

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK F YANG MENGALAMI
OSTEOSARKOMA DI RUANG MELATI
RSUD ABDUL WAHAB SYAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

**AYUNURHIKMAYANTI
1311308210735**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Osteosarkoma adalah tumor tulang yang relatif langka yang ditandai dengan produksi osteoid dan tulang dengan ganas sel spindle mesenkimal. Kejadian ini 1-4 kasus per 1.000.000 penduduk dengan tidak ada hubungan yang signifikan terhadap kelompok etnis atau ras. Hal ini paling sering terlihat pada dekade kedua kehidupan (60% dari pasien di bawah usia 25) (Meyers SP, 2008).

Menurut Patterson (2008), Osteosarkoma biasanya terdapat pada metafisis tulang panjang di mana lempeng pertumbuhannya (*epiphyseal growth plate*) yang sangat aktif, yaitu pada distal femur, proksimal tibia dan fibula, proksimal humerus dan pelvis. Pada orangtua umur di atas 50 tahun, Osteosarkoma bisa terjadi akibat degenerasi ganas dari *paget's disease*, dengan prognosis sangat jelek, dengan angka kematian 80% setelah 5 tahun di diagnosis.

Data statistik dari *international agency for research on cancer* menyebutkan dari 600 anak sebelum usia 16 tahun menderita kanker. Menurut Widianita (2012), menyatakan 60% dari seluruh anak penderita kanker di dunia menderita kanker darah. Angka Nasional kanker adalah 4,3 per 1000 penduduk, dengan angka kejadian lebih

tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki 2,9 per 1000 penduduk (Depkes, 2012).

Menurut *Global Action Against Cancer* menyebutkan bahwa dari angka kejadian kanker, dimana 6,7 juta orang meninggal dunia, 10,9 juta penderita dengan kasus baru dan 24,6 juta orang hidup dengan kanker. WHO menyebutkan bahwa di tahun 2015 terdapat 8,2 juta orang meninggal dunia akibat kanker, Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar, kanker menempati urutan ke-6 penyebab kematian terbesar di Indonesia setiap tahunnya 100 kasus baru terjadi diantara 100.000 penduduk (Depkes, 2015). Angka prevalensi kanker di Indonesia yang tertinggi terdapat pada Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu 9,6 per 1000 penduduk dan Provinsi Maluku dengan prevalensi terendah yaitu 1,5 per 1000 penduduk.

Peran keperawatan pada pasien Osteosarkoma menurut Nursalam (2008), dalam bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tanggal 09 Juni 2016 terdapat 2 kasus Osteosarkoma dari 51 pasien yang di rawat di Ruang Melati.

Dari latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Anak F yang Mengalami Osteosarkoma di Ruang Melati RSUD A.W. Syahranie Samarinda Tahun 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berikut merupakan rumusan masalah yang dapat diambil adalah “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Anak F yang mengalami Osteosarkoma di ruang Melati RSUD A.W. Syahranie Samarinda ?”

C. Tujuan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini, adalah :

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada Anak F yang mengalami Osteosarkoma di ruang Melati RSUD A.W. Syahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien anak F yang mengalami Osteosarkoma di Ruang Melati Rumah Sakit Umum

Daerah Abdul Wahab Syahranie Samarinda dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus, khususnya dalam hal proses keperawatan yang terdiri dari :

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa Keperawatan
- c. Perencanaan tindakan keperawatan
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan
- e. Evaluasi

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif, dimana penulis memberikan gambaran secara keseluruhan yang disertai analisa data permasalahan yang timbul selama pelaksanaan keperawatan.

Adapun metode pengumpulan data yang digunakan adalah :

1. Wawancara/Anamnesa

Wawancara atau interview merupakan metode pengumpulan data secara langsung pada orang tua klien dengan keluarga klien.

Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan atau orang lain yang berkepentingan yang merupakan narasumber.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan yang dilaksanakan untuk mengetahui keadaan fisik klien dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

Inspeksi yaitu pemeriksaan dengan melakukan observasi pada keadaan umum. Palpasi yaitu dengan melakukan perabaan. Perkusi yaitu melakukan pengetukan dan Auskultasi yaitu melakukan pemeriksaan dengan menggunakan alat stetoskop. Pemeriksaan ini dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki.

3. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca indra. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, didengar, dirasa, dicium, dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

4. Studi Dokumentasi

Mendapatkan data-data yang berkaitan dengan kasus dari status klien, catatan medik catatan keperawatan, farmasi, ahli gizi, dan lain-lain.

5. Studi Kepustakaan

Menggunakan bahan yang ada kaitannya dengan judul karya tulis ini berupa buku-buku dan informasi dari internet untuk memperoleh materi dan referensi yang berkaitan dengan kasus Osteosarkoma.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari lima bab yang tersusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut :

1. Bab I : Pendahuluan

Bab ini berisikan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

2. Bab II : Tinjauan Pustaka

Bab ini berisikan teori-teori yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai dengan judul. Pada bagian awal paragraf dituliskan prolog yang berisikan pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan medis, komplikasi dan pemeriksaan diagnostic. Bagian selanjutnya adalah tinjauan tentang asuhan keperawatan secara teoritis yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan sesuai dengan judul karya tulis.

3. Bab III : Tinjauan Kasus

Bab ini berisikan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan judul dan dilaporkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan kasus yang telah dikelola.

4. Bab IV : Pembahasan

Bab ini menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Anak F dengan Osteosarkoma dalam praktek nyata dihubungkan dengan konsep-konsep asuhan keperawatan pada klien dengan Osteosarkoma secara teoritis yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

5. Bab V : Penutup

a. Kesimpulan

Merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas.

b. Saran

Merupakan tanggapan dan butir kesimpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah. Saran merupakan alternative pemecahan masalah yang operasional dapat dilaksanakan atau diupayakan untuk tindak lanjut oleh yang diberi saran. Saran dapat ditujukan kepada perawat, klien, keluarga klien, masyarakat ataupun institusi yang terkait dalam kajian. Tidak dibenarkan adanya saran yang tiba-tiba muncul tanpa ada kaitannya dengan kesenjangan yang diperoleh dari kesimpulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medik

1. Pengertian

Pengertian Osteosarkoma (*sarkoma osteogenik*) menurut Saferi Wijaya (2013), adalah tumor tulang ganas, yang biasanya berhubungan dengan periode kecepatan pertumbuhan pada masa remaja. Osteosarkoma merupakan tumor ganas yang paling sering ditemukan pada anak-anak.

Menurut Price (2012), Osteosarkoma merupakan neoplasma tulang primer yang sangat ganas. Tumor ini tumbuh di bagian metafisis tulang. Tempat yang paling sering terserang tumor ini adalah bagian ujung tulang panjang, terutama lutut.

Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa Osteosarkoma merupakan tumor tulang yang ganas yang tumbuh dibagian metafisis tulang pada masa pertumbuhan anak-anak dan remaja.

2. Etiologi

Penyebab Osteosarkoma menurut Saferi Wijaya (2013), yaitu :

- a. Radiasi sinar radio aktif
- b. Faktor keturunan (genetik)

- c. Beberapa kondisi tulang yang ada sebelumnya yang disebabkan oleh penyakit
- d. Pertumbuhan tulang yang terlalu cepat
- e. Sering mengonsumsi zat-zat toksik seperti : makanan dengan zat pengawet, merokok dan lain-lain.

3. Klasifikasi

Terdapat 2 macam kanker tulang menurut Mariza Putri (2013), yaitu:

1. Kanker tulang metastasik atau kanker tulang sekunder

Merupakan kanker dari organ lain yang menyebar ke tulang, jadi kankernya bukan berasal dari tulang. Contohnya kanker paru-paru yang menyebar ke tulang, dimana sel-sel kankernya menyerupai sel paru dan bukan merupakan sel tulang.

2. Kanker tulang primer

Merupakan kanker yang berasal dari tulang. Yang termasuk ke dalam kanker tulang primer adalah myeloma multiple, osteosarkoma, fibrosarkoma dan histiositoma fibrosa maligna, kondrosarkoma, tumor ewing, limfoma tulang maligna.

4. Patofisiologi

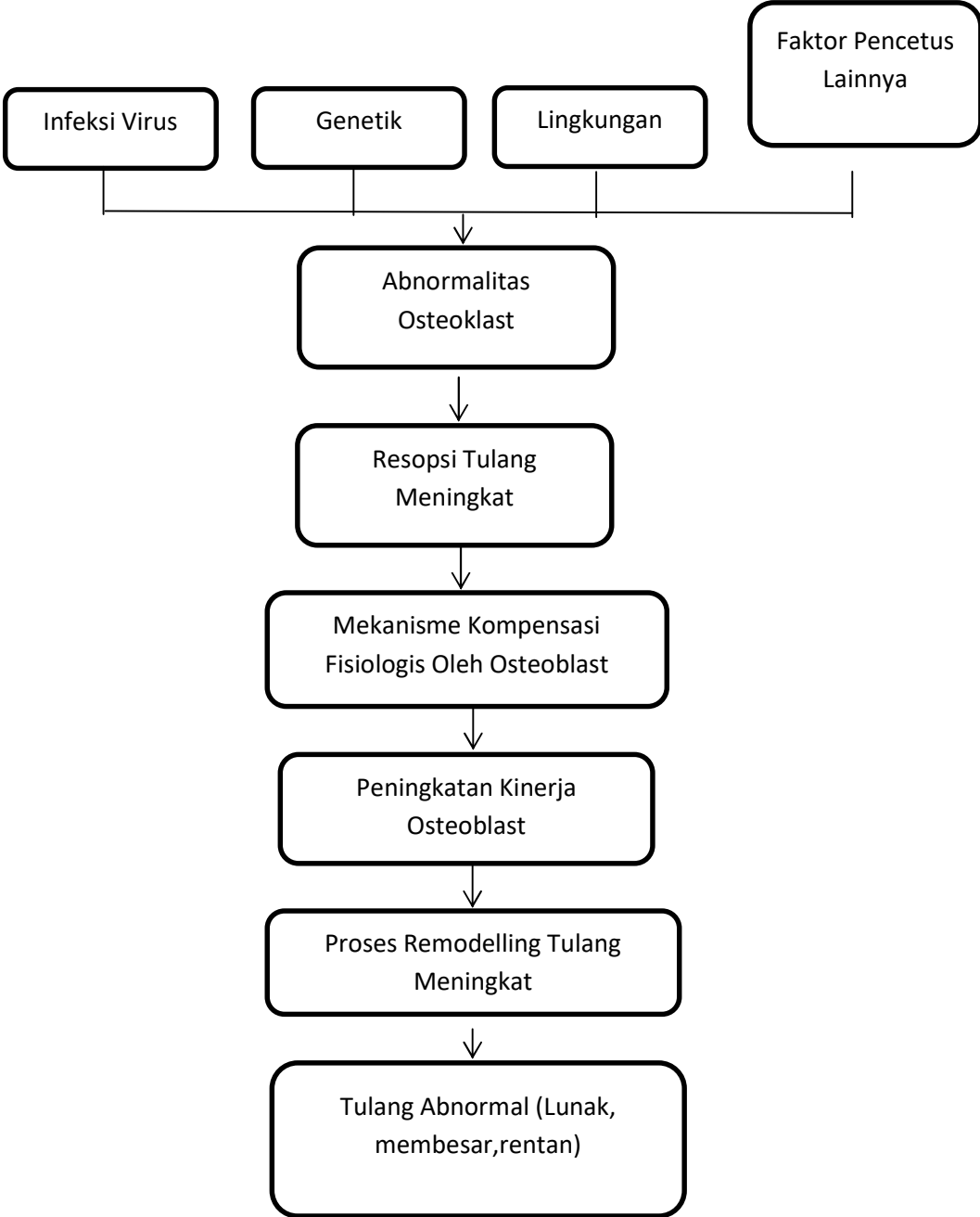
Patofisiologi Osteosarkoma menurut Saferi Wijaya dan Mariza Putri (2013), adanya tumor di tulang menyebabkan reaksi tulang

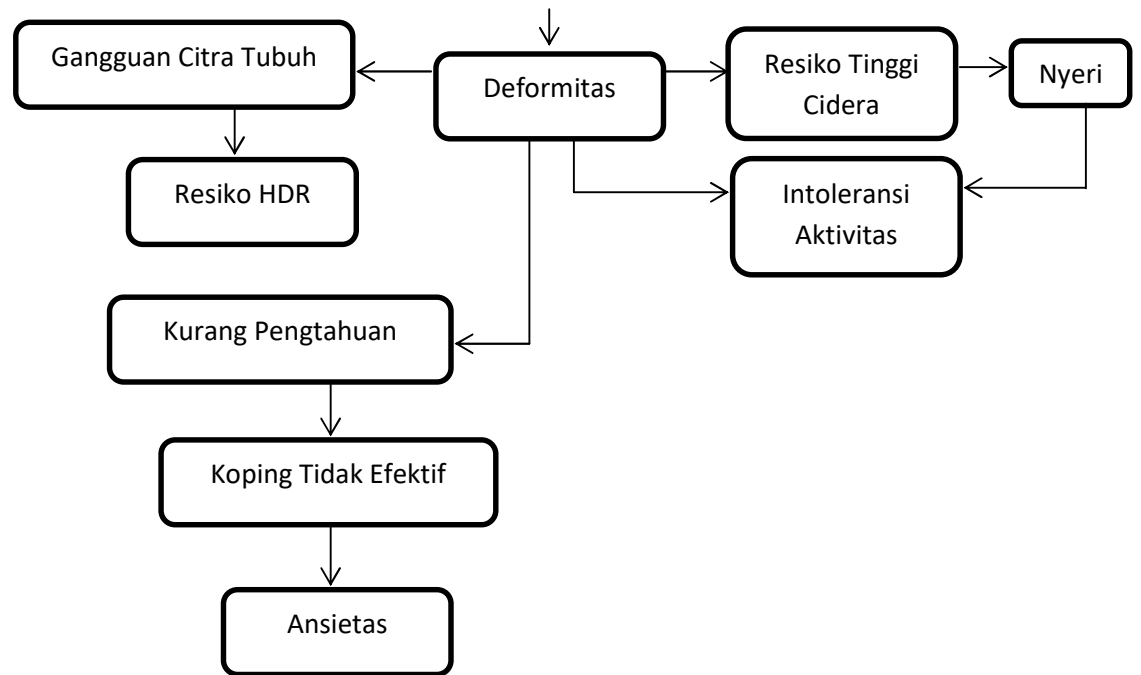
normal dengan respons *osteolitik* (destruksi tulang) atau respons *osteoblastik* (pembentukan tulang).

Beberapa tumor tulang sering terjadi dan lainnya jarang terjadi, beberapa tidak menimbulkan masalah, sementara lainnya ada yang sangat berbahaya dan mengancam jiwa.

Tumor ini tumbuh di bagian metafisis tulang panjang dan biasa ditemukan pada ujung bawah femur, ujung atas humerus dan ujung atas tibia. Secara histologik, tumor terdiri dari massa sel-sel kumparan atau bulat yang berdiferensiasi jelek dan sering dengan elemen jaringan lunak seperti jaringan fibrosa atau miksomatosa atau kartilaginosa yang berselang seling dengan ruangan darah sinusoid. Sementara tumor ini memecah melalui dinding periosteum dan menyebar ke jaringan lunak sekitarnya; garis epifisis membentuk terhadap gambarannya di dalam tulang. Adanya tumor pada tulang menyebabkan jaringan lunak diinvasi oleh sel tumor. Timbul reaksi dari tulang normal dengan respon osteolitik yaitu proses destruksi atau penghancuran tulang dan respon osteoblastik atau proses pembentukan tulang. Terjadi destruksi tulang lokal. Pada proses osteoblastik, karena adanya sel tumor maka terjadi penimbunan periosteum tulang yang baru dekat lempat lesi terjadi sehingga terjadi pertumbuhan tulang yang abortif.

PATHWAY :





Gambar 2.1 Pathway Osteosarkoma (Corwin, 2007)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Smeltzer (2008), manifestasi klinis dari Osteosarkoma adalah :

- a. Nyeri/pembengkakan ekstremitas yang terkena (biasanya menjadi semakin parah pada malam hari dan meningkat sesuai dengan progresivitas penyakit).
- b. Pembengkakan pada tulang atas atau persendian serta pergerakan terbatas
- c. Teraba massa tulang dan peningkatan suhu tubuh kulit di atas massa serta adanya pelebaran vena

d. Gejala-gejala penyakit metastatik meliputi nyeri dada, batuk, demam, berat badan menurun dan malaise.

6. Penatalaksanaan

Menurut Saferi Wijaya dan Mariza Putri (2013), Pengobatan seringkali merupakan kombinasi dari:

1. Kemoterapi (*siklofosfamid, vinkristin, daktinomisin, daktinomisin, doksorubisin, ifosfamid, eposid*). Kemoterapi harapannya adalah kombinasi kemoterapi mempunyai efek yang lebih tinggi dengan tingkat toksisitas yang rendah sambil menurunkan kemungkinan resistensi terhadap obat.

2. Terapi penyinaran tumor

Radiasi apabila tumor bersifat radio sensitive dan kemoterapi (*preoperative, pasca operative dan ajuran untuk mencegah mikrometastasis*). Sasaran utama dapat dilakukan dengan sksisi luas dengan teknik grafting restorative. Ketahanan dan kualitas hidup merupakan pertimbangan penting pada prosedur yang mengupayakan mempertahankan ekstermitas yang sakit.

3. Terapi pembedahan untuk mengangkat tumor

Sasaran penatalaksanaan adalah menghancurkan atau pengangkatan tumor. Ini dapat dilakukan dengan bedah (berkisar dari eksisi local sampai *amputasi dan disartikulasi*).

4. Pengangkatan tumor secara bedah sering memerlukan amputasi ekstremitas yang sakit, dengan tinggi amputasi diatas tumor agar dapat mengontrol local lesi primer. Prognosis tergantung kepada lokasi dan penyebaran tumor.
 - a. Penanganan kanker tulang metastasis adalah peliatif dan sasaran teraupetiknya adalah mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan pasien sebanyak mungkin. Terapi tambahan disesuaikan dengan metode yang digunakan untuk menangani kanker asal fiksasi interna fraktur patologik dapat mengurangi kecacatan dan nyeri yang timbul
 - b. Bila terdapat hiperkalsemia, penanganan meliputi hidrasi dengan pemberian cairan salin normal intravena, diuretika, mobilisasi dan obat-obatan seperti fosfat, mitramisin, kalsitonin, atau kartikosteroid.

7. Komplikasi

Menurut Brunner and Suddart (2008), komplikasi dari Osteosarkoma yaitu :

- a. Akibat langsung : Patah tulang
- b. Akibat tidak langsung : Penurunan berat badan, anemia, penurunan kekebalan tubuh dan metastase paru.
- c. Akibat pengobatan : Gangguan saraf tepi, penurunan kadar sel darah, perubahan jenis kulit dan kebutakan pada kemoterapi.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Saferi Wijaya (2013), pemeriksaan yang biasa dilakukan adalah :

- a. Pemeriksaan radiologis menyatakan adanya segitiga codman dan destruksi tulang.
- b. CT scan dada untuk melihat adanya penyebaran ke paru-paru.
- c. Biopsi terbuka menentukan jenis malignansi tumor tulang, meliputi tindakan insisi, eksisi, biopsi jarum dan lesi-lesi yang dicurigai.
- d. Skening tulang untuk melihat penyebaran tumor.
- e. Pemeriksaan darah biasanya menunjukkan adanya peningkatan alkalin fosfatase.
- f. MRI digunakan untuk menentukan distribusi tumor pada tulang dan penyebaran pada jaringan lunak sekitarnya.
- g. Scntigrafi untuk dapat dilakukan mendeteksi adanya "skip lesion".

B. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Usia Pra-Sekolah

1. Konsep Tumbuh Kembang

Pertumbuhan sebagai suatu peningkatan jumlah dan ukuran, sedangkan perkembangan menitik beratkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dan tingkatan yang paling tinggi dan kompleks melalui maturasi dan pembelajaran. Jadi pertumbuhan

berhubungan jumlah dan ukuran sel tubuh. Perkembangan berhubungan perubahan secara kualitas, diantaranya terjadi perubahan kapasitas individu untuk berfungsi dan dicapai melalui proses pertumbuhan, perkembangan dan pembelajaran. Proses kematangan berhubungan dengan peningkatan kematangan dan adaptasi (Donna.L,Wong, 2009).

a. Pertumbuhan fisik anak usia prasekolah (3-5 tahun)

Pertumbuhan gigi susu sudah lengkap pada masa ini. Anak kelihatan lebih langsing. Pertumbuhan fisik juga relative pelan, anak turun tangga sudah dilakukan sendiri, demikian pula dengan berdiri satu kaki secara bergantian atau melompat. Otot dan system tulang akan terus berkembang sejalan dengan usia mereka. Kepala dan otak mereka telah mencapai ukuran orang dewasa pada saat anak mencapai usia sekolah (Nursalam, 2008).

b. Motorik kasar pada usia prasekolah (3-5 tahun)

Motoric kasar merupakan gerakan yang terjadi koordinasi otot-otot besar, seperti berjalan, melompat, berlari dan melempar (Nursalam, 2008).

c. Motorik halus pada usia prasekolah (3-5 tahun)

Motorik halus berkaitan dengan gerakan yang menggunakan otot halus, seperti menggambar, menggunting, melipat kertas dan sebagainya (Nursalam, 2008).

d. Bahasa pada usia prasekolah (3-5 tahun)

Bahasa sebagai alat komunikasi tidak hanya bicara, dapat diwujudkan sebagai tanda isyarat tangan atau anggota tubuh lainnya yang memiliki aturan sendiri yang berkembang melalui ujian yang tepat. Pada usia prasekolah terjadi perkembangan yang cepat dalam kemampuan bahasa anak.

e. Perkembangan kognitif (3-5 tahun)

Perkembangan kognitif dapat mengelompokkan, menghitung, mengurut, meningkatnya kemampuan mengingat, berkembangnya pemahaman konsep, puncak perkembangan kemampuan berbahasa.

f. Perkembangan psikososial

Ericson membuat sebuah bagan untuk mengurutkan delapan tahap secara terpisah mengenai perkembangan ego dalam psikososial, yang biasa dikenal dengan istilah "Delapan Tahap Perkembangan Manusia". Dalam tahapan usia 3 tahun Ericson membaginya sebagai tahapan *anus-otit* (Anak/mascular stages), masa ini disebut masa balita yang berlangsung mulai usia 1-3 tahun.

g. Perkembangan psikososial anak prasekolah (3-5 tahun)

Menurut Freud, para bayi terlahir dengan kemampuan untuk merasakan kenikmatan apabila terjadi kontak kulit, dan para bayi itu memiliki semacam ketegangan di permukaan kulit mereka yang

perlu dihindarkan melalui kontak kulit secara langsung dengan orang lain. Menurut Freud, usia 3 tahun anak berada pada tahapan anal yaitu setelah makanan di ceranakan, maka sisa makanan menumpuk diujung bawah dari usus dan secara reflex akan dilepaskan keluar apabila tekanan pada otot lingkaran dubur mencapai syaraf tertentu.

2. Pengukuran Pertumbuhan dan Perkembangan

Pengukuran pertumbuhan dan perkembangan balita melibatkan pengukuran kemampuan motorik kasar, motorik halus, kemampuan bahasa, dan kemampuan social kemandirian (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Dalam melakukan pengukuran tumbuh kembang balita, di Indonesia terdapat dua macam gold standar alat ukur tumbuh kembang yaitu, *Denver Developmental Screening Test-II* (DDST-II) dan *kuesioner Pra Skrining Perkembangan* (KPSP). Berikut ini merupakan dua macam gold standar alat ukur tumbuh kembang di Indonesia :

a. *Denver Developmental Screening Test-II* (DDST-II)

DDST-II ini merupakan metode yang digunakan untuk menilai perkembangan anak usia 0-6 tahun yang terdiri dari 125 item tugas pertumbuhan anak. Hasil dari pengukuran DDST-II ini berupa normal, tersangka dan tidak dapat diuji (Adriana, 2011).

Secara garis besar tugas tumbuh kembang anak dalam DDST-II terbagi atas empat klasifikasi (Nugroho, 2008). Klasifikasi pertama yaitu sector personal-sosial, dalam sector ini berisi ketercapaian anak dalam bersosialisasi dengan lingkungan. Klasifikasi yang kedua yaitu sector motoric halus dalam sector ini berisi ketercapaian anak dalam koordinasi anggota tubuh. Klasifikasi selanjutnya yaitu sector bahasa, dalam sector ini lebih berfokus dalam penggunaan bahasa, berbicara, dan mendengar. Klasifikasi yang terakhir dalam penilaian ini yaitu sector motoric kasar, dalam sector ini anak dinilai dari kemampuan otot untuk beraktivitas (Nugroho, 2008). Hasil penilaian DDST-II terdiri dari penilaian item dan penilaian secara keseluruhan. Penilaian item terdiri dari *advanced, normal, caution, delayed dan noopportunity*. Sedangkan untuk penilaian secara keseluruhan terdiri dari *normal, suspect, dan untestable*. Secara lebih lengkap penilaian dalam DDST-II dapat dilihat pada lampiran. Berbagai penelitian telah dilakukan mengenai standar pengukuran perkembangan DDST-II. Salah satu penilaian yang dilakukan oleh shahahani (2010) dengan judul "*validity and reliability determination of Denver Developmental Screening Test-II in 0-6year olds in Tohran*", memngungkapkan pengukuran perkembangan balita menggunakan DDST-II lebih banyak

ditemukan penyimpangan daripada menggunakan alat ukur yang lain, dalam penelitian ini hasil pengukuran perkembangan dengan menggunakan DDST-II didapati 34% responden mengalami gangguan perkembangan. Sedangkan pengukuran perkembangan menggunakan alat ukur yang lain sejenis DDST-II didapati hasil 12% balita mengalami gangguan perkembangan.

b. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Tujuan pengkajian adalah memberikan suatu gambaran yang terus menerus mengenai kesehatan klien. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas atas dasar yaitu : Pertama, mengumpulkan data secara sistematis; Kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan; dan Ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali (Asmadi, 2008).

Adapun langkah-langkah dalam pengkajian pada anak dengan Osteosarkoma menurut Wong (2008), adalah sebagai berikut :

a. Identitas Klien

- 1) Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat rumah, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan dan identitas orang tua.

2) Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Biasanya pasien datang ke RS dengan keluhan nyeri di daerah kaki atau tangan yang mengalami pembengkakan, terjadi pembengkakan biasanya di daerah tulang panjang.

b. Riwayat Tumbuh Kembang

Dalam pengkajian ini, yang perlu ditanyakan adalah hal-hal yang berhubungan dengan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan anak usia sekarang yang meliputi motoric kasar, motoric halus, perkembangan kognitif atau bahasa, personal social.

c. Riwayat Psikososial

Dalam pengkajian ini yang perlu ditanyakan meliputi orang terdekat klien, hubungan dengan klien, hubungan dengan saudara kandung, serta pendidikan orang tua mengenai penyakit yang diserita klien.

d. Riwayat Hospitalisasi

Pengkajian ini meliputi pertanyaan tentang perasaan orang tua terhadap anaknya yang sedang di rawat di rumah sakit serta harapan orang tua terhadap kondisi kesehatan anaknya saat ini dan untuk kedepannya.

e. Riwayat Aktifitas Sehari-hari

Pengkajian ini meliputi pertanyaan tentang pola mata dan minum anak, jenis makanan dan minuman yang disukai anak, porsi makan dan minum anak setiap hari serta pantangan masalah makanan dan minuman terhadap anak, waktu istirahat anak selama di rumah, kebersihan anak setiap hari, pola eliminasi anak setiap harinya serta waktu bermain dan rekreasi setiap hari libur, dan anak biasanya lemas serta tidak bisa beraktivitas sehari-hari.

3). Menurut Saferi Wijaya dan Mariza Putri (2013), Pemeriksaan fisik pada pasien anak dengan Osteosarkoma yaitu :

a. Rambut

Biasanya keadaan kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, rambutnya rontok, tidak ada lesi, warna rambut hitam, tidak bau dan tidak ada edema.

b. Wajah

Biasanya tidak ada edema/hematome, tidak ada bekas luka dan tidak ada lesi

c. Mata

Biasanya mata simetris kiri dan kanan, reflek cahaya normal yaitu pupil mengecil, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik.

d. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, tidak menggunakan cupping hidung, tidak ada polip, dan tidak ada lesi

e. Telinga

Biasanya simetris kiri dan kanan, fungsi pendengaran baik.

f. Mulut

Biasanya mukosa bibir kering, berwarna pucat, tidak terjadi stomatitis, tidak terdapat pembesaran tonsil, lidah putih.

g. Leher

Biasanya tidak ada pembesaran pada kelenjer tiroid, tidak ada gangguan fungsi menelan, tidak ada pembesaran JVP

h. Dada dan Thorax :

Inspeksi :Biasanya dada simetris kiri dan kanan, pergerakan dada simetris.

Palpasi :Biasanya getaran dada kiri dan kanan sama (vocal premitus).

Perkusi :Biasanya bunyi suaranya sonor.

Auskultasi :Bunyi pernapasnya vesikuler.

i. Kardiovaskuler :

Inspeksi : ictus cordis terlihat

Palpasi : ictus cordis teraba 1 jari

Perkusi : di intercosta V media klavikularis sinistra
bunyinya pekak

Auskultasi : irama denyut jantung normal tidak ada
bunyi tambahan

j. Abdomen :

Inspeksi : Biasanya bentuk perut tidak membuncit
dan dinding perut sirkulasi kolateral.

Auskultasi : Biasanya tidak ada bising usus.

Palpasi : Biasanya tidak ada pembesaran pada
abdomen, tidak kram pada abdomen.

Perkusi : Biasanya tympani

k Genitaurinaria :

Biasanya adanya terdapat lecet pada area sekitar anus.
Feses berwarna kehijauan karena bercampur dengan
empedu dan bersifat banyak asam laktat yang berasal dari
laktosa yang tidak dapat diserap oleh usus.

l. Lengan-Lengan Tungkai :

Ekstremitas atas dan bawah : Biasanya kekuatan otot
berkurang. Rentang gerak pada ekstremitas pasien
menjadi terbatas karena adanya masa, nyeri, atau fraktur
patologis, biasanya terabanya benjolan atau masa pada
daerah sekitar tulang.

m. Sistem Persyarafan :

Biasanya kelemahan otot dan penurunan kekuatan

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah actual dan resiko tinggi. Label diagnosa keperawatan memberi format untuk mengejpresikan bagian identifikasi masalah dari proses keperawatan (Doenges, 2010).

Adapun diagnosa yang muncul pada anak yang mengalami Osteosarkoma, berdasarkan (Elizabeth, 2007) adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
- c. Resiko cedera berhubungan dengan proses maligna/keganasan
- d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
- e. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- f. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Zat kimia, radiasi
- h. Gangguan citra rubuh berhubungan dengan penyakit
- i. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan proses penyakit
- j. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan anak

- k. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

3. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu proses penyusunan sebagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien (Hidayat, 2008).

Setelah menyusun diagnosa keperawatan, berdasarkan prioritas, perawat perlu merumuskan tujuan untuk masing-masing diagnosa. Tujuan ditetapkan dalam bentuk tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang dimaksudkan untuk mengatasi masalah secara umum, sedangkan tujuan jangka pendek dimaksudkan untuk mengatasi etiologi guna mencapai tujuan jangka panjang. Rumusa tujuan keperawatn ini harus *SMART*, yaitu spesifik (rumusan tujuan haru jelas), measurable (dapat diukur), achievable (dapat dicapai, ditetapkan bersama klien), reasonable (nyata dan masuk akal), dan timing (harus ada target waktu) (Asmadi,2008). Adapun rencana tindakan keperawatan pada kasus Osteosarkoma berdasarkan NANDA NIC NOC (2015) dan doenges (2010), adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan : Nyeri berkurang sampai dengan hilang

Kriteria Hasil :

- Menunjukkan nyeri berkurang sampai dengan hilang
- Terlihat rileks, dapat tidur/beristirahat dan berpartisipasi dalam aktivitas sesuai kemampuan

Intervensi :

1.1 Kaji keluhan nyeri, catat lokasi, kualitas, pencetus, skala (0-10) dan waktu datangnya nyeri. Catat dan kaji faktor-faktor yang mempercepat dan tanda-tanda rasa sakit nonverbal.

Rasional : membantu dalam menentukan kebutuhan manajemen nyeri dan keefektifan program.

1.2 Ajarkan dan bantu pasien mengambil posisi yang nyaman pada waktu tidur atau duduk dikursi. Pantau posisi yang nyaman.

Rasional : mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan relaksasi.

1.3 Berikan matras/kasur keras, bantal ecil. Tinggikan linen tempat tidur sesuai kebutuhan.

Rasional : matras yang lembut/empuk, bantal yang besar akan mencegah pemeliharaan kesejajaran tubuh yang tepat, menempatkan stress pada daerah yang sakit.

1.4 Dorong penggunaan teknik manajemen stress, misalnya relaksasi, sentuhan terapeutik, hipnosis diri dan pengendalian napas.

Rasional : meningkatkan relaksasi, memberikan rasa kontrol dan mungkin meningkatkan kemampuan coping.

1.5 Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan. Misalnya aspirin, ibuprofen, sulindak

Rasional : mempercepat proses penyembuhan klien dengan mengurangi tingkat nyeri.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Tujuan : Tidak terdapat resiko infeksi

Kriteria Hasil :

- Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya
- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- Jumlah leukosit dalam batas normal

Intervensi :

2.1 Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain

Rasional : Agar tidak memicu terjadinya infeksi

2.2 Pertahankan teknik isolasi

Rasional : Agar penyebaran infeksi tidak meluas

2.3 Batasi pengunjung bila perlu

Rasional : menghindari pemasukan kuman terhadap luka

2.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local

Rasional : mengetahui terjadinya proses infeksi

2.5 Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase

Rasional : mengetahuia adanya tanda dan gejala infeksi

2.6 Inspeksi kondisi luka/insisi bedah

Rasional : agar mengetahuia adanya tanda infeksi

3. Resiko cedera berhubungan dengan proses maligna/keganasan

Tujuan : Tidak terdapat resiko cedera

Kriteria Hasil :

- Klien tidak jatuh dan fraktur tidak terjadi, klien dapat menghindari aktivitas yang mengakibatkan fraktur.

Intervensi :

3.1 Observasi aktivitas klien selama di rumah sakit. Hindari membungkuk tiba-tiba, gerakan mendadak dan mengangkat berat.

Rasional : mencegah resiko terjadinya kecelakaan dan mencegah terjadinya nyeri yang lebih berat.

3.2 Ajarkan penggunaan mekanik tubuh yang baik dan postur tubuh yang benar saat duduk maupun berdiri.

Rasional : mencegah resiko terjadinya kecelakaan dan mencegah terjadinya nyeri yang lebih berat.

3.3 Berikan support ambulasi sesuai dengan kebutuhan

Rasional : mengurangi resiko kecelakaan dan skala nyeri bertambah

3.4 Beri lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien.

Rasional : mengurangi resiko terjadinya kecelakaan.

3.5 Kolaborasi dalam pemberian terapi obat-obatan misalnya pemberian terapi hormonal dan terapi non hormonal.

Rasional : memperbaiki gangguan kepadatan tulang.

4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Tujuan : nutrisi seimbang

Kriteria Hasil :

- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- Tidak ada tanda-tanda malnutrisi

Intervensi :

4.1 Kaji adanya alergi makanan

Rasional : mengetahui adanya alergi makanan

4.2 Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien

4.3 Berikan makanan yang terpilih

Rasional : untuk menghindari adanya alergi makanan

4.4 Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori

Rasional : untuk menghindari pemasukan makanan yang berlebihan

5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan : volume cairan seimbang

Kriteria Hasil :

- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB
- Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab.

Intervensi :

5.1 Pertahankan catatan intake dan output cairan

Rasional : mengetahui hasil yang akurat

5.2 Monitor status dehidrasi

Rasional : mengetahui kelembapan membrane mukosa dan elastisitas turgor kulit

5.3 Monitor status nutrisi

Rasional : mengetahui keseimbangan nutrisi klien

5.4 Monitor adanya tanda gagal ginjal

Rasional : menghindari terjadinya komplikasi

6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan zat kimia, radiasi

Tujuan : tidak terjadi kerusakan integritas kulit

Kriteria Hasil :

- Integritas kulit yang baik yang bisa dipertahankan
- Tidak ada luka/lesi pada kulit
- Perfusi jaringan baik

Intervensi :

6.1 anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar

Rasional : sirkulasi udara masuk ke seluruh tubuh

6.2 Hindari kerutan pada tempat tidur

Rasional : terhindar dari luka baru

6.3 Mobilisasi pasien tiap dua jam sekali

Rasional : menghindarkan terjadinya luka lecet

6.4 Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan

Rasional : menghindarkan pengeringan kulit

7. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit

Tujuan : meningkatkan tingkat pemahaman klien mengenai proses penyakit

Kriteria Hasil :

- Mengungkapkan peningkatan rasa percaya diri dalam kemampuan untuk menghadapi penyakit, perubahan pada gaya hidup dan kemungkinan keterbatasan.

Intervensi :

7.1 perhatikan perilaku menarik diri penggunaan menyangkal atau terlalu memperhatikan tubuh/perubahan.

Rasional : dapat menunjukkan emosional maupun metode koping yang maladaptive, membutuhkan intervensi lebih lanjut/dukungan psikologis.

7.2 dorong pengungkapan mengenai masalah tentang proses penyakit harapan masa depan

Rasional : berikan kesempatan untuk mengidentifikasi rasa takut/kesalahan konsep dan menghadapinya secara langsung.

7.3 bantu dengan kebutuhan keperawatan yang diperlukan

Rasional : mempertahankan penampilan yang dapat meningkatkan citra diri

7.4 bantu pasien untuk mengidentifikasi perilaku positif yang dapat membantu koping

Rasional : membantu pasien untuk mempertahankan control diri, yang dapat meningkatkan perasaan harga diri.

7.5 ikut sertakan pasien dalam merencanakan perawatan dan membuat jadwal aktivitas

Rasional : meningkatkan perasaan kompetensi/harga diri,
mendorong kemandirian, mendorong partisipasi dalam terapi.

8. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : memperbaiki gangguan mobilitas fisik

Kriteria Hasil :

- Mempertahankan ataupun meningkatkan kekuatan dan fungsi dari kompensasi bagian tubuh
- Menunjukkan teknik/perilaku yang memungkinkan melakukan aktivitas

Intervensi :

8.1 Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan

Rasional : mengetahui apa saja aktivitas yang dapat dilakukan

8.2 Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.

Rasional : Agar mempermudah melakukan aktivitas

8.3 Bantu untuk membuat jadwal latihan di waktu luang

Rasional : Untuk membiasakan aktivitas yang dilakukan sehari-hari

8.4 Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan

Rasional : Mempermudah melakukan aktivitas sehari-hari

9. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan anak

Tujuan : ansietas berkurang sampai dengan hilang

Kriteria Hasil :

- Penilaian diri terhadap penghargaan diri meningkat

Intervensi :

9.1 bantu klien mengekspresikan perasaan dan dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional : perhatian sungguh-sungguh dapat meyakinkan klien bahwa perawat bersedia membantu mengatasi masalahnya sehingga timbul hubungan saling percaya.

9.2 Gunakan pendekatan yang menenangkan

Rasional : Mengurangi kecemasan pasien terhadap penyakit yang diderita

9.3 Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan

Rasional : Mengetahui kecemasan yang dirasakan pasien

10. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

Tujuan : pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil :

- Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi prognosis dan program pengobatan
- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar
- Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat

Intervensi :

10.1 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik

Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan

10.2 jelaskan patofisiologi dari penyakit

Rasional : untuk mengetahui perjalanannya penyakit

10.3 gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit

Rasional : untuk mengetahui adanya tanda dan gejala

10.4 gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat

Rasional : agar klien mengerti tentang proses penyakit.

4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien. Menurut Asmadi (2008), implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu independent, interdependent dan dependent.

1. a. *Independent*, yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Lingkup tindakan keperawatan independen antara lain adalah mengkaji klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien, merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respon klien yang memerlukan intervensi keperawatan, mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan klien, mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis.
- b. *Interdependent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dari tenaga kesehatan lain misalnya ahli gizi, fisiotherapi dan dokter.
- c. *Dependent*, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

Sedangkan menurut Wartona (2006), tindakan mencakup tindakan mandiri (*independent*) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (*independent*) adalah aktifitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan dan keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang Didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain.

2. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang mengalami osteosarcoma adalah sebagai berikut :
- a. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
 - b. Memberikan analgesik untuk mengurangi nyeri
 - c. Memberikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
 - d. Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi (kemerahan, panas)
 - e. Memberikan perawatan kulit pada bagian epidema (mengganti perban)
 - f. Mendiskusikan bersama klien untuk membuat jadwal harian

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian terakhir dari proses keperawatan berdasarkan tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan, didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Asmadi, 2008).

Menurut Asmadi (2008), evaluasi terdiri dari dua jenis, yaitu :

- a. Evaluasi proses (formatif)

Evaluasi proses ini merupakan kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai

respon klien. Evaluasi formatif terus menerus dilaksanakan sampai tujuan yang telah direncanakan tercapai. System penulisan pada tahap evaluasi ini bisa menggunakan system "Evaluasi Proses" atau model dokumentasi lainnya.

b. Evaluasi hasil (Sumatif)

Evaluasi hasil merupakan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan. Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku/status kesehatan klien pada akhir tindakan perawatan klien. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan perawatan klien. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Sumatif evaluasi adalah objektif, fleksibel dan efisien.

Dibawah ini hasil yang diharapkan pada masing-masing diagnosa menurut Wong (2008), adalah tanda-tanda vital dalam rentang normal, output input seimbang, klien mengkonsumsi sejumlah makanan yang tepat secara adekuat, klien tidak menunjukkan penurunan berat badan, klien mampu berpartisipasi aktif dalam kegiatan yang diinginkan, klien memperhatikan tanda rasa nyaman dan klien mendapatkan dukungan yang adekuat dari keluarga.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian.....	40
B. Diagnosa Keperawatan	52
C. Perencanaan	53
D. Pelaksanaan.....	57
E. Evaluasi.....	62

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	69
B. Diagnosa Keperawatan	71
C. Perencanaan	74
D. Pelaksanaan.....	75
E. Evaluasi.....	76

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALUMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

F. Kesimpulan

1. Berdasarkan dari hasil pengkajian di lapangan maka penulis memperoleh keluhan yaitu : keluarga mengatakan anak merasakan nyeri di daerah pipi, selalu muntah setelah diberikan makan, pasien mengalami penurunan berat badan. Hal tersebut terjadi karena respon/keadaan fisik dan psikis pasien yang berbeda. Pengkajian pada Anak F dilakukan dengan wawancara kepada pasien dan keluarga. Pengumpulan data diperoleh dari pemeriksaan fisik pasien.
2. Penulis menemukan Sembilan masalah keperawatan yang terjadi pada Anak F dengan diagnosa medis Osteosarkoma, yaitu : nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, gangguan menelan berhubungan dengan obstruksi mekanis, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, resiko keterlambatan perkembangan berhubungan dengan defisiensi stimulasi penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan proses penyakit, ansietas berhubungan dengan perubahan

status kesehatan anak, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.

3. Perencanaan disusun dengan cara menentukan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil. Pada kasus Anak F, penulis tidak membuat semua rencana keperawatan sesuai dengan rencana yang ada pada tinjauan teori tetapi penulis menyusun perencanaan disesuaikan dengan kondisi, situasi, fasilitas, sarana dan kebijakan yang ada di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan penulis disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah dibuat namun tidak semua rencana terlaksana sehubungan dengan kondisi pasien dan penulis juga tidak dapat melakukan semua intervensi sendiri, tetapi penulis juga melibatkan petugas kesehatan yang lain serta keluarga pasien untuk meningkatkan motivasi agar mencapai kesembuhan.
5. Evaluasi

Dalam evaluasi tidak semua masalah keperawatan dapat teratasi sesuai dengan kondisi pasien serta keadaan pada saat itu, adapun masalah keperawatan yang telah teratasi adalah sebagai berikut :

Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, ansietas berhubungan

dengan perubahan status kesehatan anak dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.

G. Saran

1. Rumah Sakit

Dalam rangka meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya rumah sakit menyediakan fasilitas yang sesuai dengan standar prosedur tindakan keperawatan.

2. Perawat

Diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien Osteosarkoma serta diharapkan lebih meningkatkan rasa perhatian/*caring* kepada pasien mengingat Osteosarkoma merupakan suatu penyakit *terminalis* sehingga bukan hanya kebutuhan bio yang diperhatikan namun kebutuhan psiko, sosial dan spiritual juga harus mendapat perhatian khusus. Kerjasama yang baik antara tim kesehatan di Ruang terus ditingkatkan karena sangat membantu dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di masa depan.

3. Institusi Pendidikan

Diharapkan agar dapat memberikan dan menambah *literatur referensi* terbaru sehingga dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini mahasiswa tidak mengalami kesulitan dalam mencari literatur serta

menambah waktu untuk melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI).

4. Pasien

Diharapkan pada pasien untuk dapat meningkatkan kerja samanya dengan perawat maupun tenaga kesehatan lainnya guna mempermudah mendapat informasi serta memberi asuhan keperawatan yang seharusnya.

5. Keluarga

Diharapkan kepada keluarga untuk kerja sama kepada perawat maupun oleh pihak rumah sakit untuk mempermudah mendapat informasi serta selalu memberikan motivasi kepada anak agar keinginan sembuh anak lebih meningkat lagi sehingga dapat mempermudah penyembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Brunner & Suddart. (2008). *Keperawatan Medika Bedah Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Corwin, Elizabeth J. 2007. *Buku Saku Patofisiologi Edisi 3*. Jakarta. Buku Kedokteran EGC.
- Davies, Kim. *Buku Pintar Nyeri Tulang dan Otot*. 2007. Jakarta. Erlangga.
- Doenges, Marilyn E, et all. (2010). *Nursing Care Planning*. Jakarta : Davidplus
- Kusuma, H. (2012). *Aplikasi Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuhamedika
- Lynn Betz, Cecily. (2008). *Keperawatan Pediatrik Edisi 5*. Jakarta : EGC
- Price, S. (2012). *Patofisiologi edisi 6*. Jakarta : EGC
- Sowden. (2009). *Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC
- Suriadi. (2006). *Keperawatan pediatrik*. Yogyakarta: Media Pustaka
- Wijaya Andra Saferi, Putri Yessie Mariza, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Wong, L. Donna. (2009). *Keperawatan Pediatrik Volume 1*. Jakarta : EGC
- Wong, L. Donna. (2009). *Keperawatan Pediatrik Volume 2*. Jakarta : EGC