

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. T DENGAN  
FRAKTUR RADIUS DIRUANG CEMPAKA  
RSUD UNGARAN**

Karya Tulis Ilmiah



Di Susun Oleh :

**Mohammad Nur Adi Kusmulyanto**

NIM. 89.331.2879

**PROGAM STUDI DIPLOMA PRODI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2010**

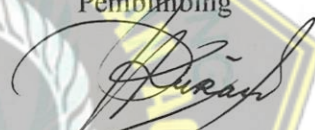
## HALAMAN PERSETUJUAN

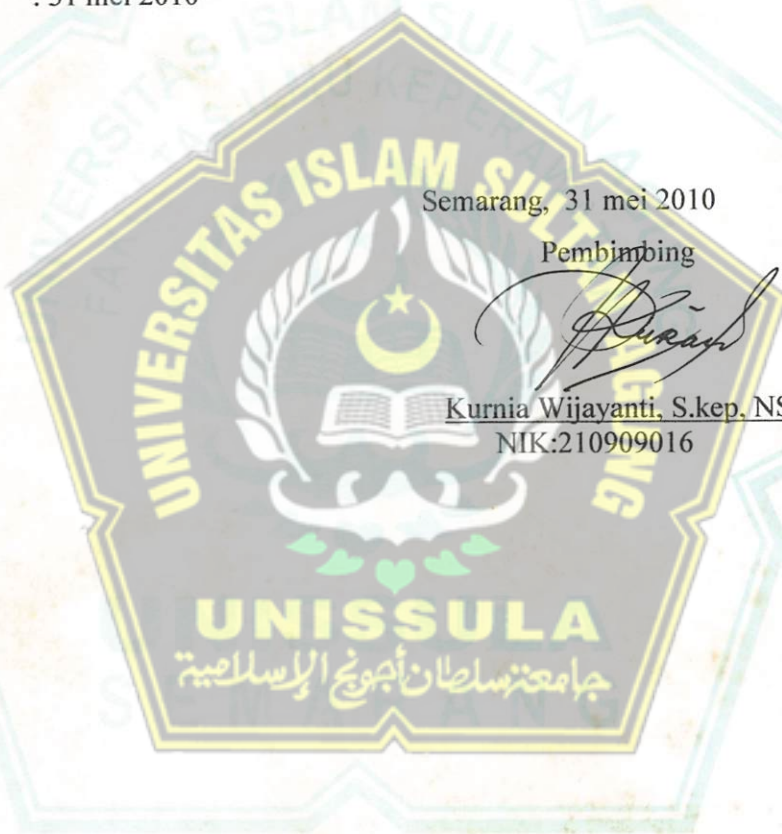
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Senin  
Tanggal : 31 mei 2010

Semarang, 31 mei 2010

Pembimbing

  
Kurnia Wijayanti, S.kep. NS  
NIK:210909016




## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 02 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 26 Juli 2010

Tim Penguji,  
Penguji I



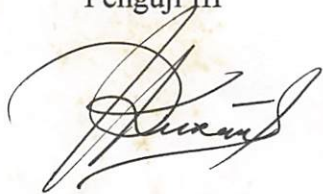
(Erna Melastuti, S. Kep., Ns)  
NIK: 210900010

Penguji II



(Indra Tri Astuti, S. Kep., Ns)  
NIK: 210900009

Penguji III



(Kurnia Wijayanti, S. Kep., Ns)  
NIK: 210909016

## **MOTTO**

Allah meninggikan orang-orang beriman di antara kamu dan orang-orang yang  
berilmu pengetahuan beberapa derajat  
( Q. S Al maidah : 11 )

Sesungguhnya tentang kejadian langit dan bumi serta pergantian siang dan malam  
menjadi tanda ( atas kekuasaan Allah ) bagi orang-orang yang mau berfikir  
( Q. S. Ali Impron : 190 )

Sesungguhnya Allah tidak mengubah keadaan suatu kaum, kecuali jika mereka  
mengubah keadaan mereka sendiri  
( Q. S Ar Ra'du : 11 )

Kehidupan di dunia tidak lain adalah kesenangan yang menipu  
( Q. S. Al hadid : 20 )

## **KATA PENGANTAR**

*Assalumu'alaikum wr. wb*

Dengan mengucap puji dan syukur kepada ALLAH SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah serta karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan dan menyusun karya tulis ilmiah ini yang berjudul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. T DENGAN MASALAH FRAKTUR RADIUS DIRUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNGARAN"

Karya tulis ini disusun untuk melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dengan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.Sc, M.Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung
2. Bapak Iwan Ardian , SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah banyak memberikan inspirasi dan motivasi kepada mahasiswa baik dalam lingkup pendidikan maupun dalam kehidupan sehari-hari.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku Ka Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung dan juga selaku dosen pembimbing yang telah membantu banyak dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.



4. Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran, yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil studi kasus dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh di kampus, sehingga penulis dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Kurnia Wijayanti, S.Kep yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada saya sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya
6. Segenap dosen dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah membekali ilmunya dan memberikan bantuan selama proses pendidikan
7. Bapak dan Ibu tercinta serta keluarga yang senantiasa membantu dalam doa , materiil, dukungan moril dan juga menjadikan motivasi besar bagi saya untuk tetap berjuang membahagiakan mereka.
8. Sobat yang sudah memberikan semangat dan dukungan: Tian, Pak Budi, Sulis, Deddy, Heru, Bpk koz, dan Calon istriku.
9. Teman–teman senasib sepenanggungan yang saling memberikan dukungan selama proses belajar.

Akhir kata penulis berharap karya tulis ini dapat berguna bagi pembaca untuk menambah pengetahuan dan kemajuan dibidang keperawatan khususnya bagi penulis.

*Wasalamu'alaikum wr. wb*

Semarang, 31 Mei 2010

Penulis

M. Nur Adi Kusmulyanto

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
<b>BAB II. KONSEP DASAR</b>	
A. Konsep Anak.....	5
1. Pengertian Anak.....	5
2. Pertumbuhan dan Perkembangan.....	5
B. Konsep Penyakit.....	9
1. Pengertian.....	9
2. Jenis Fraktur.....	10
3. Etiologi.....	12
4. Patofisiologi.....	13
5. Manifestasi Klinik.....	14
6. Pathway.....	16

7. Pemeriksaan Diagnostik. ....	17
8. Komplikasi. ....	17
9. Penatalaksanaan. ....	18
a. Medis. ....	18
b. Keperawatan. ....	19
C. Konsep Dasar Keperawatan. ....	20
1. Pengkajian Konsep Dasar Keperawatan. ....	20
2. Asuhan Keperawatan. ....	20
3. Intervensi Keperawatan. ....	21

**BAB III. RESUME KEPERAWATAN**

A. Pengkajian. ....	25
B. Data Biologis. ....	27
C. Pola kebutuhan Psikososial. ....	28
D. Data Spiritual. ....	30
E. Pemeriksaan. ....	30
F. Pemeriksaan Penunjang. ....	31
G. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan. ....	32
H. Intervensi Keperawatan. ....	33
I. Implementasi keperawatan. ....	34
J. Evaluasi. ....	36

**BAB IV. PEMBAHASAN**

A. Pengkajian. ....	38
B. Diagnosa keperawatan. ....	40



C. Intervensi .....	42
D. Implementasi .....	43
E. Evaluasi .....	45

**BAB V. PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	48
B. Saran.....	49

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit musculoskeletal menurut Yayan A. I, (2007) telah menjadi masalah yang banyak dijumpai di pusat-pusat pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Bahkan *World Health Organization* telah menetapkan dekade ini (2000-2010) menjadi dekade tulang dan persendian. Permasalahan tulang dan persendian diantaranya adalah fraktur terjadi karena adanya kekuatan yang sangat tiba-tiba dan berlebihan, yang dapat berupa benturan, pemukulan, penghancuran, penekukan atau terjatuh dengan posisi miring, pemuntiran, atau penarikan. Akibat trauma pada tulang tergantung pada jenis trauma, kekuatan, dan arahnya. Fraktur bisa terjadi kepada siapapun, termasuk anak-anak dimana dunia anak tak terlepas dari mainan anak yang mempunyai resiko dan membahayakan, sebagai contoh *baby walker*, sepeda, bahkan sepeda motor yang sudah digemari oleh anak-anak. Trauma yang dialami anak, seperti kecelakaan saat bermain, jatuh dari tempat tidur merupakan penyebab tersering dari fraktur yang dialami oleh anak. Fraktur yang mengenai lengan bawah pada anak sekitar 82% pada daerah metafisis tulang radius distal, dan ulna distal sedangkan fraktur pada daerah diafisis yang terjadi sering sebagai faktor type

*green-stick*. Daerah metafisis pada anak relatif masih lemah sehingga fraktur banyak terjadi pada daerah ini, selebihnya dapat mengenai suprakondiler humeri (*transkondiler humeri*) diafisis femur dan klavikula, sedangkan yang lainnya jarang. Sedangkan angka kejadian fraktur pada anak dalam beberapa tahun ini semakin meningkat sekitar 50% di banding dengan orang dewasa. Karena fraktur pada anak mempunyai keistimewaan dibanding dengan dewasa, proses penyembuhannya dapat berlangsung lebih singkat dengan *remodeling* yang sangat baik, hal ini disebabkan karena adanya perbedaan anatomi, biomekanik serta fisiologi tulang anak yang berbeda dengan tulang orang dewasa. Selain itu proses penyembuhan ini juga dipengaruhi oleh faktor mekanis dan faktor biologis. Oleh karena itu memerlukan perawatan yang serius kerana jika tidak beresiko terjadinya deformitas, atau kelainan bentuk ketika sudah sembuh.

Penulis mengangkat kasus dengan tujuan memperdalam ilmu tentang fraktur pada anak guna mengerti tentang masalah- masalah yang di alami anak dengan kasus fraktur dan penulis bisa langsung mengaplikasikan pada anak tersebut.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu memahami tentang asuhan keperawatan pada An. T dengan masalah Fraktur di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada anak dengan fraktur
- b. Mampu menentukan diagnosa potensial pada anak dengan fraktur
- c. Mampu menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah dan kebutuhan yang timbul pada anak dengan fraktur
- d. Mampu melaksanakan rencana tindakan asuhan keperawatan pada anak dengan fraktur sesuai kompetensi perawat
- e. Mampu mengevaluasi tindakan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada anak dengan fraktur

## **C. Manfaat Penulisan**

### **1. Bagi Penulis**

Memahami pengertian, penyebab, permasalahan, yang muncul pada fraktur, sehingga dapat menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan fraktur.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

- a. Memberikan asuhan dalam kegiatan pembelajaran mengenai asuhan keperawatan terutama pada anak patologi dengan fraktur
- b. Mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan terutama pada anak patologi dengan fraktur.

### 3. Bagi Lahan Praktik

Mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam mengaplikasikan tindakan keperawatan yang baik dan benar.

### 4. Bagi Masyarakat

- a. Meningkatkan pengetahuan dalam upaya deteksi dini terhadap kasus dan segera melakukan operasi serta pertolongan pertama bagi tenaga kesehatan.
- b. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang fraktur dalam upaya deteksi dini kasus dan pengawasan anak dalam hal bermain yang berguna untuk mencegah terjadinya fraktur. Misalnya: terjatuh.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Anak**

##### **1. Pengertian anak**

Pengertian atau definisi anak menurut Hidayat adalah anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dalam kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Hidayat, 2005).

Anak merupakan makhluk sosial juga seperti orang dewasa. Anak membuat orang lain untuk dapat membantu mengembangkan kemampuannya, karena anak lahir dengan segala kelemahan sehingga tanpa orang lain tidak mungkin dapat mencapai taraf kemanusiaan yang normal (Admin, 2008).

##### **2. Pertumbuhan dan perkembangan**

Pertumbuhan dan perkembangan pada anak menurut Hidayat, (2005) adalah:

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tubuh kematangan dan belajar.



Dalam pertumbuhan dan perkembangan anak terdapat suatu peristiwa yang dialaminya yaitu masa percepatan perlambatan. Masa tersebut akan berlainan dalam suatu organ tubuh. Percepatan dan perlambatan tersebut merupakan kejadian yang berbeda dalam suatu organ tubuh akan tetapi masih saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Peristiwa pertumbuhan pada anak dapat terjadi perubahan tentang besarnya jumlah, ukuran didalam tingkat sel, organ maupun individu sedangkan peristiwa perkembangan pada anak dapat terjadi pada perubahan bentuk dan fungsi pematangan organ mulai dari aspek sosial, emosional, dan intelektual. Pertumbuhan dan perkembangan pada anak terjadi mulai dari pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, intelektual maupun emosional

Pertumbuhan dan perkembangan pada masa sekolah akan mengalami proses percepatan pada umur 8-12 tahun, di mana penambahan berat badan pertahun akan dapat 2,5 kg dan ukuran panjang tinggi badan sampai 5cm pertahunnya. Pada usia sekolah ini secara umum aktivitas fisik pada anak semakin tinggi dan memperkuat kemampuan motoriknya. Pertumbuhan jaringan limfatik pada usia ini semakin besar bahkan melebihi orang dewasa. Kemampuan kemandirian anak akan semakin dirasakan dimana lingkungan luar rumah dalam hal ini adalah sekolah cukup besar, sehingga beberapa masalah sudah mampu diatasi dengan sendirinya dan anak sudah mampu menunjukkan penyesuaian diri dengan lingkungannya ada, rasa tanggung jawab dan percaya diri dalam tugas sudah mulai terwujud sehingga dalam

menghadapi kegagalan maka anak sering kali dijumpai reaksi kemarahan atau kegelisahan, perkembangan kognitif, psikososial, interpersonal, psikoseksual, moral, dan spiritual sudah mulai menunjukkan kematangan pada masa ini. Secara khusus perkembangan pada masa ini anak banyak mengembangkan kemampuan interaksi sosial, belajar tentang nilai moral dan budaya dari lingkungan keluarganya dan mulai mencoba mengambil bagian dari kelompok untuk berperan, terjadi perkembangan secara lebih khusus lagi, terjadi perkembangan konsep diri, keterampilan membaca, menulis serta berhitung, belajar menghargai di sekolah.

Pencapaian pertumbuhan dan perkembangan, anak, dikelompokkan menjadi kedalam dua kelompok yaitu kelompok usia 0-6 tahun yang terbagi menjadi tahap *prenatal* yang terdiri dari masa embrio (mulai konsepsi 8 minggu) dan masa fetus (9 minggu sampai lahir) tahap *post natal* yang terdiri dari masa *neonatus* (0-28 hari) dan masa bayi (29 hari-1 tahun), tahap prasekolah (3-6 tahun), dan kelompok usia 6 tahun keatas yang terbagi dalam masa pra remaja (6-10 tahun) dan masa remaja (10-18 atau 20 tahun)

a. Tahap- tahap tumbuh kembang anak meliputi:

- 1) Tahap *kongret* (7-11 tahun) dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut, anak sudah memandang realistis dari dunianya dan mempunyai anggapan yang sama dengan orang lain, sifat egosentrik sudah mulai hilang sebab anak mempunyai pengertian tentang keterbatasan dari sendiri, sifat pikir sudah mempunyai dua pandangan atau disebut

reversibilitas merupakan cara memandang dari arah berlawanan (kabalikan), sifat realistik tersebut belum sampai kedalam pikiran dalam membuat suatu konsep atau hipotesis

2) Tahap *laten* terjadi pada umur 5-12 tahun dengan perkembangan sebagai berikut, kepuasan anak mulai terintegrasi, anak dalam masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial seperti suka hubungan dengan kelompoknya atau sebayanya, dorongan libido mulai mereda.

3) Tahap rajin dan rendah diri terjadi pada umur 6-12 tahun (sekolah) dengan perkembangan sebagai berikut, anak selalu berusaha untuk mencaai suatu yang di inginkan atau prestasinya sehingga anak pada usia ini adalah rajin dalam melakukan sesuatu akan tetapi apabila harapan pada anak ini tidak tercapai kemungkinan besar akan merasakan rendah diri.

b. Faktor- faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak diantaranya:

1) Faktor *herediter* merupakan faktor yang diturunkan sebagai dasar dalam mencapai tumbuh kembang sampai faktor lain. Yang termasuk faktor *herediter* adalah bawaan, jenis kelamin, ras, suku bangsa. Faktor ini dapat ditentukan dengan intensitas dan kecepatan dalam pembelahan telur, tingkat sensitivitas jaringan terhadap rangsang, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang.

2) Faktor lingkungan merupakan faktor yang memegang peranan penting dalam menentukan tercapai dan tidaknya potensi yang sudah dimiliki. Yang termasuk faktor lingkungan ini dapat meliputi lingkungan *prenatal*, lingkungan yang masih dalam kandungan dan lingkungan *post natal* yaitu lingkungan setelah bayi lahir

## B. Konsep Penyakit

### 1. Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Sjamsuhidajat, 2004).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan yang setiap retak atau patah pada tulang yang utuh (Lockhart, 2001).

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh tenaga atau kekuatan fisik (Borley, 2006).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai tipe dan luasnya (Sapto, 2001).

Fraktur radius adalah tulang disisi lateral lengan bawah, merupakan tulang pipa dengan sebuah batang dan dua lebih pendek dari pada ulna (Pearce, 2002).

## 2. Jenis Fraktur

Jenis fraktur menurut Wong, (2003) dibagi menjadi :

### a. Berdasarkan sifat fraktur

#### 1) Fraktur tertutup

Apabila fragmen tulang yang patah tidak tampak dari luar

#### 2) Fraktur terbuka

Apabila fragmen tulang yang patah tampak dari luar

### b. Berdasarkan komplit atau tidak komplit fraktur

#### 1) Fraktur komplit

Patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran bergeser dari posisi normal.

#### 2) Fraktur inkomplit

Patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang

Misal : - Hair line fraktur

- *Green stick* → fraktur dimana salah satu sisi tulang patah sedang sisi yang lain membengkok

### c. Berdasarkan bentuk garis patah & hubungan dengan mekanisme trauma

#### 1) Fraktur transversal

Arah melintang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung

## 2) Fraktur oblik

Arah garis patah membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat dari trauma langsung

## 3) Fraktur spiral

Arah garis patah spiral dan akibat dari trauma rotasi

## 4) Fraktur komunitif

Fraktur dimana serpihan- serpihan atau terputusnya keutuhan jaringan tempat adanya lebih dari dua fregmen tulang

## 5) Fraktur segmental

Dua fraktur yang berdekatan pada satu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darahnya

## 6) Fraktur impaksi atau fraktur kompresi

Terjadi dua tulang menumbuk tulang ketiga yang berada diantaranya seperti satu vertebra dengan dua vertebra lainnya

## d. Jenis fraktur lain terjadi pada anak

1) Fraktur *colles*

Fraktur jenis ini sering ditemukan pada orang dewasa di atas usia 50 tahun dan lebih sering terjadi pada wanita dari pada pria.

2) Fraktur *smith*

Fraktur jenis ini sering di temukan pada pria dari pada wanita

## 3) Fraktur epifisis

Fraktur jenis ini sering di temukan pada anak usia 6-12 tahun.



#### 4) Fraktur *Bends*

Fraktur jenis ini sering ditemukan pada anak, tulang fleksibelnya dapat dibengkokkan 45 derajat atau lebih sebelum menjadi patah.

#### 5) Fraktur *Buckle*

Fraktur ini akibat kompresi tulang yang keropos sehingga dapat menimbulkan fraktur

#### 6) Fraktur *Green stick*

Fraktur yang terjadi bila tulang terangulasi melebihi batas pembengkokannya di mana sisi yang terkompresi melengkung dan yang menegang mengalami kerusakan

### 3. Etiologi

Etiologi atau penyebab fraktur yang dikemukakan oleh Mustaqin, (2008) meliputi:

#### a. Trauma langsung

Adalah trauma yang menyebabkan tekanan langsung pada tulang, hal tersebut dapat mengakibatkan terjadinya fraktur pada daerah yang ditekan, fraktur yang terjadi biasanya bersifat komunitif dan jaringan lunak ikut mengalami kerusakan

#### b. Trauma tidak langsung.

Adalah trauma yang di hantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur, misalnya: jatuh dengan tangan ekstensi dapat menyebabkan fraktur pada klavikula. Pada keadaan ini biasanya jaringan lunak masih tetap utuh.

#### 4. Patofisiologi

Trauma yang mengakibatkan fraktur akan dapat merusak jaringan lunak disekitar fraktur mulai dari otot *fascia*, kulit sampai struktur *neuromuskuler* atau organ-organ yang penting. Pada saat kejadian kerusakan terjadilah respon peradangan pembentukan kumpulan atau bekuan fibrin. *Osteoblas* mulai muncul dengan jumlah yang besar untuk membentuk matrik tulang baru antara fregmen-fregmen tulang .

Garam kalsium dalam *matrik* membentuk kalus yang akan memberikan stabilitas dan menyongkon untuk pembentukan *matrik* baru (Yuliani, 2006).

Tulang dikatakan fraktur, patah cidera jaringan bila terjadi intrupsi dan kontinuitas tulang, biasanya fraktur disertai cidera jaringan sekitar ligmen, otot, pembuluh darah, persyarafan, untuk penyembuhan dilakukan imobilisasi (Smeltzer, 2001).

Diperlukan waktu lama jika satu tulang sudah patah, jaringan lunak sekitarnya juga rusak, periosteum terpisah dari tulang, dan terjadi yang cukup berat. Bekuan akan membentuk jaringan granulasi didalamnya dengan sel-sel pembentuk tulang primitif (*osteogenik*) berdiferensiasi menjadi *kondroblas* dan *osteoblas*. *Kondoblas* akan mengsekresi fosfat, yang merangsang deposisi kalsium. Terbentuk lapisan tebal (kalus) disekitar lokasi fraktur. Lapisan ini terus menebal dan meluas, bertemu dengan lapisan kalus dari fregmen satunya, dan menyatu.

Penyatuan dari kedua fregmen ( penyembuhan fraktur ) terus berlanjut dengan terbentuknya trabekula oleh *osteoblas*, yang melekat dan meluas menyebrangin lokasi fraktur. Penyatuan tulang profisional ini akan menjalani tranformasi metaplastik untuk menjadi lebih kuat dan terorganisasi. Kalus tulang akan mengalami remodeling untuk mengambil bentuk tulang yang utuh seperti *osteoblas* tulang baru dan *osteoklas* akan menyingkirkan bagian yang rusak dan tulang sementara (Anderson, 2005).

## 5. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis menurut (Smeltzer, 2001). Adalah sebagai berikut :

### a. Nyeri

Terus menerus akan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi

### b. Deformitas

Disebabkan oleh pergeseran fregmen pada tulang lengan tungkai ( terlihat maupun teraba ) ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan ekstremitas yang normal

### c. Pemendekan Ekstremitas

Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot

d. Krepitus

Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fregmen satu dengan yang lainnya

e. Pembengkakan dan perubahan warna

Pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur.





## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan awal pada pasien penderita fraktur tulang, sama dengan pemeriksaan pada pasien yang mengalami luka pada jaringan lunak yang berhubungan dengan trauma. Pemeriksaan *rontgen* sinar-x pada bagian yang sakit merupakan perangkat diagnostik definitif yang digunakan untuk menentukan adanya fraktur. Meskipun demikian, beberapa fraktur mungkin sulit untuk dideteksi dengan menggunakan sinar-x pada awalnya sehingga akan membutuhkan evaluasi radiografi pada hari berikutnya untuk mendeteksi bentuk *callus*. Jika dicurigai adanya perdarahan maka dilakukan pemeriksaan *complete blood count* (CBC) untuk menilai banyaknya darah yang hilang (Lockhart, 2001).

## 8. Komplikasi

Komplikasi awal yang muncul pada fraktur adalah syok, yang bisa berakibat fatal dalam beberapa jam setelah cedera, emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam atau lebih, dan sindrom kompartemen yang berakibat kehilangan fungsi ekstermitas permanen jika tidak ditangani segera. Infeksi, tromboemboli (emboli paru), yang dapat menyebabkan kematian dalam beberapa minggu setelah cedera, dan koagulopati intravaskuler diseminata (KID) Sedangkan menurut pengertian sendiri adalah:



a. Syok

Akibat perdarahan (baik kehilangan darah eksterna maupun yang tak kelihatan) dan kehilangan cairan esktrasel ke jaringan yang rusak, dapat terjadi pada fraktur ekstermitas, toraks, pelvis, dan vertebra

b. Emboli lemak

Pada saat terjadi fraktur globula lemak dapat masuk dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang dilepaskan oleh reaksi stres pasien akan memobilisasi asam lemak akan memudahkan terjadinya globula lemak dalam aliran darah

c. Sindrom kompartemen

Merupakan masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk kehidupan jaringan

## 9. Penatalaksanaan

a. **Medis**

Pengobatan yang terkait dengan fraktur mengurangi nyeri, mencegah perdarahan dan edema, mengurangi spasme otot, meluruskan tulang yang patah, meningkatkan kesembuhan tulang, imobilisasi fraktur, dan mencegah komplikasi

- 1) Reduksi: reposisi pada tulang. reduksi tertutup dilakukan dengan manipulasi eksternal untuk meluruskan atau kesegarisan tulang yang patah keposisi sediakala.

- 2) Retensi: gips, traksi: kulit dan skletal. Traksi kulit yang digunakan "*Buck extension traction*" yang digunakan untuk fraktur pundul kontraktur spasme otot, dan hemarthrosis, traksi *Bryant* digunakan untuk fraktur femur atau *Congenital Hip Dysplasia*. traksi russel digunakan untuk stabilisasi fraktur femur.
- 3) Fasciotomy, adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengurangi tekanan yang terkait dengan kompartemen sindrom.
- 4) Traksi dengan tujuan mengembalikan posisi semula tulang yang patah, mempertahankan kesegarisan (*aligment*), mengistirahatkan *ekstermotas* yang patah mencegah dan memperbaiki adanya kontraktur dan deformitas, memperbaiki dislokasi, mengurangi spasme dan mengurangi nyeri (Yuliani, 2006).

**b. Keperawatan**

Dengan cara pemasangan gips, fraktur yang tidak bergeser dapat diobati dengan cara pemasangan gips di atas siku, meletakkan lengan bawah dalam posisi pronasi pada fraktur 1/3 distal dan posisi netral pada fraktur 1/3 tengah. Pada fraktur 1/3 proksimal, pengobatan dilakukan dengan pemasangan gips di atas siku dalam posisi supinasi. Dan apabila ada kelainan pelekatan otot pronator dan supinator tulang radius dan ulna, reduksi dan imobilisasi yang baik sulit dilakukan reduksi yang akurat sangat diperlukan karena tangan mempunyai fungsi untuk pronasi dan supinasi. Pengobatan yang paling baik adalah pemasangan fiksasi rigid

dengan operasi yang mempergunakan plat dan *screw* pada kedua tulang. Dan bisa diajarkan dengan teknik *range of motion* pada pasien (Mustaqin, 2008).

## C. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian konsep dasar keperawatan

pengkajian konsep dasar keperawatan berdasarkan Doenges, (2000) meliputi:

Pengkajian data fokus:

- 1) Kaji riwayat fraktur
- 2) Kaji tempat cedera untuk nyeri, pembengkakan, warna kulit, status neurovaskuler
- 3) Muskuloskeletal: deformitas skeletal, spasme otot, nyeri atau tenderness, krepitasi
- 4) Neurologi: hilangnya fungsi, perubahan sensasi, paresthesia, paralisis
- 5) Neuromuskuler: ekstremitas dingin, pucat, hilangnya fungsi, bengkak, mati ras, geli
- 6) Integumen: bengkak, memar, laserasi
- 7) Kaji nadi bagian distal

### 2. Asuhan Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah:

- 1) Nyeri berhubungan dengan spasme otot dan bengkak

- 2) Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan pendarahan, pembengkakan, pemasangan gips dan atau traksi
- 3) Resiko gangguan fisik kulit berhubungan dengan immobilisasi
- 4) Kurangnya pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi prognosis dan kebutuhan pengobatan

### 3. Intervensi Keperawatan

#### a. Nyeri berhubungan dengan spasme otot dan bengkak

Tujuan: Anak akan menunjukkan rasa nyeri berkurang yang ditandai dengan ekspresi wajah relaks atau tidak menyeringai dan merasa nyaman, dapat tidur, dan tidak gelisah.

Rencana tindakan:

- 1) Kaji tingkat nyeri dengan menggunakan skala nyeri  
Rasional : mempengaruhi pilihan atau pengawasan ketidakefektifan intervensi, tingkat ansietas dapat mempengaruhi persepsi atau reaksi terhadap nyeri.
- 2) Hindari penggunaan sprengi atau bantal plastik didalam ekstermitas dalam gips  
Rasional : dapat meningkatkan ketidaknyamanan karena peningkatan produksi panas dalam gips yang kering
- 3) Tinggikan penutup tempat tidur: pertahankan linen terbuka pada ibu jari kaki

Rasional : mempertahankan kehangatan tubuh tanpa ketidaknyamanan karena tekanan selimut pada bagian yang sakit

- 4) Merubah posisi anak secara hati-hati

Rasional : mencegah kebosanan, menurunkan tegangan, dan dapat meningkatkan kekuatan otot,

- 5) Gunakan terapi distraksi dan sentuhan terapeutik

Rasional : memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan rasa kontrol, dan dapat meningkatkan kekuatan otot

- 6) Pemberian obat analgesit sesuai program

Rasional : meningkatkan reaksi otot dan meningkatkan partisipasi

- b. Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perdarahan, pembengkakan, pemasangan gips dan atau traksi

Tujuan: perfusi jaringan perifer adekuat yang ditandai dengan nyeri berkurang, nadi kuat, warna kulit putih dan hangat, pengisian kembali kapiler normal, dan sensasi normal

Tindakan Keperawatan:

- 1) Kaji nadi distal area fraktur setiap 2 – 4 jam

Rasional : penurunan atau tak adanya nadi dapat menggambarkan cedera vaskuler dan perlunya evaluasi medis segera terhadap status sirkulasi

- 2) Kaji warna kulit, *capillary refill* bandingkan tekanan nadi pada area yang tidak terlibat, tekanan, dan sensasi setiap 15 menit untuk jam pertama kemudian setiap 2 – 4 jam  
Rasional : kembalinya warna harus cepat (3-5 detik). Warna kulit putih menunjukkan arterial. Siagnosis adanya vena.
  - 3) Kaji jaringan sekitar akhir gips atau titik yang kasar atau tekanan  
Rasional : faktor ini disebabkan atau mengindikasikan tekanan jaringan atau iskemia. Menimbulkan kerusakan atau nekrosis
- c. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi
- Tujuan: integritas kulit dapat dipertahankan dan tidak terjadi infeksi
- Tindakan Keperawatan:
- 1) Inspeksi kulit untuk adanya iritasi atau problem kontinuitas  
Rasional : pen atau kawat tidak harus dimasukkan melalui kulit yang terinfeksi, kemerahan, atau abrasi (dapat menimbulkan infeksi tulang)
  - 2) Kaji sisi pen atau kulit perhatikan keluhan peningkatan nyeri atau rasa terbakar atau adanya edema, eritema, drainase atau bau tak enak  
Rasional : dapat mengindikasikan timbulnya infeksi lokal atau nekrosis jaringan, yang dapat menimbulkan osteomielitis
  - 3) Intrusikan pasien untuk tidak menyebutkan sisi insersi  
Rasional : meminimalkan kesempatan untuk kontaminasi
  - 4) Tutupi pada akhir gips peritoneal dengan plastik  
Rasional : gips yang lembab, padat meningkatkan pertumbuhan bakteri



- d. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi *prognosis* dan kebutuhan pengobatan

Tindakan Keperawatan:

- 1) Kaji ulang patologi, *prognosis*, dan harapan yang akan datang  
Rasional : memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan informasi
- 2) Beri penguatan metode mobilitas dan ambulasi sesuai intruksi dengan terapis fisik bila diindikasikan  
Rasional : banyak fraktur memerlukan gips, bebet, atau penjepit selama proses penyembuhan. Kerusakan lanjut dalam pelambatan penyembuhan dapat terjadi sekunder terhadap ketidak tepatan menggunakan alat ambulasi
- 3) Anjurkan menggunakan *backpack*  
Rasional : membirikan tempat untuk membawa artikel tertentu dan membiarkan tangan bebas untuk memanipulasi kruk atau dapat mencegah kelelahan otot yang tak perlu bila suatu tangan digips

## **BAB III**

### **RESUME**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengelolaan pasien dilakukan pada tanggal 12-14 Agustus 2009 di ruang cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. Pada pengkajian tanggal 12 Agustus 2009 jam 16.00 WIB didapatkan identitas klien bernama An T. Berumur 8 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, klien beragama Islam, pendidikan SD, pekerjaan siswa, bersuku Jawa Indonesia, alamatnya Krajan, Kandang Kecamatan Bawen, Semarang. Klien masuk rumah sakit tanggal 12 Agustus 2009 jam 16.00 WIB dengan diagnosis medis fraktur radius, sebagai penanggung jawab Tn I. Ayah dari klien.

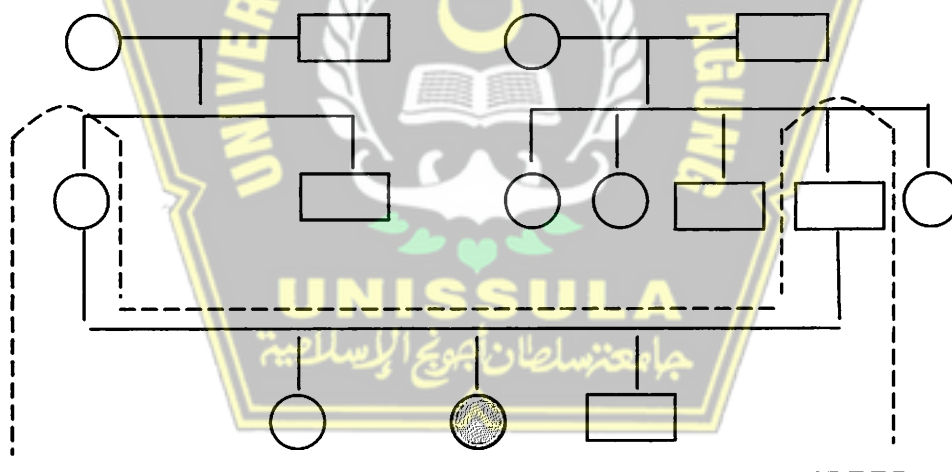
1. Keluhan utama pada An.T klien mengatakan nyeri pada tangan kiri apabila ditekan dan cemas tidak betah di rumah sakit, ingin cepat pulang.
2. Riwayat penyakit sekarang klien mengatakan ketika sedang bermain ayunan terjatuh dan orang tuanya membawanya ke tukang pijit, kemudian sudah seminggu tidak sembuh-sembuh dan klien masih merasa nyeri, kemudian ayahnya memutuskan membawanya ke rumah sakit. Setelah di

*rontgen* dokter mengatakan tangan klien fraktur dan harus dioperasi, dan sekarang dirawat diRumah Sakit Umum Daerah Ungaran diruang Cempaka.

3. Riwayat penyakit dahulu klien mengatakan tidak pernah mengalami fraktur dan dibawa dirumah sakit, hanya jatuh biasa serta tidak pernah dioperasi. Dan klien mengatakan tidak mempunyai alergi apapun, sejak kecil mengikuti imunisasi secara rutin dan teratur sesuai jadwal. Klien juga tidak mempunyai kebiasaan jelek

#### 4. Riwayat kesehatan keluarga

##### a. Genogram



○ = Laki-laki

--- = Serumah

□ = Perempuan

● = Klien

- b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga sehubungan dengan  
Diagnosa Medis

Klien mengatakan nenek dari bapaknya penderita penyakit  
Diabetes Melitus.

5. Riwayat kesehatan lingkungan klien mengatakan rumah dan lingkungannya sering dibersihkan, klien apabila buang air besar di mandi cuci kakus yang ada dirumahnya, dan kegiatan membersihkan rumah dilakukan setiap hari serta banyak pintu dan jendela yang berguna untuk keluar masuk udara, dan tidak ada bahaya yang mengancam.

#### **B. Data Biologis**

1. Pola pernafasan sebelum sakit klien mengatakan sebelum sakit pernafasanya normal melalui hidung, tidak ada gangguan nafas, dan klien melakukan aktivitasnya secara pribadi. Selama sakit klien mengatakan selama tidak ada masalah dengan sistem pernafasannya, semua sesuai atau sama sebelum sakit
2. Untuk kebutuhan nutrisi sebelum sakit klien mengatakan sebelum sakit makan tidak teratur, apabila merasa lapar saja dan kadang- kadang 1 hari sampai 4 kali dengan komposisi nasi, sayur dan lauk sesuai masakan ibunya dan nafsu makan tidak terganggu, Selama sakit ibu klien mengatakan selama sakit, makan 3 kali sehari secara teratur sesuai

diet dari rumah sakit dan selalu dihabiskan dengan komposisi nasi, lauk, sayur dan tidak ada masalah dengan nafsu makan

3. Pada kebutuhan eliminasi sebelum sakit klien mengatakan buang air besar lancar 1 hari sekali dengan konsistensi lembek dan bau khas feses, warna khas feses. Buang air kecil klien mengatakan buang air kecil lancar, 1 hari kadang- kadang sampai 6 kali sehari dengan warna kekuningan tergantung berapa banyak klien minum. Selama sakit klien mengatakan buang air besar lancar 1 hari sekali dengan konsistensi lembek dan bau khas feses, warna khas feses. Buang air kecil klien mengatakan buang air kecil lancar, 1 hari kadang- kadang sampai 6 atau lebih tergantung klien minum dengan warna kekuningan.
4. Pola kebutuhan istirahat dan tidur sebelum sakit klien mengatakan tidurnya sangat teratur dari jam 21.00 – 06.00 WIB akan tetapi tidak pernah tidur siang. Selama sakit klien mengatakan tidurnya dirumah sakit teratur dan klien bisa tidur siang. Tidak ada masalah pada pola tidur.
5. Pola kebutuhan aktivitas dan latihan sebelum sakit klien mengatakan setiap harinya melakukan aktivitas pribadi, seperti bermain, bersekolah, dan mengaji dilakukan secara mandiri. Selama sakit klien mengatakan

dirumah sakit masih bisa aktivitasnya seperti jalan- jalan tanpa bantuan dari keluarganya.

### **C. Pola kebutuhan psikososial**

1. Pada persepsi klien terhadap penyakitnya sebelum sakit klien mengatakan kesehatan merupakan hal yang sangat penting, terbukti apabila sakit klien memeriksakan ke dokter. Selama sakit klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang melakukan aktifitasnya kembali.
2. Pola pikir dan persepsi sebelum sakit klien mengatakan aktivitasnya tidak dibantu dengan alat medis maupun kesehatan, tidak ada gangguan. Selama sakit klien mengatakan sekarang dibantu dengan infus dan perban pada tanganya
3. Pola suasana hati atau air muka atau sikap klien tampak sedih dengan kondisinya sekarang, klien cemas
4. Pola hubungan atau komunikasi atau sosialisasi sebelum sakit klien dapat mengekspresikan apa yang dirasakan dan mampu mengerti dengan orang lain serta hubungan dengan orang tua sangat baik. Selama sakit klien lebih banyak diam, bicara seperlunya saja
5. Pola kebutuhan seksual sebelum sakit klien mengatakan selalu diperhatikan orang tuanya dan mendapatkan kasih sayang yang cukup.



Selama sakit klien dirawat dirumah sakit telah mendapatkan perhatian dari orang tuanya.

6. Pola pertahanan koping klien mengatakan tidak dapat menahan nyerinya sehingga terkadang menangis kesakitan

#### **D. Data spiritual**

Klien mengatakan beragama islam, sumber kekuatan Allah, klien mengatakan berdoa untuk kesembuhannya, klien tidak pernah mengaji selama dirawat dirumah sakit

#### **E. Pemeriksaan fisik**

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran composmentis, GCS, IS, penampilan segar (tidak seperti orang sakit), tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu badan 36°C, kepala inspeksi bentuk bulat kecil, rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, palpasi tidak ada benjolan atau odem dikepala, mata inspeksi bentuk lebar, konjungtiva tidak anemis, tidak ada tanda-tanda radang, fungsi penglihatan baik, palpasi tidak ada nyeri tekan pada mata, kulit inspeksi kulit sawo matang dan turgor baik, tidak ada kelainan warna, tidak ada lesi, palpasi turgor kulit bagus, tidak terdapat lesi atau nyeri tekan, hidung inspeksi tidak ada pendarahan, tidak terjadi pembesaran polip

maupun serumen, dapat berfungsi dengan baik, palpasi tidak ada nyeri tekan,

Telinga inspeksi bentuk telinga normal, tidak ada luka memar dan dapat berfungsi dengan baik, palpasi tidak ada nyeri tekan atau odem, mulut dan tenggorokan inspeksi bibir tidak kering, gigi tidak caries (mulut), tidak ada pembesaran tiroid (tenggorokan), palpasi tidak ada nyeri tekan pada tenggorokan, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan, dada jantung inspeksi normal, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi pekak, auskultasi normal (tidak terdengar bunyi tambahan S1-S2), paru (dada) inspeksi bentuk simetris, palpasi tidak ada pembengkakan, perkusi sonor, auskultasi tidak terdengar adanya ronchi atau secret, abdomen inspeksi abdomen normal seperti kulit, palpasi tidak ada nyeri tekan atau benjolan, tugor kulit baik, perkusi tympani, auskultasi peristaltik usus 8x/ menit, ekstremitas tangan pada bagian kiri terasa nyeri, kaki inspeksi pada kaki terlihat baik-baik saja tidak ada masalah dapat berjalan ke kamar mandi, tidak terdapat odem, tidak ada luka, palpasi tidak ada nyeri tekan

#### **F. Pemeriksaan Penunjang**

Pada pemeriksasaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 agustus 2009 jam 11.36 wib didapatkan pemeriksaan WBC

5,4 X 10 /ul (4,0-11,00), LYMPH 2,5 X 10 /ul (0,8-4,00), MID# 0,4 X 10 /ul (0,1-0,9), GRAN# 2,5X 10 /ul (2,0-7,0), LYMPH% H 46,2% (20,0-40,0), MID% H 8,4% (2,0-8,0), GRAN% L 45,4% (50,0-70,0), CT= 4'10", BT=1'45", Golongan darah=A

Program terapi pada tanggal 12 agustus 2009 klien mendapatkan

Per oral= *Terfacef* 2x1 gr, *Kalnex* 3-4x sehari(1-2 kapsul), *Extra pantosol* 2x1 gr

### G. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data- data yang diperoleh maka penulis mengelompokkan dan menganalisa data tersebut sehingga dapat ditarik suatu masalah keperawatan sebagai berikut:

Pada tanggal 12 agustus 2009 jam 16.00 wib ditemukan data subyektif adalah klien mengatakan nyeri pada tangan kiri apabila ditekan. Data obyektif klien tampak kesakitan bila tangannya ditekan, *profoketing* nyeri pada tangan sebelah kiri, *quality* nyeri terasa tertusuk-tusuk *regional* nyeri diarea tangan kiri saja, skala nyeri 2 (1-5), *time* nyeri dirasa pada saat ditekan. Dari analisa data tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan nyeri berhubungan fraktur radius.

Data yang kedua pada hari yang sama, Rabu tanggal 12 Agustus pukul 16.30 WIB ditemukan data subyektif klien mengatakan cemas, tidak betah dirumah sakit, ingin cepat pulang. Dan data obyektif yang ditemukan klien tampak cemas, klien mengungkapkan keseriusannya. Dari data yang kedua tersebut dapat muncul diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi

#### **H. Intervensi Keperawatan**

Dari data masalah keperawatan yang muncul pada An. T, penulis menyimpulkan beberapa rencana yang akan dilakukan sesuai dengan masalahnya. Untuk diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan fraktur radius. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan nyeri berkurang, klien tampak tenang.

Penulis melakukan intervensi pada hari Rabu, tanggal 12 Agustus 2009. Intervensi pada diagnosa ini akan dilakukan selama tiga hari, yaitu

Pada hari pertama, hari Rabu, intervensi yang dilakukan antara lain jelaskan sebab- sebab nyeri pada individu, hubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung, beri informasi yang akurat untuk mengurangi

nyeri, monitor tanda – tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi, kolaborasi anti nyeri.

Pada hari ke dua hari kamis tanggal 13 agustus 2009, intervensi yang dilakukan antara lain monitor tanda – tanda vital, dan keadaan umum, mengajarkan teknik relaksasi.

Pada hari ke tiga hari jum'at tanggal 14 agustus 2009, intervensi yang direncanakan antara lain monitor tanda - tanda vital dan keadaan umum, dan pada jam 08.00 wib direncanakan ajarkan teknik relaksasi.

Selanjutnya untuk diagnosa keperawatan yang kedua pada tanggal 12 Agustus 2009 penulis merencanakan tindakan keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi. Tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan keperawatan selama 1x8 jam adalah ansietas klien berkurang, klien tahu cara mengatasi cemas.

Penulis melakukan intervensi yang sama selama tiga hari antara lain kaji tingkat ansietas, beri kenyamanan dan ketentraman hati, gali intervensi yang menurunkan ansietas dengan teknik *range of motion (ROM)*

## I. Implementasi Keperawatan

Dari rencana yang telah disusun sesuai dengan masalah An. T, penulis telah mengaplikasikan dalam tindakan keperawatan pada An. T selama 3 hari yaitu pada hari rabu tanggal 12 agustus 2009 penulis melakukan implementasi untuk mengatasi diagnosa keperawatan pertama. Pada hari pertama hari rabu tanggal 12 agustus 2009 pada jam 16.00 wib memberikan penjelasan sebab-sebab nyeri pada individu, dengan data subyektif klien mengetahui sebab klien merasa nyeri dan data obyektifnya yaitu klien paham. Pada jam 16.05 wib menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung, dengan data subyektif klien bertanya tentang nyerinya dan data obyektifnya klien paham dan mengerti. Pada jam 16.25 wib memberikan informasi yang akurat untuk mengurangi nyeri dengan data subyektif klien mengutarakan rasa nyerinya, dan data obyektifnya klien tampak tenang

Pada hari ke dua hari kamis tanggal 13 agustus 2009, Pada jam 08.00 wib monitor tanda- tanda vital dan keadaan umum dengan data subyektif klien kooperatif, dan data obyektifnya tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu badan 36°C. Pada jam 09.00 wib mengajarkan teknik relaksasi dengan data subyektif klien kooperatif ,



dan data obyektifnya klien tampak tenang dan nyaman. Pada jam 14.00 wib kolaborasi anti nyeri dengan data subyektif klien kooperatif dan data obyektifnya obat sudah masuk. Pada jam 15.00 wib monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum, dan mengajarkan teknik relaksasi dengan data subyektif klien kooperatif dan data obyektifnya tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu badan 36°C, klien tampak tenang dan nyaman. Pada jam 22.00 wib memonitor tanda-tanda vital dan keadaan umum, dan mengajarkan teknik relaksasi dengan data subyektif klien kooperatif, dan data obyektifnya tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu badan 36°C

Pada hari ke tiga hari jum'at tanggal 14 agustus 2009 pada jam 14.00 wib monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum, dengan data subyektif klien kooperatif, dan data obyektifnya tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu badan 36°C pada jam 15.00 wib mengajarkan teknik relaksasi dengan data subyektif klien kooperatif dan data obyektifnya klien tampak tenang dan nyaman

## **J. Evaluasi**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan, yaitu pada hari Jum'at tanggal 14 Agustus 2009. Untuk diagnosa pertama dilakukan

evaluasi pada jam 21.00 dengan catatan perkembangan data subyektif klien mengatakan masih merasa nyeri, data obyektif skala nyeri 2 tetap, masalah teratasi sebagian dan untuk penulis mempunyai program untuk melanjutkan intervensi 1,2,3.

Kemudian dilakukan evaluasi untuk diagnosa yang kedua pada tanggal 14 Agustus 2009 jam 21.00 dan mendapatkan hasil dengan catatan perkembangan data subyektif klien mengatakan tidak cemas lagi data obyektifnya klien tampak rileks. Sehingga masalah teratasi dan untuk penulis mempunyai program untuk mempertahankan intervensi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. T dengan fraktur di ruang cempaka rumah sakit umum daerah ungaran. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 agustus 2009. Pemberian asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan , intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Aktivitas utama dalam proses pengkajian adalah proses pengumpulan data, secara sistemik untuk menentukan status kesehatan saat ini dan masa lalu, status fungsional, dan untuk mengevaluasi pola-pola koping yang digunakan oleh klien sebelum maupun sesudah sakit (Hidayat, 2005).

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 12 agustus 2009 penulis menentukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh An. T. Sebelum membahas diagnosa yang muncul pada An. T. penulis akan membahas pengkajian yang dilakukan pada tanggal 12 agustus 2009.

Pengumpulan data subyektif pada An. T dilakukan wawancara dengan klien dengan keluarga, sedangkan data obyektif didapat melalui observasi, pemeriksaan fisik, catatan medis, dan hasil pemeriksaan laboratorium. Sedangkan rangkaian kerangka kerja dalam pengkajian ini menggunakan pola fungsional Gordon.

Pada pengkajian tanggal 12 Agustus 2009, data fokus yang terkumpul adalah klien mengatakan klien mengatakan nyeri pada tangan kiri apabila ditekan, dalam hal ini penulis akan mengajarkan klien cara mengatasi nyeri dengan melakukan distraksi relaksasi, hal ini untuk mengurangi rasa nyeri sementara yang dirasakan oleh klien.

Dalam pengkajian riwayat kesehatan keluarga, penulis belum lengkap dalam mendokumentasikan data pada genogram yang meliputi: nama, umur dan kasus. Seharusnya penulis mencantumkan data pada genogram yang meliputi: nama: An. T, umur: 8 tahun, kasus fraktur radius, seharusnya keterangan dicantumkan karena data tersebut merupakan bagian data dari pengkajian

Dalam pengkajian suasana hati, air muka dan sikap penulis kurang lengkap dalam menulis datanya karena penulis beranggapan sudah cukup dalam menanyakan data kepada keluarga klien, tetapi seharusnya atau sebaliknya hal itu tetap dilengkapi karena berkaitan dengan data pengkajian

jadi harus ditulis selengkapnya. Karena keterbatasan waktu jadi penulis lupa dalam menuliskannya secara lengkap.

## B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan tentang respon klien terhadap masalah aktual atau potensial, maupun resiko disertai faktor- faktor etiologi dan data yang mendukung. Kegiatan yang dilakukan dalam proses ini adalah pemisahan dan pengelompokan (analisa) data, identifikasi, menetapkan masalah, dan menegaskan kesimpulan (Hidayat, 2005).

Bedasarkan data yang diperoleh dari pengkajian penulis mendapatkan dua diagnosa keperawatan. Penulis akan membahas satu persatu diagnosa keperawatan yang meliputi:

### 1. Nyeri berhubungan dengan fraktur radius

Nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang menyenangkan selama enam bulan atau kurang (Carpenito, 2006)

Batasan karakteristik mayor mengatakan tentang *descriptor* nyeri. Sedangkan batasan karakteristik minor adalah mengatupkan rahang atau tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tidak biasanya (lutut ke abdomen), ketidakaktifan fisik, gangguan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang,

menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual serta muntah (Carpenito, 2006).

Penulis menetapkan diagnosa yaitu nyeri berhubungan dengan fraktur radius, hal tersebut tidak sesuai dengan dasar teori yang ada yaitu nyeri berhubungan dengan spasme otot dan bengkak. Hal ini dikarenakan karena penulis kurang tepat dalam menetapkan diagnosa yang muncul. Penulis menetapkan diagnosa tersebut dengan pertimbangan bahwa nyeri merupakan diagnosa yang paling utama untuk masalah pada fraktur, sedangkan fraktur radius sendiri merupakan spesifikasi dari fraktur itu sendiri.

Diagnosa nyeri berhubungan dengan fraktur radius, penulis tegakkan karena pada saat pengkajian ditemukan data- data yaitu data subyektif: klien mengatakan nyeri pada tangan kiri apabila ditekan, data obyektifnya: nyeri pada tangan sebelah kiri, nyeri terasa tertusuk- tusuk, skala nyeri 2, nyeri ditangan bagian kiri saja, nyeri dirasa apabila ditekan.

Diagnosa nyeri berhubungan dengan fraktur radius penulis prioritaskan pada prioritas utama kerana menurut “*Hierarki Maslow*” termasuk kebutuhan fisiologis atau kebutuhan dasar manusia dan harus segera ditangani karena akan memperburuk keadaan klien.

2. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi



Ansietas adalah merupakan reaksi emosional terhadap penilaian dari stimulus. Keadaan ini biasanya merupakan pengalaman individu yang subyektif, yang dapat diketahui secara khusus penyebabnya (Carpenito, 2006). Penulis mengambil diagnosa ansietas dan diletakkan sebagai diagnosa yang ke dua karena ansietas adalah gangguan pada kebutuhan rasa aman dan keselamatan yang merupakan kebutuhan yang kedua menurut *Hierarki Maslow*. Sedangkan terbebas dari rasa nyeri adalah kebutuhan yang pertama (fisiologis).

Dalam kasus fraktur radius pada An. T, penulis menetapkan 2 diagnosa dikarenakan berdasarkan data dan permasalahan aktual yang dialami klien. Diagnosa lain yang muncul dan dapat diangkat pada kasus fraktur radius terhadap An. T adalah resiko konstipasi berhubungan dengan imobilisasi. Penulis membahas diagnosa ini karena diagnosa ini berhubungan dengan fraktur contohnya: apabila klien mengalami fraktur dan terbaring ditempat tidur selama sakit maka diagnosa tersebut akan muncul pada fraktur karena klien akan mengalami konstipasi dan imobilisasi

### **C. Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang disusun dengan tujuan untuk mengatasi problem atau masalah keperawatan yang dialami oleh klien. Memiliki kriteria hasil tertentu yang bersifat spesifik untuk mengatasi tanda dan gejala yang muncul (Hidayat, 2005).

### 1. Nyeri berhubungan dengan fraktur radius

Untuk mengatasi diagnosa nyeri, penulis telah menetapkan intervensi dengan tujuan agar klien dapat menunjukkan tingkat nyeri yang diterima yang meliputi: jelaskan sebab- sebab nyeri, kaji nyeri yang dirasakan pada anak dan monitor tanda- tanda vital, lakukan strategi non farmakologis untuk membantu anak mengatasi nyeri. Biarkan anak memilih salah satu penatalaksanaan nyeri non farmakologis untuk memudahkan pembelajaran anak dan penggunaan strategi. Libatkan orang tua dalam pemilihan strategi. Ajarkan anak untuk menggunakan strategi non farmakologis khusus sebelum terjadi nyeri atau sebelum nyeri bertambah berat. Jelaskan menghubungkan berapa nyeri itu akan berlangsung kepada anak dan orang tua. Intervensi yang dilakukan penulis sesuai dengan intervensi yang dikemukakan oleh (Carpenito, 2006).

### 2. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi penulis menetapkan intervensi dengan tujuan agar ansietas klien dapat berkurang yaitu dengan menetapkan intervensi yang meliputi kaji tingkat ansietas, memberikan kenyamanan dan ketentraman hati pada

klien, mengali intervensi yang menurunkan ansietas dengan cara teknik distraksi relaksasi. Penulis menentukan intervensi tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh (Carpenito, 2006).

#### **D. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan intepretasi atau pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun. Hal ini disesuaikan dengan respon dan kebutuhan klien. Tidak semua rencana dapat dilaksanakan, tergantung pada kondisi klien saat itu (Hidayat, 2005)

Beberapa tindakan yang penulis lakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada A.n T dengan fraktur radius yaitu:

##### **1. Nyeri berhubungan dengan fraktur radius**

Pada hari rabu tanggal 12 agustus 2009 dilakukan implementasi pada diagnosa nyeri berhubungan dengan fraktur radius yaitu menjelaskan sebab- sebab nyeri pada klien, menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung, memberikan informasi yang akurat untuk mengurangi nyeri.

Implementasi yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan yaitu jelaskan sebab- sebab nyeri, kaji nyeri yang dirasakan anak dan monitor tanda- tanda vital, lakukan strategi non farmakologis untuk membantu anak mengatasi nyeri, biarkan anak memilih salah satu penatalaksanaan nyeri non farmakologis untuk memudahkan pembelajaran anak dan penggunaan

strategi, libatkan orang tua dalam memilih strategi, ajarkan anak untuk menggunakan strategi non farmakologis khusus sebelum terjadi nyeri atau sebelum bertambah berat, jelaskan menghubungkan berapa lama nyeri itu akan berlangsung kepada anak dan orang tua. Penulis dapat melaksanakan semua baik secara mandiri maupun kolaboratif. Selain itu klien dan keluarga cukup kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan.

2. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi

Pada hari rabu tanggal 12 agustus 2009 dilakukan implementasi pada diagnosa ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi yaitu mengkaji tingkat ansietas, memberikan kenyamanan dan ketentraman hati klien, dan menggali intervensi yang menurunkan ansietas dengan cara teknik *range of motion*

Dari intervensi yang sudah direncanakan yaitu kaji tingkat ansietas yang dialami klien anjurkan klien dalam posisi nyaman dan tentram, dan anjurkan klien teknik *range of motion* yang berguna menurunkan ansietas klien. Penulis dapat melaksanakan intervensi pada hari itu.

## E. Evaluasi

Evaluasi merupakan hasil *follow up* atau catatan perkembangan klien setiap hari. Dalam membuat catatan perkembangan meliputi data secara subyektif, obyektif, analisa atau kesimpulan masalah, dan *planning* atau rencana selanjutnya sesuai kondisi atau respon pasien saat dievaluasi (Hidayat, 2005)

Bedasarkan evaluasi terakhir yang dilakukan penulis, catatan perkembangan sesuai diagnosa keperawatan pada An. T adalah

### 1. Nyeri berhubungan dengan fraktur radius

Catatan perkembangan terakhir menunjukkan masalah belum teratasi, yaitu secara subyektif klien mengatakan masih merasa nyeri dan data obyektifnya skala nyeri masih 2 tetap.

Evaluasi pada diagnosa nyeri masalah belum teratasi sehingga penulis melanjutkan intervensi 1,2,3 dengan mendegelasikan kepada perawat yang ada diruangan meliputi kaji nyeri, dan monitor tanda-tanda vital lakukan strategi non farmakologis untuk membantu anak mengatasi nyeri.

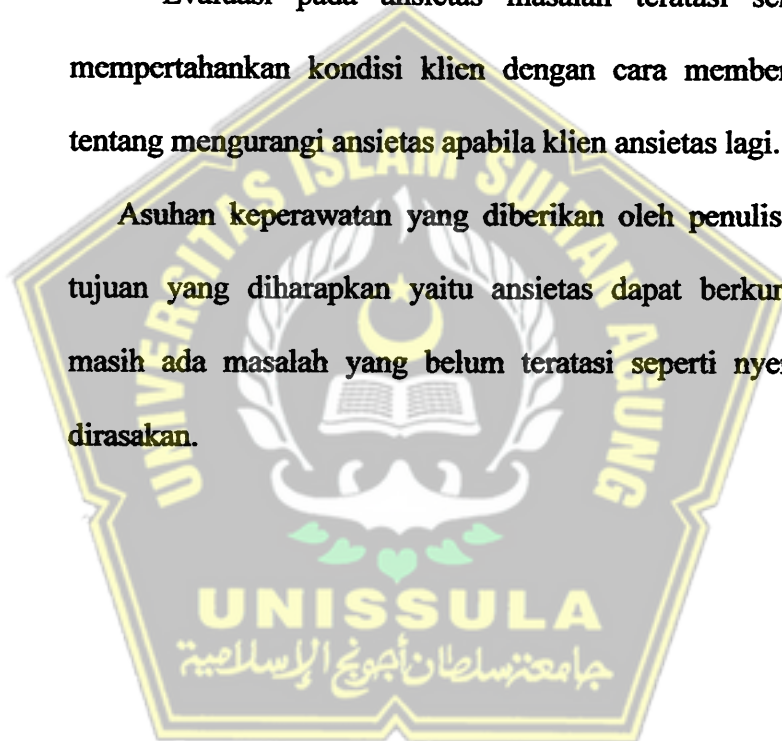
Asuhan keperawatan yang diberikan oleh penulis sesuai dengan tujuan akhir yang diharapkan yaitu klien dapat memahami masalah nyerinya, walaupun masih ada yang belum teratasi seperti menurunkan tingkat nyeri.

2. **Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam lingkungan yang aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi**

Catatan perkembangan akhir masalah teratasi yaitu secara subyektif klien mengatakan sudah tidak cemas lagi, dan obyektifnya klien tampak rilek.

Evaluasi pada ansietas masalah teratasi sehingga penulis mempertahankan kondisi klien dengan cara memberikan penjelasan tentang mengurangi ansietas apabila klien ansietas lagi.

Asuhan keperawatan yang diberikan oleh penulis sesuai dengan tujuan yang diharapkan yaitu ansietas dapat berkurang, walaupun masih ada masalah yang belum teratasi seperti nyeri, yang masih dirasakan.





## **BAB V**

### **PENUTUP**

Dalam bab ini penulis akan membahas kesimpulan dari pengelolaan kasus yang berkaitan dengan asuhan keperawatan fraktur radius pada An. T di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. Selain itu penulis juga akan memberikan saran yang ditujukan pada penulis, instansi pendidikan, lahan praktek dan masyarakat.

#### **A. Kesimpulan**

1. Penulis dalam melakukan pengkajian, penulis telah dapat melakukan pengkajian pada klien dengan fraktur.
2. Setelah dilakukan pengkajian dan analisa data prioritas masalah didapatkan nyeri berhubungan dengan fraktur radius. Data kedua adalah ansietas berhubungan dengan perubahan lingkungan aktual atau yang dirasa sekunder akibat hospitalisasi.
3. Rencana tindakan untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan yang muncul, penulis melakukan rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi kedua diagnosa yang telah ditetapkan penulis.
4. Penulis mampu melakukan rencana tindakan dengan baik meskipun klien terkadang rewel.
5. Setelah melakukan rencana tindakan keperawatan, penulis melakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan penulis dalam menangani klien dengan fraktur

## **B. Saran**

### **1. Bagi Penulis**

Penulis diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang fraktur pada anak sehingga dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan fraktur, penulis dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik.

### **2. Bagi Instansi Pendidikan**

Bagi staf pengajar dapat menambah pengetahuan dan wawasan sehingga dalam memberikan masukan dalam hal pembelajaran khususnya pada asuhan keperawatan pada anak dengan fraktur yang nantinya diberikan kepada mahasiswa.

### **3. Bagi Lahan Praktik**

Tenaga kesehatan diharapkan dapat menambah wawasan dan untuk menangani kasus An. T dengan masalah fraktur diperlukan pengamatan, pengawasan, perawatan dan pemeliharaan yang lebih intensif. Upaya-upaya tersebut dimaksudkan untuk mengetahui perkembangan kondisi An. T dari ke hari selama di rumah sakit.

### **4. Bagi Masyarakat**

Masyarakat diharapkan dapat mengetahui dan menambah wawasan tentang fraktur pada anak-anak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Admin, 2008. *Pengertian anak tinjauan secara biologi dan psikologi*. <http://www.duniapsikologi.dagdigdug.ac.id>. Diunduh pada tanggal 24 Mei 2010.
- Doenges, M. E, 2000. *Rencana asuhan keperawatan pedoman untuk pendokumentasian perawatan pasien*.( Terjemahan I Made Kariasa, S.Kp) Edisi 3. Jakarta: EGC
- Evelyn. C. P. 2002. *Anatomi dan fisiologi untuk paramedis*.( Terjemahan Dr. Kartono Mohamad) Jakarta : Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Hidayat, A. A, 2005. *Keperawatan anak 1*. Jakarta : Salemba Medika.
- Lockhart, G. C. 2001. *Keperawatan medikal bedah*.( Terjemahan Dr. Joko Setyono) Penerbit Salemba Medika : Jakarta.
- Muttaqin, A. 2008. *Buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan sistem muskuloskeleka*.: Jakarta: EGC.
- Neil R, B. dkk. 2006. *At a glance ilmu bedah*. Edisi 3. Jakarta :PT. Penerbit Erlangga.
- Price, S. A. 2005. *Patofisiologi konsep klinis proses- proses penyakit* ( Terjemahan Brahm. Pendit dkk). Edisi 6. Jakarta: EGC
- Sapto H, dan Fitri H. dkk. 2001. *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta: Widya Medika.
- Sjamsuhidajat R, 2004. *Buku ajar ilmu bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Suriadi dan Rita Yuliani, 2006. *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 2. Jakarta : PT. Percetakan Penebar Swadaya.
- Suzanne, C. S. dan Brenda G, Bare. 2001. *Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner & suddarth*. ( Terjemahan Dr. Andri hartono dkk) Volume 3. Edisi 8. Jakarta: EGC .
- Wong, D. L. 2004. *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*.( Terjemahan Monica Ester, S.Kp) Edisi 4. Jakarta : EGC.

Yayan A. I, 2007. *Penatalaksanaan fraktur pada anak*.  
<http://www.Medlinux.blogspot.ac.id>. Diunduh pada tanggal 25 Mei 2010.

