
ANALISIS POTRET PERAWATAN PALIATIF PASIEN LEUKIMIA ANAK DI RSUP SARDJITO

Sinta Dwi Lestari¹, Kharisma Safitri Nur Indahsari², Chrisma Wuri Haryaningrum³

^{1,2,3}Pendidikan Matematika, Universitas PGRI Yogyakarta

Jl. PGRI 1 No 117 Yogyakarta

¹Email: shintadewilestari09@gmail.com

²Email: sfininri16@gmail.com

³Email: chrismawuri2@gmail.com

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi potret perawatan paliatif pasien leukemia anak di RSUP Dr. Sardjito. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kualitatif. Data yang diperoleh adalah data sekunder dari hasil rekam medis terhadap 48 pasien usia kurang dari 18 tahun yang didiagnosis kanker leukemia anak oleh dokter di RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2015. Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan teknik analisis deskriptif kualitatif. Aktivitas dalam analisis data, yaitu data dalam suatu tabel atau data diagram dan angka. Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk mencapai peningkatan kualitas hidup pasien leukemia anak, tenaga kesehatan tidak hanya perlu berfokus pada kesembuhan pasien tapi juga pada kesejahteraan pasien yang bisa dicapai dengan pemberian perawatan paliatif.

Kata Kunci: Leukimia, Perawatan paliatif

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify a portrait of palliative care of pediatric leukemia patients at Dr. RSUP Sardjito. The type of research conducted is qualitative research. The data obtained were secondary data from the results of medical records of 48 patients aged less than 18 years who were diagnosed with childhood leukemia cancer by doctors at Dr. RSUP Sardjito in 2015. Analysis of the data carried out in this study used qualitative descriptive analysis techniques. Activities in data analysis, namely data in a table, graph data, and numbers. The results of the study showed that in order to achieve improved quality of life for pediatric leukemia patients, health workers not only needed to focus on the recovery of patients but also on the patient's welfare that could be achieved by providing palliative care.

Keywords: Leukemia, Palliative care

PENDAHULUAN

Menurut undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Bab 1, kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Peranan orang tua dalam mengawasi perubahan dalam perkembangan anak sangat dibutuhkan termasuk dalam mendeteksi penyakit yang menyerang anak. Kesejahteraan setiap orang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor salah satunya faktor

keseluruhan (Jana, 2016). Salah satu penyakit yang mengancam kehidupan seseorang adalah kanker. Terdapat berbagai jenis kanker salah satunya kanker darah atau disebut Leukemia, Kanker darah atau leukemia merupakan adanya pertumbuhan sel neoplasma ditandai oleh perbanyak secara tidak normal atau transformasi maligna dari sel-sel pembentuk dari sumsum tulang dan jaringan limfoid yang umumnya terjadi pada leukosit pertumbuhan sel-sel abnormal ini mengganggu fungsi normal dari organ-organ vital dan menyebar keseluruh tubuh (Eunike Pinontoan, Max Mantik, 2013).

Perawatan paliatif merupakan perawatan total secara aktif terhadap tubuh, pikiran, dan jiwa anak yang turut melibatkan pemberian dukungan kepada keluarga. Jenis kegiatan paliatif meliputi: penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan kultural dan spiritual, dukungan persiapan dan selama masa berkabung (bereavement) (MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 2007).

Di RSUP dr. Sardjito terdapat perawatan paliatif di Indonesia. Meskipun demikian, pelaksanaan perawatan paliatif masih mengalami hambatan seperti standar perawatan yang belum ada, dokter-perawat yang belum mendapatkan informasi maksimal mengenai perawatan paliatif, kepribadian masing-masing klinisi, komunikasi yang berjenjang hingga waktu yang terbatas untuk melakukan diskusi (Adhistry, 2016). Untuk mengetahui data pasien leukemia jumlah pasien lebih banyak perempuan atau laki-laki, untuk mengetahui jenis kanker darah mana yang paling banyak diderita oleh pasien dan usia pasien yang mengalami penyakit kanker darah dapat menghitungnya menggunakan salah satu cara yaitu menggunakan konsep matematika karena berbagai aktivitas manusia melibatkan peran matematika (Melinda Rismawati, 2018). Dalam matematika kesulitan belajarnya adalah menghitung (Jana, 2018). Pemberian pemahaman tentang basic science merupakan salah satu upaya untuk menciptakan generasi muda yang mampu bersaing dengan negara lain. (Jana, 2017).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif dengan rancangan penelitian potong lintang (cross-sectional) secara retrospektif menggunakan data sekunder berupa rekam medis pasien kanker leukemia anak di INSKA RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Populasi yang menjadi target penelitian adalah semua pasien kanker leukemia anak, namun populasi yang terjangkau oleh peneliti adalah pasien kanker leukemia anak di

bangsal Estella IA, IB, II, poliklinik, dan ODC INSKA RSUP dr. Sardjito. Sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah catatan rekam medis pasien kanker leukemia anak di bangsal Estella IA, IB, II, poliklinik, dan ODC INSKA RSUP dr. Sardjito. Pendidikan yang bermutu berperan terhadap perubahan kemajuan bahasa Indonesia dengan cara penelitian (Jana & Pamungkas, 2018).

Besaran Sampel

Besaran sampel dihitung menggunakan formula khusus untuk menghitung besaran sampel pada penelitian prevalensi.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = Besaran Sampel

Z_{α} = Statistik Z_{α} untuk tingkat kepercayaan

P = Prevalensi nyeri yang diharapkan atau proporsi

d = Presisi

Tahap Analisis data

Analisis data menggunakan analisis data sekunder. Berikut tahapan analisis data yang dilakukan

1. **Tahap I** : Pengumpulan Data

Data-data pasien dari rekam medik dikumpulkan berupa:

a. Seleksi pasien

Pasien kanker leukemia anak berusia di bawah 18 tahun yang pernah dirawat (baik rawat inap maupun rawat jalan) di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dalam kurun waktu januari 2018 sampai maret 2019.

b. Data yang dikumpulkan

Data yang dikumpulkan meliputi: nomor rekam medis; karakteristik pasien (diagnosis, tanggal lahir pasien, umur saat diagnosis, jenis kelamin, asal atau tempat tinggal pasien); prevalensi, frekuensi, serta keterlibatan tim multidisipliner.

2. **Tahap II**: Pengolahan Data

Data yang diperoleh diolah secara deskriptif dan dikelompokkan secara tabulasi sebagai berikut:

a. Karakteristik pasien (diagnosis, tanggal lahir pasien, umur saat diagnosis, jenis kelamin, asal atau tempat tinggal pasien)

- b. Prevalensi tanda dan gejala yang dikeluhkan oleh pasien kanker leukemia anak selama menjalani perawatan
 - c. Frekuensi tanda dan gejala yang dikeluhkan oleh pasien kanker leukemia anak selama menjalani perawatan.
 - d. Keterlibatan tim multidisipliner yang terlibat dalam perawatan pasien kanker leukemia anak.
 - e. Luaran klinis pada rekam medis terakhir/terbaru.
3. **Tahap III** : Penyajian dan penulisan hasil
- Penyajian data dan penulisan hasil pengolahan data yang telah dikelompokkan secara tabulasi pada tahap II.
4. **Tahap IV** : Pengambilan kesimpulan dan saran
- Mengambil kesimpulan dan saran dari hasil pengukuran prevalensi, frekuensi dan penanganan dari tanda dan gejala tersebut, luaran klinis, serta keterlibatan tim multidisipliner yang disesuaikan dengan tujuan dan manfaat penelitian.

(Tabel 1. Karakteristik Pasien Kanker Leukemia Anak)

Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Skala
Kanker leukemia anak	Kondisi pada pasien berusia kurang dari 18 tahun yang digolongkan sebagai ‘Leukemia limfoblastik akut’ jika terdapat massa tumor dan sel kanker limfoblas 25% atau lebih pada aspirasi sumsum tulang dan ‘Leukemia myeloid akut’ jika terdapat massa tumor dan sel kanker myeloblas 20% atau lebih pada aspirasi sumsum tulang	- Leukemia limfoblastik akut - Leukemia myeloid akut	Nominal
Jenis kelamin	Penggolongan laki-laki atau perempuan	- Laki-laki - Perempuan	Nominal
Usia	Tahun ketika pasien didiagnosis kanker leukemia dikurangi dengan tahun pasien lahir	- 0-5 tahun - 6-9 tahun - 10-14 tahun - 15-18 tahun	Ordinal

Asal atau tempat tinggal pasien	Kediaman pasien selama menjalani perawatan	- Yogyakarta - Sleman - Bantul - Gunungkidul - Kulon progo - Luar Daerah Istimewa Yogyakarta	Nominal
Tanda atau gejala	Kondisi tidak nyaman yang dikeluhkan pasien dan tercatat minimal satu kali dalam rekam medis, digolongkan 'nyeri' bila tertulis 'nyeri' dalam rekam medis, 'demam' jika suhu tubuh pasien lebih dari 38°C diukur melalui rektal atau lebih dari 37,8°C diukur melalui oral atau lebih dari 37,7°C jika diukur di ketiak, 'dyspnea' jika tercatat sesak atau sulit bernafas, 'mual' jika tertulis mual pada rekam medis, 'muntah' jika tercatat muntah pada rekam medis, 'konstipasi' bila tercatat 'sulit buang air besar' pada rekam medis dan 'depresi' jika pada rekam medis ditemukan diagnosis depresi oleh dokter jiwa	- Nyeri - Demam - Dyspnea - Mual - Muntah - Konstipasi - Depresi	Nominal
Frekuensi	Jumlah berapa kali pasien melaporkan tanda dan gejala pada tenaga kesehatan dalam 1 minggu		Rasio
Tim multidisipliner	Seluruh tenaga medis yang terlibat selama perawatan pasien	- Residen pediatrik - Perawat - Ahli Gizi	

			- Pediatrik onkolog	
			- Pediatrik hematolog	
			- Psikolog	
			- Ahli Jiwa	
			- Terapis fisik	
			- Terapis okupasi	
			- Pendekatan religious	
Luaran klinis	Penggolongan	luaran	- Sembuh	Nominal
	klinis yang tercatat pada	rekam medis terakhir.	- Masih dirawat	
			- Meninggal	

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah pasien yang terdiagnosis LLA atau LMA tahun 2015 di RSUP dr. Sardjito adalah 98 pasien. Data diambil dari pasien yang pertama kali terdiagnosis di Januari 2019 hingga besar sampel terpenuhi. Dari 48 pasien yang didiagnosis leukemia akut anak, 2 pasien tidak mengikuti kemoterapi sehingga tidak dianalisis datanya. Data yang diambil merupakan data retrospektif berupa rekam medis pasien leukemia anak terutama LLA dan LMA yang didiagnosis pada tahun 2019 dan diikuti riwayatnya hingga rekam medis terakhir yang tercatat.

Karakteristik pasien dapat dilihat pada Tabel 1 Rerata usia 46 pasien tersebut adalah $6,46 \pm 4,32$ tahun dengan nilai tengah 5 tahun, pasien paling muda berusia 1 tahun dan pasien paling tua berusia 16 tahun. Jumlah pasien LLA lebih banyak dibandingkan LMA [34 (73,9%); 12 (26,1%)]. Sebagian besar pasien berasal dari luar Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yaitu sebanyak 37 pasien (80,4%). Pasien dari dalam DIY yang berasal dari Kabupaten Kulonprogo sebanyak 4 pasien (8,7%), dari Kabupaten Bantul sebanyak 3 pasien (6,5%) dan dari Kabupaten Sleman ^{sebanyak} 2 (4,3%) pasien. Jumlah pasien berdasarkan jenis kelamin cukup berimbang, pasien laki laki berjumlah 20 pasien (43,5%), dan pasien perempuan berjumlah 26 pasien (56,5%).

(Tabel 2. Prevalensi Tanda dan Gejala Pada Pasien LLA dan LMA)

Karakteristik	Jumlah
Jenis kanker	
Leukemia limfoblastik akut (LLA)	34 (73,9 %)
Risiko standar	17 (50 %)
Risiko tinggi	17 (50 %)
Leukemia myeloid akut (LMA)	12 (26,1 %)

Karakteristik	Jumlah
Usia	
< 1 tahun	0 (0%)
1-4 tahun	20 (43,5 %)
5-9 tahun	16 (34,8 %)
10-14 tahun	5 (10,9 %)
5-18 tahun	5 (10,9 %)
Jenis kelamin	
Laki-laki	20 (43,5 %)
Perempuan	26 (56,5 %)
Alamat/Tempat tinggal	
Luar DIY	37 (80,4 %)
Kulonprogo	4 (8,7 %)
Bantul	3 (6,5 %)
Sleman	2 (4,3 %)
Yogyakarta	0 (0 %)
Gunungkidul	0 (0 %)

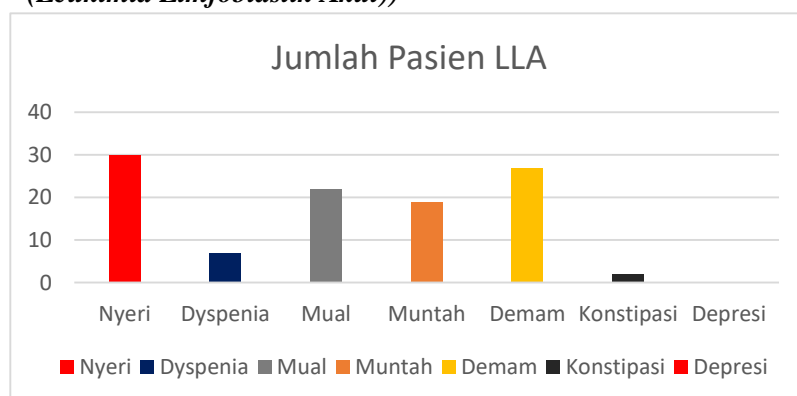
Tabel 2 menunjukkan prevalensi tanda dan gejala pada pasien LLA dan LMA. Nyeri merupakan tanda dan gejala dengan prevalensi tertinggi pada LLA, dikeluhkan oleh 30 pasien dari seluruh 34 pasien LLA. Pada peringkat selanjutnya ditempati oleh demam (27 pasien), mual (22 pasien), muntah (muntah 19 pasien), dyspnea (7 pasien), konstipasi (2 pasien), dan tidak ada pasien yang terdiagnosis depresi. Seluruh pasien LMA sebanyak 12 orang mengeluhkan demam. Tanda dan gejala dengan prevalensi tertinggi pada LMA selanjutnya adalah mual (10 pasien), muntah dan nyeri (8 pasien), serta dyspnea (3 pasien). Tidak ada pasien yang mengeluhkan konstipasi maupun terdiagnosis depresi pada LMA.

Pasien LLA (Leukimia Limfoblastik Akut)

(Tabel 3. Keluhan Pasien LLA (Leukimia Limfoblastik Akut))

Keluhan	Jumlah Pasien
Nyeri	30
Dyspnea	7
Mual	22
Muntah	19
Demam	27
Konstipasi	2
Depresi	0

(Diagram 1. Keluhan Pasien LLA (Leukimia Limfoblastik Akut))

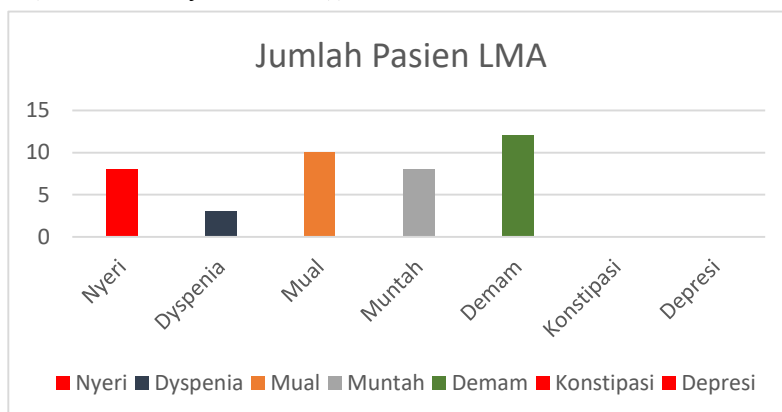


Pasien LMA (Leukimia Myeloid Akut)

(Tabel 4. Keluhan Pasien LMA (Leukimia Myeloid Akut))

Keluhan	Jumlah Pasien
Nyeri	8
Dyspenia	3
Mual	10
Muntah	8
Demam	12
Konstipasi	0
Depresi	0

(Diagram 2. Keluhan Pasien LMA (Leukimia Myeloid Akut))



(Tabel 5. Prevalensi Tanda dan Gejala Berdasarkan Fase)

Jenis Kanker & Fase	Nyeri	Dyspnea	Mual	Muntah	Konstipasi	Demam
LLA risiko standar	N=16	N=3	N=12	N=10		N=16
Fase Induksi	14	2	8	3		9
Fase Konsolidasi	4	0	7	3		8
Fase Maintenance I	14	1	3	3		9
Fase Maintenance II	9	0	3	2		4
LLA risiko tinggi	N=14	N=4	N=10	N=9	N=2	N=12
Fase Induksi	12	2	6	6	2	9
Fase Konsolidasi	9	0	4	5	0	4
Fase Reinduksi	6	0	1	1	0	3
Fase Maintenance I	10	2	3	1	0	8
Fase Maintenance II	3	0	1	0	0	2
LMA	N=8	N=3	N=10	N=8		N=12
Fase Induksi I	6	3	9	6		11
Fase Induksi II	4	0	4	3		7
Fase Konsolidasi	3	0	2	1		5

Dari 38 pasien yang mengeluhkan nyeri, 16 orang merupakan pasien LLA risiko standar, 14 pasien LLA risiko tinggi dan 8 pasien LMA. Dalam 1 minggu, nyeri paling banyak dikeluhkan oleh seorang pasien sebanyak 34 kali. Minggu yang memiliki jumlah pasien mengeluhkan nyeri paling banyak adalah minggu ke 3 (atau minggu ke 2 kemoterapi pada LLA risiko standar dan LLA risiko tinggi) sebanyak 14 pasien. Terlihat pada Tabel 5, setiap jenis kanker memiliki jumlah pasien yang mengeluhkan nyeri terbanyak pada fase induksi. Dyspnea dikeluhkan oleh 12 pasien yang terdiri dari 4 pasien LLA risiko standar, 5 pasien LLA risiko tinggi dan 3 pasien LMA. Satu pasien LLA risiko standar mengeluhkan dyspnea ketika dirawat setelah drop out kemoterapi sehingga tidak bisa dianalisis datanya sedangkan 1 pasien LLA risiko tinggi mengeluhkan dyspnea setelah

mengalami relapse sehingga tidak bisa dianalisis datanya. Dyspnea paling banyak dikeluhkan seorang pasien dalam 1 minggu sebanyak 7 kali. Minggu 1 atau minggu ke 0 kemoterapi bagi LLA risiko standar dan LLA risiko tinggi merupakan minggu dengan pasien terbanyak mengeluhkan dyspnea. Pada tabel 5 menunjukkan fase induksi merupakan fase dengan pasien terbanyak yang mengeluhkan dyspnea.

Sebanyak 32 pasien mengeluhkan mual, 12 orang diantaranya adalah pasien LLA risiko standar, 10 orang pasien LLA risiko tinggi, dan 12 orang sisanya merupakan pasien LMA. Dalam 1 minggu, pasien paling banyak mengeluhkan mual sebanyak 8 kali. Jumlah pasien terbanyak yang mengeluhkan mual dalam 1 minggu adalah 8 pasien. Fase induksi merupakan fase dengan pasien terbanyak mengeluhkan mual.

Keseluruhan 27 pasien yang mengeluhkan muntah terdiri dari 10 pasien LLA risiko standar, 9 pasien LLA risiko tinggi dan 8 pasien LMA. Tiga puluh empat keluhan merupakan jumlah terbanyak yang pernah dikeluhkan seorang pasien dalam 1 minggu. Minggu yang memiliki pasien terbanyak dengan keluhan muntah adalah minggu 1 atau minggu ke 0 kemoterapi bagi pasien LLA risiko standar dan LLA risiko tinggi. Pada Tabel 3 terlihat bahwa fase induksi memiliki pasien terbanyak yang mengeluhkan muntah.

Konstipasi hanya dikeluhkan oleh 2 orang yang semuanya merupakan pasien LLA risiko tinggi. Pasien paling banyak mengeluhkan konstipasi 3 kali dalam 1 minggu. Satu pasien merupakan jumlah terbanyak pasien yang mengeluhkan konstipasi dalam 1 minggu yang terjadi pada minggu 0 dan 2 kemoterapi. Semua keluhan terjadi pada fase induksi seperti yang terlihat pada Tabel 3.

Sebanyak 40 pasien mengeluhkan demam, 16 orang diantaranya merupakan pasien LLA risiko standar, 12 orang pasien LLA risiko tinggi, dan 12 sisanya merupakan pasien LMA. Dalam 1 minggu seorang pasien paling banyak mengeluhkan demam 23 kali. Minggu yang memiliki pasien terbanyak mengeluhkan demam yaitu minggu ke 1 (atau minggu ke 0 kemoterapi bagi LLA risiko standar dan risiko tinggi) sebanyak 11 pasien. Secara umum terlihat fase induksi memiliki jumlah pasien tertinggi mengeluhkan demam.

(Tabel 6. Keterlibatan Tim Multidisipliner Perawatan Paliatif pada Anak)

No	Profesi	Jumlah	Presentase
1	Residen pediatrik/ dokter spesialis anak/ konsultan anak	46	100%
2	Perawat	46	100%
3	Dokter spesialis anestesi	46	100%
4	Ahli Gizi	28	60,9%
5	Rohaniawan	21	45,7%
6	Fisioterapis	8	17,4%

No	Profesi	Jumlah	Presentase
7	Rehabilitasi medis	7	15,2%
8	Psikolog	3	6,5%
9	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	1	2,2%
10	Tim Nyeri	1	2,2%

Tabel 6 menunjukkan keterlibatan berbagai anggota tim multidisipliner perawatan paliatif pada anak. Tiga tenaga kesehatan yang selalu terlibat dalam perawatan pasien leukemia anak adalah residen pediatrik/dokter spesialis anak/konsultan anak, perawat, dan dokter spesialis anestesi. Keterlibatan terbanyak kedua adalah oleh ahli gizi (61,4%) diikuti rohaniawan (47,7%). Selanjutnya dengan keterlibatan dibawah 20% secara berurutan yaitu fisioterapis (18,2%), rehabilitasi medis (15,9%), psikolog (6,8%), dokter jiwa (2,3%) dan tim nyeri tercatat terlibat dalam 1 kasus (2,3%).

(Tabel 7. Luaran Klinis pada Rekam Medis)

No	Luaran Klinis	Jumlah
1	Meninggal	10
2	Sembuh/selesai terapi	18
3	Di rawat	18

Tabel 7 menunjukkan luaran klinis pada rekam medis terakhir/terbaru, dari seluruh 46 pasien, 10 orang tercatat meninggal, 18 orang tercatat sembuh atau telah selesai menjalani terapi, dan 18 orang lainnya tanpa keterangan meninggal maupun selesai terapi sehingga disimpulkan masih dirawat/menjalani terapi. Sepuluh orang yang meninggal tersebut terdiri dari 3 pasien LMA dan 7 pasien LLA. Dari 10 pasien yang meninggal, 6 pasien meninggal saat fase induksi, 2 orang meninggal saat fase maintenance, dan 2 orang lainnya meninggal setelah drop out dari pengobatan, seperti yang terlihat pada Tabel 8.

(Tabel 8. Fase/Keadaan pada Rekam Medis)

No	Fase/Keadaan	Jumlah
1	Induksi	6
2	Maintenance	2
3	Meninggal setelah <i>drop out</i>	2

Data pada penelitian ini didapatkan dari penelusuran rekam medis terhadap 48 pasien usia kurang dari 18 tahun yang didiagnosis kanker leukemia anak oleh dokter di INSKA RSUP dr. Sardjito pada tahun 2015. Pasien yang sesuai kriteria inklusi eksklusi dan bisa dianalisis berjumlah 46 anak. Dua pasien dieksklusi karena belum memulai fase kemoterapi sejak didiagnosis.

Jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini kurang lebih hanya setengah dari seluruh pasien yang terdiagnosis leukemia akut anak pada tahun 2019 sehingga penelitian dengan sampel lebih besar perlu dilakukan untuk menguatkan hasil penelitian. Demam merupakan tanda dan gejala dengan prevalensi paling sering yang ditemukan pada 87% pasien, diikuti oleh nyeri (82,6%), mual (69,6%), dan muntah (58,7%). Dyspnea dan konstipasi dikeluhkan oleh kurang dari 30% pasien (26,1% dan 4,3%). Pada penelitian yang dilakukan oleh Shahab dan Raziq pada tahun 2014 di Peshawar, Pakistan, demam juga merupakan keluhan tersering yang ditemukan pada pasien leukemia akut pada semua umur, diikuti oleh pucat dan kelainan perdarahan (Shahab & Raziq, 2014).

Secara umum terlihat pada Tabel 5 bahwa tanda dan gejala dikeluhkan oleh lebih banyak pasien terutama pada fase induksi, namun tanda dan gejala tersebut dapat muncul karena penyakit itu sendiri maupun karena kemoterapi. Demam merupakan tanda dan gejala dengan prevalensi tertinggi yaitu dikeluhkan oleh 40 orang pasien LLA maupun LMA dan memiliki frekuensi tertinggi pada fase induksi I LMA. Demam merupakan salah satu manifestasi klinis yang terjadi pada 53% pasien di awal diagnosis selain, hepatomegali, splenomegali, pucat, dan kelelahan (Camacho et al., 2016). Demam berkepanjangan (> 2 minggu) tanpa penyebab yang jelas merupakan tanda dan gejala yang umum pada kanker dan diasosikan dengan leukemia serta limfoma (Fragkandrea, Nixon, & Panagopoulou, 2013).

Nyeri merupakan tanda dan gejala dengan prevalensi tertinggi pada pasien LLA terutama pada fase induksi dan maintenance I. Pada leukemia akut anak, nyeri pada tulang merupakan salah satu manifestasi klinis yang biasa terjadi ketika sumsum tulang semakin melebar karena akumulasi leukosit abnormal (Watanabe et al., 2015). Mual dan muntah terlihat cukup tinggi pada fase induksi I LMA. Hal tersebut mungkin dikarenakan protokol LMA 2017 RSUP dr. Sardjito menggunakan daunorubicin dan cytarabine, kedua obat tersebut termasuk dalam obat yang berisiko sedang dan menyebabkan emesis pada 30%-90% pasien . (Steinhorn, Din, & Johnson, 2017).

Penelitian ini hanya menghitung tanda dan gejala yang disampaikan pasien kepada tenaga kesehatan saat di rumah sakit sehingga tanda dan gejala pasien saat tidak di rumah sakit tidak bisa dilacak. Penelitian prospektif dan menggunakan kuesioner sebaiknya dilakukan untuk mendokumentasikan tanda dan gejala pasien saat tidak di rumah sakit dan menghindari tidak lengkapnya data jika menggunakan rekam medis. Penelitian terhadap penanganan tanda dan gejala pasien baik secara farmakoterapi maupun nonfarmakoterapi

serta tingkat keberhasilannya perlu dilakukan untuk mengevaluasi jalannya perawatan paliatif di RSUP dr. Sardjito.

Menurut penelitian sebelumnya berdasar pendapat para ahli, kekurangan finansial, masalah transportasi, obat esensial dan fasilitas medis lokal yang tidak memadai merupakan penyebab utama pengabaian pengobatan di negara berkembang. Sitaresmi et al. pada penelitiannya di RSUP dr. Sardjito menemukan bahwa alasan orang tua menolak atau mengabaikan pengobatan lebih kompleks. Selain kekurangan finansial dan masalah transportasi yang menjadi kontributor utama, hal lain seperti keyakinan akan kesembuhan LLA, kekhawatiran dan pengalaman mengenai efek samping yang berat, penolakan oleh anak, serta ketidakpuasan terhadap tenaga kesehatan juga turut adil (Mostert et al., 2010).

Komponen kegiatan paliatif selanjutnya adalah bereavement support atau dukungan saat masa berkabung. Kesedihan yang intens dan terus menerus merupakan hal lumrah yang mengikuti kematian seorang anak. Kehilangan anak berhubungan dengan luaran buruk pada orang tua seperti bertambahnya tekanan psikologis, kesehatan fisik memburuk, dan kesejahteraan psikososial menurun. Hubungan antara keluarga dengan tim medis yang berakhir secara tiba tiba setelah keluarga selalu mempercayai dan mengandalkan tim medis untuk dukungan, kenyamanan dan bimbingan dapat menambah rasa kehilangan yang dirasakan dan dapat dipersepsikan sebagai pengabaian. Orang tua menginginkan dan mengapresiasi hubungan berkelanjutan dengan tim medis serta mengharapkan tindak lanjut setelah anaknya menjalani terapi yang intens. Lichtenthal et al. Pada penelitiannya di tahun 2015 mengungkapkan bahwa usaha tindak lanjut yang dilakukan masih inkonsisten, bahkan beberapa keluarga tidak pernah dihubungi kembali. Hal tersebut dikarenakan standar perawatan dukungan masa duka cita yang masih belum ada. Hal yang sama dikemukakan oleh Wiener et al. di tahun 2018. Keluarga lebih memilih untuk memulai dukungan masa duka pada 3 bulan pertama setelah anak meninggal hingga 2 tahun setelahnya. Snaman et al. menganjurkan hal yang berbeda, dukungan masa berkabung sebaiknya tersedia dan dapat diakses kapan saja karena orang tua mungkin mendapatkan manfaat dari layanan tersebut pada waktu yang berbeda. Orang tua mungkin memerlukan dukungan masa berkabung bahkan sebelum anak meninggal untuk lebih mempersiapkan diri menghadapi kematian anak. Inkonsistensi lainnya terkait dengan alat bantu untuk menilai kebutuhan masa berkabung yang diperlukan oleh keluarga belum memiliki panduan jelas (Fürst, 2000).

Indonesia sebagai salah satu negara berpendapatan menengah dan bawah masih perlu mengejar ketertinggalan perawatan paliatif pediatrik dari negara-negara berpendapatan tinggi. Ketersediaan perawatan paliatif, pengelolaan nyeri, dan dukungan masa berkabung berbanding terbalik dengan tingkat pendapatan sebuah negara. Negara dengan penyakit menular sebagai penyebab utama kematian menimbulkan persepsi bahwa perawatan paliatif adalah kemewahan yang terdapat di negara berpendapatan tinggi. Meningkatkan pendidikan kesehatan, memperbaiki ketersediaan opioid analgesik, serta kepemimpinan yang kuat dan kolaborasi efektif dengan pemerintah lokal dan organisasi penting untuk perbaikan dan kesuksesan perawatan paliatif anak (Haycock et al., 2017).

KESIMPULAN

Penelitian ini hanya menghitung tanda dan gejala yang disampaikan pasien kepada tenaga kesehatan saat di rumah sakit sehingga tanda dan gejala pasien saat tidak di rumah sakit tidak bisa dilacak. Penelitian prospektif dan menggunakan kuesioner sebaiknya dilakukan untuk mendokumentasikan tanda dan gejala pasien saat tidak di rumah sakit dan menghindari tidak lengkapnya data jika menggunakan rekam medis. Penelitian terhadap penanganan tanda dan gejala pasien baik secara farmakoterapi maupun nonfarmakoterapi serta tingkat keberhasilannya perlu dilakukan untuk mengevaluasi jalannya perawatan paliatif di RSUP dr. Sardjito. Untuk mencapai peningkatan kualitas hidup anak, maka tenaga kesehatan tidak hanya perlu berfokus pada kesembuhan pasien tapi juga pada kesejahteraan pasien yang bisa dicapai dengan pemberian perawatan paliatif. Perawatan paliatif merupakan perawatan total secara aktif terhadap tubuh, pikiran, dan jiwa anak yang turut melibatkan pemberian dukungan kepada keluarga. Jenis kegiatan paliatif meliputi: penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan kultural dan spiritual, dukungan persiapan dan selama masa berkabung (bereavement).

DAFTAR PUSTAKA

- Camacho, P. M., Petak, S. M., Binkley, N., Clarke, B. L., Harris, S. T., Hurley, D. L., ... Watts, N. B. (2016). American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis — 2016-- Executive Summary . *Endocrine Practice*, 22(9), 1111–1118. <https://doi.org/10.4158/ep161435.esgl>
- Eunike Pinontoan, Max Mantik, N. R. (2013). PENDERITA LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT 1 Eunike Pinontoan Mantik Rampangan Ilmu Kesehatan Anak FK UNSRAT Manado. *Ilmu Kesehatan Anak FK UNSRAT Manado*.
-

-
- Fragkandrea, I., Nixon, J. A., & Panagopoulou, P. (2013). Signs and Symptoms of Childhood Cancer: A Guide for Early Recognition. *American Family Physician*, 88(3), 185–192.
- Fürst, C. J. (2000). *Perspectives on palliative care: Sweden. Supportive Care in Cancer* (Vol. 8). <https://doi.org/10.1007/s005200000196>
- Haycock, P. C., Burgess, S., Nounu, A., Zheng, J., Okoli, G. N., Bowden, J., ... Davey Smith, G. (2017). Association between telomere length and risk of cancer and non-neoplastic diseases a mendelian randomization study. *JAMA Oncology*, 3(5), 636–651. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.5945>
- Jana, P. (2016). APLIKASI TRIPLE EXPONENTIAL SMOOTHING UNTUK FORECASTING Aplikasi Triple Exponential Smoothing Untuk Forecasting Jumlah Penduduk Miskin peramalan dengan data berkala (time (forecasting) menjadi series) , Peramalan smoothing beberapa dapat menggunakan m, 75–81.
- Jana, P. (2017). Pembinaan Olimpiade Matematika Kelas VA CI SD Negeri Ungaran I Yogyakarta. *Jurnal Pengabdian Masyarakat J-DINAMIKA*, 2(2), 125–128.
- Jana, P. (2018). Analisis Kesalahan Mahasiswa Dalam Menyelesaikan Soal Matematika Pada Pokok Bahasan Vektor. *Mercumatika*, 2(2), 8–14.
- Jana, P., & Pamungkas, B. (2018). Pelatihan Penelitian Tindakan Kelas Bagi Guru SD Negeri Guwosari. *Abdimas Dewantara*, 1(1), 39–46.
- Melinda Rismawati, A. S. R. H. (2018). Kemampuan Pemahaman Konsep Matematis Mahasiswa Melalui Pendekatan Pembelajaran Saintifik Dalam Perkuliahan Aljabar Matrik. *Jurnal Pendidikan Dasar PerKhasa*, 04(01), 91–105.
- MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR : 812/Menkes/SK/VII/2007 TENTANG KEBIJAKAN PERAWATAN PALIATIF, Pub. L. No. 812, 1 (2007). Indonesia.
- Mostert, S., Sitaresmi, M. N., Gundy, C. M., Janes, V., Sutaryo, & Veerman, A. J. P. (2010). Comparing childhood leukaemia treatment before and after the introduction of a parental education programme in Indonesia. *Archives of Disease in Childhood*, 95(1), 20–25. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.154138>
- Shahab, F., & Raziq, F. (2014). Clinical presentations of acute leukemia. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 24(7), 472–476.
- Steinhorn, D. M., Din, J., & Johnson, A. (2017). Healing, spirituality and integrative medicine. *Annals of Palliative Medicine*, 6(3), 237–247. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.05.01>
- Watanabe, T., Itabashi, M., Shimada, Y., Tanaka, S., Ito, Y., Ajioka, Y., ... Sugihara, K. (2015). Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) Guidelines 2014 for treatment of colorectal cancer. *International Journal of Clinical Oncology*, 20(2), 207–239. <https://doi.org/10.1007/s10147-015-0801-z>
-