

## **BAB II**

### **PENGELOLAAN KASUS**

#### **A. Konsep Dasar *Personal Hygiene***

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

*Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yaitu: 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, 2003).

*Personal hygiene* merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Alimul, 2006). Pemenuhan *personal hygiene* diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Praktik *personal hygiene* bertujuan untuk peningkatan kesehatan dimana kulit merupakan garis tubuh pertama dari pertahanan melawan infeksi dengan implementasi tindakan hygiene pasien, atau membantu anggota keluarga untuk melakukan tindakan itu maka akan menambah tingkat kesembuhan pasien (Potter dan Perry, 2005).

Menurut Mubarak (2008) *personal hygiene* adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan akan psikologis. Pemenuhan *personal hygiene* diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Kebutuhan *personal hygiene* ini diperlukan baik pada orang sehat maupun pada orang sakit. Praktik *personal hygiene* bertujuan untuk peningkatan kesehatan dimana kulit merupakan garis tubuh pertama dari pertahanan melawan infeksi. Dengan implementasi tindakan *hygiene* pasien, atau membantu anggota keluarga untuk melakukan tindakan itu maka akan menambah tingkat kesembuhan pasien (Potter & Perry, 2005).

## 2. Macam-macam *Personal Hygiene* dan Manfaatnya

Ada 8 macam kategori perawatan personal hygiene menurut (Tarwoto & Wartonah, 2004). Yaitu perawatan kulit kepala dan rambut, perawatan mata, perawatan hidung, perawatan telinga, perawatan kuku kaki dan tangan, perawatan genetalia, perawatan seluruh tubuh, dan perawatan tubuh secara keseluruhan. Menurut Potter dan Perry (2005) macam-macam *personal hygiene* dan tujuannya adalah:

1. Perawatan kulit, kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai pelindung dari berbagai kuman atau trauma, sekresi, eksresi, pengatur temperatur, dan sensasi, sehingga diperlukan perawatan yang adekuat dalam mempertahankan fungsinya. Kulit memiliki 3 lapisan utama yaitu epidermis, dermis, dan subkutan. Ketika pasien tidak mampu atau melakukan perawatan kulit pribadi maka perawat memberikan bantuan atau mengajarkan keluarga bagaimana melaksanakan *personal hygiene*. Seorang pasien yang tidak mampu bergerak bebas karena penyakit akan beresiko terjadinya kerusakan kulit. Bagian badan yang tergantung dan terpapar tekanan dari dasar permukaan tubuh (misalnya matrasi gips tubuh atau lapisan linen yang berkerut), akan mengurangi sirkulasi pada bagian tubuh yang terkena sehingga dapat menyebabkan dekubitus. Pelembab pada permukaan kulit merupakan media pertumbuhan bakteri dan menyebabkan iritasi lokal, menghaluskan sel epidermis, dan dapat menyebabkan maserasi kulit. Keringat, urine, material fekal berair, dan drainase luka dapat mengakumulasi pada permukaan kulit dan akan menyebabkan kerusakan kulit dan infeksi. Pasien yang menggunakan beberapa jenis alat eksternal pada kulit seperti gips, baju pengikat, pembalut, balutan, dan jaket ortopedik dapat menimbulkan tekanan atau friksi terhadap permukaan kulit sehingga menyebabkan kerusakan kulit. Tujuan perawatan kulit adalah pasien akan memiliki kulit yang utuh, bebas bau badan, pasien dapat mempertahankan rentang gerak, merasa nyaman dan sejahtera, serta dapat berpartisipasi dan memahami metode perawatan kulit.

2. Mandi, memandikan pasien merupakan perawatan *hygiene* total. Mandi dapat dikategorikan sebagai pembersihan atau terapeutik. Mandi ditempat tidur yang lengkap diperlukan bagi pasien dengan ketergantungan total dan memerlukan *personal hygiene* total. Keluasan mandi pasien dan metode yang digunakan untuk mandi berdasarkan pada kemampuan fisik pasien dan kebutuhan tingkat *hygiene* yang dibutuhkan. Pasien yang bergantung dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*, terbaring ditempat tidur dan tidak mampu mencapai semua anggota badan dapat memperoleh mandi sebagian di tempat tidur. Tujuan memandikan pasien di tempat tidur adalah untuk menjaga kebersihan tubuh, mengurangi infeksi akibat kulit kotor, memperlancar sistem peredaran darah, dan menambah kenyamanan pasien. Mandi dapat menghilangkan mikroorganisme dari kulit serta sekresi tubuh, menghilangkan bau tidak enak, memperbaiki sirkulasi darah ke kulit, dan membuat pasien merasa lebih rileks dan segar. Pasien dapat dimandikan setiap hari di rumah sakit. Namun, bila kulit pasien kering, mandi mungkin dibatasi sekali atau dua kali seminggu sehingga tidak akan menambah kulit menjadi kering. Perawat atau anggota keluarga mungkin perlu membantu pasien berjalan ke kamar mandi atau kembali dari kamar mandi. Perawat atau anggota keluarga harus ada untuk membantu pasien mengguyur atau mengeringkan bila perlu atau mengganti pakaian bersih setelah mandi. Kadang pasien dapat mandi sendiri di tempat tidur atau mereka memerlukan bantuan dari perawat atau anggota keluarga untuk memandikan bagian punggung atau kakinya. Kadang pasien tidak dapat mandi sendiri dan perawat atau anggota keluarga memandikan pasien di tempat tidur.
3. *Hygiene* mulut, pasien immobilisasi terlalu lemah untuk melakukan perawatan mulut, sebagai akibatnya mulut menjadi terlalu kering atau teriritasi dan menimbulkan bau tidak enak. Masalah ini dapat meningkat akibat penyakit atau medikasi yang digunakan pasien. Perawatan mulut harus dilakukan setiap hari dan bergantung terhadap keadaan mulut pasien. Gigi dan mulut merupakan bagian penting yang harus dipertahankan kebersihannya sebab melalui organ ini berbagai kuman dapat masuk. *Hygiene* mulut membantu mempertahankan status

kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir, menggosok membersihkan gigi dari partikel – partikel makanan, plak, bakteri, memasase gusi, dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman. Beberapa penyakit yang mungkin muncul akibat perawatan gigi dan mulut yang buruk adalah karies, gingivitis (radang gusi), dan sariawan. *Hygiene* mulut yang baik memberikan rasa sehat dan selanjutnya menstimulasi nafsu makan. Tujuan perawatan *hygiene* mulut pasien adalah pasien akan memiliki mukosa mulut utuh yang terhidrasi baik serta untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut (misalnya tifus, hepatitis), mencegah penyakit mulut dan gigi, meningkatkan daya tahan tubuh, mencapai rasa nyaman, memahami praktik *hygiene* mulut dan mampu melakukan sendiri perawatan *hygiene* mulut dengan benar.

4. Perawatan mata, hidung, dan telinga, perhatian khusus diberikan untuk membersihkan mata, hidung, dan telinga selama pasien mandi. Secara normal tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata karena secara terus – menerus dibersihkan oleh air mata, kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya partikel asing kedalam mata. Normalnya, telinga tidak terlalu memerlukan pembersihan. Namun, pasien dengan serumen yang terlalu banyak telinganya perlu dibersihkan baik mandiri pasien atau dilakukan oleh perawat dan keluarga. *Hygiene* telinga mempunyai implikasi untuk ketajaman pendengaran. Bila benda asing berkumpul pada kanal telinga luar, maka akan mengganggu konduksi suara. Hidung berfungsi sebagai indera penciuman, memantau temperature dan kelembapan udara yang dihirup, serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem pernapasan. Pasien yang memiliki keterbatasan mobilisasi memerlukan bantuan perawat atau anggota keluarga untuk melakukan perawatan mata, hidung, dan telinga. Tujuan perawatan mata, hidung, dan telinga adalah pasien akan memiliki organ sensorik yang berfungsi normal, mata, hidung, dan telinga pasien akan bebas dari infeksi, dan pasien akan mampu melakukan perawatan mata, hidung, dan telinga sehari – hari.

5. Perawatan rambut, penampilan dan kesejahteraan seseorang sering kali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penyakit atau ketidakmampuan mencegah seseorang untuk memelihara perawatan rambut sehari-sehari. Menyikat, menyisir dan bersampo adalah cara-cara dasar *hygiene* perawatan rambut, distribusi pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum, perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, penuaan, infeksi dan penyakit tertentu atau obat-obatan dapat mempengaruhi karakteristik rambut. Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi. Penyakit atau ketidakmampuan menjadikan pasien tidak dapat memelihara perawatan rambut sehari – hari. Pasien immobilisasi rambutnya cenderung terlihat kusut. Menyikat, menyisir, dan bersampo merupakan dasar *hygiene* rambut untuk semua pasien. Pasien juga harus diizinkan bercukur bila kondisi mengizinkan. Pasien yang mampu melakukan perawatan diri harus dimotivasi untuk memelihara perawatan rambut sehari – hari. Sedangkan pada pasien yang memiliki keterbatasan mobilisasi memerlukan bantuan perawat atau keluarga pasien dalam melakukan *hygiene* rambut. Tujuan perawatan rambut adalah pasien akan memiliki rambut dan kulit kepala yang bersih dan sehat, pasien akan mencapai rasa nyaman dan harga diri, dan pasien dapat berpartisipasi dalam melakukan praktik perawatan rambut.
6. Perawatan kaki dan kuku, kaki dan kuku sering kali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau, dan cedera pada jaringan. Tetapi sering kali orang tidak sadar akan masalah kaki dan kuku sampai terjadi nyeri atau ketidaknyamanan. Menjaga kebersihan kuku penting dalam mempertahankan *personal hygiene* karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku. Oleh sebab itu, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Perawatan dapat digabungkan selama mandi atau pada waktu yang terpisah. Tujuan perawatan kaki dan kuku adalah pasien akan memiliki kulit utuh dan permukaan kulit yang lembut, pasien merasa nyaman dan bersih, pasien akan memahami dan melakukan metode perawatan kaki dan kuku dengan benar.

7. Perawatan genitalia, perawatan genitalia merupakan bagian dari mandi lengkap. Pasien yang paling butuh perawatan genitalia yang teliti adalah pasien yang beresiko terbesar memperoleh infeksi. Pasien yang mampu melakukan perawatan diri dapat diizinkan untuk melakukannya sendiri. Perawat mungkin menjadi malu untuk memberikan perawatan genitalia, terutama pada pasien yang berlainan jenis kelamin. Dapat membantu jika memiliki perawat yang sama jenis kelamin dengan pasien dalam ruangan pada saat memberikan perawatan genitalia. Tujuan perawatan genitalia adalah untuk mencegah terjadinya infeksi, mempertahankan kebersihan genitalia, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan *personal hygiene*.

### **3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Personal Hygiene***

Menurut Potter dan Perry (2005), sikap seseorang melakukan *personal hygiene* dipengaruhi oleh sejumlah faktor antara lain:

- a. Citra tubuh (*Body Image*), penampilan umum pasien dapat menggambarkan pentingnya *personal hygiene* pada orang tersebut. Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. *Personal hygiene* yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu (Stuart & Sudeen, 1999 dalam setiadi, 2005). Citra tubuh dapat berubah, karena operasi, pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan *hygiene* dimana citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan *hygiene*. *Body image* seseorang berpengaruh dalam pemenuhan *personal hygiene* karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya
- b. Praktik sosial, kelompok-kelompok sosial wadah seorang pasien berhubungan dapat mempengaruhi bagaimana pasien dalam pelaksanaan praktik *personal hygiene*. Perawat harus menentukan apakah pasien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi, dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan dari produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktekkan oleh kelompok sosial pasien.

- c. Status sosial ekonomi, menurut Friedman (1998) dalam Pratiwi (2008), pendapatan keluarga akan kemampuan keluarga untuk menyediakan fasilitas dan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan untuk menunjang hidup dan kelangsungan hidup keluarga. Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkatan praktik *personal hygiene*. Untuk melakukan *personal hygiene* yang baik dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, seperti kamar mandi, peralatan mandi, serta perlengkapan mandi yang cukup (mis. sabun, sikat gigi, sampo, dll).
- d. Pengetahuan, pengetahuan tentang *personal hygiene* sangat penting, karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Pengetahuan tentang pentingnya *hygiene* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik *hygiene*. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup, pasien juga harus termotivasi untuk memelihara *personal hygiene*. Individu dengan pengetahuan tentang pentingnya *personal hygiene* akan selalu menjaga kebersihan dirinya untuk mencegah dari kondisi atau keadaan sakit.
- e. Kebudayaan, kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan *personal hygiene*. Seseorang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda, mengikuti praktek perawatan *personal hygiene* yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan defenisi tentang kesehatan dan perawatan diri. Dalam merawat pasien dengan praktik *higiene* yang berbeda, perawat menghindari menjadi pembuat keputusan atau mencoba untuk menentukan standar kebersihannya (Potter & Perry, 2005).
- f. Kebiasaan dan kondisi fisik seseorang, setiap pasien memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Orang yang menderita penyakit tertentu atau yang menjalani operasi sering kali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan *personal hygiene*. Seorang pasien yang menggunakan gips pada tangannya atau menggunakan traksi membutuhkan bantuan untuk mandi yang lengkap. Kondisi jantung, neurologis, paru-paru, dan metabolik yang serius dapat melemahkan

atau menjadikan pasien tidak mampu dan memerlukan perawatan *personal hygiene* total.

#### **4. Jenis *Personal Hygiene* Berdasarkan Waktu Pelaksanaannya**

Menurut Alimul (2006) *personal hygiene* berdasarkan waktu pelaksanaannya dibagi menjadi tiga yaitu:

##### **a. Perawatan Pagi Hari**

Merupakan *personal hygiene* yang dilakukan setelah melakukan sarapan atau makan pagi seperti melakukan pertolongan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi (BAB / BAK), mandi atau mencuci rambut, melakukan perawatan kulit, melakukan pijatan pada punggung, membersihkan mulut, kuku, rambut, serta merapikan tempat tidur pasien. Hal ini sering disebut sebagai perawatan pagi yang lengkap.

##### **b. Perawatan Siang Hari**

Merupakan *personal hygiene* yang dilakukan setelah melakukan berbagai tindakan pengobatan atau pemeriksaan dan setelah makan siang dimana pasien yang dirawat di rumah sakit seringkali menjalani banyak tes diagnostik yang melelahkan atau prosedur di pagi hari. Berbagai tindakan *personal hygiene* yang dapat dilakukan, antara lain mencuci muka dan tangan, membersihkan mulut, merapikan tempat tidur, dan melakukan pemeliharaan kebersihan lingkungan kesehatan pasien.

##### **c. Perawatan Menjelang Tidur**

Merupakan *personal hygiene* yang dilakukan pada saat menjelang tidur agar pasien relaks sehingga dapat tidur atau istirahat dengantenang. Berbagai kegiatan yang dapat dilakukan, antara lain pemenuhan kebutuhan eliminasi (BAB / BAK), mencuci tangan dan muka, membersihkan mulut, dan memijat daerah punggung.



## 5. Dampak Yang Sering Timbul Pada Masalah *Personal Hygiene*

Menurut Tarwoto (2004) dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene* adalah dampak fisik dan psikososial. Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya *personal hygiene* dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku. Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* pada pasien immobilisasi adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.

## 6. Pengkajian

Perawat memiliki peran penting didalam upaya menjaga dan memenuhi kebutuhan *personal hygiene* pasien. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara melakukan proses keperawatan yaitu (Hidayat, 2006) :

### 1) Riwayat Keperawatan

Tanyakan tentang pola kebersihan individu sehari-hari, sarana dan prasarana yang dimiliki, serta faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* individu baik faktor pendukung maupun faktor pencetus.

### 2) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kaji *personal hygiene* individu, mulai dari ekstremitas atas sampai bawah:

- a) Rambut : Amati kondisi rambut (warna, tekstur, kualitas), apakah tampak kusam? Apakah ditemukan kerontokan?
- b) Kepala : Amati dengan seksama kebersihan kulit kepala. Perhatikan adanya ketombe, kebotakan, atau tanda-tanda kemerahan.
- c) Mata : Amati adanya tanda-tanda ikterus., konjungtiva pucat, sekret pada kelopak mata, kemerahan dan gatal-gatal pada kelopak mata.
- d) Hidung : Amati kondisi kebersihan hidung, kaji adanya sinusitis, perdarahan hidung, tanda-tanda pilek yang tak kunjung sembuh, tanda-tanda alergi, atau perubahan pada daya penciuman.

- e) Mulut : Amati kondisi mulut dan amati kelembabannya. Perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi atau sariawan, kekeringan atau pecah-pecah.
- f) Gigi : Amati kondisi dan kebersihan gigi. Perhatikan adanya tanda-tanda karang gigi, karies, gigi pecah-pecah, tidak lengkap atau gigi palsu.
- g) Telinga : Amati kondisi dan kebersihan telinga. Perhatikan adanya serumen atau kotoran pada telinga, lesi, infeksi, atau perubahan pada daya pendengaran.
- h) Kulit : Amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembaban) dan kebersihannya. Perhatikan adanya perubahan warna kulit, kulit keriput, lesi, atau pruritus.
- i) Kuku tangan&kaki : Amati bentuk dan kebersihan kuku. Perhatikan adanya kelainan atau luka.
- j) Genetalia : Amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum. Perhatikan pola rambut pubis. Pada laki-laki perhatikan kondisi skrotum dan testisnya.
- k) Personal hygiene secara umum : Amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum. Perhatikan adanya kelainan kulit atau bentuk tubuh.

## **7. Analisa Data**

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisir yang meliputi tiga aktivitas dasar:

- a. Mengumpulkan data secara sistematis.
- b. Menyortir dan mengatur data yang dikumpulkan.
- c. Mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali.

Data dasar pasien adalah kombinasi data yang dikumpulkan dari wawancara untuk pengambilan riwayat pasien (metode mendapatkan informasi subjektif dengan berbicara dengan pasien dan atau orang terdekat dan mendengarkan respon mereka), pemeriksaan fisik (mendapatkan informasi objektif dengan menggunakan tangan); dan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan *laboratorium/diagnostic*. (Doenges. dkk, 2000)

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan lainnya. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi pasien. Selanjutnya data dasar itu digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah pasien. Pengumpulan data dimulai sejak pasien masuk rumah sakit (*initial assessment*), selama klien dirawat secara terus menerus (*on going assessment*), serta pengakajian ulang untuk menambah/melangkaupi data *re-assessment* (Sigit, 2010).

Tujuan pengumpulan data

- a) Memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan klien.
- b) Untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan klien.
- c) Untuk menilai keadaan kesehatan klien.
- d) Untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

Tipe data:

1. Data Subjektif

Data yang didapatkan dari klien sebagai suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak bisa ditentukan oleh perawat, mencakup persepsi, perasaan, ide klien terhadap status kesehatannya, misalnya tentang nyeri, perasaan lemah, ketakutan, kecemasan, frustrasi, mual, perasaan malu (Sigit, 2010).

2. Data objektif

Adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indera (lihat, dengar, cium, sentuh/raba) selama pemeriksaan fisik. Misalnya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah, berat badan, tingkat kesadaran (Sigit, 2010).

Dari hasil pengkajian, maka dapat dilakukan analisa data berdasarkan karakteristik, yaitu data subjek (DS) dan data objek (DO), sebagai berikut:

No	DS	DO
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ketidakmampuan mandi sendiri</li> <li>- Klien mengatakan badan gatal-gatal</li> <li>- Klien mengeluh selera makan berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan klien kurang</li> <li>- Badan, rambut, mulut bau</li> <li>- Sariawan rongga mulut</li> <li>- Kurang makan</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan alergi pada makanan seafood</li> <li>- Klien mengatakan gatal didaerah luka dan seluruh tubuh</li> <li>- Klien mengatakan badan lemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Terdapat luka decubitus pada bagian bahu dengan ukuran: P: 4 cm L: 3 cm</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas</li> <li>- Klien mengatakan sakit bagian bahu</li> <li>- Klien mengatakan lemas dan malas bergerak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak terbaring lemah</li> <li>- pasien tidak mampu melakukan aktifitas total.</li> <li>- K/U : kekuatan otot skala : 2 (aktif tetapi tidak mampu melawan gravitasi)</li> <li>- GCS: 9 E: 4 M: 2 V: 3</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut akan penyakitnya</li> <li>- Klien mengatakan gelisah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak cemas</li> <li>- Klien sering marah-marah</li> </ul>

## 8. Rumusan Masalah

Setelah analisa data dilakukan dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan Asuhan Keperawatan (Masalah Keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), rumusan masalah keperawatan terkait masalah kebutuhan dasar personal hygiene adalah:

- 1) Ketidakmampuan untuk membersihkan tubuh
- 2) Kerusakan pada lapisan kulit
- 3) Intoleransi aktivitas
- 4) Ansietas

## 9. Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan menurut Wilkinson J.M (2006) berdasarkan NIC dan NOC dengan masalah gangguan personal hygiene akibat stroke non hemoragis dan intervensi adalah sebagai berikut:

### 1. Defisit perawatan diri

Defenisi: Suatu keadaan seseorang yang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berganti pakaian makan, dan toileting.

Kemungkinan berhubungan dengan:

- a. Ketidakmampuan untuk merasakan bagian tubuh.
- b. Ganggana persepsi atau kognitif

Kemungkinan data yang ditemukan:

- a. Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi
- b. Ketidakmampuan untuk membersihkan tubuh atau anggota tubuh
- c. Ketidakmampuan untuk mendapatkan sumber air

Intervensi	Rasional
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji kemampuan mandi</li> <li>b. Pemeliharaan kesehatan mulut pasien</li> <li>c. Membantu perawatan diri mandi/ hygiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membersihkan tubuh yang berguna untuk relaksasi, kebersihan, dan penyembuhan</li> <li>b. Pemeliharaan dan promosi hygiene oral dan kesehatan gigi untuk pasien yang berisiko mengalami lesi mulut atau gigi</li> <li>c. Memenuhi hygiene pasien</li> </ul>

## 2. Gangguan integritas kulit

Defenisi: Suatu kondisi seorang individu yang mengalami perubahan dermis atau epidermis.

Kemungkinan yang berhubungan dengan:

- a. Faktor mekanik (misalnya, terpotong, terkena tekanan, dan akibat restrain)
- b. Imobilisasi fisik
- c. Zat kimia

Kemungkinan data yang ditemukan:

- a. Gangguan pada permukaan kulit (epidermis)
- b. Kerusakan pada lapisan kulit (dermis)
- c. Invasi dari struktur tubuh

Hasil yang diharapkan:

- a. Terbebas dari adanya lesi jaringan
- b. Keutuhan kulit

Intervensi	Rasional
a. Pemeliharaan akses dialysis	a. Memelihara area akses pembuluh darah (arteri vena)
b. Manajemen area penekanan	b. Meminimalkan penekanan pada bagian tubuh
c. Manajemen pruritus	c. Mencegah dan mengobati gatal
d. Perawatan luka	d. Mencegah komplikasi luka dan meningkatkan penyembuhan luka

### 3. Intoleransi aktivitas

Defenisi: Ketidacukupan energi fisiologis atau psikologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang ingin atau harus dilakukan (Wilkinson, J.M 2011).

Kemungkinan yang berhubungan dengan:

- a. Kelemahan umum.
- b. Tirah baring dan imobilisasi.
- c. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- d. Gaya hidup kurang gerak

Kemungkinan data yang ditemukan:

- a. Ketidaknyamanan atau dispnea saat beraktivitas
- b. Melaporkan kelelahan atau kelemahan secara verbal
- c. Frekuensi jantung atau tekanan darah tidak normal sebagai respon terhadap aktivitas.

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji terapi aktivitas : member bantuan dalam aktivitas fisik,kognitif, sosial, dan spiritual yang spesifik.</li> <li>2. Member terapi latihan fisik : mobilitas sendi (ROM) : Menggunakan gerakan tubuh aktif dan pasif</li> <li>3. Mengatur penggunaan energi ( manajemen energi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk meningkatkan rentang, frekuensi, atau durasi aktivitas individu.</li> <li>2. Untuk mempertahankan atau memperbaiki fleksibilitas sendi.</li> <li>3. Mencegahan kelelahan dan mengoptimalkan fungsi</li> </ol>

#### 4. Ansietas

Defenisi : perasaan yang tidak nyaman atau kekhawatir yang samar disertai respons autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya.

Kemungkinan data yang ditemukan:

1. Gelisah
2. Distress
3. Marah
4. Perasaan takut

Kemungkinan yang berhubungan dengan:

- a. Stress
- b. Perubahan lingkungan
- c. Status kesehatan



Intervensi	Rasional
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengajarkan anetisipasi pada pasien</li> <li>b. Mengajarkan teknik menenangkan diri</li> <li>c. Mamantau emosi klien</li> <li>d. Peningkatan coping</li> <li>e. Memberi dorongan kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan ansietas</li> <li>f. Mengajarkan menonton televisi, untuk menurunkan ansietas</li> <li>g. Memberikan motivasi kepada pasien yang mampu melakukan aktifitas sehari-hari dan aktifitas lainnya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempersiapkan pasien menghadapi krisis perkembangan dan atau situasional</li> <li>b. Meredakan kecemasan pada pasien yang mengalami distres akut</li> <li>c. Memberikan penenangan pada pasien, penerimaan, dan bantuan dukungan selama masa stress</li> <li>d. Membantu pasien untuk beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan, atau ancaman yang menghambat pemenuhan tuntunan dan peran hidup.</li> <li>e. Memotivasi klien untuk mengatasi ansietasnya</li> <li>f. Menurunkan ansietas pasien</li> <li>g. Pasien dapat melakukan aktifitas</li> </ul>

## B. Asuhan Keperawatan Kasus

### 2.1. Pengkajian



## PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN USU

---

### FORMAT PENGKAJIAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

#### I. BIODATA

##### IDENTITAS PASIEN

Nama : Tn. B  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Umur : 66 tahun  
Status Perkawinan : Sudah Menikah  
Agama : Kristen  
Pendidikan : Tamat SD  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Jln. Desa Cinta Damai Dusun 4 Percut  
Tanggal Masuk RS : 31 Mei 2014  
No. Register : 00.92.75.52  
Ruangan/Kamar : Ruang Neurologi lt 3, Melati II  
Golongan Darah : -  
Tanggal Pengkajian : 03 Juni 2014  
Tanggal Operasi : -  
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragis

#### II. KELUHAN UTAMA :

Tn. B mengeluh badan terasa gatal, gelisah dan tidak nyaman. Klien juga mengeluh gatal didaerah luka pada bagian bahu kesluruh tubuh, dan tidak

hanya itu, klien juga mengeluh sakit didaerah bahu sebab itu klien tidak dapat melakukan aktifitas personal hygiene.

### III. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

#### A. *Provocative/Palliative*

1. Apa penyebabnya

Klien jarang mandi, kebersihan diri kurang.

2. Hal-hal yang memperbaiki keadaan

Membantu klien melakukan Personal Hygiene seperti mandi ( dimandikan / sendiri dengan bantuan)

#### B. *Quantity/Quality*

1. Bagaimana dirasakan

Klien mengatakan tidak nyaman, sering gelisah, gatal-gatal.

2. Bagaimana dilihat

Kulit pasien bersisik, kering

#### C. *Region*

1. Dimana lokasinya

Klien mengatakan dibagian tangan, bahu.

2. Apakah menyebar

Klien mengatakan menyebar keseluruh badan.

#### D. *Severity*

Akibat dari sakit klien aktifitas klien mengganggu

#### E. *Time*

Klien mangatakan badan gatal dan gelisah pada saat tidur.

### IV. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

#### A. Penyakit yang pernah dialami

Klien memiliki riwayat stroke 2 tahun yang lalu, dan pasien memiliki riwayat penyakit DM.

#### B. Pengobatan/tindakan yang dilakukan

Klien mengatakan tidak pernah melakukan pengobatan

C. Pernah dirawat/dioperasi

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit ataupun dioperasi sebelumnya.

D. Lama dirawat

Pasien belum pernah dirawat sebelumnya

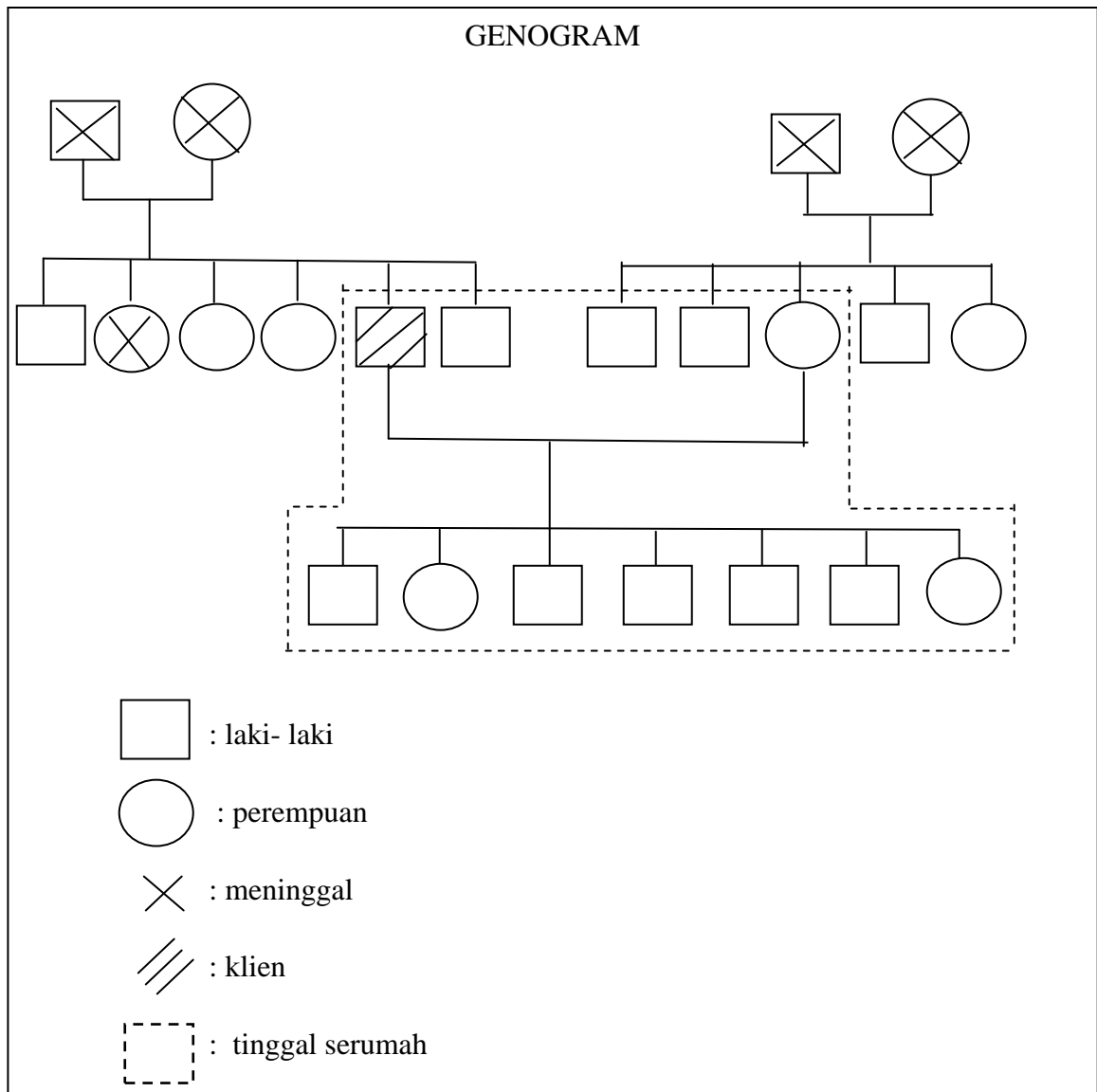
E. Alergi

Pasien mengatakan memiliki riwayat alergi pada makanan.

F. Imunisasi

Pasien mengatakan imunisasinya tidak lengkap.

V. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA



A. Orang tua

Klien mengatakan orang tua pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit.

B. Saudara kandung

Klien mengatakan saudara kandung pasien pernah memiliki riwayat penyakit sama.

C. Penyakit keturunan yang ada

Klien mengatakan keluarga tidak ada yang terkena penyakit keturunan

D. Anggota keluarga yang meninggal

Klien mengatakan kedua orang tua pasien telah meninggal dunia.

E. Penyebab meninggal

Keluarga klien mengatakan penyebab meninggalnya orang tua pasien karena faktor usia.

VI. RIWAYAT KEADAAN PSIKOSOSIAL

A. Persepsi pasien tentang penyakitnya

Pasien cemas akan penyakitnya dan ingin cepat pulang kerumah.

B. Konsep diri

- Gambaran diri

Pasien senang dengan bentuk tubuhnya.

- Ideal diri

Pasien ingin cepat sembuh dan kembali normal.

- Harga diri

Pasien dihargai dalam keluarga.

- Peran diri

Pasien adalah seorang ayah dalam keluarga

- Identitas

Pasien seorang ayah memiliki istri dan 7 orang anak

C. Keadaan emosi

Pasien tidak mampu mengontrol emosinya

#### D. Hubungan sosial

##### a. Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah istri dan anak-anaknya.

##### b. Hubungan dengan keluarga

Hubungan pasien dengan semua anggota keluarganya baik dan dekat (harmonis).

##### c. Hubungan dengan orang lain

Hubungan pasien dengan orang lain sangat baik.

##### d. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak ada hambatan pada orang lain.

### VII. PEMERIKSAAN FISIK

#### A. Keadaan umum

Tingkat kesadaran pasien Composmentis, terlihat lemah dan lebih sering berbaring ditempat tidur.

#### B. Tanda-tanda vital

- a. Suhu tubuh : 36,5°c
- b. Tekanan darah : 150/80 mmHg
- c. Nadi : 84/x menit
- d. Pernapasan : 24/x menit
- e. Skala nyeri : -
- f. Tinggi badan : 165 cm
- g. Berat badan : 63 kg

#### C. Pemeriksaan Head to toe

##### Kepala

- a. Bentuk : Kepala simetris, tidak ada kelainan bentuk
- b. Ubun-ubun : Tidak ada benjolan pada ubun-ubun
- c. Kulit kepala : Tampak kotor, ada ketombe.

## Rambut

- a. Penyebaran dan keadaan rambut : Menyeluruh dan rambut rontok.
- b. Bau : Berbau khas
- c. Warna rambut : Hitam

## Wajah

- a. Warna kulit : Cokelat
- b. Struktur wajah : Oval dan tidak ada kelainan pada wajah

## Mata

- a. Kelengkapan dan kesimetrisan : Jumlah mata lengkap dan simetris kiri kanan.
- b. Palpebra : Tidak ada kelainan pada palpebra, reflex mengkedip spontan.
- c. Konjungtiva dan sklera : Konjungtiva anemis dan sclera tidak dijumpai ikterus
- d. Pupil : Ishokor, reflek terhadap cahaya.
- e. Kornea dan iris : Tidak ada kelainan
- f. Visus : Tidak dilakukan pemeriksaan
- g. Tekanan bola mata : Tidak dilakukan pemeriksaan

## Hidung

- a. Tulang hidung dan posisi septum nasi : Bentuk dan posisi simetris
- b. Lubang hidung : Lubang hidung sedikit kotor dan simetris kiri kanan
- c. Cuping hidung : Cuping hidung normal, tidak ada pergerakan cuping hidung ketika bernafas.

## Telinga

- a. Bentuk telinga : Simetris kiri dan kanan
- b. Ukuran telinga : Ukuran telinga kiri dan kanan sama
- c. Lubang telinga : Simetris dan terdapat serum di lubang telinga
- d. Ketajaman pendengaran : Dapat mendengar dengan baik

## Mulut dan faring

- a. Keadaan bibir : Mukosa lembab dan bibir pucat dan kering
- b. Keadaan gusi dan gigi : Jumlah gigi sudah tidak lengkap dan Keadaan gigi tampak kotor, gusi tidak berdarah.
- c. Keadaan lidah : Kotor dan kurang dalam mengecap
- d. Orofaring : Pasien susah menelan akibat sariawan..

## Leher

- a. Posisi trachea : Medical, normal
- b. Thyroid : Tidak terdapat pembesaran kelenjar pada thyroid
- c. Suara : Suara jelas tidak serak
- d. Kelenjar limfe : Tidak ada pembengkakan getah bening
- e. Vena jugularis : Tidak ada distensi vena jugularis
- f. Denyut nadi karotis : Denyut nadi teraba

## Pemeriksaan integument

- a. Kebersihan : Kebersihan kulit kurang terjaga dengan baik
- b. Kehangatan : Suhu dalam keadaan normal
- b. Warna : Kulit cokelat
- c. Turgor : Turgor kembali cepat < 2 detik



- d. Kelembaban : Kulit tidak lembab, kulit kering
- e. Kelainan pada kulit : Alergi dan kulit sedikit bersisik

#### Pemeriksaan thoraks/dada

- a. Inspeksi thoraks : Normal, simetris, tidak ada kelainan bentuk.
- b. Pernafasan : Frekuensi 20/ x menit, irama reguler
- c. Tanda kesulitan bernafas : Pasien tidak mengalami kesulitan bernafas

#### Pemeriksaan paru

- b. Palpasi getaran suara : Fremitus toktil tidak terdapat udara
- c. Perkusi : Terdengar sonor
- d. Auskultasi
  - Suara nafas : Suara nafas vesikuler
  - Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

#### Pemeriksaan jantung

- b. Inspeksi : Tidak terlihat massa dan memar, serta tidak terlihat adanya denyut jantung (pulsasi)
- c. Palpasi : Tidak teraba pembesaran jantung
- d. Perkusi : Perkusi jantung terdengar dullnes
- e. Auskultasi : Terdengar normal (S1 dan S2) dan tidak terdengar suara tambahan.

#### Pemeriksaan abdomen

- a. Inspeksi (bentuk, benjolan) : Simetris tidak terdapat massa, memar maupun benjolan.
- b. Auskultasi : Peristaltik usus normal dengan frekuensi 20 kali/menit

- c. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan /ascites.
- d. Perkusi : Suara abdomen tympani.

Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

- a. Genetalia
  - rambut pubis : Tidak dilakukan pemeriksaan
  - lubang uretra : Tidak dilakukan pemeriksaan
- b. Anus dan perineum
  - lubang anus : Tidak dilakukan pemeriksaan
  - kelainan pada anus : Tidak dilakukan pemeriksaan
  - perineum : Tidak dilakukan pemeriksaan

Pemeriksaan muskuloskeletal/ekstremitas

- a. Kesimetrisan : Simetris kanan kiri
- b. Kekuatan otot : 2
- c. Edema : tidak terdapat edema

Pemeriksaan neurologi (Nervus cranialis)

- a. Tingkat kesadaran dengan GCS: 9, E: 4 M: 2 V: 3
- b. Meningeal sign : tidak ada tanda-tanda meningitis.
- b. Nervus Olfaktorius/N I : Mampu mengidentifikasi bau dengan baik
- c. Nervus Optikus/N II : Penglihatan baik
- d. Nervus Okulomotorius/N III, Trochlearis/N IV, Abdusen/ N VI :  
Reaksi pupil kecil saat dilakukan pencahayaan
- e. Nervus Trigemini/ N V : Mampu membedakan panas, dingin, tajam ,tumpul dan getaran
- f. Nervus Fasialis/ N VII : Mampu menahan tekanan pada pipi saat melakukan penekanan

- g. Nervus Vestibulocochlearis/ N VIII : tidak dilakukan pemeriksaan
- h. Nervus Glossopharyngeus/N IX, Vagus/N X : Pasien mampu mengunyah, menelan (-) dan membuka mulut dengan baik.
- i. Nervus Asesoris/N XI : Pasien kurang mampu menggerakkan bahunya
- j. Nervus Hipoglossus/N XII : Pasien mampu menjulurkan dan menggerakkan lidahnya

#### Fungsi motorik

- a. Identifikasi sentuhan : Mampu mengidentifikasi sentuhan saat melakukan pengkajian
- b. Tes tajam tumpul : Mampu membedakan tajam tumpul
- c. Panas dingin : Mampu membedakan panas dingin
- d. Getaran : Dapat mengidentifikasi getaran

### VIII. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

#### I. Pola makan dan minum

- a. Frekuensi makan/hari : 3x sehari
- b. Nafsu/selera makan : Selera makan pasien berkurang
- c. Nyeri ulu hati : Tidak ada
- d. Alergi : Klien alergi makanan seafood
- e. Mual dan muntah : Tidak ada
- f. Waktu pemberian makan : Pagi jam 07.00 siang jam 12.00 malam jam 19.00
- g. Jumlah dan jenis makanan : mb 1 porsi
- h. Waktu pemberian cairan/minum: Sesuai kebutuhan pasien
- i. Masalah makan dan minum: Selera makan berkurang

## II. Perawatan diri/personal hygiene

- a. Kebersihan tubuh : Kebersihan tubuh pasien kurang terpenuhi karena pasien tidak dapat beraktifitas secara mandiri.
- b. Kebersihan gigi dan mulut: kebersihan gigi tampak kekuningan dan mulut bau
- c. Kebersihan kuku (kaki dan tangan) : Kuku pasien terlihat panjang dan kotor

## III. Pola kegiatan/Aktivitas

Kegiatan	Mandiri	Sebahagian	Total
Mandi			✓
Makan			✓
BAB			✓
BAK			✓
Gantian pakaian			✓

## IV. Pola eliminasi

### 1. BAB

- Pola BAB : 1-2x/ hari
- Karakter feses : padat dan berbau khas
- Riwayat pendarahan : tidak ada riwayat pendarahan
- BAB terakhir :-
- Diare : -
- Penggunaan laksatif: -

## 2. BAK

- Pola BAK : 2-3x/ hari
- Karakter urine : kuning dan berbau khas
- Nyeri/rasa terbakar/kesulitan BAK : tidak ada nyeri / kelainan saat BAK
- Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih : tidak ada riwayat penyakit gagal ginjal kronis
- Upaya mengatasi masalah ;-

## V. Pola tidur dan Kebiasaan

- Waktu tidur : pukul 22.30 WIB
- Waktu bangun : pukul 06.00 WIB
- Masalah tidur : gelisah pada malam hari
- Hal yang mempermudah tidur : klien membaca alkitab sebelum tidur
- Hal yang mempermudah bangun: mendengar suara yang sedikit keras dan kondisi ruangan yang panas

## 2.2 Analisa Data

### ANALISA DATA

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH KEPERAWATAN
1	<p><b>DS:</b> pasien mengatakan mandi hanya 1 kali/hari dan pasien mengatakan tidak mampu mandi sendiri</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak kurang hygiene, seperti: kuku pasien panjang dan kotor, rambut kusam dan berbau, kulit tampak kering dan terdapat luka decubitus dikaki kiri, gigi kotor dan terdapat lubang pada gigi, bibir tampak kering.</li> <li>• Pasien tidak dapat melakukan aktifitas secara total</li> <li>• KU: pasien tidak mampu aktivitas dengan baik - GCS: 9 E: 4 M: 2 V: 3</li> </ul>	<p>Stroke non hemoragis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Keterbatasan melakukan aktifitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakmampuan pasien melakukan personal hygiene secara mandiri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit perawatan diri</p>	Defisit Perawatan Diri
2	<p><b>DS:</b></p> <p>Pasien mengatakan gatal dibagian luka dekubitus , bagian bahu dan menyebar keseluruh tubuh</p>	<p>Gangguan neuromuskular</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Immobilisasi fisik</p>	Kerusakan Integritas Kulit

	<p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lemas</li> <li>- terdapat luka decubitus pada bagian bahu dan menyebar kesuluruh tubuh</li> <li>→ kemerahan dengan ukuran: P: 4 cm L: 3 cm</li> <li>- TD: 140/80 mmHg</li> <li>- T: 36,8° C</li> <li>- HR: 80/ menit</li> <li>- RR: 20/ menit</li> </ul>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">tekanan pada bagian tubuh</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">luka decubitus</p>	
3	<p><b>DS:</b> Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas apapun saat bahu susah digerakan</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak terbaring lemah</li> <li>- pasien tidak mampu melakukan aktifitas total.</li> <li>- K/U : kekuatan otot skala : 2 (aktif tetapi tidak mampu melawan gravitasi)</li> <li>- GCS: 9 E: 4 M: 2 V: 3</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Keletihan fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hambatan mobilitas fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Immobilisasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ketidakmampuan pasien melakukan aktifitas secara mandiri</p>	Intoleransi Aktifitas

4	<p><b>DS:</b> pasien mengatakan pasien mengatakan takut akan penyakitnya</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak cemas</li> <li>- pasien sering marah-marah</li> <li>- TD: 150/80 mmHg</li> <li>- T: 37 C</li> <li>- RR: 24 x/menit</li> <li>- HR: 84x/menit</li> </ul>	<p>Stroke non hemoragis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perlambatan proses penyembuhan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ansietas</p>	Ansietas
---	--	---	----------

### 2.3. Rumusan Masalah

Setelah dilakukan analisa data, maka rumusan masalah dari kasus ini adalah:

1. Defisit Perawatan Diri
2. Kerusakan Integritas Kulit
3. Intoleransi Aktifitas
4. Ansietas

### 2.4. Diagnosa Keperawatan (Prioritas)

1. Defisit perawatan diri ketidakmampuan untuk membersihkan tubuh berhubungan dengan stroke non hemoragis ditandai dengan kuku Tn, B panjang dan kotor, rambut kusam berbau, kulit kering dan terdapat luka, gigi berlubang, serta mulut kering dan pucat
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama dan imobilisasi ditandai dengan luka decubitus pada daerah bagian bahu dan keseluruhan tubuh
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan menyeluruh ditandai dengan keletihan fisik dan tidak dapat melakukan aktifitas secara total



4. Ansietas berhubungan dengan stress, perubahan lingkungan dan status kesehatan ditandai dengan pasien tidak mampu mengontrol emosi, gelisah, kontak mata buruk.

## 2.5. Perencanaan Keperawatan dan Rasional

Tabel: perencanaan keperawatan dan rasional

Hari / tanggal	No.Dx	Perencanaan Keperawatan	
Selasa – Kamis /03-05 Juni 2014	Dx.1	Tujuan Dan Kriteria Hasil: NOC: Self Care Assistance (mandi, berpakaian, makan, toileting) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Klien dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri Kriteria Hasil: Klien terbebas dari bau, dapat makan sendiri, dan berpakaian sendiri	
		Rencana tindakan	Rasional
		NIC : Self Care a. Kaji kemampuan mandi pasien b. Pemeliharaan kesehatan mulut pasien c. Membantu perawatan diri mandi/ hygiene.	a. Membersihkan tubuh yang berguna untuk relaksasi, kebersihan, dan penyembuhan b. Pemeliharaan dan promosi hygiene oral dan kesehatan gigi untuk pasien yang berisiko mengalami lesi mulut atau gigi c. Memenuhi hygiene pasien

Selasa – Kamis /03-05 Juni 2014	Dx.2	<p>Tujuan dan kriteria hasil:  NOC: mempertahankan integritas kulit  Setelah dilakukan perawatan 3 x 24 jam integritas kulit tetap adekuat dengan indikator : Tidak terjadi kerusakan kulit ditandai dengan tidak adanya kemerahan, luka dekubitus bagian bahu keseluruhan tubuh.</p>	
		<p>NIC: Berikan manajemen tekanan</p> <p>a. Kaji pemeliharaan akses dialysis</p> <p>b. Manajemen area penekanan</p> <p>c. Manajemen pruritus</p> <p>d. Perawatan luka</p>	<p>a. Memelihara area akses pembuluh darah (arteri vena)</p> <p>b. Meminimalkan penekanan pada bagian tubuh</p> <p>c. Mencegah dan mengobati gatal</p> <p>d. Mencegah komplikasi luka dan meningkatkan penyembuhan luka</p>
Selasa – Kamis /03-05 Juni 2014	Dx.3	<p>Tujuan Dan Kriteria Hasil:  Klien dapat menoleransi aktivitas  Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik dgn TD, HR, RR yang sesuai</li> <li>- Memverbalisasikan pentingnya aktivitas secara bertahap</li> <li>- Mengekspresikan pengertian pentingnya keseimbangan latihan &amp; istirahat</li> <li>- meningkatnya toleransi aktivitas</li> </ul>	
		<p>a. Mengkaji terapi aktivitas :  memberi bantuan dalam aktivitas fisik, kognitif, sosial, dan spiritual yang spesifik.</p> <p>b. Member terapi latihan fisik : mobilitas sendi</p>	<p>a. Untuk meningkatkan rentang, frekuensi, atau durasi aktivitas individu.</p> <p>b. Untuk mempertahankan atau memperbaiki fleksibilitas sendi.</p> <p>c. Mencegahan kelelahan dan mengoptimalkan fungsi</p>

		(ROM) : Menggunakan gerakan tubuh aktif dan pasif c. Mengatur penggunaan energi ( manajemen energi)	
Selasa – Kamis /03-05 Juni 2014	Dx: 4	<p>Tujuan Dan Kriteria hasil:</p> <p>Klien dapat meneruskan aktifitas yang dibutuhkan meskipun mengalami kecemasan.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keparahan manifestasi kekhawatiran, ketegangan, atau perasaan tidak tenang yang muncul dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi</li> <li>- Tindakan personal untuk menghilangkan atau mengurangi perasaan khawatir, tegang atau perasaan tidak tenang akibat sumber yang tidak dapat diidentifikasi</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengajarkan anetisipasi pada pasien</li> <li>b. Mengajarkan teknik menenangkan diri</li> <li>c. Mamantau emosi klien</li> <li>d. Peningkatan koping</li> <li>e. Memberi dorongan kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan ansietas</li> <li>f. Mengajarkan menonton televisi, mendengarkan radio untuk menurunkan ansietas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempersiapkan pasien menghadapi krisis perkembangan dan atau situasional</li> <li>b. Meredakan kecemasan pada pasien yang mengalami dstres akut</li> <li>c. Memberikan penenangan pada pasien, penerimaan, dan bantuan dukungan selama masa stress</li> <li>d. Membantu pasien untuk beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan, atau</li> </ul>

		g. Memberikan motivasi kepada pasien yang mampu melakukan aktifitas sehari-hari dan aktifitas lainnya.	ancaman yang menghambat pemenuhan tuntutan dan peran hidup. e. Memotivasi klien untuk mengatasi ansietasnya f. Menurunkan ansietas pasien g. Pasien dapat melakukan aktifitas
--	--	--	--

## 2.6. Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi

Tabel: **PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

Hari/ tanggal	No. Dx	Implementasi Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa/ 03 Juni 2014	I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat masa lalu, dan riwayat kesehatan keluarga</li> <li>2. Mengkaji tanda-tanda vital</li> <li>3. Memberikan klien posisi yang nyaman pada waktu tidur dan duduk</li> <li>4. Memberikan kesempatan klien untuk menceritakan keluhan</li> <li>5. Mengkaji kemampuan pasien mandi</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan gelisah saat tidur dan badan Tn. B masih gatal-gatal.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak terbaring lemah, pasien terlihat tidak bersih, berbau, kuku pada kaki dan tangan pendek dan bersih, gigi klien belum bersih, rambut dan kepala belum bersih dan masih bau.</li> <li>• Kulit pasien belum bersih</li> <li>• pasien belum mampu</li> </ul>

		<p>6. Pemeliharaan kesehatan mulut pasien, memotong kuku pasien, dll.</p> <p>7. Membantu perawatan diri mandi/ hygiene.</p>	<p>melakukan aktifitas total.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GCS: 9 E: 4 M: 2 V: 3</li> <li>• TD: 140/80 mmHg</li> <li>• T: 37, 3° C</li> <li>• HR: 80x/ menit</li> <li>• RR: 24/x menit</li> </ul> <p>A: perawatan diri belum maksimal</p> <p>P: intervensi dilanjutkan dengan memantau pasien melakukan perawatan diri</p>
	II	<p>1. Mengkaji keadaan umum</p> <p>2. Mengkaji tanda-tanda vital</p> <p>3. Melakukan penggantian alat tenun setiap hari dan menempatkan kasur yang sesuai</p> <p>4. Memantau kulit adanya area penekanan dan kemerahan/pecah-pecah ( gatal-gatal).</p> <p>5. Mengkaji luka dekubitus</p> <p>6. Memberikan klien posisi yang nyaman</p> <p>7. Mengaji pemeliharaan akses dialysis</p> <p>8. Melakukan perawatan luka</p> <p>9. Memberikan kesempatan klien untuk istirahat</p>	<p>S: pasien mengatakan gatal pada daerah luka dibahu</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka decubitus pada bagian bahu dan tubuh belum sembuh</li> <li>- pasien tampak lemas dan sering menggaruk disekitar luka</li> <li>- TD: 140/80 mmHg</li> <li>- T: 37, 3° C</li> <li>- HR: 80x/ menit</li> <li>- RR: 24/x menit</li> </ul> <p>A: integritas kulit pasien masih ditemui adanya luka kemerahan dengan ukuran: P: 4 cm L: 3 cm</p>

		10. Mendorong klien untuk tetap makan sedikit tapi sering	P: intervensi dilanjutkan dengan perawatan luka dekubitus
	III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan penyebab intoleransi aktifitas &amp; menentukan apakah penyebab dari fisik, psikis/motivasi</li> <li>2. Mengkaji terapi aktivitas : memberi bantuan dalam aktivitas fisik,kognitif, sosial, dan spiritual yang spesifik.</li> <li>3. Meningkatkan aktifitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah dan perawatan diri</li> <li>4. Memastikan klien mengubah posisi secara bertahap.</li> <li>5. Memonitor gejala intoleransi aktifitas</li> <li>6. Memberi terapi latihan fisik : mobilitas sendi (ROM) : Menggunakan gerakan tubuh pasif</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan badan masih lemas dan belum mampu melakukan aktifitas total</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak terbaring lemah</li> <li>• pasien tidak mampu melakukan aktifitas total.</li> <li>• GCS: 9 E: 4 M: 2 V: 3</li> </ul> <p>A: pasien belum mampu melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>P: intervensi dilanjutkan dengan melatih pasien melakukan aktivitas ringan seperti jalan keluar kamar</p>

	IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat kecemasan pasien</li> <li>2. Memantau keadaan pasien</li> <li>3. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>4. Memberi dorongan kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan ansietas</li> <li>5. Menganjurkan pasien untuk menonton televisi, untuk menurunkan ansietas</li> <li>6. Memberikan motivasi kepada pasien yang mampu melakukan aktifitas sehari-hari dan aktifitas lainnya, meskipun mengalami ansietas</li> </ol>	<p>S: -</p> <p>O: -</p> <p>A: -</p> <p>P: -</p>
Rabu, 04 Juni 2014	I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau keadaan klien</li> <li>2. Memantau pasien melakukan perawatan diri</li> <li>3. Mengobservasi kemampuan klien untuk mandi, berpakaian dan makan.</li> <li>4. Menghindari kelelahan sebelum makan, mandi dan berpakaian</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan masih gelisah saat tidur dan gatal-gatal pada badan belum berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien belum bersih dan masih berbau , kuku pada kaki dan tangan pendek dan bersih, gigi klien belum bersih, rambut dan</li> </ul>

			<p>kepala belum bersih dan masih bau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulit pasien belum bersih</li> </ul> <p>A: perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan dengan memberitahukan kepada keluarga pasien pentingnya kebersihan diri</p>
	II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendorong klien untuk tetap makan sedikit tapi sering</li> <li>2. Melakukan penggantian alat tenun setiap hari dan menempatkan kasur yang sesuai</li> <li>3. Memantau kulit adanya area kemerahan/pecah-pecah (gatal-gatal).</li> <li>4. Memantau area yang tertekan</li> <li>5. Memberikan masage pada daerah yang tertekan serta berikan pelembab pada area yang pecah-pecah (gatal-gatal)</li> <li>6. Memantau status nutrisi</li> <li>7. Melakukan perawatan luka dekubitus</li> <li>8. Mamantau tanda-tanda vital</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan gatal pada bahu berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka decubitus pada bagian bahu dan seluruh tubuh pasien tampak mulai sembuh</li> <li>- pasien tampak lemas</li> <li>- TD: 140/80 mmHg</li> <li>- T: 36.8° C</li> <li>- HR: 84x/ menit</li> <li>- RR: 22/x menit</li> </ul> <p>A: intergritas kulit pasien teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan dengan memberi posisi yang nyaman dan memantau nutrisi pasien</p>



	III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau pasien untuk mengidentifikasi pilihan aktifitas</li> <li>2. Memantau klien mengubah posisi secara berkala, bersandar, duduk, berdiri.</li> <li>3. Memantau pasien melakukan aktifitas</li> <li>4. Memberi terapi latihan fisik : mobilitas sendi (ROM) : Menggunakan gerakan tubuh pasif</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan badan sudah segar dan mampu melakukan aktifitas berjalan kedepan kamar</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih segeran</li> <li>- pasien mampu melakukan aktifitas .</li> <li>- GCS: 13 E: 5 M: 4 V: 4</li> </ul> <p>A: intoleransi aktifitas teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan dengan mengkaji TTV</p>
	IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat kecemasan pasien</li> <li>2. Memantau keadaan pasien</li> <li>3. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>4. Memberi dorongan kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan ansietas</li> <li>5. Menganjurkan menonton televisi, untuk menurunkan ansietas</li> <li>6. Memberikan motivasi kepada pasien yang mampu melakukan aktifitas sehari-</li> </ol>	<p>S: -</p> <p>O: -</p> <p>A: -</p> <p>P: -</p>

		hari dan aktifitas lainnya, meskipun mengalami ansietas.	
kamis/ 05 juni 2014	I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau keadaan klien</li> <li>2. Mengobservasi kemampuan klien untuk mandi, berpakaian dan makan.</li> <li>3. Memantau pasien melakukan perawatan diri</li> <li>4. Mengkaji tanda-tanda vital</li> <li>5. Menghindari kelelahan sebelum makan, mandi dan berpakaian</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan tidak gelisah lagi saat tidur dan gatal-gatal pada badan berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien bersih dan tidak berbau , kuku pada kaki dan tangan pendek dan bersih, gigi klien bersih, rambut dan kepala bersih dan tidak bau.</li> <li>• Kulit pasien bersih</li> </ul> <p>A: perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dihentikan dikarenakan pasien minta pulang</p>
	II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendorong klien untuk tetap makan sedikit tapi sering</li> <li>2. Melakukan penggantian alat tenun setiap hari dan menempatkan kasur yang sesuai</li> <li>3. Memantau kulit adanya area kemerahan/pecah-pecah (gatal-gatal).</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan tidak merasakan gatal lagi pada bagian bahu dan seluruh tubuh</p> <p>O: luka dekubitus sudah sembuh ,pasien lebih nyaman, nutrisi terpenuhi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD:130/80 mmHg</li> <li>• T: 36.8° C</li> <li>• HR: 84x/ menit</li> </ul>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memberikan posisi yang nyaman</li> <li>5. Memantau status nutrisi</li> <li>6. Melakukan perawatan lukaMemantau tanda-tanda vital</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RR: 22/x menit</li> </ul> <p>A: integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dihentikan dikarenakan pasien minta pulang</p>
	III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau aktifitas pasien</li> <li>2. Meningkatkan aktifitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah dan perawatan diri</li> <li>3. Mengkaji tanda-tanda vital</li> <li>4. Melakukan latihan ROM</li> <li>5. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien</li> </ol>	<p>S: pasien mengatakan sudah berjalan-jalan keluar kamar</p> <p>O: pasien terlihat lebih segar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD:130/80 mmHg</li> <li>• T: 36.8° C</li> <li>• HR: 84x/ menit</li> <li>• RR: 22/x menit</li> </ul> <p>A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dihentikan dikarenakan pasien minta pulang.</p>
	IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat kecemasan pasien</li> <li>2. Memantau keadaan pasien</li> <li>3. Mengukur tnada-tanda vital</li> <li>4. Memberi dorongan kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan ansietas</li> <li>5. Menganjurkan pasien</li> </ol>	<p>S: -</p> <p>O: -</p> <p>A: -</p> <p>P: -</p>

		<p>menonton televisi, untuk menurunkan ansietas</p> <p>6. Memberikan motivasi kepada pasien yang mampu melakukan aktifitas sehari-hari dan aktifitas lainnya, meskipun mengalami</p>	
--	--	--	--