

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN *PERSONAL*
HYGIENE PADA PASIEN STROKE DI RUANG
NEUROLOGI RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**



RIDHO FERNANDO
NIM: 223110309

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN *PERSONAL* *HYGIENE* PADA PASIEN STROKE DI RUANG NEUROLOGI RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG

**Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kemenkes Poltekkes
Padang sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan**



**RIDHO FERNANDO
NIM: 223110309**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

Persetujuan Pembimbing

Karya Tulis Ilmiah "Asuhan Keperawatan Gangguan *Personal Hygiene* Pada
Pasien Stroke Di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Disusun oleh

NAMA : Radho Ferrando

NIM : 223110309

telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

Padang, 27 Mei 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Ns. Idrawati Bahar, S. Kep, M. Kep
NIP. 197107051994032003

Pembimbing Pendamping



Herwati, SKM, M. Biomed
NIP. 196205121982102001

Padang, 27 Mei 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang



Ns. Yesol Endriyanti, S. Kep, M. Kep
NIP. 197501211999032008

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

"Asuhan Keperawatan Gangguan *Personal Hygiene* Pada Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Disusun Oleh
Ridho Fernando
NIM : 223110309

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji Pada tanggal :
03 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 197501211999032005
Anggota,
Ns. Suhairni, S. Kep, M. Kep
NIP. 196907151998031002
Anggota,
Ns. Idrawati Bahar, S. Kep, M.Kep
NIP. 197107051994032003
Anggota,
Herwati, SKM, M.Biomed
NIP. 196205121982102001

()
()
()
()

Padang, 03 Juni 2025
Ketua Piodi Diploma 3 Keperawatan Padang

()
Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 005

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

| | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Nama Lengkap | : Ridho Fernando |
| NIM | : 223110309 |
| Tempat/Tanggal Lahir | : Padang 13 Juni 2002 |
| Tahun Masuk | : 2022 |
| Nama PA | : Ns. Indri Ramadini, S. Kep, M. Kep |
| Nama Pembimbing Utama | : Ns. Idrawati Bahar, S. Kep, M.Kep |
| Nama Pembimbing Pendamping | : Herwati, SKM, M. Biomed |

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Ilmiah saya, yang berjudul : Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Di Ruang Neurologi RSUP Dr.M.Djamil Padang.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 03 Juni 2025



(Ridho Fernando)

NIM : 223110309

HALAMAN PERNYATAAN TIDAK ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya peneliti sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun yang dirujuk telah peneliti nyatakan dengan benar

Nama : Ridho Fernando

Nim : 223110309

Tanda tangan :



Tanggal : 03 Juni 2025

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK KESEHATAN
PADANG PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2025 RIDHO FERNANDO

**Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Di
Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.**

ABSTRAK

Pasien stroke terjadi imobilitas dapat mempengaruhi kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, khususnya personal hygiene yang sering terabaikan dapat menimbulkan masalah seperti kulit kering hingga dekubitus. Prevalensi Stroke di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 8,3% dan disumatera barat sebesar 10,8%. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan personal hygiene pada pasien stroke di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2025.

Desain penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus, yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan Desember 2024 sampai Mei 2025. Populasi yaitu semua pasien dengan stroke dengan gangguan personal hygiene, jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak satu orang dengan teknik pengambilan sample simple random sampling. Pengumpulan data dengan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan dokumentasi. Analisis data dilakukan dengan menganalisa semua data pada tahap proses keperawatan dengan membandingkan dengan teori dan penelitian.

Hasil penelitian didapatkan pasien dibantu keluarga dan perawat untuk pemenuhan kebutuhan personal hygiene. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien yang Defisit Perawatan Diri. Intervensi yang dilakukan yaitu Dukungan Perawatan Diri : mandi. Evaluasi dilakukan selama lima hari, dimana masalah Defisit Perawatan Diri sesuai dengan kriteria hasil.

Diharapkan kepada perawat di ruangan Neurologi melalui Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene dengan memberikan edukasi kepada keluarga pasien tentang pentingnya menjaga kebersihan diri

Isi xiii + 61 Halaman + 3 Tabel + 11 Lampiran

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Personal Hygiene, Stroke

Daftar Pustaka : 32 (2015-2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat- Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene pada Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang”. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Peneliti menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini terdapat banyak kesulitan yang dihadapi oleh peneliti, tanpa bantuan dan bimbingan dan dari berbagai pihak, belum tentu peneliti bisa menyelesaikan Karya Tulis ini. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih kepada Ibu Ns. Idrawati Bahar, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing utama dan Ibu Herwati, SKM, M.Biomed selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr . dr . Dovy Djanas, Sp.OG selaku kepala rumah sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Ibu Renidayati, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
3. Bapak Tasman S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang dan selaku Pembimbing Akademik
5. Bapak Ibu dosen beserta civitas akademik yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang

6. Orang tua dan keluarga peneliti yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.

Akhir kata, peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, 03 Juni 2025

Peneliti

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Ridho Fernando
NIM : 223110309
Tempat / Tanggal Lahir : Padang, 13 Juni 2002
Status Perkawinan : Belum Menikah
Agama : Islam
Orang Tua : Ayah : Syamsir. C
Ibu : Syukma Nenti
Alamat : Jl. Raya Air Dingin, Lubuk Minturun, RT.
01 RW. 10, Kecamatan Koto Tengah,
Kelurahan Balai Gadang, Kota Padang,
Provinsi Sumatera Barat.

| No | Pendidikan | Tahun Ajaran |
|----|--|--------------|
| 1. | SDN 30 Air Dingin, Kota Padang | 2008-2014 |
| 2. | MTsN 3 Padang | 2014-2017 |
| 3. | MAN 3 Padang | 2017-2020 |
| 4. | Prodi Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Kemenkes Poltekkes Padang | 2022-2025 |

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT | iv |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS..... | v |
| ABSTRAK | vi |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| RIWAYAT HIDUP | ix |
| DAFTAR ISI..... | x |
| DAFTAR TABEL..... | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Manfaat Penelitian | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia | |
| 1. Kebutuhan Dasar Manusia | 7 |
| 2. Kebutuhan <i>Personal Hygiene</i> | |
| a. Pengertian <i>Personal Hygiene</i> | 8 |
| b. Macam-macam <i>Personal Hygiene</i> | 8 |
| c. Tujuan Perawatan <i>Personal Hygiene</i> | 14 |
| d. Waktu Melakukan <i>Personal Hygiene</i> | 14 |
| e. Faktor yang mempengaruhi <i>Personal Hygiene</i> | 15 |
| f. Dampak gangguan <i>personal hygiene</i> | 17 |
| B. Konsep Stroke dengan Gangguan <i>Personal Hygiene</i> | |
| 1. Pengertian Stroke | 18 |
| 2. Jenis Stroke | 18 |
| 3. Etiologi..... | 18 |
| 4. Faktor Resiko | 19 |
| 5. Patofisiologi | 22 |
| 6. Manifestasi Klinis | 23 |
| 7. Penatalaksanaan Stroke..... | 24 |
| 8. Pelaksanaan Dukungan Perawatan Diri: Mandi dengan Pendekatan 5W1H | 25 |
| 9. Hubungan Stroke dan <i>Personal Hygiene</i> | 28 |
| C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan <i>Personal Hygiene</i> pada Pasien Stroke | |
| 1. Pengkajian Keperawatan..... | 29 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 33 |
| 3. Intervensi Keperawatan..... | 34 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 4. Implementasi Keperawatan..... | 35 |
| 5. Evaluasi Keperawatan..... | 35 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|--|----|
| A. Desain Penelitian..... | 37 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian | 37 |
| C. Populasi dan Sampel | 37 |
| D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data | 38 |
| E. Teknik Pengumpulan Data | 39 |
| F. Prosedur Pengambilan Data | 40 |
| G. Jenis-Jenis Data..... | 41 |
| H. Analisis..... | 42 |

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

| | |
|----------------------------------|----|
| A. Deskripsi kasus | |
| 1. Pengkajian Keperawatan..... | 43 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 48 |
| 3. Intervensi Keperawatan..... | 48 |
| 4. Implementasi Keperawatan..... | 49 |
| 5. Evaluasi Keperawatan..... | 50 |
| B. Pembahasan Kasus | |
| 1. Pengkajian Keperawatan..... | 52 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 55 |
| 3. Intervensi Keperawatan..... | 56 |
| 4. Implementasi Keperawatan..... | 56 |
| 5. Evaluasi Keperawatan..... | 57 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan | 60 |
| B. Saran | 61 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 SPO Oral Hygiene..... | 12 |
| Tabel 2.2 SPO Memandikan Pasien..... | 26 |
| Tabel 2.3 Tabel Interfensi Keperawatan | 34 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
- Lampiran 2. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
- Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)
- Lampiran 4. Lembar Absensi Kehadiran Penelitian
- Lampiran 5. Format Pengkajian Keperawatan Dasar
- Lampiran 6. Surat Izin Survey Data dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 7. Surat Izin Survey Data Awal dari RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 8. Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dari RSUP DR. M. Djamil Padang
- Lampiran 10. Surat Selesai Melakukan Penelitian
- Lampiran 11. Ganchart

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebutuhan merupakan suatu keadaan yang ditandai oleh perasaan kekurangan dan ingin diperoleh sesuatu yang akan diwujudkan melalui suatu usaha atau tindakan¹. Kebutuhan Dasar Manusia menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar dalam tingkatan prioritas, dimana kebutuhan yang pertama harus terpenuhi terlebih dahulu sebelum memenuhi tingkat selanjutnya. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisiologi, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan cinta dan rasa memiliki, kebutuhan rasa berharga dan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri. Salah satu kebutuhan aman nyaman yang harus dipenuhi untuk memelihara kebersihan baik fisik maupun psikis adalah kebersihan diri (*Personal hygiene*)².

Personal hygiene merupakan tindakan kebersihan dan perawatan diri sendiri untuk menjaga kesehatan dan kesegaran tubuh, serta meningkatkan kualitas hidup. Ukuran kebersihan atau seseorang dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene berbeda pada setiap orang sakit karena terjadi gangguan pemenuhan kebutuhan. Personal hygiene ini meliputi kebersihan tubuh, kebersihan rambut, kebersihan pakaian, dan kebersihan lingkungan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup³.

Dampak yang timbul akibat dari gangguan personal hygiene terhadap fisik manusia adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik pada kuku. Tidak terpenuhinya kebutuhan personal hygiene juga berdampak pada psikososial, gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan

dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial⁴.

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat (tiba-tiba) dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak. Dalam jaringan otak, kekurangan aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi bio-kimia yang dapat merusakkan atau mematikan sel-sel otak. Kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan. Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut lokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian⁵.

Gejala stroke yang paling umum yaitu seperti kelemahan mendadak atau mati rasa pada wajah, lengan atau tungkai, pada sebagian anggota tubuh atau seluruh anggota tubuh. Gejala lain yang ditimbulkan stroke seperti kebingungan, kesulitan bicara, atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu mata atau dua mata, kesulitan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau sakit kepala tanpa penyebab yang diketahui, pingsan atau tidak sadar⁶.

Masalah keperawatan pada pasien Stroke yang biasanya timbul seperti ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal, gangguan personal hygiene, hingga gangguan eliminasi⁴.

Data dari World Health Organization (2022) bahwa stroke merupakan penyakit yang menyebabkan kematian kedua setelah penyakit jantung dan penyebab disabilitas ketiga di dunia. setiap tahunnya ada (13,7%) kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian akibat penyakit

stroke. WHO mengatakan diperkirakan 1 dari 4 orang akan mengalami stroke seumur hidupnya⁷.

Berdasarkan data dari survey Kesehatan Indonesia (2023), Di Indonesia, stroke merupakan penyebab kematian dan disabilitas tertinggi. prevalensi stroke di Indonesia sebesar (8,3%) per 1.000 penduduk⁸.

Prevalensi penyakit Stroke di Provinsi Sumatera Barat sebesar 10,8%. prevalensi stroke di Kota Padang dari total kejadian di Sumatera Barat pada tahun 2022 sebesar (17,8%)⁹.

Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene yaitu melakukan pengkajian keperawatan, menentukan diagnosa, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pengkajian keperawatan dilakukan metode wawancara terkait keluhan pasien mulai dari perawatan pada rambut dengan mengamati kesuburan, kebersihan, tekstur rambut. Pada mata, perawat mengamati apakah sklera ikterik, konjungtiva pucat, kebersihan mata, apakah gatal atau mata merah pada kelopak mata. Pada pemeriksaan hidung periksa adakah tanda alergi, pendarahan, kebersihan hidung. Pada perawatan gigi dan mulut kaji mukosa mulut, adakah lesi, adakah lesi, kebersihan, adakah karang gigi, karies, dan kelengkapan gigi. Pada perawatan telinga, adakah kotoran, lesi, infeksi, dan bagaimana bentuk telinga. Perawatan kulit meliputi tekstur, turgor, kelembaban dan kebersihan kulit. ada perawatan kuku, perawat mengamati bentuk dan kebersihan kuku, perhatikan apakah terdapat kelainan atau luka⁴.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratama, Ngasu, dan Adiningsih (2024) dalam jurnal berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Pemberian Edukasi Personal Hygiene di Ruang Yudistira Dr. Sitanala Tangerang”. Dalam penelitiannya sebelum dilakukan personal hygiene berupa memandikan,

pasien terlihat kotor kurang perawatan diri dan setelah dilakukan tindakan pasien tindakan pasien terlihat bersih¹⁰.

Berdasarkan data dari Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024, diperoleh data prevalensi pasien stroke pada tahun 2021 sebanyak 36%, sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 64%. Data tersebut menunjukkan bahwa angka kejadian Stroke di RSUP Dr. M. Djamil Padang mengalami peningkatan.

Hasil pengamatan dan survei awal yang peneliti telah lakukan di RSUP DR. M. Djamil Padang tanggal 3 Januari 2025 didapatkan satu orang pasien dengan diagnosa stroke di ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Hasil wawancara yang dilakukan pada perawat pelaksana, pasien mengeluh kelemahan pada sebagian anggota tubuh sehingga menyebabkan hambatan dalam beraktifitas sehingga beberapa aktifitas dibantu oleh keluarga atau perawat. perawatan pada pasien stroke berfokus pada penyembuhan dan pemulihan. Dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene dilakukan oleh keluarga yang dibantu oleh perawat. Pada pasien stroke berat, personal hygiene dilakukan oleh perawat, sedangkan pada pasien dengan kondisi yang sudah membaik pemenuhan kebutuhan personal hygiene dilakukan oleh keluarga.

Ketidak mampuan pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari, salah satunya personal hygiene akibat keterbatasan atau penurunan kekuatan otot yang dialami pasien, sehingga pasien membutuhkan pertolongan orang lain dalam pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya oleh keluarga dan perawat¹¹.

Dari fenomena tersebut, peneliti telah melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan gangguan personal hygiene pada Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien stroke di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025

2. Tujuan khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian asuhan keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi peneliti dalam menambah pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran bagi perawat dan juga sebagai pendorong dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dalam penerapan asuhan keperawatan dengan asuhan keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang.

3. Bagi Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil penelitian dapat menjadi referensi perpustakaan Poltekkes Kemenkes RI Padang dalam mengembangkan mata kuliah.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini semoga dapat bermanfaat sebagai masukan bagi peneliti selanjutnya untuk meningkatkan penerapan asuhan keperawatan dengan asuhan keperawatan gangguan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan maupun kesehatan. Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan dasar manusia (juga dikenal sebagai universal) adalah hal-hal yang diperlukan untuk kelangsungan hidup semua orang. Semua orang (tubuh, pikiran, dan jiwa) dipengaruhi oleh kepuasan kebutuhan. Berbagai kebutuhan muncul, terpenuhi, dan muncul kembali dalam setiap bidang kehidupan seseorang¹².

Teori kebutuhan dasar manusia menurut beberapa ahli antara lain¹².

a. Teori Abraham Maslow

Menurut Maslow kebutuhan manusia adalah sebuah teori yang dapat digunakan perawat untuk memahami hubungan antara kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan perawatan.

b. Jean Watson

Jean Watson membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam dua peringkat utama yaitu kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah (lower order needs) dan kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi (higher order needs). Pemenuhan kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah tidak selalu membantu upaya kompleks manusia untuk mencapai aktualisasi diri. Tiap kebutuhan dipandang dalam

konteksnya terhadap kebutuhan lain, dan semuanya dianggap penting.

c. Teori Dorothy E. Johnson

Teori yang dikemukakan Johnson adalah sistem perilaku dari keyakinan “*Nightingale*” yaitu tujuan perawatan adalah membantu individu untuk mencegah atau mengobati dari penyakit.

2. Kebutuhan *Personal Hygiene*

a. Pengertian *personal hygiene*

Personal hygiene merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Pemenuhan *personal hygiene* diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Kebutuhan *personal hygiene* ini diperlukan baik pada orang sehat maupun pada orang sakit⁴.

Praktik perawatan *personal hygiene* juga bertujuan untuk peningkatan kesehatan dimana kulit merupakan garis tubuh pertama dari pertahanan melawan infeksi dengan implementasi tindakan *hygiene* pasien, atau membantu anggota keluarga untuk melakukan tindakan itu maka akan menambah tingkat kesembuhan pasien¹³.

b. Macam-macam *personal hygiene*

Menurut Setiawan et al. (2023), macam-macam *personal hygiene* terdiri dari perawatan kulit, kaki dan kuku, rambut, gigi dan mulut, mata, hidung, dan telinga.

1) Perawatan kulit

Kulit merupakan salah satu bagian penting dari tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman atau trauma, sehingga diperlukan perawatan yang adekuat (cukup) dalam mempertahankan fungsinya seperti¹³ :

- a) Perlindungan: Epidermis relatif tidak permeabel terhadap mikroorganisme.
- b) Sensasi: Kulit mengandung organ sensorik untuk nyeri, sentuhan, panas, dingin, dan tekanan
- c) Pengaturan Suhu: Radiasi, evaporasi, konduksi, dan konveksi mengatur suhu tubuh.
- d) Ekskresi dan Sekresi: Keringat menyebabkan hilangnya panas lewat evaporasi. Sebum melubrikasi kulit dan rambut

Cara memandikan pasien ditempat tidur¹⁴

Tindakan keperawatan dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara sendiri dengan cara memandikan di tempat tidur. Dilakukan pada perawatan pagi hari, Tujuannya adalah menjaga kebersihan tubuh, mengurangi infeksi akibat kulit kotor, memperlancar sistem peredaran darah, dan menambah kenyamanan pasien, dengan cara :

Menyiapkan alat dan bahan

- 1. Baskom mandi dua buah, masing-masing berisi air dingin dan air hangat.
- 2. Pakaian pengganti.
- 3. Kain penutup.
- 4. Handuk, sarung tangan pengusap badan.

5. Tempat untuk pakaian kotor.
6. Sampiran.
7. Sabun.

Prosedur kerja

1. Jelaskan prosedur pada pasien.
2. Cuci tangan.
3. Atur posisi pasien.
4. Lakukan tindakan memandikan pasien yang diawali dengan membentangkan handuk di bawah kepala, kemudian bersihkan muka, telinga, dan leher dengan sarung tangan pengusap. Keringkan dengan handuk.
5. Kain penutup diturunkan, kedua tangan pasien diangkat dan pindahkan handuk di atas dada pasien, lalu bentangkan. Kemudian, kembalikan kedua tangan ke posisi awal di atas handuk, lalu basahi kedua tangan dengan air bersih. Keringkan dengan handuk.
6. Kedua tangan diangkat, handuk dipindahkan di sisi pasien, bersihkan daerah dada dan perut, lalu keringkan dengan handuk.
7. Miringkan pasien ke kiri, handuk dibentangkan di bawah punggung sampai glutea dan basahi punggung hingga glutea, lalu keringkan dengan handuk. Selanjutnya, miringkan pasien ke kanan dan lakukan hal yang sama. Kemudian, kembalikan pasien pada posisi telentang dan pasangkan pakaian dengan rapi.
8. Letakkan handuk di bawah lutut lalu bersihkan kaki. Kaki yang paling jauh didahulukan dan dikeringkan dengan handuk.

9. Ambil handuk dan letakkan di bawah glutea. Pakaian bawah perut dibuka, lalu bersihkan daerah lipatan paha dan genitalia. Setelah selesai, pasang kembali pakaian dengan rapi.
10. Membereskan alat dan mencuci tangan.

Agar kebersihan kulit dan badan terjaga, yaitu dengan cara¹³:

- a) Menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, tidak tukar menukar pakaian dengan anak atau orang lain.
- b) Mandi pakai sabun dan air bersih

Sabun menetralkan kondisi asam yang melindungi kulit, menghilangkan minyak yang berlebihan, keringat, sel kulit mati dan kotoran yang memungkinkan pertumbuhan bakteri

- c) Menjaga kebersihan pakaian

Baju atau rok dan celana harus dijaga kebersihannya. Berganti pakaian minimal 1 kali setiap hari. Mencuci segera pakaian yang kotor dengan air bersih dan sabun, serta bilas sampai bersih.

- 2) Perawatan tangan, kuku dan kaki

- a) Perawatan kuku

Kondisi kuku normal dan kuku yang sehat ialah kuku yang tumbuhnya baik, kuat, bersih, halus, dapat memberikan keindahan, transparan, dasar kuku berwarna merah muda. Merawat kuku dapat dilakukan dengan tidak membiarkan kuku panjang dan memotong kuku minimal 1 kali seminggu atau saat kuku terlihat panjang. Jangan memotong kuku terlalu dekat dengan ujung kulit dan

gunting kuku sejajar puncak jari, kemudian rapikan dan bentuk kuku dengan papan pengikir.

b) Perawatan tangan

Perawatan yang dapat dilakukan yaitu dengan menjaga tangan selalu bersih dan bersihkan tangan setiap kali tangan kotor, dengan cuci tangan sesering mungkin karena dengan cuci tangan akan mencegah penyebaran kuman dan virus yang dapat menyebabkan penyakit.

c) Perawatan kaki

kuku jari kaki yang panjang dapat mencakar kulit dan kuku jari kaki yang kotor dapat menyebabkan infeksi jika kuku tersebut mencakar kulit. Perawatan kaki dan kuku untuk mencegah infeksi, bau kaki, dan cedera jaringan lunak.

3) Perawatan mulut dan gigi

Mulut dan gigi merupakan bagian pertama system pencernaan makanan. Rongga mulut merupakan bagian tambahan dari system pernafasan. Di dalam rongga ini terdapat gigi, lidah, kelenjar ludah (sublingualis, submandibularis, dan parotis), tonsil, serta uvula. Melakukan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan, atau sesuai dengan pola pasien⁴. Rongga mulut merupakan rongga yang penuh dengan kuman sehingga harus selalu dibersihkan.

Tabel 2.1
SPO Oral Hygiene

| | |
|-------------------|---|
| Pengertian | Mengidentifikasi dan merawat kesehatan mulut serta mencegah terjadinya komplikasi |
| Persiapan alat | 1. sarung tangan bersih 2. handuk kecil 3. bengkok |

| | |
|----------|--|
| | 4. sikat gigi atau pasta gigi 5. gelas untuk kumur 6. Spatel lidah yang dibungkus dengan kasa. 6. klorheksidin oral atau NaCl 0,9% 7. pelembab bibir 8. tisu |
| Prosedur | <p>Fase orientasi</p> 11. Menjelaskan prosedur dan tujuan dilakukannya oral hygiene 12. Menjaga keperluan keamanan privacy klien. 13. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum tindakan prosedur dilaksanakan. <p>Fase Kerja</p> a. Mencuci tangan 6 langkah b. Pasang sarung tangan bersih c. Atur posisi pasien pada posisi nyaman d. Letakkan handuk kecil dibagian dada e. Letakkan bengkok dibawah dagu f. Anjurkan menggosok gigi, membilasnya dengan air bersih dan membuang air cuci mulut ke bengkok. Jika tidak mampumenggosok gigi secara mandiri, renggangkan gigi atas dan bawah dengan spatel lidah dengan lembut, dan bersihkan mulut dengan spatel lidah yang telah dibasahi air atau pencuci mulut g. Gosok lidah h. Periksa kondisi gigi, gusi dan lidah pasien i. Oleskan pelembab pada bibir, jika perlu <p>Fase Termnasi</p> a. Mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilaksanakan b. Berpamitan dengan pasien/keluarga c. Membereskan/merapihkan alat yang sudah digunakan d. Memcuci tangan e. Mencatat hasil kegiatan yang sudah dilaksanakan di lembar keperawatan |

Sumber : Tim pokja pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021)

4) Perawatan rambut

Fungsi utama rambut adalah melindungi kepala dari panas. Rambut yang sehat akan terlihat mengkilap, tidak kering dan tidak terlalu berminyak, tidak bercabang, serta tidak mudah

patah. Bila rambut kotor dan tidak dibersihkan bisa menyebabkan ketombe dan sarang kutu. Rambut pasien imobilitasi akan terlihat kusut. Pertumbuhan, distribusi, dan pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum.

c. Tujuan perawatan *personal hygiene*

1) Tujuan personal hygiene antara lain¹³:

- a) Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
- b) memelihara kebersihan diri seseorang
- c) Memperbaiki personalhygiene yang kurang
- d) Pencegahan penyakit
- e) Meningkatkan kepercayaan diri seseorang
- f) Menciptakan keindahan

2) Menurut Nurwening et al. (2018)

- a) Menghilangkan minyak yang menumpuk, keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri
- b) Menghilangkan bau badan yang berlebihan
- c) Memelihara integritas permukaan kulit
- d) Menstimulasi sirkulasi / peredaran darah
- e) Meningkatkan perasaan sembuh bagi klien
- f) Memberikan kesempatan pada perawatan untuk mengkaji kondisi kulit Meningkatkan percaya diri seseorang
- g) Menciptakan keindahan
- h) Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

d. Waktu melakukan *personal hygiene*

Menurut Nurwening et al. (2018) personal hygiene berdasarkan waktu

Pelaksanaannya dibagi menjadi empat yaitu :

1) Perawatan dini hari

Perawatan dini hari dilakukan setelah pasien bangun pagi.

Perawatan yang diberikan dapat berupa tindakan persiapan

program pengobatan pada pasien dan tindakan memelihara kebersihan diri (personal hygiene) pasien.

2) Perawatan pagi hari

Perawatan pagi hari dilakukan setelah pasien makan pagi. Perawatan ini membantu pasien untuk menjaga kebersihan rambut, telinga, kulit, kuku, membantu pemenuhan kebutuhan eliminasi pasien, mandi atau mencuci rambut, membesihkan mulut dan kuku, serta menjaga kebersihan tempat tidur agar pasien serta menjaga kebersihan tempat tidur pasien agar pasien merasa nyaman.

3) Perawatan siang hari

Perawatan siang hari dilakukan setelah makan siang atau setelah pemeriksaan dan perawatan serta setelah pengobatan pasien selesai. Tindakan keperawatan yang dilakukan berupa pemeliharaan kebersihan muka, mulut dan gigi, kulit serta merapikan tempat tidur pasien.

4) Perawatan menjelang tidur

Perawatan menjelang tidur dilakukan dalam mempersiapkan pasien untuk beristirahat lebih nyenyak. Tindakan keperawatan yang dilakukan menjelang tidur berupa perawatan muka, membersihkan mulut, serta eliminasi.

e. Faktor yang mempengaruhi personal hygiene

faktor-faktor yang memengaruhi personal hygiene menurut Tarwoto and Wartonah (2023)

1) Citra tubuh (Body Image)

Personal hygiene yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu. Pencitraan terhadap diri dapat memotivasi seseorang bagaimana memelihara kebersihan diri. Citra tubuh dapat berubah karena operasi, pembedahan, menderita penyakit atau perubahan status fungsional.

2) Praktik sosial

Kelompok sosial mempengaruhi bagaimana seseorang melakukan personal hygiene apa saja yang dilakukan dan frekuensi perawatan. Pada masa kanak-kanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi hygiene, waktu mandi dan hygiene mulut. Pada masa remaja hygiene dipengaruhi oleh teman sebaya. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk penampilan pribadi. Sedangkan pada lansia, beberapa praktik personal hygiene berubah karena kondisi kelemahan fisik dan sumber yang tersedia.

3) Status sosial ekonomi

Status ekonomi akan mempengaruhi jenis dan sejauh mana praktik personal hygiene. Seseorang yang memiliki masalah ekonomi akan kesulitan menyediakan alat maupun bahan untuk kebersihan diri seperti sabun cuci tangan, pakaian, dan perlengkapan mandi dengan jumlah yang memadai.

4) Pengetahuan dan motivasi kesehatan

Pengetahuan yang baik dapat meningkatkan dan memotivasi individu untuk melakukan personal hygiene. Kehilangan motivasi karena kurangnya pengetahuan dapat mempengaruhi akses praktik personal hygiene. Diperlukan peran seseorang untuk menentukan kesehatan dirinya dalam melakukan perawatan diri

5) Budaya

Seseorang dengan latar belakang budaya yang berbeda berpengaruh pada kemampuan perawatan personal hygiene. Keyakinan yang didasari kebudayaan/kultur sering menentukan definisi kesehatan dan perawatan diri dan terdapat beberapa budaya yang menganggap personal hygiene bukan merupakan suatu hal yang penting.

6) Kebiasaan atau pilihan pribadi

Setiap orang memiliki keinginan pribadi tentang kapan waktu mandi dan perawatan diri. Pemilihan perawatan didasarkan pada selera pribadi, kebutuhan, dan dana yang dimiliki. Pengetahuan tentang pilihan seseorang akan membantu perawatan yang terindividualisasi.

7) Kondisi fisik seseorang

Keterbatasan fisik karena menderita penyakit yang menimbulkan rasa nyeri, kelainan otot dan mudah kelelahan biasanya tidak memiliki kemampuan untuk melakukan hygiene.

f. Dampak gangguan personal hygiene

1) Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita akibat kurang terpeliharanya kebersihan diri dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi yaitu gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi mata dan telinga, serta gangguan fisik pada kuku seperti infeksi⁴.

2) Dampak psikososial

Masalah yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, kebutuhan aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial. Misalnya terdapat gangguan pada kulit, maka akan menimbulkan perasaan kurang nyaman pada individu, kurang percaya diri dalam hal mencintai dan dicintai, terbatasnya interaksi sosial maupun aktualisasi diri⁴.

B. Konsep Stroke dengan Gangguan Personal Hygiene

1. Pengertian Stroke

Stroke merupakan suatu penyakit cerebrovascular dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak dikarenakan pecahnya pembuluh darah atau karena tersumbatnya pembuluh darah⁶.

2. Jenis Stroke

a. Stroke iskemik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh gumpalan darah yang terbentuk di dalam pembuluh darah. Aterosklerosis serebral juga menyebabkan pembentukan gumpalan darah. Gumpalan darah bisa tersangkut hingga pembuluh otak dan memblokir aliran darah¹⁶.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di dalam otak. Darah akan keluar di bawah ruang arachnoid (ruang antara jaringan otak dan tengkorak) dan menekan jaringan otak. Selain itu, pembuluh darah akan menyempit setelah terjadinya perdarahan yang akan mengurangi laju aliran darah¹⁶.

3. Etiologi

Meltzer dan Bare menyatakan stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu⁶ :

a. Trombosis

Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama

trombosis, yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

b. Embolisme serebral

Emolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral

c. Iskemia

Iskemia adalah penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak

d. Hemoragik

Serebral Hemoragik serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

4. Faktor Resiko

Faktor yang dapat menimbulkan stroke dibedakan menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat diubah atau dapat dimodifikasi seperti berikut¹⁷.

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat diubah diantaranya peningkatan usia, jenis kelamin dan keturunan.

1) Umur

Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk

pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastic terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin Laki-laki memiliki faktor risiko yang lebih tinggi untuk terkena stroke dibanding perempuan, dikarenakan laki-laki lebih cenderung memiliki kebiasaan merokok dan riwayat mengkonsumsi alkohol. Namun, pada perempuan pengguna kontrasepsi oral yang mengandung kadar estrogen tinggi maka risiko terkena strokepun makin meningkat sedangkan setelah perempuan menopause mulai angka insiden terjadinya stroke hampir sama dengan laki-laki.

3) Faktor keturunan

Faktor keturunan berperan penting dalam meningkatkan resiko terjadinya stroke. Faktor keturunan yang biasanya terjadi adalah faktor penyakit degenerative seperti hipertensi, diabetes, kadar kolestrol yang tinggi, yang biasanya bisa diwariskan dalam keluarga penderita. Risiko terhadap stroke terkait dengan garis keturunan. Para ahli menyatakan adanya gen resensif yang mempengaruhinya.

b. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang dapat diubah antara lain hipertensi, diabetes mellitus, merokok, obesitas dan dislipidemia atau yang disebut kadar kolesterol yang tinggi. Faktor resiko ini bukan merupakan suatu karakteristik mutlak dari seseorang, yang

biasanya di pengaruhi oleh banyak hal, terutama perilaku. Berikut ini merupakan faktor risiko yang dapat dimodifikasi.

1) Hipertensi

Hipertensi diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi batas tekanan darah normal. Hipertensi merupakan faktor resiko yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh darah otak akan mengganggu aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak.

2) Diabetes melitus

Diabetes mellitus adalah suatu keadaan yang ditandai dengan hiperglikemia yang terjadi karena adanya gangguan ekskresi insulin atau kerja insulin ataupun keduanya, dan termasuk suatu kelompok penyakit metabolik. Pada seseorang dengan diabetes melitus, risiko terjadinya stroke meningkat dua kali lipat dibandingkan dengan orang tanpa diabetes. Hal ini terjadi karena peningkatan gula darah dapat meningkatkan risiko atherosklerosis. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menghambat aliran darah dikarenakan pada kadar gula darah tinggi terjadinya pengentalan darah sehingga menghambat aliran darah ke otak.

3) Merokok

Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal dibandingkan lebih tua. Risiko stroke akan menurun setelah berhenti

merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh kandungan nikotin di rokok dan terganggunya konsentrasi fibrinogen (faktor penggumpal darah), kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah.

4) Konsumsi alkohol

Alkohol merupakan faktor resiko untuk stroke iskemik dan kemungkinan juga terkena serangan stroke hemoragik. Minuman beralkohol dalam waktu 24 jam sebelum serangan stroke merupakan faktor resiko untuk terjadinya perdarahan subarakhnoid. Alkohol merupakan racun untuk otak dan apabila seseorang mengkonsumsi alkohol akan mengakibatkan otak akan berhenti berfungsi.

5. Patofisiologi

Penyumbatan yang terjadi pada stroke mengakibatkan aliran darah ke otak terhenti sehingga menyebabkan suplai oksigen, glukosa, dan nutrisi ke dalam sel otak juga terhenti. Apabila aliran darah menuju otak terhenti dalam waktu kurang dari satu menit, maka gejala yang terjadi bisa pulih kembali. Apabila kekurangan oksigen berlangsung selama lebih dari beberapa menit, akan terjadi nekrosis dan infark ⁶.

Iskemia serebral menyebabkan sel otak tidak mampu menghasilkan energy sehingga terjadi penurunan energi sel yang sangat berat. Apabila terus berlanjut akan mengakibatkan infark sel otak dalam kurun waktu beberapa menit yang berdampak hilangnya fungsi neurologis. Kerusakan fungsi tubuh disebabkan oleh adanya defisit neurologis yang dipersaraf oleh sel otak yang mengalami

infark. Semakin luas area infark, maka semakin berat defisit neurologis yang dialami oleh pasien stroke ⁶.

Gangguan yang timbul berupa lumpuh sebelah (hemiplegia), berkurangnya kekuatan sebelah anggota tubuh (hemiparesis), gangguan bicara, gangguan rasa (sensasi) di kulit sebelah wajah, lengan atau tungkai, akibat lanjut pasien mengalami gangguan kebersihan diri ⁵.

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke dapat bervariasi tergantung pada bagian otak yang terpengaruh dan sejauh mana kerusakan terjadi. Berikut ini adalah beberapa manifestasi klinis yang umum terjadi pada pasien stroke ¹⁸:

- a. Hemiplegia atau Hemiparesis: Hemiplegia adalah kelumpuhan total di satu sisi tubuh (lengan dan kaki), sedangkan hemiparesis adalah kelemahan di satu sisi tubuh.
- b. Gangguan bicara: Stroke dapat menyebabkan afasia, yaitu kesulitan dalam berbicara atau memahami bahasa. Pasien mungkin mengalami kesulitan menemukan kata-kata yang tepat atau membentuk kalimat yang kompleks .
- c. Gangguan sensorik: Beberapa pasien mengalami kehilangan sensasi atau perubahan sensasi (misalnya, kesemutan atau mati rasa) di sisi tubuh yang terpengaruh .
- d. Kesulitan mengkoordinasikan gerakan: Pengaruh stroke juga dapat mengganggu koordinasi yang membuat aktivitas sehari-hari menjadi sulit, seperti berjalan, mengangkat objek, atau bahkan menulis .

- e. Penglihatan terganggu: Stroke dapat mempengaruhi penglihatan, menyebabkan pandangan kabur, kehilangan bidang visual, atau bahkan kebutaan pada satu mata .
- f. Ketidakseimbangan dan masalah berjalan: Pasien stroke sering mengalami masalah dalam menjaga keseimbangan dan berjalan, yang bisa menyebabkan jatuh .
- g. Perubahan pada kognisi dan perilaku: Stroke dapat menyebabkan masalah kognitif, termasuk kesulitan dengan pemecahan masalah, ingatan, dan perubahan dalam perilaku atau suasana hati .
- h. Kesulitan menelan (Disfagia)

7. Penatalaksanaan Stroke

- a. Perawatan umum
 - 1) Demam dapat menyebabkan ekserbasi cedera otak iskemik dan harus segera diobati dengan antipiretik
 - 2) Pemberian nutrisi pasien stroke memiliki risiko tinggi untuk aspirasi
 - 3) Tiring baring total pada fase akut
 - 4) Mencegah infeksi dengan menjaga kebersihan diri(mandi dan ganti pakaian)
 - 5) Mengatur nutrisi dan cairan melalui infuse
 - 6) Diet, puasa jika reflek menelan berkurang atau rendah sodium atau lemak
 - 7) Mempertahankan kelancaran jalan napas dan pemberian oksigen ¹⁹
- b. Terapi Obat

Untuk pasien dengan gangguan neurologic, medikasi atau terapi obat. Contoh :

- 1) Trombolitik, digunakan untuk mengobati pasien dengan stroke iskemik akut

2) Antikonvulsan digunakan untuk mengontrol demam

3) Kortikosteroid, digunakan untuk mengurangi inflamasi

Jenis obat yang digunakan untuk mengobati pasien dengan gangguan neurologik mencakup : analgetik, antikonvulsan, antikoagulan, dan antitrombosit, barbiturate, benzodiazepine, penghambat kanal kalsium, kortikosteroid, diuretic dan trombolitik²⁰.

8. Pelaksanaan Dukungan Perawatan Diri: Mandi dengan pendekatan 5W1H

a. What (Apa)

Pengertian dukungan perawatan diri: mandi merupakan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan membersihkan tubuh dengan air¹⁵.

b. Who (Siapa)

Dukungan perawatan diri: mandi dilakukan oleh :

1) perawat atau tenaga medis terlatih di rumah sakit

2) Keluarga atau pengasuh yang telah mendapatkan pelatihan(jika dilakukan di rumah)

c. When (Kapan)

Memandikan pasien dilakukan sekali sehari dan dilakukan secara teratur²¹

d. Where (Di Mana)

Dilakukan di tempat tidur pasien dengan memperhatikan privasi pasien.

e. Why (Mengapa)

Menurut Alimansur and Irawan (2020) tujuan memandikan pasien stroke yaitu :

1) Menjaga kebersihan tubuh

- 2) Menghilangkan bau badan
 - 3) Mengurangi resiko infeksi
 - 4) Menjaga sirkulasi darah dan kesehatan kulit
 - 5) Menambah kenyamanan pasien
- f. How (Bagaimana)

Tabel 2.2 SPO Memandikan Pasien

| | |
|---------------------|---|
| Tahap Pra Interaksi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek data (catatan medis/keperawatan) pasien. 2. Persiapan alat dan bahan : <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Handuk mandi 2 buah c. Selimut mandi d. Sabun mandi e. Waskom 2 buah berisi air hangat (43-46°C) f. Pakaian bersih g. Linen tambahan, jika perlu h. Lotion, jika perlu |
| Orientasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien |
| Fase Kerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah <ol style="list-style-type: none"> a. Basahi tangan dengan hand rup b. Gosok kedua telapak tangan c. Gosok punggung tangan secara bergantian d. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari e. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian f. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci g. Letakkan ujung jari ditelapak tangan kemudian gosok perlahan secara bergantian 2. Pasang sarung tangan bersih 3. Jaga privasi pasien 4. Buka pakaian pasien dan perhatikan adanya luka, selang infus atau alat-alat kesehatan lainnya 5. Tutup bagian tubuh yang terbuka dengan selimut mandi 6. Bersihkan area kepala/wajah: <ol style="list-style-type: none"> a. Letakkan handuk di dada b. Bersihkan mata, lalu keringkan |

| | |
|-----------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> c. Bersihkan wajah dan telinga, lalu keringkan 7. Bersihkan area lengan: <ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan handuk memanjang di bawah lengan b. Bersihkan lengan terjauh terlebih dahulu c. Bersihkan tangan sampai ketiak dengan usapan memanjang dari ujung jari ke pangkal ketiak, lalu keringkan 8. Letakkan handuk di atas dada dan abdomen 9. Bersihkan area dada: <ul style="list-style-type: none"> a. Lipat handuk area dada ke arah pusar b. Bersihkan dada dengan usapan memanjang lalu keringkan 10. Bersihkan area abdomen: <ul style="list-style-type: none"> a. Lipat handuk area abdomen ke arah dada b. Bersihkan abdomen dengan usapan, lalu keringkan 11. Bersihkan area punggung: <ul style="list-style-type: none"> a. Tutup badan pasien dengan selimut mandi b. Atur posisi pasien miring c. Letakkan handuk di sepanjang punggung dan bokong d. Bersihkan punggung dengan usapan memanjang dari area leher hingga ke bokong, lalu keringkan e. Lakukan pemijatan pada punggung dan berikan lotion, jika perlu 12. Bersihkan area kaki: <ul style="list-style-type: none"> a. Tutup kaki dengan selimut mandi b. Bersihkan kaki terjauh terlebih dahulu c. Buka selimut pada kaki yang akan dibersihkan, lalu pasang handuk memanjang di bawahnya d. Bersihkan kaki dengan usapan memanjang dari distal ke proksimal, lalu keringkan 13. Bersihkan area genitalia: <ul style="list-style-type: none"> a. Tawarkan apakah akan membersihkan secara mandiri atau difasilitasi perawat b. Letakkan handuk pada area bokong c. Bersihkan area genitalia, lalu keringkan 14. pasang pakaian bawah 15. Rapihan pasien dan alat-alat yang digunakan 16. Lepaskan sarung tangan 17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah |
| terminasi | <ul style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan sarung tangan 2. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 3. Kontrak waktu selanjutnya 4. Dokumentasikan tindakan keperawatan |

Sumber : Tim pokja pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021)

9. Hubungan Stroke dan Personal Hygiene

Stroke mampu mengakibatkan kelumpuhan yang terjadi pada sebagian atau keseluruhan ekstremitas sehingga mengakibatkan penurunan kemampuan individu untuk melakukan aktivitas secara mandiri dan meningkatnya ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya salah satunya perawatan diri berupa *personal hygiene*²².

Personal hygiene sangat dipengaruhi oleh nilai individu dan kebiasaan, sehingga personal hygiene merupakan hal penting dan harus diperhatikan karena personal hygiene akan mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang, selain itu pemeliharaan personal hygiene diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan²³.

Pada umumnya yang terjadi di masyarakat, pasien stroke tidak mendapat perhatian yang serius terutama dari orang terdekat yaitu keluarga pasien. Keluarga hanya mementingkan kesembuhan pasien dengan obat ataupun terapi tanpa memenuhi kebutuhan dasar manusia khususnya kebutuhan pemenuhan personal hygiene, karena keluarga pasien menganggap bahwa masalah kebersihan adalah masalah yang sepele, padahal jika dibiarkan akan dapat mempengaruhi kesehatan secara umum²².

Peran perawat selama ini adalah memenuhi kebutuhan fisik pasien secara menyeluruh, namun prinsip memandikan pasien dan keluarga dapat dilakukan dengan memberikan edukasi terhadap pasien dan keluarga tentang pentingnya menjaga kebersihan diri saat perawatan di rumah.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene pada Pasien Stroke

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian keperawatan: identitas pasien yang meliputi nama, tempat/tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, alamat. Identitas penanggung jawab meliputi nama, alamat, hubungan dengan pasien.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien stroke merupakan gangguan motorik kelemahan meliputi anggota gerak setelah badan, bicara pelo, serta tidak berkomunikasi, nyeri kepala, kejang, gangguan sensorik, dan gangguan kesadaran

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang mungkin didapat pada pasien stroke iskemik dengan gangguan personal hygiene biasanya keluhan yang dirasakan tubuh yang mendadak lumpuh saat beraktivitas, mual muntah, rambut berbau, bibir tampak kotor, kulit kering, dermatitis, mulut bau, badan kotor dan hidung kotor.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada pasien stroke biasanya terdapat riwayat hipertensi, riwayat stroke, Diabetes Melitus, riwayat trauma kepala, anemia, penyakit jantung, kontrasepsi oral yang lama.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat yang terdapat pada keluarga biasanya terdapat anggota keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau terdapat riwayat stroke dari generasi terlebih dahulu.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- Tingkat kesadaran : biasanya keadaan tampak lemah, mengalami penurunan kesadaran.
- Tekanan darah : biasanya tekanan darah tinggi
- Nadi : biasanya pasien mengalami takikardi
- Pernapasan : biasanya pasien mengalami kenaikan suhu ringan pada malam hari
- 2) Kepala
- Inspeksi : biasanya bentuk kepala simetris
- Palpasi : biasanya tidak ada benjolan atau lesi di kepala
- 3) Mata
- Inspeksi : biasanya mata tampak simetris, terdapat lingkaran hitam pada sekitar mata, mata tampak kemerahan dan gatal, terdapat sekret
- Palpasi : biasanya konjungtiva anemis, sclera mata tidak ikterik
- 4) Hidung
- Inspeksi : biasanya ditemukan perdarahan hidung, tidak ada pernapasan cuping hidung, tampak serumen, hidung tampak kotor
- Palpasi : biasanya ada tanda alergi
- 5) Telinga

- Inspeksi : biasanya telinga kotor, lesi dan simetris, gangguan pendengaran
- Palpasi : biasanya ditemukan nyeri tekan
- 6) Mulut
- Inspeksi : biasanya mulut tampak pucat dan kering, radang gusi dan pecah-pecah, karang gigi, karies gigi, gigi tidak lengkap
- 7) Leher
- Inspeksi : biasanya leher tampak normal dan simetris
- Palpasi : biasanya tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.
- 8) Abdomen
- Inspeksi : biasanya abdomen tampak kotor, simetris, kulit kering dan keriput, terdapat lesi dan pembesaran.
- 9) Kulit
- Biasanya tekstur, kelembaban, serta kebersihannya kurang, adanya perubahan warna kulit
- 10) Kuku tangan dan kaki
- Biasanya bentuk dan kebersihan kuku kotor, terdapat luka
- 11) Genitalia
- Biasanya bentuk dan kebersihan rambut pubis

12) Ekstremitas

Biasanya CRT > 2 detik, akral teraba dingin, tampak pucat, kulit tampak kering dan kotor

d. Pola Aktivitas Sehari-hari (Activity Daily Living)

1) Aktivitas / Istirahat

Pasien dengan stroke biasanya sulit melakukan aktivitas

Gejala : sulit beraktivitas maupun istirahat, penglihatan menurun, penurunan kesadaran.

Tanda : kelemahan umum, gangguan penglihatan dan kesadaran, kesulitan menjaga kebersihan diri karena keterbatasan dalam beraktivitas

2) Eliminasi

Pasien dengan stroke biasanya mengalami perubahan dalam eliminasi BAK maupun BAB

Gejala : perubahan pola eliminasi, tidak mampu membersihkan BAB/BAK karena kelemahan, distensi abdomen

3) Kebutuhan makan / minum

Pasien dengan stroke biasanya mengalami kesulitan dalam makan dan minum.

Gejala : mual muntah, nafsu makan menurun / hilang, adanya riwayat DM, biasanya makan dan minum berantakan.

4) Kenyamanan

Pasien dengan stroke biasanya merasakan ketidaknyamanan karena kurangnya personal hygiene.

Tanda dan gejala : gelisah dan sakit kepala

Pernapasan : Pasien dengan stroke biasanya kesulitan dalam bernapas

Gejala : hambatan jalan napas, sulit bernapas, terdengar ronchi, sulit menelan

5) Status mental dan sosial

a) Keamanan

Pasien dengan stroke rentan terhadap keamanan

Tanda : gangguan penglihatan, kesulitan mengenali objek

b) Interaksi social

Pasien dengan stroke akan mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan sosial

Tanda : masalah bicara, ketidakberdayaan, kesulitan dalam berkomunikasi

c) Integritas ego

Pasien dengan stroke biasanya merasakan perubahan emosional
Gejala : adanya perasaan tidak berdaya, putus asa, kurang percaya diri dengan citra tubuh

Tanda : emosi labil, kesulitan mengekspresikan diri

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan SDKI (2017), masalah keperawatan yang difokuskan pada penelitian gangguan pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke yaitu

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuro muskuler dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien²⁵. Berikut merupakan intervensi yang diberikan:

Tabel 2.3. Tabel Intervensi Keperawatan

| NO | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | |
|----|---|--|--|
| | | Tujuan SLKI, (2018) | Intervensi SIKI, (2018) |
| 1. | Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler Subjektif: -Menolak melakukan perawatan diri Objektif: -tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan /ke toilet/berhias secara mandiri -minat melakukan perawatan diri kurang | Setelah dilakukan intervensi Keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: a. Kemampuan mandi meningkat b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat c. Kemampuan makan meningkat d. Kemampuan toilet (BAB/BAK) meningkat e. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat f. Minat melakukan perawatan diri meningkat | 1. Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) Observasi a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan c. Monitor kebersihan tubuh (misal: rambut, mulut, kulit, kuku) d. Monitor integritas kulit Terapeutik a. Sediakan peralatan mandi (misal: sabun, sikati gigi, <i>shampoo</i> , pelembab kulit) b. Fasilitasi lingkungan yang aman dan nyaman |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | g. Mempertahankan kebersihan diri meningkat h. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat | c. fasilitasi menggosok gigi, <i>sesuai kebutuhan</i> d. Fasilitasi mandi, <i>sesuai kebutuhan</i> e. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri f. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan. b. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu |
|--|--|---|---|

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya²⁵. Peran perawat pada tahap ini bertindak sebagai pendidik dan mengajari pasien bagaimana mempelajari cara baru untuk mencapai kebersihan

Setelah mengalami penyakit atau trauma serta menjelaskan bagaimana aspek mempertahankan kebersihan menjadi penting untuk kesehatan pasien secara keseluruhan. Misalnya, pasien mungkin tidak menyadari hubungan antara ketidaksesuaian gigi palsu atau gigi palsu yang patah, status nutrisi yang buruk dengan kelambatan penyembuhan penyakit.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan

dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. komponen dari evaluasi yang digunakan untuk mempermudah perawat dalam mengevaluasi adalah SOAP²⁵.

S: subjektif meliputi data dari wawancara

O: objektif meliputi data dari pemeriksaan langsung,

A: assesment merupakan pemberitahuan asalah sudah terselesaikan atau belum

P: planning yaitu rencana tindak lanjut untuk tindakan selanjutnya.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian. Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan terhadap variabel mandiri tanpa adanya perbandingan atau keterhubungan dengan variabel lain. Variabel yang menjadi objek penelitian bersifat mandiri, dan tujuan utama penelitian ini adalah menggambarkan dengan tepat sifat-sifat suatu individu, keadaan, gejala, atau kelompok tertentu²⁸. Studi kasus ialah suatu serangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, atau organisasi untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang peristiwa tersebut²⁹. Penelitian ini mendeskripsikan atau menggambarkan tentang asuhan keperawatan dengan gangguan personal hygiene pada pasien stroke di ruang neurologi RSUP Dr. M.Djamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di ruang rawat inap Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dimulai dari bulan Desember 2024 sampai dengan Mei 2025. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 17 Februari-21Februari 2025.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi ialah keseluruhan objek penelitian, dapat berupa orang atau wilayah²⁹. Populasi penelitian ini adalah semua pasien dengan

penyakit stroke yang mengalami gangguan personal hygiene RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025. populasi yang ditemukan pada tanggal 17 Februari 2025 saat dilakukan penelitian ada sebanyak 7 orang.

2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah pasien dengan penyakit stroke yang mengalami gangguan personal hygiene di ruang neurologi RSUP Dr. Mdjamil Padang tahun 2025. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini yaitu simple random sampling, dilakukan seperti undian, dengan menulis nama ketujuh pasien lalu dimasukkan kedalam satu kotak dan dipilih secara acak, nama pasien yang terpilih dijadikan sampel dan lama penelitian.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dan keluarga setuju dalam penelitian
- 2) Pasien yang kooperatif
- 3) Pasien stroke dengan gangguan personal hygiene

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien dengan keadaan umum tidak stabil atau peningkatan TIK.
- 2) Pasien pulang atau meninggal

D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu format proses keperawatan mulai dari format

pengkajian keperawatan dasar, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi keperawatan. Proses pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara dan mempelajari dokumen tertulis rekam medis. Untuk memperoleh kelengkapan data awal pasien maka digunakan alat tensi meter, alat ukur TB dan BB, stetoskop dan stopwatch.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan informasi secara langsung dari pasien atau keluarganya. Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara terhadap pasien dan keluarga untuk mengumpulkan data berupa identitas pasien dan penanggungjawab, riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga), kebiasaan hidup sehari-hari, kemampuan melakukan perawatan diri yang mempengaruhi terjadinya masalah defisit perawatan diri pada pasien stroke.

2. Observasi

Penelitian ini peneliti melakukan observasi kepada pasien dengan stroke diantaranya keadaan umum, kemampuan toileting, mandi dan berhias.

3. Pengukuran

Pengukuran yaitu melakukan pemantauan kondisi pasien melalui pengukuran dengan alat ukur. Pengukuran yang peneliti lakukan yaitu mengukur tanda-tanda vital.

4. Studi Dokumentasi

Dokumentasi yang digunakan berupa format asuhan keperawatan, yang terdiri dari pengkajian keperawatan, analisa data keperawatan,

diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta dokumentasi keperawatan. Selain itu, juga digunakan dokumen dari rumah sakit yang menunjang penelitian yaitu data hasil laboratorium.

F. Prosedur Pengambilan Data

1. Administrasi

- a. Peneliti meminta surat izin penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Peneliti meminta surat izin penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Peneliti meminta surat ethical clearance ke Diklat RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Meminta izin dari Kepala Ruang IRNA Non Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Meminta izin ke Kepala Ruangan Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Peneliti melakukan pemilihan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.
- g. Menemui responden dan keluarga, menjelaskan tujuan penelitian, dan meminta persetujuan dari pasien dan keluarga untuk dijadikan responden dalam penelitian.
- h. Keluarga menyatakan setuju untuk menjadi responden penelitian.
- i. Peneliti memberikan pasien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.
- j. Keluarga pasien menandatangani informed consent.

- k. Peneliti dan keluarga melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya.

2. Proses asuhan keperawatan

- a. Peneliti melakukan pengkajian kepada responden dan keluarga dengan menggunakan metode wawancara, pemeriksaan fisik.
- b. Peneliti menentukan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien.
- c. Peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien.
- d. Peneliti melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.
- e. Peneliti mengevaluasi hasil dari tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sesuai dengan format SOAP.

G. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer dalam pengkajian merupakan data yang dikumpulkan langsung dari klien dan keluarga setelah dilakukannya pengkajian meliputi identitas klien dan penanggung jawab, riwayat kesehatan mulai dari keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, serta pola aktifitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung, artinya data tersebut sudah tersedia dikumpulkan orang lain, peneliti tinggal menggunakannya. Bisaanya berupa dokumentasi dan arsip-arsip resmi yang ada di kantor atau institusi tersebut³⁰. Data

sekunder dalam penelitian ini adalah berupa data yang diperoleh dari dokumen atau medical record pasien dari RSUP DR Mdjamil Padang..

H. Analisis

Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data objektif dan subjektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan teori dan penelitian terdahulu.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

Asuhan keperawatan gangguan personal hygiene pada pasien stroke dilakukan di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 17 Februari 2025 sampai 21 Februari 2025 jam 07.15 WIB s/d selesai. Partisipan bernama Tn. M berumur 51 tahun dan diperoleh data sebagai berikut.

1. pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap Neurologi pada tanggal 17 Februari 2025, dilakukan dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi yang meliputi pengkajian riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pengkajian pola kesehatan, dan pengkajian psikososial-spiritual. Pengkajian yang dilakukan ditunjang dengan pemeriksaan diagnostik dan pemeriksaan labor serta terapi pengobatan yang diberikan dokter.

Hasil pengkajian pada responden didapatkan data sebagai berikut, Tn. M laki-laki berusia 51 tahun. Lahir di Padang, 9 Februari 1974, beragama islam. Responden tamatan SMA yang bekerja sebagai pengantar jemput pakaian laundry. Tn. M telah menikah dan memiliki 4 orang anak, tinggal di Air Pacah, Padang. Selama dirawat, yang bertanggung jawab pada klien adalah anak klien, yang berprofesi sebagai Pegawai Swasta.

a. Keluhan utama

Tn. M merupakan pasien rujukan dari RSUD Dr. Rasidin Padang dan masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang dibawa oleh keluarga melalui IGD pada hari Minggu, 15 Februari 2025 pukul

2:40 WIB, dengan keluhan sebelumnya terjadi tiba-tiba saat pasien sedang duduk dirumah, bicara pelo dan tidak jelas, mengalami kelumpuhan pada esktremitas atas dan bawah sebelah kanan

b. Keluhan saat ini

Pada saat pengkajian tanggal 17 Februari 2025, pukul 09:00 WIB, pasien hari rawatan kedua, keluhan yang dirasakan oleh Tn. M yaitu bicara tidak jelas, tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan, Kulit tampak kering. Rambut tampak kusam. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Terpasang NaCl 0,9% di tangan sebelah kanan. Tekanan darah 139/89 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,6°C, dengan GCS E₄M₅V₅ dan kekuatan otot.

| | |
|------|------|
| 0000 | 5555 |
| 0000 | 5555 |

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit stroke sebelumnya. pasien mengatakan memiliki riwayat Hipertensi sejak lebih kurang 5 tahun yang lalu dan tidak terkontrol dan pasien memiliki kebiasaan tidak sehat seperti jarang berolahraga dan suka makanan yang bersantan, jeroan dan gorengan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami stroke, dan tidak ada yang mengalami riwayat penyakit jantung, diabetes mellitus dan penyakit lainnya. Tetapi di keluarga pasien memiliki riwayat Hipertensi yaitu ayah dari pasien.

e. Kebutuhan dasar

Pola asupan nutrisi dan cairan pasien, keluarga mengatakan, saat masih sehat klien makan tiga kali sehari dengan nasi dan lauk pauk, klien makan buah dan sayur sesekali, pasien juga sering mengonsumsi makanan bersantan, gorengan dan jeroan. Klien minum air putih 6-8 gelas sehari (± 1.800 cc/hari). selama dirawat, klien makan tiga kali sehari dengan diet tinggi protein dan rendah garam, porsi yang diberikan tidak habis, tersisa setengah porsi. klien minum 1 botol air mineral ukuran besar (± 1.750 cc/hari).

Pola istirahat dan tidur klien saat sehat, klien bekerja dari pagi hingga sore. Pada malam hari, klien tidur 6-8 jam dengan nyenyak. Selama dirawat, klien lebih banyak beristirahat dan berbaring di tempat tidur. Klien mengatakan tidur lebih kurang 5 jam pada malam hari dan klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak.

Pada pola eliminasi, saat sehat klien BAB 1-2 kali sehari dengan warna feses coklat dan konsistensi padat. BAK lancar 4-6 kali sehari, warna kekuningan. Saat sakit, klien BAB 1 kali dengan konsistensi lembek. Klien BAK menggunakan kateter sehari lebih kurang sehari 2400 cc.

Pola aktivitas klien saat sehat, klien bekerja sebagai antar jemput pakaian laundry. Untuk aktivitas sehari-hari klien bisa melakukan secara mandiri. Namun, selama dirawat di rumah sakit, klien hanya bisa berbaring di tempat tidur.

Aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga dan perawat. Untuk pola personal hygiene, saat sehat klien mampu menjaga kebersihan diri secara mandiri. Dan saat sakit, klien belum dimandikan dan belum dilakukan personal hygiene atau dibantu

dalam kebersihan diri. Klien tampak kusut dan kusam, serta tampak tidak bersih. (17 Februari 2025).

f. Pemeriksaan fisik

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik, ditemukan keadaan umum tampak lemah, tingkat kesadaran Compos Mentis dengan GCS 14, pengukuran tekanan darah 139/89 mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,6°C, tinggi badan 165 cm, berat badan 60 kg.

Pemeriksaan kepala dan leher, diperoleh: kepala tampak bersih, rambut klien sudah ditumbuhi uban, kusam dan berketombe. Pada mata klien, mata tampak masih ada kotoran yang melekat pada sela-sela pinggir mata. Pada telinga tampak simetris, terdapat serumen. Hidung tampak simetris kiri dan kanan, tampak bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada edema. Pada mulut, terdapat gigi berlubang dan warna hitam pada geraham kanan, dan lidah tampak putih. Pada bagian leher, leher berdaki, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada gangguan saat menelan.

Pemeriksaan toraks, saat inspeksi, dada tampak simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada lesi. Saat dipalpasi, fremitus kiri dan kanan sama. Saat diperkusi terdengar sonor. Saat auskultasi bunyi napas vesikuler.

Abdomen, saat inspeksi abdomen terlihat datar, simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada lesi atau striae. Auskultasi terdengar bising usus 12 x/menit. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati atau limfa. Saat perkusi terdengar tympani.

Pemeriksaan kulit, kulit tampak kering dan berdaki dibeberapa sela lipatan kuit. Warna kulit terlihat belang pada tangan dan kaki, tidak ada lesi.

Ekstremitas atas, di tangan kanan terpasang infus NaCl 0,9%, kulit kering dan akril teraba hangat, kuku bersih, CRT <3 detik, turgor kembali cepat dan lemah . Pada tangan kiri CRT <3 detik, akril teraba hangat, kulit kering, turgor kembali cepat, fungsi motorik baik. Pada ekstremitas bagian bawah, kaki kanan CRT < 3 detik, akril teraba dingin, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat, dan lemah. Kaki kiri CRT < 3 detik, akril teraba dingin, kulit kering dan kusam, turgor kulit baik dan fungsi motorik baik. Kekuatan otot

| | |
|------|------|
| 0000 | 5555 |
| 0000 | 5555 |

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17 Februari 2025, menunjukkan kadar natrium tinggi, yaitu 146 mmol/L (normalnya 136-145 mmol/L), klorida yang tinggi 113 mmol/L (normanya 97-111 mmol/L), kadar leukosit tinggi $13.87 \times 10^3 \text{ mm}^3$ (normalnya $5.0-10.0 \times 10^3 \text{ mm}^3$), gula darah sewaktu yang tinggi 223mg/dl (normalnya 50-200 mg/dl).

h. Terapi Obat

Mendapatkan terapi obat, IVFD Nacl 0,9%, manitol 4x200cc, omeprazol 2x40 mg, atorvastatin 1x40 mg, lactulac syr 3x10cc, ampicilin sulbactan 4x1,5 gr, aspilet 1x80 mg, levonox 1x0,4cc.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan, masalah diagnosa keperawatan utama yaitu Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler. Dibuktikan dengan data subjektif klien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga, data objektif yaitu rambut kusam, lidah tampak putih, leher dan lipatan lengan berdaki, aktivitas mandi dilakukan ditempat tidur dibantu oleh perawat atau keluarga.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien mengacu pada SLKI dan SIKI.

Diagnosa keperawatan Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler, dengan luaran perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil kemampuan mandi meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.

Rencana tindakan yang akan dilakukan yang sesuai dengan SIKI yaitu pada intervensi dukungan perawatan diri : mandi yaitu memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri, dilakukan perawat atau keluarga pasien, dilakukan ditempat tidur pasien dengan memperhatikan privasi pasien, dilakukan sekali sehari selama lima hari pada pagi hari. Tujuan menjaga kebersihan tubuh, bau badan, resiko infeksi, menjaga kesehatan kulit dan menambah kenyamanan pasien. Meliputi; **Observasi** : identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri, identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, monitor kebersihan tubuh, monitor integritas kulit. **Terapeutik** : sediakan peralatan mandi, sediakan lingkungan yang aman dan nyaman, fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan, pertahankan kebiasaan kebersihan

diri, berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian. **Edukasi** : jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan, ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam tahap rencana keperawatan. Setelah menetapkan intervensi yang akan diberikan kepada pasien, selanjutnya akan dilakukan tahapan implementasi keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Implementasi keperawatan bertujuan melakukan tindakan sesuai dengan intervensi agar kriteria hasil tercapai. Tindakan keperawatan dilakukan satu kali pada pagi hari dalam 5 hari rawatan pada pasien dimulai pada tanggal 17 sampai 21 Februari 2025.

Implementasi pada hari Senin, 17 Februari 2025. dengan mengajarkan keluarga cara memandikan pasien, memandikan pasien dengan suhu yang sesuai dengan keadaan pasien, mencuci rambut, menilai kebersihan mulut pasien dengan cara melihat kelembapan bibir, kebersihan gigi dan lidah pasien, melakukan oral hygiene, menilai kebersihan tubuh pasien setelah mandi.

Implementasi hari Selasa, 18 Februari 2025. mengajarkan dan mendampingi keluarga cara memandikan pasien, memandikan pasien di tempat tidur dengan suhu air yang sesuai untuk klien, mencuci rambut, memonitor keadaan kulit setelah mandi. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembapan bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien dan melakukan oral hygiene.

Implementasi hari ketiga, Rabu 19 Februari 2025, melibatkan dan mendampingi keluarga dalam memandikan pasien ditempat tidur, mencuci rambut, mandikan dengan suhu air yang sesuai untuk pasien, monitor kebersihan tubuh pasien. Menilai kebersihan mulut klien

dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien, melakukan oral hygiene.

Implementasi pertemuan keempat, Kamis 20 Februari 2025. Melibatkan dan mendampingi keluarga memandikan pasien ditempat tidur dengan air hangat sesuai untuk pasien, mencuci rambut, menilai kebersihan mulut pasien dengan menilai kelembapan bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah, dan melakukan oral hygiene, dan memonitor kebersihan tubuh pasien.

Pertemuan kelima, Jum'at 21 februari 2025. Melibatkan dan mendampingi keluarga memandikan pasien ditempat tidur dengan air sesuai untuk pasien, mencuci rambut, menilai kebersihan mulut pasien dengan menilai kelembapan bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah, dan melakukan oral hygiene, dan memonitor kebersihan tubuh pasien.

5. Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan, maka selanjutnya dilakukan evaluasi untuk memonitor tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang sudah diberikan sesuai dengan kriteria hasil yang harus dicapai. Metode evaluasi yang digunakan yaitu menggunakan SOAP, dengan hasil yang didapat pada hari ke-5 pada hari Jum'at 21 Februari 2025, kemampuan mandi dan oral hygiene meningkat dengan intervensi dipertahankan.

Evaluasi pada hari Senin 17 Februari 2025. **S** : pasien belum bisa mandi secara mandiri, pasien belum bisa melakukan oral hygiene sendiri. **O** : kulit pasien masih tampak kering, ketombe tampak berkurang, keputihan pada lidah tampak berkurang, gigi tampak bersih, kuku bersih. **A** : masalah defisit perawatan diri : personal hygiene belum teratasi karena pasien masih belum bisa mandi sendiri dan belum bisa melakukan oral hygiene sendiri. **P** : Intervensi dilanjutkan

dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan, dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi.

Evaluasi hari Selasa 18 Februari 2025. **S** : pasien belum bisa mandi secara mandiri, pasien tidak susah menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri, pasien belum bisa melakukan oral hygiene. **O** : rambut bersih, keputihan pada lidah berkurang, gigi bersih, kuku pendek dan bersih. **A**: masalah defisit perawatan diri : personal hygiene belum teratasi karena pasien masih belum bisa mandi sendiri secara mandiri dan belum bisa melakukan oral hygiene sendiri. **P** : intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan, dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi.

Evaluasi hari Rabu 19 Februari 2025. **S** : pasien belum bisa melakukan mandi secara mandiri, pasien mulai sedikit bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri, pasien mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene. **O** : rambut sudah bersih, keputihan pada lidah berkurang, gigi bersih, kulit pasien tampak lembab, kuku pendek dan bersih. **A** : Masalah defisit perawatan diri : personal hygiene belum teratasi karena pasien masih belum bisa mandi secara mandiri dan mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri. **P** : intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi.

Evaluasi pada hari Kamis 20 Februari 2025. **S** : pasien tidak bisa mandi secara mandiri, pasien mulai sedikit bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri, pasien mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri. **O** : tidak ada ketombe, tidak ada keputihan pada lidah, gigi tampak bersih, kuku bersih, kulit lembab. **A** : Masalah defisit perawatan diri : personal hygiene belum teratasi

karena pasien masih belum terlalu bisa mandi sendiri secara mandiri dan mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri. **P** : Intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi.

Evaluasi hari Jum'at 21 Februari 2025. **S** : pasien sudah bisa mandi secara mandiri, pasien sudah bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri, pasien mulai melakukan oral hygiene sendiri. **O** : rambut terlihat bersih, tidak ada keputihan pada lidah, gigi bersih, kulit tampak lembab, kuku bersih. **A** : Masalah defisit perawatan diri : personal hygiene teratasi sebagian karena pasien sudah mulai bisa mandi sendiri secara mandiri dan bisa melakukan oral hygiene sendiri. **P** : Intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan, serta mengajarkan keluarga pasien cara memandikan pasien ditempat tidur dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi.

B. Pembahasan Kasus

Pembahasan kasus peneliti membandingkan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan gangguan personal hygiene pada Tn. M dengan penyakit stroke iskemik yang telah dilakukan sejak tanggal 17 Februari sampai 21 Februari 2025 di Ruang Rawat Neurologi RSUP Dr Mdjamil Padang. Setelah melakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian Tn. M berumur 51 tahun, memiliki keluhan kelumpuhan anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan, dan bicara

pelo dan kurang jelas. Pasien memiliki riwayat hipertensi lebih kurang sejak 5 tahun yang lalu.

Hasil ini sesuai dengan teori Rizaldy (2019) dalam bukunya yang berjudul “Awat Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan” menyebutkan bahwa faktor resiko tidak dapat diubah yang dapat menimbulkan stroke yaitu umur. Peningkatan frekuensi stroke terjadi seiring dengan pertambahan umur berhubungan dengan proses penuaan, Jenis kelamin laki-laki memiliki resiko yang lebih tinggi untuk terkena stroke dibandingkan perempuan. Hipertensi merupakan faktor resiko yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Beberapa tanda gejala yang terjadi pada penderita stroke yaitu kelumpuhan atau kelemahan di satu sisi tubuh dan gangguan berbicara.

Analisa peneliti adanya kesamaan antara teori dengan kejadian yang dialami Tn. M. Faktor resiko dan manifestasi klinis yang dialami Tn. M juga terdapat didalam teori.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aulyra et al. (2022) di RS Ibnu Sina Makassar. Didapatkan mayoritas pasien stroke berjenis kelamin laki-laki, berusia diatas 50 tahun, dan mengalami hipertensi. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratama et al. (2024) di ruang Yulistira Dr. Sitinjala Tangerang menyebutkan pasien stroke yang ditemukan mengeluh anggota gerak atas dan bawah tidak bisa digerakkan, wajah tampak mencong, bicara pelo dan melambat.

Analisa peneliti hasil dari pengkajian peneliti terdapat kesamaan dengan hasil penelitian Aulyra, seperti pasien peneliti berumur 51 tahun, berjenis kelamin laki-laki, mengalami hipertensi. Manifestasi klinis yang dialami Tn. M juga terdapat dalam penelitian pratama.

Pemeriksaan fisik yang peneliti temukan pada pasien adalah kulit tampak kering, rambut kusam, berdaki di beberapa sela lipatan tubuh. Lalu pada data kebutuhan dasar mandi, ditemukan bahwa selama dirawat di rumah sakit, kebutuhan mandi pasien dibantu oleh keluarga.

Hal ini sesuai dengan teori Tarwoto and Wartonah (2023) dalam buku berjudul “Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan” mengatakan Pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri. Hal ini dapat terjadi karena keterbatasan kemampuan pasien, kurang adaptasi, dan perubahan pola hidup.

Analisis peneliti terdapat kesamaan antara teori dengan hasil peneliti, dimana pasien yang mengalami keterbatasan kemampuan dalam melakukan kebutuhan kebersihan diri, sehingga memerlukan perhatian perawat dalam memelihara personal hygiene karena terbatasnya kemampuan untuk memenuhi kebutuhan kebersihan diri.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Pratama et al. (2024) di ruang Yudistira Dr. Sitanala Tangerang. Pasien Mengeluh lemas tangan dan kaki kiri sejak kemarin pagi dengan disertai pusing, wajah tampak mencong, bicara pelo dan melambat dan pasien terlihat kotor dan kurang perawatan diri, sehingga pasien untuk melakukan personal hygiene dibantu.

Analisis peneliti bahwa tidak ada perbedaan antara pengkajian peneliti dengan teori dan jurnal, pasien yang mengalami gangguan kemampuan perawatan diri (personal hygiene) akibat stroke. Keterbatasan fisik membuat pasien bergantung pada bantuan keluarga atau perawat untuk memenuhi kebutuhan kebersihan diri. Sehingga memerlukan bantuan dalam memelihara personal hygiene.

Upaya yang dilakukan yaitu memantau tekanan darah secara rutin, membantu pasien dalam memelihara personal hygiene, membantu dan mengajarkan keluarga cara memandikan pasien dengan aman, memastikan kulit tetap bersih dan lembab.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan diagnose keperawatan yaitu Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler. Definisi defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri. Diagnosa ini peneliti tegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif. Data subjektif, pasien mengatakan aktivitas mandi dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan kulitnya terasa gatal. Data objektif, terdapat keputihan pada lidah, kulit kering, rambut kusam, berdaki dibeberapa lipatan tubuh, dan aktivitas mandi dilakukan di tempat tidur dibantu oleh perawat atau keluarga. Data-data yang didapatkan untuk mendukung diagnosa tersebut sesuai dengan SDKI (2017).

Penelitian yang dilakukan Dewi et al. (2024) di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, mengangkat diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler. Penurunan kekuatan otot merupakan dampak yang paling sering dialami oleh pasien stroke yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri.

Analisa peneliti, tidak ada perbedaan antara hasil yang didapatkan dengan teori dan penelitian lain, karena itu peneliti mengangkat defisit perawatan diri menjadi diagnosa peneliti.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus dan mengacu pada SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

Berdasar teori pada buku SIKI (2018) intervensi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler: Dukungan Perawatan Diri: Mandi :

a) observasi: identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri, identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, monitor kebersihan tubuh, monitor integritas kulit. b) Terapeutik: sediakan peralatan mandi, sediakan lingkungan yang aman dan nyaman, fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan, pertahankan kebiasaan kebersihan diri, berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian. c) Edukasi: jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan, ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.

Penelitian yang dilakukan Pratama et al. (2024) di ruang Yudistira Dr. Sitanala Tangerang, mengedukasi keluarga pentingnya mandi terhadap kesehatan, mengajarkan dan membantu keluargamerawat kebersihan diri diantaranya memandi pasien.

Analisa peneliti tidak ada perbedaan antara teori, penelitian sebelumnya dan penelitian yang telah dilakukan pada partisipan.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler adalah mengkaji kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, memfasilitasi pasien mandi, memandikan pasien dengan

suhu yang sesuai dengan kondisi pasien, membantu oral hygiene pasien, membantu serta mengajarkan keluarga cara memandikan pasien, monitor kebersihan tubuh setelah mandi. Dilakukan satu kali pada pagi hari selama lima hari rawatan pada pasien.

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Dewi et al. (2024) di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. implementasi yang dilakukan pada pasien stroke dengan diagnosa keperawatan Defisit Perawatan Diri yaitu mengkaji kemampuan dan kebutuhan kebersihan diri, berpakaian, berhias, memandikan pasien dan melakukan perawatan mulut sebanyak satu kali sehari selama enam hari, mengajarkan keluarga pasien melakukan perawatan diri pada pasien dan memantau kebersihan tubuh pasien.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Pratama et al (2024) di ruang Yudistira RSUP Dr.Sitanala Tangerang. Implementasi dilakukan selama tiga hari, berupa pemberian edukasi personal hygiene, memperbaiki personal hygiene pasien dengan perawatan diri mandi, memelihara kesehatan diri.

Analisa peneliti, terdapat kesamaan antara implementasi yang dilakukan penelitian Dewi dan pratama dengan implementasi pada Tn. M yang peneliti lakukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan didapatkan dari implementasi yang telah dilakukan selama lima hari dari tanggal 17 Februari sampai 21 Februari 2025. Evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode SOAP untuk mengetahui keefektifan dari tindakan yang dilakukan. Untuk diagnosa Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler pada pasien, keluarga sudah bisa dalam proses perawatan diri kepada klien tetapi tidak untuk oral hygiene, klien

belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, perawat dan keluarga masih membantu klien dalam melakukan kebersihan seperti oral hygiene. Menurut SLKI (2018) kriteria hasil yang harus dicapai untuk diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler adalah kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, verbalisasi keinginan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.

Berdasarkan analisa peneliti, hasil evaluasi keperawatan yang didapatkan pada klien sudah sesuai dengan teori yang ada, dimana pasien sudah mulai bisa mandi sendiri secara mandiri dan bisa melakukan oral hygiene sendiri, mencoba untuk melakukan kegiatan yang masih bisa dilakukannya, dan keluarga memahami betapa pentingnya menjaga kebersihan diri dan mampu memandikan pasien sesuai dengan keadaan pasien. Pasien terlihat bersih, tidak ada ketombe, kulit tampak lembab.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Dewi, Amalia, dan Safuni (2024) di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Mengatakan setelah membantu dan memfasilitasi perawatan diri, mengedukasi keluarga untuk ikut dalam memfasilitasi perawatan diri pasien, dan kebersihan mulut. Hasil evaluasi setelah dilakukan intervensi keluarga paham dengan melakukan perawatan diri kepada pasien, pasien terlihat bersih dan wangi, dan mulut tidak berbau dan bersih. Sejalan dengan penelitian Pratama, Ngasu, dan Adiningsih (2024) di Ruang Yudistira Dr. Sitanala Tangerang. Mengatakan setelah dilakukan intervensi perawatan diri berupa memandikan dan mengedukasi keluarga pasien tentang pentingnya melakukan perawatan diri terhadap pasien, pasien terlihat bersih, wangi dan keluarga mengerti pentingnya melakukan perawatan diri terhadap pasien.

Berdasarkan analisa peneliti hasil penelitian peneliti sama dengan hasil penelitian Dewi, Amalia, dan Safuni dan hasil penelitian Pratama, Ngasu, dan Adiningsih. Ditemukan pasien terlihat bersih dan keluarga memahami pentingnya melakukan perawatan diri kepada pasien dan melakukan perawatan diri kepada pasien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang asuhan keperawatan pada Tn. M dengan gangguan personal hygiene pada pasien stroke di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025, peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian, peneliti tidak menemukan perbedaan spesifik antara teori, peneliti dan penelitian terdahulu.
2. Penegakkan diagnosa keperawatan, diagnosa keperawatan telah ditegakkan dengan benar dan sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler. Dalam penegakkan didukung oleh data-data konkrit dan adanya keterbukaan pasien dan keluarga dalam proses pengkajian dan proses asuhan keperawatan dan sesuai dengan teori dan penelitian terdahulu.
3. Perencanaan Keperawatan tidak ditemukan perbedaan. Peneliti membuat perencanaan secara teoritis dan dapat mengatasi masalah yang dialami pasien.
4. Implementasi yang dilakukan seperti memandikan klien yaitu dengan mengajarkan dan melibatkan keluarga dalam memandikan klien. Monitor keadaan kulit klien dengan memantau kelembaban kulit. Dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai rencana yang telah dibuat, peneliti tidak menemukan adanya perbedaan antara intervensi yang dibuat dengan implementasi yang dilakukan diruangan
5. Evaluasi keperawatan pada diagnosa Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler sudah teratasi

dibuktikan dengan pasien mengatakan badannya terasa lebih segar dan kulit lembab, daki tidak ada, rambut tidak kusam, keputihan pada lidah tidak ada.

B. Saran

1. Bagi Perawat Rumah Sakit

Diharapkan perawat RSUP Dr. M. DJamil Padang mampu meningkatkan proses keperawatan dan melakukan pemantauan terhadap kebersihan pasien dengan memandikan pasien pada pagi hari serta pemberian lotion terutama pada pasien stroke, pasien tirah baring, memandikan pasien dengan air hangat atau sesuai kondisi pasien.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Padang

Diharapkan Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi sumber pengetahuan dan sumber informasi untuk menambah wawasan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan *personal hygiene* pada pasien stroke.

3. Bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya

Hasil penelitian yang didapat diharapkan dapat menjadi bahan pembandingan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien dengan gangguan *personal hygiene* pada pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nurwening T w, Sumasto H, Suparji, et al. Buku Ajar 1 : Kebutuhan Dasar Manusia. Edisi ke-1. Poltekkes Kemenkes Surabaya. Surabaya: Poltekkes Kemenkes Surabaya; 2018.
2. Azwalidi. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia, Kebutuhan Oksigenasi, Eliminasi Dan Rasa Aman Dan Nyaman (Terintegrasi SDKI, SLKI, SIKI Dan SPO PPNI). Edisi ke-1. Kediri: Lembaga Chakra Brahmanda Lentera; 2022.
3. Andarmoyo S. Kesehatan Masyarakat : Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Pustaka Belajar; 2017.
4. Tarwoto, Wartonah. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Edisi 6. Jakarta: Salemba Medika; 2023.
5. Wiwit S. Stroke dan Penanganannya: Memahami, Mencegah, & Mengobati Stroke. Jakarta: Kata Hati; 2016.
6. Andika M, Hasanah R, Ariny S, et al. Kardiovaskular “Hipertensi, Stroke, Anemia, Aritmia, Dislipidimia. indramayu: CV. Adanu Abimata; 2023.
7. World Health Organization. Hari Stroke Sedunia 2022. World Health Organization. 2022.
8. Kesehatan K. Survei Kesehatan Indonesia(SKI). Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2023.
9. BPS Sumatera Barat. Sumatera Barat Dalam Angka 2023. Berita Resmi Badan Pusat Statistik. Padang: BPS Sumatera Barat; 2023.
10. Pratama AP, Ngasu E, Adiningsih J. Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Pemberian Edukasi Personal Hygiene di Ruang Yudistira Dr. Sitanala Tangerang. J Ilmu Kesehat. 2024;5(2):4–8.
11. Widiyanto W. Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene pada Pasien Stroke di RS TK.III Dr. Reksodiwiry Padang. 2021.
12. Anggeria E, L K, Silalahi, et al. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia. Yogyakarta: CV Budi Utama; 2023.
13. Setiawan H, Handayani PA, Arnianti, et al. keperawatan dasar [Internet]. pertama. Yogyakarta: Rizmedia Pustaka Indonesia; 2023.
14. hidayat, a, aziz A, Uliyah M. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Edisi 2-


Buku 1. Jakarta selatan: Salemba Medika; 2024.

15. Tim pokja pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. Pedoman Standar Prosedur Operasional keperawatan. Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2021.
16. Ridwan M. Mengenal, Mencegah, dan Mengatasi Silent Killer, Stroke. Jakarta: Romawi Pustaka; 2020.
17. Rahmanita N. Kenali Gejala Awal Stroke. Rafi'ah S, editor. Gowa: Pustaka Taman Ilmu; 2023.
18. Rizaldy P, Laksmi A, Sugianto, et al. Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan & Pencegahan. Edisi ke-1. Yogyakarta; 2019.
19. Rantepadang A. Penanganan Pasien Stroke. Edisi ke-1. Yogyakarta: CV Bintang Semesta Media; 2022.
20. Susilo CB. Keperawatan Medikal Bedah : Persarafan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2020.
21. Alimansur M, Irawan H. Personal Hygiene Mandi Dalam Pencegahan Dekubitus Pasien Stroke. J Penelit Sekol Tinggi Ilmu Kesehat Nahdlatul Ulama Tuban. 2020;2(1).
22. Nabila N, Utomo W, Hasneli Y. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kebersihan Diri Pada Pasien Pasca Stroke. J Med Utama [Internet]. 2024;5(2):3816–31.
23. Fadhilah N, Pangestuti L, Ardina R. Dukungan Keluarga dan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Mitra Husada Pringsewu. Healthc Nurs J. 2022;4(1):179–93.
24. Tim Pokja SDKI DPP PPNI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Pertama. Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2017.
25. Polopadang V, Hidayah N. Proses Keperawatan : Pendekatan Teori dan Praktik. pertama. Fitriani, editor. Gowa: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas; 2019.
26. Tim Pokja SLKI DPP PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. pertama. Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2018.
27. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan. Pertama. Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2018.

28. Sembiring TB, Irmawati, Sabir M, et al. Buku Ajar Metodologi Penelitian : Teori Dan Praktik. Pertama. Karawang: CV. Jaya Publisher; 2024.
29. Rashid F. Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif : Teori, Metode, dan Praktek. Kediri: IAIN Kediri Press; 2022.
30. Indarwati, Maryatun, Purwaningsih W, et al. Penerapan Metode Penelitian Dalam Praktik Keperawatan Komunitas Lengkap Dengan Contoh Proposal. Surakarta: Cv. Indotama Solo; 2020.
31. Aulyra F, Fathiyyah arifin arina, Harun muchsin achmad, et al. Karakteristik Penderita Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik. Fakumi Med J J Mhs Kedokt. 2022;2(5):359–67.
32. Dewi C, Amalia R, Safuni N. Asuhan Keperawatan Pada pasien Dengan Stroke Iskemik. J Penelit Perawat Prof. 2024;6(3):1081–92.

LAMPIRAN

Turnitin

Page 2 of 76 - Integrity Overview

Submission ID (mored): 1:3289405143

17% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

Exclusions

- 3 Excluded Sources

Top Sources

| | |
|-----|----------------------------------|
| 4% | Internet sources |
| 0% | Publications |
| 16% | Submitted works (Student Papers) |


Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our systems algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Page 2 of 76 - Integrity Overview

Submission ID (mored): 1:3289405143