

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Dasar Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan psikologis maupun psikologis. Menurut King (1971) kebutuhan dasar manusia adalah perubahan energi didalam maupun diluar organisme yang ditunjukkan melalui respon perilaku terhadap situasi, kejadian dan orang, sedangkan menurut Roy (1980) kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan individu yang menstimulasi respon untuk mempertahankan integritas keutuhan tubuh. Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kebutuhan dasar manusia memiliki ciri yang bersifat heterogen, setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama akan tetapi karena perbedaan budaya dan kultur yang ada maka kebutuhan tersebut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan dengan prioritasnya yang ada, kemudian apabila terjadi kegagalan dalam memenuhi kebutuhan maka membuat manusia lebih berpikir dan bergerak untuk berusaha menghadapkannya.

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki 5 kebutuhan dasar. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologi seperti udara, air dan makan. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga keamanan fisik dan fisiologis. Tingkat ketiga berisi akan kebutuhan cinta dan memiliki, termasuk didalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, hubungan cinta. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan diri, termasuk juga kepercayaan diri, pendayagunaan, penghargaan dan nilai diri. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi, dan mempunyai

kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan (Potter & Perry, 2009).

2. Pengertian Personal Hygiene

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* yang berarti sehat. Kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Kasiati & Rosmalawati Ni Wayan Dwi, 2016). Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan kehidupan dan kesehatan salah satunya adalah *personal hygiene*. Kebutuhan *personal hygiene* merupakan kebutuhan perawatan diri sendiri atau perorangan yang dilakukan perorangan untuk mempertahankan kesehatan fisik maupun psikologis (Kasiati & Rosmalawati Ni Wayan Dwi, 2016).

Perawatan diri atau adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya. Kemampuan ini berguna untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan memerlukan *personal hygiene* ketika ia tidak mampu perawatan diri secara mandiri (Depkes, 2000 dalam buku Sutanto, 2017). Seorang ilmuwan bernama Potter Perry (2005) menyatakan, *personal hygiene* (perawatan diri) merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesejahteraan. Tindakan ini pada akhirnya bermanfaat bagi kesejahteraan fisik dan psikis. Sementara itu, juga ada sebuah kondisi yang disebut sebagai kurang perawatan diri. Hal ini merupakan sebuah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk diri sendiri (Tarwoto dan Wartonah, 2011).

Personal hygiene (kebersihan diri) merupakan kebersihan diri yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan diri sendiri baik secara fisik maupun mental. Kebersihan diri merupakan langkah awal dalam mewujudkan kesehatan diri karena tubuh yang bersih meminimalkan risiko seseorang terjangkit suatu penyakit, terutama

penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang buruk (Haswita,2017).

3. Jenis Personal Hygiene

Menurut Mubarak, et al (2015) terdapat beberapa jenis personal hygiene, yaitu:

a. Berdasarkan waktu Pelaksanaan

Personal hygiene dapat dibagi menjadi 4 (empat):

1) Perawatan dini hari

Merupakan perawatan yang dari dilakukan pada waktu bangun tidur, untuk melakukan tindakan seperti persiapan dalam pengambilan bahan pemeriksaan (urine/feses) dan mempersiapkan pasien melakukan sarapan.

2) Perawatan pagi hari

Perawatan yang digunakan setelah melakukan sarapan pagi, perawat melakukan pertolongan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi (mandi, bab, dan bak) sampai merapihkan tempat tidur pasien.

3) Perawatan siang hari

Setelah makan siang melakukan perawatan diri antara lain, mencuci piring, membersihkan tangan dan mulut. Setelah itu, perawatan diri yang dilakukan setelah melakukan berbagai tindakan pengobatan serta membersihkan tempat tidur pasien.

4) Perawatan menjelang tidur

Perawatan yang dilakukan saat menjelang tidur agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman seperti, mencuci tangan membersihkan wajah dan menyikat gigi.

b. Berdasarkan tempat

1) Personal hygiene pada kulit

Kulit merupakan salah satu bagian penting bagi tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman, sehingga diperlukan perawatan yang baik dan bermanfaat sebagai:

- a) Mengatur keseimbangan tubuh dan membantu produksi keringat serta penguapan.
- b) Sebagai indera peraba yang membantu tubuh menerima rangsangan.
- c) Membantu keseimbangan cairan dan elektrolit yang mencegah pengeluaran cairan tubuh secara berlebihan.
- d) Menghasilkan minyak untuk menjaga kelembapan kulit.
- e) Menghasilkan dan menyerap vitamin D sebagai penghubung atau pemberian vitamin D dari sinar ultraviolet matahari.

Faktor yang mempengaruhi perubahan dan kebutuhan pada kulit:

a) Umur

Perubahan kulit dapat ditentukan oleh umur seseorang. Seperti pada bayi yang kondisi kulitnya masih sensitif sangat rawan terhadap masuknya kuman. Sebaliknya pada orang dewasa kondisi kulit sudah memiliki kematangan sehingga fungsinya sebagai pelindung sudah baik.

b) Jaringan kulit

Perubahan kulit dapat dipengaruhi oleh struktur jaringan kulit. Apabila jaringan kulit rusak maka terjadi perubahan pada struktur kulit.

c) Kondisi atau keadaan lingkungan

Keadaan lingkungan dapat mempengaruhi keadaan kulit secara utuh adalah keadaan panas, adanya nyeri akibat sentuhan atau tekanan.

2) Personal hygiene pada kuku dan kaki

Perawatan kaki dan kuku sering sekali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, busu kaki, dan cedera jaringan lunak. Akan tetapi sering sekali 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. Perawatan dapat digabungkan saat mandi atau pada waktu terpisah. Tujuan perawatan kaki dan kuku penting dalam mempertahankan perawatan diri agar pasien 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.

Gangguan pada kuku:

- a) Ingrown nail: kuku tangan yang tidak tumbuh dan Dirasakan sakit pada daerah tersebut.
 - b) Paronychia: radang di sekitar jaringan kuku
 - c) Ram's horn nail: Gangguan kuku yang ditandai dengan pertumbuhan kuku yang lambat disertai dengan kerusakan dasar kuku yang berlebihan.
 - d) Tinea pedis: terdapat Garutan pada lempengan kuku yang pada akhirnya menyebabkan seluruh kuku menjadi tebal, berubah warna dan rapuh. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi jamur epidermophyton, trichophyton microprodium, dan C.Albicans di kaki.
 - e) Bauk tidak sedap: reaksi Mikroorganisme yang menyebabkan bau tidak sedap.
- ## 3) personal hygiene pada rambut

Rambut merupakan bagian tubuh yang memiliki fungsi Sebagai proteksi dan pengantar suhu. Indikasi Perubahan status kesehatan diri juga dapat dilihat dari rambut. Perawatan ini

bermanfaat mencegah infeksi daerah kepala titik tujuan membersihkan kepala agar menghilangkan debu dan kotoran yang melekat di rambut dan di kepala.

Fungsi rambut:

- a) Sebagai proteksi dan pengantar (suhu melindungi dari panas)
- b) Keindahan atau mempercantik penampilan.

Gangguan pada rambut:

- (1) Ketombe yaitu pelepasan kulit kepala yang disertai rasa gatal
 - (2) Kutu (*pediculosis capitis*) yaitu kutu ini menghisap darah dan menyebabkan rasa gatal.
 - (3) Seborheic Dermatitis yaitu merupakan Radang pada kulit kepala yang ditumbuhi rambut.
 - (4) Alopecia (Kehilangan rambut) dapat disebabkan oleh penggunaan alat pelurus atau pengeriting rambut, pengikat rambut yang terlalu Kuat dan pemakaian produk perawatan rambut yang tidak cocok.
- 4) Personal hygiene gigi dan mulut

Gigi dan Mulut merupakan bagian pertama dari sistem pencernaan dan merupakan bagian sistem tambahan dari sistem pernapasan titik dalam rongga mulut terdapat gigi dan lidah yang berperan penting dalam Proses pencernaan awal. Selain gigi dan lidah, pada bulan saliva yang penting untuk membersihkan mulut secara mekanis mulut merupakan rongga yang tidak bersih dan penuh dengan bakteri, Karenanya harus selalu dibersihkan Adapun Salah satu tujuan perawatan gigi dan mulut adalah untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut. Gangguan pada gigi dan mulut:

- a) Halitosis

Yaitu bau napas yang tidak sedap, biasanya dikarenakan oleh kuman atau hal lain.

b) Peridonatala disease

Yaitu gigi yang mengalami pendarahan dan membengkak.

c) Glositis

Adalah radang yang terjadi pada lidah.

d) Kilosis

e) Kilosis adalah bibir yang pecah-pecah, hal ini dapat terjadi karena hipersalivasi, nafsu mulut dan defisiensi riboflavin.

5) Personal hygiene pada genetalia

Perawatan diri pada genetalia adalah untuk mencegah infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan kebersihan diri (potter dan perry, 2000 dalam buku mubarak, 2015). Perawatan genetalia perempuan pada eksternal yang terdiri atas Mons veneris labia Mayora Labia minora, klitoris, uretra, vagina, perineum, dan anus. Sedangkan pada laki-laki pada daerah ujung penis untuk mencegah penumpukan sisa urine.

Tujuan:

- a) Mencegah dan mengontrol infeksi.
- b) Mempertahankan kebersihan genetalia.
- c) Meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan personal hygiene.
- d) Mencegah kerusakan kulit.

4. Tujuan perawatan personal hygiene

Tujuan personal hygiene adalah untuk memelihara kebersihan diri menciptakan keindahan serta meningkatkan derajat kesehatan individu sehingga dapat mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri maupun orang lain sementara secara khusus tujuan perawatan personal hygiene adalah:

- 1) Menghilangkan bau badan yang berlebihan.
- 2) Memelihara integritas permukaan kulit

- 3) Menghilangkan keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri.
- 4) Menciptakan keindahan.
- 5) Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.

5. Faktor yang mempengaruhi personal hygiene

Menurut Mubarak, et al (2015) sikap seseorang melakukan personal hygiene dipengaruhi sejumlah faktor antara lain:

a) Citra tubuh

Citra tubuh merupakan subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Citra tubuh ini dapat sering Berubah. Citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan hygiene. Jika seseorang rapi sekali maka perawat mempertimbangkan rincian kerapian ketika merencanakan keperawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan hygiene. Oleh karena Citra tubuh klien dapat berubah akibat pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan hygiene.

b) Praktik sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi titik selama masa kanak-kanak. Orang tua kanak-kanak mendapatkan praktik hygiene dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang di rumah, dan ketersediaan air panas dan atau air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan kebersihan.

c) Status sosial ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan titik perawat harus menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodoran, sampo, pasta gigi dan Kometik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial.

d) Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya hygiene dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Kalian juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri titik seringkali, pembelajaran tentang penyakit atau kondisi mendorong klien untuk meningkatkan hygiene. Pembelajaran praktik tertentu yang diharapkan dan menguntungkan dalam mengurangi risiko kesehatan dapat memotivasi seseorang untuk memenuhi perawatan yang perlu.

e) Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan klien dan nilai pribadi mempengaruhi perawatan hygiene. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik keperawatan diri yang berbeda pula titik di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan titik di negara-negara Eropa bagaimanapun hal ini biasa untuk mandi secara penuh hanya sekali dalam seminggu.

f) Pilihan pribadi

Setiap kalian memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bersyukur, dan melakukan perawatan rambut. Klien memilih produk yang berbeda(misalnya sabun, sampo, deodoran, dan pasta gigi) Menurut pilihan pribadi.

g) Kondisi fisik

Orang yang menderita penyakit tertentu misal kanker tahap lanjut atau menjalani operasi seringkali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan hygiene pribadi.

6. Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran

mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik pada kuku.

b. 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 social.

7. Penatalaksanaan

Menurut Mubarak, et al (2015) terdapat beberapa penata laksanaan personal hyigen, yaitu:

a. Personal hygiene pada kulit

Cara merawat kulit sebagai berikut:

- 1) Mandi minima dua kali sehari/ setelah beraktifitas
- 2) Gunakan sabun yang tidak bersifat iritatif
- 3) Jangan gunakan sabun mandi untuk wajah
- 4) Menyabuni seluruh tubuh terutama daerah lipatan kulit, misalnya sela- sela jari, ketiak dan belakang telinga..
- 5) Mengeringkan tubuh dengan handuk yang lembut dari wajah, tangan,badan,hingga kaki.

b. Personal hygiene pada kuku

Cara merawat kuku:

- 1) Kuku jari tangan dapat dipotong dengan pengiir atau memotong dalam bentuk oval(bujur) atau mengikuti bentuk jari.
- 2) Jangan memotong kuku terlalu pendek karena bias melukai selaput kulit dan kulit disekitar kuku.
- 3) Jangan membersihkan kotoran di balik kukudengan benda tajam, sebab akan merusak jaringan dibawah kuku.
- 4) Potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan.
- 5) Khusus untuk jari kaki sebaiknya kuku dipotong segera setelah mandi atau direndam dengan air hangat terlebih dahulu.
- 6) Jangan mengigiti kuku karena akan merusak bagian kuku.

c. Personal hygiene pada rambut

Cara merawat rambut:

- 1) Cuci rambut 1-2 kali seminggu (sesuai kebutuhan) dengan memakai sampo yang cocok.
- 2) Pangkas rambut agar terlihat rapih
- 3) Gunakan sisir yang bergigi besar untuk merapikan rambut keriting dan olesi rambut dengan minyak.
- 4) Jangan gunakan sisir yang bergigi tajam karena bisa melukai kulit kepala.
- 5) Pijat-pijat kulit kepala pada saat mencuci rambut untuk merangsang pertumbuhan rambut.
- 6) Pada jenis rambut ikal dan keriting, sisir rambut mulai dari ujung hingga kepangkal dengan pelan dan hati-hati.

d. Personal hygiene pada mata:

Cara merawat mata:

- 1) Usaplah kotoran mata dari sudut mata bagian dalam kesudut bagian luar
- 2) Saat mengusap mata gunakanlah kain yang bersih dan lembut
- 3) Lindungi mata dari masukan debu dan kotoran
- 4) Bila menggunakan kacamata, hendaklah selalu dipakai
- 5) Bila mata sakit cepat periksakan kedokter

e. Personal hygiene pada hidung

Cara merawat hidung:

- 1) Jaga agar lubang hidung tidak kemasukan air atau benda kecil.
- 2) Jangan biarkan benda kecil masuk kedalam hidung
- 3) Sewaktu mengeluarkan debu dari lubang hidung, hembuskan seara perlahan dengan membiarkan lubang hidung terbuka.
- 4) Jangan mengeluarkan kotoran dari lubang hidung dengan menggunakan jari karena dapat mengiritasi mukosa hidung.

f. Personal hygiene gigi dan mulut

Cara merawat gigi dan mulut:

- 1) Tidak makan-makanan yang terlalu manis dan asam.
- 2) Tidak menggunakan gigi atau mencongkel benda keras
- 3) Menghindari kecelakaan seperti jatuh yang menyebabkan gigi patah.
- 4) Menyikat gigi sesudah makan dan khususnya sebelum tidur.
- 5) Menyikat gigi dari atas kebawah dan seterusnya
- 6) Memakai sikat gigi yang berbulu banyak, halus dan kecil.
- 7) Memeriksa gigi secara teratur setiap enam bulan.

g. Personal hygiene pada telinga

Cara merawat telinga:

- 1) Bila ada kotoran yang menyumbat telinga keluarkan secara perlahan dengan perlahandengan menggunakan penyedot telinga.
- 2) Bila menggunakan air yang disemprotkan lakukan dengan hati-hati agar tidak terkena air yang berlebihan.
- 3) Aliran air yang masuk hendaklah diarahkan ke saluran telinga dan bukan langsung kegendang telinga.
- 4) Jangan menggunakan alat yang tajam untuk membersihkan telinga karena dapat merusak gendang telinga.

h. Personal hygiene pada genetalia

cara merawat genetalia:

- 1) Wanita: perawatan perineum dan area genetalia eksterna dilakukan pada saat mandi 2x sehari
- 2) Pria: perawatan dilakukan 2x sehari pada saat mandi. Pada pria terutama yang belum di sirkumsisi karena adanya kulup pada penis yang menyebabkan urine mudah terkumpul disekitar gland penis yang lama kelamaan dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit seperti kanker penis.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Salah satu bagian yang terpenting dari asuhan keperawatan ialah dokumentasi. Dokumentasi merupakan tanggung jawab dan tugas perawat setelah melakukan intervensi keperawatan. Tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi sudah berubah. Oleh karena perubahan tersebut, maka perawat perlu menyusun suatu dokumentasi yang efisien dan lebih bermakna dalam pencatatannya dan penyimpanannya. (Nursalam, 2009)

2. Langkah-Langkah Asuhan Keperawatan

Tahapan-tahapan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan (implementasi), dan evaluasi keperawatan.

a. Pengkajian Data

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2009). Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (klien). Oleh karena itu, pengkajian yang benar, akurat, lengkap dan sesuai dengan kenyataan sangat penting sebagai data untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu yang sesuai dengan standar praktik yang telah ditentukan oleh *American Nurse Association* (ANA).

Pada pengkajian terdapat dua tipe data, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. (Iyer et al dalam Nursalam 2009). Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau wawancara dengan klien. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi klien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Sedangkan, data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh perawat (Iyer et al dalam Nursalam 2009). Data ini diperoleh melalui kepekaan perawat (*senses*) selama melakukan pemeriksaan fisik melalui 2S (*sight, smell*) dan HT (*hearing, touch/taste*). Yang termasuk data objektif adalah frekuensi pernapasan, tekanan darah, adanya edema dan berat badan. (Nursalam, 2009)

Pengkajian data ini meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan melalui pemeriksaan diagnostik. Untuk memudahkan dalam pengkajian sebaiknya dilakukan secara berurutan, terutama pada pemeriksaan fisik yang dimulai dari mata, hidung, mulut dan bibir, vena leher, kulit, jari dan kuku, serta dada dan thoraks. (Andarmoyo, 2012).

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah dan mengubah (Carpenito dalam Nursalam 2009).

Mendefinisikan bahwa diagnosa keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu dan mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan. Kewenangan tersebut dapat diterapkan berdasarkan standar praktik keperawatan dan kode etik perawat yang berlaku di Indonesia (Gordon dalam Nursalam 2009)

c. Perencanaan keperawatan

Tahap perencanaan memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan.

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal. (Asmadi, 2008).

d. Pelaksanaan keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien (Potter & Perry, 2010).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

- 1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.
- 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Personal Hygiene

1. Pengkajian

Menurut Mubarak, et al (2015) Pengkajian merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang bertujuan untuk pengumpulan data atau informasi analisis data dan penentuan permasalahan atau diagnosis keperawatan. Manfaat pengkajian keperawatan adalah membantu mengidentifikasi status kesehatan, pola pertahanan klien, kekuatan serta merumuskan diagnose keperawatan yang terdiri dari tiga tahap pengumpulan serta menganalisa dan merumuskan diagnose keperawatan.

a. Riwayat Keperawatan

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

b. Pemeriksaan fisik

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

- 1) Rambut. Amati kondisi rambut (warna, tekstur, kualitas), apakah tampak kusam? Apakah ditemukan kerontoksn?
- 2) Kepala. Amati dengan seksama kebersihan kulit kepala. Perhatikan adanya ketombe, kebotakan, atau tanda-tanda merehan.
- 3) Mata. Amati adanya tanda-tanda icterus, konjungtiva pucat, secret pada kelopak mata, kemerahan, atau gatal-gatal pada mata.

- 4) Hidung. Amati kondisi kebersihan hidung, kaji adanya sinusitis, perdarahan hidung, tanda-tanda pilek yang tidak kunjung sembuh, tanda-tanda alergi, atau perubahan pada daya penciuman.
- 5) Mulut. Amati kondisi mukosa mulut dan kaji kelembapannya. Perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi/sariawan, kekeringan, atau pecah-pecah.
- 6) Gigi. Amati kondisi dan kebersihan gigi. Perhatikan adanya tanda-tanda karang gigi, karies, gigi pecah-pecah, tidak lengkap, atau gigi palsu.
- 7) Telinga. Amati kondisi dan kebersihan telinga. Perhatikan adanya serumen atau kotoran pada telinga, lesi, infeksi, atau perubahan daya pendengaran.
- 8) Kulit. Amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembapan) dan kebersihannya. Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus.
- 9) Kuku tangan dan kaki. Amati bentuk dan kebersihan kuku. Perhatikan adanya kelainan luka.
- 10) Genetalia. Amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum. Perhatikan pola pertumbuhan rambut pubis, pada laki-laki, perhatikan kondisi skrotum dan testinya.
- 11) Hygiene personal secara umum. Amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum. Perhatikan adanya kelainan pada kulit atau bentuk tubuh.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat tugas dan jelas berdasarkan pada hasil pengumpulan data dan evaluasi data yang dilakukan dengan sistematis, praktis, etis, dan profesional oleh tenaga keperawatan yang mampu untuk itu. Diagnosa keperawatan menggambarkan respons klien terhadap masalah kesehatan atau penyakit.

Menurut SDKI,2017. Diagnosa yang muncul pada kasus personal hygiene yang berkaitan dengan kondisi klinis stroke adalah:

Defisit perawatan diri

- a. Definisi: tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.
- b. Penyebab atau etiologi
 1. Gangguan musculoskeletal
 2. Gangguan neuromuskuler
 3. Kelemahan
 4. Gangguan psikologis atau psikotik
 5. Penurunan motivasi atau minat
- c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif: klien menolak melakukan perawatan diri

Objektif: klien tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian,makan, ketoilet, berhias secara mandiri.

Klien minat melakukan perawatan diri kurang
- d. Gejala dan tanda minor

Gejala tanda minor baik subjektif maupun objektif tidak tersedia.

Menurut (doengoes,2012) Diagnosa yang muncul berkaitan dengan kondisi klinis stroke adalah salah satunya:

- a. Kurang perawatan diri (defisit perawatan diri)

Dapat di hubungkan dengan:

- 1) kelemahan: keterbiasaan fisik
- 2) gangguan serebravaskuler

Kemungkinan di buktikan oleh:

Penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti tidak mampu untuk makan, tidak mampu untuk membersihkan bagian-bagian tubuh tertentu, mengatur suhu air, gangguan kemampuan untuk memakai atau meninggalkan pakaian, kesulitan dalam melakukan defekasi.

Hasil yang diharapkan atau kriteria evaluasi pasien akan:
Mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan diri sendiri. Mampu mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber pribadi atau komunitas yang dapat memberikan bantuan.

Menurut (Judith M,2016) Diagnosa keperawatan umum untuk klien dengan masalah perawatan personal hygiene adalah defisit perawatan diri lebih lanjut, diagnosa tersebut terbagi menjadi empat yaitu:

- a. Defisit perawatan diri : makan
- b. Defisit perawatan diri: mandi atau hygiene
- c. Defisit perawatan diri: berpakaian atau berhias
- d. Defisit perawatan diri: eliminasi

3. Rencana Keperawatan Personal Hygiene

Rencana asuhan keperawatan untuk pasien dengan gangguan hygiene personal harus meliputi beberapa pertimbangan, yaitu hal-hal yang disukai pasien, kesehatan pasien, serta keterbatasan yang dimilikinya. Menyusun rencana keperawatan untuk pasien yang membutuhkan hygiene mulut termasuk mempertimbangkan pilihan, status emosional, sumber daya ekonomi, dan kemampuan fisik pasien. Selain itu, perawat juga perlu mempertimbangkan waktu yang tepat untuk memberikan asuhan serta fasilitas dan tenaga yang tersedia.

a. Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene

Banyak faktor pada pada pasien memerlukan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan personal hygiene karena ketidakmampuan untuk melakukan sendiri karena gangguan saraf, fungsi sistem muscular, hambatan mobilitas, kelemahan dan kelelahan oleh penyakit tertentu dan lain-lain. Pemeliharaan personal hygiene untuk kenyamanan, keamanan, dan rasa sejahtera pasien, dalam upaya mencegah penyakit dan dalam upaya peningkatan kesehatan. Peran perawat adalah adalah mempertahankan atau membantu pasien dalam

memelihara kebersihan kulit seperti mandi, mulut, gigi, kuku, atak kelamin wanita atau laki-laki.

Sebelum melakukan semua tindakan, perawat harus melakukan persiapan termasuk mengkaji ketidakmampuan pasien untuk pemenuhan kebutuhan seperti kelemahan otot, sendi, adanya paralisis, tingkat kesadaran, tingkat kenyamanan, dan kemampuan untuk mengikuti instruksi.

Oleh karena banyak pasien dipulangkan ke rumahbelum mampu melakukan melakukan pemenuhan kebutuhan personal hygiene secara mandiri dan masih perlu asuhan berkelanjutan, maka perlu bagi saudara mengajarkan kepada anggota keluarga pasien dengan aman dan tepat sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien.

1) Standar Operasional Prosedur Personal Hygiene

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur *Personal Hygiene*

Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan yang untuk memenuhi memenuhi kebutuhan personal hygiene dengan memandikan pasien.
Indikasi	Pasien dengan masalah Stroke Non Hemoragik
Tujuan	Bertujuan untuk kenyamanan, keamanan, dan rasa sejahtera pasien, dalam upaya mencegah penyakit dan dalam peningkatan kesehatan.
Persiapan tempat dan alat	Alat-alat: Baki berisi: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 kom berisi air hangat. 2. 2 baskom besar. 3. 3 washlap (satu khusus genitalia). 4. 2 handuk. 5. Alas meja. 6. Sabun dalam tempatnya, 7. Kamfer spiritus dan bedak/talk. 8. Peralatan untuk menggosok gigi. 9. Pakaian bersih. 10. Sisir. 11. Botol berisi air untuk membilas sesudah BAB/BAK. 12. Pispot 13. Gunting kuku.

	<p>14. Laken (jika perlu).</p> <p>15. Selimut mandi.</p> <p>16. Tempat pakaian kotor.</p>
Persiapan pasien	Memberitahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan.
Persiapan Lingkungan	<p>1. Menutup pintu dan jendela.</p> <p>2. Memasang tabir dan tirai.</p>
Pelaksanaan	<p>1. Mencuci tangan.</p> <p>2. Menutup selimut pada bagian kaki tempat tidur.</p> <p>3. Membantu pasien menyikat gigi.</p> <p>4. Menawarkan pasien untuk BAB dan BAK.</p> <p>5. Mencuci muka pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handuk di bagian atas dibentangkan di bawah kepala. • Membersihkan mata pasien tanpa menggunakan sabun. • Mencuci muka dan telinga dengan waslap, mengeringkan dengan handuk atas. <p>6. Mencuci lengan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pakaian bagian atas ditanggalkan. • Handuk atas dibentangkan memanjang di sisi kanan dan handuk bawah di sisi kiri sehingga menutup bagian depan dan kedua lengan di atas handuk. • Mencuci lengan dan ketiak membilas minimum 3 x.
	<ul style="list-style-type: none"> • Mengeringkan dengan handuk atas. <p>7. Mencuci dada dan perut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kedua lengan dikeataskan dan diletakkan di samping kepala. • Merubah letak kedua handuk sehingga leher, dada dan perut dapat dicuci. • Mencuci leher, dada dan perut kemudian mengeringkannya dengan handuk atas. • Memberi bedak tipis-tipis pada leher, dada ketiak dan perut. <p>8. Mencuci punggung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menutup bagian depan dengan handuk bawah. • Menanggalkan celana dalam. • Menganjurkan pasien miring ke kiri. • Membentangkan handuk atas memanjang di bawah punggung.

	<ul style="list-style-type: none"> • Mencuci punggung dengan waslap. • Mencuci paha dan bokong dengan waslap. • Mengeringkan punggung dengan handuk atas, paha dan bokong dengan handuk bawah. • Menggosok kamfer spiritus dan memberi bedak tipis-tipis. • Mengenakan pakaian bagian atas. <p>9. Mencuci paha dan kaki.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membentangkan handuk atas menutupi bagian bawah. • Handuk bawah memanjang di bawah kaki. • Mencuci dengan kantong pencuci atas. • Mengeringkan dengan handuk bawah. <p>10. Mencuci bagian bawah depan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanggalkan pakaian bagian bawah. • Handuk bawah melintang di bawah bokong separuh menutupi bagian atas. • Mencuci bagian bawah dengan waslap. • Mengeringkan dengan handuk bawah. • Memberi bedak tipis-tipis. • Mengenakan pakaian bawah. <p>11. Menyisir rambut</p> <p>12. Menggunting kuku.</p> <p>13. Membereskan peralatan.</p> <p>14. Mencuci tangan.</p>
Sikap	<p>Sikap Selama Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan <i>body mechanism</i>.
Evaluasi	Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan pada tahapan rencana.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia

- a) Perawatan diri: kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Tabel 2.2 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5
Kemampuan makan	1	2	3	4	5
Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan	1	2	3	4	5

D. Tinjauan Penyakit Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak (Corwin, 2015). Stroke atau cedera cerebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang sering diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak sering ini adalah kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun (smeltzer et al,2015).

a) Stroke Hemoragik

Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan pembesaran darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak tertekan sehingga otak akan

membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark, edema, dan mungkin herniasi otak

b) Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti.

2. Etiologi Stroke Non Hemoragik

Penyumbatan arteri yang menyebabkan stroke non hemoragik terbagi dalam dua kategori berdasarkan okulasi aliran darah, yaitu sebagai berikut.

a) Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat okulasi aliran darah, biasanya karena aterosklerosis berat. Sering kali, penderita mengalami satu atau lebih serangan non hemoragik sementara (*transient ischemic attack/TIA*) sebelum stroke trombotik terjadi. TIA biasanya berlangsung kurang dari 24jam. Apabila TIA sering terjadi maka kemungkinan terjadi stroke trombotik biasanya berkembang akan dalam periode 24jam (Corwin,2009).

b) Stroke Embolik

Stroke embolik berkembang setelah okulasi arteri oleh embolus yang terbentuk diluar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta (Corwin, 2009).

Faktor risiko utama untuk stroke non hemoragik mirip dengan penyakit arteri carotid, antara lain tekanan darah tinggi, diabetes, aterosklerosis atau penyakit arteri carotid, fibrilasi atrium (Afib), kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok, dan berusia diatas 55 tahun (Simons, 1998 dalam buku Susilo, 2019).

3. Klasifikasi Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau dipagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik (Muttaqin, 2011).

Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah iskemik. Stroke iskemik dibagi 3 yaitu:

- (1) Stroke trombotik: proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan
- (2) Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- (3) Hipoperfusi sistemik: berkurangnya aliran darah keseluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung (Nuratif, et al, 2015).

4. Manifestasi klinik Stroke Non Hemoragik

a. Gangguan pada pembuluh darah

- 1) Pada cabang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media):
 - a) Gangguan rasa di daerah muka/wajah Sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai Sesi.
 - b) Gangguan Berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain atau afasia.
 - c) Gangguan gerak atau kelumpuhan (*hemiparase/hemiplegic*).
 - d) Mata selalu melirik ke arah satu sisi
 - e) Kesadaran menurun.
 - f) Tidak mengenal orang
 - g) Mulut perot
 - h) Merasa anggota tubuh Sisi tidak ada.
 - i) Tidak sadar kalau dirinya mengalami kelainan.
- 2) Pada cabang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior):

- a) Kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan gangguan saraf perasa.
 - b) Mengompol
 - c) Tidak sadar
 - d) Gangguan mengungkapkan maksud
 - e) Menirukan omongan orang lain (ekholali).
- 3) pada cabang menuju otak bagian belakang (arteri cerebri posterior):
- a) Kebutuhan seluruh lapang pandang 1 Sisi atau separuh pada kedua mata bila bilateral disebut cortical blindness.
 - b) Rasa Nyeri spontan atau hilangnya rasa nyeri dan rasa getar pada seluruh tubuh.
 - c) Kesulitan Memahami barang yang dilihat, namun dapat mengerti jika teraba atau mendengar suaranya.
 - d) Kehilangan kemampuan mengenal warna.

b. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris

- 1) Sumbatan/gangguan pada arteri cerebri posterior
 - a) Hemianopsia homonym Kontralateral dari sisi lesi.
 - b) Hemiparesis kontralatetal.
 - c) Hilangnya rasa sakit, suhu, sensorik proprioseptif (rasa getar).
- 2) Sumbatan/Gangguan pada arteri serebri inferior
 - a) Sindrom *wallenberg* berupa atas ia cerebral pada lengan dan tungkai disisi yang sama, gangguan **N.II** (oftalmikus) dan reflek kornea hilang pada sisi yang sama.
 - b) Sindrom *Horner* sesisi dengan lesi.
 - c) Disfagia, apabila infark mengenai *nucleus ambiguus ipsilateral*.
 - d) Nistagmus, jika terjadi infark pada nucleus Vestibularis.
 - e) *Hemipestesia alternans*.

5. Komplikasi

Pasien pasien yang mengalami gejala berat, misalnya immobilisasi dengan hemiplegia berat rentan terhadap komplikasi yang dapat menyebabkan kematian awal yaitu (Ginsberg, 2005)

- a. Pneumonia, septicemia (akibat ulkus dekubitus atau infeksi saluran kemih).
- b. Trombosis vena dalam (deep vein thrombosis, DVT) dan emboli paru.
- c. Infark miokard, aritmia jantung, dan gagal jantung.
- d. Ketidakseimbangan cairan.

6. Patofisiologi

Stroke iskemik akut merupakan akibat dari okulasi vascular sekunder hingga penyakit trombolitik vaskular sekunder hingga penyakit trombemboli.

a. Inti iskemik dan penumbra

Ovulasi vaskuler akut menghasilkan daerah heterogen iskemia di wilayah vaskular yang terkena. Aliran darah lokal terbatas pada aliran sisa di Sumber Arteri utama di tambah pasokan agunan jika ada. Zona penurunan atau perfusi Marginal (aliran darah serebral <25 mL/100g jaringan/menit) disebut penumbra iskemik. Jaringan ini penumbra dapat tetap bertahan selama beberapa jam karena perfusi jaringan marginal.

b. Kaskade iskemik

Pada tingkat sel neuron iskemik menjadi terdeposisi ketika habis dan sistem transpor ion membran gagal gangguan metabolisme sel juga merusak pompa membran natrium-kalium plasma normal, menghasilkan peningkatan intraseluler dalam natrium, yang pada gilirannya meningkatkan kadar air intraseluler. Pembengkakan seluler ini disebut sebagai edema sitotoksik dan terjadi sangat awal pada iskemia serebral.

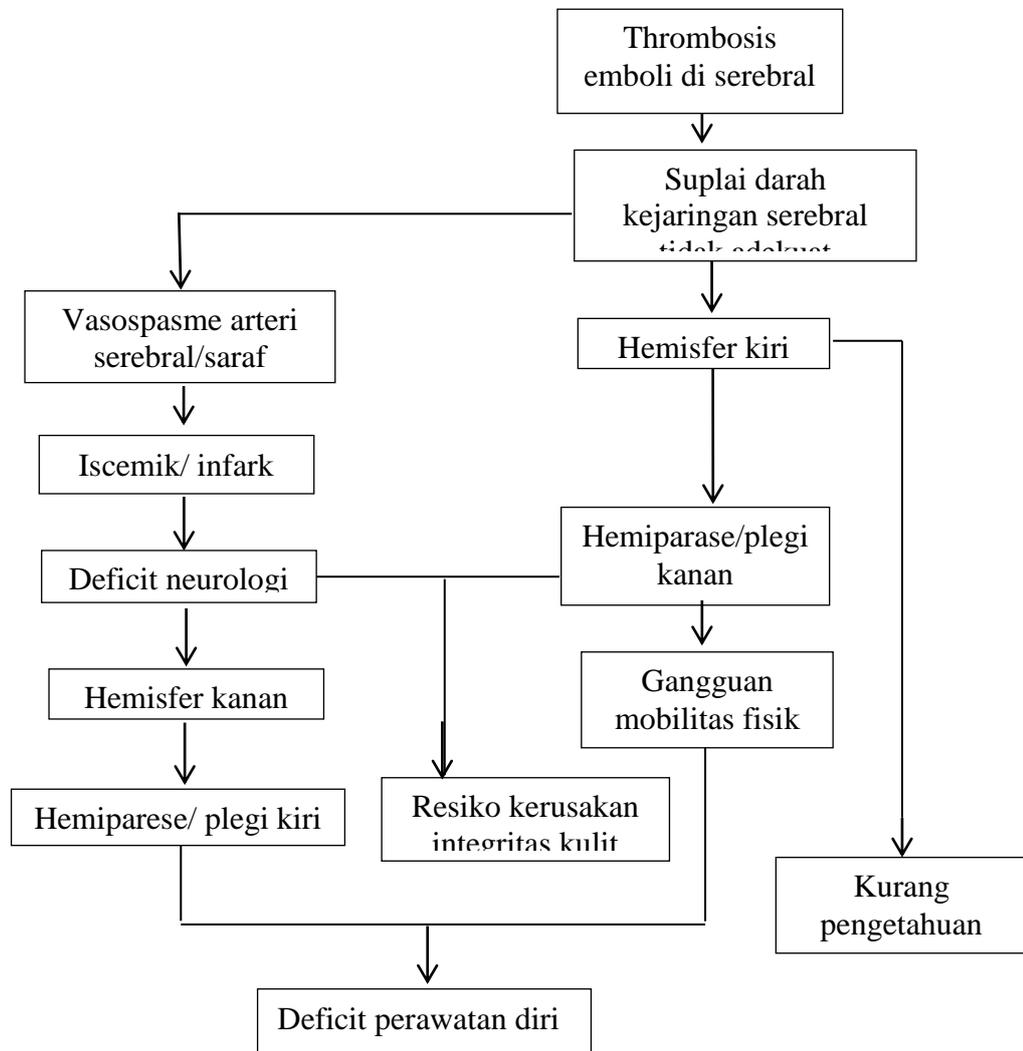
c. Transformasi Hemoragik stroke iskemik

Transformasi hemoragik merupakan konversi dari infark iskemik ke dalam area pendarahan titik ini diperkirakan terjadi pada 5% dari stroke iskemik tanpa komplikasi, dan tanpa adanya perawatan fibrinolitik. Transformasi hemoragik tidak selalu terkait dengan penurunan neurologis, dengan konversi mulai dari pengembangan perdarahan kecil ke pembentukan hematoma yang menghasilkan penurunan neurologis dan mungkin memerlukan evakuasi bedah. Atau hemikranuektomi dekompresif.

d. Edema otak pasca-stroke dan kejang

Meskipun edema serebral yang secara klinis signifikan dapat terjadi setelah stroke iskemik sirkulasi anterior, dianggap agak jarang 10% sampai 20%. Edema dan herniasi adalah penyebab paling umum kematian dini pada pasien dengan beberapa hari pertama setelah stroke iskemik dan sebagian kecil pasien stroke mengalami gangguan kejang kronis.

7. Pathway Stroke Non Hemoragik



Gambar 2.1 Pathway Stroke Non Hemoragik

Sumber: Nanda (2013), Pradana, Pristian Hendra (2015).

8. Penataklasanaa Stroke Non Hemoragik

- a. Terapi spesifik stroke iskemik akut
 - 1) Trombosis rt-PA intravena pada Kurang lebih 3 jam Setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90mg). Sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk lobus sisanya dilanjutkan melalui infus dalam waktu 1 jam.
 - 2) Antiplatelet: asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau *clopidogrel* 75 mg/hr
 - 3) Obat neuroprotektif
- b. Hipertensi: tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik >220 mmHg dan/atau tekanan diastolic >120 mmHg dengan penurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal perhari.
- c. Thromboisi vena dalam:
 - 1) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari
 - 2) *Low molecular weight heparin* (enoksaparin/nadroparin) 2x0,3-0,4 Iu SC abdomen
 - 3) *Pneumatic boots, stoking elastic, fisioterapi*, dan mobilisasi.