



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN  
KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE PADA PASIEN  
STROKE ISKEMIK DI RS TK.III DR.  
REKSODIWIRYO PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ARSYTUL MUNAWWARAH**  
NIM : 193110127

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN  
PERSONAL HYGIENE PADA PASIEN STROKE ISKEMIK  
DI RS TK.III DR. REKSODIWIRYO PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik  
Kesehatan Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu  
Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya**

**ARSYTUL MUNAWWARAH**  
**NIM : 193110127**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN PADANG  
TAHUN 2022**

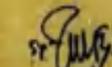
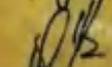
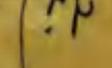
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Arsyul Munawwarah  
NIM : 193110127  
Program Studi : D-III Keperawatan Padang  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan  
Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke  
Iskemik Di Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo  
Padang.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan.

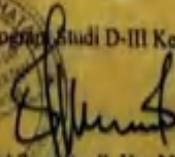
### DEWAN PENGUJI :

Ketua Penguji : Wiwi Sartika, DCN, M. Biomed (  )  
Penguji : Hj. Efitra, S.Kp, M.Kep (  )  
Penguji : Ns. Suhaimi, S.Kep, M.Kep (  )  
Penguji : Hj. Reflita, S.Kp, M.Kep (  )

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 25 Mei 2022

Mengetahui,

  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang  
  
Hepni Sasmita, S. Kp, M.Kep, Sp-Tjwa  
NIP. 19701020 199303 2 002

Poltekkes Kemenkes Padang

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya kepada setiap hamba-Nya. Dengan rahmat dan nikmat-Nya itulah penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : **“Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik Di RS Tk.III Dr.Reksodiwiryo Padang Tahun 2022”**.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan berkat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada Bapak Ns. Suhaimi, S.Kep, M.Kep selaku dosen pembimbing I dan Ibu Reflita, S.Kp, M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran, kasih sayang dan kebijaksanaannya, meluangkan waktu, memberikan nasehat serta saran kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Selain itu juga peneliti menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. Burhan Muslim SKM.M.Si selaku Direktur Politeknik Kesehatan Padang.
2. Bapak Letnan Kolonel CKM dr. Faisal Rosady, Sp.An selaku Kepala Rumah Sakit RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang beserta staf yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan survey awal.
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep. Sp. KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang.
4. Ibu Heppi Sasmita, S. Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Padang.
5. Bapak dan Ibu dosen serta staf Prodi D III Keperawatan Padang yang telah memberikan ilmu selama mengikuti Pendidikan di Prodi D III Keperawatan Padang.
6. Teristimewa kepada kedua orang tua yang telah memberikan dorongan, semangat, do'a restu dan kasih sayang.

7. Teman-teman dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Ini ini.

Penulis menyadari masih ada beberapa kekurangan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah, dan berharap kritik, masukan, ataupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta penulis mendo'akan semoga bantuan yang telah diberikan mendapat balasan dari Allah SWT. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan. Amin.

Padang, 25 Mei 2022

Peneliti

### HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Arsyul Munawwarah

NIM : 193110127

Tanda Tangan :



Tanggal : 25 Mei 2022

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2022." telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan Padang.

Padang, 10 Mei 2022

Menyetujui

Pembimbing 1



Ns. Suhaimi, S. Kep, M. Kep  
NIP : 19690715 199803 1 002

Pembimbing 2



Hi. Reflita, S. Kp, M. Kep  
NIP : 19581014 198212 2 001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
Politeknik Kesehatan Padang



Henni Sasmika, S. Kp, M. Kep, Sp. JIWA  
NIP. 19701020 199303 2 002

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Arsyatul Munawwarah  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 26 Juni 2001  
Agama : Islam  
Status : Belum Kawin  
Alamat : Jalan Gunung Tandikat No. 29, Kelurahan Gunung  
Pangilun, Kecamatan Padang Utara, Kota Padang

### Nama Orang Tua

Ayah : Zul Hendra  
Ibu : Ari Susanti

### Riwayat Pendidikan

No.	Pendidikan	Tahun Lulus
1.	TK Bhayangkari 03 Alai Padang	2006-2007
2.	SD Negeri 03 Alai Padang	2007-2013
3.	SMP N 25 Padang	2013-2016
4.	MAN 2 Padang	2016-2019
5.	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2019-2022

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

Karya Tulis Ilmiah, 25 Mei 2022

Arsyul Munawwarah

**“Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang”**

xi + 63 halaman + 1 tabel + 10 lampiran

**ABSTRAK**

*Personal Hygiene* (kebersihan diri) merupakan perawatan diri yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Dampak *personal hygiene* yang tidak baik akan mempermudah berbagai penyakit terjadi dan dapat mengakibatkan hilangnya fungsi bagian tubuh tertentu demikian pula pada pasien stroke iskemik. Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan gangguan personal hygiene pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang.

Desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini dilakukan di ruang penyakit RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022 dengan waktu studi kasus pada tanggal 8 sampai dengan 12 Maret 2022. Saat penelitian terdapat 2 orang pasien yang sesuai dengan kriteria, dan pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *simple random sampling* sehingga didapatkan satu orang sampel penelitian.

Hasil penelitian pasien mengalami keluhan penurunan kesadaran, kelemahan ekstremitas bagian kanan, gangguan berbicara, tidak mampu mandi. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Intervensi keperawatan dukungan perawatan diri : mandi. Implementasi yang dilakukan yaitu membantu klien mandi dan oral hygiene serta mengajarkan kepada keluarga. Evaluasi yang dilakukan selama 5 hari teratasi dibuktikan dengan kemampuan dalam merawat kebersihan diri meningkat secara bertahap.

Melalui Direktur Rumah Sakit hasil penelitian ini diharapkan perawat ruangan dapat lebih memperhatikan kebutuhan perawatan diri klien selama dirawat, melakukan oral hygiene, serta melihat dan membersihkan kuku klien pada pasien stroke iskemik.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Personal Hygiene*, Stroke Iskemik**

**Daftar Pustaka : 38 (2012-2020)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8

### **BAB II TINJAUAN TEORITIS**

A. Konsep Dasar Kebutuhan Personal Hygiene	
1. Pengertian Personal Hygiene .....	10
2. Faktor Yang Mempengaruhi .....	10
3. Macam-macam Personal Hygiene .....	12
4. Waktu Melakukan Personal Hygiene .....	19
5. Dampak Gangguan Personal Hygiene.....	20
B. Konsep Dasar Stroke Iskemik	
1. Pengertian Stroke Iskemik .....	21
2. Etiologi Stroke Iskemik .....	22
3. Patofisiologi Stroke Iskemik.....	22
4. Manifestasi Klinis Stroke Iskemik .....	24
5. Hubungan Antara Stroke Iskemik Dengan Personal Hygiene .....	25
C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik	
1. Pengkajian Keperawatan .....	27
2. Diagnosa Keperawatan.....	32
3. Intervensi Keperawatan .....	32
4. Implementasi Keperawatan.....	38
5. Evaluasi Keperawatan .....	38

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
C. Populasi dan Sampel .....	39
D. Prosedur Pengambilan Data .....	40

E. Pengumpulan Data .....	41
F. Analisis .....	43

**BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian .....	44
1. Pengkajian Keperawatan .....	44
2. Diagnosa Keperawatan.....	48
3. Rencana Keperawatan.....	49
4. Implementasi Keperawatan .....	49
5. Evaluasi Keperawatan.....	52
B. Pembahasan .....	56
1. Pengkajian Keperawatan .....	56
2. Diagnosa Keperawatan.....	58
3. Rencana Keperawatan.....	58
4. Implementasi Keperawatan .....	59
5. Evaluasi Keperawatan.....	61

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan.....	62
B. Saran .....	63

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosa, SLKI, SIKI .....	32
--------------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Format Pengkajian Keperawatan Dasar
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 1
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 2
- Lampiran 4 Ganchart
- Lampiran 5 Format Persetujuan Responden
- Lampiran 6 Surat Izin Survey Awal dari RS Tk.III Dr. Reksodiwiry Padang
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari RS Tk.III Dr. Reksodiwiry Padang
- Lampiran 9 Surat Izin Selesai Penelitian dari RS Tk.III Dr. Reksodiwiry Padang
- Lampiran 10 Daftar Hadir Penelitian

# **BAB I PENDAHULUAN**

## **A. Latar Belakang**

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki, kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis (makan, minum), keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan atau kelangsungan hidup (Ernawati, 2012).

Kebutuhan fisiologis atau biologis harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lain. Kebutuhan fisiologis terdiri atas; kebutuhan akan udara (oksigen), kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan kebersihan diri, kebutuhan melaksanakan aktivitas atau kegiatan (Maryam, 2013). Salah satu dari kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi oleh seseorang adalah memelihara kebersihan dan kesejahteraan baik kesejahteraan fisik dan psikis adalah dengan melakukan kebersihan diri (*personal hygiene*).

*Personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Tujuan dari perawatan *personal hygiene* adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki *personal hygiene* yang kurang, pencegahan penyakit, meningkatkan kepercayaan diri seseorang, serta menciptakan keindahan (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Tindakan *personal hygiene* merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dilakukan perawat terhadap klien yang meliputi kebersihan diri (mandi, BAB/BAK, makan dan minum), kebersihan rambut, kebersihan mata, kebersihan mulut dan gigi, kebersihan kulit, dan kebersihan kuku dan kaki

(Hidayat, 2014). Dampak gangguan *personal hygiene* yaitu gangguan mukosa mulut, karies gigi (lubang), penyakit periodontal, halitosis (bau nafas), kulit kering, ruam kulit, dermatitis, infeksi jamur, stomatitis (peradangan pada mulut), kutil pada kaki, rambut berketombe, kulit mengelupas (Potter & Perry, 2010).

Pasien yang memerlukan perawatan *personal hygiene* yang dibantu oleh perawat diantaranya adalah pada pasien stroke, fraktur ekstremitas, dan pasien-pasien yang memerlukan imobilisasi fisik di tempat tidur. Stroke merupakan salah satu penyakit yang dapat menyebabkan kerusakan bahkan kecacatan permanen, dan merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas yang mempunyai dampak kepada berbagai sistem tubuh yang berupa hemiparise atau hemiplegia yang dapat mengakibatkan kondisi imobilitas (Lewis, 2007 dalam Ramadani, 2016).

Stroke juga merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan syaraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke dapat didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (*stroke iskemik*) ataupun perdarahan (*stroke hemoragik*) (Junaidi, 2014 dalam Permatasari, 2019). Sedangkan stroke akibat penyumbatan (iskemik) merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya aterosklerosis atau penyumbatan pembuluh darah di bagian otak, stroke jenis ini biasa disebut stroke iskemik (Tandra, 2018). Stroke iskemik merupakan keadaan terhentinya aliran darah ke otak karena arterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat pembuluh darah (Bararah, 2013).

Pada umumnya tanda dan gejala awal stroke iskemik yang dapat dirasakan penderita adalah seperti merasakan lemah dan mati rasa pada bagian wajah, tangan, atau kaki terutama salah satu bagian tubuh, mendadak kehilangan kesadaran, kehilangan kemampuan beraktivitas (Arum, 2015). Pasien imobilitas tidak mampu bergerak sehingga memerlukan perhatian lebih dari

perawat dalam memelihara *personal hygiene* karena terbatasnya kemampuan untuk memenuhinya. Sejalan dengan pendapat Potter & Perry (2013) jika pasien tidak mampu melakukan *personal hygiene* maka tugas perawat memberikan bantuan dalam melaksanakan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pasien.

Tujuan *personal hygiene* pada pasien stroke adalah untuk memelihara kebersihan diri, menciptakan keindahan, serta meningkatkan derajat individu, sehingga dapat mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri maupun orang lain. *Personal hygiene* tidak hanya bertujuan untuk mencegah infeksi, tetapi merupakan kebutuhan dasar yang harus selalu dipenuhi untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis. *Personal hygiene* ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah budaya, nilai sosial pada individu dan keluarga, pengetahuan tentang perawatan diri, serta persepsi terhadap perawatan diri (Hidayat, 2014).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2018, diperkirakan 17 juta orang meninggal karena penyakit CVD (Cardiovaskuler Disease) terutama penyakit jantung dan stroke. Stroke merupakan penyebab utama kematian kedua setelah penyakit jantung dan merupakan penyebab utama kecacatan ketiga di seluruh dunia. Sementara itu *World Stroke Organization* (WSO) menyebutkan bahwa lebih dari 13,7 juta kasus stroke baru ditemukan setiap tahunnya dan jumlah kematian akibat stroke mencapai 5,5 juta, juga ditemukan bahwa lebih dari 116 juta jiwa mengalami kecacatan karena stroke, baik itu cacat permanen maupun cacat ringan (WSO, 2019).

Di Indonesia stroke menempati posisi ketiga sebagai penyakit yang paling banyak diderita setelah jantung dan kanker, dengan angka kematian sebesar 15,4 %. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun. Jumlah penderita stroke pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk diatas 15 tahun yaitu 10,9 permil. (Kemenkes RI, 2018).

Angka kejadian stroke di Sumatera Barat mencapai 10,7 permil, hal ini mengalami peningkatan dari hasil Riskesdas sebelumnya yang mana hanya 7,4 permil (Kemenkes RI, 2018). Di kota Padang berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Padang (2021), didapatkan data bahwa stroke merupakan salah satu penyakit terbanyak yang terjadi di Kota Padang, dengan prevalensi kejadian sebanyak 812 kasus. Pasien stroke yang dalam keadaan lumpuh atau cacat, pasien akan kesulitan dalam melakukan kegiatan *personal hygiene* secara mandiri.

Berdasarkan data dari rekam medik RS Tk. III Dr. Reksodiwiryio Padang pasien yang mengalami stroke tahun 2020 sebanyak 350 orang (94 orang stroke iskemik dan 256 orang stroke hemoragik) dan tahun 2021 sebanyak 299 orang (136 orang stroke iskemik dan 163 orang stroke hemoragik). Data ini menunjukkan bahwa angka kejadian stroke iskemik di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryio Padang mengalami peningkatan.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan di Ruang Bagindo Aziz Chan di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryio Padang tanggal 10 Januari 2022, peneliti melakukan wawancara dengan perawat diruangan, perawat mengatakan pasien stroke iskemik memang cenderung mengalami kelemahan anggota gerak, dan kebersihan diri pasien harus dibantu oleh keluarga dan perawat. Peneliti juga mendapatkan 5 orang pasien stroke iskemik dan melakukan wawancara kepada 2 orang diantaranya yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Hasil wawancara pada pasien ditemukan, pasien mengatakan seluruh anggota badan terasa sangat lemah dan tidak mampu mandi atau melakukan rutinitas secara mandiri, badan terasa tidak nyaman karena mandi hanya diatas tempat tidur, badan terasa gatal terutama tangan dan kaki, pasien juga mengatakan kulitnya sangat kering semenjak mandi tidak bisa dilakukannya sendiri. Pasien lainnya yang diwawancarai yaitu pasien dengan post dekubitus di punggungnya akibat terlalu lama terbaring dirumah dan keluarga tidak mengetahui bagaimana cara perawatan *personal hygiene* pada pasien stroke. Upaya yang telah dilakukan perawat diruangan

yaitu memandikan pasien dengan air hangat setiap pagi dan sore hari agar kebersihan pasien tetap terjaga walaupun tidak sepenuhnya serta perawat juga mengajarkan keluarga pasien untuk memandikan pasien di tempat tidur, dan perawat juga melakukan oral hygiene kepada pasien ketika diminta oleh pasien dan untuk pasien dengan post dekubitus itu perawatannya ditambah dengan melakukan perawatan luka setiap pagi dan malam hari itu dilakukan oleh dokter dan dibantu perawat.

Peran perawat pada kasus pemenuhan kebutuhan personal hygiene yaitu melakukan asuhan keperawatan dari pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa, menyusun perencanaan, melakukan implementasi, dan melakukan evaluasi keperawatan (Potter & Perry, 2015). Pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan metode wawancara, pengukuran, dan dokumentasi yang berkaitan dengan keluhan pasien antara lain bibir, gigi, mukosa buccal, gusi, langit-langit, lidah klien untuk perawatan mulut. Untuk perawatan kulit dengan menentukan kondisi dengan mengobservasi warna, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi kulit. Perawatan kaki dan kuku, perawat mewawancarai apakah klien mengetahui bagaimana memotong kuku atau menggunakan produk bebas untuk perawatan kuku dan pemeliharaan (Potter & Perry, 2015).

Masalah keperawatan yang mungkin muncul seperti defisit perawatan diri mandi, gangguan integritas kulit dan jaringan, dan gangguan rasa nyaman. Dimana masalah keperawatan ini cenderung dialami oleh pasien stroke (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017).

Intervensi keperawatan yang paling preventif yang paling baik dilakukan adalah mengidentifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, makan, mandi (baik shower atau mandi di tempat tidur), gosok gigi yang teratur, melakukan oral hygiene, perawatan mandiri BAB/BAK, memonitor kebersihan tubuh (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Fauzy (2016) di Ruang Mawar Rumah Sakit

Umum Daerah Kabupaten Ciamis diperoleh intervensi yang dapat dilakukan adalah menyisir rambut, mencuci rambut, membersihkan mata, memotong kuku kaki dan tangan, memandikan, membersihkan genitalia dan menggosok gigi. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Awiktamarotun (2014) di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta diperoleh gambaran bahwa 40% dari 47 pasien stroke non hemoragik mengatakan tidak dibantu untuk mandi, menggosok gigi, dan membersihkan mulut, 42% menyatakan tidak pernah membersihkan atau memotong kuku, serta 42% tidak pernah dibantu untuk membersihkan atau merapikan rambut.

Menurut penelitian Geston, 2016 tentang “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke di RS Tk.III Dr.Reksodiwiryo Padang” didapatkan hasil pengkajian penelitian pada Tn.K yaitu bicara masih tidak jelas, tangan kanan lemah, terasa berat dan sulit digerakkan, kepala masih terasa sakit, dan rasa gatal dan tidak nyaman di tangan dan kaki, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, badan dan rambut bau, kuku tangan panjang dan kotor, bau mulut, lidah tampak kotor, kulit kering, ruam, dan kemerahan, dengan keluhan utama penelitian ditegakkan diagnosa defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengajarkan keluarga cara memandikan klien dengan mandi dengan berdiri, dengan menggunakan cara yang tepat atau sesuai dengan keinginan dan keadaan klien, memandikan klien dengan suhu yang pas dengan keadaan tubuh klien, memberikan lotion ke seluruh tubuh klien, dengan hasil evaluasi didapatkan klien mengatakan sudah mampu mengeringkan beberapa bagian tubuh dan keluarga juga sudah mampu memandikan klien secara mandiri, gatal mulai berkurang, kuku klien sudah pendek dan rapi, dan rambut sudah disisir.

Menurut penelitian Zakiatu, 2017 tentang “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang” didapatkan hasil pengkajian penelitian yaitu seluruh anggota gerak lemah, sulit bicara, aktivitas klien

dibantu keluarga dan perawat, badan sedikit kotor, mulut kotor, lidah tampak kotor, kulit kering, dan rambut kotor dengan keluhan utama penelitian ditegakkan diagnosa defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu memandikan klien dengan air hangat, menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir dan kebersihan gigi dan lidah klien, melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash, dengan hasil evaluasi didapatkan keluarga klien mengatakan sudah bisa untuk memandikan klien secara mandiri, keluarga mengatakan sudah bisa melakukan oral hygiene sendiri namun masih perlu didampingi perawat, aktivitas klien masih dibantu keluarga dan perawat, rambut sudah terlihat bersih, dan mulut sudah tampak bersih dan lembab.

Berdasarkan masalah yang ditemukan peneliti, maka peneliti melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene* Pada Pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka rumusan yang diangkat oleh peneliti adalah “Bagaimana Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene* Pada Pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang”.

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Dideskripsikan asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan *Personal Hygiene* pada pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Dideskripsikan pengkajian pemenuhan kebutuhan *Personal Hygiene* dengan pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.
- b. Dideskripsikan diagnosis keperawatan pemenuhan kebutuhan *Personal Hygiene* dengan pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.
- c. Dideskripsikan rencana keperawatan pemenuhan kebutuhan *Personal Hygiene* dengan pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.
- d. Dideskripsikan implementasi keperawatan pemenuhan kebutuhan *Personal Hygiene* dengan pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.
- e. Dideskripsikan evaluasi keperawatan pemenuhan kebutuhan *Personal Hygiene* dengan pasien Stroke Iskemik di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.

## D. Manfaat Penulisan

### 1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat berguna untuk menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan penelitian.

### 2. Bagi Direktur RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang

Melalui Direktur Rumah Sakit, hasil penelitian ini dapat menjadi informasi bagi perawat dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terhadap kasus gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke iskemik.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan Poltekkes Kemenkes Padang

Melalui Direktur Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan dan pembelajaran khususnya untuk mengetahui tentang “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene* pada Pasien Stroke Iskemik”.

#### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan atau dikembangkan lebih lanjut oleh peneliti selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Gangguan Pemenuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik**

##### **a. Kebutuhan Diri (*Personal Hygiene*)**

##### **1. Pengertian *Personal Hygiene***

Perawatan diri atau *personal hygiene* adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya. Kebutuhan ini berguna untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan mereka sesuai dengan kondisi kesehatannya masing-masing. Seseorang pasien dinyatakan memerlukan *personal hygiene* ketika ia tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri (Sutanto & Yuni, 2017).

Kebersihan diri (*personal hygiene*) merupakan upaya yang dilakukan individu dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya baik secara fisik maupun mental. Penampilan bersih, harum, dan rapi merupakan dimensi yang sangat penting dalam mengukur tingkat kesejahteraan individu secara umum. Hal yang sangat penting untuk mengingat kebersihan diri merupakan kebutuhan dasar utama yang dapat mempengaruhi status kesehatan dan psikologis individu secara umum (Ambarwati, 2014).

##### **2. Faktor Yang Mempengaruhi**

Pemenuhan perawatan diri atau *personal hygiene* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dikemukakan oleh Ambarwati (2014), diantaranya:

##### **1) Budaya**

Mitos yang berkembang dimasyarakat menjelaskan bahwa saat individu sakit ia tidak boleh dimandikan karena dapat mempengaruhi penyakitnya.

##### **2) Agama**

Agama juga berpengaruh pada keyakinan individu dalam melaksanakan kebiasaan sehari-hari, hal ini tentu akan mendorong individu untuk mengingat pentingnya kebersihan bagi diri sendiri.

3) Status kesehatan

Kondisi sakit atau cedera akan menghambat kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri. Hal ini tentunya berpengaruh pada tingkat kesehatan individu. Individu akan semakin lemah yang pada akhirnya akan jatuh sakit.

4) Status sosial-ekonomi

Untuk melakukan *personal hygiene* yang baik dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, seperti kamar mandi, peralatan mandi, serta perlengkapan mandi yang cukup (misalnya sabun, sikat gigi, sampo, dll). Itu semua membutuhkan biaya. Dengan kata lain, sumber keuangan individu akan berpengaruh pada kemampuannya mempertahankan *personal hygiene* yang baik.

5) Pengetahuan individu

Pengetahuan penting dalam meningkatkan status kesehatan individu, sebagai contoh agar terhindar dari penyakit kulit, kita harus mandi dengan bersih setiap hari.

6) Cacat jasmani atau mental

Kondisi cacat dan gangguan mental dapat menghambat kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Tingkat pengetahuan atau perkembangan individu.

7) Lingkungan

Perilaku individu termasuk dalam hal kesehatan yang dipengaruhi oleh lingkungan fisik dan sosial serta nilai-nilai yang ada pada lingkungan tersebut.

8) Kebiasaan individu

Kebiasaan individu ini ada kaitannya dengan penggunaan produk-produk tertentu dalam melakukan perawatan diri, misalnya sabun cair, sabun padat, shampoo, dll.

### 3. **Macam-macam *Personal Hygiene***

Menurut Potter & Perry (2012) bahwa macam-macam *personal hygiene* untuk menjaga kebersihan dan kesehatan seseorang yaitu perawatan kulit, perawatan perineum, perawatan mulut, perawatan kaki dan kuku, perawatan mata, telinga, hidung, dan perawatan rambut adalah sebagai berikut :

#### 1) Perawatan kulit

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai pelindung, sekresi, ekskresi, pengaturan temperature, dan sensasi. Kulit memiliki tiga lapisan utama, yaitu : epidermis, dermis, dan subkutan. Epidermis disusun beberapa lapisan tipis dari sel yang mengalami tahapan berbeda dari maturasi yang bertugas melindungi jaringan dibawahnya. Lapisan dermis merupakan permukaan luar kulit yang menjadi tempat tinggalnya bakteri. Lapisan subkutan adalah jaringan yang terdiri dari pembuluh darah, saraf, limfe, dan jaringan penyambung halus yang terisi dengan sel-sel lemak, yang dimana jaringan subkutan ini berfungsi sebagai insulator panas bagi tubuh dan memberikan dukungan untuk lapisan atas kulit (Potter & Perry, 2012).

Adapun fungsi kulit menurut Heriana (2014) adalah untuk :

- a) Melindungi tubuh dari masuknya berbagai kuman atau trauma jaringan bagian dalam yang juga dapat menjaga keutuhan kulit.
- b) Mengatur keseimbangan tubuh dan membantu memproduksi keringat serta penguapan.
- c) Alat peraba yang dapat membantu tubuh menerima rangsangan dari luar melalui rasa sakit, sentuhan, tekanan, atau suhu.
- d) Alat sekresi keringat melalui pengeluaran air, garam, dan nitrogen.
- e) Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit yang bertugas mencegah pengeluaran cairan tubuh secara berlebihan.

Pasien yang tidak mampu bergerak dengan bebas karena penyakitnya atau beberapa penghalang eksternal yang beresiko terjadinya kerusakan kulit, bagian badan yang tergantung terpapar tekanan dari dasar permukaan

(misalnya matras, gips tubuh, atau lapisan linen yang berkerut) yang dapat mengurangi sirkulasi pada bagian tubuh yang terkena dapat menyebabkan terjadinya pembentukan decubitus (Potter & Perry, 2012). Tujuan diberikannya perawatan kulit agar klien memiliki kulit yang utuh yang bebas dari bau badan, agar klien mempertahankan rentang gerak, agar klien mencapai rasa nyaman dan sejahtera, dan agar klien berpartisipasi dan memahami metode perawatan kulit yaitu dengan menjaga kebersihan diri seperti mandi dan memberikan pelembab pada kulit (Potter & Perry, 2012).

## 2) Perawatan perineum

Perineum merupakan bagian dari mandi yang lengkap. Klien yang membutuhkan perawatan perineum ini adalah klien yang beresiko terbesar memperoleh infeksi (misalnya klien yang menggunakan kateter urin tetap), setelah operasi rektal atau genitalia, setelah menjalani proses kelahiran (Ambarwati, 2014).

Tujuan dari perawatan perineum adalah untuk mencegah dan mengontrol infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan kebersihan diri. Perawatan perineum adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyehatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus pada ibu yang dalam masa antara kelahiran plasenta sampai dengan kembalinya organ genetik seperti pada waktu sebelum hamil (Alin, 2011).

Klien yang paling beresiko terjadi kerusakan pada daerah perineum adalah klien yang mengalami inkontinensia urine atau fekal, balutan operasi rektal dan perineum, dan kateter urine lengkap. Mandi lengkap atau sebagian di tempat tidur, mandi bak atau shower merupakan tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam melakukan perawatan perineum pada pasien yang memperoleh resiko infeksi (Potter & Perry, 2012).

## 3) Perawatan mulut (*oral hygiene*)

Perawatan mulut dapat membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi gusi, dan bibir dengan cara menggosok dan membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan, plak, dan bakteri serta dapat mengurangi

ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman. Masalah yang akan timbul pada klien jika tidak melakukan perawatan mulut adalah : karies gigi, bau napas (halitosis), gejala penyakit periodontal (seperti, gusi berdarah, bengkak, jaringan yang meradang, dan kehilangan gigi secara tiba-tiba), peradangan pada lidah (glostitis), dan peradangan pada gusi (gingivitis) (Potter & Perry, 2012).

Pasien yang sudah terbaring lama di rumah sakit biasanya jarang sekali yang mendapatkan perawatan kebersihan mulut yang optimal. Padahal idealnya, pasien di rumah sakit itu merawat mulut secara rutin setiap kali sesudah makan, mandi ataupun ketika bangun tidur. Akan tetapi tidak semua pasien mampu untuk melakukan perawatan mulut pada saat berada di rumah sakit. Inilah yang menyebabkan ada pasien yang harus dibantu dalam perawatan mulut. Perawatan mulut adalah hal yang sangat diperlukan oleh para pasien yang mendapatkan oksigenasi dan *Naso Gastro Tube* (NGT). Perawatan mulut ini juga tepat diberikan kepada para pasien yang sudah lama tidak menggunakan mulut mereka (Sutanto & Yuni, 2017).

Tujuan dilakukannya *oral hygiene* ini adalah untuk mencegah timbulnya penyakit infeksi berupa penyakit yang bersifat setempat ataupun ditularkan melalui mulut, mencegah munculnya bau mulut, memunculkan perasaan segar serta bahagia pada pasien, mewujudkan kebersihan secara personal pada setiap pasien, dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien (Sutanto & Yuni, 2017).

Potter & Perry (2012) mengemukakan masalah atau gangguan yang berhubungan dengan kebersihan gigi dan mulut antara lain adalah sebagai berikut :

a) Karies gigi (radang pada gigi)

Terdapat lubang akibat kerusakan email gigi yang berhubungan dengan kekurangan kalsium.

b) Plak

Suatu lapisan transparan yang sangat tipis dan terdiri atas mukosa dan bakteri yang menyelimuti permukaan gigi. Plak dapat menyebabkan karies gigi (lubang pada gigi), kalkulus (karang gigi), gingivitis (radang pada gigi), dan periodontitis (radang pada jaringan penyangga gigi).

c) Penyakit periodontal (*periodontal disease*)

Merupakan penyakit jaringan sekitar gigi, penyakit seperti defisit kalkulus, gusi mudah berdarah dan bengkak, dan peradangan.

d) Halitosis

Bau nafas tidak sedap yang disebabkan antara lain oleh asupan makanan tertentu, infeksi kuman, serta kondisi sistemik akibat penyakit liver atau diabetes.

e) Keilosis atau bibir pecah-pecah

Penyakit ini dapat disebabkan oleh produksi saliva yang berlebihan, napas mulut, dan defisiensi riboflavin.

f) Stomatitis (sariawan)

Dapat disebabkan oleh defisiensi vitamin, infeksi bakteri atau virus, tembakau, dan kemoterapi.

g) Gingivitis

Gingivitis atau peradangan gusi yang terjadi tanda leukimia, defisiensi vitamin atau diabetes melitus, dan *hygiene* mulut yang buruk.

h) Gejala penyakit periodontal

Meliputi gusi berdarah (bengkak), jaringan yang meradang (garis gusi yang menyusut), dan kehilangan gigi secara tiba-tiba.

Perawatan yang tepat untuk mencegah terjadinya penyakit mulut dan kerusakan gigi tergantung kepada kondisi rongga mulut klien. Perawatan yang tepat agar terhindar dari penyakit mulut dan kerusakan gigi yaitu : menggosok gigi, membersihkan dengan serat (flossing), dan irigasi. Klien juga harus memperhatikan diet yang diberikan karena itu dapat meningkatkan plak dan kerusakan gigi (Potter & Perry, 2012).

a) Gosok gigi

Menggosok gigi sedikitnya dua kali sehari (setelah makan dan waktu tidur) adalah dasar program kebersihan mulut. Pemilihan pasta gigi berfluorida lebih disukai untuk menggosok gigi karena memiliki rasa yang menyenangkan. Menurut Pattigrew (1989 dalam Potter & Perry, 2012) spon gliserin-lemon memiliki efek yang berbahaya pada gigi dan mukosa. Gliserin memiliki efek astringen, mulut menjadi kering, dan menyusutkan gusi dan membrane mukosa. Gliserin memberikan makanan untuk bakteri yang bisa diatasi dengan menggunakan kain penyeka yang terdiri dari larutan encer dari isorbitol, sodium, karboksimetilselulosa dan elektrolit telah terbukti efektif dalam mengobati mulut yang kering. Penggunaan obat kumur untuk membilas setelah menggosok gigi akan mengeringkan mukosa mulut.

b) *Flossing*

*Flossing* atau membersihkan gigi dengan menggunakan benang adalah penting untuk mengangkat plak dengan efektif diantara gigi. Gerakan menggergaji digunakan untuk menarik serat halus diantara gigi yang dilakukan cukup sehari sekali karena penting untuk membersihkan semua permukaan gigi.

Pemeliharaan ini bertujuan untuk menjaga kebersihan mulut, mencegah infeksi pada mulut akibat kerusakan pada daerah gigi dan mulut, membantu menambah nafsu makan, serta menjaga kebersihan gigi dan mulut. Perawatan mulut sangat penting dilakukan karena melalui mulut inilah berbagai kuman dapat masuk (Heriana, 2014).

4) Perawatan kaki dan kuku

Perawatan kaki dan kuku seringkali memerlukan perhatian yang khusus untuk mencegah infeksi, bau, dan cedera pada jaringan. Seringkali orang tidak sadar akan masalah kaki dan kuku sampai terjadinya nyeri atau ketidaknyamanan. Masalah yang timbul karena perawatan yang salah akan menimbulkan, seperti kutil pada kaki, jamur kaki, kuku yang tumbuh kedalam, bau kaki, pemaparan dengan zat-zat kimia yang tajam, dan

pemakaian sepatu yang tidak pas yang dapat mengarah kepada stress fisik dan emosional (Ambarwati, 2014).

Cara mencegah timbulnya masalah pada kaki klien bisa melakukan perendaman untuk melembutkan kutikula dan lapisan sel tanduk, pembersihan dengan teliti, pengeringan dan pemotongan kuku yang tepat (Potter & Perry, 2012). Contoh masalah umum yang ditimbulkan dengan tidak melakukannya perawatan kaki dan kuku adalah :

- a) Kulit pada kaki (*Plantar wart*), dimana luka yang menjamur terlihat pada tumit kaki dan disebabkan oleh virus papilloma.
- b) Kalus merupakan bagian yang mengeras dari epidermis yang ditemukan dibawah permukaan kaki dan telapak tangan yang disebabkan oleh friksi atau tekanan lokal.
- c) Infeksi jamur kaki (*Tinea pedis*) merupakan infeksi jamur pada kaki, ketidaksamaan sisi dan keretakan kulit terjadi antara jari dan tumit kaki yang disebabkan pemakaian alas kaki yang ketat.
- d) Katimumul, keratosisi yang disebabkan oleh friksi dan tekanan dari sepatu yang terlihat pada jari kaki, di atas penonjolan tulang, yang biasanya berbentuk kerucut, bulat, dan naik.

Karena adanya kerusakan kulit maka infeksi lebih mudah berkembang karena sirkulasi yang buruk, dan perawat menyarankan klien untuk melakukan :

- a) Periksa kaki setiap hari, meliputi bagian atas dan telapak kaki, tumit, dan daerah di antara jari.
- b) Mencuci dan merendam kaki setiap hari menggunakan air hangat-hangat kuku tidak lebih dari 37<sup>0</sup>C.
- c) Jangan memotong katimumul atau kalus atau menggunakan pembersih.
- d) Jika kaki berkeringat, gunakan bedak kaki yang lunak dan gunakan sepatu yang berporos sebelah atasnya.

- e) Jika ditemukan kekeringan pada kaki atau antara jari, gunakan lotion, *baby oil*, atau minyak jagung dan gosok secara merata dan lembut di kulit dan jangan terlalu basah.
- 5) Perawatan mata, telinga, dan hidung
- a) Mata

Tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata, karena secara normal, perawatan mata seharusnya tidak dilakukan setiap hari dikarenakan secara terus menerus mata dibersihkan oleh air mata, kelopak mata, dan bulu mata yang mana dapat mencegah masuknya partikel asing ke dalam mata. Pada klien yang tidak sadar dapat beresiko cedera mata dikarenakan reflek kedipan yang tidak ada. Jika klien menggunakan kaca mata, lensa kontak, dan mata buatan maka perawat dapat mengkaji pengetahuan klien dengan metoda yang digunakan untuk merawat alat bantu, dan keberadaan masalah yang dapat disebabkan oleh alat bantu (Potter & Perry, 2012).
  - b) Telinga

Perawatan telinga mempunyai implikasi pada ketajaman pendengaran bila benda asing berkumpul pada kanal telinga luar yang dapat mengganggu konduksi suara. Kehilangan pendengaran merupakan masalah yang sering dilupakan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup klien. Alat bantu pendengaran adalah instrument yang dibuat untuk memperkuat suara pada perilaku yang terkontrol (Potter & Perry, 2012).
  - c) Hidung

Hidung memberikan indera penciuman tetapi juga dapat memantau temperature dan kelembapan udara yang dihirup serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem pernapasan. Iritasi pada mukosa nasal dapat menyebabkan pembengkakan. Perdarahan hidung adalah tanda kunci dari pengeluaran yang kasar, iritasi mukosa, atau kekeringan. Jika klien menggunakan selang makan yang dimasukkan ke dalam hidung maka perawatan harus mengganti plester yang mengikat selang minimal sekali sehari dan perawat juga harus mengetahui bagaimana menempatkan selang secara tepat untuk meminimalkan

tegangan atau friksi pada lubang hidung, dan jika cedera terjadi maka perlu melepaskan selang dan memasukkan selang pada lubang hidung yang lain (Potter & Perry, 2012).

6) Perawatan rambut

Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi (Ambarwati, 2014). Fungsi rambut adalah sebagai keindahan dan penahan panas. Bila rambut kotor tidak dibersihkan lama kelamaan akan menjadi sarang kutu (Ambarwati, 2014).

Masalah yang dapat terjadi pada rambut dapat berupa ketombe, adanya kutu di rambut, kehilangan rambut, dan peradangan kulit kepala (*seborrheic dermatitis*). Pada klien yang imobilisasi akan terlihat rambut yang kusut. Masalah yang mungkin timbul pada rambut klien yang imobilisasi atau penurunan kesadaran adalah :

- a) Ketombe, pelepasan kulit kepala yang disertai gatal
- b) Kutu, parasit abu-coklat kecil menggali liang ke dalam kulit dan juga menghisap darah
- c) Kehilangan rambut atau alopesia, dimana rambut menjadi rapuh dan patah yang disebabkan oleh penggunaan pengeritingan rambut, produk rambut, pengikatan yang ketat, dan penggunaan sisir panas (Potter & Perry, 2012).

#### 4. Waktu Melakukan *Personal Hygiene*

Cara untuk melakukan *personal hygiene* dengan baik kepada pasien, ada waktu-waktu yang tepat dalam melaksanakannya menurut Heriana (2014), yaitu :

a) Perawatan dini hari

Dimana perawatan dini hari ini dilakukan pada waktu bangun tidur, dimana tindakan yang bisa dilakukan pada perawatan dini hari bisa seperti perapian dalam pengambilan bahan pemeriksaan (urine atau feses), memberikan pertolongan, mempersiapkan pasien dalam melakukan makan pagi dengan

melakukan tindakan diri, seperti mencuci muka, tangan, dan menjaga kebersihan mulut.

b) Perawatan pagi hari

Dimana perawatan ini dilakukan setelah melakukan makan pagi dengan menggunakan perawatan diri seperti melakukan pertolongan dalam mencuci rambut, perawatan kulit, membersihkan mulut, kuku, dan rambut, melakukan pijatan pada punggung, serta merapikan tempat tidur pasien.

c) Perawatan siang hari

Dilakukan setelah melakukan berbagai tindakan pengobatan atau pemeriksaan dan setelah makan siang. Perawatan siang hari ini seperti mencuci muka dan tangan, membersihkan mulut, merapikan tempat tidur, dan melakukan pemeliharaan kebersihan lingkungan kesehatan pasien.

d) Perawatan menjelang malam

Dimana perawatan ini dilakukan saat pasien menjelang tidur agar pasien dapat tidur atau beristirahat dengan tenang dengan kegiatan tersebut antara lain, pemenuhan kebutuhan eliminasi (BAB & BAK), mencuci tangan dan muka, membersihkan muka dan memijat daerah punggung.

Tujuan dilakukannya perawatan ini untuk mempertahankan perawatan diri, dapat melatih hidup sehat dan bersih, serta memperbaiki persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan, dan menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan yang digantikan oleh pasien.

## 5. Dampak Gangguan *Personal Hygiene*

Dampak yang sering ditimbulkan pada masalah *personal hygiene* menurut Tarwoto dan Watonah (2011), adalah :

1) Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik pada kuku.

2) Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, dan gangguan interaksi sosial.

## **B. Konsep Stroke Iskemik**

### **1. Pengertian Stroke Iskemik**

Stroke iskemik adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan fungsi otak dikarenakan adanya aterosklerosis yang menyebabkan suplai darah ke bagian otak menjadi terganggu (Smeltzer & Bare, 2016). Muttaqin (2011) mengatakan bahwa stroke iskemik adalah gangguan peredaran darah di otak karena adanya iskemik, thrombosis, dan emboli di jaringan otak.

Menurut Nugroho dkk (2016), jenis stroke iskemik dibagi menjadi dua yaitu stroke iskemik trombolitik dan stroke iskemik embolitik :

- 1) Stroke jenis ini terjadi karena adanya penggumpalan pada pembuluh darah ke otak yang disebabkan oleh adanya aterosklerosis yang diikuti gumpalan darah yang cepat sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak menjadi terhalang.
- 2) Stroke iskemik embolitik merupakan penyumbatan pembuluh darah menuju otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli yang terjadi berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan mengakibatkan penyumbatan pembuluh darah di otak. Stroke ini dapat dipicu oleh penurunan tekanan darah yang drastis akibat aktivitas fisik terlalu berat, stroke ini terjadi tiba-tiba tanpa tanda terlebih dahulu berbeda dengan stroke iskemik trombolitik.

## 2. Etiologi Stroke Iskemik

Penyebab stroke iskemik menurut Nugroho (2016) diantaranya adalah :

### a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang menimbulkan oedem dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi ketika sedang tidur atau ketika bangun tidur.

- 1) Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas pembuluh darah.
- 2) Hypercoagulasi pada polysitemia. Darah bertambah kental, peningkatan viskositas / hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.
- 3) Arteritis (radang pada Arteri).

### b. Emboli serebral

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

- 1) Katup-katup jantung yang rusak akibat rheumatic heart disease (RHD)
- 2) Myokard infark, infark miokard (kematian otot jantung) menjadi factor terbesar terjadinya penyakit stroke. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak.
- 3) Fibrilasi, keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah berbentuk gumpalan kecil.
- 4) Endokarditis, suatu peradangan oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endokardium.

## 3. Patofisiologi Stroke Iskemik

Stroke iskemik atau stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60 sampai 90 detik

akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak (Haryono & Utami, 2019).

Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini berisiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Lalu daerah penumbra adalah daerah otak yang aliran darahnya terganggu tetapi masih lebih baik daripada daerah inti karena daerah ini masih mendapat suplai perfusi dari pembuluh darah lainnya. Daerah penumbra memiliki aliran darah 10-25cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah penumbra memiliki prognosis lebih baik dibandingkan dengan daerah inti. Defisit neurologis dari stroke iskemik tidak hanya bergantung pada luas daerah inti dan penumbra, tetapi juga pada kemampuan sumbatan menyebabkan kekakuan pembuluh darah atau vasospasme (Haryono & Utami, 2019).

Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah adalah suatu proses biomolekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia (*ischemic cascade*). Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membrane. Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bekerja pada reseptor di sel-sel saraf (terutama reseptor NMDA/N-methyl-D-aspartame), menghasilkan influks natrium dan kalsium. Influks natrium membuat jumlah

cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influx kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak, dan struktur sel. Influx kalsium juga dapat menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organel membran yang berfungsi mengatur metabolisme sel. Kegagalan-kegagalan tersebut yang membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Haryono & Utami, 2019).

#### **4. Manifestasi Klinis Stroke Iskemik**

Manifestasi klinis stroke iskemik menurut Pudiastuti (2011) adalah :

##### **a. Gangguan pada Pembuluh Darah Karotis**

- 1) Pada cabang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media) :
  - a) Gangguan rasa di daerah muka/wajah sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi.
  - b) Gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain atau afasia.
  - c) Gangguan gerak/kelumpuhan (hemiparesis/hemiplegic)
  - d) Mata selalu melirik kearah satu sisi (deviation conjugae)
  - e) Kesadaran menurun
  - f) Tidak mengenal orang (prosopagnosia)
  - g) Mulut perot
  - h) Merasa anggota tubuh sisi tidak ada
  - i) Tidak sadar kalau dirinya mengalami kelainan
- 2) Pada cabang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior) :
  - a) Kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan-gangguan saraf perasa
  - b) Mengompol
  - c) Tidak sadar
  - d) Gangguan mengungkapkan maksud
  - e) Menirukan omongan orang lain (ekholali)
- 3) Pada cabang menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior) :
  - a) Kebutaan seluruh lapang pandang satu sisi atau separuh pada kedua mata, bila bilateral disebut cortical blindness.

- b) Rasa nyeri spontan atau hilangnya rasa nyeri dan rasa getar pada seluruh sisi tubuh.
- c) Kesulitan memahami barang yang dilihat, namun dapat mengerti jika meraba atau mendengar suaranya.
- d) Kehilangan kemampuan mengenal warna

**b. Gangguan pada Pembuluh Darah Vertebrobasilaris**

- 1) Sumbatan/Gangguan pada Arteri Serebri Posterior
  - a) Hemianopsia homonym kontralateral dari sisi lesi
  - b) Hemiparesis kontralateral
  - c) Hilangnya rasa sakit, suhu, sensorik proprioseptif (rasa getar)
- 2) Sumbatan/Gangguan pada Arteri Serebri Vertebralis
 

Bila sumbatan pada sisi yang dominan dapat terjadi sindrom *Wallenberg*. Jika pada sisi tidak dominan tidak menimbulkan gejala.
- 3) Sumbatan/Gangguan pada Arteri Serebri Inferior
  - a) Sindrom *Wallenberg* berupa atasia serebral pada lengan dan tungkai di sisi yang sama, gangguan N.II (oftalmikus) dan reflex kornea hilang pada sisi yang sama.
  - b) Sindrom *Horner* sesisi dengan lesi.
  - c) Disfagia, apabila infark mengenai *nucleus ambiguus ipsilateral*.
  - d) Nistagmus, jika terjadi infark pada nucleus Vestibularis.
  - e) *Hemipestesia alternans*.

**5. Hubungan Antara Stroke Iskemik dan Personal Hygiene**

Stroke iskemik menimbulkan kecacatan fisik berupa penurunan kemampuan motoric yang mengakibatkan penurunan aktivitas. Penurunan kemampuan aktivitas menyebabkan ketergantungan dalam pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). Kejadian stroke iskemik dapat menimbulkan kecacatan bagi penderita yang mampu bertahan hidup. Salah satunya adalah ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan AKS (Mandic & Rancis, 2011 dalam Fadlulloh, 2014).

AKS merupakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Pemenuhan kebutuhan dasar pada penderita stroke dilakukan secara dependen dengan bantuan careviger baik perawat ataupun keluarga. Pasien stroke mengalami ketergantungan berat dalam pemenuhan AKS. Beberapa aktivitas yang memerlukan bantuan orang lain meliputi kebersihan diri, mandi, toilet, menaiki tangga, memakai pakaian, mengontrol BAK, berpindah tempat, dan berpindah dari kursi ke tempat tidur (Rahmawati, 2010 dalam Fadlulloh, 2014).

Banyak pasien stroke iskemik yang mengalami gangguan kebersihan diri. Pada umumnya yang terjadi di masyarakat, pasien stroke tidak mendapatkan perhatian yang serius terutama dari orang terdekat yaitu keluarga pasien. Keluarga hanya mementingkan kesembuhan pasien dengan obat atau terapi tanpa memenuhi kebutuhan dasar manusia khususnya kebersihan diri, karena keluarga pasien menganggap bahwa masalah kebersihan adalah masalah sepele, padahal jika hal tersebut dibiarkan terus dapat mempengaruhi kesehatan secara umum (Isro'in dan Andarmoyo, 2012).

Menurut Tarwoto & Wartonah (2010), dampak terburuk ketika kebersihan diri tidak terpenuhi pada pasien stroke khususnya stroke iskemik adalah gangguan fisik berupa gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku. Tidak terpenuhinya kebutuhan kebersihan diri juga berdampak pada psikososial yang berhubungan dengan immobilisasi. Gangguan tersebut meliputi gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksisosial.

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

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan *Personal Hygiene* pada Pasien Stroke Iskemik

### 1. Pengkajian Keperawatan

a) Pengkajian Keperawatan berupa : identitas klien dan identitas penanggung jawab.

1) Identitas pasien meliputi : nama, tempat/tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, alamat.

2) Identitas penanggung jawab meliputi : nama, alamat, hubungan keluarga.

b) Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat keperawatan pada masalah pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien stroke iskemik.

1) Keluhan Utama

Biasanya pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan mengalami penurunan kesadaran.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke iskemik biasanya timbul saat setelah istirahat atau bangun tidur dengan gejala seperti nyeri kepala, mual, mati rasa, kebingungan, gangguan bicara, dan tidak seimbang saat berjalan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya ada riwayat hipertensi, adanya riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, obesitas, penyakit jantung, dan adanya riwayat merokok.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus dan stroke. Menurut Batticaca (2008), hipertensi, jantung, DM termasuk hal yang harus diketahui dalam pemeriksaan riwayat kesehatan keluarga.

c) Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan tingkat kesadaran

Pemeriksaan tingkat kesadaran pasien stroke iskemik menurut Muttaqin (2011) Biasanya tingkat kesadaran klien dan respon berkisar pada tingkat *compos mentis* (GCS 15-14), *apatis* (GCS 13-12), *stupor* (GCS 6-4).

## 2. Pengukuran Tanda-tanda vital

### a) Tekanan darah

Pada tekanan darah pasien stroke iskemik biasanya terjadi peningkatan dengan tekanan systole  $> 140$  dan tekanan diastole  $> 100$ .

### b) Nadi

Biasanya nadi normal (60-100x/menit).

### c) Pernafasan

Biasanya ada gangguan pada sistem pernafasan seperti peningkatan frekuensi nafas, sesak nafas, dan penggunaan otot bantu nafas.

### d) Suhu

Biasanya suhu dalam keadaan normal ( $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ ).

## 3. Pemeriksaan Fisik

### 1) Kepala

#### a) Rambut

Kebersihan rambut dan kulit kepala.

#### b) Wajah

Pada pasien stroke iskemik biasanya wajah akan pucat karena terjadinya hipoksia. Pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) pada pasien yang sadar tidak ada gangguan, bisa merasakan sensasi wajah apabila dilakukan usapan. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) biasanya pada pasien yang pelo wajah akan asimetris, otot wajah tertarik pada sisi yang sehat.

### 2) Mata

Pada pasien stroke iskemik biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor. Pada pemeriksaan nervus II (Optikus) biasanya pada pasien yang hemiplegia akan mengalami disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual. Pemeriksaan nervus III (Oculomotorius) bentuk dan ukuran pupil normal yaitu sekitar 2-3 mm dan refleks membuka kelopak mata juga tidak ada gangguan apabila tidak mengalami paresis. Pada pemeriksaan nervus IV (Troklearis) dapat mengikuti arah benda ke atas dan ke bawah yang dilakukan oleh perawat apabila tidak ada hemiparesis dan hemiplegia dan

pada nervus VI (Abdusen) pasien bisa mengikuti arah ke kanan dan kiri apabila tidak ada paralisis pada mata.

3) Hidung

Pada pemeriksaan nervus I (Olfaktorius) pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

4) Mulut

Pada pemeriksaan nervus VII (Facialis) persepsi pengecapan dalam batas normal. Pada pemeriksaan nervus IX (Glossopharyngus) dan nervus X (Vagus) kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut. Pada pemeriksaan nervus X didapatkan juga gangguan seperti adanya tekanan darah yang meningkat dan frekuensi nadi. Pada pemeriksaan nervus XII (Hipoglosal) lidah simetris, pada pasien yang mengalami pembicaraan pelo lidah sulit untuk digerakkan tapi indra pengecapan dalam batas normal.

5) Telinga

Pada pemeriksaan nervus VIII (Akustikus vestibular) tidak ditemukannya tuli atau gangguan pendengaran, pada pasien tanda-tanda serebral seperti ataksia dan vertigo akan mengalami gangguan keseimbangan.

6) Leher

Pada pasien stroke iskemik kaku kuduk (-), pada pemeriksaan nervus XI (Asesorius) tidak ada gangguan apabila pasien tidak mengalami paresis, dan biasanya tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.

7) Thorax

a) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri-kanan  
 Palpasi : biasanya fremitus antara kiri dan kanan  
 Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)  
 Auskultasi : biasanya suara normal (vesikuler)

b) Jantung

Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat  
 Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

8) Abdomen

Biasanya pada pasien stroke didapatkan distensi pada abdomen, didapatkan penurunan peristaltik usus, dan perut kadang-kadang kembung.

9) Genitalia

Biasanya pasien stroke dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

10) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Biasanya pada pasien stroke non hemoragik kaku kuduk (-), pada pemeriksaan reflek, biasanya (refleks bisep (+)) dan pada pemeriksaan trisep tidak ada respon fleksi dan supinasi (refleks trisep (+)), pada ekstremitas atas yang mengalami paralisis akan mengalami gangguan dalam gerak atau tidak berfungsinya anggota gerak bagian atas.

b) Ekstremitas bawah

Biasanya saat pemeriksaan refleks, (refleks babinsky (-)), (refleks caddock (-)), (refleks openheim (-)), (refleks Schaefer (-)), dan (refleks gordon (-)). Pada pasien yang mengalami paralisis, hemiplegia akan mengalami gangguan atau batas gerak pada ekstremitas bawah sehingga menyebabkan kesulitan dalam berjalan atau beraktivitas.

d) Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Aktivitas

Biasanya pada pasien dengan stroke iskemik akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas, karena kelemahan/penurunan kekuatan otot atau paralisis (hemiplegia), kelemahan umum, gangguan penglihatan, kehilangan sensasi dan gangguan tingkat kesadaran.

## 2) Eliminasi

Biasanya pada pasien dengan stroke iskemik akan mengalami perubahan dalam kebutuhan eliminasinya, hal ini dapat diketahui melalui gejala seperti perubahan pola kemih, distensi abdomen, bising usus negatif.

## 3) Makan / minum

Biasanya pada pasien dengan stroke iskemik akan mengalami dalam memenuhi kebutuhan makan dan minum, hal ini dapat dilihat dari nafsu makan yang mulai berkurang, mual, muntah, disfagia, kehilangan sensasi pada lidah, pipi, dan tenggorokan, yang ditandai dengan kesulitan menelan.

## 4) Istirahat dan tidur

Biasanya pada pasien stroke iskemik akan mengalami kesulitan untuk istirahat dan tidur karena adanya gangguan kenyamanan seperti sakit kepala.

## e) Pemeriksaan penunjang

## 1) Test diagnostik

## a) CT-Scan

Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti.

## b) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya infark. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark (Diguilio, 2014).

## 2) Laboratorium

Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb (14-18 g/dL), Leukosit ( $5.0-10.0 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), Trombosit ( $150-400 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), Eritrosit (4.0-5.0 juta/ $\mu\text{l}$ ), lipid (40 mg/dl), gula darah (70-130 mg/dL), asam urat (2,5-7,5 mg/dL), ureum kreatinin (ureum = 10-50 mg/dL, kreatinin = 0.6-1.2 mg/dL), waktu perdarahan, waktu pembekuan, elektrolit, urin rutin (Nugroho, 2016).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan utama yang mungkin muncul pada gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke iskemik menurut SDKI 2017, yaitu :

- 1) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan, gangguan psikologis, penurunan motivasi.
- 2) Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, faktor mekanis (mis.penekanan pada tonjolan tulang, gesekan), kelembaban.
- 3) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

## 3. Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1**  
**Diagnosa dan Intervensi Keperawatan SDKI, SLKI, Dan SIKI**

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Luaran)	SIKI (Intervensi)
1	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gangguan muskuloskeletal</li> <li>2) Gangguan neuromuskular</li> <li>3) Kelemahan</li> </ol> <p><b>Gejala :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menolak melakukan perawatan diri</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Perawatan Diri :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>c. Kemampuan makan meningkat</li> <li>d. Kemampuan ke toilet meningkat</li> </ol>	<p><b>1. Dukungan perawatan diri</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>b. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>c. Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana</li> </ol>

	<p><b>Tanda :</b></p> <p>1) Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ minum/ ke toilet/ berhias secara mandiri</p> <p>2) Minat melakukan perawatan</p>	<p>e. Verbalisasi keinginan perawatan diri meningkat</p> <p>f. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>g. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</p> <p>h. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</p>	<p>hangat, rileks, privasi)</p> <p>b. Siapkan keperluan pribadi (sikat gigi, sabun mandi)</p> <p>c. Dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>d. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>e. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan melakukan perawatan diri yang konsisten sesuai kemampuan</p> <p><b>2. Dukungan perawatan diri : makan dan minum</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi diet yang dianjurkan</p> <p>b. Monitor kemampuan menelan</p> <p>c. Monitor status hidrasi pasien</p>
--	--	--	---

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan</li> <li>b. Atur posisi yang nyaman untuk makan dan minum</li> <li>c. Lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>d. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian obat, sesuai indikasi seperti asam folat</li> </ol> <p><b>3. Dukungan perawatan diri : mandi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri</li> <li>b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>c. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)</li> <li>d. Monitor integritas kulit</li> </ol> <p>Terapeutik</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)</li> <li>b. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>c. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>d. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</li> <li>e. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</li> <li>f. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi bagi kesehatan</li> <li>b. Ajarkan pada keluarga cara memandikan pasien</li> </ul>
2	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, faktor mekanik (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan), kelembaban</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <p>1) Penurunan mobilitas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Integritas Kulit dan Jaringan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>b. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>c. Kerusakan lapisan kulit</li> </ul>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ubah posisi tiap 2 jam</li> </ul>

	<p>2) Faktor mekanik (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)</p> <p>3) Kelembaban</p> <p><b>Gejala</b></p> <p>1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p><b>Tanda :</b></p> <p>1) Nyeri</p> <p>2) Perdarahan</p> <p>3) Kemerahan</p> <p>4) Hematoma</p>	<p>menurun</p> <p>d. Nyeri menurun</p> <p>e. Perdarahan menurun</p> <p>f. Kemerahan menurun</p> <p>g. Hematoma menurun</p> <p>h. Suhu kulit membaik</p> <p>i. Sensasi membaik</p>	<p>jika tirah baring</p> <p>b. Bersihkan area perineal dengan air hangat</p> <p>c. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>d. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)</p> <p>b. Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>e. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p>
3	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <p>1) Gangguan stimulus lingkungan</p> <p><b>Gejala :</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Status Kenyamanan :</b></p> <p>a. Kesejahteraan fisik meningkat</p> <p>b. Kesejahteraan psikologis meningkat</p>	<p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>b. Identifikasi teknik</p>

	<p>1) Mengeluh tidak nyaman</p> <p>2) Mengeluh sulit tidur</p> <p>3) Tidak mampu rileks</p> <p>4) Mengeluh kedinginan / kepanasan</p> <p>5) Merasa gatal</p> <p>6) Mengeluh mual</p> <p>7) Mengeluh lelah</p> <p><b>Tanda :</b></p> <p>1) Gelisah</p> <p>2) Menunjukkan gejala distress</p> <p>3) Tampak merintih/menangis</p> <p>4) Pola eliminasi berubah</p> <p>5) Postur tubuh berubah</p> <p>6) Iritabilitas</p>	<p>c. Dukungan sosial dari keluarga meningkat</p> <p>d. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat</p> <p>e. Keluhan tidak nyaman menurun</p> <p>f. Gelisah menurun</p> <p>g. Gatal menurun</p> <p>h. Mual menurun</p> <p>i. Lelah menurun</p> <p>j. Suhu ruangan membaik</p> <p>k. Pola eliminasi membaik</p> <p>l. Pola tidur membaik</p>	<p>relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>c. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman</p> <p>b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan produk teknik relaksasi</p> <p>c. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia</p> <p>b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>c. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p>
--	---	---	--

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahap implementasi berpusat pada pelaksanaan intervensi yang diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan dan pemantauan reaksi pasien terhadap intervensi tersebut. Kriteria hasil yang diharapkan pada tahap implementasi perawatan diri klien yaitu kemampuan mandi meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat (PPNI, 2019).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Rinaldi, 2017). Kriteria hasil yang diharapkan pada tahap evaluasi perawatan diri klien yaitu kemampuan mandi meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, mempertahankan kebersihan diri dan mulut meningkat (PPNI, 2018).

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif atau pendekatan studi kasus yaitu suatu metode yang digunakan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi dalam masyarakat tanpa mencari hubungan antara dua variabel (Ayu, 2014). Dalam penelitian yang dilakukan berfokus untuk mendeskripsikan dan menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke iskemik di RS Tk III Dr.Reksodiwiryo Padang.

### **B. Tempat Dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Bagindo Aziz Chan Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan November 2021 sampai dengan Juni 2022.

### **C. Populasi Dan Sampel**

#### 1) Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi dari penelitian ini yaitu seluruh pasien dengan penyakit stroke iskemik yang mengalami gangguan *Personal Hygiene* di RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang yang ada pada saat penelitian. Populasi yang ditemukan saat penelitian ada 2 orang penderita stroke iskemik yang mengalami gangguan *personal hygiene*.

#### 2) Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Ayu, 2014). Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2013). Sampel pada penelitian yaitu satu orang partisipan, pasien stroke iskemik yang mengalami gangguan *personal hygiene* di RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang, dimana yang diambil menjadi sampel adalah

semua populasi menjadi sampel dengan teknik *purposive sampling* atau memenuhi kriteria.

Kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi :
  - a. Partisipan dan keluarga setuju berpartisipasi dengan penelitian
  - b. Partisipan stroke iskemik dengan kelemahan
  - c. Partisipan dan keluarga yang kooperatif
2. Kriteria Eksklusi :
  - a. Partisipan / keluarga menolak menjadi partisipan, karena keadaan yang memburuk
  - b. Partisipan yang berkomunikasi terganggu

Cara Pengambilan Sampel :

Berdasarkan kriteria diatas, pada saat dilakukan penelitian terdapat 2 pasien yang memenuhi kriteria, dijadikan partisipan dalam penelitian tersebut. Selanjutnya pemilihan sampel dipilih menggunakan *simple random sampling*, dilakukan seperti undian, (yaitu dengan cara memasukkan kedua nama pasien yang memenuhi kriteria dalam satu kotak dan dipilih secara acak, dan nama yang terpilih dijadikan partisipan), dimana semua individu berpeluang menjadi sampel. Sehingga didapatkan 1 orang pasien yang dijadikan sampel penelitian.

#### **D. Prosedur Pengambilan Data**

Langkah-langkah Pengumpulan Data. Pengumpulan data dalam proses keperawatan diawali dengan :

- 1) Prosedur Administrasi
  - a. Peneliti meminta izin melakukan penelitian dari instalasi asal penelitian yaitu Poltekkes Kemenkes Padang
  - b. Meminta surat rekomendasi ke RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang
  - c. Meminta izin kepada Kepala Bidang Instalasi Non Medis RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang

- d. Meminta izin kepada Kepala Ruangan RS Tk III Dr. Reksodiwiryono Padang
  - e. Melakukan pemilihan sampel sebanyak satu orang pasien dengan kasus stroke dengan kelemahan
  - f. Melakukan penelitian
  - g. Mendatangi responden serta keluarga dan menjelaskan tujuan penelitian
  - h. Keluarga memberikan persetujuan untuk dijadikan responden dalam penelitian
  - i. Keluarga diberikan kesempatan untuk bertanya
  - j. Memberikan informed consent kepada responden dan penanggung jawab
  - k. Selanjutnya peneliti dan keluarga melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya
- 2) Prosedur Asuhan Keperawatan
- a) Peneliti melakukan pengkajian kepada responden dan keluarga menggunakan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik
  - b) Peneliti merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien
  - c) Peneliti membuat perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien
  - d) Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada pasien
  - e) Peneliti mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien
  - f) Peneliti mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien mulai dari melakukan pengkajian sampai pada evaluasi terhadap Tindakan yang telah dilakukan.

## **E. Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

#### **a. Data primer**

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari pasien dengan melakukan pengumpulan data sendiri (Bungin, 2017). Seperti

pengkajian kepada pasien, meliputi : riwayat kesehatan, pola aktifitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari laporan status pasien, atau keluarga yang menemani klien (Bungin, 2017). Data sekunder pada penelitian ini langsung dari rekam medik serta dokumentasi di RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang. Informasi yang diperoleh berupa data tambahan atau penunjang dalam merumuskan diagnosa keperawatan. Data yang diperoleh berupa data penunjang dari laboratorium, dan terapi pengobatan yang diberikan dokter.

## 2. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan mempelajari dokumen-dokumen tertulis seperti rekam medis. Pada penelitian Stroke Iskemik dengan gangguan *Personal Hygiene*, alat yang digunakan untuk pemeriksaan fisik adalah nursing kit (Tensimeter, Stetoskop, Termometer, Penlight, Reflex Hammer, dan lainnya), dan instrumen dalam penelitian ini adalah format Asuhan Keperawatan Dasar mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

## 3. Teknik Pengumpulan Data

a) Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab. Wawancara digunakan oleh peneliti untuk melakukan studi pendahuluan untuk menemukan masalah yang diteliti, tetapi juga digunakan untuk mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam.

b) Pengukuran

Pengukuran adalah pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek dengan menggunakan alat ukur tertentu, misalnya berat badan dengan timbangan berat badan, tensi dengan tensimeter, dan sebagainya (Supardi, sudihyo, 2013).

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pemeriksaan fisik kepada klien secara menyeluruh/head to toe dengan cara IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) meliputi pemeriksaan fisik kepala, mata, hidung, mulut, telinga, leher, thorax, abdomen, genitalia, dan ekstremitas.

c) Dokumentasi

Dokumentasi adalah alat bukti tentang sesuatu, termasuk catatan-catatan, foto, rekaman video atau apapun yang dihasilkan peneliti (Ibrahim, 2015). Pada penelitian ini, peneliti melihat dan mendata status klien, mengenai program terapi, hasil pemeriksaan laboratorium, skrining kepala, rontgen dan pemeriksaan penunjang lainnya.

## **F. Analisis**

Analisa data yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan cara menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan yang telah ditemukan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan Personal Hygiene. Setelah itu data-data dari berbagai sumber meliputi data dari format asuhan keperawatan, wawancara, pengukuran yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan dan dokumentasi resmi dan instalasi terkait akan diolah kembali dan semua data akan didokumentasikan menggunakan format dokumentasi keperawatan. Data yang didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan yang akan dilakukan dan melihat perkembangan partisipan dalam peningkatan Personal Hygiene-nya, kemudian akan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan kebutuhan Personal Hygiene pasien Stroke Iskemik. Analisis yang dilakukan untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien Stroke Iskemik dilakukan di Ruang Bagindo Aziz Chan Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang, pada tanggal 8 Maret sampai dengan 12 Maret 2022 dari jam 08.00 WIB sampai dengan 14.00 WIB.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan di ruang Bagindo Aziz Chan pada tanggal 8 Maret 2022, dilakukan dengan metode anamnesa, pengukuran, 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 laboratorium serta terapi pengobatan yang diberikan dokter.

Hasil pengkajian pada partisipan didapatkan data sebagai berikut : pasien perempuan berusia 64 tahun, beragama Islam. Partisipan tamatan SLTA, seorang ibu rumah tangga. Pasien Menikah dan memiliki 10 orang anak, tinggal di kota Padang. Selama dirawat, yang bertanggung jawab pada pasien adalah suami pasien, dan suami pasien seorang pensiunan.

Klien masuk ke RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo pada hari Senin, 7 Maret 2022, pukul 08.50 WIB dibawa oleh keluarga. Dengan keluhan penurunan kesadaran saat setelah beristirahat, dan sehari sebelumnya mengalami sakit kepala sampai menjalar ke pundak dan mual muntah, demam 3 hari sebelum masuk rumah sakit, serta anggota tubuh sebelah kanan terasa mati rasa dan sulit digerakkan. Lalu dikirim ke IGD RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo dengan keluhan mengalami penurunan kesadaran serta kelemahan anggota gerak bagian kanan.

Pada saat pengkajian tanggal 8 Maret 2022, pukul 08.00 WIB. Klien dalam rawatan hari pertama, keluhan utama yang dirasakan oleh pasien yaitu, anggota tubuh bagian kanan lemah, terasa berat dan sulit digerakkan. Kesadaran masih apatis, bicara pelo dan kurang jelas, badan dan rambut bau, kulit kering.

Klien diketahui pernah dirawat 1 tahun yang lalu, dengan penyakit Stroke, namun sebelumnya hanya menyerang bagian mulut saja dan klien diketahui mempunyai riwayat hipertensi sejak lebih kurang 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol. Klien memiliki kebiasaan hidup tidak sehat, seperti suka makan makanan yang bersantan, jeroan dan goreng-gorengan. Klien juga jarang melakukan olahraga.

Keluarga mengatakan bahwa ada keluarga yang menderita stroke iskemik seperti klien yaitu adik kandung pasien, ibu dari pasien juga memiliki penyakit hipertensi, dan klien memiliki riwayat hipertensi di keluarganya.

Pola asupan nutrisi dan cairan, keluarga mengatakan pada saat sehat klien makan 2 x sehari porsi sedang, dengan komposisi nasi, lauk, sayur, dan kadang-kadang klien makan buah, nafsu makan pasien baik dan porsi makan habis. Pasien makan-makanan bersantan, makanan berlemak dan makan goreng-gorengan. Klien minum 6-10 gelas sehari (lebih kurang 1800 cc/hari) air putih, pasien juga mengonsumsi kopi. Pada saat dirawat di RS, klien mendapatkan diit MC 6 x 200 cc. Diit hanya dihabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi dan klien minum 1-1,5 botol air mineral menengah (lebih kurang 1000 cc/hari).

Pola eliminasi pasien keluarga mengatakan, semasa sehat klien buang air besar biasanya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lunak, warna kuning tua, dan berbau khas, dan buang air kecil klien lancar 6-7 x sehari, bau khas, warna kuning jernih. Selama sakit klien belum buang air besar, dan untuk

buang air kecil kurang lancar 3-5x sehari, dengan bau has dan warna kuning jernih.

Aktifitas dan latihan klien saat sehat, klien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Klien mampu melakukan aktifitas fisik secara normal dan mandiri. Saat sakit, klien tampak hanya berbaring dan tidak mampu duduk ataupun berjalan ke kamar mandi. Klien harus dibantu dalam melakukan aktifitasnya, karena mengalami kelemahan anggota gerak.

Pola istirahat dan tidur semasa sehat, klien tidak ada istirahat pada siang hari. Pada malam hari klien tidur 5-8 jam dengan kualitas tidur nyenyak. Pada saat sakit, klien banyak istirahat dan hanya terlihat berbaring. Klien tidur dengan kualitas kurang baik dan sering terbangun saat tidur, disebabkan perubahan kondisi dan kepanasan.

Pola *personal hygiene* saat sehat, klien mampu membersihkan diri (mandi, keramas, menyikat gigi, ataupun memotong kuku), dan berhias serta merapikan diri dapat dilakukannya secara mandiri. Pada saat sakit, sampai dilakukan pengkajian, klien tampak kusut, rambut kurang bersih, kuku kotor dan tampak tidak bersih.

Pada saat dilakukan pengukuran, ditemukan keadaan umum klien terlihat lemah, dan tingkat kesadaran apatis dengan GCS 12 (E4M5V3), dengan hasil pengukuran tekanan darah 150/70 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 92 x/i, RR 20 x/i, berat badan 53 kg dan tinggi badan 155 cm.

Pada pemeriksaan fisik di bagian kepala dan leher, ditemukan; kepala tampak tidak cukup bersih, terlihat simetris, rambut klien tampak sudah ditumbuhi uban, tampak kusam, berminyak, berketombe, dan berbau. Mata klien simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, refleks pupil isokor, tampak masih ada kotoran yang melekat pada sela-sela mata. Pada telinga, telinga simetris kiri kanan, telinga tampak cukup bersih, fungsi

pendengaran baik, tidak ada lesi ataupun luka, tampak ada serumen yang melekat. Hidung bersih, simetris kiri kanan, tidak ada edema pada hidung, tidak ada pernapasan cuping hidung, penciuman berfungsi dengan baik. Lalu pada mulut, tampak mukosa mulut kering, gigi tampak kotor, lidah tampak putih, dan lidah pasien tampak sulit digerakkan. Pada leher, tampak berdaki, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis dan nadi karotis, serta fungsi menelan tidak terganggu.

Pada pemeriksaan dada, tampak simetris kiri dan kanan, tampak cukup bersih, warna kulit merata, tidak ada lesi ataupun luka. Saat di palpasi teraba fremitus kiri sama dengan kanan. Di perkusi, terdengar sonor dan saat di auskultasi, terdengar bunyi nafas vesikuler. Pada bagian abdomen, terlihat simetris kiri dan kanan, tampak sedikit buncit, tampak cukup bersih, dan warna kulit merata, tidak ada stria ataupun lesi, dengan bising usus normal 15 x/i. Saat di palpasi, tidak ada nyeri tekan ataupun nyeri angkat, juga tidak ada pembesaran hati atau limpa. Saat di perkusi, berbunyi tympani. Pada pemeriksaan kulit, kulit tidak tampak cukup bersih, tampak ada daki di beberapa lipatan kulit, kulit tampak kering, dan kusam, tidak ada edema, ataupun lesi, warna kulit merata, terlihat belang pada tangan dan kaki, dan fungsi perabaan masih baik.

Pada ekstremitas atas, di tangan bagian kiri tampak Terpasang infus NaCl 0,9%, akral hangat, CRT < 3 detik, tidak ada edema, kulit kering, kuku tangan tampak panjang dan kotor, turgor kulit kembali lambat, fungsi motoric baik. Pada bagian kanan, akral teraba hangat, CRT < 3 detik, tidak ada edema, kulit tampak kering dan kusam, kuku tangan tampak panjang dan kotor, turgor kulit kembali lambat, dan fungsi motorik lemah. Lalu pada ekstremitas bagian bawah, di kaki kiri akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali lambat, dan fungsi motorik baik. Pada bagian kanan, akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit

kering dan kusam, turgor kulit kembali lambat, dan fungsi motorik lemah.

Dengan kekuatan otot

0000	5555
0000	5555

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan laboratorium (Hematologi) pada tanggal 8 Maret 2022 menunjukkan kadar hemoglobin 11,9 gr/dl (normalnya, 12-14 gr/dl pada perempuan), Leukosit 9.900 mm<sup>3</sup> (normalnya, 5-10 ribu mm<sup>3</sup>), Trombosit 488.000 mm<sup>3</sup> (normalnya, 150-400 ribu mm<sup>3</sup>), Hematokrit 35.8% (normalnya, 37-43%), Kalsium 9,7 mg/dl (normalnya, 8,1-10,4 mg/dl), Ureum Darah 11,4 mg/dl (normalnya, 10-50 mg/dl), Kreatinin Darah 0,30 mg/dl (normalnya, 0,8-1,3 mg/dl), LED 50 mm (normalnya, 0-15 mm) dan GDS 162 mg/dl (normalnya, <180 mg/dl), Natrium 143 mmol/l (normalnya, 136 -145 mmol/l), Kalium 3,1 mmol/l (normalnya, 3,5 - 5,1 mmol/l), Klorida 98 mmol/l (normalnya, 97 – 111 mmol/l).

Klien mendapat terapi obat, Aspilet 2x1, CPG 1x75, Ceftriaxon 2x1 (IV), Ranitidin 2x1, KSR 1x1, Simvastatin 200 mg 1x1, Paracetamol 500 mg 3x1, Curcuma syrup 3x1, Sucralfat syrup 3x1, Laxadin syrup 1x1.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, dengan pengelompokan data, memvalidasi data, dan menganalisa data berdasarkan data subjektif, ditemukan diagnosa keperawatan yang teridentifikasi. Dengan diagnosa utama yaitu **Defisit Perawatan Diri : *Personal Hygiene* berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler**. Diagnosa ini dapat diangkat berdasarkan temuan dan analisa dengan data subjektif, keluarga klien mengatakan, klien tidak mampu untuk mandi secara mandiri, keluarga klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat, keluarga klien mengatakan klien sulit dalam beraktivitas karena anggota tubuh bagian kanan lemah dan sulit digerakkan. Data objektifnya dinilai dari kekuatan otot pada ekstremitas atas kanan pasien 0, kekuatan otot ekstremitas bawah kanan 0, kekuatan

otot ekstremitas atas kiri 5, kekuatan otot ekstremitas bawah 5, serta aktivitas klien tampak dibantu keluarga dan perawat, klien tampak kusam dan sedikit bau, rambut klien tampak berminyak dan berketombe, tampak kotoran yang melekat pada mata dan serumen yang mengeras pada telinga, mukosa bibir tampak kering, gigi kotor, lidah tampak putih, kuku klien tampak panjang dan kotor.

### 3. Rencana Keperawatan

Diagnosa utama, **defisit perawatan diri : *personal hygiene*, berhubungan dengan gangguan neuromuskuler**, yang memiliki kriteria hasil/pencapaian yang diharapkan, yang meliputi kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, verbalisasi keinginan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan tinggi, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat.

Rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai batasan dalam SIKI, yaitu **Dukungan perawatan diri : mandi (Observasi)** yaitu Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri, Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, Monitor kebersihan tubuh (meliputi : rambut, mulut, kulit, kuku), Monitor integritas kulit, (**Terapeutik**) yaitu Menyediakan peralatan mandi (sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit), Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, Memfasilitasi menggosok gigi, Memfasilitasi mandi, Mempertahankan kebiasaan kebersihan diri, Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian, (**Edukasi**) yaitu Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi bagi kesehatan, Mengajarkan pada keluarga cara memandikan pasien.

### 4. Implementasi Keperawatan

Pada pertemuan pertama, Selasa, 8 Maret 2022. Memonitor hemodinamik klien, Memandikan klien dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan

air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering. Membersihkan kuku klien yang panjang dan kotor dengan cara memotong kuku klien.

Pada pertemuan kedua, Rabu, 9 Maret 2022. Memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering, Memonitor hemodinamik klien.

Pada pertemuan ketiga, Kamis, 10 Maret 2022. Memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering, Memonitor hemodinamik klien.

Pada pertemuan keempat, Jum'at, 11 Maret 2022. Memonitor hemodinamik klien, Memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka

mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering. Membersihkan kuku klien yang panjang dan kotor dengan cara memotong kuku klien.

Pada pertemuan kelima, Sabtu, 12 Maret 2022. Memonitor hemodinamik klien, Memandikan serta mengajarkan keluarga memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi pasien setiap hari setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari, kemampuan mandi dan oral hygiene meningkat dengan intervensi di pertahankan.

**Selasa 8 Maret 2022**

**S :**

Pasien mengalami penurunan kesadaran

**O :**

1. Rambut tampak sudah bersih

2. Mulut tampak sudah bersih
3. Lidah tampak masih putih pucat
4. Kuku pasien tampak sudah 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.

### **Rabu 9 Maret 2022**

**S :**

1. Pasien sudah sadar
2. Pasien belum bisa mandi secara mandiri
3. Pasien susah menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri
4. Pasien belum bisa melakukan oral hygiene sendiri

**O :**

1. Rambut sudah bersih
2. Mulut sudah bersih
3. Lidah tampak masih putih pucat
4. Kuku pasien tampak sudah 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.

**Kamis 10 Maret 2022****S :**

1. Pasien belum bisa mandi secara mandiri
2. Pasien mulai sedikit bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri
3. Pasien mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri

**O :**

1. Rambut sudah bersih
2. Mulut tampak sudah bersih bau mulut berkurang
3. Lidah tampak merah muda
4. Kuku pasien sudah bersih

**A :**

Masalah defisit perawatan diri : *personal hygiene* belum teratasi karena pasien masih belum 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.

**Jum'at 11 Maret 2022****S :**

1. Pasien belum terlalu bisa mandi secara mandiri
2. Pasien mulai sedikit bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri
3. Pasien mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri

**O :**

1. Rambut sudah bersih
2. Mulut tampak sudah bersih dan bau mulut sudah berkurang
3. Lidah sudah warna merah muda
4. Kuku pasien sudah bersih

**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.

### **Sabtu 12 Maret 2022**

**S :**

1. Pasien sudah mulai bisa mandi secara mandiri
2. Pasien sudah lumayan bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri
3. Pasien mulai bisa melakukan oral hygiene sendiri

**O :**

1. Rambut terlihat sudah bersih
2. Mulut tampak bersih dan lembab, bau mulut sangat berkurang
3. Lidah sudah bersih dan berwarna merah muda
4. Kuku klien sudah bersih

**A :**

Masalah defisit perawatan diri : *personal hygiene* teratasi sebagian karena pasien sudah mulai bisa mandi sendiri secara mandiri dan mulai 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**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membandingkan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan gangguan *personal hygiene* pada Ny. J (partisipan) dengan penyakit stroke iskemik yang telah dilakukan sejak tanggal 8 Maret – 11 Februari 2022 di Ruang Rawat Bagindo Aziz Chan RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pada kasus diatas, partisipan yaitu pasien perempuan berumur 64 tahun, berdasarkan hasil penelitian Cintya dkk (2012) umur merupakan faktor risiko yang tidak dapat di ubah semakin meningkat umur maka resiko stroke akan semakin tinggi, stroke terjadi lebih banyak pada usia lebih dari 50 tahun yaitu 81,25%, sementara itu hanya 18,75% penderita berusia kurang dari 50 tahun. Dari hasil penelitian tersebut pasien termasuk penderita yang berusia lebih dari 50 tahun, sehingga berdasarkan analisa peneliti perbandingannya hasil penelitian diatas berbeda dengan hasil penelitian peneliti dimana angka kejadian lebih banyak pada usia lebih dari 50 tahun.

Pada kasus terjadi kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan, sakit kepala dan muntah sampai menjalar ke Pundak sebelum terjadi penurunan kesadaran, bicara pelo dan kurang jelas. Menurut Ratna (2015) tanda dan gejala stroke yaitu serangan sakit kepala, hilangnya keseimbangan, hilangnya kemampuan bicara / kemampuan memahami pembicaraan orang lain, serta kelumpuhan anggota gerak. Manifestasi klinis stroke iskemik menurut Taqiyyah Bararah & M. Jauhar (2013) yaitu kelumpuhan wajah atau anggota gerak yang timbul mendadak, penurunan kesadaran, afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan), disartia (bicara pelo atau cadel), nyeri kepala. Menurut analisa peneliti gejala-gejala yang dirasakan oleh klien terjadi karena terjadinya perubahan

perfusi jaringan otak yang ditimbulkan karena hipoksia (otak kekurangan oksigen), jika hipoksia berlangsung lama maka akan mengakibatkan iskemik otak. Jika otak kekurangan oksigen maka akan mengganggu fungsi atau kerja otak dan juga akan mempengaruhi fungsi organ-organ lainnya. Jadi berdasarkan analisa peneliti gejala yang dirasakan pasien sama dengan teori.

Pada kasus yang terjadi pada pasien, pasien memakan makanan yang bersantan, berminyak, dan berlemak. Partisipan juga jarang melakukan aktifitas fisik (olahraga). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Maukar, Ismando, Kundre (2013), dimana terdapat hubungan yang erat antara pola hidup yang tidak sehat (pola makan yang tidak teratur, mengkonsumsi makanan berlemak, kurang berolahraga) dengan kejadian stroke non hemoragik.

Kebiasaan hidup yang tidak sehat akan berdampak pada timbulnya hipertensi, sakit jantung, dan juga stroke. Dan berdasarkan penelitian Medya, 2019 di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang salah satu penyebab stroke yaitu pola hidup yang buruk dan tidak sehat. Ketika memiliki pola makanan yang baik, rajin berolahraga maka kemungkinan terkena stroke lebih rendah. Dan berdasarkan analisa peneliti kebiasaan pola hidup yang buruk pada Ny. J akan berdampak terjadinya arterosklerosis sehingga menyumbat aliran darah ke otak berkurang dan lama kelamaan akan berkurang, sehingga menyebabkan gangguan pada kerja otak, kebiasaan pasien tersebut sesuai dengan teori.

Pasien memiliki riwayat hipertensi, menurut hasil penelitian Cintya dkk (2012) hipertensi merupakan faktor risiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Menurut Ratna (2015) faktor resiko terjadinya stroke yaitu hipertensi, migrain, diabetes, kolesterol, arterosklerosis, gangguan kardiovaskuler, penyakit ginjal dan

sebagainya. Menurut penelitian yang dilakukan Medya, 2019 di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang salah satu penyebab stroke yaitu hipertensi. Dari analisa peneliti pasien yang mengalami hipertensi sesuai dengan teori.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada pasien, didapatkan diagnosa utama yaitu defisit perawatan diri : *personal hygiene* berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

Pada diagnosa utama pada kasus pasien yaitu defisit perawatan diri : *personal hygiene* berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Defisit perawatan diri : *personal hygiene* adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri mandi. Batasan karakteristik yang ditemukan pada klien sesuai dengan SIKI – SLKI 2018 ditemukan ketidakmampuan mandi, ketidakmampuan mengenakan pakaian, ketidakmampuan mempertahankan kebersihan diri, ketidakmampuan mempertahankan kebersihan mulut.

Menurut Isro'in (2012) faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* masih minimumnya dikarenakan faktor status sosial ekonomi maupun pendidikan. Data yang ditemukan adalah ketidakmampuan pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari dengan tujuan agar pasien mampu melakukan perawatan diri secara aman, aktivitas seperti mandi dibantu oleh keluarga dan perawat. Sehingga peneliti mengangkat diagnose ini sebagai diagnosa pertama karena dengan keterbatasan/ penurunan kesadaran otot yang di alami pasien, pasien akan membutuhkan pertolongan orang lain dalam pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya.

## 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan

keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerjasama dengan tingkat kesehatan lain. Kegiatan perencanaan ini meliputi memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan.

Rencana tindakan yang akan dilakukan pada diagnosa keperawatan utama defisit perawatan diri : *personal hygiene* yaitu dengan menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan dengan mengkaji kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri, untuk menentukan sejauh mana bantuan yang perlu diberikan kepada pasien. Tindakan yang akan dilakukan yaitu, memfasilitasi pasien menyikat gigi atau *oral hygiene*, memfasilitasi pasien mandi, memantau pembersihan kuku pasien, tindakan terakhir memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya mampu melakukan perawatan diri.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Hasil implementasi yang dilakukan pada pasien dengan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yang dilakukan dengan menyesuaikan dengan kondisi pasien tanpa meninggalkan prinsip dan konsep keperawatan.

Pada diagnosa defisit perawatan diri : *personal hygiene* berhubungan dengan gangguan neuromuskuler pada pasien dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Implementasi yang dilakukan pada kasus pasien dengan diagnosa utama yaitu defisit perawatan diri : *personal hygiene* berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, adapun implementasi yang dilakukan menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan dengan cara mengkaji kemampuan klien untuk perawatan

diri yang mandiri, memfasilitasi pasien mandi, memandikan klien serta mengajarkan keluarga memandikan klien, dan memantau pembersihan kuku pasien.

Menurut penelitian Medya, 2019 di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang implementasi yang dilakukan sama dengan penelitian yang peneliti lakukan yaitu menentukan bantuan sesuai kebutuhan, mengkaji kemampuan klien merawat diri, memfasilitasi serta mengajarkan perawatan diri. Sedangkan menurut penelitian Dina Sulistyowati (2012), melakukan perawatan personal hygiene pada pasien mobilitas fisik dilakukan sesering mungkin karena kondisi pasien yang mengalami keterbatasan gerak sehingga menghambat dalam melakukan perawatan diri. Maka perawat memegang peranan penting untuk mempertahankan kondisi pasien untuk tetap bersih berdasarkan kebutuhan klien serta keinginan klien.

Tindakan selanjutnya seperti memantau pembersihan kuku klien, memantau integritas kulit, memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya mampu melakukan perawatan diri. Dalam penelitian Fitria Handayani (2014) menyebutkan, memandikan klien dengan air hangat dapat meningkatkan kondisi kulit dan kenyamanan diri klien. Serta melakukan perawatan mandi minimal 2 kali sehari pada pasien stroke dapat meningkatkan kenyamanan dan mempertahankan kondisi nyaman dari klien.

Menurut penelitian Yolanda Bataha (2013), melakukan perawatan diri pada pasien pasca stroke, terutama yang mengalami kelumpuhan. Dimana perawat memandirikan keluarga untuk dapat melakukan kebersihan diri, atau dampak lanjut dari kerusakan kulit.

Tindakan yang tidak dapat dilakukan untuk defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskuler adalah menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman

pribadi dan personal. Tindakan ini tidak dilakukan karena keterbatasan peneliti dalam membuat kondisi rumah sakit yang nyaman.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada kasus telah dilakukan implementasi pada pasien. Evaluasi yang telah dilakukan tanggal 8 Maret sampai dengan 12 Maret 2022, untuk diagnosa defisit perawatan diri : *personal hygiene* 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*. Hal ini sesuai evaluasi dengan hasil penelitian yang dilakukan Medya, 2019 di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang yaitu dimana klien belum bisa mandi secara mandiri tetapi keluarga sudah bisa memandikan klien tetapi belum bisa melakukan *oral hygiene*.

Menurut SDKI (2017) kriteria hasil yang harus dicapai untuk masalah utama defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskuler adalah mampu melakukan perawatan diri yaitu mampu untuk mandi secara mandiri, mampu berpakaian secara mandiri, mampu melakukan perawatan mulut sendiri.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien, dengan gangguan personal hygiene pada pasien stroke iskemik di Ruang Bagindo Aziz Chan RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang, pada tahun 2022, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengalami gangguan personal hygiene dengan tanda dan gejala mengalami gangguan anggota gerak (kelemahan pada ekstremitas), gangguan berbicara, tidak mampu mandi sendiri.
2. Diagnosa keperawatan pada stroke iskemik yang muncul pada pasien diagnosa utamanya yaitu defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu Monitor kebersihan tubuh (meliputi : rambut, mulut, kulit, kuku), Monitor integritas kulit, Menyediakan peralatan mandi (sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit), Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, Memfasilitasi menggosok gigi, Memfasilitasi mandi, Mempertahankan kebiasaan kebersihan diri, Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi defisit perawatan diri : mandi yaitu Memonitor hemodinamik, Memandikan klien diatas tempat tidur, Melakukan oral hygiene, serta Membersihkan kuku klien ketika panjang dan kotor.
5. Hasil evaluasi untuk masalah keperawatan defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskuler sudah mulai teratasi sebagian pada hari rawatan kelima, seperti Klien sudah mulai bisa mandi secara mandiri, Klien sudah lumayan bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri, Klien mulai bisa melakukan oral hygiene sendiri.

## B. Saran

### 1. Bagi Direktur RS Tk. III Dr. Reksodiwiryono Padang

Disarankan kepada perawat melalui direktur RS Tk. III Dr. Reksodiwiryono dapat lebih meningkatkan intervensi mandiri keperawatan pada pasien stroke iskemik dalam melakukan pemantauan terhadap kondisi kebersihan setiap 6 jam, memandikan pasien dengan air hangat, melakukan oral hygiene pada pasien, serta menciptakan suasana nyaman dan pribadi dalam melakukan *personal hygiene* pada pasien.

### 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Diharapkan peneliti selanjutnya melakukan pengkajian secara optimal dan mengambil diagnosa keperawatan secara tepat menurut pengkajian yang dilakukan dan dalam melaksanakan tindakan keperawatan dengan semaksimal mungkin, terlebih dahulu dapat memahami masalah keperawatan dengan teliti, serta mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan benar.
- b. Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik dengan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien dengan stroke iskemik. Serta dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal dan efisien sesuai dengan keadaan dan tingkat kebutuhan yang dimiliki klien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Fitri Respati. 2014. *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Dua Satria Offset.
- Ariani, Ayu Putri. 2014. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan Dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Arum, Sheria Puspita. 2015. *Stroke, Kenali, Cegah, & Obati*. Yogyakarta : Suka Buku.
- Awiktamarotun. 2014. "Hubungan Pemenuhan Personal Hygiene Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tersedia pada opac.unisayogya.ac.id.pdf. November 7,2019.
- Bararah, Taqiyyah &. M. Jauhar. 2013. *Asuhan Keperawatan : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Bararah, Taqiyyah &. M. Jauhar. 2013. *Asuhan Keperawatan L : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Batticaca, Fransisca B. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Bungin, Burhan. 2017. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta : Kencana.
- Diguilio, Mary & Jackson, Donna. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Rapha Publising.
- Dinata, Cintya Agreayu, Yuliarni Syafrita, and Susila Sastri. 2013. "Gambaran Faktor Risiko Dan Tipe Stroke Pada Pasien Rawat Inap Di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012." *Jurnal Kesehatan Andalas* 2(2).
- Ernawati. 2012. *Buku Ajar Konsep Dan Aplikasi Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Trans Info Media.
- Fadlulloh, Siti Fathimah, Artif Setyo Upoyo, and Yuli Dwi Hartanto. 2014. "Hubungan Tingkat Ketergantungan Dalam Pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari (AKS) Dengan Harga Diri Penderita Stroke." *Jurnal Keperawatan Soedirman* 9(2):134-45.
- Geston, Geminal. 2019. *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Di RS TK.III Dr.Reksodiwiryo Padang*.
- Haryono, Rudi. Utami, Maria. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah II*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Heriana, Pelapina. 2014. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan : Binarupa Aksara.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2014. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta :
- Poltekkes Kemenkes Padang**

Salemba Medika.

- Ibrahim. 2015. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta.
- Isro'in, Laili &. Sulisty Andarmojo. 2012. *Personal Hygiene Konsep, Proses Dan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Junaidi, Iskandar. 2011. *Stroke Waspada Ancamannya*. Jogjakarta : ANDI.
- Kemendes RI. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. *Kemendagri Kesehatan RI*. 53(9), 1689-1699.
- Maryam, R Siti. Pudjiati, Gustina. Raenah, Een. 2013. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Dan Berpikir Kritis Dalam Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media.
- Nugroho. 2016. *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta Selatan : Salemba Medika.
- Permatasari, Dita, Siti, Rohimah. 2019. *Gambaran Kepuasan Keluarga Pasien Stroke Pada Pemenuhan Personal Hygiene Oleh Perawat Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis Tahun 2018*. Vol. 1 nomor 2.
- Potter & Perry. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Potter & Perry. 2015. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Potter & Perry. 2012. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Potter & Perry. 2013. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. 1st edn. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 1st edn. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia. 1st edn. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pudiastuti, Ratna Dewi. 2011. *Penyakit Pemicu Stroke ; Dilengkapi Dengan Posyandu Lansia Dan Posbindu PTM*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Putri, Nufus Diana, and Hajjul Kamil. 2019. "Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Dasar Personal Hygiene Oleh Perawat RSUD Meuraxa." *Jim FKep* 4(2):90–99.
- Ramadani, Fauzy. 2016. *Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis Tahun 2016*. Tersedia pada : [https://www.slideshare.net/pjj\\_kemendes/kb-2-43233971](https://www.slideshare.net/pjj_kemendes/kb-2-43233971). Diakses 19 Des 2020.
- Sutanto, Andina Vita &. Yuni Fitriana. 2017. *Kebutuhan Dasar Manusia : Teori*

- Dan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan.* Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Tandra. 2018. *Dari Diabetes Menuju Jantung & Stroke.* Jakarta : Gramedia Pustaka.
- Tarwoto & Wartonah. 2011. *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan.* Jakarta : Salemba Medika.
- Zakiatu, Annisa. 2020. *Asuhan Keperawatan Gangguan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik Di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020.*



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146



---

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR**

NAMA MAHASISWA : Arsytul Munawwarah  
NIM : 193110127  
RUANGAN PRAKTIK : Ruang Bagindo Aziz Chan RS Tk. III Dr.  
Reksodiwiryo Padang

---

**A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA**

1. Identitas Klien

Nama : Ny. J  
Umur : 64 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pendidikan : SLTA  
Alamat : Kota Padang

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Tn. M  
Pekerjaan : Pensiunan  
Alamat : Kota Padang  
Hubungan : Suami

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 7 Maret 2022, Pukul 08.50 WIB  
Ruang Rawat : Ruang Bagindo Aziz Chan  
Diagnosa Medik : Stroke Iskemik  
Yang mengirim/merujuk : Keluarga Pasien  
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran, anggota gerak sebelah kanan sulit digerakkan, bicara pelo dan kurang jelas

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

###### - Keluhan Utama Masuk

Ny. J masuk RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang pada hari Senin, 7 Maret 2022 pukul 08.45 WIB dibawa oleh keluarga melalui IGD, dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 1 hari yang lalu terjadi secara tiba-tiba saat sedang istirahat, mampu membuka mata, menyahut ketika di panggil keluarga dan mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Tekanan Darah 143/70 mmHg, Nadi 89 x/i, Pernafasan 20 x/i, suhu 36,2°C, dengan GCS 12 (E4M5V3). Ny. J mendapat terapi NaCl 0,9%.

###### - Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian)

Pada saat pengkajian tanggal 8 Maret 2022 jam 08.00 WIB klien dengan hari rawatan pertama terpasang infus NaCl 0,9% ditangan sebelah kiri, dengan kesadaran masih apatis, anggota gerak sebelah kanan lemah dan sulit digerakkan, bicara pelo dan kurang jelas, aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat. Tekanan Darah 150/70 mmHg, Nadi 92 x/i, Pernafasan 20 x/i, suhu 36,5°C, badan tampak sedikit kotor, mulut kotor, lidah kurang bersih, kulit kering, rambut berbau dan tampak tidak bersih, kuku tangan dan kaki kotor.

##### b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Ny. J tidak pernah dirawat sebelumnya, riwayat hipertensi ± 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol. Klien memiliki kebiasaan hidup yang tidak sehat, suka makan makanan bersantan, jeroan, goreng-gorengan, dan jarang melakukan olahraga.

##### c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan bahwa ada anggota keluarga yang menderita stroke iskemik yaitu adik Ny. J, ibu Ny. J juga menderita penyakit hipertensi. Klien juga memiliki riwayat hipertensi di keluarganya.

## Lampiran 1

### 5. Kebutuhan Dasar

#### a. Makan

Sehat :

Klien makan 2 x sehari dengan porsi sedang, dengan komposisi nasi, lauk, sayur, kadang-kadang makan buah, dan makan habis. Klien suka makan- makanan bersantan, goreng-gorengan, dan makanan yang berlemak.

Sakit :

Saat sakit klien mendapatkan Diit MC 6 x 200 cc, makanan tidak pernah habis, klien tidak nafsu makan.

#### b. Minum

Sehat :

Klien minum 6-10 gelas sehari ( $\pm 1800$  cc/hari) air putih, klien juga suka mengkonsumsi kopi

Sakit :

Saat sakit klien minum 1-1,5 botol air mineral sedang ( $\pm 1000$  cc/hari)

#### c. Tidur

Sehat :

Di rumah klien tidak ada istirahat siang hari karena bekerja. Pada malam hari klien tidur 5-8 jam dengan kualitas tidur baik dan nyenyak.

Sakit :

Saat di rumah sakit, klien banyak istirahat dan sering terlihat berbaring, klien tidur dengan kualitas kurang baik serta sering terbangun karena perubahan kondisi dan kepanasan.

#### d. Mandi

Sehat :

Klien mampu membersihkan diri (mandi 2 x sehari, keramas 3 x seminggu, menyikat gigi 2 x sehari, dan memotong kuku) secara mandiri.

Sakit :

Saat dilakukan pengkajian, klien mandi hanya dibantu keluarga.

## Lampiran 1

### e. Eliminasi

Sehat :

Saat sehat BAB klien teratur 1-2 x sehari, dengan konsistensi lunak, warna kuning tua, dan berbau khas, BAK klien lancar 6-7 x sehari, bau khas, warna kuning jernih.

Sakit :

Saat dilakukan pengkajian klien belum ada BAB, dan BAK klien kurangleancar 3-5x sehari dengan bau khas, warna kuning jernih.

### f. Aktifitas dan Latihan

Sehat :

Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Biasanya klien mampu melakukan aktifitas fisik secara normal dan mandiri.

Sakit :

Saat sakit, klien tampak hanya berbaring kadang ke kiri dan kadang ke kanan, semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

## 6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 155 cm / 53 kg
- Tekanan Darah : 150/70 mmHg
- Suhu : 36,5 °C
- Nadi : 92 x / Menit
- Pernafasan : 20 x / Menit
- Rambut : Rambut klien sudah ditumbuhi uban, rambut tampak kusam, berminyak, penyebaran tumbuh rambut merata, tidak mudah dicabut dan berbau.
- Telinga : Telinga simetris kiri dan kanan, cukup bersih, fungsi pendengaran baik, tidak ada lesi ataupun luka, tampak ada serumen yang melekat dan tidak keluhan lainnya.
- Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, refleks pupil isokor, tampak masih ada kotoran yang melekat pada sela-sela mata dan tidak ada keluhan lainnya.

## Lampiran 1

- Hidung : Hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, tidak ada pernafasan cuping hidung, penciuman berfungsi dengan baik.
- Mulut : Mulut tampak kering, gigi masih utuh, lidah tampak putih, reflek mengunyah masih baik, gigi tampak kotor, dan lidah pasien tampak sulit digerakkan.
- Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, dan tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tampak berdaki.

### - Toraks

I : Tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada luka

Pa : Fremitus kiri dan kanan

Pe : Sonor, Ronkhi (-)

A : Vesikular

### - Abdomen

I : Tampak simetris kiri dan kanan, tampak sedikit buncit, tampak cukup bersih, warna kulit merata, tidak ada lesi

Pa : Tympani

Pe : Tidak ada nyeri tekan atau nyeri lepas, tidak ada pembesaran hati/limpa

A : Bising usus normal (15 x/menit)

- Kulit : Terlihat cukup bersih, kulit sedikit kering dan kusam, tidak ada edema ataupun lesi, warna kulit merata, terlihat belang pada tangan dan kaki, dan fungsi perabaan masih baik.

### - Ekstremitas

Atas :

- Kanan : Akral teraba hangat, CRT < 3 detik, tidak ada edema, kulit tampak sedikit kering, kuku tangan tampak kotor, turgor kulit baik, lemah.
- Kiri : Terpasang infus NaCl 0,9% 12 tmp, akral hangat, CRT < 3 detik, kuku tampak kotor, lemah

Bawah :

- Kanan : Akral teraba hangat, CRT < 3 detik, kulit tampak sedikit kering, lemah

## Lampiran 1

- Kiri : Akral teraba hangat, CRT < 3 detik, kulit tampak sedikit kering, lemah

Kekuatan Otot :

0000		5555
0000		5555

### 7. Data Psikologis

Status emosional : Tingkat emosional pasien stabil. Keluarga mengatakan Ny. J cukup emosional jika ada suatu hal yang tidak sesuai dengan keinginannya, keluarga juga mengatakan klien cenderung memendam perasaannya.

Kecemasan : Keluarga mengatakan kalau klien dan keluarga cemas, namun keluarga berusaha agar klien tetap tenang.

Pola koping : Pola koping klien baik

Gaya komunikasi : Klien berkomunikasi menggunakan bahasa minang walaupun masih kurang jelas dan sedikit sulit dimengerti.

Konsep Diri : Pasien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya yang sudah menikah dan ada yang masih sekolah.

8. Data Ekonomi Sosial : Pasien berasal dari golongan ekonomi menengah, pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Keluarga mengatakan pasien memiliki hubungan baik dengan anggota keluarga yang lain dan teman-temannya.

9. Data Spiritual : Pasien beragama islam, pasien tetap beribadah sholat wajib meskipun sakit.

### 10. Lingkungan Tempat Tinggal

Tempat pembuangan kotoran : WC dan terdapat septic tank

## Lampiran 1

Tempat pembuangan sampah	: Keluarga Ny. J mengatakan biasanya sampah-sampah yang ada dikumpulkan di belakang rumah dan kemudian dibakar.
Pekarangan	: Keluarga Ny. J mengatakan di rumahnya terdapat pohon-pohon.
Sumber air minum	: Air PDAM
Pembuangan air limbah	: Limbah yang dibuang ke lubang di belakang rumah.

### 11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
8 Maret 2022	<b>Hematologi</b>			
	Hemoglobin	11,9	g/dl	12,0 – 14,0
	Leukosit	9.900	$10^3/\text{Mm}^3$	5,0 – 10,0
	Hematokrit	35.8	%	37,0 – 43,0
	Trombosit	488.000	$10^3/\text{Mm}^3$	150 – 400
	<b>Kimia Klinik</b>			
	Kalsium	9,7	mg/dl	8,1 – 10,4
	Ureum Darah	11,4	mg/dl	10 – 50
	Kreatinin Darah	0,30	mg/dl	0,8 – 1,3
	Gula Darah Sewaktu	162	mg/dl	< 180
	<b>Elektrolit</b>			
	Natrium	143	mmol/l	136 -145
	Kalium	3,1	mmol/l	3,5 - 5,1
	Klorida	98	mmol/l	97 – 111

#### a. Pemeriksaaa Diagnostik

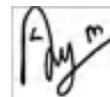
- Pemeriksaan Radiologi :
- 1. Rontgen Thorax
- 2. EKG

12. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
	NaCl 0,9%	8 jam/kolf	IV
	Aspilet	2x1	P.O
	CPG	1x75	P.O
	Ceftriaxon	2x1	IV
	Ranitidin	2x1	P.O
	Simvastatin 200 mg	1x1	P.O
	KSR	1x1	P.O
	Paracetamol 500 mg	3x1	P.O
	Curcuma syrup	3x1	P.O
	Sucralfat syrup	3x1	P.O
	Laxadin syrup	3x1	P.O

Padang, 8 Maret 2022

Mahasiswa,



( Arsytul Munawwarah )

NIM : 193110127

**ANALISA DATA**

NAMA PASIEN : Ny. J  
 NO. MR : 28.07.47

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga klien mengatakan, klien tidak mampu untuk mandi secara mandiri</li> <li>• Keluarga klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat</li> <li>• Keluarga klien mengatakan klien sulit dalam beraktivitas karena kelemahan seluruh anggota gerak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas klien tampak dibantu keluarga dan perawat</li> <li>• Kekuatan otot klien ekstremitas atas kanan 0, kekuatan otot klien ekstremitas atas kiri 5, kekuatan otot klien ekstremitas bawah kanan 0, kekuatan otot klien ekstremitas bawah kiri 5</li> <li>• Klien tampak kusam dan sedikit bau</li> <li>• Rambut klien tampak berminyak dan kusam</li> <li>• Mukosa bibir tampak sedikit kering, gigi kotor, lidah tampak putih</li> <li>• Kuku klien tampak kotor</li> </ul>	Gangguan Neuromuskular	Defisit Perawatan Diri

**DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

NAMA PASIEN : Ny. J  
NO. MR : 28.07.47

Tanggal Muncul	No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
8-03-2022		Defisit Perawatan Diri : Mandi Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler	12-03-2022	

### PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. J  
NO. MR : 28.07.47

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan ( SLKI )	Intervensi ( SIKI )
1.	Defisit Perawatan Diri : Mandi Berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Defisit Perawatan Diri</p> <p>Kriteria Hasil</p> <p><b>Perawatan Diri :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan mandi baik</li> <li>b. Kemampuan mengenakan pakaian baik</li> <li>c. Kemampuan makan membaik</li> <li>d. Kemampuan ke toilet baik</li> <li>e. Verbalisasi keinginan perawatan diri baik</li> <li>f. Minat melakukan perawatan tinggi</li> <li>g. Mempertahankan kebersihan diri baik</li> <li>h. Mempertahankan kebersihan mulut</li> </ul>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri : Mandi</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri</li> <li>b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>c. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)</li> <li>d. Monitor integritas kulit</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)</li> </ul>

Lampiran 1

			<p>f. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>g. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p> <p>h. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</p> <p>i. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</p> <p>j. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi bagi kesehatan</p> <p>b. Ajarkan pada keluarga cara memandikan pasien</p>
--	--	--	---

Lampiran 1

--	--	--	--

### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. J  
NO. MR : 28.07.47

Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan ( SOAP )	Paraf
	Defisit Perawatan Diri : Mandi berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor hemodinamik klien</li> <li>2. Memandikan klien dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk.</li> <li>3. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien.</li> <li>4. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral</li> </ol>	<p><b>S :</b> Pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rambut tampak sudah bersih</li> <li>2. Mulut tampak sudah bersih</li> <li>3. Lidah tampak masih putih pucat</li> <li>4. Kuku pasien tampak sudah bersih</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah defisit perawatan diri : <i>personal hygiene</i> belum teratasi karena pasien masih belum bisa mandi sendiri secara mandiri dan belum bisa melakukan oral hygiene sendiri.</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi</p>	

Lampiran 1

		<p>hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering.</p> <p>5. Membersihkan kuku klien yang panjang dan kotor dengan cara memotong kuku klien.</p>	<p>ditempat tidur secara perlahan dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri : Mandi berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler</p>	<p>1. Memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah</p>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sudah sadar</li> <li>2. Pasien belum bisa mandi secara mandiri</li> <li>3. Pasien masih susah menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri</li> <li>4. Pasien belum bisa melakukan oral hygiene sendiri</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rambut sudah bersih</li> </ol>	

		<p>dan keringkan dengan handuk.</p> <p>2. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien.</p> <p>3. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering.</p> <p>4. Memonitor hemodinamik klien</p>	<p>2. Mulut sudah bersih</p> <p>3. Lidah tampak masih putih pucat</p> <p>4. Kuku klien tampak sudah bersih</p> <p><b>A :</b> Masalah defisit perawatan diri : <i>personal hygiene</i> belum teratasi karena pasien masih belum bisa mandi sendiri secara mandiri dan belum bisa melakukan oral hygiene sendiri.</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri : Mandi berhubungan Dengan</p>	<p>1. Memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien,</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien belum bisa mandi secara mandiri</p>	

	<p>Gangguan Neuromuskuler</p>	<p>menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk.</p> <p>2. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien.</p> <p>3. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai</p>	<p>2. Pasien mulai sedikit bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri</p> <p>3. Pasien mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Rambut sudah bersih</p> <p>2. Mulut tampak sudah bersih dan bau mulut berkurang</p> <p>3. Lidah tampak merah muda</p> <p>4. Kuku pasien sudah bersih</p> <p><b>A :</b></p> <p>Masalah defisit perawatan diri : <i>personal hygiene</i> belum teratasi karena pasien masih belum bisa mandi sendiri secara mandiri dan mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri.</p> <p><b>P :</b></p>	
--	-------------------------------	---	--	--

		<p>bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering.</p> <p>4. Memonitor hemodinamik klien</p>	<p>Intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi.</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri : Mandi berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler</p>	<p>1. Memonitor hemodinamik klien</p> <p>2. Memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien, menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk.</p> <p>3. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir,</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien belum terlalu bisa mandi secara mandiri</p> <p>2. Pasien mulai sedikit bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri</p> <p>3. Pasien mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Rambut sudah bersih</p> <p>2. Mulut tampak sudah bersih dan bau mulut sudah berkurang</p> <p>3. Lidah sudah warna merah muda</p>	

		<p>kebersihan gigi, kebersihan lidah klien.</p> <p>4. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering.</p> <p>5. Membersihkan kuku klien yang panjang dan kotor dengan cara memotong kuku klien.</p>	<p>4. Kuku pasien sudah bersih</p> <p><b>A :</b> Masalah defisit perawatan diri : <i>personal hygiene</i> belum teratasi karena pasien masih belum terlalu bisa mandi sendiri secara mandiri dan mulai sedikit bisa melakukan oral hygiene sendiri.</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri : Mandi berhubungan Dengan Gangguan Neuromuskuler</p>	<p>1. Memonitor hemodinamik klien</p> <p>2. Memandikan serta mengajarkan keluarga memandikan klien di tempat tidur dengan air hangat dengan cara : mempersiapkan alat untuk mandi terlebih dahulu, berdiri disebelah kiri klien,</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien sudah mulai bisa mandi secara mandiri</p> <p>2. Pasien sudah lumayan bisa menggerakkan tangannya untuk mencoba mandi sendiri</p>	

		<p>menyiapkan air hangat, mempersiapkan baju ganti serta skerem untuk mandi klien, atur posisi klien telentang, setelah itu mulai memandikan klien dimulai dari mencuci wajah, mencuci rambut, kedua tangan, dada sampai perut, punggung kiri dan kanan, kedua kaki, genital dengan menggunakan sabun kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk.</p> <p>3. Menilai kebersihan mulut klien dengan cara melihat kelembaban bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah klien.</p> <p>4. Melakukan oral hygiene pada klien dengan menggunakan larutan poliwash dengan cara mempersiapkan set</p>	<p>3. Pasien mulai bisa melakukan oral hygiene sendiri</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rambut terlihat sudah bersih</li> <li>2. Mulut tampak bersih dan lembab, bau mulut sangat berkurang</li> <li>3. Lidah sudah bersih dan berwarna merah muda</li> <li>4. Kuku klien sudah bersih</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Masalah defisit perawatan diri : <i>personal hygiene</i> teratasi sebagian karena pasien sudah mulai bisa mandi sendiri secara mandiri dan mulai bisa melakukan oral hygiene sendiri.</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan membantu pasien mandi ditempat tidur secara perlahan, serta</p>	
--	--	---	--	--

Lampiran 1

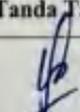
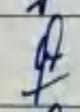
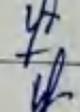
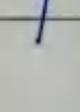
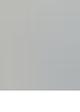
		<p>oral hygiene, atur posisi klien, pasang handuk dibawah dagu, ambil pinset dan bungkus dengan kasa yang dibasahi dengan larutan poliwash, gunakan tong spatel untuk membuka mulut, mulai bersihkan mulut bagian kiri, kanan, gigi atas, gigi bawah kemudian lidah klien dan setelah itu oleskan madu di bibir klien agar bibir klien tidak terlalu kering.</p>	<p>mengajarkan keluarga pasien cara memandikan pasien ditempat tidur dan memastikan kuku pasien bersih dan tidak panjang saat mandi.</p>	
--	--	--	--	--

## LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

## PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN

## POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Arsyul Munawwarah  
 NIM : 193110127  
 Pembimbing I : Ns. Suhaimi, S.Kep, M.Kep  
 Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang.

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	27/08/21	ACC judul penjelasan perumusan latar belakang	
2	14/12/21	konsultasi BAB 1 tambah judul lebih spesifik, perbaiki sesuai saran	
3	20/12/21	perbaiki sesuai saran spasi, margin, judul rapikan	
4	23/12/21	perbaiki dan tambah data alasan disesuaikan	
5	6/1/22	populasi pemilihan dan lain-lain	
6	14/01/22	ACC Ujian Proposal	
7	25/01/22	Selesai revisi proposal	
8	20/4/22	konsultasi BAB 4 dan BAB 5	
9	22/4/22	perbaiki dan lengkapi KTI	
10	26/4/22	perbaiki dan lengkapi	

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
11	27/4/22	lengkapi lampiran	
12	10/5/22	ACC UJI KTI	
13	30/5/22	lengkapi revisi KTI	
14	2/5/22	Selesai revisi KTI	

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai saah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

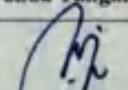
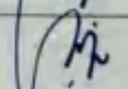
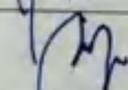
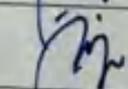
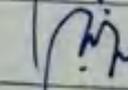
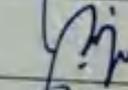
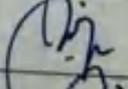
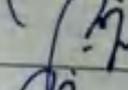
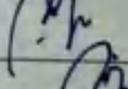
Ketua Pradi D-III Keperawatan Padang

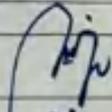
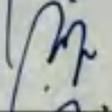
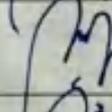
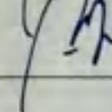


Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

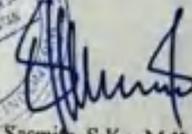
Nama : Arsyul Munawwarah  
 NIM : 193110127  
 Pembimbing II : Reflita, S.Kp, M.Kep  
 Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang.

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	24/12/21	acc judul penjelasan Perumusan latar belakang	
2	27/12/2021	Konsultasi BAB I - BAB II	
3	12/01/2022	Bimbingan bab I - BAB II & Perbaikan bab I - Bab II	
4	13/01/2022	acc 4/ dicidangkan	
5	20/04/2022	Bimbingan Bab I, II, III, IV	
6	22/04/2022	Perbaikan Bab I, II, IV	
7	26/04/2022	Perbaikan Bab IV, V	
8	27/04/2022	Perbaikan Bab IV, V	
9	09/05/2022	Bimbingan abstrak	
10	10/05/2022	lengkapi lampiran KTI	

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
11	10/05/22	ACC 4/ disidangkan	
12	30/05/22	Revisi hasil KTI	
13	31/05/22	Perbaikan revisi hasil KTI	
14	2/06/22	selesai Revisi KTI	

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai saah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui  
 Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
  
 Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa





Lampiran .....

Pernohonan Menjadi Responden

Kepada Yth,  
Bapak/ibu calon Responden  
Di Tempat

Dengan Hormat  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

**Nama** : Arsyul Munawwarah  
**NIM** : 193110127  
Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Padang

Bersama ini kami memohon Bapak/ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul " **Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Tk III Dr. Reksodiwiryono Padang**".

Penelitian ini bersifat sukarela. Ibu/Bapak dan keluarga boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun bapak/ibu dan keluarga inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum bapak/ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Tk III Dr. Reksodiwiryono Padang.
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan institusi tempat peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas bapak dan ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silahkan ditanyakan kepada peneliti
4. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *informed consent*

Padang, 8 Maret 2022  
Peneliti: Arsyul Munawwarah

Lampiran .....

**INFORMED CONCENT**

(Lembar Persetujuan )

Tang bertanda tangan dibawah ini:

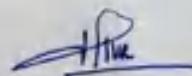
Nama Responden : TUSMAZAR  
Umur/ tgl lahir : 64 tahun  
Penanggung jawab : Muzahar  
Hubungan : Suami

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama **Arsyul Munawwarah, NIM 193110127**, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 8 Maret 2022

Responden



( )

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 01.04.04  
RUMAH SAKIT TK.III 01.06.01 dr.REKSODIWIRYO

Padang 31 Desember 2021

Nomor : B/735/XII/2021  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Survey Data

K e p a d a  
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes  
Padang  
di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor : PP.03.01/08613/2021 tanggal 13 Desember 2021 tentang izin Survey Data atas Nama : Arsyul Munawwarah NIM : 193110127 dengan Judul "Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene pada pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiry Padang";
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan survey data di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiry Padang selama melaksanakan survey data bersedia mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01

Waka  
Ub  
Kaurtuud



Syofyan, A.Md.Kep  
Mayor Ckm NRP 11060007041081

Tembusan :

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk.III Padang
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Kauryanmet Rumkit Tk. III Padang
4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
5. Kainstaldik Rumkit Tk.III Padang
6. Kaurtuud Rumkit Tk.III Padang



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**  
JL. SIMPANG PONDOK KOPY NANGGALO TELP.(0751) 7051300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25144  
Website : <http://www.poltekkes-pkb.ac.id>



Nomor : PP.03.01/00357/2022

03 Februari 2022

Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth. :  
Direktur RST. Dr. Reksodiwiryo Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpinan a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Arsyul Munawwarah / 193110127	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene pada Pasien Stroke Iskemik di RS TK III DR. Reksodiwiryo Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.



**Direktur Poltekkes Kemenkes Padang**  
  
**Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si**  
Nip: 19610113 198603 1 002

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 01.04.04  
RUMAH SAKIT Tk. III 01.06.01 dr.REKSODIWIRYO

Padang, 10 Februari 2022

N o m o r : B/ 95 /II/ 2022  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a  
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes  
Padang  
di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00753/2022 tanggal 03 Februari 2022 tentang izin penelitian atas Nama : Arsyul Munawwarah NIM : 193110127 dengan Judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene pada pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiryo Padang";
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiryo Padang selama melaksanakan penelitian bersedia mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01

Waka  
Ub



Syafiq, A.Md.Kep  
Mayor Ckm NRP 11060007041081

Tembusan :

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk.III Padang
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Kauryanmet Rumkit Tk. III Padang
4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
5. Kainstaldik Rumkit Tk.III Padang
6. Kaurtuud Rumkit Tk.III Padang

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 01.04.04  
RUMAH SAKIT Tk.III 01.06.01 dr.REKSODIWIRYO

Padang, April 2022

N o m o r : B/ /VI/ 2022  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Selesai Penelitian

K e p a d a  
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes  
Padang  
di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Politeknik Kesehatan Padang Nomor PP.03.01/00753/2022 tanggal 10 Februari 2022 tentang izin penelitian atas Nama : Arsyatul Munawwarah NIM : 193110127 dengan Judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene pada pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Tk.III dr Reksodiwiry Padang";
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas dilaporkan Direktur Politeknik Kesehatan Padang bahwa Arsyatul Munawwarah telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwiry Padang. Kami mengucapkan terima kasih selama melaksanakan Penelitian telah mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01  
Waka  
Ub



Syofyan, Amd.Kep  
Mayor Ckm NRP 11060007041081

Tembusan :

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk.III Padang
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
4. Kainstaldik Rumkit Tk.III Padang
5. Kaurtuud Rumkit Tk.III Padang

### DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Arsytul Munawwarah  
NIM : 193110127  
Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Bagindo Aziz Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang

No	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
1	8 Maret 2022 / Selasa	Yuliana Putri	
2	9 Maret 2022 / Rabu	Widya Angraeni	
3	10 Maret 2022 / Kamis	Elia fitria	
4	11 Maret 2022 / Jumat	Septi Siti wahruni	
5	12 Maret 2022 / Sabtu	Ravi TRISHANETTI	

Mengetahui

Ka Ruangan Bagindo Aziz

  
Ms. Nova Sarda Junita, S.Kep  
NIP: 197606242014102002