitu dokter umum cukup tahu saja tentang KNF, kompetensi dokter umum terkait KNF hanya sampai merujuk, kewajiban dokter umum dipuskesmas cuman diagnosa awal, dokter umum di puskesmas tidak perlu tahu klasifikasi KNF.

6) Pengetahuan tentang pencegahan KNF

Berbagai tindakan dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya KNF seperti mengkonsumsi buah dan sayur, menghindari konsumsi makanan berpengawet, dan menghindari paparan polusi benda-benda tercemar. Jin *et al* (2014) mengatakan mengkonsumsi buah dan sayur memiliki efek perlindungan terhadap KNF oleh beberapa komponen seperti beta-karoten, serat, vitamin, alfa-tokoferol, retinoid, fitoestrogen dan folate. Komponen tersebut berperan dalam proses biologis yang dapat mengubah risiko kanker, termasuk menghambat pertumbuhan sel, sintesis dan metilasi DNA normal, dan perlindungan terhadap stres oksidatif dan kerusakan DNA. Selain tindakan tersebut, tindakan lainnya adalah menghindari konsumsi makanan yang

berpengawet, seperti ikan asin ikan/daging asap, dan makanan berkaleng (Azizah *et al.*, 2017). Disamping memperhatikan faktor makanan, seseorang juga perlu memperhatikan faktor lingkungan dengan menghindari paparan polusi benda-benda tercemar, seperti debu, asap hasil kayu bakar, asap kendaraan dan dari bahan kimia lainnya (Ariwibowo, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian perawat mengetahui tentang pencegahan KNF dengan mengatakan bahwa KNF bisa dihindari apalagi jika terkait faktor gaya hidup yaitu dengan GERMAS seperti aktivitas fisik, cek kesehatan setiap 3 bulan, makan buah dan sayur, gaya hidup sehat, tidak mengkonsumsi makanan berpengawet, mengurangi makan makanan yang dibakar, dan tidak merokok. Lalu faktor genetik harus dikontrol dengan pemeriksaan rutin karena faktor genetik tidak bisa dihindari. Notoatmodjo (2011) mengatakan seseorang dikatakan tahu (*know*) apabila mampu mengingat kembali (*recall*) suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Sedangkan hasil penelitian kepada dokter umum menunjukkan pengetahuan pada kategori mengetahui dan memahami dengan pernyataan bahwa KNF bisa dihindari melalui tindakan preventif dengan penyuluhan atau edukasi, gaya hidup sehat, istirahat cukup, konsumsi makanan yang sehat, olahraga teratur, olahraga

yang cukup, dan tidak merokok tetapi faktor genetik tidak bisa diperbaiki. Pada pengetahuan terkait pencegahan KNF ini, informan dokter dikatakan memahami karena mampu untuk menjelaskan tentang pencegahan KNF. Dokter umum mampu menjelaskan, menyebutkan contoh, dan menyimpulkan.

7) Pengetahuan tentang penatalaksanaan KNF

Hasil penelitian menunjukkan adanya perawat yang tidak tahu cara menangani KNF. Namun, perawat lain mengetahui penatalaksanaan KNF seperti memberikan pendidikan kesehatan, dan menggali pengetahuan pasien. Adapun dokter umum menunjukkan pengetahuan tentang penatalaksanaan KNF pada kategori mengetahui dengan menyebutkan pembuatan saluran napas buatan jika sesak, kemoterapi, radioterapi, dan *surgery* dimana penatalaksanaan tergantung stadiumnya. Kemenkes (2017) menyatakan bahwa penatalaksanaan KNF meliputi terapi mencakup radiasi, kemoterapi, atau kombinasi keduanya, dan didukung dengan terapi simptomatik sesuai dengan gejala, rehabilitasi medik dilakukan berdasarkan kondisi atau kebutuhan pasien, dan edukasi. Peningkatan pengetahuan dengan pemberian edukasi akan membantu pasien dalam mempertimbangkan saran-saran medis, melaksanakan pengobatan yang dianjurkan, mematuhi jadwal konsultasi medis, serta menyelesaikan tindak

lanjut medis sesuai yang dianjurkan (Rosita & Widyaningsih, 2017).

Hasil penelitian pengetahuan tenaga kesehatan tentang Kanker Nasofaring (KNF) yang meliputi pengetahuan tentang definisi KNF, etiologi KNF, tanda dan gejala KNF, pemeriksaan diagnostik KNF, stadium KNF, pencegahan KNF, dan penatalaksanaan KNF mengungkap bahwa adanya perbedaan tingkat pengetahuan antara perawat dengan dokter umum. Pada penelitian ini, tingkat pengetahuan secara umum yang dimiliki perawat adalah hanya pada tingkat mengetahui. Mengetahui merupakan tingkat pengetahuan terendah yang dimiliki oleh seseorang. Sehingga dari hasil penelitian ini disimpulkan bahwa pengetahuan perawat tentang KNF sangat kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Onuoha & Richards (2014) bahwa perawat kesehatan primer di Pulau Karibia dari St Vincent dan Grenadines memiliki pengetahuan yang buruk terkait dengan aspek penilaian kanker payudara; khususnya faktor risiko, tanda dan gejala dan rekomendasi skrining. Sedangkan tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh dokter umum sampai pada tingkat tertinggi yaitu mengevaluasi. Tetapi penelitian juga menunjukkan variasi tingkat pengetahuan dokter umum mulai dari mengetahui, memahami, dan mengaplikasikan. Penelitian ini menunjukkan dokter umum memiliki pengetahuan yang cukup untuk melakukan tugasnya dalam menghadapi kasus KNF dipuskesmas. Hal ini tidak sejalan dengan Fles *et al.*, (2010) yang menyatakan bahwa dokter umum pada puskesmas di Yogyakarta,

Indonesia tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang kanker nasofaring sehingga berdampak pada penanganan masalah tersebut. Selain itu, penelitian Balachandran, *et al.*, (2012) juga tidak sesuai dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa dokter yang ditempatkan di rumah sakit dan klinik perawatan primer terbukti memiliki pengetahuan yang tidak memadai untuk mendiagnosis dan merujuk pasien dengan dugaan KNF.

Adanya perbedaan tingkat pengetahuan antara perawat dan dokter umum tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor. Berdasarkan hasil penelitian, faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan tenaga kesehatan tentang KNF dibagi menjadi 3 yaitu pengalaman tenaga kesehatan, sumber informasi tenaga kesehatan, dan persepsi kompetensi dokter umum.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan tenaga kesehatan, yaitu pengalaman tenaga kesehatan. Pengalaman adalah sumber pengetahuan untuk mendapatkan kebenaran pengetahuan dengan belajar dari masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman memberikan pengetahuan, keterampilan, dan mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan (Budiman & Riyanto, 2013). Hasil penelitian ini menunjukkan pengalaman tenaga kesehatan terdiri dari lama kerja tenaga kesehatan, pelatihan/seminar tenaga kesehatan, pelayanan yang pernah dilakukan, penatalaksanaan di puskesmas, dan peran tenaga kesehatan.

Selain faktor yang telah dijelaskan sebelumnya. Pengalaman tenaga kesehatan dalam penelitian ini juga terkait lama kerja tenaga kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian, lama kerja tenaga kesehatan dengan informan perawat adalah 10 tahun untuk lama kerja terpendek dan 30 tahun untuk untuk lama kerja terlama. Hasil penelitian kepada perawat tidak menunjukkan hubungan pengaruh lama kerja dengan pengetahuan perawat sebab hal ini juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti pengalaman tenaga kesehatan terkait pelayanan yang pernah dilakukan. Sedangkan lama kerja tenaga kesehatan dengan informan dokter umum adalah kurang lebih 1 tahun untuk lama kerja terpendek dan 16 tahun untuk lama kerja terlama. Pada informan dokter umum menunjukkan tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh lama kerja. Dimana semakin lama seorang dokter bekerja maka semakin banyak pengalaman yang didapatkan seperti pengalaman terkait pelayanan yang pernah dilakukan dan penatalaksanaan di puskesmas.

Pengalaman selanjutnya terkait pelatihan/seminar tenaga kesehatan. Pelatihan merupakan suatu proses belajar mengajar untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tertentu serta sikap agar seseorang mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan baik sesuai dengan standar yang telah ditentukan (Rusmilawati *et al*, 2016). Berdasarkan hasil penelitian kepada perawat terkait pelatihan/seminar tenaga kesehatan terdapat perbedaan tingkat pengetahuan antara perawat yang pernah mengikuti pelatihan/seminar terkait KNF dengan perawat

yang tidak pernah mengikuti pelatihan terkait KNF. Perawat yang pernah mengikuti pelatihan/seminar KNF memiliki pengetahuan yang lebih baik daripada perawat yang belum mengikuti pelatihan/seminar KNF. Berdasarkan hasil wawancara, perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan/seminar terkait KNF juga dikarenakan belum ada pelatihan/seminar terkait KNF. Penelitian Handayani *et al* (2010) menunjukkan sebanyak 78,6% tenaga kesehatan berpendapat bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan kinerja mereka secara individu dalam menjalankan peran sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah peningkatan pendidikan dan keterampilan melalui pelatihan. Adapun hasil penelitian kepada dokter umum mengatakan tidak pernah ikut pelatihan KNF, tidak pernah ikut seminar tentang KNF, dan tidak tertarik ikut pelatihan KNF. Pelatihan merupakan suatu upaya meningkatkan pengetahuan, mengubah perilaku dan mengembangkan keterampilan pribadi. Hal ini juga dipengaruhi oleh faktor yang lain yaitu persepsi tentang kompetensi dokter umum.

Pengalaman tenaga kesehatan lainnya yang juga mempengaruhi pengetahuan tenaga kesehatan adalah terkait penatalaksanaan KNF di puskesmas. Berdasarkan hasil penelitian kepada perawat, penatalaksanaan KNF di puskesmas seperti vital sign, anamnesa, melakukan rujukan untuk pemeriksaan KNF, melakukan rujukan untuk pemeriksaan rutin pasien KNF, dan diagnosa sementara terkait KNF di puskesmas adalah suspek. Sebagaimana yang dijelaskan oleh Kemenkes (2015) Bentuk pelayanan

kesehatan kanker nasofaring yang harus dilakukan oleh puskesmas berdasarkan panduan penyelenggaraan pelayanan kanker di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu melakukan edukasi/penyuluhan terkait penyakit kanker, anamnesis umum maupun terarah terhadap tanda dan gejala kanker, *case finding* dan melakukan rujukan bagi pasien yang terdeteksi lesi prakanker maupun kanker kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat. Pengetahuan seseorang berhubungan erat dengan segala sesuatu yang pernah dipelajari sebelumnya baik melihat maupun mendengar. Penyuluhan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan seseorang. Sejalan dengan penelitian Cahyaningsih *et al* (2013) menunjukkan tingkat pengetahuan seseorang mengalami peningkatan cukup signifikan setelah dilakukan penyuluhan. Berbagai metode penyuluhan dapat dilakukan seperti metode ceramah, demonstrasi, ataupun metode diskusi.

Selain itu, perawat juga mengatakan bukan ranah puskesmas untuk mempelajari KNF lebih lanjut, puskesmas cuman jadi perantara terkait KNF, tidak ada program terkait KNF dipuskesmas, tidak ada tindak lanjut terkait pasien KNF dipuskesmas, belum ada diskusi terkait KNF dipuskesmas, belum pernah diskusi terkait KNF dengan teman sejawat, dan belum ada sosialisasi KNF di puskesmas & masyarakat. Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut meliputi upaya kesehatan wajib yaitu upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen

nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib ini seperti upaya Promosi Kesehatan dan upaya pengobatan. Selain itu, upaya kesehatan pengembangan puskesmas juga perlu dilakukan yaitu upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan puskesmas (Kepmenkes, 2004). Sesuai dengan penelitian McIlfatrick *et al* (2013) menunjukkan lebih dari separuh responden dokter umum (61,3%, n = 168) menunjukkan bahwa menetapkan prioritas dan target kesehatan diberlakukan terhadap penyediaan kegiatan pencegahan kanker.

Pengalaman tenaga kesehatan yang terakhir adalah terkait peran tenaga kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian kepada perawat mengatakan bahwa peran antara dokter dan perawat berbeda. Dokter lebih ke klinis, memberikan resep obat, menegakkan diagnosa medis, memberikan rujukan untuk pemeriksaan KNF sedangkan peran perawat adalah melakukan asuhan keperawatan, menganjurkan berobat teratur, menganjurkan untuk tidak menunda pengobatan, vital sign, anamnesa, membuat rujukan, serta memberikan terapi dan melihat efeknya. Adapun hasil penelitian kepada dokter umum juga mengatakan bahwa peran antara dokter dan perawat berbeda dimana dokter cenderung ke medikamentosa, melakukan pemeriksaan fisik, analisis, mendiagnosa, pemeriksaan

penunjang, memberikan edukasi, treatment, melakukan anamnesis, mengedukasi sedangkan perawat bikin asuhan keperawatan dan perawat tidak boleh menangani pasien. Peran atau kompetensi dokter umum dipelayanan primer dalam Permenkes (2014) dimuat sebagai Panduan Praktik Klinis (PPK) Dokter Pelayanan Primer yang menyebutkan dokter umum harus mampu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit, membuat diagnosis berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik. Dokter umum menganamnesis terkait keluhan utama maupun keluhan penyerta pasien atau keluarga pasien. Selain itu, dokter umum juga melakukan perencanaan penatalaksanaan baik non farmakologi dan farmakologi. Bagian ini juga mencakup edukasi dan konseling terhadap pasien dan keluarga. Sedangkan perawat dalam menjalankan perannya juga disesuaikan tingkat pendidikan dan standar kompetensi perawat. PPNI (2012) menjelaskan perawat D3 memberikan asuhan keperawatan sesuai yang telah direncanakan, melakukan promosi kesehatan, pengkajian, perencanaan, hingga evaluasi.

Faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan tenaga kesehatan adalah sumber informasi tenaga kesehatan. Dalam penelitian ini peneliti menemukan sumber informasi perawat terdiri dari *leaflet*, *google* sebagai sumber informasi, dan pengetahuan terkait KNF didapat dari perkuliahan. Sedangkan dokter umum menunjukkan sumber informasi meliputi buku sebagai sumber informasi, internet sebagai sumber informasi, *ebook*, *textbook*, *Mayo Clinic* dan juga mengatakan bahwa sumber informasi dari pas kuliah, sumber informasi dari pendidikan terdahulu, sumber informasi

dari *searching*, dan sumber informasi menggunakan *Medscape*. Hal ini menunjukkan penggunaan sumber informasi terpercaya oleh tenaga kesehatan sebagai sarana pemenuhan informasi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan tentang suatu penyakit seperti KNF. Perkembangan teknologi informasi dibidang kesehatan tentu akan berpengaruh pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Faktor terakhir adalah terkait persepsi kompetensi dokter umum. Berdasarkan hasil penelitian kepada dokter umum didapatkan persepsi bahwa KNF bukan kompetensi dokter umum, dokter umum cukup tahu saja tentang KNF, kompetensi dokter umum terkait KNF hanya sampai merujuk, kewajiban dokter umum dipuskesmas cuman diagnosa awal dan penanganan KNF bukan kompetensi dokter umum. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer menjelaskan bahwa Standar Pelayanan Kedokteran merupakan implementasi dalam praktek yang mengacu pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI). Tingkat kemampuan dokter dalam pengelolaan penyakit di dalam SKDI dikelompokan menjadi 4 tingkatan, yakni : tingkat kemampuan 1, tingkat kemampuan 2, tingkat kemampuan 3A, tingkat kemampuan 3B dan tingkat kemampuan 4A serta tingkat kemampuan 4B. Kompetensi dokter umum terkait KNF di pelayanan primer hanya pada tingkat kemampuan 3 yaitu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk.