

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR CVA

2.1.1 Definisi CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*)

CVA (Cerebro Vaskular Accident) atau stroke merupakan gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda – tanda sesuai dengan daerah yang terganggu. Definisi menurut WHO stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. Menurut Neil F Gordon stroke adalah gangguan potensial yang fatal pada suplai darah bagian otak (Irfan Muhammad, 2018).

Stroke adalah defisit dopler (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (Pinzon, Asanti, 2010). Darah berfungsi mengalirkan oksigen ke otak, tanpa oksigen yang dibawa oleh darah, maka sel-sel otak akan mati dengan sangat cepat, mengakibatkan munculnya defisit neurologis secara tiba-tiba. Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

A. Stroke atau Cerebro Vaskular Accident dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala klinik, yaitu :

1. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak atau ke dalam ruang subaraknoid yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. Ini adalah jenis stroke yang paling mematikan, tetapi relative hanya menyusun sebagian kecil dari stroke total: 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan 5% untuk perdarahn subaraknoid. Kesadaran pasien umumnya menurun, perdarahan pada otak dibagi menjadi :

1) Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkann darah masuk ke dalam jaringan otak.

2) Perdarahan subaraknoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berny atau avm. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dari cabang – cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak.

2. Stroke non hemoragik

Stroke yang disebabkan oleh sumbatan oleh bekuan darah, penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak atau embolus yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakranial yang menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri intrakrani. Pada

pasien stroke biasanya pada usia lanjut lebih dari 65 tahun, penyumbatan atau penyempitan yang dapat disebabkan oleh aterosklerosis. Ini disebut infark otak atau stroke iskemik.

B. Klasifikasi stroke menurut defisit neurologis :

1) TIA (*Trans Iskemik Attack*)

Gangguan pembuluh darah otak yang menyebabkan timbulnya defisit neurologis akut yang berlangsung kurang dari 24 jam. Stroke ini tidak akan meninggalkan gejala sisa sehingga pasien tidak terlihat pernah mengalami serangan stroke. Akan tetapi adanya TIA merupakan suatu peringatan akan serangan stroke selanjutnya sehingga tidak boleh diabaikan begitu saja.

2) *Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND)

Kondisi RIND hampir sama dengan TIA, hanya saja berlangsung lebih lama, maksimal 1 minggu (7 hari). RIND juga tidak meninggalkan gejala sisa, gejala ini akan hilang anara satu hari sampai 21 hari.

3) Stroke involusi

Stroke ini merupakan jenis terberat dan sulit ditentukan prognosanya. Hal ini disebabkan kondisi pasien yang cenderung labil, berubah – ubah, dan dapat mengarah ke kondisi yang lebih buruk.

4) Stroke komplit

Gangguan pembuluh darah otak yang menyebabkan deficit neurologis akut yang berlangsung lebih dari 24 jam. Stroke ini akan meninggalkan gejala sisa. Pada kelompok ini, kelainan deficit neurologis sudah menetap dan tidak bertambah berat.

C. Klasifikasi stroke berdasarkan klinis

- 1) *Lacunar Syndromes (LACS)*
- 2) *Posterior Circulation Syndromes (POCS)*
- 3) *Total Anterior Circulation Syndromes (TACS)*
- 4) *Partial Circulation Syndromes (PACS)*

2.1.3 Etiologi

Penyebab stroke atau Cerebro Vaskular Accident dibagi menjadi :

1. Thrombosis cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Thrombosis ini biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah thrombosis, penyebab thrombosis otak adalah aterosklerosis, arteritis dan hyperkoagulasi pada polsitemia.

2. Emboli serebral

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombosis di jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri serebral.

3. Haemorhagi

Perdarahan intracranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang sub arachnoid atau kedalaman jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, oedema dan herniasi otak.

4. Hipoksia umum

Beberapa yang berhubungan dengan hipoksia umum :

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Cardiac pulmonary arrest
- 3) Cardiac output turun akibat aritmia

5. Hipoksia setempat

- 1) Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan sub arachnoid
- 2) Vasokonstriksi, arteri otak disertai sakit kepala migraine

2.1.4 Faktor resiko CVA (Cerebro Vaskular Accident)

- 1) Usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, riwayat TIA atau stroke
- 2) Hiperlipidemia
- 3) Hipertensi

Merupakan faktor resiko utama. Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah atau menimbulkan perdarahan.

- 4) Penyakit kardiovaskuler

Misalnya embolisme serebral berasal dari jantung seperti penyakit arteri koronia, gagal jantung kongestif, MCI, hipertrofi ventrikel kiri. pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi stroke.

- 5) Diabetes mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler , sehingga terjadi mikrovaskulerisasi dan terjadi aterosklerosis elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi stroke.

- 6) Arterosklerosis

Pada arterosklerosis, elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi otak menurun juga sehingga menyebabkan stroke.

2.1.5 Patofisiologi

Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Otak yang sehat menerima 15 persen dari total darah yang di pompa jantung dan otak mengonsumsi oksigen sekitar 20 persen dan glukosa 50 persen dari total energi tubuh. Jika persediaan oksigen dan nutrisi yang di bawa oleh sel – sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi trombosis pada dinding arteri yang mensuplai darah ke otak, maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan pada otak yang disuplai. Thrombosis atau emboli merupakan jenis bekuan darah dan pengerasan arteri yang disebut plak aterosklerotik melalui proses aterosklerosis yang merupakan penumpukan dari lemak darah arteri (ateroma).

Aterosklerotik sering atau cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat dari flak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah, thrombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disebabkan area. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang – kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal. Jika tidak terjadi perdarahan masif oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis di ikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh

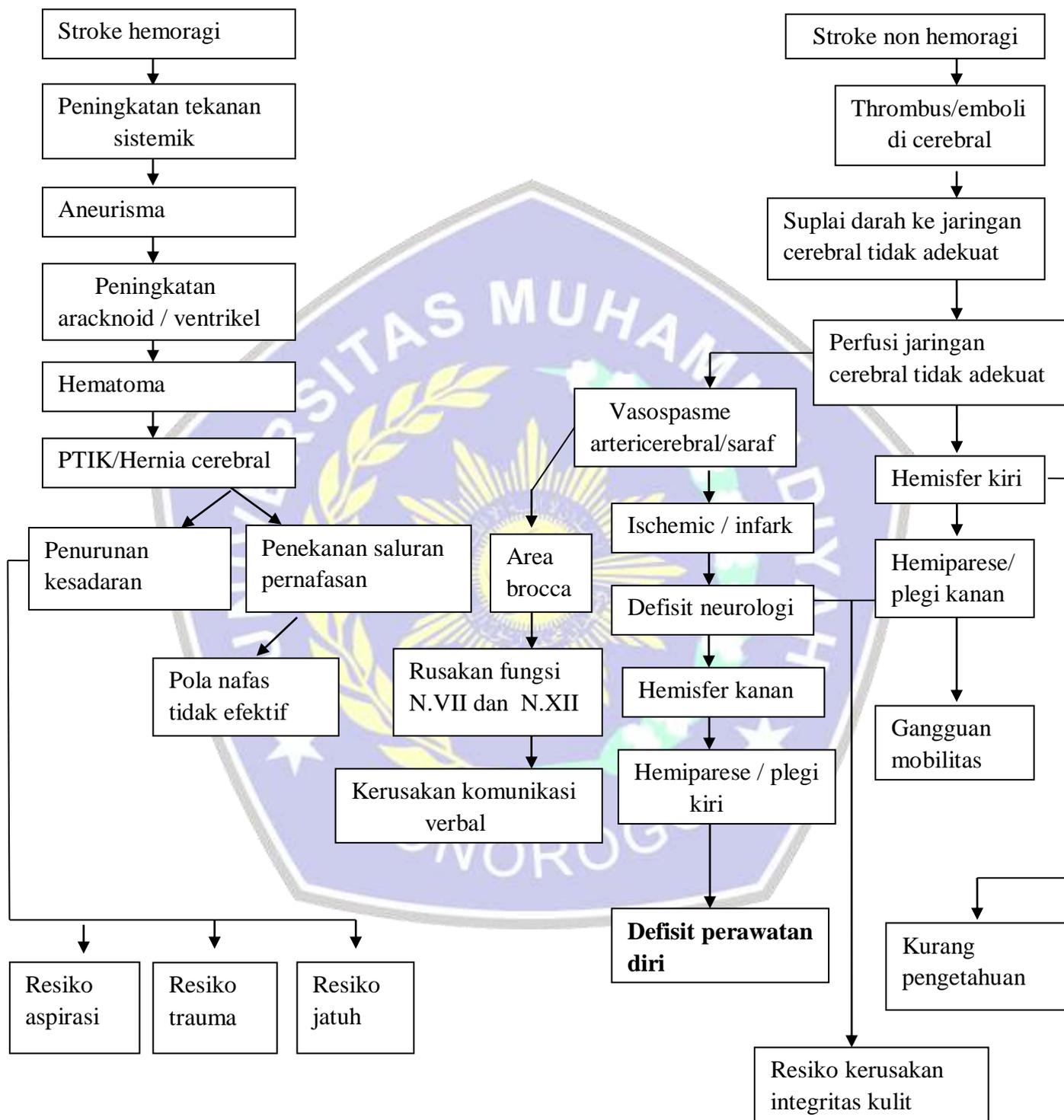
darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral jika aneurisma pecah atau ruptur.

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan berkurangnya aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis (Esther,2010).

Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

Pathway

Gambar 2.1
Pathway Stroke



2.1.6 Manifestasi Klinis CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*)

Pada CVA non hemoragik gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak atau sebakut, dan dahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun tidur pagi dan kesadaran biasanya tak menurun, kecuali bila embolus cukup besar (Mansjoer, 2000).

Gejala klinis pada pasien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) yaitu :

1. Kehilangan Motorik

CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah penyakit otot neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik, misalnya :

1. Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
2. Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
3. Menurunnya tonus otot abnormal

2. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

1. Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

2. Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau arefresif.

3. Gangguan persepsi

1. Hemonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.

2. Amorfosis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.
3. Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objektif dalam area spasial.
4. Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius.

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

1. Angiografi serebral

zat kontras disuntikan ke arteri karotis dan arteri vertebral bertujuan untuk mendeteksi Aneurisma serebrovaskular, trombosis cerebral, hematoma, tumor dari peningkatan vaskularisasi, plak serebral atau spasme dan untuk mengevaluasi aliran darah serebral.

2. SPECT

Pengujian telah menunjukkan bahwa hal itu mungkin akan lebih sensitif terhadap cedera otak dari baik MRI atau CT scan karena dapat mendeteksi aliran darah berkurang ke situs cedera.

3. Ct scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

4. MRI

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

5. EEG

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

6. Pemeriksaan sinar X toraks

Dapat mendeteksi pembesaran jantung (kardiomegali) dan infiltrate paru yang berkaitan dengan gagal jantung kongestif.

7. Pemeriksaan laboratorium

a. Lumbal fungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari – hari pertama.

b. Pemeriksaan darah rutin

c. Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia

d. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur – angsur turun kembali.

e. Pemeriksaan darah lengkap

8. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

2.1.8 Komplikasi

1. Berhubungan immobilisasi

Infeksi pernafasan, nyeri pada daerah tertekan, konstipasi dan thromboflebitis

2. Berhubungan dengan paralisis

Nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas dan jatuh

3. Berhubungan dengan kerusakan otak

Epilepsi dan sakit kepala

4. Hidrocephalus

Individu yang menderita stroke berat pada bagian otak yang mengontrol respon pernapasan atau kardiovaskular dapat meninggal.

2.1.9 Penatalaksanaan CVA

Menurut Andra & Yessie (2013) yaitu

1) Penatalaksanaan Umum

- a. Posisi kepala dan badan diatas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Oleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- b. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2liter/hari bila ada hasil gas darah.
- c. Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- d. Suhu tubuh harus dipertahankan
- e. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terhadap gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT.

2) Penatalaksanaan Medis

- a. Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi membantu pernafasan
- b. Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien termasuk untuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi
- c. Berusaha menentukan dan memperbaiki aritmia jantung
- d. Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan – latihan gerak pasif
- e. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

3) Penatalaksanaan Khusus

- a. Atasi kejang (antikoalusan)
- b. Atasi tekanan intracranial yang meninggi (manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid dll)
- c. Atasi dekompresi (kraniotomi)
- d. Untuk penatalaksanaan faktor resiko

2.2 Konsep Personal Hygiene

2.2.1 Definisi Personal Hygiene

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yang berarti personal yang artinya perorangan dan hygiene berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan

seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tarwoto & Wartonah, 2010)

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya (Depkes, 2000).

Personal hygiene adalah cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka. Pemeliharaan hygiene perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Praktek hygiene sama dengan meningkatkan kesehatan (Potter & Perry, 2012).

2.2.2 Tujuan perawatan Personal Hygiene

Tujuan perawatan diri personal hygiene adalah sebagai berikut (Mubarak W.l., Lilis l., Joko S. 2015):

1. Menghilangkan minyak yang menumpuk, keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri
2. Menghilangkan bau badan yang berlebihan
3. Memelihara integritas permukaan kulit
4. Menstimulasi sirkulasi/peredaran darah
5. Memberikan kesempatan pada perawatan untuk mengkaji kondisi kulit
6. Meningkatkan percaya diri seseorang
7. Menciptakan keindahan
8. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi personal hygiene antara lain :

1. Budaya

Sejumlah mitos yang berkembang di masyarakat menjelaskan bahwa saat individu sakit ia tidak boleh dimandikan karena dapat memperparah penyakitnya.

2. 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 (misal, sabun, sikat gigi, sampo dan lain-lain). Itu semua tentu membutuhkan biaya. Dengan kata lain, sumber keuangan individu akan berpengaruh pada kemampuannya mempertahankan personal hygiene yang baik.

3. Agama

Agama juga berpengaruh pada keyakinan individu dalam melakukan kebiasaan sehari-hari. Agama islam misalnya, untuk islam diperintahkan untuk selalu menjaga kebersihan karena kebersihan adalah sebagian dari iman. Hal ini tentu akan mendorong individu untuk mengingat pentingnya kebersihan diri dalam kelangsungan hidup.

4. Tingkat pengetahuan atau perkembangan individu

Kedewasaan seseorang akan member pengaruh tertentu pada kualitas diri orang tersebut, salah satunya adalah pengetahuan yang lebih baik. Pengetahuan itu penting dalam meningkatkan status kesehatan

individu. Sebagai contoh, agar terhindar dari penyakit kulit, kita harus mandi dengan bersih setiap hari.

5. 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 jatuh sakit.

6. Kebiasaan

Ini ada kaitannya dengan kebiasaan individu dalam menggunakan produk-produk tertentu dalam melakukan perawatan diri, misalnya menggunakan shower, sabun padat, sabun cair, sampo, dll.

7. Cacat jasmani/mental bawaan

Kondisi cacat dengan gangguan mental menghambat kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri (Mubarak & Chayatin, 2008).

2.2.4 Jenis Personal Hygiene

Personal hygiene merupakan salah satu tindakan keperawatan dasar rutin yang dilakukan oleh perawat setiap hari di rumah sakit (Depkes RI, 1987 dalam Mubarak & Chayatin, 2008). Tindakan tersebut meliputi :

1. Perawatan kulit kepala dan rambut serta seluruh tubuh
2. Perawatan mata
3. Perawatan hidung
4. Perawatan telinga

5. Perawatan gigi dan mulut
6. Perawatan kuku tangan dan kaki
7. Perawatan perineum
8. Perawatan tubuh (mandi)

2.2.5 Dampak yang sering terjadi

Tarwoto dan Wartonah (2004) menjelaskan bahwa dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene ada dua dampak yaitu :

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 membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan 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, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.

2.2.6 Prinsip Perawatan Diri

Kebersihan kulit dan membran mukosa sangatlah penting karena kulit merupakan garis pertahanan tubuh yang pertama dari kuman penyakit. Dalam menjalankan fungsinya, kulit menerima berbagai rangsangan dari luar dan pintu masuk utama kuman pathogen ke dalam tubuh. Bila kulit

bersih dan terpelihara, kita dapat terhindar dari berbagai penyakit, gangguan, atau kelainan yang mungkin muncul. Selain itu, kondisi kulit yang bersih akan menciptakan perasaan segar dan nyaman, serta membuat seseorang terlihat cantik. Prinsip personal hygiene yang dapat dilakukan meliputi beberapa hal berikut ini :

1) Kulit

Pada umumnya, kulit dibersihkan dengan cara mandi. Ketika mandi, kita sebaiknya menggunakan jenis sabun yang banyak mengandung lemak nabati karena dapat mencegah hilangnya kelembapan dan menghaluskan kulit. Sabun detergen jarang digunakan untuk mandi karena sifatnya iritatif. Dalam memilih dan memakai sabun, make-up, deodorant, dan sampo hendaknya pilih produk yang tidak menimbulkan rasa perih/iritasi. Cara perawatan kulit adalah sebagai berikut :

- a. Biasakan mandi minimal dua kali sehari atau setelah beraktivitas.
- b. Gunakan sabun yang tidak bersifat iritatif.
- c. Sabuni seluruh tubuh. Terutama area lipatan seperti sela-sela kaki, ketiak, belakang telinga, dll.
- d. Jangan gunakan sabun mandi untuk wajah.
- e. Segera keringkan tubuh dengan handuk yang lembut dari wajah, tangan, badan, hingga kaki.

Beberapa hal yang berbahaya untuk kulit sinar matahari, rokok, alcohol, dan kondisi stress. Sinar matahari dapat menyebabkan kerusakan pada serat elastin yang berfungsi memberikan

kelenturan pada kulit, serta kolagen yang membentuk serta menunjang jaringan kulit. Rokok dapat mempercepat penuaan kulit karena zat yang terkandung di dalamnya dapat mengurangi cadangan vitamin C tubuh. Alkohol dapat menyebabkan kerusakan vitamin B dan cadangan vitamin C. Kondisi stress dapat memicu berbagai kelainan dalam tubuh termasuk kulit.

2) Kuku

Kuku merupakan perlengkapan kulit yang terdiri atas jaringan epitel. Badan kuku adalah bagian yang tampak di sebelah luar, sedangkan akarnya terletak di dalam lekuk kuku tempat kuku tumbuh dan mendapat makanan. Kuku yang sehat berwarna merah muda.

Berikut cara merawat kuku :

- a. Kuku jari tangan dapat di potong dengan pengikir atau memotongnya dalam bentuk oval (bujur) atau mengikuti bentuk jari. Sedangkan kuku jari kaki dipotong dalam bentuk lurus.
- b. Jangan memotong kuku terlalu pendek karena bisa melukai selaput kulit dan kulit disekitar kulit.
- c. Jangan membersihkan kotoran dibalik kuku dengan benda tajam, sebab akan merusak jaringan di bawah kuku.
- d. Potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan.
- e. Khusus jari kaki, sebaiknya kuku dipotong segera setelah mandi atau direndam dengan air hangat terlebih dahulu.
- f. Jangan menggigiti kuku karena akan merusak bagian kuku.

3) Rambut

Rambut merupakan struktur kulit. Rambut terdiri atas tangkai rambut yang tumbuh melalui demis dan menembus permukaan kulit, serta kantung rambut yang terletak di dalam dermis. Rambut yang sehat terlihat mengkilap, tidak berminyak, tidak kering, atau mudah patah. Pertumbuhan rambut bergantung pada keadaan umum tubuh. Normalnya, rambut tumbuh karena mendapat suplai darah dari pembuluh darah di sekitar rambut. Beberapa hal yang dapat mengganggu pertumbuhan rambut antara lain panas dan kondisi malnutrisi. Fungsi dari rambut adalah untuk keindahan dan penahan panas. Bila rambut kotor dan tidak dibersihkan lama-kelamaan akan menjadi sarang kutu kepala. Cara merawat rambut antara lain :

- a. Cuci rambut 1-2 kali seminggu (atau sesuai kebutuhan) dengan menggunakan shampoo yang cocok.
- b. Pangkas rambut agar terlihat rapi.
- c. Gunakan sisir yang bergigi besar untuk merapikan rambut keriting dan olesi rambut dengan minyak.
- d. Jangan gunakan sisir yang bergigi tajam karena bisa melukai kulit kepala.
- e. Pijat-pijat kulit kepala pada saat mencuci rambut untuk merangsang pertumbuhan rambut.
- f. Pada jenis rambut yang keriting dan ikal, mulai sisir rambut pada bagian ujung hingga ke pangkal dengan pelan dan hati-hati.

4) Gigi dan mulut

Mulut merupakan bagian pertama dari system pencernaan dan merupakan bagian tambahan dari system pernapasan. Dalam rongga mulut terdapat gigi dan lidah yang berperan penting dalam pencernaan awal. Selain gigi dan lidah, ada pula saliva yang penting untuk membersihkan mulut secara mekanis. Mulut merupakan rongga yang tidak bersih dan penuh bakteri oleh sebab itu harus selalu dibersihkan.

Kerusakan gigi dapat disebabkan oleh kebiasaan mengkonsumsi makanan manis, menggigit benda keras dan kebersihan mulut yang kurang. Salah satu tujuan perawatan gigi dan mulut adalah untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut (misalnya, tifus, hepatitis) mencegah penyakit mulut dan gigi, meningkatkan daya tahan tubuh (Adam, Samsyunir, 1994 dalam Mubarak & Chayatin, 2008). Cara merawat gigi dan mulut antara lain :

- a. Tidak makan makanan yang terlalu manis dan asam.
- b. Tidak menggunakan gigi untuk menggigit atau mencongkel benda keras (misalnya, membuka tutup botol).
- c. Menghindari kecelakaan seperti jatuh yang dapat menyebabkan patah.
- d. Menyikat gigi sesudah makan dan khususnya sebelum tidur.
- e. Memakai sikat gigi yang berbulu banyak, halus, dan kecil sehingga dapat menjangkau bagian bagian dalam gigi.

- f. Meletakkan sikat pada sudut 45° dipertemuan antara gigi dan gusi dan sikat menghadap ke arah yang sama dengan gusi.
- g. Menyikat gigi dari atas ke bawah dan seterusnya.
- h. Memeriksa gigi secara teratur setiap enam bulan.

5) Mata

Tujuan utama menjaga kebersihan mata adalah untuk mempertahankan kesehatan mata dan mencegah infeksi. Mata yang sehat akan tampak jernih dan bersih dari kotoran. Kotoran mata dapat menempel pada bulu mata dan sudut mata. Cara merawat mata sebagai berikut :

- a. Usaplah kotoran mata dari sudut mata bagian dalam ke sudut bagian luar.
- b. Saat mengusap mata, gunakanlah kain yang paling bersih dan lembut.
- c. Lindungi mata dari kemasukan debu dan kotoran.
- d. Bila menggunakan kaca mata, hendaklah selalu dipakai.
- e. Bila mata sakit segera periksa ke dokter.

6) Hidung

Cara merawat hidung antara lain :

- a. Jaga agar lubang hidung tidak kemasukan air atau benda kecil.
- b. Jangan biarkan benda kecil masuk ke dalam hidung, sebab nantinya dapat terhisap dan menyumbat jalan napas serta menyebabkan luka pada membrane mukosa.
- c. Sewaktu mengeluarkan debu dari lubang hidung, hembuskan secara perlahan dengan membiarkan kedua lubang tetap terbuka.

- d. Jangan mengeluarkan kotoran dari lubang hidung dengan menggunakan jari karena dapat mengiritasi mukosa hidung.

7) Telinga

Cara-cara merawat telinga adalah sebagai berikut :

- a. Bila ada kotoran yang menyumbat telinga, keluarkan secara pelan dengan menggunakan penyedot telinga.
- b. Bila mengeluarkan air yang disemprotkan, lakukan dengan hati-hati agar tidak menimbulkan kerusakan pada telinga akibat tekanan air yang berlebihan.
- c. Aliran air yang masuk hendaklah diarahkan ke saluran telinga dan bukan langsung ke gendang telinga.
- d. Jangan gunakan peniti atau jepit rambut untuk membersihkan kotoran telinga karena dapat merusak gendang telinga.

8) Perineum

Tujuan perawatan perineum untuk mencegah dan mengontrol infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan kebersihan diri (Potter & Perry, 2000 dalam Mubarak & Chayatin, 2008).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu bagian dari komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha perawat dalam menggali permasalahan yang ada di pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien yang dilakukan secara sistematis, menyeluruh atau komprehensif, akurat, singkat dan berlangsung secara berkesinambungan (Muttaqin, 2010). Metode pengumpulan data yang utama adalah observasi, wawancara dan pemeriksaan, setelah dilakukan pengumpulan data maka akan mendapatkan data yang diinginkan. Terdapat dua tipe data saat pengkajian yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang diobservasi dan diukur.

1. Anamnesis

Wawancara atau anamnesis dalam pengkajian keperawatan merupakan hal utama yang dilaksanakan perawat karena 80% diagnosis masalah pasien dapat ditegakkan dari anamnesis. Pengkajian dengan melakukan anamnesis untuk menggali masalah keperawatan lainnya yang dilaksanakan perawat adalah mengkaji riwayat kesehatan pasien. Dalam wawancara awal, perawat berusaha memperoleh gambaran umum status kesehatan pasien. Perawat memperoleh data subjektif dari pasien mengenai awitan masalahnya dan bagaimana penanganan yang sudah dilakukan. Persepsi dan harapan pasien sehubungan dengan masalah kesehatan dapat memengaruhi perbaikan kesehatan (Arif Muttaqin, 2010).

1. Identitas

Identitas meliputi nama, usia, tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, status pendidikan, status pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal MRS, nomor register, dan diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien

3. Riwayat Kesehatan

- 1) Riwayat Penyakit Sekarang : serangan stroke seringkali berlangsung secara mendadak, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar, gejala kelumpuhan separuh badan.
- 2) Riwayat Penyakit Dahulu : perlu dikaji adanya riwayat DM, Hipertensi, Penyakit Jantung, penggunaan obat-obat anti koagulan.
- 3) Riwayat Penyakit Keluarga : perlu dikaji mungkin ada anggota keluarga yang pernah mengalami stroke.

4. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Ku composmentis

TTV

1. TD : Meningkat, biasanya pada pasien stroke memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80
2. S: biasanya tidak terjadi masalah
3. N : bervariasi, biasanya nadi normal
4. RR : normal/kadang meningkat

2. Pemeriksaan Head to Toe

1) Pemeriksann kepala dan muka

Inspeksi : bentuk kepala simetris, penyebaran rambut merata, ketebalan cukup, warna hitam, muka tidak simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

2) Pemeriksaan Telinga

Inspeksi : bentuk simetris, telinga bersih, pendengaran normal, tidak ada serumen

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

3) Pemeriksaan Mata

Inspeksi : konjungtiva normal, pupil isokor, tidak ada lesi, penglihatan baik

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

4) Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi : apatis, mukosa bibir kering, gigi kotor

5) Pemeriksaan Leher

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada pembesaran vena jugularis

6) Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

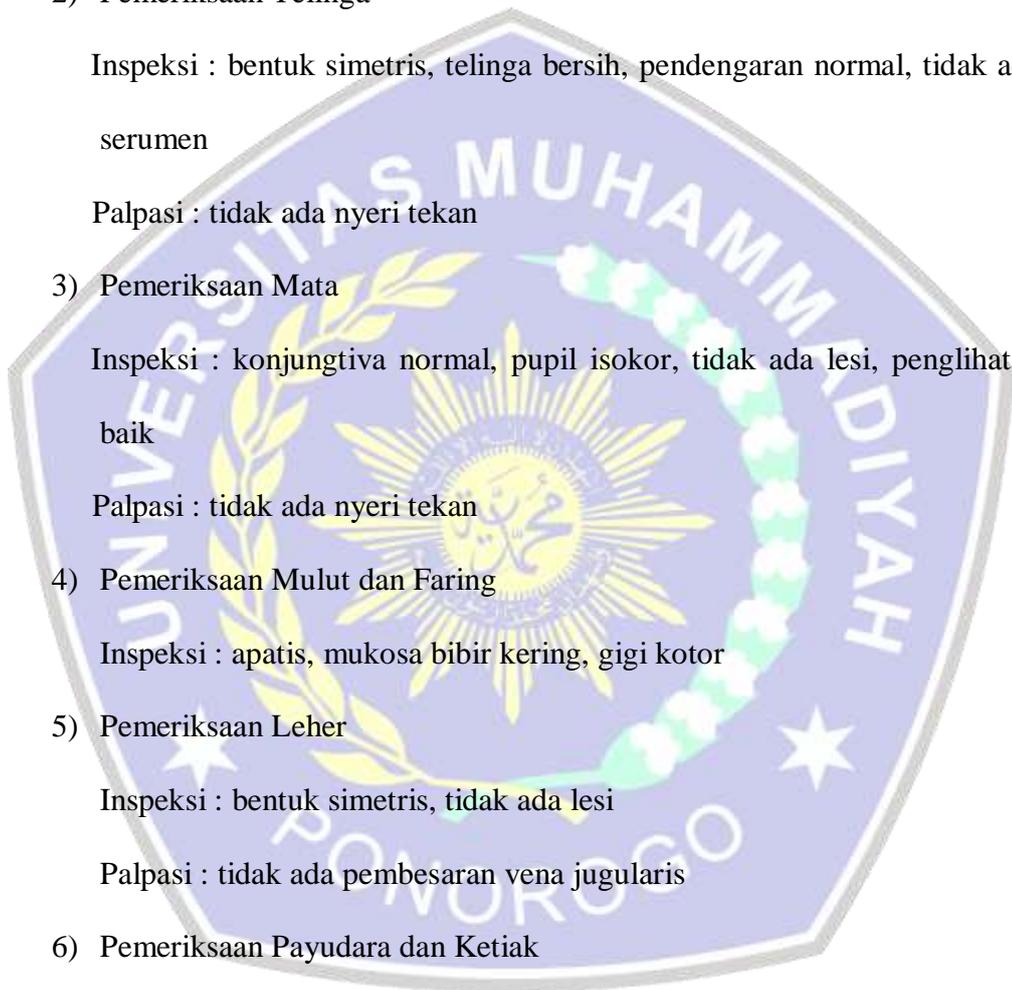
Inspeksi : payudara bersih, warna kulit coklat, tidak ada benjolan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

7) Pemeriksaan Thorax

1) Pemeriksaan paru

Inspeksi : simetris, tidak ada retraksi dinding dada



Palpasi : vocal fremitus kanan kiri sama

Perkusi : sonor

Auskultasi : suara vesikuler, tidak ada suara tambahan

2) Pemeriksaan jantung

Inspeksi : ic tidak nampak

Palpasi : ictus cordis teraba di sic v

Perkusi : pekak

Auskultasi : BJ I/BJ II murni, tidak ada mur-mur

8) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada asites

Auskultasi : bising usus normal 5x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : thympani

9) Pemeriksaan integument

Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada lesi

Palpasi : turgor kulit elastic, CRT < 2 detik

10) Pemeriksaan Ekstremitas

Inspeksi : pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan tulang belakang,
tidak ada fraktur

Palpasi : kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{4}{4}$

11) Pemeriksaan Genetalia dan Anus

Inspeksi : genetalia bersih, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

3. Status Neurologis

A. Tingkat Kesadaran

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

B. Uji Saraf Cranial

1. Nervus I (Olfaktorius)

- 1) Memberitahukan kepada pasien prosedur yang akan dilaksanakan
- 2) Melakukan pemeriksaan untuk memastikan tidak ada sumbatan atau kelainan pada rongga hidung
- 3) Meminta pasien untuk mencium bau-bauan tertentu (misal: ekstrak kopi, ekstrak jeruk, vanili/tembakau)
- 4) Meminta pasien menyebutkan jenis bau yang diciumnya.
- 5) Pemeriksaan yang sama dilakukan juga untuk lubang hidung yang satunya

2. Nervus II (Optikus)

Pemeriksaan Visus

- 1) Memberitahukan kepada pasien tentang prosedur yang akan dilakukan
- 2) Memastikan bahwa pasien tidak mempunyai kelainan pada mata, misalnya katarak, jaringan parut atau kekeruhan kornea, peradangan mata (iritis, uveitis) glaucoma, korpus alienum
- 3) Pemeriksa berada pada jarak 1 – 6 meter dari pasien
- 4) Meminta pasien untuk menutup mata sebelah kiri untuk memeriksa mata sebelah kanan

- 5) Meminta pasien untuk menyebutkan jumlah jari pemeriksa yang diperlihatkan padanya
- 6) Jika pasien tidak mampu menyebutkan jumlah jari dengan benar, maka pemeriksa menggunakan lambaian tangan dan meminta pasien menentukan arah gerakan tangan pemeriksa
- 7) Jika pasien tidak mampu menentukan arah lambaian tangan, maka pemeriksa menggunakan cahaya lampu senter dan meminta pasien untuk menunjuk asal cahaya yang disorotkan ke arahnya
- 8) Menentukan visus pasien
- 9) Melakukan prosedur yang sama pada mata kiri

Pemeriksaan Lapang Pandang

- 1) Meminta pasien duduk berhadapan dengan pemeriksa pada jarak 1 meter
- 2) Meminta pasien menutup mata kirinya dengan tangan untuk memeriksa mata kanan
- 3) Meminta pasien untuk melihat hidung pemeriksa
- 4) Pemeriksa menggerakkan jari tangannya dari samping kanan ke kiri dan dari atas ke bawah
- 5) Meminta pasien untuk mengatakan bila masih bisa melihat jari-jari pemeriksa menentukan hasil pemeriksaan
- 6) Mengulangi prosedur pemeriksaan untuk mata sebelah kiri dengan menutup mata sebelah kanan

3. Nervus III, IV, VI (Okularis)

Pemeriksaan Gerakan Bola Mata

- 1) Memberitahukan pada pasien tentang prosedur yang akan dilaksanakan

- 2) Memeriksa ada atau tidaknya gerakan bola mata diluar kemauan pasien (nistagmus)
- 3) Meminta pasien untuk mengikuti gerakan tangan pemeriksa yang digerakkan ke segala jurusan/arah
- 4) Mengamati ada tidaknya hambatan pada pergerakan matanya (hambatan dapat terjadi pada salah satu atau kedua mata)
- 5) Meminta pasien untuk menggerakkan sendiri bola mata

Pemeriksaan Kelopak Mata

- 1) Meminta pasien untuk membuka kedua mata dan menatap kedepan selama 1 menit
- 2) Meminta pasien untuk melirik ke atas selama 1 menit
- 3) Meminta pasien untuk melirik ke bawah selama 1 menit
- 4) Pemeriksa melakukan pengamatan terhadap celah mata dan membandingkan lebar celah mata kanan dan kiri
- 5) Mengidentifikasi ada tidaknya ptosis, yaitu kelopak mata yang menutup

Pemeriksaan pupil

- 1) Melihat diameter pupil pasien (normal 3 mm)
- 2) Membandingkan diameter pupil mata kanan dan kiri (isokhor dan anisokhor)
- 3) Melihat bentuk bulatan pupil, teratur atau tidak
- 4) Memeriksa reflex pupil terhadap cahaya langsung, dengan cara menyorotkan cahaya kearah pupil lalu mengamati ada tidaknya miosis dan mengamati apakah ada pelebaran pupil segera ketika cahaya dialihkan dari

pupil

5) Memeriksa reflek pupil terhadap cahaya tidak langsung, dengan cara mengamati perubahan diameter pupil pada mata yang tidak disorot cahaya ketika mata yang satu mendapatkan sorotan cahaya langsung

6) Memeriksa reflek akomodasi pupil:

1. Meminta pasien melihat jari telunjuk pemeriksa pada jarak yang agak jauh

2. Meminta pasien untuk terus melihat jari telunjuk pemeriksa yang digerakkan mendekati hidung penderita

3. Mengamati gerakan bola mata dan perubahan diameter pupil pasien (pada kondisi normal kedua mata akan bergerak ke medial dan pupil menyempit)

4. Nervus V (Trigeminus)

Pemeriksaan Motorik

1) Meminta pasien untuk merapatkan giginya sekuat mungkin

2) Pemeriksa mengamati m. Maseter dan m. Temporalis (normal: kekuatan kontraksi kanan dan kiri sama)

3) Meminta pasien untuk membuka mulut

4) Pemeriksa mengamati apakah dagu tampak simetris dengan acuan gigi seri atas dan bawah (apabila ada kelumpuhan, dagu akan terdorong ke arah lesi)

Pemeriksaan Fungsi Sensorik

1) Melakukan pemeriksaan sensasi nyeri dengan jarum pada daerah dahi, pipi, dan rahan bawah

- 2) Melakukan pemeriksaan sensasi suhu dengan kapas yang dibasahi air hangat pada daerah dahi, pipi dan rahang bawah

Melakukan pemeriksaan reflek kornea

- 1) Menyentuh kornea dengan ujung kapas (normal: pasien akan menutup mata/berkedip)
- 2) Menanyakan apakah pasien dapat merasakan sentuhan tersebut

Melakukan Pemeriksaan Reflek Massester

- 1) Meminta pasien untuk sedikit membuka mulutnya
- 2) Meletakkan jari telunjuk kiri pemeriksa di garis tengah dagu pasien
- 3) Mengetok jari telunjuk kiri pemeriksa dengan jari tengah tangan kanan pemeriksa atau dengan reflek hammer
- 4) Mengamati respon yang muncul; kontraksi m. massester dan mulut akan menutup
5. Nervus VII (Fasialis)

Pemeriksaan Motorik

- 1) Meminta pasien untuk duduk dengan posisi istirahat (rileks)
- 2) Pemeriksa mengamati muka pasien bagian kiri dan kanan apakah simetris atau tidak
- 3) Pemeriksa mengamati lipatan dahi, tinggi alis, lebar celah mata, lipatan kulit nasolabial dan sudut mulut
- 4) Meminta pasien menggerakkan mukanya dengan cara sbb:
- 5) Mengerutkan dahi, bagian yang lumpuh lipatannya tidak dalam
- 6) Mengangkat alis
- 7) Menutup mata dengan rapat, lalu pemeriksa mencoba membukadengan

tangan

- 8) Memoncongkan bibir atau nyengir
- 9) Meminta pasien mengembungkan pipinya lalu pemeriksa menekan pipi kiri dan kanan untuk mengamati apakah kekuatannya sama. Bila ada kelumpuhan maka angin akan keluar dari bagian yang lumpuh

Pemeriksaan viseromotorik (parasimpatis)

- 1) Memeriksa kondidi kelenjar lakrimalis, basah atau kering
- 2) Memeriksa kelenjar sublingualis
- 3) Memeriksa mukosa hidung dan mulut

Pemeriksaan Sensorik

- 1) Meminta pasien menjulurkan lidah
 - 2) Meletakkan gula, asam, atau sesuatu yang pahit pada sebelah kiri dan kanan dari 2/3 bagian depan lidah
 - 3) Meminta pasien untuk menuliskan apa yang dirasakan pada secarik kertas
6. Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

Pemeriksaan Fungsi Pendengaran

- 1) *Pemeriksaan Weber*

Melakukan pemeriksaan Weber dengan benar

Menjelaskan interpretasi pemeriksaan Weber dengan benar

- 2) *Pemeriksaan Rinne*

Melakukan pemeriksaan Rinne dengan benar

Menjelaskan interpretasi pemeriksaan Rinne dengan benar

- 3) *Pemeriksaan Schwabach*

Melakukan pemeriksaan Schwabach dengan benar

Menjelaskan interpretasi pemeriksaan Schwabach dengan benar

Pemeriksaan Fungsi Keseimbangan

1) Pemeriksaan dengan tes kalori

Melakukan tes kalori dengan benar

Menjelaskan interpretasi pemeriksaan tes kalori dengan benar

2) Pemeriksaan dengan pointing past test

Melakukan pemeriksaan past pointing test dengan benar

Menjelaskan interpretasi pemeriksaan past pointing test dengan benar

7. Nervus IX (Glosfaringeus)

- 1) Meminta pasien membuka mulutnya
- 2) Dengan tongue spatel, lidah ditekan ke bawah, pasien diminta mengucapkan a...a...a... panjang
- 3) Mengamati respon yang terjadi dan melaporkan hasil pemeriksaan komponen motorik dari nervus glosfaringeus
- 4) Meraba bagian belakang lidah atau dengan menggores dinding faring kanan dan kiri
- 5) Mengamati respon yang terjadi dan melaporkan hasil pemeriksaan komponen motorik dari nervus glosfaringeus

8. Nervus X (Vagus)

- 1) Minta pasien membuka mulut
- 2) Melakukan dan melaporkan pemeriksaan inspeksi: bila terdapat kelumpuhan nervus vagus, uvula tidak berada ditengah, tampak tertarik kesisi yang sehat

- 3) Melakukan pemeriksaan reflek faring/muntah dengan benar
 - 4) Mempersiapkan laryngoscope untuk pemeriksaan plica vocalis
 - 5) Menilai dan melaporkan ada tidaknya kelumpuhan nervus vagus: bila terdapat kelumpuhan satu sisi, pita suara tidak bergerak waktu fonasi/inspirasi, atonis, atrofi, suara pasien parau .
 - 6) Bila terdapat kelumpuhan dua sisi: pita suara berada di tengah dan tidak bergerak, timbul afoni dan stridor inspiratorik
9. Nervus XI (Asesorius)
- 1) *Pemeriksaan paralisis m. sternokleidomastoideus*
 - 2) Meraba m. sternokleidomastoideus
 - 3) Menilai dan melaporkan ada tidaknya paralisis N. IX: bila terdapat paralisis N. IX disisi tersebut, maka akan teraba m. sternokleidomastoideus tidak menegang
 - 4) *Pemeriksaan paralisis m. trapezius*
 - 5) Inspeksi m. trapizius
 - 6) Menilai ada tidaknya paralisis N. IX: bila terdapat paralisis N.IX disisi tersebut: bahu pasien disisi yang sakit lebih rendah daripada sisi yang sehat, margo vertebralis scapula di sisi yang sakit tampak lebih ke samping daripada sisi yang sehat
10. Nervus XII (Hipoglosus)
- 1) Memeriksa adanya disartria
 - 2) Meminta pasien membuka mulut dan melakukan inspeksi lidah dalam keadaan diam, bila ada kelumpuhan lidah tidak simetris, tertarik pada posisi yang sehat

- 3) Meminta pasien menjulurkan lidah dan melakukan inspeksi lidah dalam keadaan dijulurkan, bila ada kelumpuhan N.XII lidah akan berdeviasi ke sisi yang sakit

C. Fungsi motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan /kelemahan pada salah satu sisi tubuh

D. Fungsi sensorik

Dapat terjadi hemihipestesi

E. Reflek fisiologis

Pada pemeriksaan siku, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep (-)) dan pada pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek trisep (-)).

F. Reflek patologis

1. Reflek Hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer(+))
2. Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+))
3. Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek caddok (+))
4. Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+))
5. Pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek Gordon(+))

6. Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+))
4. Pola fungsi kesehatan
 - a. Aktivitas/Istirahat

Merasakan kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, hemiplegi, mudah lelah, susah untuk beristirahat
 - b. Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung (MI, reumatik/penyakit jantung vaskuler, GJK : endokarditis bakterial, polisitemia, riwayat hipotensi postural
 - c. Integritas ego

Emosi labil, respon yang tidak tepat, mudah marah, kesulitan untuk mengekspresikan diri
 - d. Eliminasi

Perubahan kebiasaan BAB dan BAK misalnya inkontinensia urine, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang
 - e. Makanan/cairan

Mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), daya sensori pada lidah hilang, pipi, tenggorokan, disfagia
 - f. Neuro sensori

Sinkope, sakit kepala, perdarahan subaracnoid dan intracranial, kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan kabur, dispalopia, lapang pandang menyempit, hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan di bagian ekstremitas dan kadang sisi yang sama di muka

g. Nyaman/nyeri

Sakit kepala, perubahan tingkah laku kelemahan, tegang pada otak/muka

h. Respirasi

Ketidakkampuan menelan, batuk, melindungi jalan napas, suara wheezing, ronchi

i. Keamanan

Sensorik motorik menurun atau hilang mudah terjadi injury, perubahan persepsi dan orientasi tidak mampu menelan sambil ketidakkampuan mengatur kebutuhan nutrisi, tidak mampu mengambil keputusan

j. Interaksi sosial

Gangguan dalam berbicara, ketidakkampuan berkomunikasi

k. Penyuluhan / Pembelajaran

Adanya riwayat hipertensi pada keluarga, stroke (faktor resiko), pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alcohol.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian mengenai respon manusia terhadap adanya gangguan pada kesehatan/ proses kehidupan, serta kerentanan respon dari seseorang individu, keluarga, hingga kelompok atau komunitas (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Adapun diagnosis keperawatan yang akan muncul pada pasien stroke salah satunya ialah :

1. Defisit Perawatan Diri

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan atau psikotik
5. Penurunan motivasi atau minat.

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

1. Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian /makan/ketoilet/berhias secara mandiri
2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Kondisi Klinis Terkait :

1. Stroke
2. Cedera medulla spinalis
3. Depresi
4. Aritis rheumatoid

5. Retardasi mental
6. Delirium
7. Dimensia
8. Gangguan amnestik
9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
10. Fungsi penilaian terganggu

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Rencana keperawatan akan memberi informasi esensial bagi perawat guna memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi. Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan langsung kepada klien yang dilaksanakan oleh perawat, yang ditujukan kepada kegiatan yang berhubungan dengan prognosis, mempertahankan kesehatan klien.

Tabel 2.1 Intervensi Stroke dengan Personal Hygiene

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Defisit Perawatan Diri</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan musculoskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 	<p>SLKI</p> <p>Perawatan diri</p> <p>Definisi : Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan 	<p>SIKI</p> <p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Definisi : Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri

	<p>3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan atau psikotik 5. Penurunan motivasi atau minat.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif</p> <p>1. Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian /makan/ketoilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Depresi 4. Atritis rheumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Dimensia 8. Gangguan amnestik 9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain 10. Fungsi penilaian terganggu 	<p>mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</p>	<p>sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan terapeutik (misal suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi(misal parfum, sikat gigi dan sabun mandi) 3. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	---	---	--

Sumber : (SDKI, 2017), (SLKI, 2018), (SIKI, 2018)

2.3.4 Hasil Analisis Jurnal

Hasil studi yang diambil adalah pemenuhan personal hygiene yang berkaitan dengan intervensi yang dipilih dan akan dilakukan pembahasan secara mendalam pada bab 4. Dari sekian intervensi yang ada dari diagnosis keperawatan : personal hygiene, intervensi yang diangkat adalah : pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke. Dengan literature 3 jurnal sebagai berikut.

Jurnal 1

Judul	: Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pelaksanaan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke di Ruang Kenanga Rumah Sakit Dr. Soepraoen Malang
Author	: Siti Rahmatika, Ngesti W.Utami, Ani Surtiningsih
Nama jurnal	: <i>Nursing News</i>
Vol/No/Page/ Tahun	: 2/1/2017
Kata Kunci	: Dukungan keluarga, Personal Hygiene pasien stroke
Tujuan	: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dukungan keluarga pasien stroke, mengidentifikasi pelaksanaan personal hygiene pada pasien stroke, dan menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan personal hygiene pada pasien stroke
Metode	: Penelitian ini menggunakan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan pendekatan cross sectional. Populasi adalah semua keluarga dan pasien stroke rawat inap di ruang kenanga RS Dr. Soepraoen Malang sebanyak 30 orang. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 30 orang dengan dua kriteria yaitu kriteria inklusi dan kriteria eklusi.

Hasil : Hasil penelitian bahwa sebagian besar dukungan keluarga masuk kategori baik sebanyak 18 orang (60%), sebagian besar pada 30 responden pelaksanaan personal hygiene pada pasien stroke di ruang Kenanga RS Dr. Soepraoen Malang menunjukkan bahwa sebagian besar personal hygiene pada pasien stroke termasuk kategori baik sebanyak 20 orang (67%). Berdasarkan hasil perhitungan didapat $p\text{-value} = 0,00 < \alpha (0,05)$ yang berarti H_0 ditolak, sehingga ada hubungan antara dukungan keluarga dengan pelaksanaan personal hygiene pada pasien stroke di Ruang Kenanga RS.Dr. Soepraoen Malang

Kesimpulan : Sebagian besar dukungan keluarga masuk kategori baik sebanyak 18 orang (60%), sebagian besar personal hygiene pada pasien stroke masuk kategori baik sebanyak 20 orang (67%). Terdapat hubungan yang signifikan antara “dukungan keluarga dengan pelaksanaan personal hygiene pada pasien stroke di ruang kenanga RS.Dr.Soepraoen Malang” dimana p_{value} atau Asymp.Sig (2-sided) sebesar = 0,00 sehingga $p_{\text{value}} < 0,05$ atau 0,00 0,05

Jurnal 2

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSU GMIM Pancaran Kasih Manado

Penulis : Abdul Jalil Tatali, Marlo E Katuuk, Rina Kundre

Nama Jurnal : e-Journal Keperawatan (e-Kep)

Vol/No/Tahun : 6/1/2018

- Tujuan : Penelitian ini adalah menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian Activity Daily Living (ADL) pada pasien pasca stroke
- Metode : Penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pasca stroke yang berkunjung di Poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado mulai dari tiga bulan terakhir berjumlah 135. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive sampling*.
- Hasil penelitian : Hasil penelitian bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian Activity Daily Living pada pasien pasca stroke di Poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada semua responden, sebagian besar memiliki hubungan dukungan keluarga tinggi yang tingkat kemandirian Activity Daily Living termasuk dalam kategori mandiri.
- Kesimpulan : Berdasarkan hasil penelitian pada pasien pasca stroke di poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado mendapatkan dukungan keluarga tinggi dan tingkat kemandirian Activity Daily Living pada pasien pasca stroke adalah mandiri.
- Jurnal 3
- Judul : Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activity Of Daily Living Pasca Stroke
- Penulis : Esa Karunia
- Nama Jurnal : Jurnal Berkala Epidemiologi, Unair
- Vol/No/Tahun : 4/2/2014

Tujuan : Penelitian ini adalah meneliti hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam melakukan ADL pasca stroke.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional analitik dengan rancang bangun penelitian yaitu desain *cross sectional*. Populasi penelitian sebanyak 90 orang. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah simple random sampling.

Hasil penelitian : Hasil penelitian bahwa responden pasca stroke paling banyak berumur 43-61 tahun, berjenis kelamin laki-laki, tidak bekerja. Responden pasca stroke sebagian besar mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga. Pasien pasca stroke yang paling banyak mengikuti rehabilitasi adalah pasien yang sudah mandiri dalam beraktivitas. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian ADL pasca stroke.

Kesimpulan : Berdasarkan penelitian ini responden pasca stroke paling banyak berumur 43-61 tahun, berjenis kelamin laki-laki, tidak bekerja. Responden pasca stroke sebagian besar mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga. Pasien pasca stroke yang paling banyak mengikuti rehabilitasi adalah pasien yang sudah mandiri dalam beraktivitas. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian ADL pasca stroke. Namun ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pasca stroke.

2.3.5 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk ataupun perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto & Wartonah, 2011).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah fase terakhir dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah. Melalui evaluasi perawat menunjukkan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap tindakannya dengan menunjukkan perhatian pada hasil keperawatan dan menunjukkan keinginan untuk tidak meneruskan tindakan yang tidak efektif, tetapi mengadopsi yang efektif (Barbara Kozier, 2010). Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien dengan melakukan pendekatan SOAP :

S : data subyektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan oleh pasien

O : data obyektif

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan yang lain

A : analisis

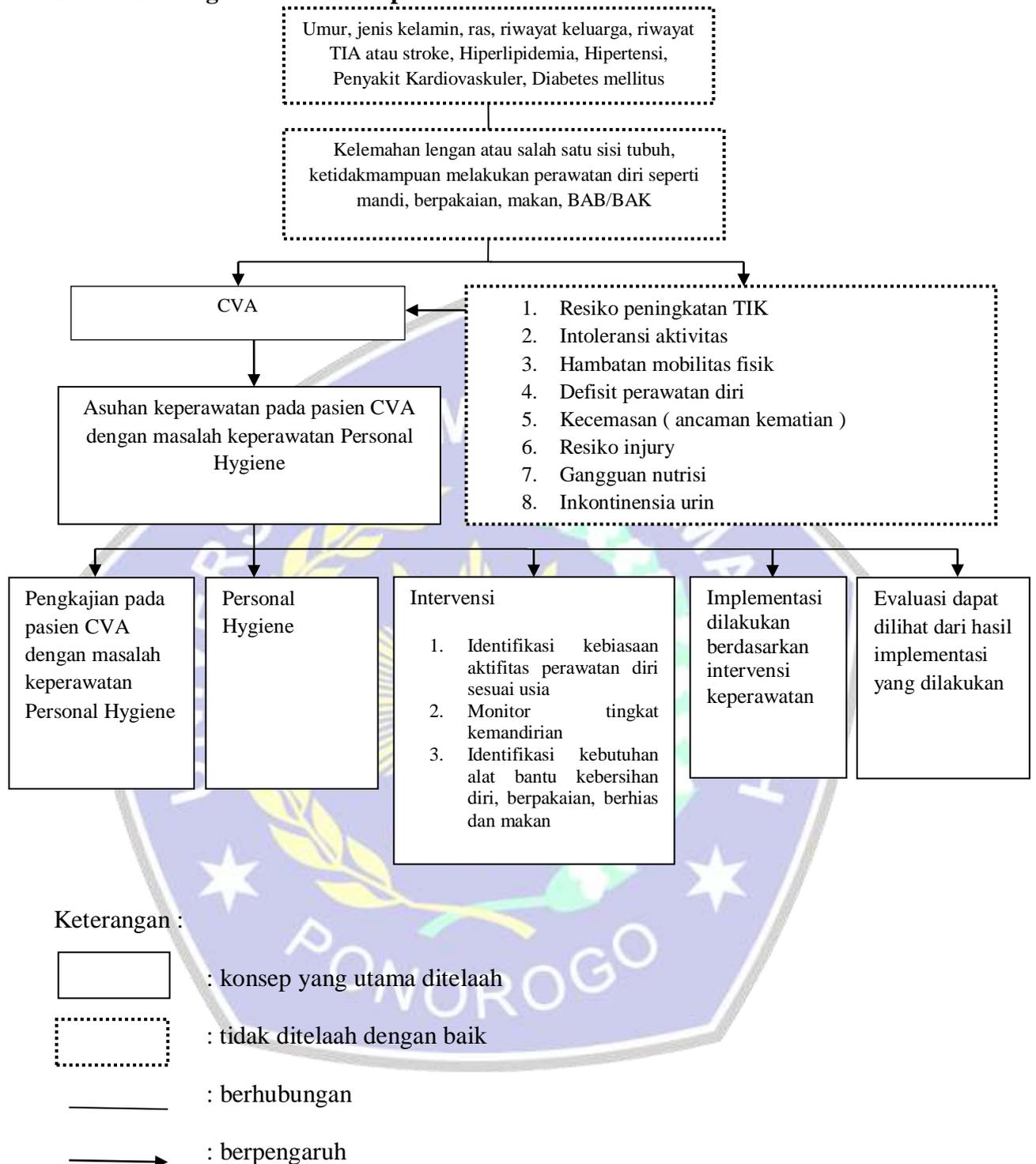
Penilaian dari kedua jenis data (data subjektif maupun data obyektif) apakah berkembang kearah perbaikan atau kemunduran

P : perencanaan

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep Pada Pasien CVA Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri

2.5 Kajian keislaman Tentang Personal Hygiene

Kebersihan perorangan (*Personal Hygiene*) termasuk dalam kesehatan perseorangan adalah kebersihan badan, pakaian, tempat bahkan makan. Untuk kebersihan badan dapat dibedakan lagi menjadi kebersihan anggota badan, kebersihan mulut dan gigi. Kebersihan anggota badan meliputi kulit, kuku ataupun rambut kepala. Kebersihan badan merupakan wujud dari kesucian. Dalam prespektif Islam, setiap muslim selalu dituntut untuk menjaga kesucian badannya baik dari hadast besar maupun hadast kecil. Terlebih lagi ketika akan beribadah kepada Allah. Dalam Al-Qur'an disebutkan bahwa Allah memerintahkan seseorang untuk bersuci sebelum shalat, yaitu sebagaimana firman-Nya dalam surat Al-Maidah ayat 6 yang berbunyi :

Artinya : “ Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu hendak shalat, Maka basuhlah mukamu dan tanganmu sampai dengan siku, dan sapulah kepalamu dan (basuh) kakimu sampai dengan kedua mata kaki, dan jika kamu nujub Maka mandilah, dan jika kamu sakit atau dalam perjalanan atau kembali dari tempat buang air (kakus) atau menyentuh perempuan, lalu kamu tidak memperoleh air, Maka bertayamumlah dengan tanah yang baik (bersih); sapulah mukamu dan tanganmu dengan tanah itu. Allah tidak hendak menyulitkan kamu, tetapi Dia hendak membersihkan kamu dan menyempurnakan nikmat-Nya bagimu, supaya kamu bersyukur.”