

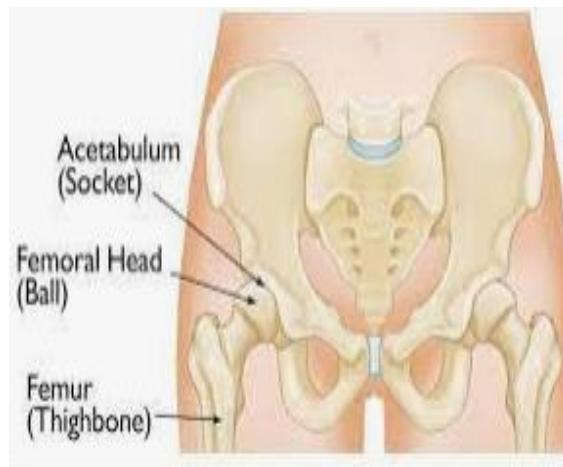
BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, rawan baik yang bersifat ketal maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Fraktur Acetabulum adalah suatu keadaan terputusnya atau hancurnya mangkuk sendi hip atau acetabulum di sebabkan oleh trauma (Helmi, 2012).

Fraktur jelas atau fraktur estermitas atas dan ekstermitas bawah, salah satu fraktur ekstermitas bawah adalah fraktur acetabulum, acetabulum merupakan pertemuan os ilium, os ikium, dan os pubis yang bertugas sebagai mangkuk kirim. Fraktur acetabulum adalah fraktur mangkuk kirim tempat masuknya caput femur yang membentuk sendi panggul. Fraktur ini sering terhubung dengan trauma yang mengakibatkan kematian. Pergeseran komponen fraktur dapat menyebabkan ketidakcocokan kirim pinggul yang mengakibatkan distribusi tekanan abnormal dari kartilago sendi (Wahyudi,2019).



Gambar 2.1 Struktur tulang



Gambar 2.2 Acebulume

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Presipitasi

Fraktur acetabulum biasanya disebabkan oleh trauma langsung, kecelakaan lalu lintas, pukulan langsung tabrakan mobil kecepatan tinggi, trauma tidak langsung jatuh dari ketinggian, (Wahyudi, 2019)

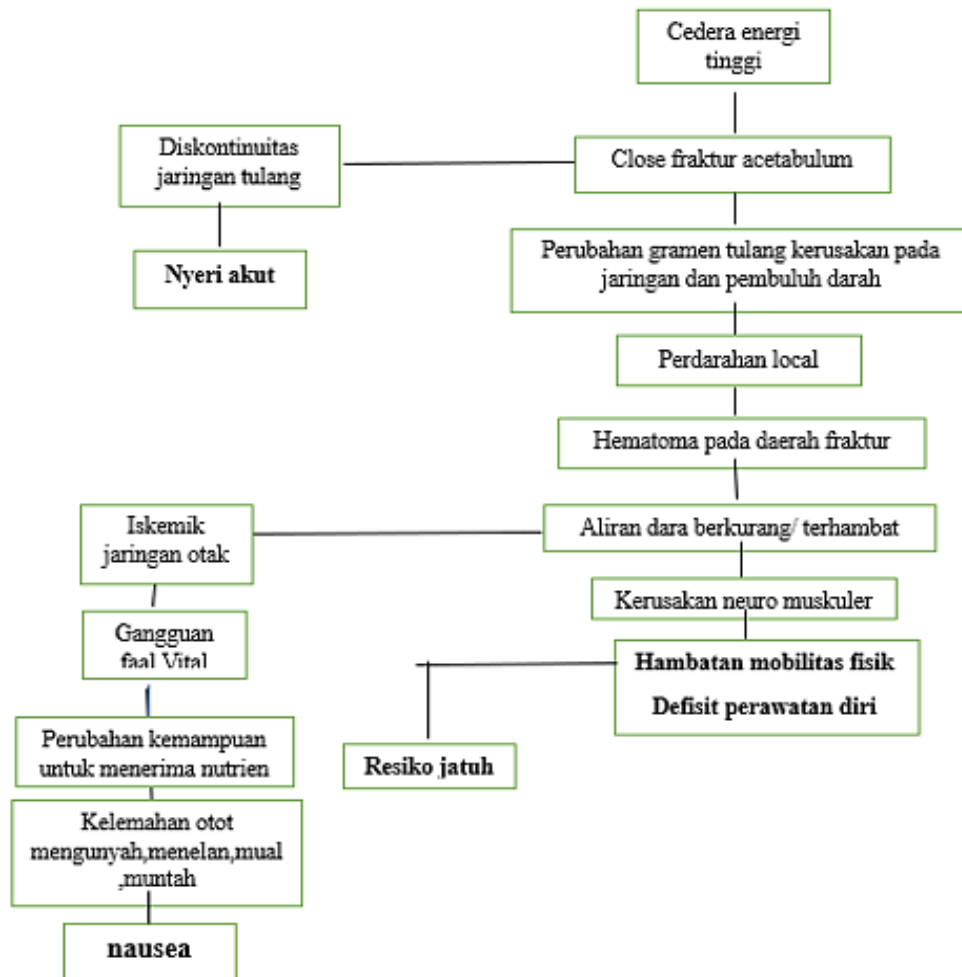
2. Presdiposisi

- a. Faktor patologis : terjadi pada tulang yang melemah oleh kondisi sebelumnya, fraktur terjadi pada kondisi proses patlogis seperti neoplasia, osteomalasia, osteoporsis, osteomilitis, penyakit metabolik infeksi tulang dan tumor tulang.
- b. Iskemik (Nekrosis avaskuler) : penyakit tulang yang terjadi karena berkurangnya aliran darah menuju tulang secara sementara atau permanen
- c. Neoplastik : tumor primer pada tulang karsinoma metastatik (Wahyudi, 2019).

3. Patofisiologi

Fraktur acetabulum terjadi akibatnya benturan caput femoralis pada permukaan atrikular. Polanya tergantung pada posisi pinggul pada saat tumbukan, rotasi eksternal akan menghasilkan pola fraktur depan dan rotasi intern akan menghasilkan pola fraktur bagian dalam dan kemungkinan besar akan mengakibatkan patah tulang kolom atau dinding anterior (lansia) (Hoge&Chauvin,2023).

Patway



Gambar 2. 3 Pathway

Sumber : wahyudi (2019)

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis fraktur adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstermitas, krepitasi, pembengkakan lokasi dan perubahan warna (Wahyudi, 2019).

a. Nyeri terus menerus dan bertambah berat

- b. Pergeseran fragmen tulang menyebabkan deformitas tulang yang bisa diketahui dengan anggota dengan membandingkan dengan bagian yang normal
- c. Pemendekan tulang yang disebabkan karena kontraksi otot yang melekat diatas maupun dibawah tempat fraktur
- d. Pada pemeriksaan palpasi ditemukan adanya krepitasi
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang fraktur acetabulum antara lain adalah (Road,2022):

- a. Sinar-X
- b. Pemindaian tomografi terkomputasi (CT)
- c. Pemeriksaan darah lengkap

6. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pembekuan darah, infeksi, kesulitan berjalan, kekakuan pinggul, nekrosis avaskular, dan radang sendi pinggul (Artritis pasca trauma), komplikasi jangka panjang dari penempatan pinggul termasuk dislokasi, patah tulang, atau panjang kaki tida sama. Bagi pasien yang ptah tulangnya telah diperbaiki resiko antara lain tidak sembuh pada posisi yang benar (malunion) (jalan, 2022). Komplikasi lainnya adalah ketika tulang ekstra terbentuk disikitar pinggul

setelah itu operasi. Disebut oksifikasi dan terotopik, dan dapat menyebabkan kekakuan dan nyeri pada pinggul (Road, 2022).

7. Penatalaksanaan Medis

- a. Beberapa intervensi medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan fraktur asetabulum adalah sebagai berikut (helmi, 2012) : gawat darurat, dilakukan untuk mengatasi syok dan reduksi dislokasi.

- b. Konservatif.

Intervensi ini dilakukan apabila:

- 1) fraktur asetabulum dengan pergeseran minimal.
- 2) fraktur dengan pergeseran yang tidak melibatkan segmen penahan beban superomedial pada asetabulum.
- 3) fraktur pada pasien manula, di mana reduksi tertutup tampaknya dapat dilaksanakan.
- 4) pasien dengan kontraindikasi terhadap pembedahan, seperti pada kondisi sepsis lokal. Penatalaksanaan konservatif yang bisa dilakukan adalah pemasangan traksi tulang asetabulum secara traksi lateral. Traksi asetabulum dengan teknik skeletal traksi metode lateral. Pemasangan traksi tulang pada leher femur ini yang ditujukan pada fraktur asetabulum akan menurunkan kompresi pada saraf sehingga dapat menurunkan respons nyeri dan mempermudah penyatuan fragmen tulang. Pengaturan posisi kontraksi dengan meninggikan posisi bagian tubuh atas dengan

menambahkan peninggi pada sisi lesi sehingga dapat terjadi kontraksi. Berat beban pada traksi lateral adalah 4-5 kg.

c. Pembedahan

Intervensi bedah dengan reduksi terbuka dan pemasangan fiksasi internal dilakukan untuk memperbaiki fragmen mangkuk asetabulum yang fraktur.



Gambar 2. 4 pemasangan fiksasi

C. Diagnosa Keperawatan

Bebberapa diagnosa yang muncul dalam fraktur Actabulum menurut PPNI (2017) :

1. Nyeri akut (D.0077)
2. Nausea (D.0076)
3. Gangguan Mobilitas fisik(D.0054)
4. Resiko jatuh (D.0143)
5. Defisit perawatan diri (D.0109)

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Diagnosa, tujuan, intervensi

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Trauma) (D.0077) Gejala dan tanda mayor : Subjektif : 1. mengeluh nyeri Objektif : 1. tampak meringis 2. bersikap protektif 3. gelisah 4. frekuensi nadi meningkat 5. sulit tidur gejala dan tanda minor : subjektif :(tidak tersedia) objektif : 1. tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir teganggu 5. menarik diri 6. berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Nyeri akut (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Tekanan darah membaik (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi nyeri non verbal Terapeutik : 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Edukasi : 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.	Nausea b.d Distensi lambung (D.0076) Gejala dan tanda mayor : Subjektif 1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah 3. Tidak berminat makan Objektif :(tidak tersedia) Gejala tanda minor : Subjektif: 1. Merasa asam dimulut 2. Sensasi panas dingin 3. Sering menelan Objektif : 1. Saliva meningkat 2. Pucat 3. Diaforesis 4. Takikardia 5. Pupul dilatasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Tingkat Nausea (L.08065) menurun dengan kriteria hasil : 1. Perasaan ingin muntah menurun (5) 2. Perasaan asam dimulut menurun (5) 3. Pucat membaik (5) 4. Frekuensi makan membaik (5)	Manajemen Mual I.03117 Observasi ; 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup(mis. Nafsu makan,aktifitas, tanggung jawab peran,pola tidur) 3. Monitor mual (mis.frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) Terapeutik : 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) Edukasi : 1. Anjurkan istirahat yang cukup 2. Anjurkan makan tinggi karbohidrat dan rendah lemak Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antimietik ,jika perlu
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal (D.0054) Gejala dan tanda mayor : Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat L.05042 dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstermitas cukup meningkat (4) 2. Kekuatan otot cukup meningkat (4)	Dukungn Mobilisasi I.05173 Observasi : 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)

	Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak ROM menurun Gejala dan tanda minor : Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif: 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	3. Rentang gerak sendi (ROM) cukup meningkat (4) 4. Gerakan tidak terkoordinasi cukup menurun (4) 5. Gerakan terbatas cukup menurun (4)	2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi ; 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
4.	Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Tingkat jatuh menurun L.14138 dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5)	Pencegahan Jatuh I.14540 Observasi : 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Hitung resiko jatuh menggunakan skala (mis. Fall morse scale ,humpty dumpty scale) jika perlu Terapeutik : 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang hendrail tempat tidur 3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

			4. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi : 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
5.	Defisit perawatan diri (Mandi) b.d gangguan muskuloskeletal D.0109 Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias/secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor Subjektif : tidak tersedia Objektif : idak tersedia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan perawatan diri (mandi) meningkat L.11103 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi cukup meningkat (4) 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 4. Mempertahankan kebersihan tubuh meningkat (5)	Dukungan perawatan diri : Mandi I.11352 Observasi : 1. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut,mulut, kulit, kuku) Terapeutik : 1. Sediakan peralatan mandi 2. Sediaka lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 4. berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi : 1. jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu