BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Definisi

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Sjamsuhidayat, 2005). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stres yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsinya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puter mendadak dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Meskipun tulang patah, jaringan disekitarnya juga akan terpengaruh, mengakibatkan edema jaringan lunak, perdarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerusakan saraf, dan kerusakan pembuluh darah. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau akibat dari fragmen tulang (Suzanne C.Smeltzer,2001).

2. Tanda dan gejala

Menurut Istianah (2017) tanda dan gejala fraktur meliputi :

a. Deformitas (perubahan struktur dan bentuk) disebabkan oleh ketergantungan fungsional otot pada kestabilan otot.
b. Bengkak karena kerusakan pembuluh darah, berasal dari proses dilatasi, edukasi plasma, adanya peningkatan leukosit pada jaringan disekitar tulang.
c. Spasme otot karena tingkat kecacatan, kekuatan otot yang disebabkan karena tulang menekan otot.

d. Nyeri karena kerusakan otot dan perubahan jaringan dan perubahan struktur yang meningkat karena penekatan sisi – sisi fraktur dan pergerakan bagian fraktur.

e. Kurangnya sensasi yang dapat terjadi karena adanya gangguan saraf, dimana saraf ini dapat terjepit atau terputus oleh fragmen tulang.

f. Hilangnya atau berkurangnya fungsi normal karena ketidakstabilan tulang, nyeri atau spasma otot

g. Krepitasi, sering terjadi karena pergerakan bagian frkatur sehingga menyebabkan kerusakan jaringan sekitarnya.

3. Pemeriksaan penunjang

Menurut Istianah (2017) pemeriksaan penunjang fraktur antara lain :

a. Foto rontgen (X-ray) untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur.

b. Scan tulang, temogram, atau scan CT/MRIB untuk memperlihatkan frkatur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c. Anteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler

d. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan selain itu peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai repson terhadap peradangan

4. Penatalaksanaan

Menurut Istianah (2017) penatalaksaan medis fraktur antara lain :

a. Diagnosis dan penilaian fraktur

Anamnesis pemeriksaan klinis dan radiologi dilakukan untuk mengetahui dan menilai keadaan fraktur. Pada awal pengobatan perlu di perhatikan lokasi

fraktur, bentuk fraktur, menentukan teknik yang sesuai untuk pengobatan komplikasi yang mungkin terjadi selama pengobatan

b. Reduksi

Tujuan dari reduksi untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi tertutup atau reduksi terbuka. Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau mekanis untuk menarik fraktur kemudian mengembalikan ke sejajaran garis normal. Jika reduksi tertutup gagal atau kurang memuaskan, maka bisa dilakukan reduksi terbuka. Reduksi terbuka dilakukan dengan menggunakan alat fiksasi internal untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat fiksasi internal tersebut dimasukan ke dalam fraktur melalui pembedahan. Pembedahan terbuka ini akan memobilisasi fraktur hingga bagian tulang yang patah dapat tersambung kembali.

c. Retensi

Imobilisasi fraktur bertujuan untuk mencegah pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang dapat mengancam penyatuan. Pemasangan plat atau traksi dimaksudkan untuk mempertahankan resuksi ekstrimitas yang mengalami fraktur.

d. Rehabilitasi

Mengembalikan aktivitas fungsional seoptimal mungkin. Setelah pembedahan, pasien memerlukan bantuan untuk melakukan latihan. Menurut Kneale dan Davis (2011) latihan rehabilitasi dibagi menjadi tiga katagori yaitu :

1) Gerakan pasif bertujuan untuk membantu pasien mempertahankan rentang gerak sendi dan mecegah timbulnya pelekatan atau kontraktur jaringan lunak serta mencegah strain berlebihan pada otot yang diperbaiki post bedah.
2) Gerakan aktif terbantu dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pergerakan, sering kali dibantu dengan tangan yang sehat, katrol atau tongkat.
3) Latihan penguatan adalah latihan aktif yang bertujuan memperkuat otot. Latihan biasanya dimulai jika kerusakan jaringan lunak telah pulih, 4-6 minggu setelah pembedahan atau dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan ekstremitas atas.

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Pengertian Risiko Perdarahan

Risiko perdarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (PPNI, 2016)

2. Faktor Risiko

Menurut PPNI (2016) adapun faktor risiko dari risiko perdarahan yaitu :

a. Aneurisma
b. Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)
c. Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
d. Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/ abrupsio, kehamilan kembar)
e. Komplikasi paca partum (mis.atoni uterus, retensi plasenta)
f. Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)

g. Efek agen farmakologis

h. Tindakan pembedahan

i. Trauma

j. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan

k. Proses keganasan

3. Kondisi Klinik Terkait

a. Aneurisma

b. Koagulopati intravaskuler diseminata

c. Sirosis hepatis

d. Ulkus lambung

e. Varises

f. Trombositopenia

g. Ketuban pecah sebelum waktunya

h. Plasenta previa/abrupsio

i. Atonia uterus

j. Retensi plasenta

k. Tindakan pembedahan

l. Kanker

m. Trauma

C. Asuhan Keperawatan Risiko Perdarahan pada Penderita Fraktur

1. Pengkajian

Menurut PPNI (2016) risiko perdarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Adapun faktor risiko dari risiko perdarahan yaitu :

a. Abeurisma
b. Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip , varises)
c. Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
d. Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa,/ abrupsio, kehamilan kembar)
e. Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
f. Gangguan koagulasi (mis. tromnositopenia)
g. Efek agen farmakologis
h. Tindakan pembedahan
i. Trauma
j. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
k. Proses keganasan

2. Diagnosis

Menurut PPNI (2016) rumusan diagnosis risiko perdarahan , yaitu :

Problem : risiko perdarahan

Faktor risiko : tindakan pembedahan

Diagnosis keperawatan : Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan risiko perdarahan dapat dijelaskan dalam bentuk tabel 1 di bawah ini :

Tabel 1

NCP Risiko perdarahan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
Risiko Perdarahan (D.0012) **Definisi** Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal(terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) **Faktor Risiko** - Aneurisma - GAngguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises) - Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis) - Komplikasi kehamilan (mis.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 15 Menit maka **Tingkat Perdarahan Menurun** dengan kriteria hasil : - Kelembapan membran mukosa meningkat (5) - Kelembapan kulit meningkat (5) - Hemoglobin membaik (5) - Hematokrit membaik (5)	**Pencegahan Pendarahan** **Observasi** - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Monitor tanda – tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/ atau platelet) **Terapeutik** - Pertahankan *bed rest* selama perdarahan

ketuban pecah seblum waktunya, plasenta previa/ abrupsio, kehamilan kembar) - Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta) - Gangguan koagulasli (mis. trombositopenia) - Efek agen farmakologis - Tindakan pembedahan - Trauma - Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan - Proses keganasan **Kondisi Klinis Terkait** - Aneurisma - Koagulopati intravaskuler diseminata - Sirosis hepatis - Ulkus lambung	- Batasi tindakan invasif, *jika perlu* - Gunakan kasur pencegah dekubitus - Hindari pengukuran suhu rektal **Edukasi** - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan - Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi - Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan - Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K - Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Varises Trombositopenia Ketuban pecah sebelum waktunya Plasenta previa/ abrupsio Atonia uterus Retensi plasenta TIndakan pembedahan Kanker Trauma	**Kolaborasi** Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu* Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu* Kolaborasi pemberian pelunak tinja , *jika perlu*

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan. Dalam format implementasi keperawatan yang harus di dokumentasikan adalah tanggal dilakukannya tindakan, waktu, nomor diagnosis, implementasi dan respon, paraf dan nama terang perawat (Dinarti dkk, 2013).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosis keperawatan meliputi data subjektif (S), data objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini juga disebut evaluasi proses. Evaluasi mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritikal dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi formatif atau pernyataan

formatif atau biasa juga dikenal sebagai evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan dan yang kedua yaitu intervensi sumatif atau evaluasi hasil, yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain bagaimana penilaian terhadap perkembangna kemanjuan kearah tujuan atau hasil akhir yang diiinginkan (hidayat,2021)

Adapun hasil yang diharapkan yaitu subjek mengalami penurunan tingkat perdarahan dengna kriteria hasil kelembapan membran mukosa meningkat, kelembapan kulit meningkat, hematokrit dan hemoglobin membaik.