

SKRIPSI

**PENGARUH EDUKASI PENGOBATAN PALIATIF DENGAN METODE
KONSELING KEPADA ORANG TUA TERHADAP KEPATUHAN
PEMBERIAN OBAT PADA ANAK LEUKEMIA LIMFOBLASTIK
AKUT DI IRNA ANAK RSUD Dr. SOETOMO**



**Oleh :
Panca Rusidawati
NIM 2212041**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

SKRIPSI

**PENGARUH EDUKASI PENGOBATAN PALIATIF DENGAN METODE
KONSELING KEPADA ORANG TUA TERHADAP KEPATUHAN
PEMBERIAN OBAT PADA ANAK LEUKEMIA LIMFOBLASTIK
AKUT DI IRNA ANAK RSUD Dr. SOETOMO**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh :
Panca Rusidawati
NIM 2212041**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Panca Rusidawati

NIM : 2212041

Tanggal Lahir : Kebumen,17 Juni 1978

Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Pengaruh Edukasi Pengobatan Paliatif Dengan Metode Konseling Kepada Orang Tua Terhadap Kepatuhan Pemberian Obat Pada Anak Leukemia Limfoblastik Akut Di Irna Anak RSUD Dr. Soetomo”. Saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 09 Februari 2024



Panca Rusidawati
NIM. 2212041

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Panca Rusidawati

NIM : 2212041

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Pengaruh Edukasi Pengobatan Paliatif Dengan Metode
Konseling kepada Orang Tua Terhadap Kepatuhan
Pemberian Obat Pada Anak Leukemia Limfoblastik
Akut Di Irna Anak RSUD Dr. Soetomo.

Setelah Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat
menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian
persyaratan sebagai memperoleh gelar **SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)**

Pembimbing 1



Dr.Faridah, S.St.,M.Kes.
NIP. 197212122005012001

Ditetapkan di : Stikes Hangtuah Surabaya

Tanggal : 09 Februari 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari :
Nama : Panca Rusidawati
NIM : 2212041
Program Studi : S-1 Keperawatan
Judul : Pengaruh Edukasi Pengobatan Paliatif Dengan Metode
Konseling kepada Orang Tua Terhadap Kepatuhan
Pemberian Obat Pada Anak Leukemia Limfoblastik
Akut Di Irna Anak RSUD Dr. Soetomo.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji proposal di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr.Setiadi,S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03001

Penguji II : Zulkifli Kurniawan Andriyadi,S.Kep.,Ns.,MM.Kes.
NIP. 197210241997031006

Penguji III : Dr.Faridah,S.ST.,M.Kes.
NIP.197212122005012001



Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi S1 Keperawatan

Dr. Puji Hastuti,S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 03010

Ditetapkan di : Stikes Hangtuah Surabaya
Tanggal : 09 Februari 2024

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan karunia dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Pengaruh Edukasi Pengobatan Paliatif Dengan Metode Konseling Kepada Orang Tua Terhadap Kepatuhan Pemberian Obat Pada Anak Leukemia Limfoblastik Akut di Irna Anak RSUD Dr. Soetomo” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama (Purn) Dr.A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa dan menyelesaikan pendidikan.
2. Prof. Dr. Cita R. S. Prakoeswa, dr., Sp. DVE, Subsp. DAL, FINSDV., FAADV., MARS , selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo yang telah memberi kesempatan untuk mengikuti Program Pendidikan Sarjana Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 keperawatan.
4. Dr. Puji Hastuti,S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Keperawatan.
5. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji ketua yang telah memberikan masukan dan saran guna pengembangan dan perbaikan pada skripsi ini.
6. Bapak Zulkifli Kurniawan Andriyadi.,S.Kep.,Ns.,Sp.KMB, selaku penguji anggota yang telah memberikan masukan dan saran guna pengembangan dan perbaikan pada skripsi ini.

7. Dr. Faridah,S.ST.,M.Kes selaku pembimbing terima kasih atas segala arahan dan masukannya dalam pembuatan skripsi ini.
8. Ibu Nadia Okhtary,A.Md. selaku kepala perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Ibu-ibu selaku responden penelitian yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
10. Suami dan anak-anakku yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
11. Teman – teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.
12. Serta semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu atas dukungan dan bantuan yang telah diberikan.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 09 Februari 2024



Panca Rusidawati

NIM. 2212041

ABSTRAK

Panca R

Email: rusidawatipanca78@gmail.com

Peran orang tua dalam pengobatan anak dapat menimbulkan hambatan, salah satunya ketidakpahaman orang tua terhadap pemberian terapi pada anaknya. Orangtua yang belum memahami pengobatan dan kondisi anak cenderung akan mengabaikan pemberian obat dan perawatan pada anak dengan kanker sehingga dampak yang dirasakan anak akan meluas bahkan dapat mengakibatkan kematian. Penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *quasy experiment* dengan jumlah sampel melibatkan 32 responden yang terbagi atas 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan (n=16) dan kontrol (n=16) dengan teknik *purposive sampling*. Variabel independen adalah edukasi. Variabel dependen adalah kepatuhan. Pengumpulan data dengan instrumen booklet dan lembar observasi kepatuhan. Uji statistik dilakukan dengan menggunakan *wilcoxon* dengan $\alpha \leq 0,05$.

Hasil penelitian ditemukan bahwa kepatuhan responden sebagian besar dalam kategori sedang atau 62.5% sebelum perlakuan pada kelompok perlakuan dan hampir setengahnya memiliki kepatuhan dalam kategori sedang atau 43.8% pada kelompok kontrol. Setelah dilakukan perlakuan ditemukan setengahnya dalam kategori sedang atau 50% pada kelompok perlakuan dan sebagian besar dalam kategori sedang atau 62.% pada kelompok kontrol. Hasil uji *wilcoxon* ditemukan bahwa ada pengaruh edukasi metode konseling pada kelompok perlakuan dengan *p value* = 0.001

Implikasi hasil penelitian bahwa edukasi dengan metode konseling memudahkan menggali hambatan responden dalam memberikan obat pada anak. Edukasi dengan metode konseling diperlukan dalam upaya peningkatan kepatuhan orangtua dalam pemberian obat pada anak dengan kanker.

Kata kunci : Edukasi, Konseling, Kepatuhan, Anak Dengan Kanker, LLA

ABSTRACT

Panca R

Email: rusidawatipanca78@gmail.com

The role of parents in treating children can create obstacles, one of which is parents' lack of understanding regarding providing therapy to their children. Parents who do not understand the treatment and condition of their children will tend to neglect giving medication and care to children with cancer so that the impact felt by the child will be widespread and can even result in death. This study aims to analyze the effect of palliative medicine education using counseling methods for parents on compliance with medication administration in children with Acute Lymphoblastic Leukemia at Soetomo Hospital

This research was a quantitative research with a quasi-experimental approach with a sample size involving 32 respondents divided into 2 groups, namely the treatment group (n=16) and control (n=16) with a purposive sampling technique. The independent variable is education. The dependent variable is compliance. Data collection using booklet instruments and compliance observation sheets. Statistical tests were carried out using Wilcoxon with $\alpha \leq 0.05$.

The research results found that the majority of respondents' compliance was in the moderate category or 62.5% before treatment in the treatment group and almost half of them had compliance in the moderate category or 43.8% in the control group. After the treatment was carried out, it was found that half were in the moderate category or 50% in the treatment group and most were in the moderate category or 62% in the control group. The Wilcoxon test results found that there was an effect of counseling method education in the treatment group with p value = 0.001

The implication of the research results is that education using counseling methods makes it easier to explore respondents' obstacles in giving medicine to children. Education using counseling methods is needed in an effort to increase parental compliance in administering medication to children with cancer.

Keywords: Education, Counseling, Compliance, Children with Cancer, ALL

DAFTAR ISI

HALAMAN PRASYARAT GELAR	i
HALAMAN PERNYATAAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR LAMBANG, ISTILAH DAN SINGKATAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Leukemia Limfoblastik Akut (LLA)	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi klinis.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Pemeriksaan penunjang	10
2.1.6 Klasifikasi/derajat LLA	11
2.1.7 Pengobatan	12
2.2 <i>Palliative care</i>	16
2.2.1 Pengertian <i>Palliative care</i>	16
2.2.2 Prinsip <i>Palliative care</i>	17
2.2.3 Peran dan Fungsi Perawat.....	17
2.2.4 Pedoman Perawat <i>Palliative</i>	18
2.3 Konsep Dasar Anak	23
2.3.1 Pengertian	23
2.3.2 Pertumbuhan dan perkembangan anak.....	24
2.3.3 Ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan anak	25
2.3.4 Tahap pertumbuhan dan perkembangan anak	27
2.3.5 Teori-teori perkembangan anak secara kognitif, psikoseksual dan psikososial	31
2.4 Konsep Dasar Orangtua.....	35
2.4.1 Definisi	35
2.4.2 Tugas dan Peran Orang Tua	36
2.4.3 Fungsi Pokok Orang Tua.....	37
2.5 Konsep Kepatuhan.....	39

2.5.1 Definisi Kepatuhan	39
2.5.2 Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan	39
2.5.3 Pengukuran kepatuhan.....	40
2.6 Konsep Pendidikan Kesehatan	41
2.6.1 Tujuan Pendidikan Kesehatan	42
2.6.2 Proses Pendidikan Kesehatan	43
2.6.3 Peran Perawat dalam Pendidikan Kesehatan.....	44
2.6.4 Media Pendidikan Kesehatan	45
2.6.5 Metode konseling dalam pendidikan kesehatan	47
2.7 Konseling Kesehatan	47
2.7.1 Definisi konseling kesehatan	47
2.7.2 Ciri-ciri konseling kesehatan	48
2.7.3 Tujuan Konseling Kesehatan.....	49
2.7.4 Proses Konseling Kesehatan.....	49
2.8 Teori Perilaku Lawrence Green.....	50
2.9 Hubungan antar konsep	54
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	56
3.1 Kerangka Konseptual.....	56
3.2 Hipotesis	57
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	58
4.1 Desain Penelitian	58
4.2 Kerangka Kerja.....	59
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian.....	59
4.4 Populasi, Sampel dan Sampling	59
4.4.1. Populasi	59
4.4.2. Sampel	60
4.4.3. Sampling.....	60
4.4.4. Besar Sampel	60
4.5 Variabel Penelitian.....	61
4.5.1. Variabel Independen.....	61
4.5.2. Variabel Dependen	61
4.6 Definisi Operasional	61
4.7 Instrumen Penelitian	62
4.8 Pengumpulan Dan Pengambilan Data	63
4.9 Analisis Data.....	64
4.10 Etik Penelitian.....	65
4.10.1 Lembar persetujuan (<i>informed consent</i>)	65
4.10.2 Tanpa nama (<i>Anonimity</i>)	65
4.10.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	65
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	66
5.1 Hasil Penelitian.....	66
5.1.1 Gambaran umum tempat penelitian.....	66
5.1.2 Gambaran umum subyek penelitian	68
5.1.3 Data umum hasil penelitian	68
5.1.4 Data khusus hasil penelitian	74

5.2 Pembahasan	79
5.2.1 Kepatuhan Orang Tua Pemberian obat paliatif dengan anak Leukemia Limfoblastik Akut sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada kelompok perlakuan.....	79
5.2.2 Kepatuhan Orang Tua Pemberian obat paliatif dengan anak Leukemia Limfoblastik Akut sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada kelompok kontrol.....	81
5.2.3 Pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya	83
BAB 6 PENUTUP.....	87
6.1 Simpulan.....	87
6.2 Saran	87
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN.....	91

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis Kemoterapi yang Diberikan Kepada Anak LLA.....	14
Tabel 4.1 Definisi operasional pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak LLA di IRNA ANAK RSUD Dr. Soetomo Surabaya	62
Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia ibu tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	68
Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan ibu tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	69
Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	69
Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan pendapatan keluarga tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	70
Tabel 5.5 Karakteristik responden berdasarkan jumlah anak tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	70
Tabel 5.6 Karakteristik responden berdasarkan usia anak tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	71
Tabel 5.7 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan anak tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	71
Tabel 5.8 Karakteristik responden berdasarkan lama menderita sakit tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	72
Tabel 5.9 Karakteristik responden berdasarkan kuesioner kepatuhan tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo.....	72
Tabel 5.10 Distribusi jawaban responden berdasarkan kuesioner tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo kelompok perlakuan.....	73
Tabel 5.11 Distribusi jawaban responden berdasarkan kuesioner tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo kelompok kontrol.....	74
Tabel 5.12 Distribusi frekuensi kepatuhan pemberian obat paliatif sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan Januari 2024.....	75
Tabel 5.13 Distribusi frekuensi kepatuhan pemberian obat paliatif sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok kontrol Januari 2024.....	75
Tabel 5.14 Pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	76
Tabel 5.15 Distribusi frekuensi kepatuhan pemberian obat paliatif sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok kontrol Januari 2024.....	76

Tabel 5.16 Distribusi nilai <i>mean</i> , <i>std deviation</i> , <i>minimum</i> dan <i>maximum</i> sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok kontrol Januari 2024	77
Tabel 5.17 Uji normalitas data sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok kontrol Januari 2024	77
Tabel 5.18 Uji <i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i> data sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan dan kontrol Januari 2024	78
Tabel 5.19 <i>Test statistic</i> data sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan dan kontrol Januari 2024	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model <i>Precede-Proceed</i>	51
Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak kanker di IRNA ANAK Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.....	56
Gambar 4.1 Rancangan Penelitian <i>pre Experimental</i>	58
Gambar 4.2. Kerangka operasional penelitian	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae.....	91
Lampiran 2 Motto dan Persembahan.....	92
Lampiran 3 Lembar Surat Pengajuan Judul.....	94
Lampiran 4 Surat Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data.....	95
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian.....	96
Lampiran 6 Sertifikat Etik	98
Lampiran 7 Information For Consent.....	99
Lampiran 8 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	100
Lampiran 9 Kuesioner.....	103
Lampiran 10 Lembar Observasi Pemberian Obat Pada Anak.....	104
Lampiran 11 SAP.....	105
Lampiran 12 Booklet	107
Lampiran 13 Lembar Konsul	115
Lampiran 14 Hasil 14 SPSS	116

DAFTAR LAMBANG, ISTILAH DAN SINGKATAN

A	:	Alpha
B	:	Beta
\geq	:	Lebih dari sama dengan
\leq	:	Kurang dari sama dengan
=	:	Sama dengan
ASI	:	Air Susu Ibu
HIE	:	<i>Hypoxic ischemic encephalopathy</i>
KMK	:	Kecil Masa Kehamilan
LLA	:	leukemia limfoblastik Akut
PDA	:	<i>Paten Ductus Arteriosus</i>
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
SGA	:	<i>small for gestational age</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap tahun terjadi peningkatan kasus kanker baru yang didiagnosis pada anak-anak meskipun prognosis kanker pada anak-anak cenderung lebih baik dibandingkan dengan kanker pada orang dewasa. Hal ini disebabkan oleh faktor seperti respons imun tubuh yang lebih kuat dan kemampuan tubuh untuk memulihkan diri (WHO, 2023). Akan tetapi pengobatan kanker pada anak memerlukan perhatian yang lebih dikarenakan selain mengganggu tumbuh anak juga dapat berakibat pada terganggunya fungsi dalam keluarga. Pengobatan dapat dilakukan dengan kemoterapi dan paliatif. Anak yang terdiagnosa kanker cenderung lebih sensitif terhadap persepsi rasa nyaman nyeri dibandingkan penyakit lainnya.

Orang tua memegang peranan penting terkait keberhasilan pengobatan pada kanker anak. Peran orang tua dalam pengobatan anak dapat menimbulkan hambatan, salah satunya ketidakpahaman orang tua terhadap pemberian terapi pada anaknya. Orang tua yang belum memahami pengobatan dan kondisi anak cenderung akan mengabaikan pemberian obat dan perawatan pada anak dengan kanker sehingga dampak yang dirasakan anak akan meluas bahkan dapat mengakibatkan kematian. Keterlambatan dalam pemberian anti nyeri akan mengakibatkan anak merasakan nyeri hebat akibat efek obat sebelumnya telah hilang dan proses penyakit terus berlanjut (Wong et al.,2020)

World health organization (WHO) melalui Agensi Internasional untuk Riset Kanker (IARC) memperkirakan, ada 8.677 anak Indonesia berusia 0-14 tahun yang menderita kanker pada tahun 2020. Jumlah tersebut menjadi yang terbesar dibandingkan negara lainnya di Asia Tenggara. Berdasarkan data *Indonesian Pediatric Center Registry*, terdapat 3.834 kasus baru kanker anak di Indonesia pada 2021-2022 (WHO, 2023). Jumlah itu tersebar di 11 rumah sakit (RS) di dalam negeri pada periode tersebut. Sebanyak 1.373 anak yang menderita kanker masih dalam masa pengobatan hingga Desember 2022. Sebanyak 833 anak yang mengidap kanker meninggal dunia. Kemudian, sebanyak 519 anak yang menderita kanker tercatat putus pengobatan. Kemudian, 148 anak lainnya yang menderita kanker telah selesai menjalani pengobatan. Dari hasil studi pendahuluan tahun 2021 didapatkan data pasien kanker pada anak yang mendapat terapi paliatif oral sebanyak 152 pasien anak dari 250 penderita tiap tahunnya di ruang Ina Anak RSUD Dr. Soetomo. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada 7 orangtua anak yang mengidap kanker ditemukan bahwa orangtua hanya memberikan obat ketika anak merasakan keluhan nyeri dan yang lain menyebutkan bahwa tidak tega membangunkan anak ketika tidur untuk minum obat.

Hingga saat ini belum diketahui secara pasti faktor risiko dan penyebab kanker pada anak. Hal ini diduga merupakan interaksi dari 4 faktor, yaitu genetik, zat kimia, virus, dan radiasi. Belum semua jenis kanker pada anak mempunyai metode untuk dideteksi dini, selain itu kanker pada anak juga tidak dapat dicegah. disebabkan oleh berbagai faktor (Goh *et al.*, 2017). Adapun gejala kanker pada anak cukup beragam, hal ini tergantung pada jenis kanker yang diderita oleh sang

anak. Beberapa gejala yang umum terjadi pada anak-anak yang terkena kanker antara lain, perut yang membuncit, nyeri pada tangan, kaku/tulang dan bengkak tanpa ada riwayat trauma maupun infeksi, sakit kepala yang menetap, penurunan berat badan, demam tanpa ada sebab yang jelas, batuk yang menetap, berkeringat saat di malam hari dan terlihat benjolan/pembengkakan yang tidak nyeri tanpa sebab yang jelas (Kemenkes RI, 2023).

Kanker pada anak yang tidak tertangani dengan baik akan mengakibatkan gangguan pada tumbuh anak, sehingga diperlukan penanganan serius. Keterlambatan dalam minum obat akan mengakibatkan timbulnya nyeri kronis yang mengganggu fungsi fisiologis dan bahkan berakibat pada kematian (Steliarova-foucher *et al.*, 2017). Faktor yang berperan dalam kepatuhan minum obat pada anak dengan kanker adalah jenis penyakit, bentuk sediaan obat, usia anak, psikologi, dan orang tua (Boateng *et al.*, 2021). Sehingga dapat disimpulkan bahwa peran orangtua dalam memberikan obat berpengaruh pada kondisi anak. Perawatan paliatif pada anak dimulai dengan berkomunikasi yang dilakukan oleh orangtua. Berkomunikasi yang baik dengan anak penderita kanker dilakukan dengan menjelaskan kondisi anak yang sebenarnya dan dampak dari penyakit yang diderita. Anak akan mengungkapkan perasaan emosi seperti rasa marah, rasa malu, rasa takut akan rasa nyeri yang dialaminya (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

Salah satu faktor yang mempengaruhi *compliance* (kepatuhan) pemberian obat adalah pengetahuan, karena pengetahuan ibu yang baik akan menentukan cara penanganan yang dilakukan ibu (Siebel and Anggraeni, 2022). Menurut penelitian yang dilakukan Moghaddasi *et al.*, (2022) yang menyatakan ibu yang

memiliki pengetahuan tentang kanker melakukan pengobatan kanker dengan berkonsultasi kepada dokter yang kompeten 268 (89%) dan tidak melakukan pengobatan kanker secara sendiri. Untuk itu penting sekali pengetahuan yang dimiliki ibu dalam proses penanganan kanker pada anak. Selain itu Persepsi ibu tentang keparahan penyakit juga akan mempengaruhi pencarian dan pemberian pengobatan (Gupta and Bhatia, 2017). Tidak jarang orang tua pasien memberikan obat tidak sesuai waktu pemberian yang dianjurkan dengan berbagai alasan, salah satu kendala yaitu ketika anak tidur sehingga obat tidak diberikan karena anak baru terlelap.

Berbagai upaya telah dilakukan rumah sakit untuk mengatasi kecemasan dan peningkatan tindakan pemberian terapi paliatif adalah program penyuluhan dan pemberian booklet akan tetapi metode ini belum maksimal dalam mengatasi masalah. Edukasi kesehatan dengan metode konseling merupakan upaya berwujud bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli dengan cara tatap muka. Hal ini dapat dilakukan secara individu atau pun kelompok. Metode ini memudahkan sasaran sehingga meningkatkan motivasi dalam mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan.

Teori *preceede procedee* menjelaskan bahwa perilaku seseorang terkait dengan kepatuhan dalam menjalankan terapi pengobatan dipengaruhi oleh adanya promosi kesehatan yang dilakukan petugas kesehatan (Alligood, 2015). Edukasi dapat meningkatkan pengetahuan sehingga mampu merubah sikap negatif ke arah positif. sikap tersebut kemudian akan menjadi perilaku seseorang yang dirasakan manfaatnya secara langsung. Dengan adanya edukasi melalui konseling, orangtua

akan memiliki komitmen dalam pengobatan anak dan tepat dalam pemberian obat paliatif anak secara rutin.

Berdasarkan hal diatas, peneliti ingin mengetahui pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orangtua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak kanker di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kepatuhan pemberian obat paliatif sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada kelompok perlakuan.
2. Mengidentifikasi kepatuhan pemberian obat paliatif sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada kelompok kontrol.
3. Menganalisis perbedaan kepatuhan pemberian obat paliatif pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi perawat

Penelitian ini diharapkan dapat mengetahui hubungan edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua dengan kepatuhan pemberian obat pada anak penderita Leukemia Limfoblastik Akut di Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya sehingga dapat menambah wawasan perawat.

2. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan tentang hubungan edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua dengan kepatuhan pemberian obat pada anak penderita Leukemia Limfoblastik Akut di RSUD Dr. Soetomo.

3. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat memberikan gambaran secara nyata tentang hubungan edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua dengan kepatuhan pemberian obat sehingga diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD Dr. Soetomo.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 menjelaskan tentang teori yang digunakan dalam penelitian ini yang terdiri dari, konsep leukemia limfoblastik akut (LLA), *palliative care*, konsep dasar anak, konsep orang tua, konsep kepatuhan, konsep pendidikan kesehatan, konseling kesehatan, teori perilaku lawrence green, dan hubungan antar konsep.

2.1 Konsep Leukemia Limfoblastik Akut (LLA)

2.1.1 Definisi

Leukemia adalah penyakit neoplastik hasil dari mutasi somatik beberapa tahap dalam sel progenitor lymphoid pada satu dari sebagian tahap perkembangan (Kaushansky and Williams,2016). Leukemia adalah suatu tipe dari kanker yang berasal dari kata Yunani leukos-putih,haima- darah.Leukemia ialah kanker yang mulai di sel-sel darah. Penyakit ini terjadi ketika sel darah memiliki sifat kanker yaitu membelah tidak terkontrol dan mengganggu pembelahan sel darah normal. Leukemia (kanker darah) adalah jenis penyakit kanker yang menyerang sel-sel darah putih yang di produksi oleh sum-sum tulang (bone marrow) (Padila,2018). Leukemia adalah poliferasisel leukosit yang abnormal,ganas,sering disertai bentuk leukosit yang lain dari normal,jumlahnya berlebihan sehingga dapat menyebabkan anaemia,trombositopeni, diakhiri dengan suatu kematian (Nurarif & Kusuma,2015). Leukemia Limfoblastik Akut merupakan suatu penyakit keganasan sel darah yang berasal dari sum-sum tulang yang banyak menyerang pada anak-anak (Davis 2014). Leukemia Limfoblastik Akut adalah jenis yang tumbuh cepat menyebabkan terlalu banyak sel darah yang belum matang disebut

limfoblas yang akan dibuat di sumsum tulang (Patients,2017). Leukemia dibagi menjadi dua yaitu leukemia akut dan leukemia kronik. Menurut jenisnya juga dibagi dua yaitu limfoid dan mieloid. Masing-masing ada yang akut dan kronik. Jenis dari leukemia mieloid adalah leukemia mieloid kronik dan leukemia mieloblastik akut. Selain itu jenis leukemia limfoid adalah leukemia limfositik kronik dan leukemia limfoblastik akut (Desmawati,2018).

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari penyakit leukemia tidak diketahui secara pasti. Faktor yang diduga mempengaruhi frekuensi terjadinya leukemia (Padila, 2018) yaitu:

1. Radiasi Berdasarkan laporan riset menunjukkan bahwa :
 - 1) Para pegawai radiologi berisiko untuk terkena leukemia.
 - 2) Pasien yang menerima radioterapi berisiko terkena leukemia.
 - 3) Leukemia ditemukan pada korban hidup kejadian bom atom Hiroshima dan Nagasaki di Jepang.
2. Faktor Leukemogenik

Terdapat beberapa zat kimia yang dapat mempengaruhi frekuensi leukemia :

- 1) Racun lingkungan seperti benzena : paparan pada tingkat-tingkat yang tinggi dari benzena pada tempat kerja dapat menyebabkan leukemia.
- 2) Bahan kimia industri seperti insektisida dan Formaldehid.
- 3) Obat untuk kemoterapi : pasien-pasien kanker yang dirawat dengan obat-obat melawan kanker tertentu adakalanya dikemudian hari mengembangkan leukemia. Contohnya, obat-obat yang dikenal sebagai agen alkylating dihubungkan dengan pengembangan leukemia bertahun-tahun kemudian.

3. Herediter

Penderita sindrom down, suatu penyakit yang disebabkan oleh kromosom abnormal mungkin meningkatkan risiko leukemia, yang memiliki insidensi leukemia akut 20 kali lebih besar dari orang normal.

4. Virus

Virus dapat menyebabkan leukemia menjadi retrovirus, virus leukemia feline, HTLV-1 pada dewasa

2.1.3 Manifestasi klinis

Gejala-gejala pada leukemia akut yang nampak dan memburuk secara cepat antara lain muntah, bingung, kehilangan kontrol otot, dan epilepsi. Leukemia juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan, ginjal, dan paru-paru. Gejala-gejalanya antara lain yaitu kulit pucat (karena anemia), infeksi yang berulang-ulang seperti sakit tenggorokan, pendarahan normal yang keluar dari gusi dan kulit, periode yang berat pada wanita, kehilangan nafsu makan dan berat badan, gejala-gejala seperti flu antara lain kecapekan dan tidak enak badan, luka di tulang sendi, perdarahan hidung dan lebih mudah mendapat memar dari biasanya tanpa sebab yang jelas (Desmawati, 2018).

Tanda dan gejala yang biasa terjadi pada LLA adalah adanya rasa lelah, perdarahan dan infeksi yang disebabkan oleh sindrom kegagalan sumsum tulang. Perdarahan biasanya terjadi dalam bentuk purpura atau petekia. Penderita LMA dengan leukosit yang sangat tinggi (lebih dari 100 ribu/mm³) biasanya mengalami gangguan kesadaran, sesak nafas, nyeri dada dan priapismus. Selain itu juga menimbulkan gangguan metabolisme yaitu hiperurisemia dan hipoglikemia (Sudoyo et al., 2019).

2.1.4 Patofisiologi

Pada keadaan normal, sel darah putih berfungsi sebagai pertahanan kita terhadap infeksi. Sel ini secara normal berkembang sesuai dengan perintah, dapat dikontrol sesuai dengan kebutuhan tubuh kita. Leukemia dapat meningkatkan produksi sel darah putih pada sumsum tulang yang lebih dari normal. Sel darah putih terlihat berbeda dengan sel darah normal dan tidak berfungsi seperti biasanya. Sel leukemia memblok produksi sel darah putih yang normal, merusak kemampuan tubuh terhadap infeksi. Sel leukemia juga dapat merusak produksi sel darah lain pada sumsum tulang termasuk sel darah merah dimana sel tersebut berfungsi untuk menyuplai oksigen pada jaringan. Leukemia terjadi jika proses pematangan dari sitem sel menjadi sel darah putih mengalami gangguan dan menghasilkan perubahan ke arah keganasan. Perubahan yang terjadi sering kali melibatkan penyusunan kembali bagian dari kromosom (bahan genetik sel yang kompleks). Penyusunan kromosom (translokasi kromosom) mengganggu pengendalian normal dari pembelahan sel, sehingga sel yang membelah tidak dapat terkendali dan menjadi ganas. Pada akhirnya sel-sel ini menguasai sumsum tulang dan menggantikan tempat dari sel-sel yang menghasilkan sel-sel darah normal. Kanker ini juga bisa menyusup ke dalam organ lainnya, termasuk hati, limpa, kelenjar getah bening, ginjal dan otak (Padila, 2018).

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan pemeriksaan darah tepi dan pemeriksaan sumsum tulang.

1. Pemeriksaan darah tepi

Tingkat hemoglobin mungkin normal, tetapi lebih sering moderat dan kadang-kadang sangat rendah. Jumlah retikulosit rendah. Pada penderita leukemia jenis LLA ditemukan leukositosis (60%) dan kadang-kadang leukopenia (25%). Pada penderita LMA ditemukan penurunan eritrosit dan trombosit. Pada penderita LLK ditemukan limfositosis lebih dari 50.000/mm³, sedangkan pada penderita LGK/LMK ditemukan leukositosis lebih dari 50.000/mm³. Rendahnya tingkat protrombin, fibrinogen, faktor V, IX, dan X mungkin ada (Imbah, Kuhne and Arceci, 2011).

2. Pemeriksaan sumsum tulang

Dari pemeriksaan sumsum tulang ditemukan gambaran yang monoton yaitu hanya terdiri dari sel limfopoetik patologis sedangkan sistem lain menjadi terdesak (aplasia sekunder). Hiperselular, hampir semua sel sumsum tulang diganti sel leukemia (blast), tampak monoton oleh sel blast, dengan adanya leukemia gap (terdapat perubahan tiba-tiba dari sel muda (blast) ke sel yang matang, tanpa sel antara). Sistem hemopoesis normal mengalami depresi. Jumlah blast minimal 30% dari sel berinti dalam sumsum tulang (dalam hitungan 500 sel pada aspirasi sumsum tulang) (Neil, 2019).

2.1.6 Klasifikasi/derajat LLA

Ada 4 klasifikasi atau penggolongan leukemia limfoblastik akut diantaranya adalah:

1. Risiko rendah (*low risk*): trisomy 4, 10, and TEL-AML1 t(12:21).

2. Risiko standar (*standart risk*) : sesuai dengan *National Cancer Institute* (NCI) yaitu a) $WBC < 50.000/mm^3$, b) usia 1-9 tahun, c) non-T/non-B (mature B-cell LLA).
3. Risiko tinggi (*high risk*) : $WBC > 50,000/mm^3$, usia > 10 tahun.
4. Risiko sangat tinggi (*very high risk*): respon dini yang buruk terhadap pengobatan, tingkat residual minimal (MRD) yang tinggi pada akhir induksi (Tomlinson, 2019)

2.1.7 Pengobatan

1. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi yang bersifat sitotoksik yang bertujuan untuk mencegah perluasan keganasan dan penyebaran (Tomlinson, 2019). Terdapat rangkaian protokol (fase) kemoterapi pada LLA diantaranya adalah :

a. Fase induksi

Jenis obat yang digunakan pada fase ini adalah vincristin, steroid, dan obat ketiga misalnya daunorubicin, doxorubicin, dan l-asparaginase diberikan selama periode 4-5 minggu (Imbah, Kuhne and Arceci, 2011). Induksi tiga obat ini biasanya menghasilkan remisi pada sekitar 95% anak-anak dengan klasifikasi risiko standar. Obat keempat ditambahkan ke pasien anak yang datang dengan kondisi awal berisiko tinggi (usia > 10 tahun, dan $WBC > 50.000 / mm^3$). Pasien-pasien ini memiliki induksi empat obat termasuk agen tiga obat standar bersama dengan *anthracycline* selama periode 4-6 minggu. Penurunan pembesaran organ dapat diamati dalam 2 minggu pertama. Lebih dari 98% anak-anak dengan LLA akan memasuki remisi pada akhir 4 minggu terapi Induksi, dan tingkat mortalitas dari

toksisitas selama terapi Induksi umumnya kurang dari 2-3% di negara industri (Reaman and Smith, 2011).

b. Fase Konsolidasi

Fase konsolidasi diberikan mengikuti fase induksi remisi. Kombinasi obat sitotoksik yang berbeda mengurangi jumlah sel leukosit yang tersisa dan perkembangan resistensi terhadap kemoterapi tertentu (Imbah, Kuhne and Arceci, 2011). Intensitas dan durasi fase konsolidasi atau intensifikasi berbeda antar regimen (Reaman and Smith, 2011). Lama pemberian terapi konsolidasi berkisar antara 4 hingga 8 minggu. Terapi konsolidasi memiliki terapi intensif yang diarahkan ke SSP (Tomlinson, 2019).

c. Fase Reintensifikasi

Reintensifikasi pada dasarnya merupakan pengulangan kemoterapi induksi, telah terbukti menjadi komponen penting dari protokol LLA. Agen kemoterapi yang umum diberikan selama reintensifikasi termasuk vincristine, steroids, *asparroginase*, dan penambahan *anthracycline*.

d. Terapi CNS-*Directed*

Pemberian terapi CNS profilaksis didasarkan pada premis bahwa CNS menjadi media bagi perlindungan bagi sel-sel leukemik yang tidak terdeteksi pada saat pemeriksaan diagnosis dan terlindungi oleh sawar darah otak dari terapi sistemik. Terapi pencegahan penting untuk pencegahan pada CNS. Tidak adanya terapi pencegahan pada anak LLA dapat mengembangkan penyakit CNS sebesar 50%. Selama fase induksi dan intensifikasi, IT *methotrexate* disampaikan dalam jadwal intensif. Teratur (biasanya setiap 12 minggu) pungsi

lumbal dengan methotrexate IT dilanjutkan selama terapi pemeliharaan (Tomlinson, 2019).

e. Fase *Maintenance*

Fase *maintenance* umumnya berlanjut sampai 2–3 tahun sejak saat diagnosis dan terdiri dari oral 6-MP dan MTX mingguan peroral, dengan pemberian kemoterapi IT yang bervariasi. Beberapa pusat kesehatan atau kelompok juga menggunakan dosis periodik *vincristine* dan “*pulses*” kortikosteroid yang berlangsung 5-7 hari (Reaman and Smith, 2011). Pemberian terapi pada malam hari bertujuan untuk mendapatkan hasil klinis yang lebih baik. Perkembangan setiap tahap dari protokol bergantung pada tingkat pengembalian fungsi sumsum tulang yang normal, yang ditandai dengan nilai komponen darah menunjukkan jumlah yang normal. Periode neutropenia berhubungan dengan semua protokol pengobatan LLA selama anak/remaja menjadi *immunocompromised* (Tomlinson, 2019). Berikut akan disajikan tabel beberapa kemoterapi yang diberikan kepada anak LLA.

Tabel 2.2 Jenis Kemoterapi yang Diberikan Kepada Anak LLA

Obat	Rute pemberian	Induksi/ reintesisifikasi	Konsolidasi	CNS Profilaksis	<i>Maintenan ce</i>
<i>Vincristine</i>	Intravena	√	√		√
<i>L-asparaginase</i>	Subkutan/ intramuskular/ intravena	√	√		
<i>Prednisone/ Dexamethasone</i>	<i>Oral</i>	√	√		√
<i>Methotrexate</i>	<i>Oral</i>				√
<i>Methotrexate</i>	<i>Intrathecal</i>	√	√	√	√
<i>Methotrexate (with folinic acid rescue)</i>	Intravena			√	√
<i>Daunorubicin</i>	Intravena	√ mungkin			
<i>Etoposide or cyclophosphamid</i>	Intravena	√ mungkin untuk	√		

<i>e</i>		reintensifikasi
<i>Cytarabine</i>	Intravena	√
<i>Thioguanine (or mercaptopurine)</i>	Oral	√
<i>Mercaptopurine</i>	Oral	√ mungkin

2. Transplantasi sel induk hematopoetik/ *Hematopoietic Stem Cell*

Transplantation

Tujuan dari transplantasi sel induk hematopoietik (HSCT) adalah untuk menggantikan sel induk hematopoietik yang sakit, rusak, atau tidak ada (HSCs) dengan HSC sehat. Secara umum, transplantasi alogenik digunakan ketika sel induk hematopoietik berpenyakit (misalnya, leukemia), rusak (misalnya, penyakit sel sabit), atau tidak ada (misalnya, penyakit defisiensi imun berat). Transplantasi autologus digunakan untuk menyediakan penyelamatan sel punca setelah dosis kemoterapi atau radiasi yang lebih tinggi, misalnya, dalam pengobatan tumor padat (Tomlinson, 2019). Transplantasi sel punca sumsum tulang dapat digunakan untuk anak leukemia yang memiliki respon baik terhadap perawatan atau kambuh lebih awal setelah masuk ke dalam remisi. Tidak jelas apakah SCT harus digunakan untuk anak-anak yang LLA kambuh lebih dari 6 bulan setelah menyelesaikan kemoterapi awal. Anak-anak ini akan sering melakukan dengan baik dengan kemoterapi dosis standar.

Terjadinya myelosupresi dapat disebabkan oleh pemberian kemoterapi dan radiasi dengan dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan myelosupresi. Transplantasi sel punca yang sehat diharapkan dapat memulihkan kembali sumsum tulang (BM) setelah terapi intensif. Transplantasi sumsum tulang merupakan modalitas pengobatan yang penting untuk anak-anak dengan keganasan agresif pada pertama kali sembuh atau mereka yang memiliki penyakit berulang (Tomlinson, 2019)

3. Radioterapi

Radioterapi merupakan terapi yang menggunakan radiasi pengion untuk mengobati keganasan (Tomlinson, 2019). Radioterapi kurang memiliki peran yang besar oleh karena pada pengobatan kanker masa kanak-kanak karena rejimen kemoterapi yang sangat efektif dan adanya efek lambat radioterapi, yang dapat berdampak pada anak yang masih dalam tahap perkembangan. Namun, radioterapi masih diperlukan untuk kira-kira sekitar 20% anak-anak dan remaja dengan kanker. Radioterapi berperan utama pengobatan untuk tumor otak dan memainkan peran yang signifikan dalam paliatif gejala. Tujuan radioterapi adalah untuk mencapai tumor lokal kontrol sambil meminimalkan efek jangka panjang; oleh karena itu, ia memiliki peran penting dalam manajemen anak-anak dengan kanker.

2.2 Palliative care

2.2.1 Pengertian Palliative care

Menurut WHO *palliative care* merupakan pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan masalah yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan menghentikan penderitaan dengan identifikasi dan penilaian dini, penanganan nyeri dan masalah lainnya, seperti fisik, psikologis, sosial dan spiritual (WHO, 2017). Palliatif care berarti mengoptimalkan perawatan pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan. Palliative care meliputi seluruh rangkaian penyakit melibatkan penanganan fisik, kebutuhan intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien, dan pilihan dalam kehidupan (Ferrell, 2015). Berdasarkan penjelasan diatas Palliative care merupakan sebuah pendekatan yang

dapat meningkatkan kualitas hidup orang-orang dengan penyakit yang mengancam jiwa dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah tersebut, baik dari aspek fisik, psikologis, sosial maupun spiritual.

2.2.2 Prinsip *Palliative care*

Palliative care secara umum merupakan sebuah hal penting dan bagian yang tidak terpisahkan dari praktek klinis dengan mengikuti prinsip:

1. Fokus perawatan terhadap kualitas hidup, termasuk kontrol gejala yang tepat
2. Pendekatan personal, termasuk pengalaman masa lalu dan kondisi sekarang
3. Peduli terhadap seseorang dengan penyakit lanjut termasuk keluarga atau orang terdekatnya
4. Peduli terhadap autonomy pasien dan pilihan untuk mendapat rencana perawatan lanjut, eksplorasi harapan dan keinginan pasien
5. Menerapkan komunikasi terbuka terhadap pasien atau keluarga kepada profesional kesehatan (Cohen and Deliens, 2012)

2.2.3 Peran dan Fungsi Perawat

Dalam menjalankan peran dan fungsi perawat dalam *palliative care*, perawat harus menghargai hak-hak pasien dalam menentukan pilihan, memberikan kenyamanan pasien dan pasien merasa bermartabat yang sudah tercermin didalam rencana asuhan keperawatan. Perawat memiliki tanggung jawab mendasar untuk mengontrol gejala dengan mengurangi penderitaan dan support yang efektif sesuai kebutuhan pasien. Peran perawat sebagai pemberi layanan *palliative care* harus didasarkan pada kompetensi perawat yang sesuai

kode etik keperawatan (Combs, et al.,2014). Hal-hal yang berkaitan dengan pasien harus dikomunikasikan oleh perawat kepada pasien dan keluarga yang merupakan standar asuhan keperawatan yang profesional. Menurut *American Nurse Associatiuon Scope And Standart Practice* dalam (Margaret, 2013) perawat yang terintegrasi harus mampu berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya mengenai perawatan pasien dan ikut berperan serta dalam penyediaan perawatan tersebut dengan berkolaborasi dalam membuat rencana yang berfokus pada hasil dan keputusan yang berhubungan dengan perawatan dan pelayanan, mengindikasikan komunikasi dengan pasien, keluarga dan yang lainnya.

2.2.4 Pedoman Perawat Palliative

Berdasarkan *National Consensus Project For Quality Palliative Care* (NCP, 2013) pedoman praktek klinis untuk perawat palliative dalam meningkatkan kualitas pelayanan palliative terdiri dari 8 domain diantaranya :

1. Domain 1 : *structure and proses of care*

Structure and proses of care merupakan cara menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan bagi para profesional paliatif dalam memberikan perawatan yang berkesinambungan pada pasien dan keluarga (De Roo et al., 2013; Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut :

- a. Semua perawat harus menerima pendidikan tentang palliative care primer baik itu tingkat sarjana, magister dan doctoral
- b. Semua perawat harus diberikan pendidikan lanjut untuk palliative care primer

- c. Semua perawat menerima orientasi palliative care primer yang termasuk didalamnya mengenai sikap, pengetahuan dan keterampilan dalam domain palliative care. Ini termasuk penilaian dasar dan manajemen gejala nyeri, keterampilan komunikasi dasar tentang penyakit lanjut, prinsip etika, kesedihan dan kehilangan keluarga, komunitas dan pemberi layanan.
- d. Semua perawat harus mampu melaksanakan palliative care dengan kerjasama tim dari multidisplin ilmu
- e. Perawat hospice dan perawat palliative harus tersertifikasi dalam memberikan pelayanan palliative care
- f. Semua perawat harus berpartisipasi dalam inisiatif memperbaiki kualitas layanan palliative care
- g. Perawat hospice dan perawat palliative mempromosikan kontinuitas dalam palliative care sesuai aturan kesehatan dan mempromosikan hospice sebagai pilihan (Ferrell et al., 2007; Ferrell, 2015).

2. Domain 2 : *Physical Aspect Of Care*

Physical Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk mengukur dan mendokumentasikan rasa nyeri dan gejala lain yang muncul seperti menilai, mengelola gejala dan efek samping yang terjadi pada masalah fisik pada pasien (De Roo et al., 2013; Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai nyeri, dyspnea dan fungsinya dengan menggunakan pedoman yang konsisten pada pasien dengan penyakit lanjut yang mengancam jiwa

- b. Semua perawat harus mendokumentasikan pedoman dan temuan dalam rencana asuhan keperawatan
- c. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berdasarkan bukti *evident based nursing* untuk memberikan perawatan manajemen nyeri dan menilai ulang gejala yang ditimbulkan (Ferrell et al., 2007; Ferrell, 2015).

3. Domain 3: *Psychological And Psychiatric Aspect Of Care*

Psychological And Psychiatric Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk menilai status psikologis pasien dan keluarga seperti mengukur, mendokumentasikan, mengelola kecemasan, dan gejala psikologis lainnya (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai depresi, kecemasan, dan delirium menggunakan pedoman yang tepat pada pasien yang mengancam jiwa
- b. Semua perawat harus mendokumentasikan temuan dalam rencana perawatan
- c. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berbasis EBN untuk mengelola gejala psikologis yang ditimbulkan
- d. Perawat hospice dan perawat palliative harus mempersiapkan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan
- e. Perawat hospice dan perawat palliative harus ikut andil dalam pengembangan palliative care (Ferrell, 2015).

4. Domain 4 : *Social Aspect Of Care*

Social Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk mendiskusikan segala informasi, mendiskusikan tujuan perawatan, dan memberikan

dukungan sosial yang komperhensif (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus meninjau kembali kekhawatiran pasien dan keluarga terhadap penyakit lanjut yang mengancam jiwa
- b. Perawat hospice dan perawat palliative harus membantu dan mengembangkan sebuah rencana perawatan sosial yang komperhensif yang termasuk ndidalamnya hubungan dengan keluarga, komunitas, dan orang yang terlibat dalam merawat pasien (Ferrell, 2015).

5. Domain 5 : *Spiritual, Religious, And Existential Aspect Of Care*

Spiritual, Religious, And Existential Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk menyediakan atau memfasilitasi diskusi terkait kebutuhan spiritual pasien dan keluarga (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

- a. Perawat hospice dan perawat palliative harus melakukan pengkajian spiritual mencakup masalah agama, spiritual, dan eksistensial menggunakan pedoman instrument yang terstruktur dan terintegrasi dalam penilaian dalam rencana palliative care
- b. Semua perawat harus mampu merujuk pasien dan keluarga pada kondisi yang serius dengan menghadirkan rohaniawan, pendeta jika diperlukan(Ferrell et al., 2007; Ferrell, 2015)

6. Domain 6 : *Culture Aspect Of Care*

Culture Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan menilai budaya dalam proses pengambilan keputusan dengan memperhariakn preferensi

pasien atau keluarga, memahami bahasa yang digunakan serta ritual-ritual budaya yang dianut pasien dan keluarga (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai budaya pasien sebagai komponen yang tidak terpisahkan dalam memberikan palliative care dan perawatan di rumah yang komprehensif mencakup pengambilan keputusan, persiapan pasien, komunikasi keluarga, terapi komplementer, dan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan, serta pemakaman dan ritual pemakaman pasien. (Ferrell, 2015).

7. Domain 7 : *Care Of The Patient At End of life*

Care Of The Patient At End of life merupakan cara yang dilakukan untuk menggali lebih dalam tentang kesiapan menghadapi kematian dan duka cita setelah kematian bagi keluarga yang ditinggalkan (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

- a. Perawat hospice dan perawat palliative harus mampu mengenali tanda dan gejala kematian pasien, keluarga dan komunitas. ini harus dikomunikasikan dan didokumentasikan.
- b. Semua perawat harus mampu menjamin kenyamanan pada akhir kehidupan
- c. Semua perawat harus meninjau kembali ritual budaya, agama, dan adat dalam menghadapi kematian pasien.
- d. Semua perawat harus mampu memberikan dukungan pasca kematian pada keluarga yang ditinggalkan

- e. Semua perawat harus mampu merawat jenazah sesuai dengan budaya, adat dan agama pasien (Ferrell, 2015).

8. Domain 8 : *Ethical And Legal Aspect Of Care*

Ethical And Legal Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk membuat perencanaan dengan memperhatikan preferensi pasien dan keluarga sebagai penerima layanan dengan tidak melanggar norma dan aturan yang berlaku (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus meninjau kembali asuhan keperawatan yang telah diberikan dan semua dokumentasinya
- b. Semua perawat harus menjaga prinsip etik berdasarkan komite etik keperawatan
- c. Semua perawat harus mengerti hukum aspect palliative dan mencari pakar hukum jika diperlukan (Ferrell, 2015).

2.3 Konsep Dasar Anak

2.3.1 Pengertian

Klien dalam keperawatan anak yang menjadi individu adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat.

Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar (Yuliastati & Arnis Amelia, 2016).

Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam. Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang (Yuliastati & Arnis Amelia, 2016).

2.3.2 Pertumbuhan dan perkembangan anak

Menurut Soetjiningsih (2012), pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun

individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Dalam pengertian lain dikatakan bahwa pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh baik sebagian maupun seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel (IDAI, 2002). Sedangkan perkembangan (development) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang terorganisasi dan berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Dalam hal ini perkembangan juga termasuk perkembangan emosi, intelektual dan perilaku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (Soetjningsih, 2012). Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik (kuantitas), sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu yang merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi (kualitas). Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia secara utuh (Yulastati & Arnis Amelia, 2016).

2.3.3 Ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan anak

Menurut Soetjningsih, (2012), pertumbuhan mempunyai ciri-ciri:

1. Perubahan proporsi tubuh yang dapat diamati pada masa bayi dan dewasa.

2. Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini ditandai dengan tanggalnya gigi susu dan timbulnya gigi permanen, hilangnya refleks primitif pada masa bayi, timbulnya tanda seks sekunder dan perubahan lainnya.
3. Kecepatan pertumbuhan tidak teratur. Hal ini ditandai dengan adanya masa-masa tertentu dimana pertumbuhan berlangsung cepat yang terjadi pada masa prenatal, bayi dan remaja (adolesen). Pertumbuhan berlangsung lambat pada masa pra sekolah dan masa sekolah.

Ciri-ciri Perkembangan Proses pertumbuhan dan perkembangan anak bersifat individual. Namun demikian pola perkembangan setiap anak mempunyai ciri-ciri yang sama, yaitu perkembangan menimbulkan perubahan. Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Seorang anak tidak bisa melewati satu tahap perkembangan sebelum ia melewati tahapan sebelumnya. Contoh: seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia berdiri dan ia tidak bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi anak terhambat. Perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya. Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda. Sebagaimana pertumbuhan, perkembangan juga mempunyai kecepatan yang berbedabeda baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ. Kecepatan pertumbuhan dan perkembangan

setiap anak juga berbeda-beda. Pertumbuhan berkorelasi dengan perkembangan. Pada saat pertumbuhan berlangsung, maka perkembanganpun mengikuti. Terjadi peningkatan kemampuan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain pada anak, sehingga pada anak sehat seiring bertambahnya umur maka bertambah pula tinggi dan berat badannya begitupun kependaiannya. Perkembangan mempunyai pola yang tetap. Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut hukum yang tetap, yaitu: 1) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (pola sefalokaudal). 2) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal). Perkembangan memiliki tahap yang berurutan (Soetjningsih, 2012).

2.3.4 Tahap pertumbuhan dan perkembangan anak

Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak mampu berjalan dahulu sebelum bisa berdiri. Berdasarkan beberapa teori, maka proses tumbuh kembang anak dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu: a. Masa prenatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan). Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu: 1) Masa zigot/mudigah, yaitu sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu. 2) Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu. Sel telur/ovum yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organism, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh. 3) Masa janin/fetus, sejak umur kehamilan 9/12 minggu sampai akhir kehamilan. Masa janin ini terdiri dari 2 periode yaitu: Masa fetus

dini, yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester ke 2 kehidupan intra uterin. Pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, alat tubuh telah terbentuk dan mulai berfungsi (Soetjiningsih, 2012)..

Masa fetus lanjut, yaitu trimester akhir kehamilan. Pada masa ini pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi organ. Terjadi transfer imunoglobulin G (Ig G) dari darah ibu melalui plasenta. Akumulasi asam lemak esensial omega 3 (docosa hexanic acid) dan omega 6 (arachidonic acid) pada otak dan retina. Trimester pertama kehamilan merupakan periode terpenting bagi berlangsungnya kehidupan janin. Pada masa ini pertumbuhan otak janin sangat peka terhadap lingkungan sekitarnya. Gizi kurang pada ibu hamil, infeksi, merokok dan asap rokok, minuman beralkohol, obat-obatan, bahan-bahan toksik, pola asuh, depresi berat, faktor psikologis seperti kekerasan terhadap ibu hamil dapat menimbulkan pengaruh buruk bagi pertumbuhan janin dan kehamilan. Agar janin dalam kandungan tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat, maka selama hamil ibu dianjurkan untuk Menjaga kesehatannya dengan baik. Selalu berada dalam lingkungan yang menyenangkan. Mendapat asupan gizi yang adekuat untuk janin yang dikandungnya. Memeriksa kehamilan dan kesehatannya secara teratur ke sarana kesehatan. Memberi stimulasi dini terhadap janin. Mendapatkan dukungan dari suami dan keluarganya. Menghindari stress baik fisik maupun psikis (Soetjiningsih, 2012).

1. Masa bayi (*infancy*) umur 0-11 bulan.

Masa ini dibagi menjadi 2 periode, yaitu: 1) Masa neonatal, umur 0-28 hari.

Pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah serta mulai berfungsinya organ-organ. Masa neonatal dibagi

menjadi dua periode: Masa neonatal dini, umur 0-7 hari. Masa neonatal lanjut, umur 8-28 hari. 2) Masa post neonatal, umur 29 hari sampai 11 bulan. Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus-menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf. Selain itu untuk menjamin berlangsungnya proses tumbuh kembang optimal, bayi membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang baik termasuk mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, diperkenalkan pada makanan pendamping ASI sesuai dengan umurnya, mendapatkan imunisasi sesuai jadwal serta mendapatkan pola asuh yang sesuai. Masa ini juga masa dimana kontak ibu dan bayi berlangsung sangat erat, sehingga dalam masa ini pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar.

2. Masa anak toddler (umur 1-3 tahun).

Pada periode ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Periode ini juga merupakan masa yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa balita akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya. Setelah lahir sampai 3 tahun pertama kehidupannya (masa toddler), pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak masih berlangsung dan terjadi pertumbuhan serabut-serabut saraf dan cabang-cabangnya sehingga terbentuk jaringan saraf dan otak yang kompleks. Jumlah dan pengaturan hubungan antar sel saraf ini akan sangat mempengaruhi kinerja otak mulai dari kemampuan belajar berjalan, mengenal huruf hingga bersosialisasi. Pada masa ini perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan

intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral dan dasar-dasar kepribadian anak juga dibentuk pada masa ini sehingga setiap kelainan/penyimpangan sekecil apapun apabila tidak dideteksi dan ditangani dengan baik akan mengurangi kualitas sumber daya manusia dikemudian hari.

3. Masa anak pra sekolah (umur 3-6 tahun).

Pada masa ini pertumbuhan berlangsung stabil. Aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya keterampilan dan proses berfikir. Pada masa ini selain lingkungan di dalam rumah, anak mulai diperkenalkan pada lingkungan di luar rumah. Anak mulai senang bermain di luar rumah dan menjalin pertemanan dengan anak lain. Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik.

4. Masa anak sekolah (6-12 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan dan penambahan berat badan mulai melambat. Tinggi badan bertambah sedikitnya 5 cm per tahun. Anak mulai masuk sekolah dan mempunyai teman yang lebih banyak sehingga sosialisasinya lebih luas. Mereka terlihat lebih mandiri. Mulai tertarik pada hubungan dengan lawan jenis tetapi tidak terikat. Menunjukkan kesukaan dalam berteman dan berkelompok dan bermain dalam kelompok dengan jenis kelamin yang sama tetapi mulai bercampur.

5. Masa anak usia remaja (12-18 tahun)

Pada remaja awal pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncaknya. Karakteristik sekunder mulai tampak seperti perubahan suara pada anak laki-laki dan pertumbuhan payudara pada anak perempuan. Pada usia remaja tengah, pertumbuhan melambat pada anak perempuan. Bentuk tubuh mencapai 95% tinggi orang dewasa. Karakteristik sekunder sudah tercapai dengan baik. Pada remaja akhir, mereka sudah matang secara fisik dan struktur dan pertumbuhan organ reproduksi sudah hampir komplet. Pada usia ini identitas diri sangat penting termasuk didalamnya citra diri dan citra tubuh. Pada usia ini anak sangat berfokus pada diri sendiri, narsisme (kecintaan pada diri sendiri) meningkat. Mampu memandang masalah secara komprehensif. Mereka mulai menjalin hubungan dengan lawan jenis dan status emosi biasanya lebih stabil terutama pada usia remaja lanjut.

2.3.5 Teori-teori perkembangan anak secara kognitif, psikoseksual dan psikososial

Perkembangan Kognitif Menurut Piaget yaitu

1. Tahap sensori motor (0-2 tahun).

Menurut Piaget, bayi lahir dengan sejumlah refleks bawaan selain juga dorongan untuk mengeksplorasi dunianya. Pada tahap ini anak mampu mengasimilasi dan mengakomodasi informasi dengan cara melihat, mendengar, menyentuh dan aktivitas motorik. Semua kegiatan yang dilakukan berfokus pada mulut (oral).

2. Tahap pra operasional (2-7 tahun)

Anak mampu mengoperasionalkan apa yang dipikirkan melalui tindakan sesuai dengan pikirannya. Pada saat ini anak masih bersifat egosentris.

Pikirannya masih transduktif, artinya menganggap semua sama. Contoh: seorang pria di keluarga adalah ayah maka semua pria adalah ayah. Ciri lain adalah masih berkembangnya pikiran animisme dimana anak selalu memperhatikan adanya benda mati. Contoh apabila anak terbentur benda mati maka ia akan memukul kembali ke arah benda tersebut.

3. Tahap kongkret (7-11 tahun)

Anak sudah dapat memandang realistis dan mempunyai anggapan sama dengan orang lain. Sifat egosentris mulai hilang karena ia mulai sadar akan keterbatasan dirinya. Tetapi sifat realistik ini belum sampai ke dalam pikiran sehingga belum dapat membuat suatu konsep atau hipotesis.

4. Formal operasional (lebih dari 11 tahun sampai dewasa)

Pada tahap ini anak sudah membentuk gambaran mental dan mampu menyelesaikan aktivitas yang ada dalam pikirannya, mampu menduga dan memperkirakan dengan pikirannya yang abstrak.

Perkembangan Psikoseksual Menurut Sigmud Freud Menurut Freud, dalam perkembangannya anak akan melewati beberapa tahap dalam hidupnya, yaitu:

1. Tahap oral (0-1 tahun)

Pada masa ini kepuasan dan kesenangan anak didapat melalui kegiatan menghisap, menggigit, mengunyah atau bersuara. Ketergantungan pada orang di sekelilingnya sangat tinggi dan selalu minta dilindungi untuk mendapatkan rasa aman. Masalah yang sering terjadi pada masa ini adalah masalah penyapihan dan makan.

2. Tahap anal (1-3 tahun)

Kepuasan anak didapatkan pada saat pengeluaran tinja. Anak akan menunjukkan keakuannya dan sangat egoistik dan narsisistik yaitu cinta terhadap dirinya sendiri. Pada saat ini anak juga mulai mempelajari struktur tubuhnya. Tugas yang dapat dilakukan adalah latihan kebersihan. Masalah yang sering terjadi pada fase ini adalah sifatnya yang obsesif, pandangan sempit, introvert atau ekstrovet impulsive yaitu dorongan untuk membuka diri, tidak rapi, kurang pengendalian diri.

3. Tahap oedipal/phalik (3-5 tahun)

Pada tahap ini kepuasan anak terletak pada rangsangan autoerotic yaitu merabaraba, merasakan kenikmatan dari beberapa daerah erogennya dan mulai suka pada lawan jenis. Anak laki-laki cenderung suka pada ibunya daripada ayahnya demikian juga sebaliknya anak perempuan suka sama ayahnya.

4. Tahap laten (5-12 tahun)

Kepuasan anak mulai terintegrasi. Anak masuk dalam masa pubertas dan berhadapan langsung dengan tuntutan sosial seperti menyukai hubungan dengan kelompoknya atau sebaya. Dorongan libido mulai mereda.

5. Tahap genital (lebih dari 12 tahun)

Kepuasan anak pada masa ini akan kembali bangkit dan mengarah pada perasaan cinta yang matang terhadap lawan jenis.

Perkembangan Psikososial Menurut Erikson yaitu:

1. Tahap percaya vs tidak percaya (0-1 tahun).

Pada tahap ini bayi membentuk rasa percaya kepada seseorang baik orang tua maupun orang yang mengasuhnya atau perawat yang merawatnya. Kegagalan atau kesalahan dalam mengasuh atau merawat pada tahap ini dapat menimbulkan rasa tidak percaya pada anak.

2. Tahap kemandirian (otonomi) vs rasa malu dan ragu (1-3 tahun/toddler).

Pada tahap ini anak sudah mulai mencoba mandiri dalam tugas tumbuh kembangnya seperti fungsi motorik dan bahasa, mulai latihan jalan sendiri dan belajar berbicara. Pada tahap ini pula anak akan merasakan malu apabila orang tua terlalu melindungi dan tidak memberikan kemandirian atau kebebasan pada anak bahkan menuntut anak dengan harapan yang tinggi.

3. Tahap inisiatif vs rasa bersalah (4-6 tahun/pra sekolah)

Pada tahap ini anak mulai berinisiatif dalam belajar mencari pengalaman baru secara aktif melalui aktivitasnya. Apabila anak dilarang atau dicegah maka akan tumbuh perasaan bersalah pada dirinya.

4. Tahap rajin vs rendah diri (6-12 tahun/sekolah)

Anak selalu berusaha mencapai segala sesuatu yang diinginkan dan berusaha mencapai prestasinya sehingga pada usia ini anak rajin melakukan sesuatu. Apabila harapan tidak tercapai, kemungkinan besar anak akan merasakan rendah diri

5. Tahap identitas vs kebingungan peran (masa remaja/adolesen)

Pada tahap ini terjadi perubahan pada anak khususnya perubahan fisik, kematangan usia dan perubahan hormonal. Anak akan menunjukkan identitas dirinya seperti “siapa saya”. Apabila kondisi ini tidak sesuai dengan suasana hati maka kemungkinan akan terjadi kebingungan dalam peran.

6. Tahap keintiman dan pemisahan/isolasi (dewasa muda).

Anak mencoba berhubungan dengan teman sebaya atau kelompok masyarakat dalam kehidupan sosial untuk menjalin keakraban. Apabila anak tidak mampu membina hubungan dengan orang lain, maka kemungkinan ia akan menarik diri dari anggota atau kelompoknya.

7. Tahap generasi dan penghentian (dewasa pertengahan)

Individu berusaha mencoba memperhatikan generasi berikutnya dalam kegiatan di masyarakat dan melibatkan diri dengan maksud agar lingkungan menerimanya. Apabila terjadi kegagalan pada tahap ini maka akan terjadi penghentian/stagnasi dalam kegiatan atau aktivitasnya.

8. Tahap integritas dan keputusasaan (dewasa lanjut).

Pada tahap ini individu memikirkan tugas-tugas dalam mengakhiri kehidupan. Perasaan putus asa akan mudah timbul karena kegagalan dalam melakukan aktivitasnya.

2.4 Konsep Dasar Orangtua

2.4.1 Definisi

Orang tua adalah komponen keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu dan merupakan hasil dari sebuah perkawinan yang sah yang dapat membentuk sebuah keluarga. Orang tua memiliki tanggung jawab untuk mendidik, mengasuh dan membimbing anak-anaknya untuk mencapai tahapan tertentu yang menghantarkan anak untuk siap dalam kehidupan bermasyarakat (Astrida, 2012). Pengertian orang tua di atas tidak terlepas dari pengertian keluarga, karena orang tua merupakan bagian keluarga besar yang sebagian besar telah tergantikan oleh keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak. Secara tradisional,

keluarga diartikan sebagai dua atau lebih orang yang dihubungkan dengan pertalian darah, perkawinan atau adopsi (hukum) yang memiliki tempat tinggal bersama.

2.4.2 Tugas dan Peran Orang Tua

Setiap orang tua yaitu ayah dan ibu mempunyai tugas dan peran masing-masing. Diantara tugas dan peran orang tua adalah sebagai berikut :

1. Peranan ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan figur pemimpin dalam sebuah keluarga, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan memberi rasa aman, sebagai kepala keluarga sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Ayah juga berperan sebagai pengambil keputusan dalam keluarga (Aryani, 2013).

2. Peranan ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya (Aryani, 2013). Setiap orang tua dalam menjalani kehidupan berumah tangga tentunya memiliki tugas dan peran yang sangat penting. Adapun tugas dan peran orang tua terhadap anak-anaknya dapat dikemukakan adalah melahirkan, mengasuh, membesarkan, mengarahkan menuju kepada kedewasaan serta menanamkan norma-norma dan nilai-nilai yang berlaku.

2.4.3 Fungsi Pokok Orang Tua

Orang tua selain mempunyai tugas dan peran, orang tua juga memiliki fungsi yang lebih pokok terhadap anak. Fungsi pokok orang tua antara lain:

1. Asih, yaitu memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya (Aryani, 2013).
2. Asuh, yaitu menuju kebutuhan pemeliharaan dan keperawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental, sosial dan spiritual (Aryani, 2013).
3. Asah, yaitu memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga setiap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya (Aryani, 2013)

Selain ke tiga fungsi di atas menurut Sulaiman (2017) orang tua juga mempunyai fungsi yang penting dalam keluarga. Diantara fungsi-fungsi tersebut antara lain :

1. Fungsi religius artinya orang tua mempunyai kewajiban memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota lainnya kepada kehidupan beragama. Untuk melaksanakan fungsi dan peran ini, orang tua sebagai tokoh inti dalam keluarga harus terlebih dahulu menciptakan iklim yang religius dalam keluarga itu, yang dapat dihayati oleh seluruh anggotanya.
2. Fungsi yang kedua adalah fungsi edukatif. Pelaksanaan fungsi edukatif keluarga merupakan salah satu tanggung jawab yang dipikul oleh orang tua. Sebagai salah satu unsur pendidikan keluarga merupakan lingkungan pendidikan yang pertama bagi anak. Orang tua harus mengetahui tentang

pentingnya pertumbuhan, perkembangan dan masa depan anak secara keseluruhan. Ditangan orang tuanyalah masalah-masalah yang menyangkut anak, apakah dia akan menjadi orang yang suka merusak atau ia akan tumbuh menjadi orang yang baik dan berguna.

3. Fungsi yang kedua adalah protektif. Pelaksanaan fungsi lingkungan, yaitu dengan cara melarang atau menghindarkan anak dari perbuatan-perbuatan yang tidak diharapkan mengajak bekerja sama dan saling membantu, memberikan contoh dan tauladan dalam hal-hal yang diharapkan.
4. Fungsi keempat yaitu fungsi sosialisasi. Fungsi dan peran orang tua dalam mendidik anaknya tidak saja mencakup pengembangan pribadi, agar menjadi pribadi yang mantap tetapi meliputi pula mempersiapkannya menjadi anggota masyarakat yang baik. Sehubungan dengan itu perlu dilaksanakan fungsi sosialisasi anak melaksanakan fungsi sosial itu berarti orang tua memiliki kedudukan sebagai penghubung anak dengan kehidupan sosial dan norma-norma sosial dan membutuhkan fasilitas yang memadai.
5. Fungsi ekonomis. Meliputi pencarian nafkah, perencanaan serta pembelajarannya. Keadaan ekonomi sekeluarga mempengaruhi pula harapan orang tua akan masa depan anak-anaknya serta harapan anak itu sendiri. Orang tua harus dapat mendidik anaknya agar dapat memberikan penghargaan yang tepat terhadap uang dan pencariannya, disertai pula pengertian kedudukan ekonomi keluarga secara nyata, bial tahap perkembangan anak telah memungkinkan.

2.5 Konsep Kepatuhan

2.5.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan merupakan salah satu komponen penting dalam pengobatan. Dalam menggunakan obat ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Vrijens et al (2012) mengusulkan taksonomi *adherence* dengan dasar konseptual baru yang terbagi menjadi tiga elemen yaitu: *Adherence to medications; Management of adherence; Adherence-related sciences*. *Adherence to medications* adalah proses dimana pasien mengambil atau menggunakan obat mereka, seperti yang ditentukan sebelumnya, yang terdiri dari: inisiasi, implementasi, dan penghentian. *Management of adherence* adalah proses monitoring dan mendukung kepatuhan pasien terhadap pengobatan oleh sistem kesehatan, penyedia layanan, pasien, dan jaringan sosial. *Adherence-related sciences* adalah disiplin ilmu yang mencari pemahaman mengenai penyebab kesenjangan antara obat yang diresepkan dengan penggunaan obat sebenarnya (Edi, 2015).

2.5.2 Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut penelitian Budiman, Chambri, & Bachtiar (2013) Faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan adalah :

1. Umur memiliki pengaruh besar dalam kepatuhan seseorang dalam menjalani pengobatan karena umur dapat meningkatkan motivasi seseorang untuk hidup lebih sehat.
2. Faktor Sosial Ekonomi Perekonomian seseorang berbeda, jika perekonomian atau pendapatan keluarga tinggi maka tingkat kepatuhan pasien untuk menjalani terapi atau pengobatan juga tinggi, sebaliknya

pasien tidak patuh ketika menjalani terapi atau pengobatan jika pendapatan keluarga rendah.

3. Efek Samping Pengobatan Setiap terapi yang dilakukan oleh pasien memiliki efek samping, maka semakin efek samping yang timbul tidak menyenangkan, pasien akan semakin menghindari terapi pengobatan yang dilakukan dari sinilah pasien tidak patuh dalam menjalani terapi pengobatannya.
4. Tingkat Pendidikan Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kepatuhan, karena semakin rendah tingkat pendidikan seseorang dapat berpengaruh pada pola pikir dan daya serap saat menerima informasi.
5. Kualitas Pelayanan Medis Pelayanan medis yang tidak baik maka dapat mempengaruhi kenyamanan pasien dalam berobat, sebaliknya jika pelayanan medis sangat baik maka akan membuat pasien merasa nyaman dalam melakukan terapi atau pengobatan sehingga dapat menimbulkan kepatuhan berobat.
6. Ketersediaan Asuransi Dengan adanya asuransi kesehatan maka akan meringankan beban pasien dari segi pembiayaan dari kemudahan yang didapat melalui asuransi kesehatan, maka pasien akan lebih patuh untuk berobat dibandingkan jika tidak mendapatkan asuransi kesehatan (Ayurini & Parmitasari, 2015).

2.5.3 Pengukuran kepatuhan

Kepatuhan merupakan perilaku yang dapat diukur dengan dua metode yaitu dengan subjektivitas atau melakukan wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner tertentu sehingga menghasilkan interpretasi kepatuhan seseorang. Akan

tetapi metode ini dinilai cukup lemah dikarenakan sifatnya subjektif sehingga cenderung seseorang itu akan mengisi atau mengatakan hal yang dianggap lebih baik dari yang lainnya. Sebagai contoh jika seseorang ditanya apakah melakukan pengobatan sesuai jadwal maka akan dijawab sesuai jadwal. Akan tetapi praktiknya sebenarnya ia tidak melakukan pengobatan sesuai jadwal. Sehingga metode yang kedua yaitu dengan objektivitas atau melakukan pemantauan secara langsung dapat menentukan kepatuhan seseorang dalam melakukan tindakan. Penilaian secara objektif dapat ditentukan dengan melihat presentase perilaku yang dilakukan apabila > 70% dilakukan maka kepatuhan dalam kategori tinggi, 40-70% dilakukan maka kepatuhan dalam kategori sedang, kepatuhan rendah jika 10-39% dilakukan. (Samuel et al.,2017)

2.6 Konsep Pendidikan Kesehatan

Green (1980) dalam Nurmala Ira et all (2018) mendefinisikan pendidikan kesehatan yaitu “*any combination of learning’s experience designed to facilitate voluntary adaptation of behaviour conducive to health*” (kombinasi dari pengalaman pembelajaran yang didesain untuk memfasilitasi adaptasi perilaku yang kondusif untuk kesehatan secara sukarela). Definisi pendidikan kesehatan tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan bukan hanya sekedar memberikan informasi terhadap masyarakat melalui penyuluhan tetapi menunjukkan bahwa pengalaman pembelajaran terdiri dari berbagai macam pengalamana seseorang yang perlu dipertimbangkan dalam memfasilitasi perubahan perilaku yang diinginkan.

Menurut WHO (1998) dalam Manoj (2016) pendidikan kesehatan terdiri dari kesempatan yang dibangun secara sadar untuk belajar yang melibatkan

beberapa dari komunikasi yang dirancang untuk meningkatkan literasi kesehatan termasuk meningkatkan pengetahuan dan menghilangkan keterampilan hidup yang konduktif bagi kesehatan individu dan masyarakat

Green dan Kreuter (2005) dalam Manoj (2016) mendefinisikan pendidikan kesehatan setiap kombinasi pengalaman belajar yang direncanakan yang dirancang untuk mempengaruhi, mengaktifkan, dan memperkuat perilaku sukarela yang konduktif terhadap kesehatan individu, kelompok atau komunitas. Dari definisi ini beberapa hal menjadi jelas, pertama pendidikan kesehatan merupakan aplikasi yang sistematis dan terencana, yang memenuhi syarat kelimuan. kedua, penyampaian pendidikan kesehatan melibatkan serangkaian teknik seperti pembuatan brosur informasi pendidikan kesehatan, pamflet, dan video. Memberikan ceramah, memfasilitasi permainan peran atau simulasi, menganalisis kasus yang berinteraksi dalam pelatihan berbantuan komputer. Pada masa lalu, pendidikan kesehatan mencakup fungsi yang lebih luas termasuk mobilisasi komunitas, jaringan, dan advokasi yang sekarang dicantumkan dalam istilah promosi kesehatan. Ketiga, tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah untuk mempengaruhi anteseden perilaku sehingga perilaku sehat berkembang secara sukarela.

2.6.1 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mempromosikan gaya hidup dan lingkungan yang sehat, meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan kualitas hidup bagi individu dan masyarakat. Kesehatan dan kesejahteraan dimasukkan dalam tujuan ini karena kecenderungan beberapa orang untuk menganggap kesehatan hanya sebagai tidak adanya penyakit, meskipun pencegahan penyakit

seringkali merupakan salah satu hasil yang ditargetkan dari pendidikan kesehatan (Doyle Eva I, 2018)

2.6.2 Proses Pendidikan Kesehatan

Menurut patricia (2011) dalam Fhirawati *et all* (2020) proses pendidikan merupakan suatu interaksi yang direncanakan untuk mempromosikan suatu perubahan perilaku yang bukan merupakan hasil dari proses pendewasaan atau ketidaksengajaan. Proses pendidikan akan menjadi familiar bagi perawat karena mencerminkan langkah-langkah dalam proses keperawatan meliputi pengkajian, mengidentifikasi kebutuhan (diagnosis keperawatan), perencanaan, implementasi dari strategi pendidikan, dan evaluasi kemajuan pasien dan efektivitas dalam pendidikan kesehatan. Pendidikan merupakan suatu proses yang aktif dimana seorang individu membagikan suatu informasi atau pengetahuan kepada yang lain untuk merubah perilaku.

Menurut Potter *et all* (2020) dalam Fhirawati *et all* (2020) pendidikan juga merupakan serangkaian aktivitas yang diarahkan dalam penyampaian suatu pengetahuan baik secara sengaja dan sadar yang membantu seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru, mengubah sikap dan perilaku, mengadopsi perilaku baru atau menunjukkan ketrampilan baru. Oleh sebab itu seorang edukator harus mempunyai pemahaman terhadap materi yang akan diberikan dan prinsip pendidikan pasien untuk menyediakan sebuah panduan kepada individu, mengatur kecepatan pembelajaran dengan tepat, serta memperkenalkan konsep secara kreatif dalam mencapai tujuan pendidikan yang sukses dengan adanya pengetahuan yang baru, perubahan sikap dan perilaku.

Menurut Doyle Eva I (2018) beberapa hal yang harus dilakukan oleh educator adalah sebagai berikut:

1. Menilai kebutuhan kesehatan individu dan komunitas
2. Mengembangkan program dan strategi untuk mengajar individu tentang topik kesehatan
3. Mengajari individu bagaimana mengelola kondisi kesehatan yang ada
4. Mengevaluasi efektivitas program dan materi pendidikan
5. Membantu individu menemukan layanan atau informasi kesehatan
6. Menyediakan program pelatihan bagi petugas kesehatan komunitas atau profesional kesehatan lainnya
7. Mengawasi staf yang melaksanakan program pendidikan kesehatan
8. Mengumpulkan dan menganalisis data untuk mempelajari komunitas tertentu untuk meningkatkan program dan layanan

2.6.3 Peran Perawat dalam Pendidikan Kesehatan

Menurut Sulistyoningsih *et all* (2018) dalam Fhirawati *et all* (2020) salah satu peran perawat yaitu sebagai *educator* sehingga perawat mempunyai tanggung jawab untuk mengajarkan pasien. Sebuah penelitian mengatakan bahwa edukasi yang diberikan oleh perawat dan professional pemberi asuhan lainnya dapat mengurangi tingkat kecemasan pasien dan keluarga. Hal ini dapat terjadi karena informasi yang diperlukan oleh pasien dalam mengambil sebuah keputusan akurat, lengkap, serta sesuai dengan kebutuhan, bahasa serta literasi pasien.

Menurut Fayram (2003) dalam Fhirawati *et all* (2020) perawat harus mengajarkan informasi yang diperlukan oleh pasien dan keluarga karena perawat merupakan sumber informasi pertama dalam membantu pasien untuk mengatasi

masalah kesehatannya. Perawat harus menjadi edukator yang efektif dalam menjelaskan fakta-fakta. Hambatan saat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga antara lain ketidaksiapan perawat memberikan edukasi, pendidikan perawat kurang memadai, karakter pribadi perawat, dan waktu yang terbatas dalam memberikan edukasi.

2.6.4 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) media pendidikan mempunyai beberapa tujuan antara lain:

1. Sebagai alat bantu dalam latihan/pendidikan
2. Untuk memunculkan perhatian terhadap suatu masalah
3. Untuk mengingatkan sebuah pesan atau informasi
4. Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, serta tindakan

Terdapat beberapa bentuk media pendidikan antara lain (Notoatmodjo, 2012):

1. Berdasarkan stimulasi indra
 - a. Alat bantu lihat (*visual aid*) yang berguna untuk membantu merangsang indra penglihatan
 - b. Alat bantu dengar (*audio aids*) merupakan alat yang bisa membantu dalam merangsang indra pendengaran pada waktu penyampaian materi pendidikan
 - c. Alat bantu lihat-dengar (*audiovisual aids*) merupakan alat yang bisa membantu dalam merangsang indra pendengaran dan penglihatan
2. Berdasarkan pembuatan dan penggunaannya
 - a. Alat peraga atau media seperti film, film strip, slide, dan sebagainya yang memerlukan listrik serta proyektor

- b. Alat-alat peraga sederhana dan mudah dibuat dengan baha-bahan yang tersedia

3. Berdasarkan fungsinya

a. Media cetak

1) Leaflet

Merupakan bentuk penyampaian informasi melalui lembaran yang dilipat. Keuntungan menggunakan leaflet mengurangi kebutuhan menulis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh kelompok yang akan diedukasi. Memberikan informasi yang detail, mudah dibuat, diperbanyak, dan diperbaiki sesuai kebutuhan.

2) Booklet

Merupakan sebuah media penyampaian informasi dalam bentuk tulisan dan gambar. Booklet sebagai sarana dan alat bantu dalam penyampaian pesan harus menyesuaikan dengan isi materi yang akan disampaikan.

3) Flyer (selebaran)

4) Flipchart

Media penyampaian informasi kesehatan dalam bentuk buku yang mana berisi gambar peragaan sedangkan lembar baliknya berisi kalimat yang menjelaskan gambar

5) Rubrik (tulisan-tulisan surat kabar), poster, serta foto

b. Media elektronik

1) Video atau film strip

2) Slide

c. Media papan

2.6.5 Metode konseling dalam pendidikan kesehatan

Salah satu metode yang dapat digunakan dalam memberikan informasi kesehatan adalah konseling. Secara umum tujuan konseling adalah supaya klien dapat mengubah perilakunya ke arah yang lebih maju, melalui terlaksananya tugas-tugas perkembangan secara optimal, kemandirian, dan kebahagiaan hidup. Layanan konseling tidak hanya bersifat penyembuhan atau pengentasan (*curative*) masalah saja, melainkan konseling juga bertujuan agar klien setelah mendapatkan pelayanan konseling, diharapkan ia dapat menghindari masalah masalah dalam perawatan kesehatan (*preventive*), memperoleh pemahaman diri dan lingkungannya, dapat melakukan pemeliharaan dan pengembangan terhadap kondisi dirinya yang sudah baik agar tetap menjadi baik, dan dapat juga dapat melakukan diri ke arah pencapaian semua hak-haknya sebagai penerima layanan kesehatan maupun pasien.

2.7 Konseling Kesehatan

2.7.1 Definisi konseling kesehatan

Konseling adalah hubungan pribadi yang dilakukan secara tatap muka antara dua orang, dalam mana konselor melalui hubungan itu dan kemampuan khusus yang dimilikinya, menyediakan situasi belajar dalam mana konseling dibantu untuk memahami diri sendiri, keadaan sekarang, dan kemungkinan keadaan masa depan yang dapat ia ciptakan dengan menggunakan potensi-potensi yang dimilikinya, demi untuk kesejahteraan pribadi maupun masyarakat, dan lebih jauh dapat belajar bagaimana memecahkan masalah-masalah dan menemukan kebutuhan-kebutuhan yang akan datang (Sofyan, 2015).

Konseling kesehatan adalah proses pemberian bantuan dari kepada seorang individu atau sekelompok orang yang memiliki masalah kesehatan. Isi percakapan konseling disesuaikan dengan umur dan permasalahan, perkembangan fisik dan mentalnya, misalnya masalah perawatan keluarga yang sakit, perkembangan anak, proses menjadi orangtua atau kesehatan pribadi (Patterson, 2019).

Konseling kesehatan merupakan suatu bentuk komunikasi dua arah yang dilakukan antara dua pihak. Pihak pertama adalah konselor, membantu pihak lainnya yaitu klien dalam memecahkan masalah kesehatan yang dihadapinya. Konseling kesehatan berorientasi pada klien atau yang lebih dikenal dengan *client centered*. Hal ini menekankan peran klien sendiri dalam proses konseling sampai pengambilan keputusan. Teori ini berpijak pada keyakinan dasar martabat manusia bahwa bila klien mengalami masalah maka yang dapat menyelesaikan masalah tersebut adalah inidividu tersebut (Patterson, 2019).

2.7.2 Ciri-ciri konseling kesehatan

Menurut Patterson (2019), konseling memiliki ciri khas yang merupakan hakekat konseling. Ciri-ciri itu adalah:

1. Konseling adalah usaha untuk menimbulkan perubahan tingkah laku secara sukarela pada diri klien (klien ingin mengubah tingkah lakunya dan meminta bantuan kepada konselor).
2. Maksud dan tujuan konseling adalah menyediakan kondisi-kondisi yang memudahkan terjadinya perubahan secara sukarela (kondisi yang memberi hak individu untuk membuat perilaku, untuk tidak tergantung pada pembimbing).

3. Usaha-usaha untuk memudahkan terjadinya perubahan tingkah laku dilakukan melalui wawancara (walaupun konseling selalu dilakukan dalam wawancara, tetapi tidak semua wawancara dapat diartikan sebagai konseling).
4. Mendengarkan merupakan suatu hal yang berada dalam konseling tetapi tidak semua konseling adalah mendengarkan.
5. Konseling dilaksanakan dalam suasana hubungan pribadi antara konselor, dan klien. Hasil pembicaraan itu bersifat rahasia.

2.7.3 Tujuan Konseling Kesehatan

Secara umum tujuan konseling kesehatan ialah memberikan informasi tentang kesehatan dan perawatan secara benar dan proposional. Konseling kesehatan juga membantu klien memperoleh identitas dirinya dalam pilihan perilaku dan sikap dalam pemberian perawatan, meningkatkan pengetahuan pengobatan yang benar serta mengurangi kecemasan yang dialami klien berkaitan dengan perilaku. Selain itu, konseling kesehatan menghasilkan perubahan kebiasaan dan perilaku yang bertanggung jawab dan mengajarkan keterampilan membuat keputusan (Graaf, 2022).

2.7.4 Proses Konseling Kesehatan

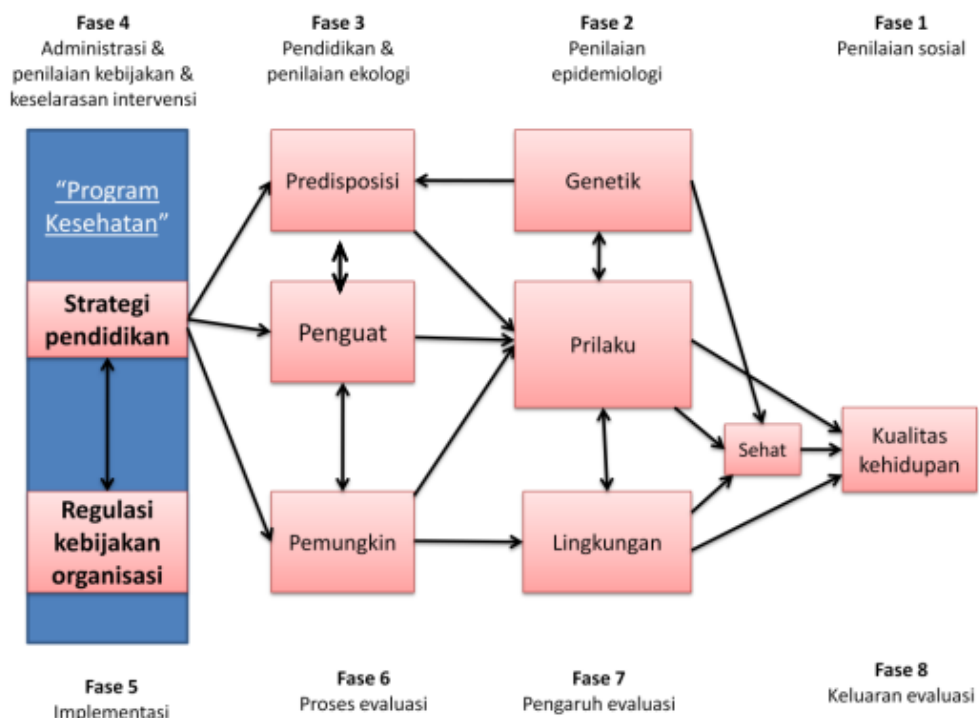
Tahapan proses pelaksanaan konseling kesehatan dengan klien individu maupun kelompok (Graaf, 2022).

1. Pembukaan, perkenalan antara konselor dan klien.
2. *Rapport* atau pendekatan kepada klien untuk mencairkan suasana sehingga klien merasa nyaman dalam mengemukakan masalah.

3. Penggalian masalah, meliputi latar belakang, situasi konflik, nilai-nilai yang dianut, pandangan terhadap konflik, dan usaha pemecahan masalah yang sudah maupun sedang dipertimbangkan untuk dilakukan.
4. Mendiskusikan alternatif solusi, yang diusahakan muncul dari klien dengan bantuan konselor, memberikan informasi mengenai kesehatan sesuai dengan kebutuhan klien.
5. Mengajak klien memilih alternatif solusi yang terbaik.
6. Penutup, merangkum hasil diskusi dengan klien, mengajak klien menentukan rencana selanjutnya dan memberikan dukungan bahwa klien mampu mengatasi masalahnya.

2.8 Teori Perilaku Lawrence Green

Dikutip dari Fertman pada tahun 2010 bahwa pendekatan terkenal untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam program promosi kesehatan adalah model *Precede-Proceed* yang dikemukakan oleh Green dan Kreuter pada tahun 1999. Bagian *Precede* (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) pada model (fase 1–4) berfokus pada perencanaan program dan bagian *proceed* (*Policy, Regulatory Organizational Construct in Educational and Environmental Development*) (fase 5–8) berfokus pada pelaksanaan dan evaluasi. Delapan fase dari model pedoman perencanaan dalam membuat program promosi kesehatan, dimulai dengan keluaran yang lebih umum dan berubah menjadi keluaran yang lebih spesifik. Pada akhirnya, membuat program, menghantarkan program dan mengevaluasi program.



Gambar 2.1 model *Precede-Proceed* (Alligod, 2015)

1. Fase 1: Penilaian Sosial Dalam fase ini, program menyortir kualitas dari hasil keluaran secara spesifik, indikator utama penilaian sosial dari kesehatan dalam populasi spesifik (contohnya derajat kemiskinan, rata-rata kriminalitas atau tingkat pendidikan yang rendah) yang berefek kepada kesehatan dan kualitas hidup.
2. Fase 2: Penilaian Epidemiologi Dalam fase kedua, setelah spesifik masalah sosial yang berkaitan dengan buruknya kualitas kehidupan dalam fase pertama, selanjutnya program mengidentifikasi masalah kesehatan atau faktor lain yang berperan dalam perburukan kualitas hidup. Masalah kesehatan akan dianalisis berdasarkan dua faktor: hubungan masalah kesehatan dengan indikator sosial di dalam penilaian sosial dan menerima untuk merubah masalah kesehatan yang ada. Setelah prioritas utama masalah kesehatan

stabil, selanjutnya mengidentifikasi dari determinan yang mengarah pada munculnya masalah kesehatan. Langkah selanjutnya dalam penilaian ini adalah akan mengidentifikasi penyebab utama dari penyakit tersebut, seperti faktor lingkungan (contohnya racun, kondisi kerja yang penuh tekanan atau kondisi pekerjaan yang tidak terkontrol), faktor perilaku (contohnya sedikitnya aktivitas fisik, diet yang buruk, merokok atau konsumsi alkohol) dan faktor genetik (contohnya riwayat keluarga). Pentingnya perubahan data akan dianalisis dan kemudian satu atau beberapa dari faktor resiko ini akan dipilih menjadi fokus. Untuk melengkapi fase ini, tujuan status kesehatan, perilaku objektif dan lingkungan objek akan disusun.

3. Fase 3: Penilaian Pendidikan dan Ekologis Fokus dalam fase 3 berganti menjadi faktor mediasi yang membantu atau menghindarkan sebuah lingkungan positif atau perilaku positif. Faktor-faktor ini dikelompokkan kedalam tiga kategori: faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat (Green dan Kreuter, 2005). Faktor predisposisi adalah faktor yang dapat mendukung atau mengurangi untuk memotivasi perubahan, seperti sikap dan pengetahuan. Faktor pemungkin adalah faktor yang dapat mendukung atau mengurangi dari perubahan, seperti sumber daya atau keahlian. Faktor penguat adalah faktor yang dapat membantu melanjutkan motivasi dan merubah dengan memberikan umpan balik atau penghargaan. Faktor-faktor ini dianalisis berdasarkan kepentingannya, perubahan dan kemungkinan (adalah, seberapa banyak faktor yang mungkin dapat dimasukkan dalam sebuah program). Faktor-faktor kemudian dipilih untuk

disajikan sebagai dasar untuk pengembangan program dan keobjektifitasan pendidikan yang telah disusun.

4. Fase 4: Administrasi dan Penilaian Kebijakan dan Keselarasan Intervensi
Pada fase ini berisi tentang upaya untuk memperbaiki status kesehatan yang dapat didukung atau dihambat oleh peraturan dan kebijakan yang ada. Sehingga dapat dilihat bahwa fokus utama dalam administrasi dan penilaian kebijakan dan keselarasan intervensi dalam fase ke empat adalah pemastian kenyataan, untuk meyakinkan bahwa ini ada dalam aturan (sekolah, tempur kerja, organisasi pelayanan kesehatan atau komunitas) semua dukungan yang memungkinkan, pendanaan, kepribadian, fasilitas, kebijakan dan sumber daya lainnya akan ditampilkan untuk mengembangkan dan pelaksanaan program.
5. Fase 5: Implementasi atau Pelaksanaan Penyampaian program terjadi selama fase 5 dan proses evaluasi (fase 6), dalam fase evaluasi yang pertama terjadi secara simultan dengan pelaksanaan program.
6. Fase 6: Proses Evaluasi Proses evaluasi adalah sebuah evaluasi yang formatif, sesuatu yang muncul selama pelaksanaan program. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif untuk menilai program yang sudah berjalan berkualitas. Pencapaian pendidikan dari tujuan juga diukur dalam fase ini.
7. Fase 7: Pengaruh Evaluasi Fokus dalam fase ini adalah evaluasi sumatif, yang diukur setelah program selesai, untuk mencari tahu pengaruh intervensi dalam perilaku atau lingkungan. Waktunya akan bervariasi mulai dari sesegera mungkin setelah selesai dari menyelesaikan aktivitas intervensi sampai beberapa tahun kemudian.

8. Fase 8: Hasil atau Keluaran Evaluasi Fokus dari fase evaluasi terakhir sama dengan fokus ketiga semua proses berjalan – indikator evaluasi dalam kualitas hidup dan derajat kesehatan

Green juga menyatakan bahwa Perilaku dipengaruhi dan dibentuk atau ditentukan oleh delapan fase, namun dalam penelitian ini lebih difokuskan dalam fase 3. Didalam fase 3 terdapat beberapa faktor yang dikelompokkan dalam tiga kategori, (Green & Kreuter,2005) yaitu:

1. *Predisposing factors* (faktor predisposisi) dapat berupa : pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai, sosio ekonomi, umur, jenis kelamin dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu
2. *Enabling factors* (faktor pemungkin) dapat terwujud dalam bentuk ketersediaan sumber daya, biaya, aksesibilitas, rujukan, aturan/hukum, keterampilan, perilaku petugas kebersihan, perilaku pihak pengelola pasar, sumber daya atau keahlian dll.
3. *Reinforcing factors* (faktor penguat) yang terdapat pada lingkungan secara fisik yaitu: perilaku petugas, teman, parents, pengusaha, dll.

2.9 Hubungan antar konsep

Edukasi merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu penderita hipertensi baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat sebagai perawat pendidik. Merubah gaya hidup yang sudah menjadi kebiasaan seseorang membutuhkan suatu proses yang tidak mudah. Untuk merubah perilaku ada beberapa faktor yang sangat mempengaruhi salah satunya adalah pengetahuan seseorang tentang objek baru tersebut. Diharapkan

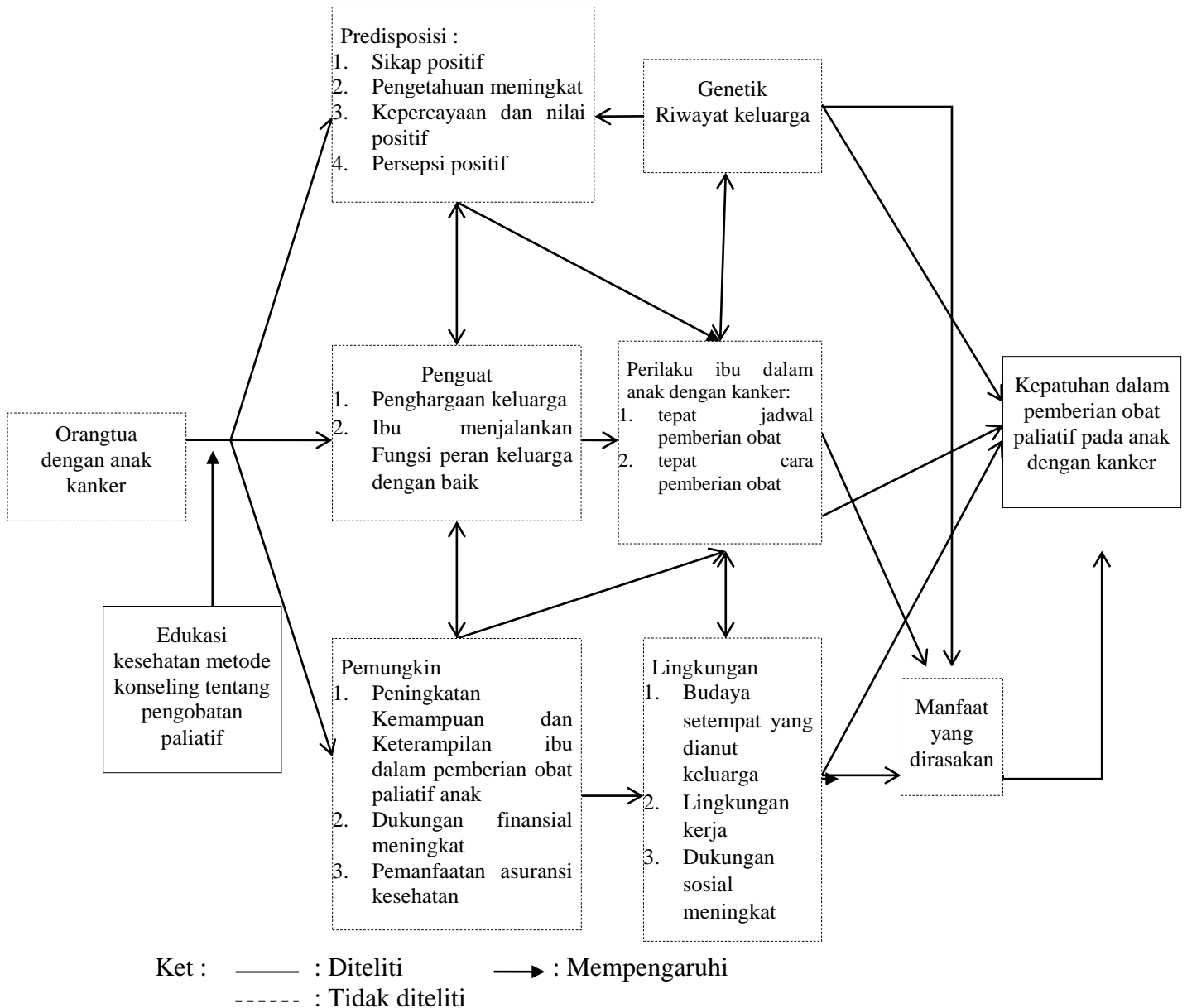
dengan baiknya pengetahuan seseorang terhadap objek baru dalam kehidupannya maka akan lahir sikap positif yang nantinya kedua komponen ini menghasilkan tindakan yang baru yang lebih baik. Dengan mendapatkan informasi yang benar, diharapkan orangtua mendapat bekal pengetahuan yang cukup sehingga dapat meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan anak dengan LLA.

Hal ini tidak lepas dari peran perawat mempunyai peran yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tappen (2019), menyatakan bahwa salah satu peran penting seorang perawat adalah sebagai educator. Perawat harus mampu memberikan pendidikan kesehatan pada penderita hipertensi dalam hal pencegahan penyakit pemulihan penyakit dan memberikan informasi yang tepat tentang kesehatan.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak kanker di IRNA ANAK Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Gambar 3.1 Menjelaskan tentang kerangka konseptual pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak kanker di IRNA ANAK Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya. Pendekatan untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam program promosi kesehatan adalah model *Precede-Proceed*. Bagian *Precede (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation)* pada model berfokus pada perencanaan program dan bagian *proceed (Policy, Regulatory Organizational Construct in Educational and Environmental Development)* berfokus pada pelaksanaan dan evaluasi. Pemberian edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling mampu meningkatkan pengetahuan dan sikap positif serta dukungan keluarga dan nakes sehingga dapat merubah perilaku orangtua dalam pengobatan pada anak dengan LLA. Perilaku orangtua di wujudkan dalam kepatuhan pemberian obat paliatif sehingga tidak terjadi nyeri pada anak dan kualitas hidup meningkat. Interaksi antara perawat dan keluarga akan menghasilkan rencana kegiatan yang di susun dalam edukasi pengobatan paliatif secara konseling kepada orang tua yang akan dilakukan selama anak dirawat di RS. Pelaksanaan rencana tindakan tersebut antara lain perilaku ibu dalam melakukan pemberian obat paliatif sesuai jadwal dan tepat cara pemberian.

3.2 Hipotesis

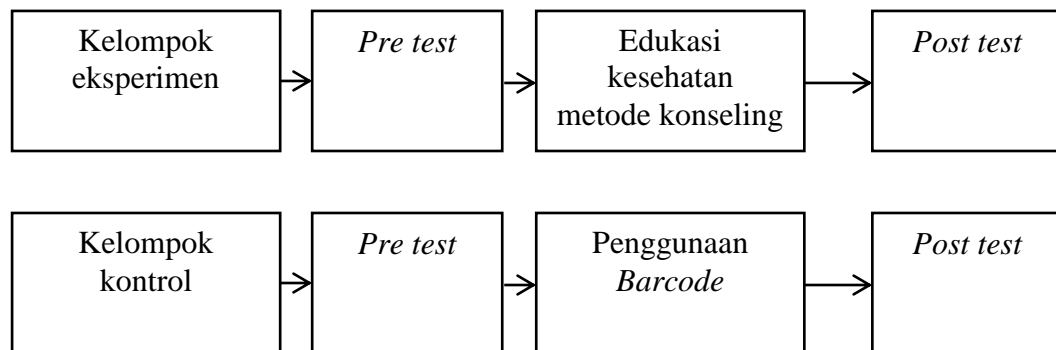
Ada Pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak leukemia limfoblastik akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya

BAB 4

METODE PENELITIAN

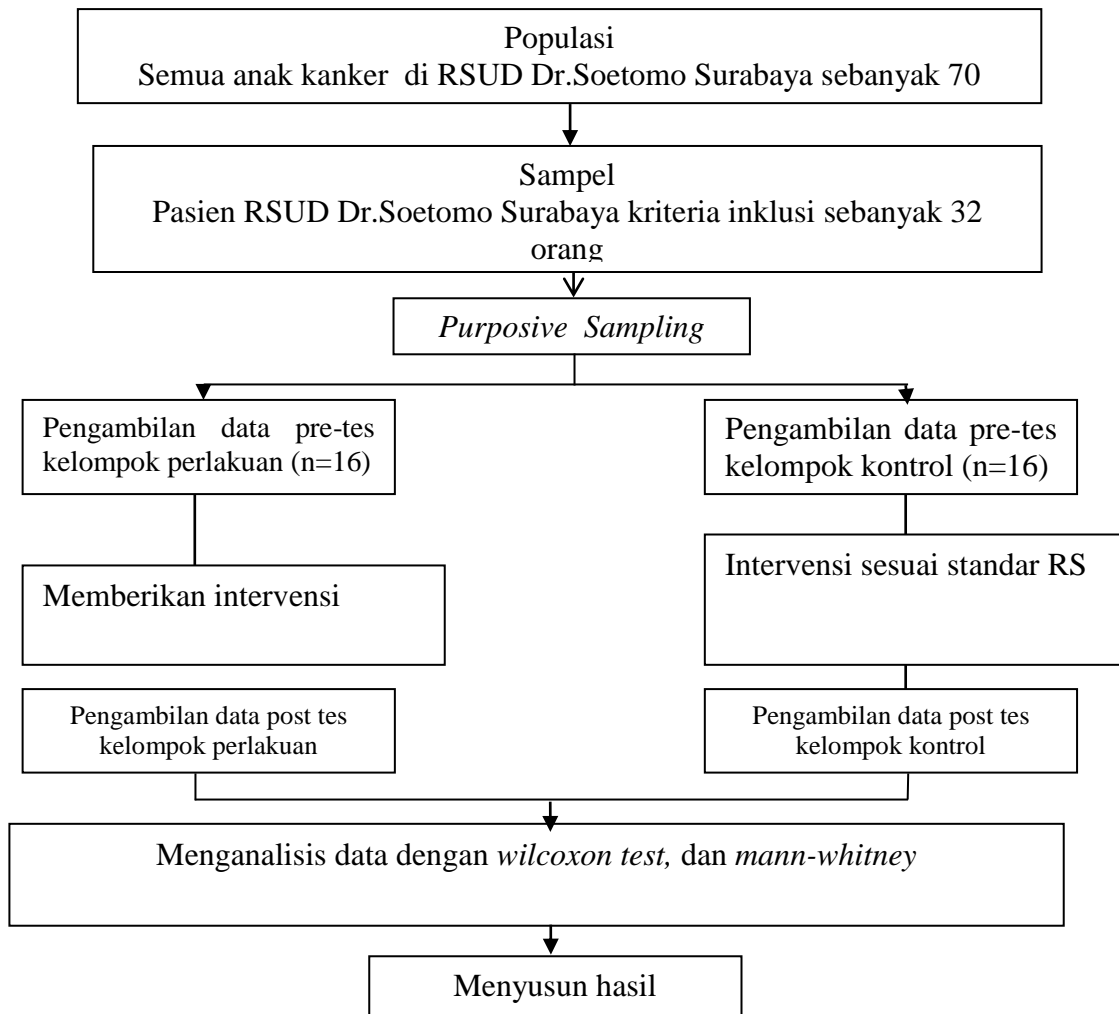
4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dan merupakan penelitian *pra experimental* dengan *Non Equivalent Control Group* yaitu suatu kelompok eksperimen yang tidak dipilih secara random atau acak. yang bertujuan untuk menjelaskan pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di IRNA ANAK RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Rancangan penelitian *quasi experimental* berupaya untuk mengungkapkan pengaruh dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok eksperimen (Nursalam, 2020). Berikut ini merupakan gambar dari rancangan penelitian yang akan dilakukan, yaitu:



Gambar 4.1 Rancangan Penelitian *pre Experimental*

4.2 Kerangka kerja



Gambar 4.2 Kerangka operasional penelitian

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Lokasi untuk penelitian ini adalah di Irna Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai tanggal Januari 2024.

4.4 Populasi , Sampel dan Sampling

4.4.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu (Nursalam, 2020). Populasi pada penelitian ini adalah Ibu dengan anak kanker yang menjalani pengobatan paliatif di IRNA anak sekitar 70 orang.

4.4.2 Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2020). Sampel adalah sebagian populasi yang akan diteliti. Sampel dalam penelitian ini didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu:

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2020).

Kriteria inklusi pada penelitian ini, yaitu:

- a. Ibu dengan anak kanker yang menjalani pengobatan paliatif
- b. Ibu yang melakukan perawatan langsung anak kanker
- c. Ibu yang tinggal serumah dengan anak

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini, yaitu:

- a. Ibu tidak komunikatif
- b. Ibu dengan anak yang komplikasi

4.4.3 Sampling

Teknik sampling menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Alasan menggunakan teknik *purposive sampling* ini karena sesuai untuk digunakan untuk penelitian kuantitatif, atau penelitian-penelitian yang tidak melakukan generalisasi

4.4.4 Besar sampel

perhitungan besar sample menggunakan rumus 2 inferensial sebagai berikut:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{70 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (70 - 1) + ((1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5)}$$

$$n = \frac{67,221}{4,41} = 15,3 = 15 \text{ responden}$$

Keterangan:

- n = perkiraan besar sampel
- N = perkiraan besar populasi
- Z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)
- P = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%
- q = $1 - p$ (100% - p)
- d = Tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$).

$$\text{Risiko drop out} = (10\% \times 15) + 15 = 1,5 + 15 = 16,5 = 16$$

Dengan 16 pasien sebagai kelompok intervensi, dan 16 pasien sebagai kelompok kontrol.

4.5 Variabel Penelitian

4.5.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling.

4.5.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional bertujuan untuk menciptakan variabel yang jelas dan terukur, serta memudahkan pembaca untuk mengartikan variabel dalam penelitian.

Tabel 4.1 Definisi operasional pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di IRNA ANAK RSUD Dr. Soetomo.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala Data	Skor
Independen edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling	Pemberian edukasi dan pengetahuan pada ibu yang merawat anak dengan pengobatan paliatif dengan menggunakan pendekatan konseling	1. Pengertian pengobatan paliatif 2. Jenis obat-obatan 3. Cara pemberian 4. Jadwal pemberian	SAK/ Booklet	-	-
kepatuhan pemberian obat pada anak Ila	Ketepatan orantua dalam memberikan obat kepada anak yang menjalani pengobatan paliatif	1. tepat jadwal pemberian obat 2. tepat cara pemberian obat	Lembar observasi	Ordinal	1. Kepatuhan tinggi apabila nilai diatas 70% 2. kepatuhan sedang apabila nilai 40-70% 3. kepatuhan rendah apabila nilai 10-39% 4. tidak patuh apabila nilai dibawah 10%

4.7 Instrumen Penelitian

1. Data Demografi

Terdiri dari 6 pertanyaan: nama responden (inisial), umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, nomor telepon (dirahasiakan).

2. Lembar observasi

Lembar observasi berisi tentang jadwal pemberian obat yang akan diisi oleh responden dengan mengisi waktu pemberian. Jika diisi sesuai jadwal pada itu hari maka point yang diberikan adalah 10% akan tetapi jika pemberian diisi tidak sesuai jadwal maka akan diberi point 5% hingga hari terakhir.

4.8 Pengumpulan Dan Pengambilan Data

1. Langkah pertama dalam penelitian ini adalah merupakan tahapan administrasi berupa permohonan rekomendasi penelitian dari stikes hangtuah surabaya .Selanjutnya surat rekomendasi ditujukan kepada Direktur RSUD Dr. Soetomo untuk proses administrasi permohonan izin tempat penelitian.
2. Direktur RSUD Dr. Soetomo meneruskan surat izin penelitian kepada litbang untuk mengkaji kelayakan etik penelitian. Peneliti mengikuti langkah prosedur uji kelayakan etik berupa pembimbingan penelitian yang ditunjuk oeh Litbang untuk membimbing proses penelitian. Penelitian ini dilakukan monitoring dan evaluasi aktif karena ada inervensi yang ditujukan kepada keluarga pasien.
3. Setelah mendapatkan persetujuan etik, peneliti melanjutkan tahapan ke kepala instalasi rawat inap anak dengan tembusan ke kepala ruangan.
4. Proses awal pengumpulan data dilakukan berupa menyeleksi calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi. Hasil pengumpulan data yang mengacu pada kriteria penelitian didapatkan sejumlah 26 responden untuk kelompok kontrol dan perlakuan. Sebelum melakukan intervensi peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan kontrak waktu penelitian sekaligus meminta pesetujuan dari responden, penelitian dengan meminta tanda tangan kesediaan menjadi responden. Seluruh responden telah mengisi informed consent dengan lengkap serta dibubuhkan tanda tangan saksi penelitian yakni perawat yang bertugas di ruangan.

5. Penelitian menggunakan total sampling yang terdiri dari dua kelompok yaitu perlakuan dan kontrol.
6. Selanjutnya peneliti membagikan kuesioner kepatuhan kepada responden secara individu, sebelum dilakukan intervensi, peneliti menyakinkan kepada responden bahwa penelitian ini sangat dirahasiakan sehingga ketika mengisi lembar observasi diminta untuk tidak menutupi kondisi yang sebenarnya dirahasiakan oleh responden.

4.9 Analisa Data

Analisis statistik, yaitu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik (Nursalam, 2020).

1. Analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase variabel. Data yang dianalisis dalam univariat adalah kepatuhan, usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama sakit.
2. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat perbedaan nilai rata-rata setiap variabel dependen antara kedua kelompok. Tujuan untuk menganalisis perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan. Uji *Mann Whitney* digunakan mengetahui perbedaan median dua kelompok bebas skala data variabel terikatnya adalah ordinal, interval/ rasio tetapi tidak berdistribusi normal. Sedangkan untuk menganalisis sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan perlakuan. Bila distribusi tidak normal maka menggunakan wilcoxon. Uji statistik tersebut digunakan untuk melihat perbedaan rata-rata dari pengaruh edukasi pengobatan paliatif secara konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak kanker di IRNA ANAK RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.10 Etik Penelitian

4.10.1 Lembar persetujuan (*informed consent*)

Peneliti memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian kepada responden. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembaran persetujuan untuk menjadi responden. Responden yang bersedia menjadi subjek dalam penelitian, diminta untuk menandatangani lembar *Informed consent*. Responden berhak tidak bersedia untuk mengikuti kegiatan penelitian dan tidak ada paksaan dalam kegiatan tersebut.

4.10.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Pada penelitian ini, responden tidak mencantumkan nama, hanya ditulis nomor responden agar privasi responden tetap terjaga.

4.10.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada 25 Januari 2024 dan didapatkan 32 responden. Pada bagian hasil diuraikan data umum penelitian, tempat penelitian dan data khusus. Data umum meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama menderita sakit, jumlah anak. Sedangkan data khusus meliputi kepatuhan pemberian obat

5.1.1 Gambaran umum tempat penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya merupakan rumah sakit kelas A yang berdiri di atas tanah dengan luas 163.875 m² dan luas bangunan 98.121 m². RSUD Dr. Soetomo tidak hanya untuk melayani pengobatan, melainkan juga sebagai rumah sakit pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk wilayah Timur. Hal ini sesuai dengan SK. Menkes 51/Menkes/SK/1179 RSUD Dr. Soetomo.

Tahun 2012 - Saat ini RSUD Dr. Soetomo menempati lahan seluas 163.875 m² dengan kapasitas tempat tidur (TT) 1.449, terdiri dari :Graha Amerta (123 TT), Ruangannya (1209 TT), IRD (88 TT), GBPT (29 TT). Jumlah total tenaga RSUD dr Soetomo sejumlah 4854 orang yang terdiri dari tenaga tetap/PNS sebanyak 2352 (48,45%), tenaga BLUD non PNS sebanyak 1862 (38,36%), outsourcing security 58 orang (1,19%), outsourcing cleaning service sejumlah 445 orang (9,17%), tenaga kerja khusus 120 orang (2,47%), tenaga sukarelawan 15 orang (0,31%) dan tenaga ahli 2 orang (0,04%).

Pelayanan medis terdiri dari : Instalasi anestesi dan reanimasi, Instalasi Bedah Pusat, Instalasi Diagnostik Intervensi Kardiovaskular, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Gigi dan Mulut, Instalasi Graha Amerta, Instalasi Hemodialisis, Instalasi Invasif Minimal Urogenital, Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri, Instalasi Perawatan Intermediate dan Penyakit Infeksi, Instalasi Rawat Inap Anak, Instalasi Rawat Inap Bedah, Instalasi Rawat Inap Medik, Instalasi Rawat Inap Jiwa, Instalasi Rawat Inap Obstetri dan Ginekoogi, Instalasi Rawat Intensif dan Reanimasi, Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Pusat Jantung Terpadu.

VISI RSUD Dr Soetomo Surabaya adalah “menjadi rumah sakit tersier yang terpercaya, aman, bermutu tinggi dan mandiri”, Sedangkan MISI dari RSUD Dr Soetomo adalah :

1. Menyelenggarakan pelayanan dan jejaring pelayanan sebagai rumah sakit rujukan tersier yang aman, bermutu tinggi dan terjangkau
2. Menyelenggarakan Pendidikan dan penelitian tenaga kesehatan yang berintegritas tinggi, professional, inovatif dan melakukan jejaring Pendidikan penelitian yang terintegrasi (*Academic Health Care*), pusat pengembangan bidang kesehatan yang bermutu tinggi serta mewujudkan sumber daya manusia (SDM) yang handal
3. Mewujudkan kehandalan sarana dan prasarana penunjang pelayanan yang terstandar serta lingkungan kerja yang aman dan nyaman
4. Menyelenggarakan tata kelola organisasi yang terintegrasi, efektif, efisien dan akuntabel

5.1.2 Gambaran umum subyek penelitian

Subyek penelitian ini adalah ibu dengan anak LLA yang menjalani pengobatan berjumlah 32 responden yang terbagi menjadi 2 kelompok. Data umum didapatkan setelah responden mengisi kuesioner yang diberikan selama penelitian.

5.1.3 Data umum hasil penelitian

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama menderita sakit, jumlah anak

1. Karakteristik responden berdasarkan usia ibu

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia ibu tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Kategori	Usia	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
	17-25 tahun	1	6.3	3	18.8
	26-35 tahun	6	37.5	6	37.5
	36-45 tahun	9	56.3	7	43.8
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.1 menjelaskan bahwa responden dengan rentang usia 17 -25 tahun pada kelompok perlakuan sebanyak 6.3%, dan usia 26-35 tahun pada kedua kelompok adalah sama yaitu 37.5%. sedangkan kelompok usia 36-45 tahun pada kelompok perlakuan 56.3% dan kontrol 43.8%.

2. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan ibu

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan ibu tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Pendidikan		Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Kategori	Tidak sekolah	0	0	0	0
	SD	0	0	0	0
	SMP	3	18.8	7	43.8
	SMA	8	50.0	7	43.8
	Perguruan tinggi	5	31.3	2	12.5
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.2 menjelaskan bahwa pendidikan ibu SMP sederajat pada kelompok perlakuan sebanyak 18.8%, dan kelompok kontrol 43.8%. Pendidikan SMA pada kelompok perlakuan yaitu 50% sedangkan kelompok kontrol 43,8%. Sedangkan pendidikan perguruan tinggi kelompok perlakuan 31.3% dan kontrol 12.5%.

3. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu

Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Pekerjaan Ibu		Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Kategori	Swasta	7	43.8	6	37.5
	PNS	4	25.0	9	56.3
	IRT	5	31.3	1	6.3
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.3 menjelaskan bahwa pekerjaan ibu sebagai pegawai swasta pada kelompok perlakuan sebanyak 43,8%, dan kelompok kontrol 37.5%. PNS pada kelompok perlakuan yaitu 25% sedangkan kelompok kontrol 56%. Sedangkan sebagai IRT kelompok perlakuan 31.3% dan kontrol 6.3%.

4. Karakteristik responden berdasarkan pendapatan keluarga

Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan pendapatan keluarga tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Penghasilan keluarga		Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Kategori	< 1 jt	0	0	0	0
	1jt-3 jt /bulan	9	56.3	3	18.8
	> 3jt / bulan	7	43.8	13	81.3
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.4 menjelaskan bahwa pendapatan keluarga <1 jt pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tidak ada. 1-3jt pada kelompok perlakuan yaitu 56.3% sedangkan kelompok kontrol 18.8%. Sedangkan > 3 jt kelompok perlakuan 43.8% dan kontrol 81.3%.

5. Karakteristik responden berdasarkan jumlah anak

Tabel 5.5 Karakteristik responden berdasarkan jumlah anak tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Jumlah anak		Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
Kategori	1	0	0	6	37.5
	2	5	31.3	3	18.8
	>2	11	68.8	7	43.8
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.5 menjelaskan bahwa jumlah anak 1 pada kelompok perlakuan tidak ada dan kelompok kontrol 37.5%. Jumlah anak 2 pada kelompok perlakuan yaitu 31.3% sedangkan kelompok kontrol 18.8%. Sedangkan > 2 kelompok perlakuan 68.8% dan kontrol 43.8%.

6. Karakteristik responden berdasarkan usia anak

Tabel 5.6 Karakteristik responden berdasarkan usia anak tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Kategori	Usia	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
	1-5 tahun	13	81.3	7	43.8
	6-10 tahun	3	18.8	8	50.0
	11-15 tahun	0	0	1	6.3
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.6 menjelaskan bahwa usia anak berada pada rentang 1 -5 tahun pada kelompok perlakuan sebanyak 81.3%, dan kelompok kontrol 43.8%. Usia 6-10 tahun pada kelompok perlakuan yaitu 18.8% sedangkan kelompok kontrol 50%. sedangkan kelompok usia 11-15 tahun pada kelompok perlakuan tidak ada dan kontrol 6.3%.

7. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan anak

Tabel 5.7 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan anak tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Kategori	Pendidikan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
	Tidak sekolah	0	0	0	0
	TK	13	81.3	7	43.8
	SD	3	18.8	8	50.0
	SMP	0	0	1	6.3
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.7 menjelaskan bahwa pendidikan anak TK sederajat pada kelompok perlakuan sebanyak 81.3%, dan kelompok kontrol 50%. Pendidikan SD pada kelompok perlakuan yaitu 18.8% sedangkan kelompok kontrol 43,8%. Sedangkan pendidikan SMP kelompok perlakuan tidak ada dan kontrol 6.3%.

8. Karakteristik responden berdasarkan lama menderita sakit

Tabel 5.8 Karakteristik responden berdasarkan lama menderita sakit tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Lama menderita sakit	Kategori	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
		Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Presentase
	< 1tahun	2	12.5	1	6.3
	1-3 tahun	3	18.8	9	56.3
	> 3 Tahun	11	68.8	6	37.5
	Total	16	100.0	16	100.0

Tabel 5.8 menjelaskan bahwa lama menderita sakit < 1 tahun pada kelompok perlakuan 12.5% dan kelompok kontrol 6.3%. 1-3tahun pada kelompok perlakuan yaitu 18.8% sedangkan kelompok kontrol 56.3%. Sedangkan > 3 tahun kelompok perlakuan 68.8% dan kontrol 37.5%.

9. Karakteristik responden berdasarkan kepatuhan dalam perhitungannya kuesioner

Tabel 5.9 Karakteristik responden berdasarkan kuesioner kepatuhan tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo

Kepatuhan	Kategori	Kelompok Perlakuan				Kelompok kontrol			
		Pre		Post		Pre		Post	
		f	%	F	%	F	%	F	%
Kate gori	Kepatuhan tinggi	2	12.5	6	37.4	2	12.5	3	18.8
	Kepatuhan sedang	9	56.2	8	50.1	9	56.2	10	62.5
	Kepatuhan rendah	5	31.3	2	12.5	5	31.3	3	18.8
	Total	16	100	16	100	16	100	16	100

Tabel 5.9 menjelaskan bahwa kepatuhan pada kelompok perlakuan sebagai besar dalam kategori sedang sebelum (56.2%) dan sesudah intervensi (50.1%). Begitupun pada kelompok kontrol yaitu 56.2 % dan 62.5%.

10. Distribusi jawaban responden berdasarkan kepatuhan dengan kuesioner pada kelompok perlakuan

Tabel 5.10 Distribusi jawaban responden berdasarkan kuesioner tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo kelompok perlakuan

No	Pertanyaan	Jawaban "Ya"			
		Sebelum		Sesudah	
		f	%	f	%
1	Apakah anda pernah lupa meminumkan obat pada anak?	4	25	0	0
2	Apakah pernah dengan sengaja tidak meminumkan obat?	0	0	0	0
3	Pernahkah melakukan pengurangan atau pemberhentian minum obat tanpa memberitahu dokter ?	0	0	0	0
4	Ketika merasa tidak ada gejala, pernahkah berhenti meminumkan obat?	16	100	0	0
5	Apakah pernah terlewat jam pemberian obat anak?	15	93.75	7	43.75
6	Apakah merasa terganggu dengan pemberian obat anak yang terjadwal?	4	25	4	25
7	Pernahkah kesulitan meminumkan obat yang berbagai macam?	11	68.75	11	68.75
8	Apabila anak menolak minum obat, apakah obat tetap diberikan?	0	0	0	0

Berdasarkan distribusi jawaban responden ditemukan bahwa sebelum perlakuan ditemukan 100% responden menjawab ya pada pertanyaan no.4. Jawaban pertanyaan no.5 ditemukan 93.75%. Pada pertanyaan no. 7 ditemukan 68.75% jawaban ya. Setelah dilakukan perlakuan ditemukan pertanyaan no.4 menjadi 0 sehingga dapat dikatakan bahwa terjadi penurunan. Sedangkan pada pertanyaan no. 5 terjadi penurunan menjadi 43.75%.

11. Distribusi jawaban responden berdasarkan kepatuhan dengan kuesioner pada kelompok kontrol

Tabel 5.11 Distribusi jawaban responden berdasarkan kuesioner tanggal 25 Januari 2024 di ruang IRNA Anak RSUD Dr Soetomo kelompok kontrol

No	Pertanyaan	Jawaban “Ya”			
		Sebelum		Sesudah	
		f	%	f	%
1	Apakah anda pernah lupa meminumkan obat pada anak?	6	37.5	6	37.5
2	Apakah pernah dengan sengaja tidak meminumkan obat?	5	31.25	5	31.25
3	Pernahkah melakukan pengurangan atau pemberhentian minum obat tanpa memberitahu dokter ?	0	0	4	25
4	Ketika merasa tidak ada gejala, pernahkah berhenti meminumkan obat?	16	100	13	81.25
5	Apakah pernah terlewat jam pemberian obat anak?	15	93.75	14	87.5
6	Apakah merasa terganggu dengan pemberian obat anak yang terjadwal?	4	25	4	25
7	Pernahkah kesulitan meminumkan obat yang berbagai macam?	11	68.75	11	68.75
8	Apabila anak menolak minum obat, apakah obat tetap diberikan?	7	43.5	5	31.25

Berdasarkan distribusi jawaban responden ditemukan bahwa sebelum perlakuan ditemukan 100% responden menjawab ya pada pertanyaan no.4. Jawaban pertanyaan no.5 ditemukan 93.75%. Pada pertanyaan no. 7 ditemukan 68.75% jawaban ya. Setelah dilakukan perlakuan ditemukan pertanyaan no.4 menjadi 81.25% sehingga dapat dikatakan bahwa terjadi penurunan. Pertanyaan no.5 ditemukan penurunan pada 1 responden. Pertanyaan no.7 pre dan post tidak mengalami perubahan dan pertanyaan no.8 hanya terjadi penurunan 2 responden.

5.1.4 Data khusus hasil penelitian

1. Kepatuhan pemberian obat sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada kelompok perlakuan.

Tabel 5.12 Distribusi frekuensi kepatuhan pemberian obat paliatif sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan Januari 2024

Kepatuhan		Kelompok Perlakuan			
		Pre		Post	
		f	%	f	%
Kategori	Kepatuhan tinggi	2	12.5	6	37.5
	Kepatuhan sedang	10	62.5	8	50.0
	Kepatuhan rendah	4	25.0	2	12.5
	Total	16	100	16	100

Tabel 5.12 menjelaskan bahwa kepatuhan responden sebagian besar dalam kategori sedang atau 62.5% . Sebagian kecil ditemukan dalam kategori tinggi atau 12.5% dan hampir setengahnya dalam kategori rendah atau 25%. Setelah dilakukan perlakuan ditemukan setengahnya dalam kategori sedang atau 50% dan hampir setengahnya atau 37.5% dalam kategori tinggi. Sedangkan pada kategori rendah hanya sebagian kecil atau 12.5%.

Tabel 5.13 Distribusi nilai *mean*, *std deviation*, *minimum* dan *maximum* sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan Januari 2024

	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Kepatuhan Pre	16	59.38	16.520	25	85
Kepatuhan Post	16	87.81	10.641	65	100

Berdasarkan tabel 5.13 ditemukan bahwa nilai rerata kepatuhan sebelum perlakuan ditemukan 59.38 atau dalam kategori sedang. Sedangkan setelah perlakuan ditemukan 87.81 atau dalam kategori baik. Nilai std deviation sebelum perlakuan ditemukan 16.520 dan setelah perlakuan 10.641. Nilai minimum sebelum perlakuan ditemukan 25 atau dalam kategori kurang sedangkan nilai maksimum 85 atau dalam kategori baik. Nilai minimum setelah perlakuan

ditemukan 65 atau dalam kategori sedang sedangkan nilai maksimum 100 atau dalam kategori baik.

Tabel 5.14 Uji normalitas data sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan Januari 2024

	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Kepatuhan Pre	0.964	16	0.038
Kepatuhan Post	0.811	16	0.004

Berdasarkan tabel 5.14 ditemukan bahwa data pre dan post berdistribusi tidak normal atau kepatuhan pada pre 0.038 dan post 0.004.

2. Kepatuhan pemberian obat sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada pada kelompok kontrol.

Tabel 5.15 Distribusi frekuensi kepatuhan pemberian obat paliatif sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok kontrol Januari 2024

Kepatuhan		Kelompok kontrol			
		Pre		Post	
		f	%	f	%
Kategori	Kepatuhan tinggi	5	6.3	3	18.8
	Kepatuhan sedang	7	43.8	10	62.5
	Kepatuhan rendah	4	25.0	3	18.8
	Total	16	100	16	100

Tabel 5.15 ditemukan bahwa responden hampir setengahnya memiliki kepatuhan dalam kategori sedang atau 43.8%. Hampir setengahnya dalam kategori rendah atau 25% dan sebagian kecil dalam kategori tinggi atau 6.3%. setelah perlakuan ditemukan sebagian besar dalam kategori sedang atau 62.5% . pada kategori tinggi dan rendah memiliki jumlah yang sama atau 18%.

Tabel 5.16 Distribusi nilai *mean*, *std deviation*, *minimum* dan *maximum* sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok kontrol Januari 2024

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Kepatuhan Kontrol	Pre	16	54.69	16.378	30	90
Kepatuhan Kontrol	Post	16	54.69	15.755	35	90

Berdasarkan tabel 5.16 ditemukan bahwa nilai rerata kepatuhan sebelum perlakuan ditemukan 54.69 atau dalam kategori sedang. Sedangkan setelah perlakuan masih tetap. Nilai std deviation sebelum perlakuan ditemukan 16,378 dan setelah perlakuan 15,755. Nilai minimum sebelum perlakuan ditemukan 30 atau dalam kategori kurang sedangkan nilai maksimum 90 atau dalam kategori baik. Nilai minimum setelah perlakuan ditemukan 35 atau dalam kategori sedang sedangkan nilai maksimum 90 atau dalam kategori baik.

Tabel 5.17 Uji normalitas data sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok kontrol Januari 2024

	Statistic	df	Sig.
Kepatuhan Pre Kontrol	0.956	16	0.043
Kepatuhan Post Kontrol	0.905	16	0.006

Berdasarkan tabel 5.17 ditemukan bahwa data pre dan post berdistribusi tidak normal atau kepatuhan pada pre 0.043 dan post 0.006.

3. Pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Tabel 5.18 Uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* data sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan dan kontrol Januari 2024

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kelompok perlakuan	Negative Ranks	0 ^a	0.00	0.00
	Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
	Ties	1 ^c		
	Total	16		
Kelompok kontrol	Negative Ranks	1 ^d	4.00	4.00
	Positive Ranks	3 ^e	2.00	6.00
	Ties	12 ^f		
	Total	16		

Berdasarkan tabel 5.18 ditemukan bahwa nilai positive ranks kelompok perlakuan adalah 15 dan mean ranknya 8 dengan sum of ranks 120. Nilai ties pada kelompok perlakuan Ties menunjukkan nilai 1. Sedangkan pada kelompok kontrol ditemukan nilai positive ranks 3 dengan mean rank 2 dan sum of ranks 6. Nilai ties pada kelompok kontrol menunjukkan nilai 12.

Tabel 5.19 *Test statistic* data sebelum dan sesudah pemberian edukasi pada kelompok perlakuan dan kontrol Januari 2024

	Kepatuhan Post – Kepatuhan Pre	Kepatuhan Post Kontrol – Kepatuhan Pre Kontrol
Z	-3.415 ^b	-0.368 ^b
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	0.001	0.713

Berdasarkan tabel 5.19 ditemukan bahwa nilai Z pada kelompok perlakuan adalah -3,415 dan kelompok kontrol -0,368. Uji wilcoxon pada kelompok perlakuan ditemukan nilai 0.001 yang berarti bahwa edukasi kesehatan dengan

metode konseling berpengaruh terhadap kepatuhan responden. Sedangkan pada kelompok kontrol ditemukan nilai 0.713 yang berarti tidak ada pengaruh.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Kepatuhan Orang Tua Pemberian obat paliatif dengan anak Leukemia Limfoblastik Akut sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada kelompok perlakuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan ditemukan rerata dalam kategori sedang dan meningkat menjadi kepatuhan tinggi setelah dilakukan intervensi edukasi metode konseling. Sebuah studi yang dilakukan oleh Soleimani et al. (2019) menemukan bahwa kepatuhan pemberian obat pada anak kanker sebelum diberikan edukasi dan konseling metode konseling *cognitif-sosial* (CCS) adalah 55%. Setelah melakukan edukasi dan konseling metode CCS, kepatuhan pemberian obat meningkat menjadi 85%. Studi ini menunjukkan bahwa edukasi dan konseling metode CCS dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada anak kanker. Sebuah studi lain yang dilakukan oleh Yang et al. (2020) menemukan bahwa kepatuhan pemberian obat pada anak kanker sebelum diberikan edukasi dan konseling metode motivasi (M) adalah 61%. Setelah melakukan edukasi dan konseling metode M, kepatuhan pemberian obat meningkat menjadi 89%. Studi ini juga menunjukkan bahwa edukasi dan konseling metode M dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada anak kanker.

Sebelum dilakukan intervensi ditemukan bahwa responden sebagian besar tidak memberikan obat kepada anak dengan alasan anak sedang tidur dan tidak merasakan nyeri sehingga tidak diberikan pada anak. Selain itu ibu merasa khawatir akan efek samping obat yang diberikan pada anak. Sebuah studi yang

dilakukan oleh Siregar dan kollegen (2020) menemukan bahwa faktor yang paling sering dituduhkan oleh ibu sebagai alasan tidak memberikan obat kepada anak adalah kekhawatiran terhadap efek samping obat. Studi ini dilakukan pada 100 ibu yang membawa anak ke fasilitas kesehatan di Sumatera Utara, Indonesia. Hasil studi menunjukkan bahwa 49% dari ibu mengatakan bahwa mereka tidak memberikan obat kepada anak karena khawatir akan efek samping obat. Selain itu, 20% dari ibu mengatakan bahwa mereka merasa kesulitan dalam memberikan obat kepada anak, dan 15% dari ibu mengatakan bahwa anak sedang istirahat.

Setelah dilakukan intervensi terjadi perubahan pada kepatuhan pemberian obat pada anak. Berdasarkan hasil observasi, ditemukan bahwa ibu memberikan obat sesuai dengan dosis dan jadwal. Sebuah studi yang dilakukan oleh Sari et al. (2020) menemukan beberapa alasan utama mengapa ibu patuh memberikan obat kepada anak kanker. Studi ini melibatkan 100 ibu yang memiliki anak yang sedang menjalani terapi kanker di Rumah Sakit Dr. Sardjito, Yogyakarta, Indonesia. Hasil studi menunjukkan bahwa alasan utama ibu patuh memberikan obat adalah rasa tanggung jawab terhadap kesehatan anak (96%), kepercayaan terhadap dokter dan staff kesehatan (93%), kesadaran akan dampak buruk jika tidak menjalani terapi (90%), dorongan dari keluarga dan teman (87%), serta pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (83%).

Uji wilcoxon pada kelompok perlakuan antara pre dan post intervensi ditemukan nilai P value = 0.001 yang berarti bahwa edukasi metode konseling berpengaruh terhadap kepatuhan ibu dalam memberikan obat pada anak. Keberhasilan pemberian edukasi metode konseling dikarenakan responden sebagian besar berpendidikan SMA sehingga lebih mudah menerima informasi

dan dapat menentukan tindakan yang tepat dalam hal pengobatan pada anak. Selain itu pemberian konseling dilakukan di ruangan tertentu sehingga memberikan privasi pada responden untuk mengungkapkan hal-hal yang menjadi hambatan dalam pemberian obat pada anak dan menentukan langkah tepat dalam mengatasinya.

5.2.2 Kepatuhan Orang Tua Pemberian obat paliatif dengan anak Leukemia Limfoblastik Akut sebelum dan sesudah diberikan edukasi metode konseling pada kelompok kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi memiliki kepatuhan rerata dalam kategori sedang dan hanya 1 responden yang tingkat kepatuhannya tinggi. Setelah dilakukan intervensi hanya meningkat 3 responden yang memiliki kepatuhan tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Sulistyowati et al.,(2020) yang menemukan bahwa pada kelompok kontrol tidak ditemukan perbedaan signifikan pada pre dan post perlakuan pemberian edukasi terkait kepatuhan.

Kelompok kontrol diberikan barcode atau sesuai standart rumah sakit yaitu mengikuti penyuluhan dan anjuran dokter. Hal ini menyebabkan tidak ada peningkatan yang signifikan pada kepatuhan pemberian obat pada anak. Kepatuhan pemberian obat merupakan hal yang penting dalam terapi medik, terutama pada pasien dengan penyakit kronis seperti kanker. Namun, kepatuhan pemberian obat seringkali rendah dan tidak mencapai target yang diinginkan. Salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan pemberian obat adalah melalui edukasi pasien dan keluarga tentang penyakit, terapi, dan efek samping obat. Namun, beberapa studi menunjukkan bahwa edukasi tidak selalu meningkatkan kepatuhan pemberian obat.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Fathima et al. (2021) menemukan bahwa edukasi pasien tentang terapi kemoterapi tidak meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada pasien kanker payudara. Studi ini melibatkan 100 pasien yang dirandomisasi ke dua grup, yaitu grup edukasi dan grup kontrol. Grup edukasi mendapatkan sesi edukasi mengenai terapi kemoterapi, sementara grup kontrol tidak mendapatkan sesi edukasi. Hasil studi menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara kedua grup dalam hal kepatuhan pemberian obat.

Sebuah studi lain yang dilakukan oleh Al-Qadhi et al. (2020) menemukan bahwa edukasi pasien tentang penyakit dan terapi tidak meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada pasien kanker usus. Studi ini melibatkan 120 pasien yang dirandomisasi ke dua grup, yaitu grup edukasi dan grup kontrol. Grup edukasi mendapatkan sesi edukasi mengenai penyakit dan terapi, sementara grup kontrol tidak mendapatkan sesi edukasi. Hasil studi menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara kedua grup dalam hal kepatuhan pemberian obat.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa edukasi konvensional pasien tentang penyakit dan terapi tidak cukup untuk meningkatkan kepatuhan pemberian obat. Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan pemberian obat adalah sikap dan perilaku pasien, dukungan keluarga, dan faktor-faktor sosial dan ekonomi. Oleh karena itu, intervensi yang komprehensif dan multidisipliner yang mencakup faktor-faktor ini dapat lebih efektif dalam meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada pasien kanker.

5.2.3 Pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di irna anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh edukasi dengan metode konseling berdasarkan uji wilcoxon pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol tidak berpengaruh. Sebuah studi yang dilakukan oleh Sari et al. (2020) meneliti pengaruh edukasi terhadap kepatuhan pemberian obat kanker pada anak. Studi ini melibatkan 80 orang tua pasien kanker anak yang dibagi menjadi dua kelompok: kelompok edukasi dan kelompok kontrol. Kelompok edukasi menerima sesi edukasi mengenai penyakit kanker, terapi, dan cara memberikan obat secara benar. Kelompok kontrol tidak menerima sesi edukasi. Hasil studi menunjukkan bahwa kepatuhan pemberian obat kanker pada kelompok edukasi signifikan lebih tinggi daripada kelompok kontrol ($p < 0,001$). Dari hasil ini dapat disimpulkan bahwa edukasi terhadap orang tua pasien kanker anak dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat kanker pada anak.

Kelompok perlakuan dan kontrol dibedakan dalam hal pemberian intervensi. Kelompok perlakuan diberikan edukasi dengan metode konseling. Edukasi ini dilakukan selama 1x45 menit diruangan terpisah dari pasien dengan tujuan responden dapat mengungkapkan hal hal yang menjadi penghambat dan penguat dalam pengobatan anak. Sedangkan kelompok kontrol hanya diberikan edukasi sesuai standar rumah sakit. Edukasi kesehatan metode konseling adalah suatu cara pemberian informasi kesehatan melalui interaksi antara penyedia layanan kesehatan dan individu atau kelompok individu. Metode ini berfokus pada pendekatan yang interaktif dan partisipatif, di mana individu atau kelompok individu diundang untuk mengungkapkan masalah kesehatan mereka, memahami

informasi kesehatan, dan mengambil keputusan yang terinformasi tentang tindakan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan mereka.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Javanparast et al. (2020) menunjukkan bahwa edukasi kesehatan melalui metode konseling dapat meningkatkan pengetahuan, perilaku, dan hasil kesehatan pada individu dengan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi. Dalam studi ini, para peserta menerima sesi konseling individu atau kelompok setiap minggu selama 8 minggu. Hasilnya menunjukkan bahwa para peserta yang menerima edukasi kesehatan melalui metode konseling memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang penyakit mereka, melakukan perilaku kesehatan yang lebih baik, dan memiliki hasil kesehatan yang lebih baik daripada mereka yang tidak menerima edukasi kesehatan.

Konseling dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat karena dapat membantu pasien memahami lebih baik tentang penyakit yang dideritanya, efek samping obat, dan cara menggunakan obat dengan benar. Konseling juga dapat membantu pasien mengatasi masalah psikososial yang dapat mempengaruhi kepatuhannya terhadap pemberian obat, seperti kecemasan, stigmatisasi, dan kesulitan ekonomi. Sebuah studi yang dilakukan oleh Ming et al. (2021) menemukan bahwa konseling individu dan kelompok dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada pasien dengan penyakit kronis, termasuk kanker. Studi ini melibatkan 61 studi dengan total 9.523 pasien. Hasilnya menunjukkan bahwa konseling individu dan kelompok dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat sebesar 12,3 poin persen. Sebuah studi lain yang dilakukan oleh Al-Sahab et al. (2020) menemukan bahwa program konseling yang disesuaikan dengan kebutuhan individu dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada

pasien dengan kanker payudara. Studi ini melibatkan 403 pasien yang dibagi ke dua grup: grup intervensi yang menerima program konseling yang disesuaikan dan grup kontrol yang tidak menerima intervensi. Hasilnya menunjukkan bahwa pasien dalam grup intervensi memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi daripada pasien dalam grup kontrol.

Dalam konteks kepatuhan pemberian obat, kelompok kontrol adalah kelompok yang tidak menerima edukasi atau intervensi khusus, sedangkan kelompok perlakuan adalah kelompok yang menerima edukasi atau intervensi khusus untuk meningkatkan kepatuhan pemberian obat. Perbedaan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dalam kepatuhan pemberian obat dapat mempengaruhi hasil penelitian. Kelompok perlakuan yang menerima edukasi atau intervensi khusus dapat memiliki kepatuhan yang lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Hal ini karena edukasi atau intervensi dapat membantu pasien memahami pentingnya mengikuti rencana pemberian obat, mengurangi dampak samping obat, dan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap obat. Sebuah studi yang dilakukan oleh Al-Dossari et al. (2020) menemukan bahwa edukasi kesehatan yang disertai dengan dukungan telepon dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada pasien dengan asma. Studi ini melibatkan 120 pasien yang dibagi menjadi dua kelompok: kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kelompok kontrol hanya menerima edukasi kesehatan secara lisan saja, sedangkan kelompok perlakuan menerima edukasi kesehatan yang disertai dengan dukungan telepon selama 6 bulan. Hasil studi menunjukkan bahwa kepatuhan pemberian obat pada kelompok perlakuan lebih tinggi daripada kelompok kontrol.

Proses konseling dapat mempengaruhi kepatuhan pemberian obat melalui beberapa mekanisme. Salah satu mekanisme yang paling penting adalah melalui pengembangan hubungan terbuka dan komunikasi yang baik antara penyedia layanan kesehatan dan pasien. Penyedia layanan kesehatan dapat memahami perspektif, masalah, dan kebutuhan pasien dalam hal pemberian obat melalui proses konseling. Selain itu, konseling dapat membantu pasien memahami lebih baik tentang penyakit dan terapi yang diberikan, serta mempersiapkan pasien dalam mengatasi tantangan yang mungkin muncul dalam mengikuti rencana pengobatan. Konseling dapat meningkatkan kepatuhan pemberian obat pada pasien dengan penyakit kronis, termasuk kanker, karena dapat membantu pasien memahami lebih baik tentang penyakit, efek samping obat, dan cara menggunakan obat dengan benar. Konseling juga dapat membantu pasien mengatasi masalah psikososial yang dapat mempengaruhi kepatuhannya terhadap pemberian obat.

BAB 6

PENUTUP

6.1 Simpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan ditemukan rerata dalam kategori sedang dan meningkat menjadi kepatuhan tinggi setelah dilakukan intervensi edukasi metode konseling
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi memiliki kepatuhan rerata dalam kategori sedang dan hanya 1 responden yang tingkat kepatuhannya tinggi.
3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh edukasi dengan metode konseling berdasarkan uji wilcoxon pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol tidak berpengaruh.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pasien

Berupaya mematuhi jadwal, dosis, dan frekuensi dalam pemberian obat pada anak.

6.2.2 Bagi perawat

Perawat dapat memberikan pendampingan dalam dukungan informasi untuk meningkatkan kepatuhan ibu dalam memberikan obat pada anak

6.2.3 Bagi Rumah Sakit

Menyediakan dukungan informasi melalui layanan call center dan ruangan konseling bagi pasien dan keluarga.

6.2.4 Bagi Peneliti

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan memanfaatkan intervensi lain untuk meningkatkan kepatuhan ibu

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood (2015) *Nursing theory & their work (8 th ed)*. The CV Mosby Company St. Louis. Toronto. Missouri: Mosby Elsevier Inc.
- Boateng, R. *et al.* (2021) ‘Determinants of access to childhood cancer medicines: a comparative, mixed-methods analysis of four Caribbean countries’, *The Lancet Global Health*. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license, 9(9), pp. e1314–e1324. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00287-4.
- Doyle Eva I, *et all* (2018) *The Process of Community Health Education and Promotion*. Third Edit. United States of America: Waveland Press.
- Fhirawati *et all* (2020) *Konsep Dasar Keperawatan*. Makasar: Yayasan Kita Menulis.
- Goh, X. T. W. *et al.* (2017) ‘A systematic review of factors that influence treatment adherence in paediatric oncology patients’, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42(1), pp. 1–7. doi: 10.1111/jcpt.12441.
- Gupta, S. and Bhatia, S. (2017) ‘Optimizing medication adherence in children with cancer’, *Current Opinion in Pediatrics*, 29(1), pp. 41–45. doi: 10.1097/MOP.0000000000000434.
- Imbah, P., Kuhne, T. and Arceci, R. . (2011) *Pediatric Oncology Book*. 2nd edn. New York.
- Kemenkes RI (2023) *Mengenal Gejala Kanker pada Anak, Kementerian Kesehatan RI*. Available at: <https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-gejala-kanker-pada-anak>.
- Manoj, S. (2016) *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion*. Jones & Bartlett.
- Moghaddasi, H. *et al.* (2022) ‘A Clinical Decision Support System for Increasing Compliance with Protocols in Chemotherapy of Children with Acute Lymphoblastic Leukemia’, *Cancer Informatics*, 21. doi: 10.1177/11769351221084812.
- Notoatmodjo (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmala Ira *et all* (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Reaman, G. H. and Smith, F. O. (2011) *Childhood Leukemia: A practical Handbook*. Edited by G. H. Reaman and F. O. Smith. New York: Springer US.
- Siebel, E. K. U. and Anggraeni, L. D. (2022) 'Indonesian Nursing and Scientific Journal Factors Influencing Parental Adherence To Bring Their Child Undergoing Chemotherapy at Dr . Cipto Mangunkusumo Hospital', *Indonesian Nursing and Scientific Journal*, 12(01), pp. 1–8.
- Steliarova-foucher, E. *et al.* (2017) 'Articles International incidence of childhood cancer , 2001 – 10 : a population-based registry study', pp. 719–731. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30186-9.
- Tomlinson, D. and Kline, N. E. (2010) *Pediatric oncology nursing : advanced clinical handbook*. doi: 10.1007/978-3-540-87984-8.
- WHO (2023) *Childhood cancer*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children#:~:text=Childhood cancer is associated with,not helpful for childhood cancers>.

LAMPIRAN

Lampiran 1 *Curriculum Vitae*

Curriculum Vitae

Data Pribadi

Nama : Panca Rusidawati
Tempat, Tgl. Lahir : Kebumen, 17 Juni 1978
Alamat : Gubeng Airlangga 4/78 Surabaya
No. HP : 0821 3925 8828
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Status : Menikah
Email : rusidawatipanca78@gmail.com

Pendidikan Formal

- 2007 – 2009 : Kemenkes Depkes Surabaya Jurusan Keperawatan
- 1994 – 1997 : SPK Soepraoen Malang
- 1991 – 1994 : SMP Negeri 6 Surabaya
- 1985 – 1991 : SDN Kalisari 1 Surabaya

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

MOTTO

Pedang Terbaik yang Dimiliki ialah Sebuah Kesabaran Tanpa Batas

PERSEMBAHAN

Puji Syukur akhirnya penulis panjatkan kepada Allah SWT, yang telah memberikan kesehatan, rahmat dan hidayah, sehingga penulis masih diberikan kesempatan untuk menyelesaikan skripsi ini, sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar kesarjanaan. Walaupun jauh dari kata sempurna, namun penulis bangga telah mencapai pada titik ini, yang akhirnya skripsi ini bisa selesai diwaktu yang tepat.

Skripsi atau Tugas akhir ini saya persembahkan untuk :

1. Bapak Sukarno yang tercinta, terimakasih atas doa, semangat, motivasi, nasehat kepada saya sehingga membuat saya tetap .berjuang hingga akhirnya terselesaikan skripsi ini
2. Suami Donny Kartika Setiawan yang sama-sama menempuh skripsi dengan memberikan doa dan semangat berjuang bersama
3. Anak-anakku Afifah Haya Kartika Sari, Janeeta Putri Kartika Sari, dan Mochammad Asyam Setiawan terimakasih atas doa dan semangat kepada saya
4. Dosen Pembimbing tersabar Dr. Faridah, S.ST, M., Kes yang sudah membimbing serta memberi masukan dan saran selama ini, sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini

5. Semua Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya serta Kepala Ruangan Nakula Sadewa yang sudah membantu memberikan semangat dan dorongan untuk menyelesaikan skripsi ini.
6. Rekan – rekan Perawat di Ruang Nakula Sadewa RSUD Dr Soetomo yang selalu memberi semangat serta dorongan agar skripsi ini selesai tepat waktu.
7. Teman – teman RPL S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya Angkatan 1 yang selalu kompak dan semangat dalam mengerjakan skripsi, dan senantiasa membantu, terimakasih atas semangat serta waktu yang sudah kita jalani selama ini.

Lampiran 3 Lembar Surat Pengajuan Judul

**LEMBAR PENGAJUAN JUDUL PENELITIAN DAN PENGAJUAN SURAT IJIN
STUDI PENDAHULUAN / PENGAMBILAN DATA PENELITIAN * coret salah satu
MAHASISWA PRODI S1 KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA
TA. 2022 / 2023**

Berikut dibawah ini saya, mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya
Surabaya :

Nama : PANCA RUSIDAWATI

NIM :

Mengajukan Judul Penelitian *PENGARUH INTERVENSI EDUKASI PEMBERIAN
OBAT PALIATIF SECARA DARING TERHADAP KEPATUHAN ORANG TUA
DALAM PENGOBATAN KANKER ANAK.*

Selanjutnya mohon koreksi bahwa judul yang saya ajukan ~~BELUM/PERNAH~~ * coret salah satu
(diisi oleh Ka Perpustakaan) diteliti sebelumnya dan selanjutnya berkenan dikeluarkan surat ijin

pengambilan data :

Kepada : DIREKTUR RSUD dr. SOETOMO

Alamat : JL. MAJJEN. PROF. MOESTORO NO 6-D

Tembusan : DIKLAT RSUD dr. SOETOMO

Waktu/ Tanggal : 10.00 / 22-5-2023

Demikian permohonan saya.

Surabaya, 22-5-2023

Mahasiswa



PANCA RUSIDAWATI

Pembimbing 1



Faridah, S.Pt. M.Kes

Pembimbing 2

NAMA
NIP

Ka Perpustakaan



Nadia O. A. Md
NIP 03038

Ka Prodi S1 Keperawatan



Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP 03010

Lampiran 4 Surat Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN
 Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya
 Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id

Surabaya, 05 Juni 2023

Nomor : B / 023.Rpl.1 / VI / 2023 / S1KEP
 Klasifikasi : BIASA.
 Lampiran : --
 Perihal : Permohonan Ijin
Data Pendahuluan

Kepada
Yth. Kadep Litbang
RSUD Dr Soetomo
Jl. Mayjen Prof.Dr. Moestopo No.6-8
Airlangga Gubeng
di
Surabaya

1. Dengan ini Kami mohon dapatnya di berikan Ijin kepada mahasiswa Prodi S1 Keperawatan RPL (Rekognisi Pembelajaran Lampau) STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023.
2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :
 Nama : Panca Rusidawati
 NIM : 2212041
 Untuk Meminta data dengan Rincuan :
 a. Data jumlah pasien pediatri yg mendapatkan terapi paliatif selama bulan Januari - Juni tahun 2023.
 Guna keperluan data awal dalam rangka penyusunan Proposal Skripsi
4. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.

Surabaya, 05 Juni 2023
 Kaprodi S1 Keperawatan


 Puji Hastuti, S.Kep.Ns, M.Kep
 NIP. 03.010

Tembusan :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Sby. (Sbg. Lap.)
3. Kadep Keperawatan RSUD Dr. Soetomo Sby
4. Prodi S1 Keperawatan Sebagai Arsip

Lampiran 5 Surat Ijin penelitian



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN
 Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya
 Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id

Surabaya, 10 November 2023

Nomor : B/ 022.Rpl.1 / XI/2023/S1KEP
 Klasifikasi : BIASA.
 Lampiran : --
 Perihal : Permohonan Ijin
 Data Penelitian

Kepada
Yth. Kadep Litbang
RSUD Dr Soetomo
Jl. Mayjen Prof.Dr. Moestopo No.6-8
Airlangga Gubeng
di
Surabaya

1. Dengan ini Kami mohon dapatnya di berikan Ijin kepada mahasiswa Prodi S1 Keperawatan RPL (Rekognisi Pembelajaran Lampau) STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2023/2024.
2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :
 Nama : Panca Rusidawati
 NIM : 2212041
 Untuk Meminta data dengan Rincuan :
 a. Data jumlah pasien pediatri yg mendapatkan terapi paliatif selama bulan Januari - Juni tahun 2023.
 Guna keperluan data awal dalam rangka penyusunan Skripsi
4. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.

Surabaya, 10 November 2023
 Kaprodi S1 Keperawatan

Puji Hastuti, S.Kep.Ns, M.Kep
 NIP. 03.010

Tembusan :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Sby. (Sbg. Lap.)
3. Kadep Keperawatan RSUD Dr. Soetomo Sby
4. Prodi S1 Keperawatan Sebagai Arsip



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
INSTALASI RAWAT INAP ANAK
 Jl. Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya, Telp. 031-5501139/5501703



NOTA DINAS

Kepada Yth. : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
 RSUD Dr. Soetomo
 Dari : Kepala Instalasi Rawat Inap Anak
 Tanggal : 02 Februari 2024
 Nomor : 445/026/102.6.4.10/2024
 Sifat : Penting
 Hal : Ijin Penelitian a.n **Panca Rusidawati, A.Md.Kep**

Memenuhi Nota Dinas Saudara Nomor : 070/0108/102.6.3.3/Litb/2024 tertanggal 24 Januari 2024 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa kami tidak keberatan dan dapat memberikan ijin Penelitian a.n :

Panca Rusidawati, A.Md.Kep

Untuk melaksanakan penelitian di Instalasi Rawat Inap Anak dengan judul : **"PENGARUH EDUKASI PENGOBATAN PALIATIF DENGAN METODE KONSELING KEPADA ORANG TUA TERHADAP KEPATUHAN PEMBERIAN OBAT PADA ANAK LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI IRNA ANAK RSUD DR. SOETOMO SURABAYA"**.

Apabila sudah selesai menyusun hasil penelitian tersebut mohon Instalasi Rawat Inap Anak diberikan 1 (satu) Expl.

Demikian, atas perhatian yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Kepala Instalasi Rawat Inap Anak,
 RSUD Dr. Soetomo

Prof. Dr. I Dewa Gede Ugrasena, dr., SpA(K)




Pembina Utama

NIPTT-PK. 102.6.21121956-012022-1154

Tembusan Kpd:

1. Direktur RSUD Dr. Soetomo (sebagai laporan)
2. Wakil Direktur Pendidikan Profesi dan Penelitian
3. Arsip

Lampiran 6 Sertifikat Etik

	RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO	
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA		
KETERANGAN KELAIKAN ETIK (" ETHICAL CLEARANCE ")		
0899/KEPK/I/2024		
<p>KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :</p>		
<p>" Pengaruh Edukasi Pengobatan Paliatif Dengan Metode Konseling Kepada Orang Tua Terhadap Kepatuhan Pemberian Obat Pada Anak Leukemia Limfoblastik Akut di Irna Anak RSUD Dr Soetomo Surabaya "</p>		
<p>PENELITI UTAMA : Andi Cahyadi, dr., Sp.A (K) PENELITI LAIN : 1. PANCA RUSIDAWATI, AMD.Kep UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo</p>		
<p>DINYATAKAN LAIK ETIK</p>		
<p>Berlaku dari : 23/01/2024 s.d 23/01/2025 Surabaya, 23 January 2024 KETUA</p>		
		
<p>(Prof. Dr. Hendy Hendarto, dr., SpOG (K)) NIP. 19610817 201601 6 101</p>		
<p><i>*) Sertifikat ini dinyatakan sah apabila telah mendapatkan stempel asli dari Komite Etik Penelitian Kesehatan</i></p>		

Lampiran 7 Information For Consent

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*Inform Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama :

Nama :

Usia :

Yang Berjudul : **“PENGARUH EDUKASI PENGOBATAN PALIATIF DENGAN METODE KONSELING KEPADA ORANG TUA TERHADAP KEPATUHAN PEMBERIAN OBAT PADA ANAK LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT DI IRNA ANAK RSUD Dr. SOETOMO”**

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa:

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya
2. Saya mengerti bahwa catatan penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang **“Pengaruh Edukasi Pengobatan Paliatif Dengan Metode Konseling Kepada Orang Tua Terhadap Kepatuhan Pemberian Obat Pada Anak Leukemia Limfoblastik Akut Di Irna Anak RSUD Dr. Soetomo”**

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Penelitian

Surabaya, Oktober 2023

Responden

.....

.....

Saksi Penelitian

Saksi Responden

.....

.....

Lampiran 8 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara jelas dan terperinci mengenai :

1. Pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak Leukemia Limfoblastik Akut di IRNA ANAK RSUD Dr.Soetomo, Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
2. Manfaat mengikuti penelitian
3. Bahaya yang akan timbul
4. Prosedur penelitian

Berdasarkan penjelasan diatas, maka dengan ini saya menyatakan bersedia ikut serta secara sukarela untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Responden

Surabaya, Juli 2023
Peneliti

Saksi II / Peneliti

.....

.....

.....

Lembar Penjelasan Penelitian

Judul penelitian

Pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak LeukemiaLimfoblastik Akut di IRNA ANAK RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling kepada orang tua terhadap kepatuhan pemberian obat pada anak LLA di IRNA ANAK Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.

Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk membantu perawat dalam memberikan intervensi yang tepat guna meningkatkan kepatuhan dalam pemberian obat paliatif.

Perlakuan yang diterapkan pada Subjek

Penelitian ini melibatkan ibu dengan memberikan intervensi edukasi pengobatan paliatif dengan metode konseling dan memberikan lembar observasi pemberian obat paliatif diisi oleh responden. Pengisian lembar observasi akan dipantau oleh perawat atau peneliti yang ada pada saat mengisi lembar observasi

Bahaya Potensial

Bahaya potensial yang mungkin timbul dalam penelitian ini adalah penggunaan waktu yang lama akibat mengisi lembar observasi pemberian obat paliatif. Kerahasiaan data yang diperoleh terjamin dan akan tidak akan dipublikasikan.

Hak Undur diri

Bapak/Ibu sebagai responden, memiliki kebebasan tanpa ada paksaan untuk berpartisipasi maupun menolak keikutsertaan dalam penelitian ini. Dan apabila anda memutuskan berpartisipasi, anda bebas untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan pun. Selain itu, apabila bapak/ibu sudah berpartisipasi dalam proses penelitian ini, peneliti juga akan memberikan kebebasan bagi bapak/ibu

untuk bercerita, jika memang ada hal-hal yang tidak ingin diutarakan karena berkaitan dengan persoalan pribadi, maka peneliti tidak akan memaksakannya.

Jaminan Kerahasiaan Data

Peneliti akan menjaga kerahasiaan dan keterlibatan bapak/ibu dalam penelitian ini. Peneliti hanya menampilkan nama bapak/ibu dalam bentuk inisial nama pada lembar observasi dengan koding A1 dst.

Adanya Insentif untuk subyek penelitian

Seluruh responden yang terlibat dalam penelitian ini akan diberikan cinderamata. Jika ada hal-hal yang kurang dimengerti, bapak/ibu dapat menanyakan hal tersebut kepada saya (peneliti). Peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesediaan Anda sebagai responden dalam penelitian ini.

Nama :
NIM :
Email :

Surabaya , 2023
Peneliti,

Lampiran 9 Kuesioner

Kuesioner

A. Data demografi

Diisi oleh responden dengan bantuan peneliti atau perawat jaga

DATA UMUM

1. Karakteristik Ibu

Inisial :

Umur :

Alamat :

Pendidikan :
 SD
 SMP
 SMA
 PERGURUAN TINGGI
 TIDAK SEKOLAH

Pekerjaan :

Penghasilan :

Jumlah anak :

2. Karakteristik anak

Inisial :

Umur :

Alamat :

Pendidikan :
 TK
 SD
 SMP

Lama menderita sakit :

Data Khusus

Obat yang diberikan :

Lampiran 10 Lembar Observasi Pemberian Obat Pada Anak

Hari / tanggal	Jadwal pemberian			Alasan tidak diberikan
	Pagi	Sore	Malam	

Kuesioner

Isilah Kuesioner Tersebut Dengan Menggunakan Centang Pada Kolom Yang Disediakan

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda pernah lupa meminumkan obat pada anak?		
2	Apakah pernah dengan sengaja tidak meminumkan obat?		
3	Pernahkah melakukan pengurangan atau pemberhentian minum obat tanpa memberitahu dokter ?		
4	Ketika merasa tidak ada gejala, pernahkah berhenti meminumkan obat?		
5	Apakah pernah terlewat jam pemberian obat anak?		
6	Apakah merasa terganggu dengan pemberian obat anak yang terjadwal?		
7	Pernahkah kesulitan meminumkan obat yang berbagai macam?		
8	Apabila anak menolak minum obat, apakah obat tetap diberikan?		

Ket**

Lampiran 11 SAP

SATUAN ACARA PENYULUHAN DENGAN METODE KONSELING

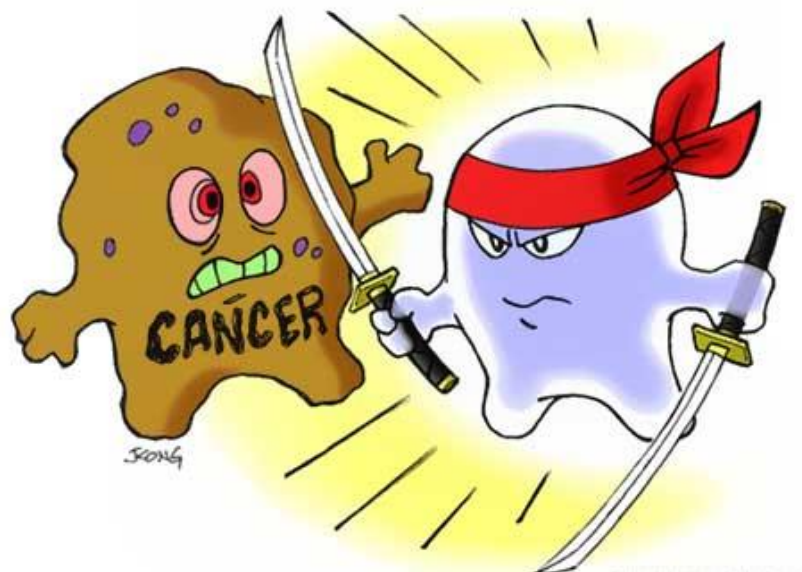
- A. Pokok Bahasan : Pengobatan Leukemia
- B. Sasaran : Klien dan keluarga
- C. Hari/tanggal : -
- D. Penyuluh :
- E. Waktu : 45 menit
- F. Tempat : Ruang konseling
- G. Tujuan Instruksional Umum (TIU) :
Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan keluarga dapat memahami dan mengerti tentang leukemia dan pengobatan paliatif untuk penderitanya.
- H. Tujuan Instruksional Khusus (TIK):
Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan anggota keluarga dapat menjelaskan kembali :
 1. Menyebutkan pengertian leukemia
 2. Menyebutkan tanda dan gejala leukemia
 3. Menyebutkan pengobatan paliatif leukemia
 4. Mengetahui penanganan psikologis
- I. Materi Penyuluhan Terlampir
- J. Metode Ceramah, tanya jawab, dan diskusi
- K. Media Booklet
- L. Pelaksanaan

No	Waktu	Kegiatan konseling	Kegiatan peserta	Media dan metode
1	5 Menit	Pembukaan. a.Mengucapkan salam b.Memperkenalkan diri c.Menjelaskan tujuan	a. Menjawab salam b. Memperkenalkan diri	Booklet
2	30 Menit	Pelaksanaan : a. Menjelaskan materi leukemia dan pengobatannya b. Pendekatan kepada klien untuk mencairkan suasana sehingga klien merasa nyaman dalam mengemukakan masalah	Menjawab pertanyaan dan diskusi	Booklet

		<ul style="list-style-type: none"> c. Penggalian masalah Pengobatan pada anak d. Mendiskusikan alternatif solusi e. Mengajak klien memilih alternatif solusi yang terbaik f. Merangkum hasil diskusi dengan klien 		
3	10 Menit	<p>Evaluasi :</p> <p>Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan, dan reinforcement kepada klien dan keluarga yang dapat menjawab pertanyaan</p>	Menjawab pertanyaan	Booklet
4	5 menit	<p>Penutup : ·</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menyampaikan kesimpulan · b. Mengucapkan salam penutup 	Menjawab salam	Booklet

Lampiran 12 Booklet

BOOKLET EDUKASI PENGOBATAN PALIATIF ANAK
DENGAN LEUKEMIA LIMFOBLASTIK AKUT



What is **LEUKEMIA?**



Leukemia (Kanker Darah)

Leukemia merupakan penyakit keganasan sel darah yang berasal dari sumsum tulang.

Biasanya ditandai oleh proliferasi sel-sel darah putih dengan manifestasinya yang berupa sel-sel abnormal dalam darah tepi (sel blast) secara berlebihan yang menyebabkan terdesaknya sel darah yang normal sehingga mengakibatkan fungsinya terganggu.



Leukemia



Darah Normal



LEUKEMIA



Pucat

Pucat, lemah,
anak rewel, nafsu
makan menurun

Demam tanpa
sebab yang jelas

Pembesaran hati,
limpa, dan kelenjar
getah bening



Petekie

Perdarahan kulit
(petekie, hematoma) dan
atau perdarahan
spontan (epitaksis,
perdarahan gusi)

Kejang sampai
penurunan
kesadaran

Pembesaran testis
dengan konsistensi
keras

Nyeri tulang
pada Anak*

***Waspada terhadap Anak yang diketahui sudah dapat berdiri dan berjalan, namun tiba-tiba maunya di gendong saja (tidak mau berdiri dan jalan lagi)**

Bagaimana Pengobatannya???



Beberapa Jenis Pengobatan
yang dapat digunakan untuk penanganan

LEUKEMIA

Kanker
Pada Anak

Kemoterapi

Terapi Radiasi

Terapi Terarah
(Targeted Therapy)

DAFTAR NAMA OBAT YANG DIGUNAKAN DALAM PENGOBATAN LLA

Nama Obat	Dosis Obat	Cara pakai	Waktu	Fungsi	Efek samping yang mungkin ditimbulkan
Paracetamol	200mg	Diminum per oral setiap 6 jam sesudah makan	06.00, 12.00, 18.00 dan 24.00	Menurunkan demam dan nyeri yang dirasakan oleh anak dengan LLA	Mual, mengantuk dan penurunan selera makan
Morphin	1 mg	Diminum per oral setiap 6 jam sesudah makan	06.00, 12.00, 18.00 dan 24.00	Menurunkan nyeri hebat yang dirasakan oleh anak dengan LLA	Mengantuk dan kesulitan buang air besar
Sistenol	150mg	Diminum per oral setiap 6 jam sesudah makan	06.00, 12.00, 18.00 dan 24.00	Menurunkan demam dan nyeri yang dirasakan oleh anak dengan LLA	Mual, mengantuk dan penurunan selera makan
Amitriptilin	3,125mg	Diminum per oral setiap 24 jam	-	Mengatasi nyeri	Mual, mengantuk dan penurunan selera makan

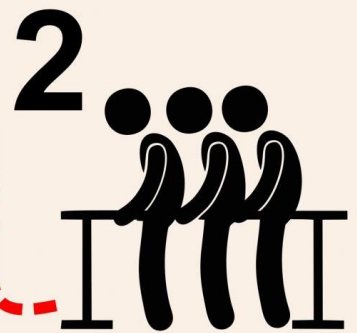
Memahami Kebutuhan Psikologis Anak Dengan Kanker

Penanganan kanker anak membutuhkan perhatian lebih dibandingkan penanganan kanker pada dewasa. Gejala-gejala gangguan psikologis yang bisa muncul pada pasien anak penderita kanker adalah **kemarahan, kecemasan, depresi, dan tidak mempunyai harapan**.

Penanganan menyeluruh dari segi fisik dan psikologis sangat penting diantaranya:



1 Membantu pasien mengenali gejala-gejala psikologisnya. Psikiater atau psikolog klinis perlu untuk memberikan dukungan agar pasien mampu mengekspresikan emosinya.



2 Dalam perawatan pasien kanker di rumah sakit, pasien juga bisa diikutsertakan dalam terapi kelompok bersama dengan para penderita kanker yang lain.



3 Pasien kanker perlu mendasarkan terapinya pada empati dan kasih sayang, ditambah dengan pendekatan spriritual pasien.

Saran untuk orang tua dalam menghadapi munculnya perasaan atau emosi:

- a. Jujur kepada anak
- b. Luangkan waktu untuk bersama anak
- c. Mempersiapkan diri untuk dapat menerima perasaan dan emosi anak
- d. Dapat mengupayakan kualitas hidup anak yang baik
- e. Dapat menjaga harapan, yaitu bukan harapan akan kesembuhan tetapi harapan akan hidup yang berkualitas.
- f. Menjaga kebiasaan keluarga atau menjelaskan kepada anak apabila kebiasaan itu berubah. Seperti nonton TV bersama atau makan malam bersama di meja makan.

- g. Menghormati hal-hal yang pribadi; bagi anak remaja mereka tetap mempunyai hal-hal yang harus orang tua sadari; seperti adanya pacar atau teman dekat

Aspek psikososial, spiritual dan kultural pada anak

- a. Dukungan di rumah, di butuhkan pemahaman tentang :
1. Sosial, misalnya hubungan dengan lingkungan sekitar, situasi keuangan
 2. Keluarga, misalnya komunikasi antar anggota keluarga, peran dan hubungan setiap anggota keluarga,
 3. individu, misalnya kepribadian masing-masing individu, tahap perkembangan, riwayat penyakit dahulu dan kesedihan yang dialami pada masa lalu, tingkat kelelahan,
 4. Penyakit, misalnya durasi penyakit, dampak psikologis, cacat dan gejala lain
 5. nnya yang ada
 6. Riwayat pengalaman duka, misalnya strategi mengatasi duka , peristiwa duka yang dialami
- b. Dukungan sekolah - Keluarga
1. Sekolah
 - a) Merupakan lingkungan belajar yang baik selain dalam hal akademis juga tentang hal keterampilan
 - b) Menjadi tempat pemeliharaan kesejahteraan emosional dan sosial anak
 - c) Menjadi tempat utama jejaring sosial antar orangtua anak
 - d) Sekolah mendapatkan bantuan dari tenaga kesehatan dalam pengelolaan pelayanan paliatif pasien
 - e) Sekolah diharapkan dapat menyampaikan perawatan paliatif yang dibutuhkan oleh salah satu siswa yang sakit kepada seluruh staf di sekolah, siswa dan orangtua murid
 2. Keluarga
 - a) Bekerjasama dengan sekolah untuk memecahkan masalah anak yang sakit selama mengikuti

kegiatan sekolah dengan melibatkan petugas kesehatan

b) Sekolah memberikan kontribusi dalam pencapaian kualitas hidup pasien

3. Saudara kandung

a) Melibatkan saudara kandung dalam setiap kegiatan perawatan pasien

b) Saudara kandung mendapatkan dukungan teman-temannya ketika mengalami suasana berkabung

c) Meminta petugas kesehatan untuk memberi pengertian kepada saudara kandung agar tetap sekolah dan membantu saudara untuk memahami masalah proses kesedihan dan tetap melakukan interaksi dengan anak yang sakit

c. Dukungan sosial

1. Memelihara hubungan persahabatan, hubungan antara pasien dan saudara kandung

2. Memberikan dukungan khusus mengenai kebutuhan tertentu

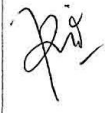
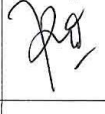

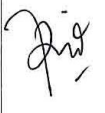


Lampiran 13 Lembar Konsul

**LEMBAR KONSUL/BIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI
MAHASISWA STIKES HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2023 /2024**

Nama / NIM : Panca Rusidawati

Nama Pembimbing : Dr. Faridah Zein.S.ST.,M.,Kes

NO	HARI / TANGGAL	BAB / SUB BAB	HASIL KONSUL / BIMBINGAN	TANDA TANGAN
1.	Senin 15-01- 2024	Bab 5	Perbaiki data pada kuesioner dan pembetulan pada tabel data	
2.	Selasa 30-01- 2024	Bab 5	Perbaiki penulisan pengelompokan pada data umum kategori ibu dan kategori ibu	
3.	Senin 05-02- 2024	Bab 5 dan 6	Perbaiki tabel pada data khusus kepatuhan, pembuatan tabel kategori kuesioner pada kelompok perlakuan dan kelompok control	
4.	Selasa 06-02- 2024		Pembuatan abstrak dan perbaikan bab 5 dan 6	

Lampiran 14 Hasil 14 SPSS

Frequencies

Notes		
Output Created		10-JAN-2024 12:56:37
Comments		
Input	Data	E:\soetomo\win\SPSS\tabulasi panca.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
	Missing Value Handling	Definition of Missing
Cases Used		Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Usiaanak Usiaibu PendidikanAnak PendidikanIbu PekerjaanIbu lamamenderitasakit Pendapatan jumlahanak kepatuhanPRE Kepatuhapost UsiaAnakK UsiaIbuK PendidikanAnakK pendidikanIbuk pekerjaanIBUK LamamenderitaK PendapatanK JumlahanakK KepatuhanPreK KepatuhanPostK /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.03
	Elapsed Time	00:00:00.03

Statistics

		Usiaanak	Usiaibu	PendidikanAnak	PendidikanIbu	PekerjaanIbu
N	Valid	16	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		lamamenderitasa kit	Pendapatan	jumlahanak	kepatuhanPRE	Kepatuhapost
N	Valid	16	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		UsiaAnakK	UsiaIbuK	PendidikanAnakK	pendidikanIbuk	pekerjaanIBUK
N	Valid	16	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		LamamenderitaK	PendapatanK	JumlahanakK	KepatuhanPreK	KepatuhanPostK
N	Valid	16	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table**Usiaanak**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	13	81.3	81.3	81.3
	6-10 tahun	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Usiaibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 Tahun	1	6.3	6.3	6.3
	26-35 tahun	6	37.5	37.5	43.8
	36-45 tahun	9	56.3	56.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

PendidikanAnak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TK	13	81.3	81.3	81.3
	SD	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

PendidikanIbu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	3	18.8	18.8	18.8
	SMA	8	50.0	50.0	68.8
	SARJANA	5	31.3	31.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

PekerjaanIbu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Swasta	7	43.8	43.8	43.8
	PNS	4	25.0	25.0	68.8
	IRT	5	31.3	31.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Iamamenderitasakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1tahun	2	12.5	12.5	12.5
	1-3 tahun	3	18.8	18.8	31.3
	> 3 Tahun	11	68.8	68.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1jt-3 jt /bulan	9	56.3	56.3	56.3
	> 3jt / bulan	7	43.8	43.8	100.0
Total		16	100.0	100.0	

jumlahanak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	5	31.3	31.3	31.3
	>2	11	68.8	68.8	100.0
Total		16	100.0	100.0	

kepatuhanPRE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kepatuhan tinggi	2	12.5	12.5	12.5
	Kepatuhan sedang	10	62.5	62.5	75.0
	Kepatuhan rendah	4	25.0	25.0	100.0
Total		16	100.0	100.0	

Kepatuhanpost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kepatuhan tinggi	13	81.3	81.3	81.3
	Kepatuhan sedang	3	18.8	18.8	100.0
Total		16	100.0	100.0	

UsiaAnak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	7	43.8	43.8	43.8
	6-10 tahun	8	50.0	50.0	93.8
	11-15 tahun	1	6.3	6.3	100.0
Total		16	100.0	100.0	

Usialbu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 Tahun	3	18.8	18.8	18.8
	26-35 tahun	6	37.5	37.5	56.3
	36-45 tahun	7	43.8	43.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

PendidikanAnak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TK	8	50.0	50.0	50.0
	SD	7	43.8	43.8	93.8
	SMP	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

pendidikanibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	7	43.8	43.8	43.8
	SMA	7	43.8	43.8	87.5
	SARJANA	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

pekerjaanibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Swasta	6	37.5	37.5	37.5
	PNS	9	56.3	56.3	93.8
	IRT	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Lamamenderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1tahun	1	6.3	6.3	6.3
	1-3 tahun	9	56.3	56.3	62.5
	> 3 Tahun	6	37.5	37.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Pendapatan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1jt-3 jt /bulan	3	18.8	18.8	18.8
	> 3jt / bulan	13	81.3	81.3	100.0
Total		16	100.0	100.0	

Jumlahanak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	37.5	37.5	37.5
	2	3	18.8	18.8	56.3
	>2	7	43.8	43.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

KepatuhanPre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kepatuhan tinggi	5	31.3	31.3	31.3
	Kepatuhan sedang	7	43.8	43.8	75.0
	Kepatuhan rendah	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

KepatuhanPost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kepatuhan tinggi	6	37.5	37.5	37.5
	Kepatuhan sedang	8	50.0	50.0	87.5
	Kepatuhan rendah	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

```

EXAMINE  VARIABLES=kepatuhanPRE  KepatuhaPost  KepatuhanPreK
KepatuhanPostK
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.

```

Explore

Notes		
Output Created		13-FEB-2024 11:35:16
Comments		
Input	Data	E:\soetomo\win\SPSS\tabulasi pancan.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
Syntax	<pre> EXAMINE VARIABLES=kepatuhanPRE KepatuhaPost KepatuhanPreK KepatuhanPostK /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT /COMPARE GROUPS /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL. </pre>	
Resources	Processor Time	00:00:15.95
	Elapsed Time	00:00:07.48

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kepatuhanPRE	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%
KepatuhaPost	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%
KepatuhanPreK	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%
KepatuhanPostK	16	100.0%	0	0.0%	16	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
kepatuhanPRE	Mean	59.38	4.130
	95% Confidence Interval for Lower Bound		50.57
	Mean Upper Bound		68.18
	5% Trimmed Mean	59.86	
	Median	60.00	
	Variance	272.917	
	Std. Deviation	16.520	
	Minimum	25	
	Maximum	85	
	Range	60	
	Interquartile Range	25	
	Skewness	-.381	.564
	Kurtosis	-.109	1.091
	KepatuhaPost	Mean	87.81
95% Confidence Interval for Lower Bound		82.14	
Mean Upper Bound		93.48	
5% Trimmed Mean		88.40	
Median		92.50	
Variance		113.229	
Std. Deviation		10.641	
Minimum		65	
Maximum		100	
Range		35	
Interquartile Range		14	
Skewness		-1.284	.564
Kurtosis		.876	1.091
KepatuhanPreK		Mean	54.69

	95% Confidence Interval for	Lower Bound	45.96	
	Mean	Upper Bound	63.41	
	5% Trimmed Mean		54.10	
	Median		57.50	
	Variance		268.229	
	Std. Deviation		16.378	
	Minimum		30	
	Maximum		90	
	Range		60	
	Interquartile Range		25	
	Skewness		.427	.564
	Kurtosis		-.269	1.091
KepatuhanPostK	Mean		54.69	3.939
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	46.29	
	Mean	Upper Bound	63.08	
	5% Trimmed Mean		53.82	
	Median		52.50	
	Variance		248.229	
	Std. Deviation		15.755	
	Minimum		35	
	Maximum		90	
	Range		55	
	Interquartile Range		25	
	Skewness		.694	.564
	Kurtosis		-.203	1.091

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kepatuhan PRE	.146	16	.000 [*]	.964	16	.038
Kepatuha post	.250	16	.008	.811	16	.004
Kepatuhan Pre Kontrol	.160	16	.000 [*]	.956	16	.043
Kepatuhan Post Kontrol	.231	16	.023	.905	16	.006

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

NPar Tests

Notes

Output Created		13-FEB-2024 11:35:37
Comments		
Input	Data	E:\soetomo\win\SPSS\tabulasi pancan.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		NPAR TESTS /WILCOXON=kepatuhanPRE KepatuhanPreK WITH Kepatuhapost KepatuhanPostK (PAIRED) /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.05
	Number of Cases Allowed ^a	349525

a. Based on availability of workspace memory.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kepatuhanPRE	16	59.38	16.520	25	85
KepatuhanPreK	16	54.69	16.378	30	90
Kepatuhapost	16	87.81	10.641	65	100
KepatuhanPostK	16	54.69	15.755	35	90

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KepatuhanPRE	- Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
	Ties	1 ^c		
	Total	16		
KepatuhanPostK	- Negative Ranks	1 ^d	4.00	4.00
	Positive Ranks	3 ^e	2.00	6.00
	Ties	12 ^f		
	Total	16		

- a. Kepatuhanpost < kepatuhanPRE
- b. Kepatuhanpost > kepatuhanPRE
- c. Kepatuhanpost = kepatuhanPRE
- d. KepatuhanPostK < KepatuhanPreK
- e. KepatuhanPostK > KepatuhanPreK
- f. KepatuhanPostK = KepatuhanPreK

Test Statistics^a

	Kepatuhanpost - kepatuhanPRE	KepatuhanPostK - KepatuhanPreK
Z	-3.415 ^b	-.368 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.713

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.

Tabulasi Data Kuesioner

	Kelompok perlakuan Pre								Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8		
R1		0	0	0	1	1	0	1	0	3
R2		0	0	0	1	1	0	0	0	2
R3		0	0	0	1	1	0	1	0	3
R4		0	0	0	1	1	0	1	0	3
R5		0	0	0	1	1	1	0	0	3
R6		0	0	0	1	1	0	1	0	3
R7		1	0	0	1	1	0	1	0	4
R8		0	0	0	1	1	0	0	0	2
R9		1	0	0	1	1	1	1	0	5
R10		0	0	0	1	1	0	1	0	3
R11		0	0	0	1	1	0	0	0	2
R12		1	0	0	1	1	1	1	0	5
R13		0	0	0	1	1	0	1	0	3
R14		0	0	0	1	1	0	0	0	2
R15		1	0	0	1	1	0	1	0	4
R16		0	0	0	1	0	1	1	0	3
Jumlah (f)	4	0	0	16	15	4	11	0	0	
Persen	0.25	0	0	1	0.94	0.25	0.69	0	0	
Persen	25	0	0	100	93.75	25	68.75	0	0	

Kelompok Kontrol Pre

	Kelompok perlakuan Post								Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8		
R1		0	0	0	0	0	0	1	0	1
R2		0	0	0	0	1	0	0	0	1
R3		0	0	0	0	0	0	1	0	1
R4		0	0	0	0	1	0	1	0	2
R5		0	0	0	0	0	1	0	0	1
R6		0	0	0	0	1	0	1	0	2
R7		0	0	0	0	1	0	1	0	2
R8		0	0	0	0	0	0	0	0	0
R9		0	0	0	0	1	1	1	0	3
R10		0	0	0	0	0	0	1	0	1
R11		0	0	0	0	1	0	0	0	1
R12		0	0	0	0	0	1	1	0	2
R13		0	0	0	0	1	0	1	0	2
R14		0	0	0	0	0	0	0	0	0
R15		0	0	0	0	0	0	1	0	1
R16		0	0	0	0	0	1	1	0	2
Jumlah (f)	0	0	0	0	7	4	11	0	0	
Persen	0	0	0	0	0.44	0.25	0.69	0	0	
Persen	0	0	0	0	43.75	25	68.75	0	0	

Kelompok Kontrol Pre										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total	
R1		1	0	0	1	1	0	1	0	4
R2		0	0	0	1	1	0	0	0	2
R3		0	1	0	1	1	0	1	1	5
R4		1	0	0	1	1	0	1	0	4
R5		0	0	0	1	1	1	0	1	4
R6		0	1	0	1	1	0	1	0	4
R7		1	0	0	1	1	0	1	0	4
R8		0	0	0	1	1	0	0	1	3
R9		1	0	0	1	1	1	1	0	5
R10		0	0	0	1	1	0	1	1	4
R11		0	1	0	1	1	0	0	0	3
R12		1	0	0	1	1	1	1	1	6
R13		0	0	0	1	1	0	1	0	3
R14		0	0	0	1	1	0	0	1	3
R15		1	1	0	1	1	0	1	0	5
R16		0	1	0	1	0	1	1	1	5
	6	5	0	16	15	4	11	7		
	0.38	0.31	0.00	1.00	0.94	0.25	0.69	0.44		
	37.5	31.25	0	100	93.75	25	68.75	43.75		

Kelompok Kontrol Post										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total	
R1		1	0	0	1	1	0	1	0	4
R2		0	0	1	1	1	0	0	0	3
R3		0	1	0	1	1	0	1	1	5
R4		1	0	1	0	1	0	1	0	4
R5		0	0	0	1	1	1	0	1	4
R6		0	1	0	1	1	0	1	0	4
R7		1	0	1	1	1	0	1	0	5
R8		0	0	0	0	0	0	0	1	1
R9		1	0	0	1	1	1	1	0	5
R10		0	0	0	1	1	0	1	1	4
R11		0	1	0	1	1	0	0	0	3
R12		1	0	0	1	1	1	1	1	6
R13		0	0	1	1	1	0	1	0	4
R14		0	0	0	1	1	0	0	0	2
R15		1	1	0	0	1	0	1	0	4
R16		0	1	0	1	0	1	1	0	4
	6	5	4	13	14	4	11	5		
	0.38	0.31	0.25	0.81	0.88	0.25	0.69	0.31		
	37.5	31.25	25	81.25	87.5	25	68.75	31.25		