

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke

1. Definisi

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Kurangnya aliran darah didalam jaringan otak menyebabkan serangkaian reaksi biokimia, yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf di otak. Kematian jaringan otak juga dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan itu. Aliran darah yang berhenti juga dapat membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak juga berhenti. Stroke merupakan penyakit neurogenik yang menyebabkan gangguan fungsi otak baik fokal maupun global dan penyebab kecacatan paling banyak (Arya, 2011).

Stroke mengalami peningkatan signifikan pada masyarakat seiring dengan perubahan pola makan, gaya hidup dan peningkatan stressor yang cukup tinggi. Peningkatan jumlah penderita tidak saja menjadi isu yang bersifat regional akan tetapi sudah menjadi isu global (Rahmawati, 2009).

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global, akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan atau sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena; dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Junaidi, 2011).

2. Klasifikasi Stroke dan Penyebabnya

Menurut Arya (2011), sistem klasifikasi utama stroke biasanya membagi stroke menjadi dua kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke, yaitu stroke iskemik dan hemoragik.

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke iskemik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke iskemik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan penimbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri), atau pembuluh darah kecil.

Arya (2011) menyatakan bahwa stroke iskemik secara patogenesis dibagi menjadi dua yaitu stroke trombolitik dan stroke embolik. Stroke trombolitik adalah stroke iskemik yang disebabkan karena trombosis pada arteri karotik interna secara langsung masuk ke arteri serebri media. Sedangkan stroke embolik adalah stroke iskemik yang disebabkan karena embolik yang pada umumnya berasal dari jantung.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak.

Stroke hemoragik juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi.

Pecahnya pembuluh darah ini menyebabkan darah menggenangi jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi dari otak juga menurun. Penyebab lain dari stroke hemoragik yaitu adanya penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh (aneurisme), mudah menggelembung, dan rawan pecah, yang umumnya terjadi pada usia lanjut atau karena faktor keturunan.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Soeharto (2007), menyebutkan bahwa tanda dan gejala dari stroke adalah hilangnya kekuatan salah satu bagian tubuh, terutama di satu sisi, termasuk wajah, lengan atau tungkai, hilangnya sensasi disuatu bagian tubuh, terutama disatu sisi, hilangnya penglihatan total, tidak mampu berbicara dengan benar, hilangnya keseimbangan, serangan sementara jenis lain, seperti vertigo, pusing, kesulitan menelan, kebingungan, gangguan daya ingat, nyeri kepala yang terlalu parah dan perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang.

Gejala-gejala yang timbul kemungkinan bervariasi, bergantung pada penyebabnya, akibat pengentalan darah atau perdarahan. Selain itu lokasi pengentalan darah atau perdarahan serta luas kerusakan area otak juga mempengaruhi gejala.

4. Patofisiologi

Infark regional kortikal, subkortikal ataupun infark regional di batang otak terjadi karena kawasan perdarahan suatu arteri tidak/kurang mendapat jatah darah lagi. Jatah darah tidak disampaikan ke daerah tersebut. Lesi yang terjadi dinamakan infark iskemik jika arteri tersumbat dan infark hemoragik jika arteri pecah. Stroke dapat dibagi dalam (Wulandari, 2007) :

a. Stroke iskemik / Non Hemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia, akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

b. Stroke hemoragik

Pembuluh darah yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intracranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan tingkatan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Disamping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak.

5. Faktor Resiko dan Penyebab Stroke

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi (*non-modifiable risk factors*) dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable risk factors*). Faktor resiko

yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, ras, gender, genetic atau riwayat keluarga yang menderita stroke. Sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi berupa hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, alkohol, dan dislipidemia (Nastiti, 2012)

Banyak kondisi-kondisi yang dapat menyebabkan stroke, tetapi pada awalnya adalah dari pengerasan arteri atau yang disebut juga sebagai arteriosklerosis. Karena arteriosklerosis merupakan gaya hidup modern yang penuh stress, pola makan tinggi lemak, dan kurang berolahraga. Ketiganya sebenarnya tergolong dalam faktor risiko yang dapat dikendalikan. Selain itu, menurut Saraswati (2008) ada pula faktor-faktor lain yang tidak dapat dikendalikan, yaitu antara lain :

a. Faktor Risiko Tidak Terkendali

Faktor risiko tidak terkendali mencakup usia, jenis kelamin, keturunan stroke dalam keluarga serta ras dan etnik (Wardhana, 2011).

b. Faktor Risiko Terkendali

Faktor risiko tidak terkendali meliputi hipertensi, penyakit jantung, diabetes, kadar kolesterol darah yang tinggi, merokok, alkohol berlebih, penggunaan obat-obatan terlarang, cedera kepala dan leher serta adanya infeksi yang secara alami akan meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Sayangnya, reaksi kekebalan ini juga meningkatkan faktor penggumpalan dalam darah yang memicu risiko stroke embolik-iskemik (Saraswati, 2008).

6. Pemeriksaan Penunjang

a. CT Scan

Pada kasus stroke, CT scan dapat membedakan stroke infark dan stroke

hemoragik. Pemeriksaan CT Scan kepala merupakan gold standar untuk menegakan diagnosis stroke. (Rahmawati, 2009).

b. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Secara umum pemeriksaan Magnetic Resonance Imaging (MRI) lebih sensitive dibandingkan CT scan. MRI mempunyai kelebihan mampu melihat adanya iskemik pada jaringan otak dalam waktu 2-3 jam setelah onset stroke non hemoragik. MRI juga digunakan pada kelainan medulla spinalis. Kelemahan alat ini adalah tidak dapat mendeteksi adanya emboli paru, udara bebas dalam peritoneum dan fraktur. Kelemahan lainnya adalah tidak bisa memeriksa pasien yang menggunakan protese logam dalam tubuhnya, prosedur pemeriksaan yang lebih rumit dan lebih lama, serta harga pemeriksaan yang lebih mahal (Notosiswoyo, 2007).

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pasien yang diduga mengalami stroke perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium. Parameter yang diperiksa meliputi kadar glukosa darah, elektrolit, analisa gas darah, hematologi lengkap, kadar ureum, kreatinin, enzim jantung, *prothrombin time (PT)* dan *activated partial thromboplastin time (aPTT)*. Pemeriksaan kadar glukosa darah untuk mendeteksi hipoglikemi maupun hiperglikemi, karena pada kedua keadaan ini dapat dijumpai gejala neurologis. Pemeriksaan elektrolit ditujukan untuk mendeteksi adanya gangguan elektrolit baik untuk natrium, kalium, kalsium, fosfat maupun magnesium (Rahajuningsih, 2009).

Pemeriksaan analisa gas darah juga perlu dilakukan untuk mendeteksi asidosis metabolik. Hipoksia dan hiperkapnia juga menyebabkan gangguan neurologis. *Prothrombin time (PT)* dan *activated partial thromboplastin time (aPTT)* digunakan

untuk menilai aktivasi koagulasi serta monitoring terapi. Dari pemeriksaan hematologi lengkap dapat diperoleh data tentang kadar hemoglobin, nilai hematokrit, jumlah eritrosit, leukosit, dan trombosit serta morfologi sel darah. Polisitemia vara, anemia sel sabit, dan trombositemia esensial adalah kelainan sel darah yang dapat menyebabkan stroke (Rahajuningsih, 2009).

7. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

a. Bekuan darah (Trombosis)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b. Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.

c. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

d. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

e. Dekubitus

Dekubitus adalah rusaknya atau matinya kulit sampai jaringan di bawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area

secara terus menerus sehingga dapat mengakibatkan gangguan sirkulasi setempat. Dekubitus suatu luka akibat posisi penderita tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam (Sunaryanti, 2014). Sehingga menyebabkan penyumbatan aliran darah akibat tertekan terus menerus. Selain itu, dekubitus bisa disebabkan oleh paparan keringat, darah, urin, dan feses (Al Rasyid & Misbach, 2015).

B. Konsep Luka Dekubitus

1. Definisi

Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan dari luar yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu yang biasa, gangguan ini terjadi pada individu yang berada diatas kursi atau diatas tempat tidur, seringkali pada inkontinensia, malnutrisi, ataupun individu yang mengalami kesulitan makan sendiri, serta mengalami gangguan tingkat kesadaran (Potter & Perry, 2013). Sedangkan menurut Perry et al, (2012) dekubitus adalah luka pada kulit dan atau jaringan dibawahnya, biasanya disebabkan oleh adanya penonjolan tulang, sebagai akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan gaya geser dan atau gesekan.

2. Klasifikasi Dekubitus

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2014 membagi derajat dekubitus menjadi enam dengan karakteristik sebagai berikut :

a. Derajat I : *Nonblanchable Erythema*

Derajat I ditunjukkan dengan adanya kulit yang masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), dan perubahan

sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih luka akan kelihatan sebagai kemerahan yang menetap, sedangkan pada orang kulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu. Cara untuk menentukan derajat I adalah dengan menekan daerah kulit yang merah (*erytema*) dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.

b. Derajat II : *Partial Thickness Skin Loss*

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial dengan warna dasar luka merah-pink, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Derajat I dan II masih bersifat refersibel.

c. Derajat III : *Full Thickness Skin Loss*

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Disebut sebagai “*typical dekubitus*” yang ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. *Slough* mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining* dan *tunneling*.

d. Derajat IV : *Full Thickness Tissue Loss*

Kehilangan jaringan secara penuh sampai dengan terkena tulang, tendon atau otot. *Slough* atau jaringan mati (*eschar*) mungkin ditemukan pada beberapa bagian dasar luka (*wound bed*) dan sering juga ada *undermining* dan *tunneling*. Kedalaman derajat IV dekubitus bervariasi berdasarkan lokasi anatomi, rongga hidung, telinga,

oksiput dan malleolar tidak memiliki jaringan subkutan dan lukanya dangkal. Derajat IV dapat meluas ke dalam otot dan atau struktur yang mendukung (misalnya pada fascia, tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya *osteomyelitis*. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba langsung.

e. Unstageable : *Depth Unknown*

Kehilangan jaringan secara penuh dimana dasar luka (*wound bed*) ditutupi oleh *slough* dengan warna kuning, coklat, abu-abu, hijau, dan atau jaringan mati (*eschar*) yang berwarna coklat atau hitam didasar luka. *slough* dan atau *eschar* dihilangkan sampai cukup untuk melihat (*mengexpose*) dasar luka, kedalaman luka yang benar, dan oleh karena itu derajat ini tidak dapat ditentukan.

f. Suspected Deep *Tissue Injury* : *Depth Unknown*

Berubah warna menjadi ungu atau merah pada bagian yang terkena luka secara terlokalisir atau kulit tetap utuh atau adanya *blister* (melepuh) yang berisi darah karena kerusakan yang mendasari jaringan lunak dari tekanan dan atau adanya gaya geser. Lokasi atau tempat luka mungkin didahului oleh jaringan yang terasa sakit, tegas, lembek, berisi cairan, hangat atau lebih dingin dibandingkan dengan jaringan yang ada di dekatnya. Cidera pada jaringan dalam mungkin sulit untuk di deteksi pada individu dengan warna kulit gelap. Perkembangan dapat mencakup *blister* tipis diatas dasar luka (*wound bed*) yang berkulit gelap. Luka mungkin terus berkembang tertutup oleh *eschar* yang tipis. Dari derajat dekubitus diatas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*), namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti *fascia* dan otot walupun tanpa adanya adanya kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal

dengan istilah *injury* jaringan bagian dalam (*Deep Tissue Injury*). Hal ini disebabkan karena jaringan otot dan jaringan subkutan lebih sensitif terhadap iskemia daripada permukaan kulit.

3. Tempat (Lokasi) Terjadinya Dekubitus

Menurut Stephen & Haynes (2006), mengilustrasikan area-area yang beresiko untuk terjadinya dekubitus. Dekubitus terjadi dimana tonjolan tulang kontak dengan permukaan. Adapun lokasi yang paling sering adalah sakrum, tumit, dan panggul. Penelitian yang dilakukan oleh Suriadi, et al (2007) 33,3% pasien mengalami dekubitus dengan lokasi kejadian adalah pada bagian sakrum 73,3%, dan tumit 13,2%, 20 pasien yang mengalami dekubitus derajat I, dan 18 pasien mengalami derajat II, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Fernandes & Caliri, (2008) pasien yang mengalami dekubitus sebanyak 62, 5% (40) dengan kriteria 57,1% (30) mengalami derajat I, dan 42,9% mengalami derajat II, lokasi kejadian dekubitus dalam penelitian ini adalah pada tumit 35,7%, sakrum 22,9%, dan skapula 12,9%.

4. Pengkajian Resiko Dekubitus

Menurut Kozier (2010) terdapat lima skala dalam mengkaji resiko terjadinya dekubitus, yaitu:

a. Skala Norton

Skala Norton pertama kali ditemukan pada tahun 1962, dan skala ini menilai lima faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah: kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilisasi, dan inkontinensia. Total nilai berada diantara 5 sampai 20. Nilai 16 di anggap sebagai nilai yang beresiko.

b. Skala Braden

Pada Skala Braden terdiri dari 6 sub skala faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah : persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, pergeseran dan gesekan. Nilai total berada pada rentang 6 sampai 23, nilai rendah menunjukkan resiko tinggi terhadap kejadian dekubitus. Apabila skor yang didapat mencapai 16, maka dianggap resiko tinggi mengalami dekubitus (Jaul, 2010).

c. Skala Waterlow

Hasil revisi pada tahun 2005, pada skala Waterlow terdapat sembilan kategori klinis yang meliputi : tinggi badan dan peningkatan berat badan, tipe kulit dan area resiko yang tampak, jenis kelamin dan usia, skrining malnutrisi, mobilitas, malnutrisi jaringan, defisit neurologis, riwayat pembedahan atau trauma, serta riwayat pengobatan. Semakin tinggi skor, semakin tinggi resiko terjadinya dekubitus. Skor 20 diprediksi memiliki resiko sangat tinggi terjadinya dekubitus.

d. Skala Gosnell

Skala ini mengacu pada skala Norton, namun pada skala ini juga ada beberapa *point* penilaian yang digantikan seperti kondisi fisik menjadi nutrisi, dan inkontinensia dirubah menjadi kontinensia. Skala ini menilai lima faktor diantaranya adalah : status mental, kontinensia, mobilisasi, aktivitas, dan nutrisi, total nilai berada pada rentang antara 5 sampai 20 dimana total nilai tinggi mengidentifikasi resiko kejadian dekubitus.

e. Skala Knoll

Skala ini dikembangkan berdasarkan faktor resiko pasien yang berada di ruang perawatan akut Rumah Sakit Besar. Pada skala ini ada delapan faktor resiko terhadap

kejadian dekubitus diantaranya adalah : status kesehatan umum, status mental, aktivitas, mobilisasi, inkontinensia, asupan nutrisi melalui oral, asupan cairan melalui oral, dan penyakit yang menjadi faktor predisposisi. Total nilai berada pada rentang 0 sampai 33, nilai tinggi menunjukkan resiko tinggi terjadi dekubitus, nilai resiko berada pada nilai 12 atau lebih.

5. Penatalaksanaan Dekubitus

Penatalaksanaan klien dekubitus memerlukan pendekatan holistik yang menggunakan keahlian pelaksana yang berasal dari beberapa disiplin ilmu kesehatan. Selain perawat, keahlian pelaksana termasuk dokter, ahli fisioterapi, ahli terapi okupasi, ahli gizi, dan ahli farmasi. Beberapa aspek dalam penatalaksanaan dekubitus antara lain perawatan luka secara lokal dan tindakan pendukung seperti gizi yang adekuat dan cara penghilang tekanan (Potter & Perry, 2005).

Selama penyembuhan dekubitus, maka luka harus dikaji untuk lokasi, tahap, ukuran, traktusinus, kerusakan luka, luka menembus, eksudat, jaringan nekrotik, dan keberadaan atau tidak adanya jaringan granulasi maupun epitelialisasi. Dekubitus harus dikaji ulang minimal 1 kali per hari. Pada perawatan rumah banyak pengkajian dimodifikasi karena pengkajian mingguan tidak mungkin dilakukan oleh pemberi perawatan. Dekubitus yang bersih harus menunjukkan proses penyembuhan dalam waktu 2 sampai 4 minggu (Potter & Perry, 2013).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses konsep asuhan keperawatan berbedoman sesuai teori Mutaqqin (2008) antara lain:

1. Pengkajian

- a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

b. Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

f. Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan,

pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

g. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah: Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80

b) Nadi: Biasanya nadi normal

c) Pernafasan: Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

d) Suhu: Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

h. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah

i. Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal): biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, mengembungkan

pipi, saat pasien mengembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

j. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata . Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

k. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung

l. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal) : biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang

lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

m. Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas

n. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzsky 1 (+)

o. Thorak

1) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)

Auskultasi : biasanya suara normal (vesikuler)

2) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

p. Abdomen

Inspeksi: biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi: biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

q. Ekstremitas

1) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau

ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)).

Tabel 2.1 Nilai kekuatan otot (Debora, 2013)

Respon	Nilai
Tidak dapat sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total	0
Terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut	1
Didapatkan gerakan , tapi gerakan tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi)	2
Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat	3
Disamping dapat melawan gaya berat ia dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan	4
Tidak ada kelumpuhan (normal)	5

Sumber: Debora, 2013

r. Test diagnostik

1) Radiologi

a) Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti stroke perdarahan arteriovena atau adanya ruptur. Biasanya pada stroke perdarahan akan ditemukan adanya aneurisma.

b) Lumbal pungsi

Biasanya pada pasien stroke hemoragik, saat pemeriksaan cairan lumbal maka terdapat tekanan yang meningkat disertai bercak darah. Hal itu akan menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau pada

intrakranial

c) CT-Scan

Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak

d) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari heemoragik

e) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)

f) EEG (Electroensefalogram)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

2) Laboratorium

a) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit.

Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

b) Test darah koagulasi

Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaan, yaitu: prothrombin time, partial thromboplastin (PTT), International Normalized Ratio (INR) dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti warfarin, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pun bila sebelumnya sudah diobati heparin, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak.

c) Test kimia darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu stroke (Robinson, 2014)

s. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola kebiasaan

Biasanya pada pasien yang pria, adanya kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol

2) Pola makan

Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.

3) Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot

4) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori , hemiplegi atau kelumpuhan

5) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus

6) Pola hubungan dan peran

Biasanya adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

7) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif (Batticaca, 2008)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan yang mungkin muncul menurut Tarwoto (2013) dalam Asuhan Keperawatan Sistem Persarafan, adalah:

- a. Perubahan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan adanya edema atau hematoma dan perdarahan otak.
- b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan kesadaran: lidah jatuh ke belakang
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (Tarwoto, 2013)

- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang) (Tarwoto, 2013)

3. Perencanaan

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Perubahan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan adanya edema atau hematoma dan perdarahan otak.	Perfusi jaringan cerebral optimal secara bertahap setelah di lakukan tindakan keperawatan dalam waktu 7 x 24 jam dengan kriteria hasil: 1. Kesadaran pasien compos mentis 2. TTV dalam batas normal (TD : 100-130/60-90mmHg, P:12-20x/mnt, N : 60-100x/mnt, S: 36°C-37°C). 3. Pasien tampak rileks.	a. Kaji keluhan, observasi TTV tiap 2-4 jam dan kesadaran klien, rasional: Untuk mengetahui keadaan umum pasien sebagai standar dalam menentukan intervensi yang tepat b. Kaji karakteristik nyeri (intensitas, lokasi, frekuensi dan faktor yang mempengaruhi). Rasional :Penurunan tanda dan gejala neurologis atau kegagalan dalam pemulihannya merupakan awal pemulihan dalam memantau TIK. c. Kaji capillary refill, GCS, warna dalam kelembapan kulit. Rasional : Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK d. Kaji tanda peningkatan TIK (kaku kuduk, muntah proyektil dan penurunan kesadaran. Rasional : Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK. e. Berikan klien posisi semifowler, kepala ditinggikan 30 derajat. Rasional : Memberi rasa nyaman bagi klien f. Anjurkan orang terdekat (keluarga) untuk bicara dengan klien walaupun hanya lewat sentuhan. Rasional : Ungkapan keluarga yang menyenangkan memberikan efek menurunkan TIK dan efek relaksasi bagi klien. g. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat-obatan neurologis. Rasional : Sebagai terapi terhadap kehilangan kesadaran akibat kerusakan otak, kecelakaan lalu lintas dan operasi otak.
2.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekresi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan menjadi efektif dengan kriteria hasil a. Status pernafasan : 1) Frekuensi pernafasan	Manajemen jalan nafas a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi b. Identifikasi kebutuhan aktual/potensial pasien untuk memasukkan alat membuka jalan

No.	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
	<p>atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <p>a. Batuk yang tidak efektif</p> <p>b. Suara napas tambahan</p> <p>c. Perubahan pola napas</p> <p>d. Perubahan frekuensi napas</p> <p>e. Sputum dalam jumlah yang berlebih</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>a. Mukus berlebih</p> <p>b. Benda asing dalam jalan nafas</p>	<p>normal (16-25x/menit)</p> <p>2) Irama pernafasan teratur</p> <p>3) Kemampuan untuk mengeluarkan sekret</p> <p>b. Tanda-tanda vital:</p> <p>1) Irama pernafasan teratur</p> <p>2) Tekanan darah normal (120/80mmHg)</p> <p>3) Tekanan nadi normal (60-100 x/menit)</p>	<p>nafas</p> <p>c. Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau menyedot lender</p> <p>d. Instruksikan bagaimana agar bias melakukan batuk efektif</p> <p>e. Auskultasi suara nafas</p> <p>f. Posisikan untuk meringankan sesak nafas</p> <p>Monitor pernafasan</p> <p>a. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas</p> <p>b. Catat pergerakan dada, catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot</p> <p>c. Monitor suara nafas tambahan</p> <p>d. Monitor pola nafas</p> <p>e. Auskultasi suara nafas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara nafas tambahan</p> <p>f. Kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara nafas ronki di paru</p> <p>g. Monitor kemampuan batuk efektif pasien</p> <p>h. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya nebulizer)</p>
3.	<p>Hambatan mobilitas Fisik</p> <p>Definisi: keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <p>a. Penurunan ketrampilan motoric halus dan kasar</p> <p>b. Penurunan rentang gerak</p> <p>c. Gerakan lambat</p> <p>d. Instabilitas postur</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>a. Penurunan kekuatan otot</p> <p>b. Penurunan kendali otot</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik tidak terganggu kriteria hasil :</p> <p>a. Peningkatan aktifitas fisik</p> <p>b. Tidak ada kontraktur otot</p> <p>c. Tidak ada ankilosis pada sendi</p> <p>d. Tidak terjadi penyusutan otot</p>	<p>a. Kaji kemampuan motorik</p> <p>b. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4x perhari bila mungkin</p> <p>c. Bila pasien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh</p> <p>1) Gunakan papan kaki</p> <p>2) Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam</p> <p>3) Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan alamiah</p> <p>d. Observasi daerah yang tertekan, termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi</p> <p>e. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak</p> <p>f. Lakukan massage pada daerah tertekan</p> <p>g. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
	c. Penurunan ketahanan tubuh		h. Kolaborasi stimulasi elektrik i. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti decubitus
4.	<p>Kerusakan integritas kulit</p> <p>Definisi: Kerusakan pada epidermis dan atau dermis</p> <p>Batasan karakteristik: a. Nyeri akut b. Gangguan integritas kulit c. Perdarahan d. Kemerahan e. Hematoma</p> <p>Faktor yang berhubungan: a. Factor Eksternal 1) Kelembapan 2) Hipotermia 3) Tekanan pada tonjolan tulang b. Faktor internal 1) Nutrisi tidak adekuat 2) Gangguan volume cairan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kerusakan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Mengidentifikasi faktor penyebab luka dekubitus. b. Mengidentifikasi rasional untuk pencegahan dan tindakan. c. Berpartisipasi dalam rencana tindakan yang diprogramkan untuk meningkatkan penyembuhan luka</p>	<p>a. Observasi ukuran, warna, kedalaman luka, jaringan nekrotik dan kondisi sekitar luka b. Pantau atau evaluasi tanda-tanda vital dan perhatikan adanya demam c. Identifikasi derajat perkembangan luka tekan d. Lakukan perawatan luka dengan menggunakan madu e. Bersihkan jaringan nekrotik f. Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic oral dan intra vena sesuai indikasi g. Kolaborasi dengan laboran mengenai pemeriksaan kultur luka</p>

(Tarwoto, 2013)

D. Perawatan Luka Dekubitus dengan Madu

1. Definisi

Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dan melakukan balutan dengan tujuan mencegah infeksi silang (termasuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan luka (Delimarfidasari, 2013)

Madu adalah cairan kental seperti sirup berwarna coklat kuning muda sampai cokelat merah yang dikumpulkan dalam indung madu oleh lebah *Apis mellifera* (Gunawan, 2004)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gunes dan Eser (2007) pengkajian luka decubitus menggunakan instrument *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH). Pada pengkajian awal didapatkan data rata-rata skor PUSH menunjukkan angka 15,00. Penelitian perawatan luka menggunakan madu dilaksanakan dalam 5 minggu, dan didapatkan hasil terjadi penurunan skor rata-rata pada klien yaitu 6,55.

2. Kandungan Madu

Madu mengandung enzim – enzim seperti diastase, glukosa oksidase, katalase serta vitamin A, betakaroten, vitamin B kompleks lengkap, vitamin C, D, E dan K. Selain itu juga dilengkapi mineral berupa kalium besi, magnesium, fosfor, tembaga, mangan, natrium dan kalsium. Bahkan terdapat hidrogen peroksida yang dihasilkan oleh glukosa oksidase dan inhibin (Hamad, 2007).

3. Manfaat Madu dalam Penyembuhan Luka

Menurut Evan & Flavin (2008), madu dapat digunakan untuk terapi topikal sebagai dressing pada luka ulkus kaki, luka dekubitus, ulkus kaki diabet, infeksi akibat trauma dan pasca operasi serta luka bakar. Madu dapat meningkatkan waktu penyembuhan luka. Madu memiliki aktivitas antimikroba, melawan peradangan dan infeksi. Didalam kandungan fisik dan kimiawi seperti kadar keasaman dan pengaruh osmotik berperan untuk membunuh mikroba. Kandungan plasma darah semakin bertambah untuk melawan oksidasi dengan kadar yang lebih tinggi setelah minum madu. Dan terdapat juga fenolik didalam madu yang sangat efektif untuk ketahanan tubuh melawan stress.

Penyembuhan luka yang dirawat dengan madu lebih cepat empat kali dari pada waktu penyembuhan luka yang dirawat dengan obat lain. Sebagai lapisan pada luka, madu menyediakan lingkungan lembab, membantu pembersihan infeksi, menghilangkan

bau busuk, mengurangi inflamasi, edema, eksudasi, dan meningkatkan proses penyembuhan oleh stimulasi angiogenesis, granulasi, dan epitelisasi sehingga tidak diperlukan pencakokan kulit dan memberikan hasil kosmetik yang sangat baik (Yapucu, 2007)

4. Penggunaan Madu dalam Perawatan Luka

Menurut Molan (2006) terdapat beberapa tips yang dapat dipakai saat merawat luka menggunakan madu, yaitu:

1. Gunakan jumlah madu sesuai dengan jumlah cairan atau eksudat yang keluar dari luka.
2. Frekuensi penggantian balutan tergantung pada cepatnya madu terlarut dengan eksudat luka. Jika tidak ada cairan luka, balutan dapat di ganti 2 kali seminggu supaya komponen antibakteri yang terkandung di dalam madu dapat terserap ke dalam jaringan luka.
3. Untuk mendapatkan hasil yang terbaik, sebaiknya menggunakan second dressing yang bersifat absorbent. Jika madu digunakan langsung pada luka, madu akan meleleh sehingga keluar area luka. Hal ini tidak akan efektif untuk merangsang proses penyembuhan luka.
4. Gunakan balutan yang bersifat "oklusif" yaitu menutup semua permukaan luka untuk mencegah madu meleleh keluar dari area luka.
5. Pada cairan luka yang sedang, sebaiknya gunakan transparan film sebagai second dressing.

6. Pada abses (nanah) dan undermining (luka berkantong) perlu lebih banyak madu untuk mencapai jaringan didalamnya. Dasar luka harus diisi dengan madu sebelum ditutup dengan second dressing seperti kasa atau dressing pad lainnya.
7. Untuk memasukan madu pada luka berkantong sebaiknya gunakan kasa atau dressing pad sehingga kerja kandungan madu lebih efektif.

5. Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Madu

Tabel 2.3 Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka Menggunakan Madu (Thohiroh, 2017)

1.	Pengertian	: Suatu penanganan luka menggunakan madu yang terdiri atas debridemen luka, membersihkan luka, mengoleskan madu, menutup dan membalut luka sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka.
2.	Tujuan	
	a. Tujuan Umum	: Melakukan perawatan luka agar luka dapat diminimalisir kejadiannya agar tidak terjadi kontaminasi dan pertahanan integritas kulit dan memberikan kenyamanan
	b. Tujuan Khusus	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah kontaminasi oleh kuman; 2. Meningkatkan proses penyembuhan luka 3. Mengurangi inflamasi 4. Mempertahankan kelembaban 5. Memberikan rasa nyaman 6. Mempertahankan integritas kulit.
3.	Alat dan Bahan	: Alat yang digunakan adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. Set steril <ol style="list-style-type: none"> a. Bak instrumen b. Pinset anatomis c. Pinset cirurgis d. Kasa steril e. Kom steril f. Gunting jaringan 2. Sarung tangan bersih 3. Masker 4. Normal Saline/NaCl 0,9% 5. Madu 6. Sput 7. Korentang 8. Kasa gulung 9. Gunting verban 10. Bengkok 11. Alkohol 12. Klorin 13. Pengalas plastik/perlak 14. Kantong sampah

4.	Prosedur	:
PROSEDUR PELAKSANAAN		
No.	Waktu	Jenis Kegiatan
1	2 Menit	: Kegiatan Pra Interaksi 1. Pastikan identitas klien 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan klien 3. Pastikan pasien pada posisi yang aman dan nyaman 4. Kaji kondisi luka yang akan dilakukan perawatan dengan madu 5. Lakukan uji alergi pada pasien dengan mengoleskan madu pada kulit pasien, tunggu sekitar 5 menit, apabila tidak ada reaksi alergi maka pasien dapat dinyatakan toleran pada madu 6. Validasi dan verifikasi data klien yang akan di lakukan pemberian madu 7. Persiapan alat 8. Persiapan tempat 9. Mempersiapkan klien 10. Cuci Tangan 11. Jaga privasi klien.
	3 Menit	: Kegiatan Orientasi 1. Salam pada klien 2. Lakukan pendekatan klien dengan tenang dan ramah, usahakan klien nyaman mungkin. 3. Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan 4. Kontrak waktu 5. Menanyakan kesediaan pasien
	20 Menit	: 1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Perkenalkan diri 3. Jelaskan prosedur, tujuan dan lama tindakan yang akan dilakukan pada klien 4. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum tindakan dimulai 5. Pertahankan privasi klien selama tindakan dilakukan 6. Atur posisi yang aman dan nyaman bagi klien 7. Beritahu klien untuk tidak menyentuh area luka dan peralatan steril 8. Pasang perlak atau pengalas di bawah area luka. Letakkan bengkok diatas perlak 9. Letakkan kantong sampah pada area yang mudah dijangkau. Lipat bagian atasnya membentuk mangkok 10. Cuci tangan atau bersihkan menggunakan handscrub/alkohol 11. Gunakan masker 12. Pakai sarung tangan bersih sekali pakai 13. Lepaskan balutan, angkat balutan kasa secara perlahan dan hati-hati, apabila kasa menempel kuat pada luka,

		<p>balutan luka terlebih dahulu dibasahi menggunakan NaCl. Peringatkan klien tentang rasa tidak nyaman yang mungkin timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan; 15. Buang balutan yang kotor ke dalam kantong sampah 16. Lakukan penekanan ringan di sekitar luka untuk mengeluarkan cairan atau pus 17. Lepaskan sarung tangan dengan bagian dalamnya berada di luar. Buang pada tempat yang tepat 18. Cuci tangan atau bersihkan menggunakan handscrub/alkohol 19. Pakai sarung tangan bersih sekali pakai 20. Letakkan set steril pada meja tempat tidur atau sisi pasien. Buka set steril. Balutan, gunting dan pinset harus tetap pada tempat set steril 21. Tuangkan NaCl 0,9% ke dalam kom steril 22. Aspirasi madu menggunakan spuit 23. Inspeksi luka, tempat drain, integritas atau penutupan kulit dan karakter drainase 24. Bersihkan luka menggunakan kasa steril yang telah dibasahi dengan larutan NaCl 0,9%. Pegang kasa yang basah dengan pinset. Gunakan kasa lain untuk setiap usapan. Bersihkan dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi 25. Lakukan debridement luka menggunakan gunting jaringan pada luka yang mengalami nekrosis dan penebalan 26. Bersihkan kembali luka menggunakan kasa steril yang telah dibasahi dengan larutan NaCl 0,9% 27. Gunakan kasa kering untuk mengeringkan luka 28. Teteskan madu secukupnya pada area luka, kemudian ratakan menggunakan kasa 29. Berikan balutan steril kering pada luka. Pasang bantalan kasa yang lebih tebal sebagai absorben 30. Balut menggunakan kasa gulung secara memutar, kemudian ikat kedua ujungnya 31. Rapikan kembali peralatan, masukkan peralatan yang terkontaminasi ke dalam cairan klorin 32. Bilas dan bersihkan pengalas/perlak menggunakan alkohol 33. Lepas sarung tangan dan buang ke tempat sampah; 34. Cuci tangan atau gunakan handscrub/alkohol/antiseptik pada tangan
	5 Menit	<p>: Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri reinforcement positif 2. Melakukan evaluasi tindakan. 3. Rencana tindak lanjut 4. Berpamitan kepada klien. 5. Merapikan alat. 6. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik. 7. Mendokumentasikan tindakan dan hasilnya lengkap

		dengan tanggal, jam, tanda tangan, dan nama pelaksana.
--	--	--

Thohiroh, 2017