

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Personal Hygiene*

1. Definesi *Personal Hygiene*

Personal Hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan seseorang adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Mubarak, Wahit I, 2015).

Personal Hygiene adalah gangguan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi, gangguan interaksi sosial. *Personal Hygiene* (perawatan diri) merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan (Tarwoto Wartonah, 2011).

Personal Hygiene (kebersihan diri) merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan baik fisik maupun psikisnya (Erlina Natalia, 2015).

2. Jenis *Personal Hygiene*

Menurut (Mubarak, Wahit I, 2015) terdapat beberapa jenis *Personal Hygiene*, yaitu

a. Berdasarkan waktu pelaksanaan

1) Perawatan diri hari

Merupakan perawatan diri yang 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 merapikan tempat tidur.

3) Perawatan siang hari

Setelah makan siang perawat 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 dari tubuh yang dapat melindungi tubuh dari berbagai kuman, sehingga di perlukan perawatan yang baik dan bermanfaat sebagai :

- a) Mengatur keseimbangan tubuh dan membantu produksi keringat serta penguapan.
- b) Sebagai indra 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 dan 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 kuku dan kaki memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau kaki, dan cedera jaringan lunak. Akan 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. Perawatan dapat digabungkan saat mandi atau pada waktu yang terpisah. Tujuan perawatan kaki dan kuku penting dalam mempertahankan perawatan diri agar klien memiliki kulit utuh dan permukaan kulit yang lembut, klien merasa nyaman dan bersih, klien akan memahami dan melakukan metode perawatan kaki dan kuku yang benar.

Gangguan pada kuku :

- (1) Ingrown nail : Kuku tangan yang tidak tumbuh dan dirasakan sakit pada daerah tersebut.
- (2) Paronychia : Radang disekitar jaringan kuku.
- (3) Ram's horn nail : Gangguan kuku yang ditandai dengan pertumbuhan kuku yang lambat disertai dengan kerusakan dasar kuku yang berlebihan.
- (4) Tinea pedis : Terdapat garutan kekuningan pada lempengan kuku yang pada akhirnya menyebabkan seluruh kuku menjadi

tebal, merubah warna, dan rapuh. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi jamur epidermophyton, trichopyton, microporium dan C. Albicans dikaki.

(5) Bau tidak sedap : Reaksi mikro organisme yang menyebabkan bau tidak sedap.

3) *Personal Hygiene* pada rambut

Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi dan pengantar suhu. Indikasi perubahan status kesehatan diri juga dapat di lihat dari rambut. Perawatan ini bermanfaat mencegah infeksi di daerah kepala. Tujuan membersihkan kepala agar menghilangkan debu dan kotoran yang melekat dirambut dan kulit kepala.

Fungsi Rambut :

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

Gangguan pada rambut :

- a) Ketombe yaitu pelepasan kulit kepala yang disertai rasa gatal
- b) Kutu (*Pediculosis Capitis*) yaitu kutu ini mengisap darah dan menyebabkan rasa gatal.
- c) Seborheic dermatitis yaitu radang pada kulit kepala yang ditumbuhi rambut.
- d) Alopecia (kehilangan rambut) dapat disebabkan oleh alat pelurus atau pengkriting 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. Dalam rongga mulut terdapat gigi dan lidah yang berperan penting dalam proses pencernaan awal. Selain gigi dan lidah, adapula saliva yang penting untuk membersihkan mulut

secara mekanis mulut meruakan rongga yang tidak bersih dan penuh dengan bakteri, karenanya harus selalu d bersihkan salah satu tujuan perawatan gigi dan mulut adalah untuk mencegah penyebaran penyakit yang di tularkan melalui mulut.

Gangguan pada gigi dan mulut :

a) Halitosis

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

b) Periodonatal Disease

Yaitu gigi yang mengalami pendarahan dan membengkak.

c) Glositis

Adalah radang yang terjadi pada lidah

d) 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 (Mubarak, Wahit I, 2015). Perawatan genetalia perempuan pada eksterna 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.

3. Tujuan perawatan *Personal Hygiene*

Menurut (Vita, 2017) tujuan personal hygiene adalah untuk memelihara kebersihan diri, menciptakan keindahan, serta meningkatkan derajat kesehatan individu sehingga dapat mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri maupun oranglain, sementara secara khusus tujuan perawatan *Personal Hygiene* adalah :

- a. Menghilangkan bau badan yang berlebihan
- b. Memelihara integritas permukaan kulit
- c. Menghilangkan keringat, sel-sel kulit mati dan bakteri
- d. Menciptakan keindahan
- e. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

4. Faktor yang mempengaruhi *Personal Hygiene*

Menurut (Mubarak, Wahit I, 2015) sikap seseorang melakukan *Personal Hygiene* di pengaruhi sejumlah faktor antara lain :

- a. Citra tubuh (*body image*)

Citra tubuh mempengaruhi seseorang memelihara hygiene. Jika seseorang klien rapih sekali maka perawat mempertimbangkan kerapihan ketika merencanakan keperawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan hygiene, klien yang tampak berantakan atau tidak peduli dengan hygiene, klien yang tampak berantakan atau tidak peduli dengan hygiene atau pemeriksaan lebih lanjut untuk melihat kemampuan klien berpartisipasi dalam hygiene harian.

- b. Praktik Sosial

Kelompok sosial wadah seseorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi selama masa kanak-kanak. Selama masa kanak-kanak mendapat praktik hygiene dari orangtua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, ketersediaan air panas dan 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. Perawat harus menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, shampo, pasta gigi, dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan produk ini bagian dari kebiasaan sosial yang di praktikan kelompok sosial klien.

d. Pengetahuan dan Motivasi Kesehatan

Pengetahuan tentang pentingnya kesehatan dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Meskipun demikian pengetahuan sendiri tidaklah cukup. Klien juga harus termotivasi untuk memelihara kesehatan diri. Seringkali pembelajaran penyakit mampu mendorong untuk meningkatkan hygiene.

e. Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan klien dapat dinilai pribadi mempengaruhi perawatan hygiene. Orang dari latar kebudayaan berbeda mengikuti praktik keperawatan diri yang berbeda pula. Di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan di negara-negara eropa, hal ini biasa untuk mandi secara penuh hanya sekali dalam seminggu.

f. Kebiasaan atau Pilihan Pribadi

Setiap klien memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur dan melakukan perawatan rambut. Klien memiliki produk yang berbeda (Misalnya sabun, shampo, deodorant, dan pasta gigi) Menurut pilihan dan kebutuhan pribadi

g. Kondisi fisik seseorang

Pada keadaan sakit tertentu, kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya. Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan *hygiene*.

5. Dampak pada masalah *Personal Hygiene*

(Laily Isro`in, 2012) terdapat beberapa dampak pada masalah *Personal Hygiene*, yaitu:

a. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan perorangan 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.

b. Gangguan Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *Personal Hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri menurun, dan gangguan dalam interaksi sosial.

6. Penata Laksana *Personal Hygiene*

Menurut (Mubarak, Wahit I, 2015) terdapat beberapa macam penatalaksana *Personal Hygiene*, yaitu:

a. *Personal Hygiene* pada kulit

Cara merawat kulit sebagai berikut:

- 1) Mandi minimal dua kali sehari/ setelah beraktivitas
- 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 dan kaki

Cara merawat kuku:

1. Kuku jari tangan dapat dipotong dengan pengikir atau memotong dalam bentuk oval (bujur) atau mengikuti bentuk jari.

2. Jangan memotong kuku terlalu pendek karena bisa melukai selaput kulit dan kulit sekitar kuku.
3. Jangan membersihkan kotoran dibalik kuku dengan 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 rendam dengan air hangat terlebih dahulu'
6. Jangan menggigiti 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 shampoo yang cocok.
2. Pangkas rambut agar terlihat rapih.
3. Gunakan sisir yang bergerigi besar untuk merapikan rambut keriting dan olesi rambut dengan minyak.
4. Jangan gunakan sisir yang bergerigi 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 bagian 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 dipakia
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 secara perlahan dengan membiarkan lubang hidung terbuka.
4. Jangan mengeluarkan kotoran dari lubang hidung dengan menggunakan jari karena dapat mengiritasi mukosa hidung.

f. *Personal Hygiene* pada 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. Menyikat 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 menggunakan penyedot telinga.
2. Bila menggunakan air yang disemprotkan lakukan dengan hati-hati agar tidak terkena air berlebihan.
3. Aliran air yang masuk hendaklah arahkan kesaluran telinga dan bukan langsung ketelinga.
4. Jangan menggunakan alat yang tajam untuk membersihkan telinga karena dapat merusak gendang telinga.

h. Perawatan hygiene genetalia

Cara merawat genetalia:

1. Wanita: perawatan perineum dan area genitalia 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. Konsep Asuhan Keperawatan *Personal Hygiene*

1. Pengkajian

Menurut (Mubarak, Wahit I, 2015)

Pengkajian merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang bertujuan untuk penumpulan 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.

1. 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.

2. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kaji hygiene personal 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, secret pada kelopak mata, kemerahan, atau gatal-gatal pada mata.

- d. 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,
- e. Mulut. Amati kondisi mukosa mulut dan kaji kelembapannya. Perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi/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 daya pendengaran.
- h. Kulit. Amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembapan) dan kebersihannya. Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus.
- i. Kuku tangan dan kaki. Amati bentuk dan kebersihan kuku. Perhatikan adanya kelainan luka.
- j. Genetalia. Amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum. Perhatikan pola pertumbuhan rambut pubis. Pada laki-laki, perhatikan kondisi skrotum dan testisnya.
- k. 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 (PPNI, 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, ke toilet, berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang.
- d. Gejala dan tanda minor

Gejala tanda minor baik subjektif maupun objektif tidak tersedia.

Diagnosa yang muncul berkaitan dengan kondisi klinis stroke adalah salah satu satunya:

- a. Kurang perawatan diri(defisit perawatan diri)

Dapat dihubungkan dengan:

- 1) penurunan kognitif: keterbiasaan fisik
- 2) frustrasi atas kehilangan kemandiriannya: depresi

Kemungkinan dibuktikan 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.

Diagnosa keperawatan umum untuk klien dengan masalah perawatan *Personal Hygiene* adalah defisit perawatan diri lebih lanjut, diagnosa tersebut terbagi menjadi empat yaitu:

1. Defisit perawatan diri: makan/minum
2. Defisit perawatan diri: mandi atau hygiene
3. Defisit perawatan diri: berpakaian atau berhias
4. Defisit perawatan diri: eliminasi

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah pencatatan tentang kegiatan perencanaan keperawatan (langkah pemecah serta urutan prioritasnya, perumusan tujuan, perencanaan tindakan dan penilaian) yang dapat dipertanggung jawabkan. Tujuan yang ingin dicapai, rencana tindakan pemecahan masalah klien dan rencana penilaiannya (PPNI, 2018a).

Intervensi keperawatan pada klien gangguan pemenuhan *Personal Hygiene* pada lansia dengan masalah keperawatan sebagai berikut:

a. Defisit perawatan diri : mandi

1. Definisi : memfasilitasi kebutuhan kebersihan diri.

2. Tindakan

(a) Observasi

- Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
- Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)
- Monitor integritas kulit

(b) Terapeutik

- Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)
- Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
- Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

(c) Edukasi

- Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
- Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

b. Defisit perawatan diri : berpakaian

1. Definisi : memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias.

2. Tindakan

(a) Observasi

- 1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian atau berhias

(b) Teraupetik

- 2) Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau
- 3) Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan
- 4) Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu
- 5) Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)
- 6) Jaga privasi selama berpakaian
- 7) Tawarkan untuk laundry, jika perlu
- 8) Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri

(c) Edukasi

- Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
- Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu

c. Defisit perawatan diri : makan/minum

1. Definisi : memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan/minum

2. Tindakan

(a) Observasi

- Identifikasi diet yang dianjurkan
- Monitor kemampuan menelaan
- Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

(b) Teraupetik

- Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- Letakan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- Letakan disisi mata yang sehat
- Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- Motivasi untuk makan diruang makan, jika tersedia

(c) Edukasi

- Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur dijam 12, rending dijam 3)

(d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

d. Defisit perawatan diri : eliminasi

1. Definisi : memfasilitasi pemenuhan kebutuhan Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB)

2. Tindakan

(a) Observasi

- Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia
- Monitor integritas kulit

(b) Teraupetik

- Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi
- Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten
- Jaga privasi selama eliminasi
- Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu
- Bersihkan alan bantu BAK/BAB setelah digunakan
- Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu
- Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu

(c) Edukasi

- Anjurkan BAK/BAB secara rutin
- Anjurkan kamar mandi/toilet, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan pada tahapan rencana. Tujuan dari implementasi keperawatan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan akan dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Perawatan diri

Definisi : kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2018b).

b. Ekspetasi : meningkat

Kriteria hasil	Menurun (1)	Cukup menurun (2)	Sedang (3)	Cukup meningkat (4)	Meningkat (5)
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5
Kemampuan makan	1	2	3	4	5
Kemampuan ketoilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan	1	2	3	4	5
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 kebersihan mulut	1	2	3	4	5

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Stroke

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang dengan cepat akibat gangguan fungsi otak (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologis*) akibat terhambatnya aliran darah keotak (Junaidi Iskandar, 2011).

Stroke atau cedera serbrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah sebagian otak. Stroke timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan penderita menderita kelumpuhan atau bahkan kematian (Kusnadi Anwar, 2018).

2. Etiologi Stroke

1. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskeni jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskeni serebral. Tanda dan gejala neorologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah trombosis diantaranya: aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, ateroskleritis (radang pada arteri) dan emboli.

2. Hemorogi

Pendarahan intrakranial atau intraserebral termasuk pendarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah dalam otak menyebabkan pembesaran darah kedalam perenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.

3. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah: hipertensi, henti jantung-paru, curah jantung turun akibat aritmia.

4. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah : spasme arteri serebral (yang disertai dengan pendarahan subaraknoid), vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

3. Klafikasi stroke

a. *Stroke Hemoragik*

Merupakan pendarahan serebral dan mungkin pendarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu. Biasanya terjadinya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

b. *Stroke Non Hemoragik*

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau pagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

4. Patofisiologi

a. *Stroke Hemoragik*

Perdarahan serebri termasuk dalam urutan ketiga dari semua penyebab kasu gangguan darah otak. Perdarahan serebral dapat terjadi diluar durameter (*hemoragi Ekstradural* atau *epidural*), dibawah durameter (*hemoragi subdural*), diruang subarachnoid (*hemoragi subarachnoid* atau di dalam substansi otak (*hemoragi intraserebral*).

Hemoragi Ekstradural (*epidural*) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri dengan arteri meningeal lain.

Hemoragi subdural (intervensi jelas lebih lama) dan menyebabkan tekanan pada otak. Beberapa klien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda dan gejala.

Hemoragi subarachnoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisma pada area sirkulus willsi dan malformasi arteri-vena kongenital pada otak. Arteri didalam otak dapat menjadi aneurisma.

Hemoragi intraserebral paling umum pada pelayanan dengan hipertensi adalah aterosklerosis serebral, karena perubahan degneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan rupture pembuluh darah. Pada orang yang lebih muda dari 40 tahun, hemoragi intraserebral biasanya disebabkan oleh malformasi arteri-vena, hemagloblastoma dan trauma, juga disebabkan oleh tipe patologi arteri tertentu, adanya tumor otak dan penggunaan medikasi (antikoagulan oral, amfetamin dan berbagai obat aditif).

Perdarahan biasanya arterial dan terjadi terutama sekita basal ganglia. Biasanya awitan tiba-tiba bila hemoragi membesar, makin jelas *defisit neurologic* yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital. Klien dengan perdarahan luas dan hemoragi mengalami penurunan kesadran dan abnormalitas pada tanda vital.

b. *Stroke Non Hemoragik*

Okulasi disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena thrombus yang main lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar.

Penurunan aliran darah ini menyebabkan iskemi yang akan berlanjut menjadi infark. Dalam waktu 72 jam daerah tersebut akan mengalami edema dan lama kelamaan akan terjadi nekrosis. Lokasi yang paling tersering pada stroke thrombosis adalah percabangan arteri corotis besar dan arteri vertebra yang berhubungan dengan arteri basiler. Onset stroke trombolik biasanya berjalan lambat.

Sedangkan stroke emboli terjai karena adanya emboli yang lepas dari bagian tubuh lain sampai kearteri corotis, emboli tersebut terjebak dipembuluh darah otak yang lebih kecil dan biasanya pada

daerah percabangan lumen yang menyempit, yaitu arteri carotis dibagian tengah atau Middle Carotid Artery (MCA). Dengan adanya sumbatan oleh emboli akan menyebabkan iskemia.

5. Manifestasi Klinik

Gejala neorologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Gejala utama stroke iskemik akibat thrombosis serebri adalah timbulnya defisit neurologik secara mendadak, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun. Biasanya terjadi diusia lebih dari 50 tahun. Pada fungsi lumbal, lukuol serebrospinalis jernih, tekanan normal dan eritrosit kurang dari 500. Pemeriksaan scan tomografik dapat ditemukan adanya daerah hipodens yang menunjukkan infark/edema.

6. Diagnosis

Diagnosis biasanya ditegakkann berdasarkan perjalanan penyakit dan hasil pemeriksaan alat dan pemeriksaan fisik, yang dapat membantu menentukan lokasi kerusakan otak yang terserang. Harus juga diusahakan suatu prosedur pemeriksaan yang dilakukan tidak memakan waktu yang terlalu lama, demi meminimalkan hilangnya waktu emas antara onset timbulnya penyakit dan dimulainya terapi.

7. Penatalaksanaan

- a. Stoke Hemoragik
 - a. Kendalikan Hipertensi.
 - b. Pertimbangkan konsultasi bedah saraf bila perdarahan sereblum diameter lebih dari tiga sentimeter.
 - c. Pertimbangkan angiografi untuk menyingkirkan aneurisma.
 - d. Singkirkan kemungkinan koagulopati.
 - e. Berikan manitol 20% untuk klien dengan koma dalam atau tanda-tanda tekanan intracranial yang meninggi.

- f. Pertimbangkan fenitoin.
- g. Perdarahan intraserebral
 - c. Obati penyebabnya.
 - d. Turunkan tekanan intracranial.
 - e. Berikan neuroprotektor.
- h. Pertimbangkan terapi hipervolemik
- i. Perdarahan subarachnoid.
 - 1) Nimodipin dapat diberikan untuk mencegah vasospasme pada perdarahan subarakhroid primer akut
 - 2) Tindakan operasi dapat dilakukan pada perdarahan *subarachnoid* stadium I dan II akibat aneurisma sakular berry (*cellpping*).
- b. *Stroke Non Hemoragik*
 - (1) Membatasi atau memulihkan iskemia akut yang sedang berlangsung (3-6 jam pertama).
 - (2) Mencegah pemburukan neurologis yang berhubungan dengan stroke yang masih berkembang.
 - (3) Tekanan darah yang tinggi pada stroke iskemik tidak boleh cepat diturunkan.
 - (4) Pertimbangkan observasi diunit rawat intensif pada klien dengan klinis dan radiologis.
 - (5) Pertimbangkan konsul bedah saraf untuk dekompresi dengan infark serebelum yang luas.
 - (6) Pertimbangkan pemeriksaan darah.

D. Tinjauan Konsep Lansia

- **Pengertian Lansia**

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan

kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua.

Menurut WHO dan Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, akan tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Dede Nasrullah, 2016).

- **Batasan-Batasan Lanjut Usia**

Batasan umur lansia menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) lanjut usia meliputi :

- a. Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
- b. Lanjut usia (*elderly*) = antara 60 sampai 74 tahun.
- c. Lanjut usia tua (*old*) = antara 75 sampai 90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) = diatas 90 tahun.

Menurut Bee (1996) dalam padila (2013), bahwa tahapan masa dewasa adalah sebagai berikut :

- a. Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
- b. Masa dewasa awal (usia 26-40 tahun)
- c. Masa dewasa tengah (usia 41-65 tahun)
- d. Masa dewasa lanjut (usia 66-75 tahun)
- e. Masa dewasa sangat lanjut (usia > 75 tahun)

1. Tipe-Tipe Lanjut Usia

1. Tipe arif bijaksana

Lanjut usia ini kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan panutan.

2. Tipe mandiri

Lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dan mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

4. Tipe pasrah

Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik mempunyai konsep habis (habis gelap terbitlah terang), mengikuti kegiatan beribadat, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

5. Tipe bingung

Lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

2. Perubahan Fisik Dan Fungsi Akibat Proses Menua

a. Sel

- a. Jumlah sel menurun
- b. Ukuran sel lebih besar
- c. Jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular berkurang
- d. Proporsi protein di otak, ginjal, darah, dan hati menurun
- e. Jumlah sel otak menurun
- f. Mekanisme perbaikan otak terganggu
- g. Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%
- h. Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar

b. Sistem persarafan

- a. Menurun hubungan persarafan.

- b. Berat otak menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya)
- c. Respon dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress.
- d. Saraf panca indra mengecil.
- e. Kurang sensitive terhadap sentuhan
- c. Sistem pendengaran
 - a. Gangguan pendengaran. Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi.
 - b. Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis
 - c. Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkatkan keratin.
- d. Sistem penglihatan
 - a. *Sfingter* pupil timbul *sclerosis* dan respon terhadap sinar menghilang.
 - b. Kornea lebih berbentuk *sferis* (bola).
 - c. Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam gelap.
 - d. Lapang pandang menurun: luas pandang berkurang.
- e. Sistem kardiovaskuler
 - a. Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
 - b. Elastisitas dinding aorta menurun.
 - c. Curah jantung menurun (isi seminit jantung menurun).
 - d. Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan.
 - e. Tekanan darah meningkat akibat pembuluh darah perifer meningkat.
Sistolik normal ± 170 mmHg, ± 95 mmHg.
- f. Sistem pengaturan suhu tubuh
 - a. Temperature tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis ± 35 derajat celcius ini akibat metabolisme yang menurun.

- b. Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedingina dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah.
- c. Keterbatasan reflex menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.
- g. Sistem pernapasan
 - a. Otot pernapasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku.
 - b. Aktivitas sila menurun.
 - c. Berkurangnya elastisitas bronkus.
 - d. Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg.
 - e. Reflex dan kemampuan untuk batuk berkurang.
- h. Sistem pencernaan
 - a. Kehilangan gigi, penyebab utama *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
 - b. Esophagus melebar.
 - c. Rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung, mobilitas dan waktu pengosongan lambung menurun.
 - d. Peristaltic lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- i. Sistem reproduksi
 - Wanita
 - a. Vagina mengalami kontraktur dan mengecil.
 - b. Ovary menciut, uterus mengalami atrofi.
 - c. Atrofi payudara
 - d. Selaput lender vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.
 - e. Atrovi vulva.
 - Pria
 - 1) Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.

- 2) Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun, asal kondisi kesehatannya baik.

j. Sistem Genitourinaria

- 1) Ginjal

Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk keginjal, disaring oleh saluran (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tempatny di glomerulus). Mengecilnya nefron akibat atrofi, aliran darah keginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubuh berkurang.

- 2) Vesika urinaria

Otot menjadi lemah, kapasitas menurun, sampai 20 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat. Pada pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat.

- 3) Pembesaran prostat

Kurang lebih 75% dialami oleh pria usia diatas 65 tahun.

- 4) Atrofi vulva

Vagina seseorang yang semakin menua, kebutuhan hubungan seksualnya masih ada. Tidak ada batasan umur tertentu kapan fungsi seksualnya seseorang berhenti. Frekuensi hubungan seksual cenderung menurun secara bertahap setiap tahun, tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmatinya berjalan terus sampai tua.

k. Sistem endokrin

Kelenjar endokrin adalah kelenjar buntu dalam tubuh manusia yang memproduksi hormone. Hormone pertumbuhan berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan, pemeliharaan, dan metabolisme organ tubuh.

l. Sistem integument

- 1) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.

- 2) Permukaan kulit cenderung kusam, kasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinisasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis).
- 3) Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik-bintik atau noda coklat.
- 4) Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerut-kerut halus diujung mata akibat lapisan kulit menipis.
- 5) Respon terhadap trauma menurun.

m. Sistem muskuloskeletal

- 1) Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh.
- 2) Gangguan tulang, yaitu mudah mengalami demineralisasi.
- 3) Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut.
- 4) Kifosis
- 5) Gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas.
- 6) Gangguan gaya berjalan.
- 7) Kekuatan jaringan penghubung.
- 8) Persendian membesar dan menjadi kaku.
- 9) Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua.