



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN
PERSONAL *HYGINE* PADA PASIEN STROKE
YANG MENGALAMI GANGGUAN
MOBILITAS FISIK**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

**Alif Sahilah
30902100019**

**PROGRAM SRUDI SI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN
PERSONAL *HYGINE* PADA PASIEN STROKE
YANG MENGALAMI GANGGUAN
MOBILITAS FISIK**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

**Alif Sahilah
30902100019**

**PROGRAM SRUDI SI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 20 Februari 2025

Mengetahui

Wakil Dekan I

Peneliti

Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp. Kep. Mat

NIDN 0609067594

Alif Sahilah

30902100019

UNISSULA

جامعة سلطان أبجوى الإسلامية

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul :

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMEBUHAN
PERSONAL HYGINE PADA PASIEN STROKE YANG MENGALAMI
GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

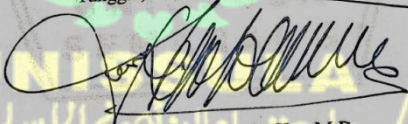
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Alif Sahilah
NIM : 30902100019

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing

Tanggal, 14 Januari 2025


Ns. M. Arifin Noor, M.Kep.Sp.Kep.M.B
NIDN. 0627088403

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul :

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN
PERSONAL HYGINE PADA PASIEN STROKE YANG
MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

Disusun oleh :

Nama : Atif Sahilah
NIM : 30902100019

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal, 22 Januari 2025
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep, Sp.KMB
NIDN.0602037603

Penguji II,

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp. Kep.MB
NIDN.0627088403

Mengetahui
Dekan-Fakultas Ilmu Keperawatan

Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep.
NIDN.0622087403

CS Dipindai dengan CamScanner

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Januari 2025**

ABSTRAK

Alif Sahilah

***HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN
PERSONAL HYGINE PADA PASIEN STROKE YANG MENGALAMI
GANGGUAN MOBILITAS FISIK***

95 halaman + 2 tabel + 4 gambar + 11 lampiran + xxxix

Latar Belakang: Stroke mengakibatkan disfungsi mobilitas fisik yang berdampak signifikan terhadap kemampuan individu dalam menjalankan kebersihan diri secara mandiri. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi antara dukungan keluarga dan tingkat pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas fisik..

Metode: Penelitian ini dikategorikan sebagai studi kuantitatif , rancangan *observasional analitik* berbasis pendekatan cross-sectional. Teknik penentuan sampel *purposive sampling*, jumlah populasi sebanyak 113 individu, 88 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Pengumpulan data melalui

Hasil: Analisis bivariat menggunakan uji koefisien gamma nilai p sebesar 0,001 dan koefisien korelasi (r) sebesar 0,847, yang mengindikasikan adanya korelasi kuat antara variabel dukungan keluarga dan pemenuhan personal

Kesimpulan: Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi juga pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke.

Kata kunci : dukungan keluarga, pemenuhan *personal hygiene*

Daftar pustaka : 42 (2010-2024)

NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, January 2025

ABSTRACT

Alif Sahilah

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT AND THE FULFILLMENT OF PERSONAL HYGIENE IN STROKE PATIENTS WITH PHYSICAL MOBILITY DISORDERS

95 pages + 2 tables + 4 images + 11 appendices + xxxix

Background: stroke causes physical mobility disorders, having an impact on the patient's ability to personal hygiene. This study aims to analyze the relationship between family support and the fulfillment of personal hygiene needs in stroke patients who experience physical mobility disorders.

Methods: a type of quantitative research, using an observational analytical design of a cross-sectional approach. Purposiv sampling technique. The number of sample was 113 people to 88 respondents. The research instrument used a family and personal hygiene support questionnaire

Results: bivariate analysis test with gamma coefficient test obtained a p value of 0.001, ,a coefis value .

Conclusion : Personal hygiene in stroke patients who experience impaired physical mobility. The higher the family support, the higher the fulfillment of personal hygiene needs in stroke patients.

Keywords: family support, personal hygiene fulfillment

Bibliography : 42 (2010-2024)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Dengan penuh syukur, penulis mengucapkan Alhamdulillah atas rahmat, taufik dan hidayahnya dari Allah SWT, yang telah memberikan kesempatan menyusun skripsi dengan baik. Skripsi ini dibuat sebagai syarat tugas akhir dalam menyelesaikan studi dan memperoleh gelar Sarjana S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Adapun judul skripsi ini adalah “ Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik”. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis ingin mengungkapkan rasa terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan, bimbingan, serta motivasi selama proses penyusunan kepada:

1. Prof Dr. Gunarto SH. MH., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep., Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistianingsih, M. Kep, Sp KMB Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Mohammad Arifin Noor, S,Kep., M.Kep., S.Kep MB selaku dosen pembimbing saya yang selalu membimbing saya dalam penyusunan skripsi ini
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf FIK UNISSULA yang telah memberikan bekal ilmu dan pengetahuan serta bantuan kepada penulis
6. Teruntuk kedua orang tua yang saya sayangi, selalu mendoakan saya, menasihati serta mendukung saya dengan sepenuh hati.
7. Dan untuk teman teman saya yang senantiasa membantu dalam penyusunan skripsi ini.



DAFTAR ISI

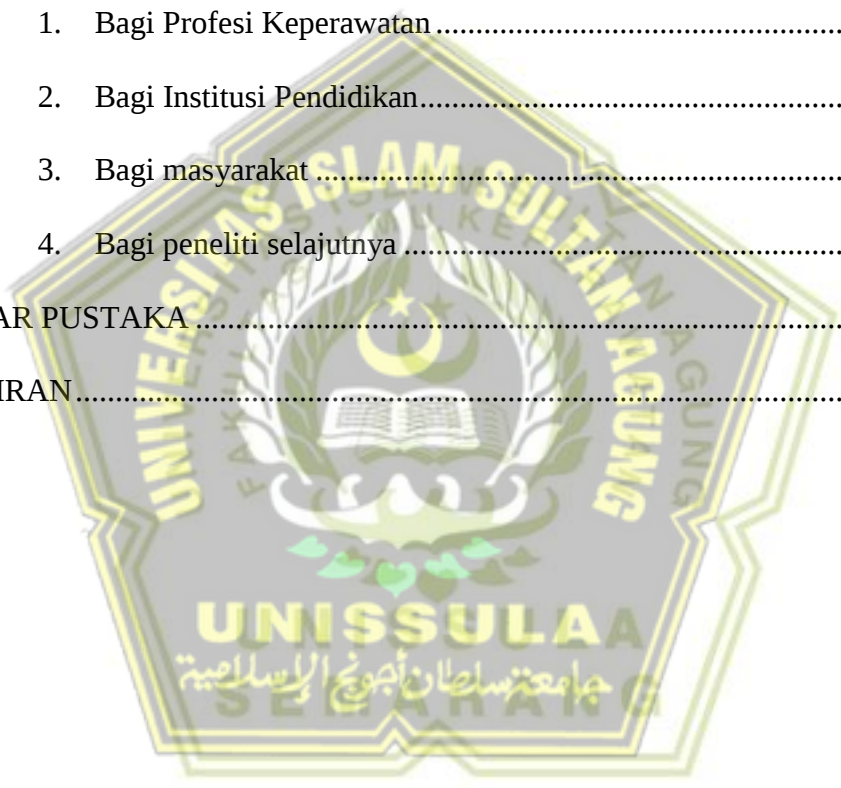
HALAMAN JUDUL.....	Error! Bookmark not
HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Teori	8
1. Stroke.....	8
a. Definisi	8
b. Klasifikasi.....	8
c. Tanda dan gejala.....	10
d. Faktor risiko	12

f. Dampak Stroke	14
g. Manifestasi klinis	14
h. Komplikasi stroke.....	15
i. Penatalaksanaan.....	15
2. Gangguan Mobilitas Fisik	17
a. Definisi	17
b. Etiologi	17
c. Gejala dan tanda gangguan mobilitas fisik.....	17
3. Dukungan Keluarga.....	18
a. Definisi	18
b. Macam macam dukungan keluarga.....	19
c. Macam-macam Bentuk Dukungan Keluarga	20
4. <i>Personal hygiene</i>	21
a. Definisi	21
b. Tujuan.....	22
c. Dampak yang muncul akibat masalah Personal Hygiene ...	22
d. Faktor personl hygiene.....	24
B. Kerangka Teori.....	26
C. Hipotesis	27
BAB III METODE PENELITIAN.....	28
A. Kerangka konsep	28
B. Variabel Penelitian	28
1. Variabel Independen.....	28

2. Variabel Dependen	29
C. Jenis dan desain Penelitian	30
D. Populasi dan sample penelitian	30
1. Populasi	30
2. Sampel	31
3. Teknik Pengambilan Sampel.....	32
a. Kriteria inklusi.....	32
b. Kriteria esklsi	32
E. Tempat dan waktu penelitian.....	33
F. Definisi Operasional.....	33
G. Instrumen/ Alat pengumpulan Data.....	33
1. Instrumen Penelitian.....	33
2. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	34
a. Kuesioner Dukungan Keluarga	34
b. Kuesioner Personal Hygine	35
H. Metode Pengumpulan Data	35
I. Rencana analisis data.....	35
1. Pengolahan data.....	35
a. Editing	35
b. Coding	36
c. Entry	36
d. Cleaning.....	36
2. Teknik Analisa Data	36

J. Etika Penelitian.....	37
BAB IV HASIL PENELITIAN	39
A. Analisis Univariat	39
1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	39
2. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Lama Menderita	40
3. Karakteristik Responden berdasarkan Dukungan Keluarga dan Pemenuhan <i>Personal Hygine</i>	41
B. Analisa Bivariat	42
BAB V PEMBAHASAN	43
A. Analisis Univariat	43
1. Usia	43
2. Jenis Kelamin	45
3. Pendidikan	47
4. Pekerjaan	47
5. Lama Menderita	44
6. Karakteristik Responden berdasarkan Dukungan Keluarga	48
7. Karakteristik Responden berdasarkan Pemenuhan <i>personal hygine</i>	51
B. Analisis Bivariat	54
1. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan	

<i>personal hygiene</i>	54
C. Keterbatasan Penelitian	58
D. Implikasi Keperawatan	58
BAB VI PENUTUP	60
A. Kesimpulan.....	60
B. Saran	60
1. Bagi Profesi Keperawatan	60
2. Bagi Institusi Pendidikan.....	61
3. Bagi masyarakat	61
4. Bagi peneliti selajutnya	61
DAFTAR PUSTAKA	62
LAMPIRAN.....	69



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi operasional.....	33
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Usia Responden di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Oktober-Desember 2024.....	39
Tabel 4.2. Distribusi frekuensi Jenis Kelamin,Tingkat penddikan, pekerjaan, lama menderita pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Oktober-Desember 2024	40
Tabel 4.3. Distribusi frekuensi dukungan keluarga dan pemenuhan personal hygine pada pasien stroke yang mengalami gangguan moblitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Oktober-Desember 2024	41
Tabel 4.4. Hubungan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan personal hygine pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Oktober- Desember 2024.....	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori	26
Gambar 3.1. Kerangka konsep	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan Izin Survei Pendahuluan	70
Lampiran 2. Surat Izin Pendahuluan Penelitian	71
Lampiran 3. Surat Permohonan Izin Penelitian	73
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian.....	75
Lampiran 5. Surat Permohonan Menjadi Responden	76
Lampiran 6. Lembar Peretujuan Responden	Error! Bookmark not
Lampiran 7. Lembar Kuesioner	78
Lampiran 8. Hasil SPSS.....	82
Lampiran 9. Lembar Konsultasi Bimbingan Skripsi	86
Lampiran 10. Daftar Riwayat Hidup.....	88
Lampiran 12. Jadwal Kegiatan Penelitian.....	90

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan mendadak pada fungsi saraf di otak dengan gejala klinis yang berkembang cepat akibat gangguan aliran darah otak. Stroke bisa disebabkan oleh kondisi isemik atau perdarahan yang sering berawal dari kerusakan arteri. Sekitar dua pertiga kasus stroke bersifat isemik dimana penyumbatan pembuluh darah trombotik menyebabkan daerah di bawahnya mengalami iskemia, sedangkan sepertiganya bersifat hemoragik. (Nafi'ah et al, 2022)

Stroke hemoragik terjadi akibat ruptur pembuluh darah di otak yang menyebabkan perdarahan, sementara stroke iskemik disebabkan oleh obstruksi aliran darah ke otak, mengakibatkan iskemia jaringan dan defisit neurologis (Anis, 2018).

Stroke menimbulkan dampak pada kondisi sosial, ekonomi karena distabilitas yang ditimbulkannya. Mengingat prevalensi stroke di Indonesia semakin meningkat dan menjadi penyebab utama kecacatan, upaya pencegahan sangat krusial untuk dilakukan dengan mendeteksi faktor risiko sejak dini serta pengendalian. (Andriani, 2016; Sulami et al., 2015).

Faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi dua yang tidak dapat diubah dan yang dapat dimodifikasi. Salah satu faktor yang tidak bisa diubah adalah usia yang semakin meningkat dan jenis kelamin laki-laki. Sedangkan

faktor resiko yang dapat diubah meliputi hipertensi, diabetes militus, dan dislipidema.(Astannudinsyah et al., 2020)

Secara global, insiden stroke mencapai sekitar 15 juta kasus per tahun, dengan sepertiganya berujung fatal, sementara sisanya (sekitar 33 juta individu) mengalami disabilitas permanen, menjadikan stroke sebagai etiologi utama kecacatan pada populasi dewasa (Gorelick et al., 2020)

Diperkirakan bahwa satu dari empat individu berusia di atas 25 tahun (lebih dari 101 juta orang yang masih hidup saat ini) akan mengalami stroke dalam kehidupannya. Dari jumlah tersebut, lebih dari 7,6 juta kasus baru stroke dilaporkan, dengan sekitar 28% merupakan perdarahan intraserebral, termasuk 1,2 juta kasus perdarahan subaraknoid. Di Amerika Serikat, insidensi stroke mencapai sekitar 795.000 kasus per tahun, mencakup kejadian baru maupun rekuren.

Data stroke di Indonesia sepanjang hidup dalam 17 tahun terakhir, terjadi peningkatan sebesar 50% sehingga, saat ini salah satu dari empat orang mengalami stroke (WHO, 2022). Menurut data (Jateng Dinkes, 2021) Penderita stroke di Provonsi Jawa Tengah sebesar 1,3% . Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSI Sultan Agung Semarang di peroleh data, stroke hemoragik sebanyak 113 kasus dan stroke non hemoragik sebanyak 1.139 kasus, dengan prevalensi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik sebesar 70%.

Hasil observasi didapatkan prevalensi pada 5% dari 113 pasien stroke hemoragik menunjukan masih banyak yang mengalami gangguan pemenuhan

personal hygiene seperti, kuku pasien kotor dan panjang, rambut pasien tidak terawat. Dari penelitian sebelumnya terkait gambaran pemenuhan kebutuhan dasar *personal hygiene* pemenuhan kebutuhan perawatan kebersihan diri menunjukkan bahwa mandi tidak dilakukan oleh 78,1% pasien, sementara perawatan tangan dan kaki sepenuhnya diabaikan 100%. Selain itu, perawatan rambut serta gigi dan mulut tidak dilakukan oleh 89,5% pasien. Perawatan mata juga kurang diperhatikan, dengan 94,3% tidak melakukannya, sementara perawatan telinga sama sekali tidak dilakukan 100%, perawatan perineum diabaikan oleh 84,8% pasien, dan kebutuhan toileting tidak terpenuhi 50% pasien (Putri & Kamil, 2019).

Penelitian yang lain menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki kebiasaan *personal hygiene* yang kurang baik. Sebanyak 65,4% pasien melaporkan pelaksanaan mandi dan berpakaian yang tidak baik, sementara perawatan kuku tangan dan kaki tergolong baik pada 56,4% pasien. Perawatan rambut kurang baik pada 66,9% pasien, sedangkan perawatan gigi dan mulut tidak optimal pada 78,2% pasien. Selain itu, 66,2% pasien mengalami kesulitan dalam toileting dan 84,2% tidak melakukan perawatan perineum dengan baik. Secara keseluruhan, 60,2% pasien memiliki tingkat *personal hygiene* yang kurang baik sementara hanya 39,8% yang tergolong baik (Andriani, 2016; Sulami et al., 2015).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa peran keluarga dalam fasilitasi pemeliharaan kebersihan diri bagi anggota keluarga yang menderita stroke masih kurang, dengan presentase sebesar 54,5%. Penelitian oleh

(Hanum Lubis, Rasmaliah 2017) dalam artikel (Nurrohmah et al., 2017) juga menemukan Tingkat dukungan emosional dalam optimalisasi pemenuhan kebersihan diri pada pasien stroke masih tergolong rendah, yakni sebesar 42,9%.

Kurangnya dukungan keluarga terlihat dari beberapa aspek seperti, ketidakhadiran saat pasien dirumah, kesinukan dengan aktivitas pribadi, kurangnya perhatian terhadap kondisi pasien, minimnya pengetahuan tentang *personal hygiene*, serta sikap yang kurang ramah dalam membantu pasien memenuhi kebutuhannya (Nurrohmah et al., 2017).

Penelitian sebelumnya oleh (Melti Suriya, 2018) menunjukkan 41,3% keluarga tidak memberikan dukungan, sementara 45,7% jarang menasihati pasien. Selain itu, 45,7% keluarga jarang menghibur pasien yang merasa sedih akibat stroke, 47,8% jarang memberikan pujian dan perhatian, serta 45,7% jarang mendorong pasien untuk berinteraksi dengan lingkungan. Dukungan dalam aspek perawatan juga rendah, dengan 45,7% keluarga jarang membantu pasien mengganti pakaian, dengan presentase yang sama tidak selalu mendampingi pasien saat kontrol ulang ke rumah sakit .

Pasien *Cerebro Vaskular Accident* (CVA) mengalami gangguan ekstremitas akibat ketidakmampuan otot bergerak secara optimal .(*Cerebro Vaskular Accident* (CVA) merupakan penyakit yang mempengaruhi pembuluh darah otak di otak dan beresiko menyebabkan kecacatan fisik.. kondisi ini menyebabkan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik pada penderitanya.

Gangguan motorik yang paling sering terjadi adalah *hemiplegia* (kelumpuhan satu sisi tubuh akibat lesi disisi otak yang berlawanan. Gangguan motorik ini sering banyak pasien cva mengalami kesulitan menjaga kebersihan diri, jika kebersihan diri pasien cva tidak terpenuhi mereka beresiko mengalami berbagai masalah Manifestasi fisik meliputi disrupsi integritas kutaneus, abnormalitas pada membran mukosa oral, infeksi pada organ okulovisual dan auditorius, (Price dan Wilson, 2006).

Menurut (Orizani, 2016), Tidak terpenuhinya personal hygiene pada pasien stroke akan berdampak pada aspek psikososial yang berkaitan dengan imobilisasi. Gangguan yang terjadi mencakup terganggunya pemenuhan kebutuhan akan kenyamanan, kasih sayang, harga diri aktualisasi, serta interaksi sosial. Beberapa kasus pasien stroke menyebabkan terganggunya aktivitas sehingga memerlukan dukungan keluarga dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene meliputi perawatan kulit, gigi, mulut, rambut, mata, telinga, kaki, kuku, serta area genital, termasuk kerapian dalam berpakaian.

Tidak hanya itu dukungan keluarga juga sangat penting bagi penderita stroke salah satunya yaitu dukungan emosional juga sangat berpengaruh bagi pasien stroke untuk memberi motivasi atau dukungan yang membangun semangat pada pasien stroke untuk sembuh. Peran keluarga dalam pemulihan pasien stroke dapat dibantu dengan dukungan keluarga, yang mencakup dukungan informasional melalui pemberian informasi, dukungan emosional untuk memberikan semangat, dukungan instrumental dalam bentuk bantuan

fisik serta dukungan penghargaan sebagai bentuk apresiasi terhadap pasien stroke.

B. Rumusan Masalah

Dukungan keluarga memiliki peran krusial dalam perawatan pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas fisik. Salah satu determinan yang berpengaruh terhadap pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas adalah keterlibatan keluarga dalam proses perawatan. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji apakah terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga dan pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dalam pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik

2. Tujuan Khusus

- a. mengidentifikasi karakteristik responden
- b. mengetahui dukungan keluarga pada pasien stroke
- c. mengetahui pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke
- d. menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke.
- e. Mengetahui keeratan hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien stroke

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan akan dapat menambah ilmu pengetahuan bagi masyarakat khususnya pada keluarga yang mempunyai salah satu penderita stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

2. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam memperkaya khazanah keilmuan serta berfungsi sebagai rujukan bagi pembaca, khususnya bagi mahasiswa di bidang kesehatan. Secara spesifik, studi ini memberikan wawasan mengenai korelasi antara dukungan keluarga dan pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas fisik.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil dari penelitian ini di harapkan dapat dijadikan sebagai acuan dan pertimbangan sumber referensi untuk digunakan pada penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Stroke

a. Definisi

Menurut World Health Organization (WHO), stroke merupakan suatu manifestasi klinis yang berkembang secara progresif, ditandai dengan defisit neurologis fokal yang berlangsung selama minimal 24 jam atau lebih, serta berpotensi berujung pada mortalitas. Kondisi ini terjadi akibat gangguan vaskular yang menyebabkan obstruksi atau ruptur pembuluh darah yang mensuplai oksigen dan nutrisi ke otak. Defisiensi oksigen tersebut mengakibatkan disfungsi regulasi gerakan tubuh yang dikendalikan oleh sistem saraf pusat (Whelton et al., 2018)

Stroke adalah penyebab ketiga terbesar penyebab kematian dan cacatan di seluruh dunia. Kecacaran merupakan dampak serius bagi penderita stroke yang selamat dari kematian, dan dapat menjadi beban seumur hidup bagi mereka. Lebih dari 50 juta orang di dunia yang menderita stroke mengalami gangguan kognitif, emosional, dan sekitar 25-74% dari pasien tersebut memerlukan bantuan penuh dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dalam artikel (Handayani, 2019).

b. Klasifikasi

Menurut (Medica, 2017) klasifikasi stroke menjadi dua yaitu :

1) Stroke non-hemoragik (stroke isemik)

Stroke isemik terjadi karena berkurangnya aliran darah ke otak yang menyebabkan kerusakan jaringan otak hingga kematian sel. Sekitar 80% dari seluruh kasus stroke disebabkan oleh stroke isemik atau infark. Stroke ini terbagi menjadi dua yaitu trombosis dan emboli serebri.

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan otak yang tidak terkontrol, mencakup sekitar 20% kasus stroke, dan terbagi menjadi dua jenis intraserebral dan ekstraserebral.

Stroke dapat di klasifikasikan menjadi 4 berdasarkan terjadinya waktu yaitu :

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*) adalah gangguan akut pada fungsi otak yang bersifat fokal, dengan gejala yang berlangsung kurang dari 24 jam dan kembali pulih sepenuhnya ke kondisi semula.

2) *Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND) merupakan gejala neurologis yang muncul dan hilang dalam waktu antara 24 jam hingga seminggu, dengan pemulihan penuh ke kondisi semula.

- 3) *Stroke In Evolution (Progressing Stroke)* merupakan gejala atau tanda neurologis fokal terus memburuk setelah 24 jam.
- 4) *Complete Stroke Non Hemmorigic* adalah kelainan neurologis yang sifatnya permanen dan tidak berkembang lagi.

c. Tanda dan gejala

Dalam jurnal (Mutiarasari, 2019) tanda dan gejala stroke yaitu:

1) Hemodefisit motorik

Hemodefisit motorik menurut (Humam & Lisiswanti, 2015) merupakan kelemahan salah satu bagian anggota gerak yang berakibat terjadinya kelumpuhan.

2) Hemodefisit sensorik

Hemodefisit sensorik menurut (Humam & Lisiswanti, 2015) merupakan hilangnya refleks pada salah satu anggota ekstremitas.

3) Penurunan kesadaran

Penurunan kesadaran menurut (Tahir, 2019) ancaman terhadap nyawa yang memerlukan penanganan segera karena berpotensi menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi.

4) Kelumpuhan nervus VII (fasialis) dan nervus XII (hipoglossus) yang bersifat sentral

Menurut merupakan (Adam, 2019) Kelumpuhan nervus VII (fasialis) dan nervus XII (hipoglossus) atau sering di sebut bell's palsy merupakan kelumpuhan saraf fasialis satu sisi.

5) Afasia

Afasia merupakan gangguan berbicara atau *ognitive communion* yang berhubungan dengan kerusakan otak lainnya. (orange & kertes, 1998) dikutip dari (Damayanti, 2019)

6) Demensia

Menurut (Ratnawati, 2021) Demensia merupakan sindroma klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi intelektual dan memori yang cukup parah sehingga mengganggu kemampuan untuk menjalani aktivitas sehari-hari.

7) Hemianopia

Menurut (Devanand et al., 2017) hemianopsia (hemianopia) istilah klinis ini digunakan untuk menggambarkan kehilangan setengah dari bidang pengelihatan secara vertikal. Anamnesis dan pemeriksaan fisik yang teliti dapat membantu memberikan informasi berharga mengenai lokasi lesi patologis

8) Defisit batang otak

Definisi Defisit neurologis merujuk pada gangguan fungsi tubuh akibat penurunan kinerja otak, sumsum tulang belakang, otot, atau saraf (Khairunnisa & Firiyani, 2014).

d. Faktor risiko

Faktor resiko stroke dibagi menjadi 2 yaitu .hal ini di jelaskan dalam jurnal (Oza et al., 2017)

1) Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko yang bersifat modifikabel mencakup obesitas, hipertensi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol berlebihan, penyalahgunaan obat-obatan, serta pola hidup yang tidak sehat (AHA, 2017). Obesitas berperan dalam peningkatan risiko kejadian stroke melalui komorbiditas terkait serta turut berkontribusi terhadap eskalasi risiko penyakit kardiovaskular (AHA, 2017) dalam (PubMed, 2022). Hipertensi merupakan faktor etiologi utama stroke, di mana kontrol tekanan darah yang optimal dapat menurunkan risiko kejadian stroke hingga 41% (Truelsen, Begg, & Mathers, 2010 dalam (N. Putri et al, 2018).

Faktor resiko yang dapat diubah melalui obesitas, hipertensi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol, dan obat, serta pola hidup yang tidak sehat (AHA, 2017). Obesitas dapat meningkatkan resiko stroke melalui penyakit terkait dan berkontribusi pada peningkatan resiko penyakit kardiovaskular (AHA, 2017) dalam (PubMed, 2022). Hipertensi adalah penyebab utama stroke, dan pengelolaan tekanan darah yang baik dapat mengurangi resiko stroke hingga

41% (Truelsen, Begg, & Mathers, 2010). Dalam jurnal (N. Putri et al, 2018)

Hiperlipidemia dikarakterisasi oleh akumulasi lipid yang berlebihan dalam sirkulasi darah. Faktor risiko non-modifikabel meliputi predisposisi genetik, ras, usia, jenis kelamin, serta riwayat stroke sebelumnya (AHA/ASA, 2017 dalam Togu et al., 2021). Faktor genetik berkontribusi terhadap peningkatan risiko, di mana individu dengan riwayat keluarga stroke memiliki probabilitas lebih besar mengalami kondisi serupa. Selain itu, kelompok ras kulit hitam memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami hipertensi dibandingkan ras kulit putih, sehingga meningkatkan risiko stroke pada populasi tersebut (AHA, 2017). Faktor jenis kelamin juga berperan dalam kemungkinan kejadian stroke, di mana pria memiliki predisposisi lebih tinggi dibandingkan wanita. Fenomena ini dikaitkan dengan prevalensi kebiasaan merokok serta tingginya insidensi hipertensi, hiperurisemia, dan hipertrigliseridemia pada populasi pria (Wardhana, 2011)

e. Penyebab stroke

Menurut (Smeltzer, Bare 2012) stroke umumnya disebabkan oleh salah satu dari empat peristiwa berikut:

- 1) Trombosis merupakan proses terbentuknya gumpalan darah di pembuluh darah yang berada di otak maupun leher. Secara

umum, kejadian trombosis dan pengerasan arteri di area serebral menjadi faktor dominan dalam pemicu serangan stroke

- 2) Embolisme serebral terjadi saat bekuan darah atau benda asing dari tubuh menyumbat arteri otak, menyebabkan gangguan fungsi otak . (Valente et al, 2015).
- 3) Iskemia terjadi ketika aliran darah ke otak menurun, menyebabkan penurunan pasokan darah di area otak tertentu. Iskemia ini umumnya disebabkan oleh vasokonstriksi pada arteri yang bertugas menyuplai darah ke otak. (Valente et al, 2015).
- 4) Hemoragi serebral merupakan perdarahan di jaringan otak akibat pecahnya pembuluh darah, yang menyebabkan penurunan kesadaran hingga stupor atau tidak responsif .

f. Dampak Stroke

Menurut (Mada, 2010) dalam jurnal (S, 2022) Disabilitas yang dialami oleh pasien stroke berdampak pada peningkatan ketergantungan pada keluarga. Ketergantungan ini menimbulkan beban bagi keluarga yang mencakup beban fisik, psikologis, dan ekonomi.

g. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis stroke biasanya berupa kelemahan ada sebagian atau seluruh anggota tubuh, mengganggu kemampuan pasien dalam beraktivitas normal. Latihan di perlukan untuk mencegah kecacatan, dan penanganan stroke sering melibatkan latihan

rentangerak sendi melalui fisioterapi (Setiyawan et al., 2019)

h. Komplikasi stroke

Menurut (Rahmadani & Rustandi, 2019), komplikasi stroke dipengaruhi oleh bagian otak yang terkena flekuensi serangan, ukuran lesi dan peningkatan tekanan sirkulasi kolateral, pada stroke akutnkomplikasi yang dialami yaitu

- 1) Kelumpuhan wajah atau sisi tubuh (hemiparesis) yang muncul secara mendadak.
- 2) Gangguan sensai pada satu atau lebih
- 3) Penurunan kesadaran afasia, distria, gangguan pengelihan ganda (diplopi), ataksia dan vertigo)

i. Penatalaksanaan

- 1) Pentalaksanaan stroke hemoragik (Bakhtiar & Rochana, 2020) dalam artikel (Sherina et al., 2022):
 - a) Angiografi Serebral digunakan untuk mengidentifikasi penyebab spesifik stroke seperti perdarahan atau penyumbatan arteri.
 - b) Single-photon emission computed tomography (SPECT): digunakan untuk mendeteksi secara abnormal dan bagian otak yang mengalami stroke, bahkan sebelum terlihat pada pemindaian CT Scan.
 - c) Computed tomography (CT) pmeriksaan harus dilakukan seger kurang dari 12 jam untuk mendeteksi edema,

hematoma, serta keberaaan infark atau iskemia di jaringan otak jika ada dugaan perdarahan subaraknoid. Apabila hasil CT Scan tidak mengindikasikan adanya perdarahan, prosedur pungsi lumbal dapat dilakukan untuk mengevaluasi cairan serebrospinal dalam rentang waktu 12 jam. Pemeriksaan ini kemudian dapat dilanjutkan dengan evaluasi diagnostik lebih lanjut guna memastikan kondisi pasien secara komprehensif.

- d) MRI: Modalitas pencitraan ini digunakan untuk mengevaluasi letak serta derajat keparahan perdarahan serebral melalui pemanfaatan medan magnet, yang memungkinkan deteksi lesi atau infark akibat perdarahan. Namun, MRI tidak direkomendasikan untuk identifikasi perdarahan, termasuk perdarahan subarachnoid.
- e) EEG: Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengevaluasi dinamika aktivitas elektrofisiologi jaringan serebral.
- f) Uji Laboratorium: Mencakup analisis hematologi komprehensif, pemeriksaan kadar glukosa darah, analisis urin lengkap, evaluasi cairan serebrospinal, serta pemeriksaan gas darah biokimia darah, elektrolit, fungsi koagulasi, dan hitung darah lengkap.

2) Penatalaksanaan stroke isemik

Menurut artikel (Chugh, 2019) penatalaksanaan stroke isemik sangat dipengaruhi oleh waktu. Setiap menit, pasien mengalami kehilangan sekitar 190.0000 sel otak. Sekitar 14 miliar sambungan saraf dan 12 km (7,5 mil) serabut saraf. Selain itu otak dapat menua hingga 3,6 tahun untuk setiap jam terjadinya kekurangan aliran darah. Ada dua metode pengobatan yang dapat diterapkan untuk stroke iskemik akut. Trombolisis intravena dan trombektomi mekanis.

2. Gangguan Mobilitas Fisik

a. Definisi

Menurut (PPNI, 2016) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan atau kemandirian yang menyebabkan kesulitan bergerak, termasuk tebaring di tempat tidur dan sulit melakukan aktivitas (Potter, P., & Perry, 2010).

b. Etiologi

Etiologi gangguan mobilitas fisik meliputi penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, dan gangguan muskuloskeletal. Salah satu kondisi yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah osteoporosis, yaitu peradangan sendi yang menyebabkan rasa sakit pada sendi (PPNI, 2016) dalam artikel (Nurshiyam et al., 2020).

c. Gejala dan tanda gangguan mobilitas fisik

Menurut (PPNI, 2016) gejala dan tanda gangguan mobilitas

fisik terbagi menjadi dua yaitu:

1) Gejala dan tanda mayor

Secara subjektif, keluhan utama adalah kesulitan menggerakkan ekstremitas, secara sementara, secara objektif terdapat menurunnya kekuatan otot.

2) Gejala tanda minor

Secara subjektif, pasien mengalami nyeri saat bergerak atau merasa cemas saat melakukan pergerakan. Secara objektif, ditemukan kekuatan sendi, gerakan yang tidak terkoordinir, gerakan terbatas, dan fisik yang lemah.

3. Dukungan Keluarga

a. Definisi

Dalam jurnal (Karunia., 2016) dukungan keluarga didefinisikan sebagai bantuan moral dan materi dari anggota keluarga, termasuk motivasi, saran, informasi dan bantuan konkret. Dukungan ini bisa berasal dari keluarga dekat atau teman. Dukungan keluarga tersiri dari dukungan informasional, penghargaan emosional instrumental dukungan yang kuat dari keluarga dapat membantu individu pasca stroke menghindari depresi,

Karena mereka merasa tetap didukung. Komunikasi yang baik dengan orang lain sangat penting. Dukungan keluarga berperan penting dalam perawatan pasien stroke, membantu mereka kembali beraktivitas meskipun tidak sepenuhnya normal. Dalam jurnal

(Mihen et al., 2022) .

Dukungan keluarga berperan penting bagi penderita stroke. Menurut(Friedman, 2010), keluarga memberikan bantuan yang mencakup kenyamanan fisik, psikologis dan dukungan sosial selama masa sakit.

b. Jenis-jenis dukungan keluarga

Menurut (Karunia., 2016) terdiri dari empat kategori utama yaitu:

1) Dukungan Informasional

Keluarga berperan penting sebagai sumber informasi, memberikan saran, sugesti, dan penjelasan yang dapat membantu mengatasi masalah dukungan ini mencakup pemberian nasihat, usulan, saran, petunjuk, dan informasi.

2) Dukungan Penilaian atau Penghargaan

Keluarga berperan dalam membimbing dan membantu memediasi pemecahan masalah.

3) Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah bentuk bantuan praktis dan konkret yang diberikan oleh keluarga, seperti bantuan dalam hal keuangan, penyediaan, makanan, minuman dan istirahat.

4) Dukungan Emosional

Dukungan emosional dari keluarga berfungsi sebagai tempat yang aman dan nyaman untuk beristirahat serta memulihkan diri, membantu dalam pengelolaan emosi. Aspek

dukungan emosional mencakup afeksi, rasa percaya, perhatian, serta kemampuan mendengarkan dan didengarkan.

c. Macam-macam Bentuk Dukungan Keluarga

Indriyani (2013) mengklasifikasikan bentuk dukungan keluarga ke dalam tiga kategori utama, yakni :

1) Dukungan Fisiologis

Dukungan fisiologis mencakup antauan dalam aktivitas sehari-hari, seperti penyediaan makanan bergizi, ruang khusus, perawatan saat sakit, dukungan aktivitas fisik, dan lingkungan yang aman. Masalah sosial yang berkaitan dengan personal hygiene mencakup gangguan pada kenyamanan, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, serta gangguan interaksi sosial.

2) Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis diberikan melalui perhatian, kasih sayang, dan menciptakan rasa aman bagi anggota keluarga, membantu menyadari, dan memahami identitas diri. Serta melibatkan mereka dalam diskusi dan meminta pendapat, menggunakan waktu luang untuk berbicara dan menjaga komunikasi dengan nada bicara yang jelas. Stolte (2003) menyatakan bahwa keluarga memiliki fungsi protektif yang meliputi pemenuhan kebutuhan dasar seperti makanan dan tempat tinggal, serta memberikan dukungan dan perlindungan dari ancaman eksternal. Dalam jurnal (Rozanna et al., 2022).

3) Dukungan Sosial

Dukungan sosial diwujudkan melalui stimulasi partisipasi individu dalam aktivitas spiritual, seperti kajian keagamaan, serta keterlibatan dalam komunitas sosial, seperti arisan. Selain itu, dukungan ini mencakup pemberian keleluasaan dalam menentukan fasilitas layanan kesehatan yang sesuai dengan preferensi individu, menjaga keterhubungan sosial, serta memastikan kepatuhan terhadap norma yang berlaku.

4. *Personal hygiene*

a. Definisi

Personal hygiene adalah upaya untuk menjaga kebersihan dan kesehatan individu demi kesejahteraan fisik dan mental, kurangnya perawatan diri mencerminkan kondisi dimana seseorang tidak dapat menjaga kebersihan dirinya sendiri (Andaramoyo, 2012) dikutip dari (Napitupulu et al., 2021) Menurut (Kasiati & Rosmalawati, 2016) Dikutip dari jurnal (Putu Dharma Suyasa, S.Kp., MNg., P.HD., 2022) *Personal Hygiene* atau kebersihan diri adalah usaha individu untuk menjaga kebersihan fisik dan mental, bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, menjaga kebersihan, dan mencegah penyakit menurut (Andaramoyo, 2012) dalam jurnal (Napitupulu et al., 2021) berasal dari bahasa Yunani, berasal dari kata *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat.

b. Tujuan

Tujuan *personal hygiene* adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien, meningkatkan kualitas hidup, dan mencegah timbulnya penyakit, baik bagi diri sendiri maupun orang lain. Selain untuk mencegah infeksi, *personal hygiene* juga penting untuk menjaga kesehatan fisik dan psikologis. Faktor- faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* meliputi struktur budaya, norma sosial personal dan familial, wawasan terkait pengelolaan diri, serta interpretasi terhadap signifikan perawatan diri (Hidayat, 2014) Dikutip dari, (Engin, 2002).

c. Dampak yang muncul akibat masalah *Personal Hygiene*

Dampak yang sering muncul terkait masalah *personal hygiene* (tarwoto, 2010) dikutip dari (Pandowo & Kurniasari, 2019)

1) Dampak fisik

Banyak masalah kesehatan terjadi akibat kurang terjaganya kebersihan pribadi dengan baik. Dirupsi fisik yang terjadi mencakup ketidakutuhan kulit, difungsi membra mukosa oral, infeksi pada organ pengelihatn dan pendengaran, serta abnormalitas pada struktur kuku.

2) Dampak psikososial

Permasalahan sosial terkait kebersihan diri mencakup ketidaknyamanan hambatan dalam pemenuhan kasih sayng, gangguan penghargaan diri, kendala dalam aktualisasi potensi, serta dirupsi dalam dinamika interaksi sosial

3) Lingkup *Personal Hygiene*

Personal hygiene mencakup pemeliharaan kebersihan dan kesehatan berbagai bagian tubuh, termasuk perawatan kulit kepala dan rambut, kulit tubuh, organ penglihatan, kuku, ekstremitas atas dan bawah, area genital, serta organ sensorik seperti hidung, telinga, rongga mulut, dan gigi (Laily, 2012) sebagaimana dikutip oleh (Pandowo & Kurniasari, 2019):

- a) Perawatan kulit kepala dan rambut yang bertujuan membersihkan kutu atau ketombe memberikan rasa nyaman dan memperlancar peredaran darah di bawah kulit
- b) Perawatan kulit tubuh berperan penting dalam menjaga dan memelihara kesehatan tubuh.
- c) Perawatan mata yang sebaiknya di bersihkan setiap hari menggunakan air yang sudah dimasak dan kapas. Jangan menggosok mata dengan tangan yang kotor, kain atau sapu tangan yang kotor dan sapu tangan orang lain, pemeriksaan mata sebaiknya di periksa setiap tahun oleh ahlinya, serta biasakan membaca dengan pencahayaan cukup dan jarak minimal 30cm.
- d) Perawatan kuku dan kaki yang bertujuan menjaga kebersihan kuku, kaki dan tangan serta mencegah luka atau infeksi akibat garukan dari kuku.
- e) Perawatan genetilia bertujuan untuk menghambat transmisi infeksi serta menghindari dampak destruktif

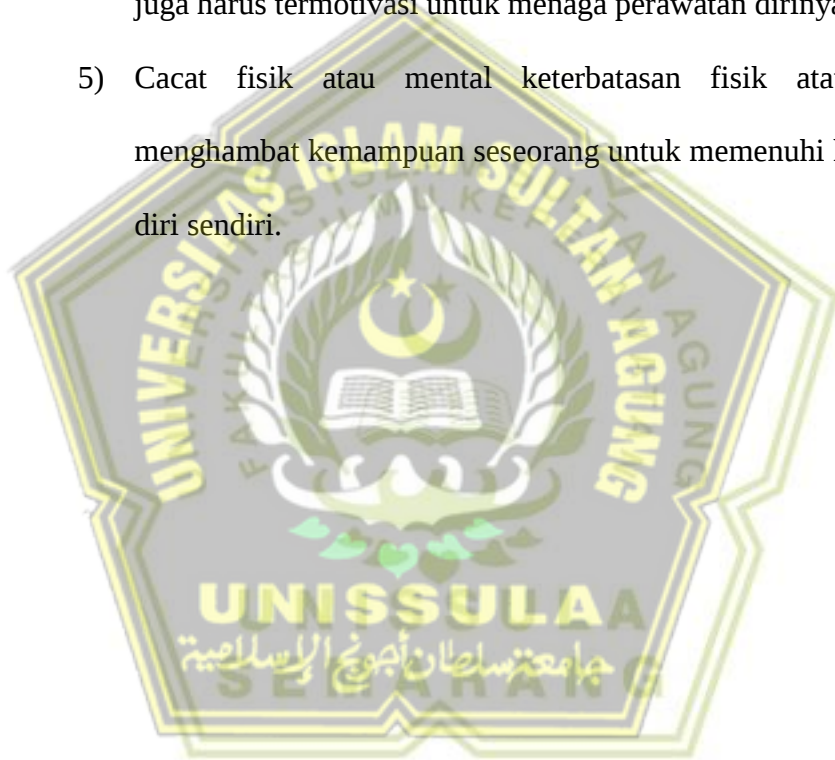
- f) Perawatan hidung dan telinga dilakukan dengan cara membersihkan hidung dan telinga secara rutin serta menghindari hidung dan telinga dengan benda tajam.
- g) Perawatan oral dan dental sebaiknya dilakukan secara optimal dan terjadwal, disarankan setelah setiap konsumsi makanan. Praktik ini mencakup penggunaan sikat gigi pribadi, menghindari asupan yang berpotensi merusak struktur gigi, membiasakan konsumsi buah-buahan yang mendukung kesehatan gigi, serta menjalani pemeriksaan gigi secara berkala (Kasiati & Rosmaladewi, 2016).

d. Faktor personal hygiene

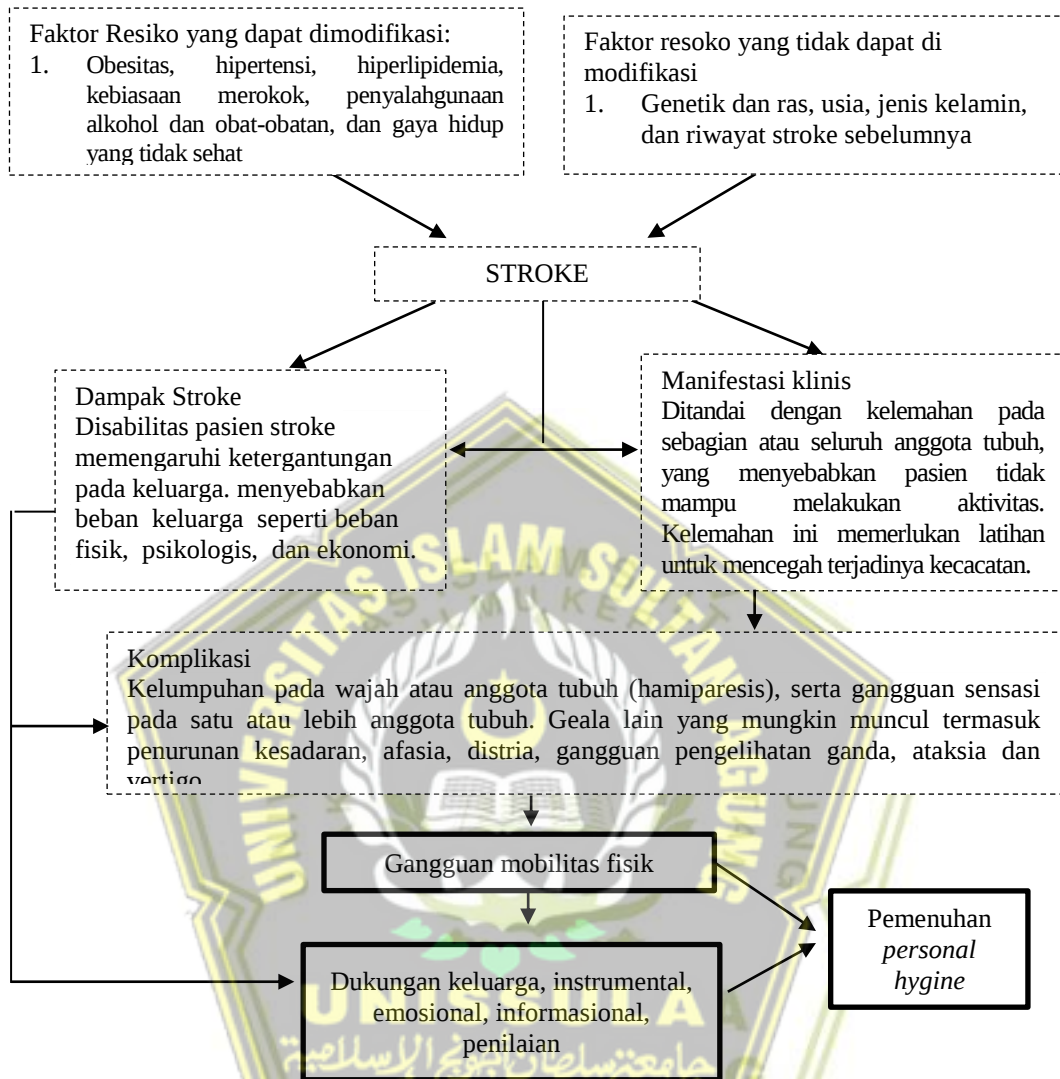
Menurut Ambarwati & Sunarsih (2005), dan Depkes (2000), dalam jurnal (Irnawati & Widyana, n.d.) beberapa faktor mempengaruhi personal hygiene seseorang sebagai berikut:

- 1) Citra tubuh (body image), penampilan seseorang sering kali menentukan pentingnya kebersihan pribadi pada individu tersebut. Citra tubuh adalah konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Citra tubuh ini mempengaruhi cara seseorang menjaga kebersihannya, dan bisa berubah akibat pembedahan atau penyakit fisik.
- 2) Interaksi dalam kelompok juga dapat mempengaruhi kebiasaan seseorang dalam menjaga kebersihan.

- 3) Kondisi sosial ekonomi dan ketersediaan sumber daya finansial seseorang berpengaruh terhadap jenis serta tingkat kebiasaan dalam menjaga kebersihan.
- 4) Pengetahuan, pemahaman tentang pentingnya kebersihan dan dampak bagi kesehatan mempengaruhi praktik kebersihan seseorang. namun, pengetahuan saja tidak cukup. Seseorang juga harus termotivasi untuk menjaga perawatan dirinya.
- 5) Cacat fisik atau mental keterbatasan fisik atau mental menghambat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri.



B. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber : (Togu et al., 2021, S, 2022)

Ketrangan :

- : Tidak diteliti
 : Diteliti
→ : Berhubungan

C. Hipotesis

Menurut (Sugiyono, 2016) hipotesis adalah dugaan sementara atas masalah yang dihadapi dalam penelitian. Masalah tersebut masih berupa asumsi dari peneliti, sehingga perlu di uji dan buktikan kebenarannya melalui proses penelitian. Berdasarkan teori yang telah dijelaskan, hipotesis yang dapat diajukan adalah hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan *personal hygiene* pada pasien strk yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

Ho : Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan *pesonal hygiene*

Ha : Ada hubungan antara dukungan keluarga dan *personal hygiene*

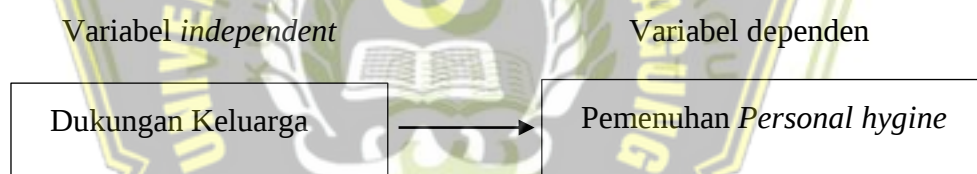


BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka konsep

Menurut (Sugiyono, 2016) Dalam jurnal (Haeruddin et al., 2022) kerangka konsep merupakan keterkaitan antarasatu konsep dengan konsep yang lainnya terkait masalah yang diteliti. Konsep lain yang berkaitan dengan masalah yang diteliti kerangka konsep ini digunakan untuk memberi penjelasan yang lebih mendalam tentang suatu topik yang berkaitan dengan variabel bebas dan terikat. Berikut ini kerangka konsep dari penelitian ini yaitu:



Gambar 3.1. Kerangka konsep

B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian merujuk pada karakteristik, sifat, atau parameter spesifik dari suatu subjek, objek, atau aktivitas yang menunjukkan variasi tertentu, yang kemudian ditetapkan oleh peneliti sebagai objek analisis untuk ditelaah dan disimpulkan. Variabel dalam penelitian diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama, yaitu:

1. Variabel Independen

Variabel ini sering disebut sebagai variabel pemicu, prediktor, atau antecedent, yang dalam terminologi bahasa Indonesia dikenal

sebagai variabel independen. Variabel ini berperan dalam memengaruhi, menginisiasi, atau menjadi determinan utama terhadap perubahan serta kemunculan variabel dependen (terikat).

2. Variabel Dependen

Variabel ini dikenal sebagai variabel keluaran, kriteria, atau konsekuen, yang dalam bahasa Indonesia disebut variabel dependen. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif yang berfokus pada pengukuran, perhitungan matematis, serta analisis data numerik untuk mengembangkan hipotesis dan menarik kesimpulan. Pendekatan ini berbasis kuantifikasi dengan hasil analisis berupa angka untuk meningkatkan objektivitas. (Waruwu, 2023). Menurut (Sugiyono, 2016) metode kuantitatif digunakan karena data yang dihasilkan berupa angka dan dianalisis menggunakan statistik.

Peneliti ini menggunakan desain *observasional analitik* dengan alat pengumpulan data berupa kuesioner. Pendekatan ini menekankan pada pengalaman subjektif dan sudut pandang individu dari berbagai jenis dan tipe subyek yang diteliti, dalam penelitian ini dapat diketahui bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

C. Jenis dan desain Penelitian

Penelitian ini diklasifikasikan sebagai penelitian kuantitatif, yang mengacu pada pendekatan sistematis berbasis data numerik untuk mengukur fenomena tertentu. Metode ini mencakup proses perhitungan matematis, penerapan rumus statistik, serta pemanfaatan data empiris yang terstruktur dalam perencanaan penelitian, perumusan hipotesis, penerapan teknik analisis data, hingga proses inferensial dalam penarikan kesimpulan (Musianto, 2002) dalam jurnal (Waruwu, 2023).

Penelitian ini menerapkan desain observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*, di mana pengumpulan data dilakukan dalam satu titik waktu saat proses asesmen atau evaluasi, tanpa memerlukan pemantauan lanjutan. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi korelasi antara dukungan keluarga dan pemenuhan kebutuhan personal *hygiene* pada pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas fisik.

D. Populasi dan sample penelitian

1. Populasi

Menurut (Sugiyono, 2016) populasi merupakan suatu area generalisasi yang mencakup objek atau subjek dengan karakteristik dan atribut tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti sebagai fokus kajian serta menjadi acuan dalam proses inferensi. Pada penelitian ini, populasi yang dianalisis mencakup 113 individu yang didiagnosis menderita stroke hemoragik.

2. Sampel

Menurut (Sugiyono, 2016) sampel merupakan bagian dari keseluruhan jumlah serta karakteristik yang terdapat dalam populasi. Sebelum sampel ditentukan yang perlu dilakukan adalah menentukan karakteristik populasi sasaran, yang mempelajari variasi antara unit yang dianalisis dalam populasi.

Dalam penelitian ini, peneliti perhitungan besar sample memakai rumus Slovin, sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat signifikansi (p)

Maka didapatkan hasil sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

$$n = \frac{113}{1+113(0,05^2)}$$

$$n = \frac{113}{1,2825}$$

$$n = 88$$

jadi, sample dalam penelitian ini sebanyak 88 orang.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Menurut (Sugiyono, 2016), teknik sampling merujuk pada prosedur pemilihan sampel yang bertujuan untuk memperoleh representasi yang valid dari populasi penelitian secara keseluruhan. Penelitian ini menerapkan metode non-probability sampling, yakni suatu teknik penarikan sampel yang tidak memberikan probabilitas yang setara bagi setiap elemen populasi untuk terpilih, dengan pendekatan purposive sampling. Purposive sampling merupakan strategi seleksi sampel yang didasarkan pada pertimbangan khusus yang telah dirumuskan oleh peneliti sebelumnya. Kriteria pemilihan sampel dikategorikan ke dalam dua klasifikasi utama, yaitu inklusi dan eksklusi. Rincian kriteria spesifik yang mendasari proses seleksi dalam studi ini dijabarkan sebagai berikut.

- a. Kriteria inklusi
 - 1) Penderita stroke yang tinggal bersama keluarga
 - 2) Penderita stroke hemoragik
 - 3) Bersedia menjadi subjek penelitian
 - 4) Mampu berkomunikasi dengan baik
- b. Kriteria esklusi
 - 1) Pasien dengan gangguan mental berat
 - 2) Pasien dengan kondisi medis lain yang parah.

E. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSI Sultan Agung pada tanggal 11 bulan Juni hingga Desember 2024.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional digunakan untuk menentukan bagaimana variabel diukur. Setelah melihat definisi operasional dari suatu studi, peneliti dapat menemukan variabel untuk dipelajari

Tabel 3.1. Definisi operasional

No	Demografi responden	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Dukungan Keluarga	Bentuk dukung Keluarga berupa dukungan emosional instrumental penghargaan, informatif	Kuesioner	- Baik jika total skor jawaban responden 41-64 - Kurang jika total skor jawaban responden 16-40	Ordinal
2	Pemenuhan <i>personal hygiene</i>	Untuk memenuhi kebutuhan diri dan mencegah terjadinya penyakit	Kuesioner	- Baik dengan skor 76%-100% - Cukup dengan skor 56%-75% - Kurang dengan skor 56%	Ordinal

G. Instrumen/ Alat pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Dalam proses penyusunan instrumen penelitian ini, tahap awal yang dilakukan oleh peneliti adalah merancang bagian yang memuat informasi demografis responden, yang mencakup variabel usia, jenis

kelamin, tingkat pendidikan, serta status pekerjaan (Nursalam, 2020). Adapun instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dijabarkan sebagai berikut:

- a. Lembar observasi, terdiri dari data responden meliputi usia, jenis kelamin, inisial nama, pekerjaan, pendidikan, lama menderita stroke. Data ini digunakan untuk membantu peneliti dalam mengetahui latar belakang pengaruh terhadap penelitian yang akan dilakukan.
- b. Kuesioner dukungan keluarga di adaptasi dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Andi Hildayanti, 2019) terdiri dari 19 item tentang dukungan keluarga Keseluruhan pertanyaan dengan rentang jawaban : sebagian besar waktu ; 4, kadang-kadang ; 2, tidak pernah ; 1, Selalu ; 4, Sering ,
- c. kuesioner *personal hygiene* yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya (Anggraeni, 2021) terdiri dari 15 item pertanyaan dengan kriteria jawaban 4, kadang-kadang ; 2, tidak pernah ; 1, Selalu ; 4, Sering.

2. Uji Validitas dan Reliabilitas

a. Kuesioner Dukungan Keluarga

Berdasarkan penelitian yang dikutip dari (Andi Hildayanti 2019) kuesioner ini telah melewati uji validitas dan reabilitas dengan hasil uji *cronbach's α* 0,798 dan nilai uji validitas $r = 0,742$. Pada uji validitas, nilai r hitung lebih besar dari r table ($0,742 > 0,300$), sedangkan pada uji reabilitas, nilai r hitung juga lebih besar dari r

table ($0,798 > 0,60$). Dengan demikian kuesioner dinyatakan valid (friedman, 2010).

b. Kuesioner Personal Hygiene

Kuesioner dalam penelitian ini didasarkan pada kuesioner dari penelitian sebelumnya yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Sebelumnya. Selain itu, kuesioner ini telah melalui uji validitas menggunakan metode *face validity* untuk memastikan kesesuaiannya. Proses pengujian dilakukan oleh *expert* dalam bidangnya. Uji *face validity* dilakukan di ITEKES Bali yang dilakukan oleh dua orang dosen yang *expert* (*expert I dan expert II*) (Anggreni, 2021).

H. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah salah satu langkah yang sangat penting di dalam penelitian, dikarenakan dalam penelitian hal yang paling utama dilakukan adalah mendapatkan data dari responden yang akan diteliti. Pada penelitian ini peneliti memilih metode pengumpulan dengan menyebarkan kuesioner ke pada responden di RSI Sultan Agung Semarang. Responden akan diberikan penjelasan mengenai cara pengisian sehingga hasilnya dapat peneliti olah untuk dijadikan sebagai hasil penelitian.

I. Analisa Data

1. Pengolahan data

a. Editing

Editing bertujuan untuk menyelesaikan dengan meninjau

jawaban yang ada. Pengeditan dilakukan di tempat, dan jika ada kekurangan atau ketidaktepatan, dapat segera ditambahkan dan dilengkapi.

b. Coding

Coding merupakan kegiatan yang menyediakan kode numerik untuk properti variabel untuk memfasilitasi pengumpulan data dan pengelompokan data. Benih, usus atau terapeutik

c. Entry

Entry digunakan dalam proses memasukkan kode respon responden ke dalam sistem yang terkomputerisasi, dimana diperlukan ketelitian karena salah input peneliti ke dalam sistem akan merubah hasil.

d. Cleaning

Cleaning adalah langkah di mana semua data responden diperiksa ulang untuk kesalahan kode, ketidaklengkapan, koreksi, atau potensi koreksi.

2. Teknik Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan dengan tujuan untuk mendeskripsikan data demografi pasien serta keadaan fisik pasien saat ini. Dalam penelitian ini, analisa inivariat mencakup variabel independent, yaitu dukungan keluarga dan variabel dependen yaitu pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Data disajikan dalam bentuk table yang mencakup informasi seperti, usia, jenis kelamin,

pekerjaan, pendidikan, serta durasi pasien menderita.

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat diterapkan guna mengeksplorasi keterkaitan antara dua entitas variabel, yakni variabel independen (predisposisional) dan variabel dependen (konsekuensial). Pendekatan ini bertujuan untuk mengevaluasi keterkaitan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas. Dalam penelitian ini, dilakukan pengolahan data menggunakan perangkat lunak SPSS dengan uji gamma, mengingat kedua variabel diukur dalam skala ordinal. Hubungan antara variabel independen dan dependen ditentukan berdasarkan nilai p-value, di mana apabila $p > 0,05$, maka tidak terdapat korelasi yang bermakna secara statistik, dan sebaliknya.

J. Etika Penelitian

Aspek etika penelitian adalah bagian penting dalam proses penelitian. Penerapan prinsip-prinsip etik diperlukan untuk melindungi peneliti serta hak-hak partisipan dalam penelitian (Munali, 2019).

1. *Autonomy (Informed Consent)*

Partisipan penelitian terlebih dahulu diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat penelitian, perawatan yang akan diberikan peneliti, serta potensi risiko kesehatan selama penelitian. Responden dalam penelitian ini yaitu pasien stroke yang memenuhi kriteria inklusi, diminta untuk menyetujui partisipan mereka dengan mendatangi formulir persetujuan *informed consent*.

Responden yang ingin berpartisipasi dalam penelitian harus menandatangani formulir persetujuan. Jika responden tidak ingin berpartisipasi, peneliti ini tidak akan memaksa mereka untuk menandatangani formulir tersebut. Peneliti ini juga memberikan kebebasan kepada responden untuk menghentikan partisipasi mereka kapan saja tanpa memengaruhi perlakuan yang diterima. Kerahasiaan 1.

1. Kerahasiaan (Tanpa Nama)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar data untuk menjaga kerahasiaan mereka. Peneliti ini menggunakan kode pada setiap lembar pengumpulan data untuk mengidentifikasi partisipan responden.

2. *Confidentiality and Privacy* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi subjek dijamin dari perekrutan hingga akhir penelitian, bahkan jika subjek dikeluarkan karena tidak memenuhi kriteria. Peneliti juga akan meminta persetujuan baru jika masalah kesehatan baru muncul selama penelitian. Subjek didorong untuk mencari konseling jika menemukan tanda-tanda penyakit serius.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Analisis Univariat

Hasil dari analisa univariat dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Penelitian ini melihat gambaran distribusi frekuensi usia, jenis kelamin, pekerjaan, Pendidikan, lama menderita stroke, dukungan keluarga dan pemenuhan *personal hygiene*. Berdasarkan hasil penelitian dengan 88 responden, distribusi frekuensi masing-masing variabel adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Lama Menderita

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Usia Responden di RSI Sultan Agung Semarang
Bulan Oktober-Desember 2024

Variabel	Mean $\pm$ SD	Median	Maksimum Minimum-
Usia Responden	59,15 $\pm$ 2,13	59.50	50-63
Lama Menderita	4,84 $\pm$ 1,538	6.00	2-8

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa rata-rata umur responden adalah 59,1 tahun dengan (standard deviasi $\pm$ 2.13) dan rata-rata pasien stroke lama menderita stroke selama 6 tahun dengan (standard deviasi $\pm$ 1,538)

2. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Pekerjaan

Tabel 4.2. Distribusi frekuensi Jenis Kelamin, Tingkat pendidikan, pekerjaan, pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Oktober-Desember 2024

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	61	69,3
Perempuan	27	30,7
Total	88	100,0
Pendidikan		
SD	30	34,1
SMP	31	35,2
SMA	27	30,7
Total	88	100,0
Pekerjaan		
Lainnya	0	0
Tidak bekerja	15	17,0
PNS	9	10,2
Wirausaha	33	37,5
Wiraswasta	31	35,2
Total	88	100,0

Tabel 4.2 didapatkan hasil bahwa jenis kelamin laki-laki sebesar 61 orang (69,3%), perempuan sebesar 27 orang (30,7%) dan mayoritas penderita stroke berjenis kelamin laki laki sebesar 61 orang (69,3%) . Distribusi pendidikan responden menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMP sebesar 31 orang (35,2%) diikuti oleh pendidikan dasar sebesar 30 orang(34,1%), SMA sebesar 27 orang (30,7%). Dalam hal pekerjaan sebagian besar responden sebagai wirausaha sebesar 33 orang (37,5), tidak bekerja sebesar 15 orang (17,0%), wiraswasta sebesar 31 orang (35,2%) .

3. Karakteristik Responden berdasarkan Dukungan Keluarga dan Pemenuhan *Personal Hygiene*

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi dukungan keluarga dan pemenuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Oktober-Desember 2024

Variabel	Frekuensi	Presentase(%)
Dukungan Keluarga		
Baik	42	47.7
Kurang	46	52.2
Total	88	100.0
Pemenuhan <i>Personal Hygiene</i>		
Baik	39	44.3
Cukup	8	9.1
Kurang	41	46.6
Total	88	100.0

Tabel 4.3 menyajikan distribusi frekuensi terkait tingkat dukungan keluarga serta pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas di RSI Sultan Agung Semarang. Berdasarkan data yang diperoleh, sebanyak 39 responden (44,3%) menerima dukungan keluarga dalam kategori optimal, sementara 46 responden (52,2%) berada dalam kategori dukungan yang kurang memadai. Adapun dalam aspek pemenuhan kebutuhan personal hygiene, sebanyak 39 responden (44,3%) tercatat dalam kategori baik, 8 responden (9,1%) tergolong dalam kategori cukup, dan 41 responden (46,6%) masuk dalam kategori kurang optimal.

B. Analisa Bivariat

Penelitian ini menggunakan uji *korelasi gamma* untuk mengetahui apakah terdapat hubungan yang bermakna atau tidak antara dukungan keluarga dan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

Tabel 4.4. Hubungan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Oktober-Desember 2024

Variabel	Dukungan keluarga		Total	Korelasi (r)	p value
	Baik	Kurang			
Pemenuhan personal hygiene	Baik	30	9	0.847	0.001
	Presentase (%)	34.1%	10.2%		
	Cukup	7	1		
	Presentase (%)	8.0%	1.1%		
	Kurang	5	36		
	Presentase (%)	5.7%	40.9%		
Total	42	46	88		
Presentase (%)	47.7%	52.3%	100.00		

Berdasarkan tabel 4.5 dari hasil uji analisis bivariat dengan menggunakan uji korelasi gamma diperoleh hasil Hubungan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan personal hygiene memiliki hubungan yang signifikan dengan p value 0,001 dan nilai keeratan kuat memiliki arah positif ($r = 0.847$) yang berarti semakin tinggi dukungan keluarga maka pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke semakin tinggi.

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam bab ini peneliti menjelaskan karakteristik responden dan hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

A. Analisis Univariat

1. Usia

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi rata-rata umur responden adalah 59,154 orang (32,55%), lansia akhir (56- 65 thn) sebanyak 10 orang (23,25%), dan manula (≥ 65 thn) sebanyak 11 orang (25,58%). tahun dengan standar deviasi sebesar $\pm 2,13$ tahun, yang menunjukkan bahwa usia responden memiliki variasi yang tidak terlalu besar. Median umur responden adalah 59,50 tahun, yang mengindikasikan separuh responden berada pada usia di bawah atau sama dengan 59,50 tahun, sedangkan separuh lainnya di atas usia tersebut. Rentang usia responden adalah 50 hingga 63 tahun, yang menunjukkan bahwa penelitian ini melibatkan responden dewasa akhir hingga lanjut usia. Hal ini relevan dengan fokus penelitian, mengingat kelompok usia ini memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami stroke dan gangguan mobilitas fisik.

Hasil penelitian (Karangan, 2022) menyatakan Usia menjadi salah satu faktor stroke, dengan kemungkinan kejadian yang meningkat sering bertambahnya usia. Meskipun stroke dapat dialami oleh semua

kelompok umur, lansia lebih beresiko mengalami, dengan dampak yang dapat berujung kematian atau kecacatan permanen. (Fadhilah et al., 2022). Menurut Peneliti bahwa stroke pada usia lanjut disebabkan oleh rapuhnya struktur pembuluh darah. Penurunan struktur organ, termasuk penipisan pembuluh darah, membuatnya mudah pecah dan memicu stroke.

Pada usia lanjut fungsi organ tubuh, termasuk pembuluh darah menurun. Pembuluh darah menjadi lebih tipis dan rapuh, sehingga rentan pecah jika tersumbat lemak, khususnya pada pembuluh darah otak yang dapat menyebabkan stroke (Nurhayati & Fepi, 2018).

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa rata rata umur responden adalah 59,15 tahun dengan rentang 50-63 tahun, sebagian besar responden tergolong lansia awal (32,55%) dan manula (25,58%). Usia merupakan faktor resiko utama stroke, terutama pada lansia akibat penurunan fungsi pembuluh darah yang semakin rapuh dan rentan pecah, sehingga meningkatkan resiko stroke. (Nurhayati & Fepi, 2018).

2. Lama Menderita

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi dari 88 responden 53,4% telah menderita stroke selama lebih dari 5 tahun. Berdasarkan penelitian terdahulu mengemukakan bahwa 75% pasien mengalami stroke selama lebih dari 5 tahun. (Sulistiyowati, 2020)

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa Dari 88 responden, 53,4% telah menderita stroke lebih dari 5 tahun. Penelitian

sebelumnya oleh (Sulistiyowati 2020) menunjukkan bahwa 75% pasien stroke juga mengalami kondisi ini selama lebih dari 5 tahun.

3. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi, ditemukan bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 31 individu (69,3%). Distribusi kejadian stroke kerap menunjukkan disparitas signifikan antar jenis kelamin, dengan prevalensi lebih tinggi pada laki-laki. Kondisi ini dapat dikaitkan dengan faktor risiko yang lebih dominan pada kelompok tersebut, seperti kebiasaan merokok dan pola hidup yang kurang sehat. Temuan ini selaras dengan studi yang dilakukan oleh (Sary, 2016), yang menyatakan bahwa individu berjenis kelamin laki-laki memiliki risiko 2,8 kali lebih tinggi untuk mengalami stroke dibandingkan perempuan.

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Pomarinda (2018) mengungkapkan bahwa sebanyak 70,6% kasus stroke berkaitan dengan kebiasaan merokok. Sejalan dengan hal tersebut, American Heart Association (AHA, 2017) menyatakan bahwa merokok berkontribusi terhadap peningkatan risiko kekambuhan stroke. Studi lain yang dilakukan oleh Marja (2024) menunjukkan bahwa 58,6% pasien stroke merupakan laki-laki, sedangkan 41,4% lainnya adalah perempuan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nadif dan Sjariqah (2022) juga

menemukan bahwa dari 52 sampel yang diteliti, 55,8% merupakan laki-laki dan 44,2% adalah perempuan.

Penelitian (Karang,2022) menunjukan 58,14 % laki-laki dan 41,86% perempuan terkena stroke.Stroke lebih sering dialami oleh pria dibandingkan wanita, dengan resiko yang lebih tinggi pada pria hingga usia 70 thun (Fadhilah et al., 2022a). Menurut peneliti stroke pada pria disebabkan oleh pengeruh hormon testorn yang dapat meningkatkan kadar lemak dalam darah. Resiko stroke pada laki-laki dan perempuan berbeda tergantung usia.

Pada wanita, resiko meningkat setelah menopause karena penurunan hormon estrogen yang melindungi jantung dan pembuluh darah, sehingga stroke lebih sering terjadi di usia lanjut. Pada laki-laki stroke lebih umum karena hormon testorn yang dapat meningktkan kadar LDL , sehingga meningkatkan resiko stroke akibat kolestrol lebih tinggi. (Lumintang, 2024).

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden laki-laki (69,3%), dengan resiko stroke lebih tinggi dibandingkan perempuan, terutama karena merokok dan hormon testorn yang meningkatkan kadar lemak darah. Resiko pada wanita meningkat setelah menopause akibat penurunan hormon estrogen. Penelitian sebelumnya konsisten menunjukan prevalensi stroke lebih tinggi pada laki laki.

4. Pendidikan

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi menunjukan, 31 dari 88 responden 35,2% memiliki tingkat pendidikan terakhir SMP. Penelitian yang dilakukan oleh (Fadhilah et al., 2022a) mencatat tingkat pendidikan pada pasien stroke, SD, 65,2% (44 responden), SMP 24,6% (17 responden) dan SMA10,1% (7 responden) Pengetahuan dan tingkat pendidikan adalah faktor predisposisi yang mempengaruhi status kesehatan seseorang. Berdasarkan penelitian terdahulu di ketahui bahwa pengetahuan yang rendah tentang penyakit dan pemulihannya serta pendidikan yang terbatas, dapat menghambat proses pemulihan. (Notoadmojo, 2010) dalam (Fadhilah et al., 2022)

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden (35,2%) memiliki pendidikan terakhir SMP Pada Penelitian (Fadhilah et al., 2022a) mencatat tingkat pendidikan

5. Pekerjaan

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi dari 88 responden mayoritas, 37,5% bekerja sebagai wirausaha dan 35,2% sebagai wiraswasta. Penelitian lain oleh (Fadhilah et al., 2022a) menunjukan 43,5% responden bekerja sebagai petani, dan 18,8% sebagai ibu rumah tangga. Berdasarkan hasil distribusi data menunjukan bahwa penyakit yang sering muncul dalam lingkungan keluarga, dipengaruhi oleh status pekerjaan yang berkaitan dengan status ekonomi.

Kematian akibat stroke lebih sering terjadi pada individual dengan

status ekonomi rendah. Stres dapat memicu pelepasan hormon adrenalin, meningkatkan detak jantung, dan menyebabkan tekanan darah tidak stabil. Jika darah menuju pembuluh darah halus di otak yang kaku atau tersumbat, resiko stroke meningkat (Fitriah, 2017) dalam artikel (Fadhilah et al., 2022a)

Menurut peneliti, status ekonomi seseorang dipengaruhi oleh pekerjaannya, status ekonomi rendah dapat memicu beban hidup yang berat, yang dapat memicu tekanan darah tidak stabil dan meningkatkan resiko stroke. Penelitian yang dilakukan oleh (Marshall et al., 2015) menunjukkan bahwa individu dengan status ekonomi rendah memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa Mayoritas responden bekerja sebagai wirausaha (37,5%) dan wiraswasta (35,2%), sementara penelitian lain menunjukkan sebagian besar bekerja sebagai petani atau ibu rumah tangga. Status pekerjaan yang memengaruhi status ekonomi berkontribusi pada risiko penyakit dalam keluarga. Individu dengan status ekonomi rendah lebih rentan terhadap stroke akibat stres yang meningkatkan tekanan darah tidak stabil. Penelitian juga menunjukkan bahwa status ekonomi rendah secara signifikan meningkatkan risiko terkena stroke.

6. Karakteristik Responden berdasarkan Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi diperoleh dari 88 responden sebanyak 52.3% dukungan keluarga dengan kategori kurang. Hal ini mengindikasikan bahwa peran keluarga sebagai pendukung utama dalam

perawatan pasien stroke masih perlu ditingkatkan, mengingat dampaknya terhadap kesehatan fisik dan psikologis pasien. Kurangnya dukungan keluarga kepada pasien seperti kurangnya meluangkan waktu untuk mendukung pasien dalam hal pengobatan dan perawatan .

Dukungan adalah upaya yang diberikan orang lain, baik secara moral maupun material, untuk memotivasi mereka dalam menjalani aktivitas. Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi, saran, dan bantuan nyata yang diberikan oleh orang terdekat, yang dapat memberikan keuntungan emosional dan mempengaruhi perilaku penerimanya (Mihen, E, et al, 2022). Dalam konteks ini individu yang merasa mendapatkan dukungan emosional merasa lebih lega karena diperhatikan, mendapatkan saran atau kesan positif seperti semangat dan pujian dari keluarga untuk pasien stroke dalam menjaga kebersihan diri.

Dukungan keluarga berasal dari orang terdekat yang dipercaya, memberikan rasa perhatian, penghargaan, dan kasih sayang. Selama perawatan rumah sakit, keluarga berperan dalam memenuhi kebutuhan pasien baik materi, dukungan maupun semangat. Poin penting ini untuk meningkatkan kemandirian, rasa percaya diri pasien, dan mencegah masalah kesehatan bertambah (Friedman, 2013 dalam Mihen, E, et al, 2022).

Dukungan keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien stroke yang membutuhkan waktu lama. Dukungan informasional membantu pasien memahami penyakitnya, sementara

dukungan emosioanal diberikan melalui perhatian selain itu, keluarga memberikan dukungan istrumental, seperti membantu gerakan sendi dan mendampingi pengobatan, serta dukungan penghargaan melalui sikap perhatian (Naziyah, Suharyanto, Pratiwi. 2019). Menurut peneliti, kurangnya dukungan keluarga disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikn, terutama terkait pengetahuan tentang perawatan pasien stroke dan gangguan mobilisasi. Kurangnya pemahaman tentang metode perawatan ini membuat keluarga kesulitan dlam memberikan perawatan yang diperlukan.

(Menurut Purnawan 2008), faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga salah satunya adalah tingkat pendidikan atau pengetahuan. Pendidikan dan pengetahuan seseorang membentuk pola pikir, termasuk dalam menjaga kesehatan diri dan anggota keluarga yang sakit serta mempengaruhi cara mendefinisikan dan memproses situasi (Nurrohmah, Windyastuti, Sari, 2019).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa dari 88 responden, sebanyak 52,3% mengungkapkan bahwa dukugn keluarga dalam perawatan pasien stroke masih kurang. Minimnya dukungan ini dapat menghambat proses pemulihan, mengingat peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian pasien stroke. Penelitian menunjukan bahwa pasien stroke yang memperoleh dukungan keluarga yang baik cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

Kurangnya dukungan keluarga ini sering kali disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya pengetahuan tentang perawatan stroke, yang berpengaruh pada pola pikir dalam meraat pasien.

Oleh karena itu, edukasi bagi keluarga mengenai perawatan pasien stroke sangat diperlukan untuk mempercepat pemulihan serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

7. Karakteristik Responden berdasarkan Pemenuhan *personal hygiene*

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi menunjukkan bahwa mayoritas responden, yaitu 39 responden (46.6%) pemenuhan *personal hygiene* dengan kategori kurang dan responden yang pemenuhan *personal hygiene* dengan kategori baik sebesar 44.3%. Hasil penelitian oleh (Fadhilah et al., 2022) menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki *personal hygiene* yang baik sebesar 52,2%. Menurut hirarki kebutuhan Maslow kebersihan diri termasuk kebutuhan fisiologis pada tingkat dasar yang harus dipenuhi terlebih dahulu.

Maslow berhipotesis bahwa tingkat berikutnya. Namun, jika kebutuhan dasar belum terpenuhi, individu cenderung kembali fokus pada kebutuhan tersebut. (Friedman, 2014 dalam Naziyah, Suharyanto, & Pratiwi. 2019).

Berbagai faktor yang mempengaruhi kebersihan pribadi mencakup usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, kondisi kesehatan, budaya, sistem layanan kesehatan, serta peran keluarga. (Akbar, 2019). Kebersihan pribadi memiliki peran penting karena menjaga kebersihan yang

baik dapat mengurangi kemungkinan masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh, sehingga membantu mencegah berbagai penyakit. Jenis-jenis kebersihan pribadi mencakup perawatan kulit, rambut, gigi, mata, serta kebersihan tangan, kaki, dan kuku (Naziyah, Suharyanto)

Menurut peneliti pemenuhan *personal hygiene* pasien yang kurang baik disebabkan oleh kondisi pasien yang lemah dan kebiasaan. Pasien stroke memiliki kelemahan pada ekstremitas sehingga menyulitkan untuk memenuhi kebutuhan kebersihan secara mandiri. Menurut (Notoadmodjo, 2014), kebiasaan individu juga berperan dalam *personal hygiene*, ketidaknyamanan akibat kondisi tubuh yang tidak bersih dapat mendorong seseorang untuk menjaga kebersihan diri, term asuk melalui kebiasaan menggunakan produk perawatan seperti sabun, sampo, demi menjaga nkebersihan dan kesehatan (Nurrohmah, Windyastuti,& Sari, 2019).

Selain pengetahuan dan kebiasaan seseorang juga berpengaruh terhadap *personal hygiene* . Beberapa kebiasaan dapat mempengaruhi tingkat kebersihan diri seseorang. Pasien stroke yang mengalami keterbatasan fisik sering kali merasa jenuh akibat ketidak mampuan mereka untuk menjaga kebersihan diri seperti saat masih sehat. Dalam kondisi ini, dukungan keluarga sangat penting untuk memastikan pmenuhan *personal hygiene* pasien stroke. Jika dukungan keluarga memadai, pasien lebih mudah menjaga kebersihan dirinya, sedangkan kurangnya dukungan dapat menyebabkan *personal hygiene* yang buruk .

karena pasien stroke memiliki keterbatasan dalam beraktivitas, mereka membutuhkan bantuan keluarga agar kebersihan diri tetap terjaga dengan baik.

Dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan kesejahteraan pasien. Orang yang hidup dalam lingkungan yang suportif cenderung memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan mereka yang tidak mendapatkan dukungan. Hubungan interpersonal yang harmonis membantu pasien menghadapi berbagai tantangan, dan memastikan mereka mendapatkan perawatan yang optimal. (Rahmatika Sri, 2017)

Ketika seseorang mengalami sakit atau cedera yang memerlukan istirahat total, terutama dalam jangka waktu yang panjang, kondisi ini dapat mempengaruhi kemampuannya dalam menjaga kebersihan pribadi dan berdampak pada tingkat kesehatan klien. (Naziyah, Suharyanto, & Pratiwi. 2019).

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden (46,6%), memiliki pemenuhan *personal hygiene* yang kurang, sementara 44,3% memenuhi kategori baik. Penelitian sebelumnya menunjukan 52,2% responden memiliki *personal hygiene* yang baik (Fadhilah et al., 2022). Faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* meliputi usia, jenis kelamin, kesehatan budaya dan dukungan keluarga (Akbar, 2019). *Personal hygiene* yang baik mencegah terjadinya penyakit pada pasien stroke.

Kondisi fisik yang lemah dan keterbatasan gerak mempengaruhi

kebersihan diri. Dukungan keluarga penting untuk pemenuhan *personal hygiene* pasien, karena keluarga dapat membantu menjaga kebersihan mereka, sementara kurangnya dukungan berdampak buruk pada kesehatan (Rahmatika Sri, 2017).

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan *personal hygiene*

Dari hasil uji korelasi gamma didapatkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan pemenuhan *personal hygiene* yang dibuktikan dengan $p\text{-value}$ sebesar $0,001 < 0,05$ maka, H_0 ditolak, dan H_a diterima yang berarti adanya hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan *personal hygiene*. Hubungan tersebut kuat karena koefisien korelasi (r) sebesar 0,847 di RSI Sultan Agung Semarang.

Hasil penelitian lain oleh (Fadhilah et al., 2022) menunjukkan adanya hubungan dukungan keluarga dan kebersihan pribadi pada pasien stroke dengan $p\text{-value}$ $0,000 < 0,005$. Menurut teori orem, keluarga berperan dalam perawatan diri termasuk sikap terhadap kesehatan dan kemampuan dalam menjalankan perilaku perawatan diri (Friedman, 2010).

Menurut orem, faktor-faktor yang mempengaruhi kebersihan pribadi meliputi usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, kesehatan, faktor sosiokultural, sistem layanan kesehatan, keluarga, pola hidup, lingkungan, dan ketersediaan sumber daya (Akbar, 2019). (Friedman 2014), menyatakan bahwa pada pasien stroke kondisi fisik mereka tidak lagi

seperti saat sehat dan telah mengalami keterbatasan. Oleh karena itu, pasien stroke memerlukan dukungan dari keluarga agar kebersihan pribadi mereka dapat terjaga dengan baik.

Dukungan keluarga sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan, dimana individu yang hidup dalam lingkungan yang mendukung memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan yang tidak (Naziyah, Suharyanto, & Pratiwi. 2019). Dengan dukungan keluarga yang baik, kebersihan pribadi pada pasien dalam merawat kebersihan diri, karena pasien stroke sering kali tidak mampu beraktivitas seperti orang lain.

Pasien stroke yang tidak dapat bergerak bebas memerlukan dukungan untuk menjaga kebersihan pribadi. Imobilisasi dapat menghambat pemenuhan kebersihan diri karena keterbatasan kemampuan pasien. Membantu menjaga kebersihan pribadi penting untuk mencegah penyakin akibat tekanan tubuh yang terlalu lama, yang dapat mengganggu area yang tertekan. Selain itu, perawatan kebersihan dapat mencegah luka dekubitus penyakit nosokomial, da memperburuk kondisi imobilisasi pasien. Naziyah, Suharyanto,Pratiwi. 2019).

Menurut analisis peneliti adanya hubungan dukungan keluarga terhadap pemenuhan *personal hygiene* pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilita fisik merupakan hubungan yang positif artinya dukungan berupa motivasi, perhatian, membantu memenuhi *personal hygiene* yang dibutuhkan dapat meningkatkan kebersihan pasien stroke. Berdasarkan hasil analisis penelitian menemukan ada 1 responden yang

mendapatkan dukungan keluarga kurang namun, pemenuhan *personal hygiene* cukup dan ada 7 responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik tetapi pemenuhan *personal hygiene* cukup dan ada 9 responden mendapatkan dukungan keluarga kurang namun pemenuhan *personal hygiene* baik, hal ini dapat disebabkan oleh berat atau ringannya kondisi pasien, dan kebiasaan.

Kebiasaan seseorang dapat mempengaruhi cara mereka menjaga kebersihan diri, dan ada juga pasien yang merasa bosan atau jenuh dengan perawatan kebersihan dirinya (Notoadmojo, 2014). Dukungan keluarga dengan pemenuhan *personal hygiene* kurang yaitu sebanyak 36 orang dari 88 responden dukungan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* terlihat dari dukungan emosional seperti kurangnya perhatian keluarga, mendengar keluhan pasien, dukungan instrumental tidak menemani pasien sakit atau terlalu sibuk dengan aktivitas sehari-hari, dukungan informasional seperti memberikan solusi saat menghadapi masalah. Dan dukungan penghargaan seperti keluarga kurang dalam memberikan apresiasi atau menyemangati saat mencoba hal baru, sehingga keluarga kurang memperhatikan kondisi pasien dan kurangnya pengetahuan tentang *personal hygiene*.

Studi yang dilakukan oleh Nurrohmah et al. (2017) mengungkapkan bahwa mayoritas pasien stroke mengalami keterbatasan dalam memperoleh dukungan keluarga terkait pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Dari total 33 responden yang diteliti, sebanyak 18 individu melaporkan bahwa dukungan keluarga dalam aspek ini tergolong minim. Rendahnya keterlibatan keluarga dalam perawatan

pasien dapat diidentifikasi melalui ketidakhadiran mereka saat pasien menjalani perawatan di rumah sakit, kesibukan anggota keluarga dengan aktivitas masing-masing, serta kurangnya pemahaman mengenai kebutuhan perawatan pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan yang dilaporkan oleh Hanum Lubis dan Rasamilah (2017), yang menunjukkan bahwa dukungan emosional keluarga dalam pemenuhan personal hygiene masih berada pada tingkat yang rendah, dengan persentase sebesar 42,9%.

Hal ini membuktikan bahwa seseorang dengan dukungan keluarga yang baik akan lebih bisa memenuhi perawatan diri dibanding dengan yang memiliki dukungan keluarga yang kurang. Dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, sehingga pasien stroke lebih nyaman untuk mempertahankan dan melakukan kebersihan diri.

Selain itu dukungan yang dapat diberikan keluarga berupa dukungan informasi, karena keluarga merupakan sumber informasi bagi pasien, keluarga yang selalu menaritahu dan menanyakan setiap perkembangan kondisi pasien pada tenaga kesehatan di rumah sakit . selanjutnya dapat dukungan penghargaan atau penilaian yang bertindak membimbing dan memberikan pujian kepada pasien untuk melakukan pemenuhan personal hygiene (Fadhilah et al., 2022)

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa hubungan antara dukungan keluarga dan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik terbukti

signifikan dengan p value $0,001 < 0,05$ dengan nilai koefisien korelasi ($r = 0,0847$). Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam menjaga kebersihan pasien, mencegah komplikasi seperti dekubitus, dan meningkatkan kesejahteraan pasien. Faktor – faktor yang mempengaruhi personal hygiene meliputi usia, status kesehatan, dan dukungan emosional keluarga. Studi menunjukkan bahwa pasien dengan dukungan keluarga yang baik lebih mampu memenuhi kebutuhan kebersihan dibandingkan dengan yang memiliki dukungan rendah. Dukungan keluarga dapat berupa motivasi, perhatian, informasi, dan penghargaan untuk membantu pemenuhan *personal hygiene* pada pasien stroke.

C. Keterbatasan Penelitian

Karena kurangnya pengalaman penelitian, dan karakteristik responden yang sebagian besar merupakan pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik sehingga kondisi ini memerlukan bantuan untuk pengisian kuesioner sehingga dapat mempengaruhi data yang diperoleh. Beberapa responden dari peserta penelitian tidak sepenuhnya sesuai dengan yang diharapkan mengingat faktor komunikasi dan pemahaman yang mungkin terbatas pada usia lanjut. Oleh karena itu, peneliti harus selektif dalam memilih bahasa dan cara penyampaian pertanyaan agar informasi yang didapatkan lebih akurat dan relevan.

D. Implikasi Keperawatan

Implikasi keperawatan dari penelitian ini adalah perawat dapat melibatkan keluarga secara aktif dalam pemenuhan kebutuhan personal

hygiene pasien stroke untuk mencegah komplikasi seperti infeksi luka tekan. Hasil dari penelitian ini digunakan sebagai dasar edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya peran mereka dalam perawatan. Penelitian iini juga mendukung pengembangan ilmu keperawatan dengan menekankan pendekatan holistik berbasis keluarga dalam perawatan pasien dengan gangguan mobilitas fisik.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada bagian akhir penelitian, peneliti menguraikan kesimpulan yang diperoleh berdasarkan analisis data yang telah dilakukan. Secara keseluruhan, hasil penelitian ini mengindikasikan adanya korelasi yang signifikan antara dukungan keluarga dan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas di RSI Sultan Agung Semarang. Signifikansi hubungan ini dibuktikan dengan nilai p-value sebesar 0,001, yang lebih kecil dari batas signifikansi 0,05 ($p < 0,05$), sehingga (H_0) ditolak dan (H_a) diterima. Selain itu, tingkat keeratan hubungan antara kedua variabel tersebut tergolong sangat kuat, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai koefisien korelasi (r) sebesar 0,847. Temuan ini menegaskan bahwa dukungan keluarga memiliki peran krusial dalam optimalisasi pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi nambah wawasan dan pengetahuan bagi perawat bahwa dukungan keluarga memiliki peran sangat penting untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene* pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pembelaaran bagi mahasiswa perguruan tinggi dan kejuruan agar dapat menyisipkan materi yang berfokus pada pendekatan holistik dalam mendukung keluarga pasien dengan berkrbutuhan khusus seperti stroke.

3. Bagi masyarakat

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi baru bagi masyarakat khususnya pada keluarga yang memiliki anggota dengan kondisi stroke dapat sijadikan sebagai tempat informasi mengenai pentingnya pemenuhan *personal hygiene* pada pasien stroke

4. Bagi peneliti selajutnya

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan penelitian sejenis kedepannya serta perbandingan referensi untuk penelitiaian selanjutnya, terutama pada dukungan keluarga dengan pemenuhan *personal hygiene* pada pasien penyakit kronis lainnya yang belum terbentuk pada tempat penelitian sebelumnya.

- Haeruddin, A., Ediyanto, E., & Pramitasari, T. D. (2022). PENGARUH KERAGAMAN PRODUK DAN LOKASI TERHADAP LOYALITAS KONSUMEN MELALUI KEPUASAN KONSUMEN SEBAGAI VARIABEL INTERVENING PADA TOKO HASS MANGARAN SITUBONDO. *PROSIDING SEMINAR NASIONAL UNARS*, 1(1), 125–133.
- Humam, H., & Lisiswanti, R. (2015). Pengaruh Tomat (*Solanum lycopersicum*) Terhadap Stroke. *Majority*, 4(9), 88–92. <http://jukeunila.com/wp-content/uploads/2016/02/16.pdf>
- Jateng Dinkes. (2021). Jawa Tengah Tahun 2021. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2021*, i–123.
- Karunia., E. (2016). Hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian Activity of Daily Living Pascastroke. *July*, 213–224. <https://doi.org/10.20473/jbe.v4i2.2016.213>
- Lumintang, M. (2024). Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Diabetes Melitus Tipe Ii, Dan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Di Rsud Provinsi Ntb Tahun 2022. *Fakultas Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar*, 01(04), 220–227.
- Marshall, I. J., Wang, Y., Crichton, S., McKevitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2015). The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. *The Lancet. Neurology*, 14(12), 1206–1218. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00200-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00200-8)
- Mihen, E. L., Suyen Ningsih, O., Ndorang, T. A., Ruteng, P., Yani, J. J. A., & Flores, R. (2022). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Self-Care Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Ruteng Tahun 2022. *Jwk*, 7(2), 2548–4702.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.

- Nafi'ah, S., Parmilah, & Kurniawati, R. (2022). Upaya Penyelesaian Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Melalui Tindakan Teknik Latihan Penguatan Sendi. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 8(2), 1–11.
- Napitupulu, M., Napitupulu, N. F., & Haslinah. (2021). Peningkatan Pengetahuan Personal Hygiene dengan Metode Penyuluhan Kesehatan pada Anak Asrama Panti Asuhan Ujunggurap Padangsidimpuan. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Aufa (JPMA)*, 3(3), 157–162.
<https://jurnal.unar.ac.id/index.php/jamunar/article/view/563>
- Notoadmojo. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika. 2(April), 86–92.
- Nurhayati, H., & Fepi, S. (2018). Faktor Resiko Kejadian Stroke di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan*, 14(1), 41–48.
- Nurrohmah, L., Windyastuti, E., Sartika Sari, F., Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta Email, M., & Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta, D. (2017). Gambaran Dukungan Keluarga Dalam Pemenuhan Personal Hygiene Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke. *Jurnal Care*, 2, 8.
<https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/84/>
- Nurshiyam, N., Ardi, M., & Basri, M. (2020). Nursing Care in Meeting Physical Mobility Needs Inpatients Non Hemorrhagic Stroke in Rskd Dadi Makassar. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(1), 90.
<https://doi.org/10.32382/jmk.v11i1.1555>
- Oza, R., Rundell, K., & Garcellano, M. (2017). Recurrent Ischemic Stroke: Strategies for Prevention. *American Family Physician*, 96(7), 436–440.
- Pandowo, & Kurniasari. (2019). Pemahaman Personal Hygiene Melalui Pendidikan Kesehatan Pada Penghuni Lapas Perempuan Kelas II B Yogyakarta. *Journal Of Community Empowerment*, 1(1), 18–23.

- PubMed. (2022). *PubMed_Timeline_Results_by_Year* (p. 1).
- Putri, & Kamil, H. (2019). Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Dasar Personal Hygiene Oleh Perawat RSUD Meuraxa. *JIM FKep*, IV(2), 90–99.
- Putri, N. N., Islam, M. S., & Subadi, I. (2018). Comparison of Acute Ischemic Stroke Functional Outcome in Smokers and Nonsmokers Measured By Canadian Neurological Scale (Cns) and Nihss. *MNJ (Malang Neurology Journal)*, 4(2), 65–71. <https://doi.org/10.21776/ub.mnj.2018.004.02.4>
- Putu Darma Suyasa, S.Kp., MNg., P.HD., I. G. (2022). Hubungan Personal Hygiene Dan Penggunaan Alat Pelindung Diri Dengan Risiko Kejadian Dermatitis Kontak Pada Pemulung. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 6(3), 118. <https://doi.org/10.32419/jppni.v6i3.292>
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2019). Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparese melalui Latihan Range of Motion (ROM) Pasif. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(2), 354–363. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.985>
- Rahmatika Sri, U. W. N. S. A. (2017). The Relationship Between Family Support And Personal Hygiene Implementation On Stroke Patient At Kenanga Room Of DR. Soepraoen Hospital Malang. *Nursing News*, 2, 8. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/180/214>
- Ratnawati, R. (2021). Demensia Sebagai Gangguan Berpikir Pada Gangguan Berbahasa. *JALADRI : Jurnal Ilmiah Program Studi Bahasa Sunda*, 7(1), 58–64. <https://doi.org/10.33222/jaladri.v7i1.720>
- Rozanna, R., Febriana, D., & Rahmawati. (2022). Pemberian Range Of Motion (ROM) Pada Lansia Dengan Hambatan Mobilitas Fisik : Suatu Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(3), 37–43.
- S, V. N. (2022). *Jurnal Keperawatan*. 14, 1019–1028.

Sary, A. N. (2016). Manifestasi Klinis dan Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 8(1), 45–54.

SETIANI PRI ENDARTI NIM. A21601474 (1).pdf. (n.d.).

Setiawan, S., Nurlily, P. S., & Harti, A. S. (2019). PENGARUH MIRROR THERAPY TERHADAP KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS PADA PASIEN STROKE DI RSUD dr. MOEWARDI. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 6(2), 49.
<https://doi.org/10.31596/jkm.v6i2.296>

Sherina, N., Ramdan, D., & Hidayat, N. (2022). Assistancy of Medical Surgical Nursing for Patients with Nervous System Disorders (Hemorrhagic Stroke) in Flamboyant Room, General Hospital of Banjar. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(2), 175–197.
<https://journal.inspira.or.id/index.php/kolaborasi/article/view/55>

Sugiyono. (2016). *Metode peneitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*.

Sugiyono, D. (2010). Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D. In *Penerbit Alfabeta*.

Sulami, S., Prastiani, D. B., Kastining, K., Sulami Dwi Budi; Kastining, Kastining, S. P., Sulami Dwi Budi; Kastining, Kastining, S. P., Sulami, S., Prastiani, D. B., Kastining, K., Sulami Dwi Budi; Kastining, Kastining, S. P., Sulami, S., Prastiani, D. B., & Kastining, K. (2015). Hubungan Dukungan Emosional Keluarga Dengan Kepatuhan Kunjungan Ulang Pasien Stroke Di Poliklinik Saraf Rsud Dokter Soeselo Kabupaten Tegal. *Bhamada: Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan (E-Journal)*, 6(2), 10.
<http://ojs.stikesbhamadaslawi.ac.id/index.php/jik/article/view/49>

Tahir, A. M. (2019). Patofisiologi Kesadaran Menurun. *UMI Medical Journal*,

3(1), 80–88. <https://doi.org/10.33096/umj.v3i1.37>

Togu, G. M., Lisda Amalia, & Trully Deti Rose Sitorus. (2021). Pola Pengobatan Stroke Iskemik Pada Pasien Lansia di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. *Journal Of The Indonesian Medical Association*, 71(2), 65–70.
<https://doi.org/10.47830/jinma-vol.71.2-2021-387>

Waruwu, M. (2023). Pendekatan Penelitian Pendidikan: Metode Penelitian Kualitatif, Metode Penelitian Kuantitatif dan Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Method). *Jurnal Pendidikan Tambusai* , 7(1), 2896–2910.

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Executive summary: A report of the American college of cardiology/American Heart Association task . In *Hypertension* (Vol. 71, Issue 6).
<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000066>

Wiliyanarti, P. F., Barroqoh, L., & Aisyah, S. (2023). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Audiovisual terhadap Perilaku Lansia tentang Personal Hygiene. *Jl-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 6(2), 205–214.
<https://doi.org/10.33006/jikes.v6i2.502>

