

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN
INTERVENSI INOVASI ORAL HYGIENE DENGAN CLORHEXIDINE
UNTUK MENGURANGI INFEKSI RONGGA MULUT DI RUANG
STROKE CENTRE AFI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDATAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DI SUSUN OLEH :
HANA YANDRASARY, S.Kep
17111024120137**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN & FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI
INOVASI ORAL HYGIENE DENGAN CLORHEXIDINE UNTUK
MENGURANGI INFEKSI RONGGA MULUT DI RUANG
STROKE CENTRE AFI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

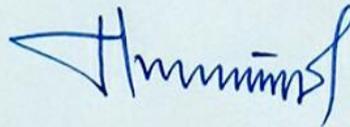
Hana Yandrasary, S.Kep

17111024120102

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 15 Januari 2019

Pembimbing



Ns. Milkhatun., M.Kep
NIDN. 1121018501

**Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif**



Ns. Siti Khoiroh M, S.Pd., M.Kep
NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI
INOVASI ORAL HYGIENE DENGAN CLORHEXIDINE UNTUK
MENGURANGI INFEKSI RONGGA MULUT DI RUANG
STROKE CENTRE AFI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

**Hana Yandrasary, S.Kep
17111024120137**

**Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 15 Januari 2019**

Penguji I

Ns. Sri Nidya Astuti, S.Kep
NIP. 19720418 199603 2 006

Penguji II

Ns. Siti Khoiroh M.S.Pd., M.Kep
NIDN. 1115017703

Penguji III

Ns. Milkhatun, M.Kep
NIDN. 1121018501

**Mengetahui,
Ketua**

Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Dwi Rahmah F., M.Kep
NIDN. 1119097601

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Klien Stroke Non Hemoragik
dengan Intervensi Inovasi Oral Hygiene dengan Clorhexidine untuk
Mengurangi Infeksi Rongga Mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Hana Yandrasary¹, Milkhatun²

INTISARI

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf local dan/atau global, munculnya mendadak, progresif dan cepat. Pada stroketerjadi gangguan saraf cranialis sehingga menyebabkan paralisis, kelemahan, kelumpuhan, hilangnya sensasi wajah, kesulitan bicara, gangguan kesadaran, kesulitan menelan dan penurunan kebersihan mulut sehingga menyebabkan infeksi rongga mulut. Pada rongga mulut muncul berbagai pathogen seperti bakteri, jamur dan virus. Pathogen dapat menyebabkan risiko infeksi jika tidak dilakukan perawatan oral hygiene dengan baik. Oral hygiene adalah tindakan membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan gusi untuk mencegah infeksi dan menjaga kelembapan membran mulut dan bibir. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi oral hygiene dengan clorhexidine untuk mengatasi masalah keperawatan deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler di ruang Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil Analisa menunjukkan adanya penurunan infeksi rongga mulut setelah dilakukan oral hygiene dengan clorhexidine. Oral hygiene dengan clorhexidine sebaiknya dilakukan terus menerus setiap hari minimal dua kali sehari dimana intervensi ini akan mengurangi resiko infeksi rongga mulut.

Kata kunci : stroke, oral hygiene, clorhexidine.

1. Mahasiswa Ners Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
2. Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Nursing Clinic Practice Analysis to Non-Hemorrhagic Stroke Clients with Intervention of Oral Hygiene Innovations with Clorhexidine to Reduce Oral Cavity Infection in AFI Stroke Center Hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Hana Yandrasary¹, Milkhatun²

Abstract

Stroke is a disease of the brain in the form of local and / or global nerve function disorders, the appearance of sudden, progressive and rapid. Cranial nerves occur in strokes, causing paralysis, weakness, paralysis, hilngnya facial sensation, difficulty speaking, impaired consciousness, swallowing and decreased oral hygiene causing infection of the oral cavity. In the oral cavity various pathogens appear such as bacteria, fungi and viruses. Pathogens can cause the risk of infection if oral hygiene care is not done properly. Oral hygiene is an action to cleanse and refresh the mouth, teeth and gums to prevent infection and keep the membranes of the mouth and lips moist. The Final Scientific Work Ners aims to analyze oral hygiene interventions with clorhexidine to overcome nursing care deficits related to neuromuscular disorders in the Stroke Hospital of Abdul Wahab Sjahranie Hospital, Samarinda. The analysis results showed a decrease in oral cavity infection after oral hygiene with clorhexidine. Oral hygiene with clorhexidine should be carried out continuously every day at least twice a day where this intervention will reduce the risk of oral cavity infections.

Keywords: stroke, oral hygiene, clorhexidine.

1. Nurse Profession Student of Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
2. Lecturer of Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan/atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan pada wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2013).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke (Marsh & Keyrouz, 2010; American Heart Association, 2014; Stroke forum, 2015). Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen (Stroke forum, 2015).

Di era globalisasi ini yang diikuti dengan perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menyebabkan perubahan gaya hidup masyarakat yang semakin modern yang serba instan dan praktis. Hal tersebut mengakibatkan orang semakin malas untuk beraktivitas dan menjalankan pola hidup sehat, sehingga memberikan kecenderungan baru dalam pola penyakit di masyarakat yang memiliki andil besar terhadap pola

fertilitas, gaya hidup, dan social ekonomi yang memacu timbulnya pergeseran pola penyakit. Kondisi tersebut di atas dibuktikan dengan peningkatan penyakit tidak menular, salah satunya penyakit stroke. Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (Irfan, 2010).

Di Negara-negara berpenghasilan rendah dilaporkan terjadi 11 juta kasus stroke setiap tahun. Masalah kesehatan ini menyebabkan 4 juta kematian di setiap tahunnya dan sekitar 30% di Asia Tenggara. World Health Organization (WHO) menyatakan 70% dari pasien stroke yang sembuh, resiko menderita stroke lebih lanjut meningkat. Resiko sebagian besar berkaitan dengan gaya hidup tidak sehat. Karena itu WHO mendesak masyarakat, terutama di kawasan Asia tenggara untuk berhenti merokok dan minum-minuman alcohol. Negara-negara yang diingatkan ini Bhutan, Korea utara, India, Indonesia, Maladewa, Myanmar, Nepal, Srilanka, Thailand dan Timor Leste (WHO, 2016).

Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, sekitar 2,5 % atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Secara umum, dapat dikatakan angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk dan dalam satu tahun, di antara 100.000 penduduk, maka 200 orang akan menderita stroke. Kejadian stroke iskemik sekitar 80% dari seluruh total kasus stroke, sedangkan kejadian stroke hemoragik hanya sekitar 20% dari seluruh total kasus stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2012).

Menurut data Riskesdas 2013, Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per 1000 klien dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per 1000 klien. Prevalensi stroke terbesar berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Sulawesi Utara (10,9%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing (9,7%). Sedangkan prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi di Sulawesi Selatan (19,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16%. Prevalensi penderita stroke di Kalimantan berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar (28,9%), berdasarkan terdiagnosis dan gejala menurut tenaga kesehatan sebesar (44,8%) (Riskesda, 2013).

Prevalensi Stroke di Kalimantan Timur Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di kota Samarinda setelah penyakit Jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan persentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Jumlah klien di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie sejak bulan Januari 2018 sampai bulan November 2018 mencapai 613 klien, yaitu klien Stroke Hemoragik berjumlah 254 orang dan klien Stroke non Hemoragik berjumlah 359 klien.

Klien stroke terjadi gangguan saraf cranialis sehingga menyebabkan paralisis, kelemahan, kelumpuhan, hilangnya sensasi wajah, kesulitan bicara,

gangguan kesadaran, kesulitan menelan dan penurunan kebersihan mulut sehingga menyebabkan infeksi rongga mulut (Lam et all, 2014).

Berdasarkan penelitian J. ory et all (2016) menjelaskan bahwa larutan clorhexidine menunjukkan hasil signifikan terhadap penurunan patogen. Selain itu, oral hygiene clorhexidine dapat menjadi tindakan preventif. Clorhexidine mouthwash merupakan alternatif yang tepat untuk dekontaminasi patogen.aktifitas clorhexidine memiliki aktifitas yang luas melawan mikroorganisme gram positif, negatif, dan jamur termasuk patogen multiresisten methichilin-resistant staphylococcus aureus (MRSA). Oral hygiene clorhexidine aman dan nyaman digunakan pada pasien, efektif membunuh mikroorganisme, mudah didapatkan dan menurunkan tingkat keparahan dan lama rawat di rumah sakit (Auliasari,2018) .

Clorhexidine merupakan larutan mouthwash yang bersifat anti bakteri dan jamur. Yang mudah penggunaannya, aman dan hemat biaya selain itu clorhexidine dapat mempertahankan aktifitas mikroba hingga 12 jam dan menghambat pertumbuhan bakteri. Dengan demikian dia dikenal sebagai obat yang efektif dalam mengendalikan plak gigi dan peradangan (Zand et all, 2017).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan intervensi perawatan oral hygiene dengan chlorhexidine untuk mengurangi infeksi rongga mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisis penatalaksanaan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan intervensi inovasi perawatan oral hygiene dengan chlorhexidine untuk mencegah infeksi mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien stroke non hemoragik dengan intervensi inovasi perawatan oral hygiene dengan chlorhexidine untuk mengurangi infeksi rongga mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.
- b. Menganalisis intervensi perawatan oral hygiene dengan chlorhexidine untuk mencegah infeksi rongga mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Aplikatif

- a. Bagi klien

Dapat mengurangi kejadian infeksi rongga mulut pada pasien stroke non hemoragik

b. Bagi perawat dan tenaga kesehatan

Dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam memberikan informasi mengenai pemberian asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. dan dengan intervensi perawatan oral hygiene untuk mengurangi infeksi rongga mulut dengan clorhexidine di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Aspek Keilmuan

a. Bagi penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti masa perkuliahan dan sebagai tambahan pengalaman untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan terhadap klien stroke non hemoragik dengan intervensi perawatan oral hygiene untuk mengurangi infeksi rongga mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya terhadap klien stroke non hemoragik dengan intervensi perawatan oral

hygiene untuk mengurangi infeksi rongga mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

c. Bagi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan bahan masukan dalam memperkaya bahan pustaka yang berguna bagi pembaca keseluruhan.

d. Bagi Profesi Keperawatan

Menghadirkan laporan aplikasi hasil riset jurnal khususnya terhadap klien stroke non hemoragik dengan intervensi perawatan oral hygiene untuk mengurangi infeksi rongga mulut di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Otak

1. Definisi

Otak adalah organ vital yang terdiri dari 100-200 milyar sel aktif yang saling berhubungan dan bertanggung jawab atas fungsi mental dan intelektual kita. Otak terdiri dari dua belahan, belahan kiri mengendalikan tubuh bagian kanan, belahan kanan mengendalikan tubuh bagian kiri yang mempunyai permukaan berlipat-lipat dan ditempati oleh banyak saraf (M.Judha, 2016) Otak merupakan organ yang sangat mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron di otak mati tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptif atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagian-bagian otak dapat mengambil alih fungsi dari bagian-bagian yang rusak. Otak seperti belajar kemampuan baru. Ini merupakan mekanisme paling penting yang berperan dalam pemulihan stroke (Feigin, 2013).

2. Bagian-bagian otak

Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf, dengan komponen bagiannya adalah

a. Cerebrum

Cerebrum merupakan bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan sulkus (celah) dan girus (Ganong, 2008). Cereberum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu :

1). Lobus frontalis

Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer)

dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Muttaqin, 2008).

2) Lobus temporalis

Lobus temporalis mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari fisura parieto-oksipitalis (Muttaqin, 2008). Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi.

3) Lobus parietalis

Lobus Parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (Muttaqin, 2008).

4) Lobus oksipitalis

Lobus oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (Muttaqin, 2008).

5) Lobus limbik

Lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (Muttaqin, 2008).

b. Cerebellum

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori

yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum terdiri dari tiga bagian fungsional yang berbeda yang menerima dan menyampaikan informasi ke bagian lain dari sistem saraf pusat (Muttaqin, 2008).

Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal. Bagian-bagian dari cerebellum adalah lobus anterior, lobus medialis dan lobus fluccolonodularis (Muttaqin, 2008).

c. Brainstem

Brainstem adalah batang otak, berfungsi untuk mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis di bawahnya. Struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial. Secara garis besar brainstem terdiri dari tiga segmen, yaitu mesensefalon, pons dan medulla oblongata (Muttaqin, 2008).

B. Mulut

1. Definisi

Rongga mulut adalah bagian teratas dari saluran pencernaan. Bagian utama dari rongga mulut adalah bibir, lidah, mukosa, gusi, tulang rahang, gigi geligi dan faring. Setiap bagian dari rongga mulut ini dapat menderita penyakit tertentu yang disebabkan oleh jenis toksikan yang tertentu pula.

Suatu toksikan dapat menyebabkan penyakit rongga mulut melalui dua cara. Pertama yaitu secara langsung. Hal ini dapat terjadi jika toksikah langsung masuk ke dalam rongga mulut, misalnya melalui makanan yang terkontaminasi dengan toksikan atau secara tidak sengaja termakan suatu jenis toksikan. Kedua yaitu secara tidak langsung atau disebut juga secara sistemik. Hal ini terjadi dimana

toksikan melalui kulit atau saluran napas masuk ke dalam tubuh, diabsorpsi oleh darah, selanjutnya menyebar ke seluruh tubuh termasuklah ke daerah rongga mulut. Cara pertama akan menimbulkan gejala-gejala penyakit rongga mulut yang akut, sedangkan cara kedua akan menimbulkan gejala-gejala kronis.

Banyak penyakit dimanifestasikan sebagai perubahan pada rongga oral, yang mencakup area bibir, mulut, atau gusi (Brunner & Suddarth, 2002).

Berikut ini adalah keadaan yang menunjukkan abnormalitas yang dapat terjadi di area bibir, mulut dan gusi.

1. Abnormalitas bibir

a. Seilitis aktinik

Tanda dan gejala

- 1). Iritasi bibir yang dihubungkan dengan berkerak, pecah, fisura.
- 2). Pertumbuhan berlebihan dari lapisan tanduk epidermis (hiperkeratosis)

Kemungkinan penyebab

- 1). Efek kumulatif dari pemajanan dari sinar matahari, lebih sering terjadi pada orang berkulit kuning dan pada orang yang cenderung terpajan pada sinar matahari seperti petani
- 2). Dapat menimbulkan kanker sel skuamosa

b. Herpes simpleks 1 (sariawan dingin atau demam lepuh)

Tanda dan gejala

- 1). Gejala dapat melambat setelah 20 hari pemajanan.
- 2). Vesikel, nyeri tunggal atau kelompok yang dapat ruptur

Kemungkinan penyebab

- 1). Virus herpes simpleks – infeksi oportunistik sering terlihat pada pasien yang mengalami penekanan imun
- 2). Dapat terjadi ulang pada menstruasi, demam, atau pemajanan sinar matahari.

c. Kanker

Tanda dan gejala

- 1). Lesi kemerahan melingkar
- 2). Yang ulserasi dan menjadi krusta

Kemungkinan penyebab

Lesi primer dari sífilis

d. Dermatitis kontak

Tanda dan gejala

- 1). Area kemerahan atau ruam
- 2). Gatal

Kemungkinan penyebab

Reaksi alergi pada lipstik, salep kosmetik atau bahkan pasta gigi

2. Abnormalitas mulut

a. Leukoplakia

Tanda dan gejala

- 1). Bercak putih
- 2). Mungkin hiperkeratosis
- 3). Biasanya, mukosa bukal
- 4). Biasanya tidak nyeri

Kemungkinan penyebab

Kurang dari 2% adalah malignan

b. Leukoplakia berambut

Tanda dan gejala

- 1). Bercak putih dengan proyeksi seperti rambut kasar
- 2). Secara khas ditemukan pada batas lateral lidah

Kemungkinan penyebab

- 1). Kemungkinan virus
- 2). Merokok dan pengguna tembakau

3). Sering terlihat pada orang dengan HIV positif

c. Tumbuhan lumut

Tanda dan gejala

1). Papula putih pada interaksi dari jaringan jalinan lesi.

2). Biasanya ulserasi dan nyeri

Kemungkinan penyebab

Kekambuhan umum terjadi dapat menimbulkan malignan

d. Kandidiasis (moniliasis/sariawan)

Tanda dan gejala

1). Plak putih seperti keju

2). Seperti dadih putih

3). Bila diseka, meninggalkan eritematosa dan sering perdarahan

Kemungkinan penyebab

1). Jamur *candida albicans*

2). Faktor predisposisi mencakup diabetes, terapi antibiotik dan immunosupresi

e. Stomatitis (aphthous – sakit sariawan)

Tanda dan gejala

1). Ulkus dalam dengan bagian tengah putih atau abu-abu dan batas kemerahan

2). Terlihat pada bagian dalam bibir, pipi dan lidah

3). Mulai dengan ensasi kebakar atau kesemutan dan agak bengkak

4). Nyeri biasanya hilang setelah 7 – 10 hari dan sembuh tanpa jaringan parut.

Kemungkinan penyebab

1). Stres emosi atau mental

2). Kelelahan

3). Faktor hormonal

4). Trauma minor

5). Dihubungkan dengan infeksi HIV

6). Dapat kambuh

f. Leukoplakia (bukalis – bercak perokok)

Tanda dan gejala

- 1). Mempunyai satu atau dua bercak putih tebal pada membran mukosa lidah atau mulut.
- 2). Lidah dan mulut tertutup dengan membran mukosa putih tebal berkrum
- 3). Meninggalkan dasar merah daging

Kemungkinan penyebab

- 1). Iritasi kronis oleh karies
- 2). Infeksi dan perbaikan gigi yang kurang baik
- 3). Tembakau, mkanan sangat berbumbu.

g. Krioplakia

Tanda dan gejala

- 1). Bercak kemerahan pada rongga mukosa oral

Kemungkinan penyebab

- 1). Inflamasi nonseptik

h. Sarkoma Kaposi

Tanda dan gejala

- 1). Tampak pertama sekali pada mukosa oral
- 2). Sebagai lesi kemerahan, putih atau biru
- 3). Mungkin lesi tunggal atau multiple
- 4). Mungkin datar atau menonjol

Kemungkinan penyebab

- 1). Infeksi HIV

i. Abnormalitas jusi (Gingivitis)

Tanda dan gejala

- 1). Gusi nyeri, inflamasi dan bengkak.
- 2). Biasanya gusi berdarah setelah berespon terhadap kontak ringan.

Kemungkinan penyebab

- 1). Higiene oral buruk
- 2). Debris makanan, plak bakterial, dan akumulasi kalkulus (tartar).
- 3). Gusi mungkin bengkak dalam respon pubertas dan kehamilan.

j. Gingivitis nekrotis (penyakit mulut)

Tanda dan gejala

- 1) Ulserasi pseudomembranosa abu-abu putih yang mempengaruhi tepi gusi, mukosa mulut, tonsil dan faring.
- 2) Nafas bau, nyeri, gusi berdarah dan pembengkakan

k. Gingivostomatitis herpetic

Tanda dan gejala

- 1). Sensasi terbakar dengan adanya vesikel kecil 24-48 jam kemudian.
- 2). Vesikel dapat ruptur, membentuk sariawan, ulkus dalam tertutup dengan membran abu-abu.

Kemungkinan penyebab

- 1). *Virus herpes simpleks*.
- 2). Terjadi pada orang immunosupresi
- 3). Terjadi pada proses infeksi lain seperti pneumonia streptokokal, meningitis meningokokal dan malaria.

l. Periodontis

Tanda dan gejala

- 1). Sedikit ketidaknyamanan pada awitan.
- 2). Dapat mengalami perdarahan, infeksi, reseksi gusi, dan kehilangan gigi.

Kemungkinan penyebab

- 1). Dapat diakibatkan gingivitis yang tidak diobati.
- 2). Higiene gigi yang tidak adekuat atau buruk dan ketidakadekuatan diet memperberat kejadian.

3. Abnormalitas kelenjar saliva

Kelenjar saliva terdiri dari *kelenjar parotis*, satu pada setiap sisi wajah dibawah telinga: *kelenjar submaksilaris* dan *kelenjar sublingualis*, keduanya pada dasar mulut : dan *kelenjar bukal*, dibawah bibir. Kira-kira 1200 ml *saliva* diproduksi setiap hari. Fungsi utama adalah pelumasan, perlindungan bakterial, dan pencernaan (Brunner & Suddarth, 2002). Abnormalitas kelenjar saliva terdiri dari:

a. Parotitis

Parotitis (inflamasi kelenjar parotis) adalah kondisi inflamasi paling umum dari kelenjar saliva, namun infeksi dapat juga terjadi pada kelenjar saliva lain. Orang lemah dengan penurunan aliran saliva karena dehidrasi umum atau obat-obatan berisiko tinggi terhadap terjadinya peritonitis. Organisme pengganggu biasanya *Staphylococcus aureus* (kecuali pada mumps).

b. Sialadenitis

Sialadenitis (inflamasi kelenjar saliva) dapat disebabkan oleh dehidrasi, terapi radiasi, stres, malnutrisi, kalkuli kelenjar saliva (batu), atau higiene oral yang tidak tepat dan dihubungkan dengan infeksi dengan *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans* atau pneumokokus. Gejala meliputi nyeri, bengkak dan rabas perulen.

c. Kalkulus saliva (sialolitiasis)

Kalkuli didalam kelenjar saliva tidak menyebabkan gejala kecuali infeksi, tetapi kalkulus yang menyumbat duktus menyebabkan nyeri tiba-tiba, local dan sering nyeri kolik, yang tiba-tiba hilang dengan membuang ludah.

d. Neoplasma

Neoplasma (tumor atau pertumbuhan) dari berbagai setiap tipe dapat berkembang pada kelenjar saliva. Tumor terjadi lebih sering pada kelenjar parotis. Insiden tumor kelenjar saliva sama baik pada pria dan wanita. Diagnosis didasarkan pada riwayat dan biopsi.

C. Stroke

1. Definisi

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Yang biasanya diakibatkan oleh trombosis, embolisme, iskemia dan hemoragi (Smeltzer, 2007). Menurut Arif Muttaqin, stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang bisa terjadi pada siapa saja (Muttaqin, 2008)

Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis dan perilaku. Gejala fisik yang paling khas adalah paralisis, kelemahan, hilangnya sensasi diwajah, lengan atau tungkai disalah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan disatu sisi. Seorang dikatakan terkena stroke jika salah satu atau kombinasi apapun dari gejala diatas berlangsung selama 24 jam atau lebih (Feigin, 2013)

2. Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu:

- a. Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan stroke adalah iskemik

Stroke iskemik dibagi menjadi 3 jenis yaitu:

- 1). Stroke trombolitik: proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan
- 2). Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- 3). Hipoperfusion sistemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung

b. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada kasus hipertensi.

Stroke hemoragik ada dua jenis yaitu:

1) Hemoragik intraserebral: perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak

2). Hemoragik subaraknoid: perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak) (Nurarif,2016)

3. Etiologi

Menurut Mutaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari :

b. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis

c. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak membengkak, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

d. Hipoksia umum

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

e. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme

arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

4. Manifestasi Klinis

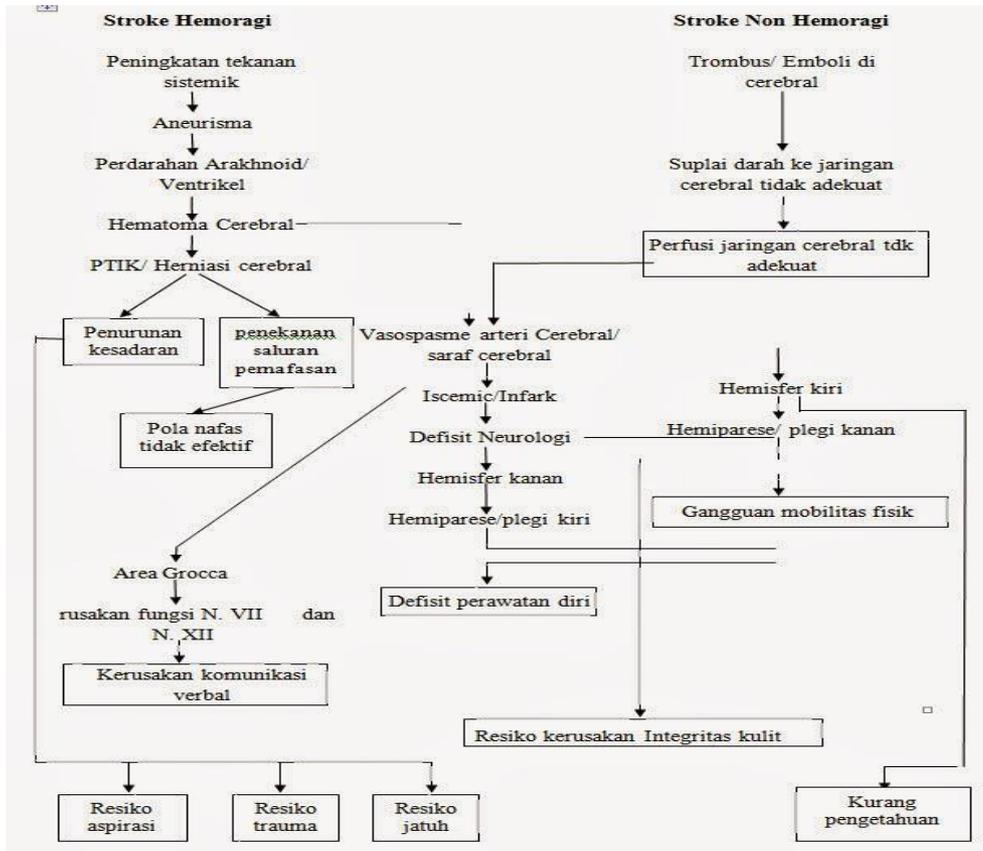
Tanda dan gejala dari stroke dapat berupa defisit lapang pandang seperti kehilangan setengah lapang penglihatan, Kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia. Defisit motorik (seperti Hemiparesis, Hemiplegia, Ataksia, Disartria dan Disfagia). Defisit sensori (seperti Parestesia). Defisit Verbal (seperti Afasia ekspresif: tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, Afasia reseptif: tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, Afasia global: kombinasi afasia ekspresif dan reseptif). Defisit kognitif (seperti Kehilangan memori jangka pendek dan panjang, Penurunan lapang perhatian, Perubahan penilaian, Kerusakan untuk berkonsentrasi). Defisit emosional (seperti Kehilangan kontrol diri, Labilitas emosional, Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, Depresi, Menarik diri, Perasaan isolasi) (Smeltzer, 2007).

5. Patofisiologi

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arterosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya henti jantung (Smeltzer, 2007)

Gambar 2.1

Pathway stroke (Muttaqin, 2008)



6. Faktor Risiko Stroke

Ada sejumlah faktor risiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Menurut *University of Pittsburgh Medical Center* (2008) dan *American Heart Association* (2010), ada dua jenis faktor risiko stroke yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah/dikontrol dan faktor risiko yang dapat dikontrol :

a. Faktor resiko yang tidak bisa diubah

1) Usia

Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia maka semakin tinggi resiko untuk terserang stroke.

2) Jenis kelamin

Laki-laki dua kali lebih berisiko daripada perempuan, tetapi jumlah perempuan yang meninggal akibat stroke lebih banyak.

3) Riwayat keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke berisiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke.

4) Ras

Ras Afrika-Amerika mempunyai risiko yang lebih tinggi mengalami kematian dan kecatatan akibat stroke dibandingkan dengan ras kulit putih.

b. Faktor resiko yang dapat dikontrol

1) Tekanan darah

Tekanan darah tinggi merupakan penyebab utama stroke.

2) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Nikotin dari rokok dapat meningkatkan tekanan darah.

3) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya stroke iskemik. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas. Obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, di mana keduanya merupakan faktor risiko stroke.

4) Obesitas

Peningkatan berat badan dapat meningkatkan risiko stroke. Obesitas juga dapat menimbulkan faktor risiko lainnya seperti tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol jahat, dan diabetes.

5) Penyakit pada arteri

Pembuluh darah arteri carotid merupakan pembuluh darah utama yang membawa darah ke otak dan leher. Rusaknya pembuluh darah carotid akibat lemak menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga menghalangi aliran darah di arteri.

6) Kurangnya aktivitas fisik

Latihan penting untuk mengontrol faktor risiko stroke, seperti berat badan, tekanan darah, kolesterol, dan diabetes.

7) Alkohol, kopi dan penggunaan obat-obatan

Konsumsi alkohol meningkatkan risiko stroke. Minum alkohol lebih dari satu gelas pada pria dan lebih dua gelas pada pria dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, minum tiga gelas kopi sehari dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko stroke. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan risiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda.

8) Kurang nutrisi

Diet tinggi lemak, gula, dan garam meningkatkan risiko stroke. Penelitian menunjukkan bahwa mengonsumsi 5 porsi buah dan sayur sehari dapat mengurangi risiko stroke sebesar 30%.

9) Stress

Penelitian menunjukkan hubungan antara stress dengan mempersempit pembuluh darah carotid.

10) Estrogen

Pemakaian pil KB atau *Hormone Replacement Therapy* (HRT) yang mengandung estrogen dapat mengubah kemampuan penggumpalan darah yang dapat mengakibatkan stroke.

7. Komplikasi

a. Komplikasi neurologik

1) Edema otak (herniasi otak)

Merupakan komplikasi stroke akibat infark maupun karena perdarahan. Pada kasus infark edema terjadi secara vasogenik dan sitotoksik, pada intra dan ekstraseluler. Edema mencapai maksimum setelah 4-5 hari paska infark, diikuti dengan mengaburnya alur gyrus kortikal dan seiring pembesaran

infark, terjadi pergeseran garis tengah otak (*midline shift*). Setelah terjadi *midline shift*, herniasi transteritorial pun terjadi dan mengakibatkan iskemia serta perdarahan di batang otak bagian rostral

2) Infark berdarah (pada emboli otak)

Emboli otak pada prinsipnya berasal dari jantung dan pembuluh darah besar ekstrakranial. Emboli yang berasal dari pembuluh darah arteri leher, biasanya dibentuk dari kombinasi *keeping* darah dan fibrin atau dengan kolesterol. Atheroma akan mengenai intima, awalnya terdapat deposit dari *fatty strak*, lalu diikuti oleh plak fibromuskuloelastis pada sel otot intima yang diisi lemak. Atheroma ini biasanya memiliki ukuran yang lebih besar daripada ukuran pembuluh darah. Jika terjadi pelebaran yang mendadak dari plak akibat meningkatnya perdarahan pada tempat tersebut, maka endotel yang mengandung fibrin dan bekuan darah tadi akan robek, dan terjadi perdarahan. Kebanyakan cenderung sepanjang perbatasan yang diperdarahi oleh anastomosis A.meningeal atau bila di A.serebri media terdapat di ganglia basalis. Kesadaran klien tiba-tiba menurun dan pernafasan mengorok. Pada pemeriksaan pungsi lumbal ditemukan cairan serebrospinal yang mengandung darah.

3) Vasospasme

Spasme yang sering terjadi pada pembuluh darah arteri yang dikelilingi sejumlah besar darah subarachnoid. Vasospasme ini timbul sebagai akibat langsung dari darah atau sebagian produk darah, seperti hematin atau produk *keeping* darah, pada dinding adventitia dari pembuluh darah arteri. Gejala vasospasme berupa penurunan kesadaran dan defisit neurologis fokal tergantung pada daerah yang terkena. Gejala-gejala berfluktuatif dan dapat menghilang dalam beberapa hari atau secara gradual menjadi lebih berat. Mekanisme lain terjadinya vasospasme ialah sebagai respon miogenik

langsung terhadap pecahnya pembuluh darah serta adanya substansi vasoaktif seperti serotonin, prostaglandin dan katekolamin.

4) Hidrosefalus

Jika sejumlah besar darah, sebagai akibat ruptur pembuluh darah, merembes ke dalam ventrikel atau membanjiri ruang subarachnoid bagian basal, darah tersebut akan memasuki foramen Luschka dan Magendi dimana klien akan mengalami penurunan kesadaran hingga pingsan sebagai akibat dari hidrosefalus akut. Gejala akan membaik jika dilakukan *draining* ventrikel, dengan ventrikulotomi eksternal, atau pada beberapa kasus dapat dilakukan lumbal pungsi. Hidrosefalus sub akut dapat terjadi akibat blokade jalur cairan serebrospinal oleh darah setelah 2 hingga 4 minggu. Keadaan ini biasanya didahului oleh nyeri kepala, penurunan kesadaran dan inkontinen.

5) Higroma

Terjadinya pengumpulan darah intraserebral di suatu tempat akibat kelainan osmotik.

b. Komplikasi non neurologik

1) Tekanan darah tinggi

Peninggian tekanan darah pada fase akut merupakan respon fisiologis terhadap iskemia otak, dan tekanan darah akan turun kembali setelah fungsi otak membaik kembali. Selain itu tekanan intracranial, dimana iskemia batang otak atau penekanan batang otak. Bila neuron yang menghambat aktivitas simpatis di batang otak menjadi tidak aktif karena penekanan batang otak maka akan terjadi hipertensi.

2) Hiperglikemia

Pada stroke, sama seperti iskemi daerah hipotalamus, dapat terjadi reaksi hiperglikemi. Kadar gula darah sampai 150-175 mg% pada fase akut tidak memerlukan pengobatan. Penderita dengan perdarahan subarachnoid ditemukan gangguan fungsi vegetatif yang bersifat glukorusia dan keadaan

ini berhubungan dengan konsentrasi ketekolamin yang tinggi dalam sirkulasi.

3) Edema paru

Edema paru dapat terjadi pada penderita perdarahan intraserebral dan perdarahan sub arakhnoid. Edema paru akut dapat didahului dengan disfungsi kardiovaskuler secara primer, misalnya infark miokard atau sekunder akibat kelainan susunan saraf pusat, atau edema paru akibat langsung dari pusat “edemagenic” serebral. Proses terjadinya edema paru akibat kelainan susunan saraf pusat yaitu secara langsung melalui sistem saraf otonom terutama mekanisme vagal. Mekanisme lain menyebutkan bahwa edema paru merupakan akibat pelepasan simpatis berlebihan disertai hipertensi sistemik dan hipertensi pulmonal mengakibatkan peninggian permeabilitas vaskuler pada paru. Pelepasan simpatis tersebut dicetuskan oleh tekanan tinggi intracranial, hipoksia otak atau lesi hipotalamus.

4) Kelainan jantung

Kelainan jantung berupa gangguan ritme jantung atau aritmia jantung, terjadi pada fase stroke akut. Sebanyak 50% menunjukkan ventrikuler ektopik berat, kelainan lain berupa ventrikuler takikardia, blok AV komplet, dan asistolik. Kelainan ini lebih sering pada gangguan sirkulasi anterior (sistem karotis). Pada penderita perdarahan subarachnoid, aritmia jantung dapat menyebabkan kematian. Kelainan jantung lainnya pada penderita stroke fase akut berupa kerusakan miokard disertai peninggian kadar enzim jantung pada serum, aritmia jantung dan peninggian kadar katekolamin plasma

5) Emboli paru

Berasal dari venafemoralis dan vena bagian ilioinguinal lebih tinggi dibandingkan vena di betis. Emboli paru biasanya terjadi secara mendadak dan merupakan kasus darurat medik. Emboli paru ditemukan pada 50%

penderita stroke yang meninggal dan kadang-kadang sebagai penyebab kematian

6) Kelumpuhan saraf tepi

Pada penderita stroke dapat terjadi lesi kompresi radikals dan saraf tepi yang bervariasi, terutama akibat anggota gerak yang lumpuh, tidak diletakkan dalam posisi yang baik. Saraf tepi yang sering terkena adalah nerves radialis, nerves ulnaris, nerves peroneus dan iskhidikus.

8. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Smeltzer & Bare (2008), pemeriksaan diagnostik yang sering dilakukan pada klien stroke antara lain:

- a. *CT scan*. Pemeriksaan awal untuk menentukan apakah klien termasuk stroke hemoragik. Pemeriksaan ini dapat melihat adanya edema, hematoma, iskemia dan infark.
- b. *Angiografi serebral*. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri, ada tidaknya oklusi atau ruptur.
- c. Pungsi Lumbal. Menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli serebral, TIA.
- d. MRI. Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, kelainan bentuk arteri-vena.
- e. EEG. Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

9. Penatalaksanaan (stroke akut)

Klien yang koma saat masuk ke rumah sakit dinilai mempunyai prognosis yang buruk. Sebaliknya klien sadar penuh akan mempunyai harapan yang lebih baik. Dengan memepertahankan jalan napas dan ventilasi yang cukup adalah prioritas utama pada fase akut. Menurut Smeltzer et al (2008). Intervensi yang dilakukan pada fase akut antara lain:

- a. Klien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala di

tempat tidur ditinggikan 15-30 derajat dsampai tekanan serebral berkurang.

- b. Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk klien dengan stroke massif, karena pada situasi ini henti pernapasan dapat mengancam kehidupan.
- c. Memantau adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflek jalan napas, imobilitas atai hipoventilasi.
- d. Periksa jantung untuk melihat abnormalitas ukuran, irama serta tanda gagal jantung kongestif.

D. Konsep teori Oral Hygiene

1. Definisi

Oral hygiene adalah tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan gusi (Clark, dalam Shocker, 2008). Dan menurut Taylor, et al (dalam Shocker, 2008), *oral hygiene* adalah tindakan yang ditujukan untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa mulut, mencegah infeksi dan melembabkan membran mulut dan bibir. Sedangkan menurut Hidayat dan Uliyah (2005), *oral hygiene* merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang dihospitalisasi. Tindakan ini dapat dilakukan oleh pasien yang sadar secara mandiri atau dengan bantuan perawat. Untuk pasien yang tidak mampu mempertahankan kebersihan mulut dan gigi secara mandiri harus dipantau sepenuhnya oleh perawat. Menurut Perry, ddk (2005), pemberian asuhan keperawatan untuk membersihkan mulut pasien sedikitnya dua kali sehari.

b. Tujuan

Menurut Clark (dalam Shocker, 2008), tujuan dari tindakan *oral hygiene* adalah sebagai berikut:

- 1). Mencegah penyakit gigi dan mulut
- 2). Mencegah penyakit yang penularannya melalui mulut.
- 3).Mempertinggi daya tahan tubuh

4).Memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan.

Sedangkan menurut Hidayat dan Uliyah (2005), tujuan dari tindakan *oral hygiene*, adalah:

- 1). Mencegah infeksi gusi dan gigi.
- 2). Mempertahankan kenyamanan rongga mulut.

c. Bahaya kurangnya kebersihan mulut

Tujuan utama dari kesehatan rongga mulut adalah untuk mencegah penumpukan plak dan mencegah lengketnya bakteri yang terbentuk pada gigi. Akumulasi plak bakteri pada gigi karena hygiene mulut yang buruk adalah faktor penyebab dari masalah utama kesehatan rongga mulut, terutama gigi. Kebersihan mulut yang buruk memungkinkan akumulasi bakteri penghasil asam pada permukaan gigi. Asam *demineralizes* email gigi menyebabkan kerusakan gigi (gigi berlubang). Plak gigi juga dapat menyerang dan menginfeksi gusi menyebabkan penyakit gusi dan periodontitis. Banyak masalah kesehatan mulut, seperti sariawan, mulut luka, bau mulut dan lain-lain dianggap sebagai efek dari kesehatan rongga mulut yang buruk. Sebagian besar masalah gigi dan mulut dapat dihindari hanya dengan menjaga kebersihan mulut yang baik (Forthnet, 2010).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi oral hygiene menurut perry dan potter (2012) yaitu:

- 1) Citra tubuh
- 2) Praktik social
- 3) Status social
- 4) Pengetahuan
- 5) Kebudayaan
- 6) Pilihan pribadi
- 7) Kondisi fisik

e. Oral hygiene pada pasien stroke

Stroke adalah penyebab utama kecacatan pada orang dewasa. Pada klien stroke dapat terjadi paralisis, kelemahan, kelumpuhan, hilangnya sensasi di wajah, kesulitan berbicara, kesulitan menelan dan gangguan kesadaran (O.L Lam et al, 2013). Kesulitan menelan dan gangguan kesadaran mengakibatkan klien rentan mengalami kekeringan sekresi saliva akibat ketidakmampuan menelan air liur, makan, minum, bernafas melalui mulut dan memperoleh terapi oksigen. Masalah sekresi saliva mengakibatkan timbulnya mikroorganisme dalam rongga mulut (Perry and Potter, 2012).

Pasien stroke rentan terhadap masalah kesehatan mulut seperti penyakit periodontal karena keterbatasan diaktifitas mereka sehari-hari. Masalah ini bisa menjadi lebih buruk saat pasien dirawat di unit perawatan intensif (ICU) karena beberapa hal yaitu: (1) pasien dirawat karena kesadaran rendah dan pergerakan yang membatasi aktifitas perawatan diri dan dapat menyebabkan kerusakan kebersihan mulut, (2) pasien tidak bisa mengkonsumsi makanan secara oral dan mengurangi sekresi air liur, yang bisa menyebabkan kekeringan di mulut, (3) sering menggunakan endotrakeal dan tabung nasogastric juga bisa membuat mulut pasien kering dan menghambat pemeliharaan kebersihan mulut, (4) perawatan kebersihan mulut cenderung diabaikan karena pasien dapat menunjukkan tanda vital dan medis yang tidak stabil dan petugas medis mungkin tidak menganggap kebersihan mulut memiliki dampak bagus pada kehidupan pasien (Kim et al, 2014).

Masalah kesehatan mulut meliputi kandidiasis, ulkus mukosa, karies gigi akibat plak, periodontitis, dan perdarahan. Bila mulut pasien tidak bersih, patogen seperti staphylococcus aureus resisten methicillin atau pseudomonas aeruginosa membentuk sebuah cluster, meningkatkan risiko ventilator aspirasi pneumonia (VAP). Oleh karena itu, oral hygiene perlu dilakukan untuk mengurangi risiko

infeksi rumah sakit sekunder sebagai juga untuk mencegah masalah kesehatan mulut (Kim et al,2014).

E. Clorhexidine

1. Definisi

Clorhexidine adalah suatu antimikroba yang termasuk golongan bisbiguanide yang umumnya digunakan dalam bentuk glukonatnya. *Clorhexidine* merupakan antimikroba spectrum luas yang menyerang bakteri gram positif dan negative, bakteri ragi, jamur, protozoa, alga dan virus. *Clorhexidine* merupakan antimikroba yang mempunyai efek bakterisidal dan bakteristatik terhadap bakteri gram (+) dibandingkan dengan bakteri gram (-). *Clorhexidine* lebih efektif terhadap bakteri gram (+) dibandingkan dengan bakteri gram (-). *Clorhexidine* sangat efektif mengurangi radang gingiva, akumulasi plak, dan plak kontrol pada perawatan radang gingiva (Akca et al, 2016).

Clorhexidine juga tidak dilaporkan memiliki bahaya terhadap pembentukan substansi karsinogenik. *Clorhexidine* sangat sedikit diserap oleh saluran gastrointestinal. Oleh karena itu *Clorhexidine* memiliki toksisitas yang rendah (Akca et al 2016).

2. Indikasi

Chlorhexidine dapat digunakan pada :

- a. Gingivitis
- b. Lesi intra oral
- c. Denture stomatitis
- d. Acute aphtous ulcer.
- e. Periodontitis
- f. Menghambat pembentukan plak
- g. Mencegah karies
- h. Mencegah terjadinya osteitis alveolar pasca pencabutanmolar ketiga yang impaksi

3. Kontraindikasi

Pasien yang memiliki hipersensitifitas terhadap Chlorhexidine

4. Efek samping

Efek samping yang dapat ditimbulkan oleh Chlorhexidine terutama dalam jangka waktu yang panjang diantaranya :

- a. taste alteration
- b. staining/ pewarnaan pada gigi, lidah dan restorasi
- c. iritasi mukosa
- d. deskuamasi mukosa
- e. contact dermatitis
- f. photosensitivity
- g. transient parotitis

5. Interaksi Obat

Jika chlorhexidine digunakan bersamaan dengan obat-obat dibawah ini, maka akan menimbulkan efek seperti reaksi disulfiram, yaitu seperti mual, muntah, pusing, muka merah, napas pendek, sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, palpitasi jantung, dan mungkin juga pingsan

- a. Alkohol
- b. Disulfiram
- c. Metronidazole

6. Sediaan

- a. Mouthwash mengandung 0.12% atau 0.2% chlorhexidine.
- b. Gel mengandung 1% chlorhexidine.
- c. Spray mengandung 0.2% chlorhexidine.

7. Dosis

- a. Mencegah plak

Berkumur-kumur dengan larutan 0,12%

- b. Gingivitis

Berkumur dengan 15 ml chlorhexidine 0,2 atau 0,12% selama 30 detik setelah menggosok gigi dan flossing.

- c. Denture stomatiti

Rendam gigi tiruan dengan chlorhexidine selama 1- 2 menit kemudian pasien berkumur sesuai petunjuk

8. Farmakokinetik

Chlorhexidine sangat sedikit diserap oleh saluran gastrointestinal, oleh karena itu CHX memiliki toksisitas yang rendah. Chlorhexidine diabsorpsi ke permukaan gigi atau mukosa oral, dental plak untuk kemudian dilepas dalam level terapeutik sehingga lebih efektif dalam mengontrol pertumbuhan plak bakteri. 30% dipertahankan dalam

rongga mulut dan kemudian dirilis perlahan.

9. Farmakodinamik

Chlorhexidine dapat menyebabkan kematian sel bakteri dengan menimbulkan kebocoran sel (pada pemaparan chlorhexidine konsentrasi rendah) dan koagulasi kandungan intraselular sel bakteri (pada pemaparan chlorhexidine konsentrasi tinggi).

Chlorhexidine akan diserap dengan sangat cepat oleh bakteri dan penyerapan ini tergantung pada konsentrasi chlorhexidine dan pH. Chlorhexidine menyebabkan kerusakan pada lapisan luar sel bakteri, namun kerusakan ini tidak cukup untuk menyebabkan kematian sel atau lisisnya sel. Kemudian chlorhexidine akan melintasi dinding sel atau membran luar, diduga melalui proses difusi pasif, dan menyerang sitoplasmik bakteri atau membrane dalam sel bakteri. Kerusakan pada membrane semipermeabel ini akan diikuti dengan keluarnya kandungan intraselular sel bakteri. Kebocoran sel tidak secara langsung menyebabkan inaktivasi selular, namun hal ini merupakan konsekuensi dari kematian sel. Chlorhexidine konsentrasi tinggi akan menyebabkan koagulasi (penggumpalan) kandungan intraselular sel bakteri sehingga sitoplasma sel menjadi beku, dan mengakibatkan penurunan kebocoran kandungan intraselular. Jadi terdapat efek bifasik (memiliki 2 fase) *chlorhexidine* pada permeabilitas membran sel bakteri, dimana peningkatan kebocoran kandungan intraselular akan bertambah seiring bertambahnya konsentrasi *chlorhexidine*, namun kebocoran ini akan menurun pada *chlorhexidine* konsentrasi tinggi akibat koagulasi dari sitosol (cairan yang terletak di dalam sel) sel bakteri.

Chlorhexidine dikenal sangat baik dalam mencegah terbentuknya plak pada gigi. Dasar yang kuat untuk mencegah terbentuknya plak adalah terjadinya ikatan antara CHX dengan molekul-molekul permukaan gigi antara lain polisakarida, protein, glikoprotein, saliva, pelikel, mukosa serta permukaan hidroksiapatit. Akibat adanya ikatan-ikatan tersebut maka pembentukan plak dihambat. Hal ini juga dipengaruhi oleh konsentrasi dari medikasi, pH, temperatur, lamanya waktu kontak larutan dengan struktur rongga mulut. Penyelidikan lain secara in vitro, CHX yang

diserap oleh hidroksiapatit pada permukaan gigi dan mucin pada saliva, kemudian dilepas dalam bentuk yang aktif, yang menyebabkan efek antimikroba diperpanjang sampai 12 jam, keadaan ini yang menjadi dasar aktivitas CHX dalam menghambat plak.

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk RS, nomor register dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo dan sulit berkomunikasi.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsioral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau stroke sebelumnya.

a. Pengkajian fokus

1). Aktivitas / istirahat

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, mudah lelah dan susah tidur.

2). Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, CHF, polisitemia dan hipertensi.

3). Integritas ego

Emosi labil, respon yang tak tepat, mudah marah, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

4). Eliminasi

Perubahan kebiasaan BAB dan BAK. Misalnya inkontinensia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

5) Makanan / cairan

Nausea, vomiting, daya sensori hilang di liah, pipi, tenggorokan, disfagia.

6). Neuro sensori

Pusing, sinkope, sakit kepala, perdarahan sub arachnoid dan intrakranial. Kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan, dyspalopia, lapang pandang menyempit. Hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

7). Nyaman / nyeri

Sakit kepala, perubahan aktivitas, kelemahan.

8). Respirasi

Ketidakmampuan menelan, batuk.

9). Keamanan

Sensori motorik menurun atau hilang, mudah terjadi injury. Perubahan persepsi dan orientasi. Tidak mampu menelan dan tidak mampu mengambil keputusan.

10). Interaksi sosial

Ketidak mampu dalam bicara dan berkomunikasi

2. Diagnosa Keperawatan
 - a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler
 - b. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular
 - c. Defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, eliminasi berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
 - d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
 - e. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik
 - f. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
 - g. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kesadaran
3. Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 3.1 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
1.	(00201) ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan cerebro vaskular	Perfusi Jaringan (0422) ; Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak teratasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Aliran darah melalui pembuluh darah jantung (5) • Aliran darah melalui pembuluh darah pulmonari (5) • Aliran darah melalui pembuluh darah cerebral (5) • Aliran darah melalui pembuluh perifer (5) 	Monitor neurologi (2620) 1.1. Monitor tingkat kesadaran. 1.2. Monitor tingkat orientasi. 1.3. Monitor kecendrungan skala koma glasgow 1.4. Monitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi, dan respirasi. 1.5. Monitor terhadap adanya tremor. 1.6. Beri jarak kegiatan keperawatan yang diperlukan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial. Manajemen Edema Serebral (2540): 1.7. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan. 1.8. Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal 1.9. Monitor tanda-tanda

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
		<ul style="list-style-type: none"> • Aliran darah melalui pembuluh darah pada tingkat sel (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi berat dari kisaran normal. 2. Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal 3. Deviasi sedang dari kisaran normal. 4. Deviasi ringan dari kisaran normal. 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal. 	<p>vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.10. Monitor karakteristik cairan serebrospinal : warna, kejernihan, konsistensi 1.11. Catat cairan serebrospinal 1.12. Monitor TIK dan CPP 1.13. Analisa pola TIK 1.14. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien. 1.15. Catat perubahan pasien dalam berespon terhadap stimulus. 1.16. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat atau lebih 1.17. Dorong keluarga/orang yang penting untuk bicara pada pasien.
2.	<p>(00051) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis.</p>	<p>Komunikasi (1902) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah hambatan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan bahasa yang tertulis (5) • Menggunakan bahasa lisan : vocal (5) • Menggunakan bahasa lisan : esofagus (5) • Kejelasan bicara (5) • Menggunakan bahasa isyarat (5) • Menggunakan bahasa non verbal • Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat (5) 	<p>Peningkatan Komunikasi : Kurang Bicara (4976)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi. 2.2 Monitor pasien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan, depresi, atau respon-respon lain disebabkan karena adanya gangguan kemampuan berbicara. 2.3 Kenali emosi dan perilaku fisik (pasien), sebagai bentuk komunikasi (mereka). 2.4 Sediakan metode alternatif untuk berkomunikasi dengan berbicara (misalnya, menulis dimeja, menggunakan kartu, kedipan mata, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, tanda dengan tangan atau postur) 2.5 Sesuaikan gaya komunikasi untuk

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
		<p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>memenuhi kebutuhan pasien (misalnya, berdiri di depan pasien saat berbicara, mendengarkan dengan penuh perhatian, menyampaikan satu ide atau pemikiran pada satu waktu, bicara pelan untuk menghindari berteriak, gunakan komunikasi tertulis, atau bantuan keluarga dalam memahami pembicaraan pasien).</p> <p>2.6 Ungkapkan pertanyaan dimana pasien dapat menjawab dengan menggunakan jawaban sederhana ya atau tidak</p> <p>2.7 Ijinkan pasien untuk sering mendengar suara pembicaraan, dengan cara yang tepat.</p> <p>2.8 Gunakan penterjemah, jika diperlukan.</p>
3.	<p>(00085) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>Pergerakan (0208)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik teratasi dengan 29riteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keseimbangan (5) • Koordinasi (5) • Cara berjalan (5) • Gerakan otot (5) • Gerakan sendi (5) • Kinerja pengaturan tubuh (5) 	<p>Peningkatan Mekanika Tubuh (0140) :</p> <p>3.1 Kaji komitmen pasien untuk belajar dan menggunakan postur (tubuh) yang benar</p> <p>3.2 Kolaborasikan dengan fisioterapi dalam mengembangkan peningkatan mekanika tubuh, sesuai indikasi</p> <p>3.3 Kaji pemahaman pasien mengenai mekanika tubuh dan latihan (misalnya, mendemonstrasikan kembali teknik melakukan aktivitas/ latihan yang benar)</p> <p>3.4 Instruksikan untuk menghindari tidur dengan posisi</p>

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
		<ul style="list-style-type: none"> • Kinerja tranfer (5) • Berlari (5) • Melompat (5) • Merangkak (5) • Berjalan (5) • Bergerak dengan mudah (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>telungkup</p> <p>3.5 Bantu untuk mendemonstrasikan posisi tidur yang tepat</p> <p>3.6 Instruksikan pasien untuk menggerakkan kaki terlebih dahulu kemudian badan ketika memulai berjalan dari posisi berdiri</p> <p>3.7 Bantu pasien/ keluarga untuk mengidentifikasi latihan postur (tubuh) yang sesuai</p> <p>3.8 Edukasi pasien/ keluarga tentang frekuensi dan jumlah pengulangan dari setiap latihan</p> <p>3.9 Monitor perbaikan portur (tubuh)/ mekanika tubuh pasien</p> <p>3.10 Berikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi.</p> <p>Bantuan perawatan diri (1800)</p> <p>3.11. monitor kemampuan diri pasien secara mandiri.</p> <p>3.12. Berikan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan [lingkungan] yang hangat, santai, tertutup dan [berdasarkan] pengalaman individu.</p> <p>3.13. Ciptakan rutinitas aktivitas perawatan diri.</p>
4.	(000102) Devisit perawatan diri : mandi/hygiene	Perawatan Diri : Mandi/hygiene Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah devisit perawatan diri : mandi/hygiene teratasi dengan	Perawatan diri 4.1 observasi dokumentasi dan laporkan kemampuan kognitif pasien setiap hari 4.2 Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan mengenai deficit

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
		kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan perawatan diri pasien dapat terpenuhi (5) • Melakukan program hygiene dan mandi (3) Indikator : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	perawatan diri <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Pantau pencapaian mandi dan hygiene setiap hari 4.4 Sediakan alat bantu untuk mandi dan perawatan hygiene setiap hari 4.5 Bantu klien memenuhi kebutuhan perawatan diri Pemeliharaan kesehatan mulut (1710) lakukan perawatan mulut secara rutin. <ol style="list-style-type: none"> 4.6 Monitor gigi [yang] meliputi warna, kebersihan dan ada tidaknya debris. 4.7 Monitor tanda dan gejala glossitis serta stomatitis. 4.8 Fasilitasi [aktifitas] menyikat gigi dengan [menggunakan] interval yang teratur. 4.9 Rekomendasikan diet yang sehat dengan intake air yang adekuat.
5.	(00047) Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor mekanik(imobilitas)	Integritas Jaringan : Kulit dan Membran Mukosa (1101) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah kerusakan integritas kulit teratasi dengan 31 kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Suhu kulit (5) • Keringat (5) • Tekstur (5) • Sensasi (5) 	Pengecekan Kulit (3590) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Periksa kulit dan selaput lendir terkait dengan adanya kemerahan, kehangatan ekstrim, edema, atau drainase 5.2 Monitor warna dan suhu kulit 5.3 Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet. 5.4 Monitor kulit untuk adanya kekeringan yang berlebihan dan kelembaban 5.5 Monitor sumber tekanan dan gesekan. 5.6 Periksa pakaian yang terlalu ketat

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
		<ul style="list-style-type: none"> • Ketebalan (5) • Integritas kulit (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>5.7 Dokumentasikan perubahan membran mukosa</p> <p>5.8 Lakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan lebih lanjut (misalnya, melapisi kasur, menjadwalkan reposisi).</p> <p>Pencegahan Luka Tekan (3540)</p> <p>5.9. Dokumentasikan riwayat terjadinya luka tekan sebelumnya.</p> <p>5.10. Dokumentasikan gambaran perkembangan kulit setiap hari mulai dari hari pertama dirawat.</p> <p>5.11. Monitor ketat area yang mengalami kemerahan.</p> <p>5.12. Hindarkan kulit dari kelembaban berlebihan yang berasal dari keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau BAK.</p> <p>5.13. Ubah posisi pasien dengan teknik yang benar (misalnya., menghindari untuk menggeser pasien) dan untuk mencegah trauma pada kulit serta ubah posisi setiap 2jam. Serta lakukan <i>massage</i> di daerah yang terjadi tekanan untuk mencegah kerusakan jaringan kulit</p>

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
			5.14. Ajarkan anggota keluarga atau yang merawat [pasien] mengenai tanda-tanda kulit tidak utuh.
6	Resiko infeksi dengan faktor resiko Invasif Prosedur	<p>Kontrol Risiko : Proses Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, risiko infeksi tidak menjadi aktual dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mencari informasi terkait faktor kontrol infeksi • Mengidentifikasi faktor risiko infeksi • Mengenali faktor risiko infeksi • Mengidentifikasi risiko infeksi dalam aktifitas sehari hari • Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi • Mencuci tangan • Mempertahankan lingkungan yang bersih • mempraktikkan strategi untuk mengontrol infeksi <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak Pernah Menunjukkan 2. Jarang Menunjukkan 3. Kadang-kadang Menunjukkan 4. Sering Menunjukkan 5. Secara Konsisten 	<p>Kontrol Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien. 6.2. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai. 6.3. Anjurkan pasien mengenai teknik cuci tangan dengan tepat 6.4. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien. 6.5. Batasi jumlah pengunjung 6.6. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien. 6.7. Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi. 6.8. Lakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal. 6.9. Pakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan oleh kebijakan pencegahan universal/ Universal Precaution. 6.10. Pakai pakaian ganti atau jubah saat menangani bahan-bahan yang infeksius. 6.11. Pakai sarung tangan steril dengan tepat. 6.12. Gosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
			<p>sesuai.</p> <p>6.13. Cukur dan siapkan daerah untuk persiapan prosedur invasif dan/ atau operasi sesuai indikasi.</p> <p>6.14. Ganti iv periver dan tempat saluran penghubung serta balutannya sesuai dengan pedoman CDC saat ini.</p> <p>6.15. Pastikan penanganan aseptik dari semua saluran iv.</p> <p>6.16. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat.</p> <p>6.17. Tingkatkan intake nutrisi yang adekuat.</p> <p>6.18. Dorong intake cairan yang sesuai.</p> <p>6.19. Dorong untuk beristirahat.</p> <p>6.20. Berikan terapi antibiotik yang sesuai.</p> <p>6.21. Anjurkan pasien untuk meminum antibiotik seperti yang diresepkan.</p> <p>6.22. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan</p>
7	Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan anggota gerak	<p>NOC :</p> <p>Perilaku Pencegahan Jatuh</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam , kejadian jatuh tidak terjadi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta bantuan (4) 2. menempatkan penghalang untuk mencegah jatuh (3) 3. menyediakan 	<p>NIC:</p> <p>Pencegahan jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 7.2 Bantu ambulasi individu yang memiliki ketidakseimbangan 7.3 Letakkan benda-benda dalam jangkauan yang mudah bagi pasien 7.4 Instruksikan pasien untuk memanggil bantuan terkait pergerakan, dengan tepat

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
		<p>bantuan untuk bergerak (3)</p> <p>Keterangan: 1: tidak pernah menunjukan 2: jarang menunjukan 3: kadang-kadang menunjukan 4: sering menunjukan 5: secara konsisten menunjukan</p>	<p>7.5 Sediakan pencahayaan yang cukup dalam rangka meningkatkan pandangan</p> <p>Manajemen lingkungan</p> <p>7.6 Singkirkan barang berbahaya dari lingkungan jika diperlukan</p> <p>7.7 Sediakan alat untuk beradaptasi (pegangan tangan)</p> <p>7.8 Gunakan peralatan perlindungan (fiksasi atau pagar pada sisi <i>bed</i>) untuk membatasi mobilitas fisik.</p>

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus	52
B. Keluhan Utama	52
C. Data Khusus	53
D. Analisa Data.....	53
E. Diagnosa Keperawatan	69
F. Intervensi inovasi	71
G. Intervensi keperawatan	74
H. Implementasi Keperawatan.....	78
I. Evaluasi Keperawatan.....	83

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik	90
B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	92
C. Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Penelitian Terkait	95
D. Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan	100

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari pelaksanaan analisis kasus klien Bapak B dengan SNH dan ini dibuat berdasarkan tujuan khusus penulisan sebagai berikut :

1. Berdasarkan analisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis Stroke non Haemoragik. Telah dapat dianalisa kasus kelolaan klien dengan SNH dan di ruang Stroke Centre RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dimana didapatkan diagnosa keperawatan berupa ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, masalah defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan hambatan mobilitas, resiko jatuh dengan faktor resiko penurunan kekuatan ekstremitas kanan.
2. Menganalisa intervensi inovasi oral hygiene yang diterapkan secara kontinyu pada klien SNH di ruang Stroke Centre RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dan diperoleh hasil bahwa pemberian oral hygiene dengan menggunakan clorhexidine 0,2 % dapat mengurangi infeksi mulut. Hal ini terlihat setelah pemberian terapi inovasi selama 3 hari berkurangnya tanda-tanda infeksi pada mulut ditandai dengan mulut lembab, bau mulut berkurang

B. Saran

1. Bagi perawat
 - a. Perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan terkait Stroke non haemoragic, pencegahan dan penatalaksanaan kepada klien dan keluarga. Edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan klien dan mempertimbangkan keadaan saat klien pulang ke rumah. Pemberian edukasi sebaiknya selama klien dirawat sehingga dapat dievaluasi.

- b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada klien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk penyakit stroke non haemoragik.
- c. Perawat juga dapat menerapkan pemberian oral hygiene dengan clorhexidine 0,2% dimana intervensi ini diharapkan akan dapat mengurangi infeksi mulut

2. Bagi Klien

Klien sebaiknya mengubah gaya hidup lebih sehat, aktifitas fisik yang teratur, pola makan yang teratur, mematuhi program pengobatan, rutin kontrol ke rumah sakit.

3. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Agar meningkatkan bimbingan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada klien dengan Stroke Non Haemoragik atau Stroke Haemoragik.
- b. Diharapkan bagi penulis selanjutnya agar dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang bisa meningkatkan infeksi bau mulut klien stroke yang mengalami kelemahan pada bagian ekstremitas. Hal ini tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. 2014. *Stroke and High Blood Pressure*. [dikutip pada tanggal 5 Januari 2019]. Diakses dari: <http://www.heart.org>
- Ariyani TA. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. penerbit Salemba Medika. Jakarta.
- Brunner & Suddart. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol 3. Penerbit EGC. Jakarta.
- Batticaca Fransisca, C. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Chang, Esther. 2010. *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Ganong. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Harsono, 2009, *Kapita Selekta Neurologi*. Edisi Kedua Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Hidayat, Rachmat. 2016. *Kesehatan Gigi dan Mulut Apa yang Sebaiknya Anda tahu?*. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- <http://www.depkes.go.id>. *Riskesda*. 2013. Departemen Kesehatan RI. Diunduh 22 Desember pukul 11.00 WITA.
- Irianto, Koes. 2017, *Anatomi Dan Fisiologi Edisi Revisi*. Bandung: Alfabeta.
- Judha, Muhammad. 2016. *Rangkuman Sederhana Anatomi Dan Fisiologi Untuk Mahasiswa Kesehatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. and Shirlee J. Snyder, alih bahasa Pamilih Eko Karyuni, dkk. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume I*. Jakarta : EGC
- Lam, OLT, McMilan, AS, Lakshman, P, & Mcgrath. 2013. "Effect of Oral Hygiene Interventions Of Opportunistic Pathogens in Patient After Stroke". *American Journal Of Infection Control*, 41 (2). Elsevier Inc: 149-54 doi: 10.1016/j.ajic. 2012.02.020
- Lloyd-Jones D., Adams R., Carnethon M., Simone G., Ferguson B., Flegal K. 2009. Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update : A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 119:e21-e181. Maas, Matthew et al. 2009. *International Physician Neurology Board Review Manual, Neurology Volume 13, Part 1*. di akses pada tanggal 28 Desember, 2017 http://www.turner-white.com/pdf/brm_Neur_V13P1.pdf
- Muttaqin, Arif, 2008, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Jakarta: Salemba Medika
- Manurung, Nixon. 2014. *Hubungan pelaksanaan Oral hygiene dengan kejadian infeksi rongga mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan*.
- Nanda International. 2015. *Diagnosa Keperawatan. Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Penerbit EGC. Jakarta.
- Nursing Interventions Classification (NIC)*. 2016. Edisi Keenam. CV Mocomedia. Yogyakarta.
- Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2016. Edisi Keenam. CV Mocomedia. Yogyakarta.
- Nurhidayat , Rosjidi. 2008. *Buku Ajar Perawatan dan Stroke*. Ardana Media . Jogjakarta.
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2008). *Fundamental Of Nursing: Concepts, Procces and practice*, St Louis: CV Mosby Company
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesda). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013
- Sidharta P. 2008. *Neurologi Klinis Dasar*. Dian Rai . akarta .

Siskanigrum, Aulia. 2018. *Perbedaan Efektifitas Antara Oral Hyigene Clorhexidine Dengan Povidone Iodine Terhadap Pertumbuhan Kolonisasi Staphylococcus Aureus Dan Candida Albicans Pada Klien Stroke*. Universitas Airlangga: Surabaya

Smeltzer C. Suzzane. 2007. *Buku Ajar Keperawatann Medikal Bedah*. EGC: Jakarta
Yayasan Stroke Indonesia. (2012). YASTROKI. <http://www.yastroki.or.id>

Zand , F. 2017. “*The Effect of oral rinse with 0,2% and 2% clorhexidine on oropharygeal colonization and ventilator associated pneumonia in adults’ intensive care units*”. *Jurnal of critical care*, Elsevier Inc, 40, pp. 318-322, doi 10.1016/j.jrc.2017.02.029