BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Konsep Stroke

a. Definisi Stroke

Stroke adalah penyakit bagian neurologi atau sistem persyarafan yang terjadi secara cepat dan juga secara tiba-tiba penyebabnya adalah gangguan aliran darah menuju otak. Aliran darah yang terganggu tersebut dibagi menjadi dua macam penyebab yaitu karena terdapat penyumbatan di bagian pembuluh darah atau terjadinya ruptur pembuluh darah. Karena adanya aliran yang terhambat tersebut maka mengakibatkan fungsi dari otak itu sendiri mengalami kehilangan dikarenakan terhambatnya suplai darah ke bagian otak (Sari *et al*., 2021).

Stroke adalah perubahan *neurologis* yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah dibagian otak. Hal ini terjadi karena kematian jaringan otak (*infark serebral*) karena kurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Wardhani *et al*., 2024). Dimana hilangnya fungsi *neurologis* secara cepat karena adanya gangguan perfusi pembuluh darah pada otak yang terjadi dengan cepat (tiba-tiba) dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak (Retnaningsih *et al*., 2024).

Disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan fungsi *neurologis* yang berlangsung selama 24 jam atau lebih disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak atau bisa disebabkan karena pecahnya pembuluh darah otak. Sehingga menimbulkan berbagai masalah dalam sistem *neurologis* sampai dengan kematian.

b. Klasifikasi dan Etiologi Stroke

Secara garis besar, klasifikasi dan etiologi stroke ada dua jenis yaitu (Retnaningsih *et al*., 2024):

1) Stroke Iskemik (Stroke Sumbatan)

Kejadian stroke iskemik paling sering terjadi sekitar 80% dari semua stroke. Stroke iskemik disebabkan karena oleh oklusi pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan berhentinya aliran darah ke otak. Stroke ini diakibatkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Stroke iskemik ada dua macam yaitu :

a) Stroke Emboli yaitu stroke yang diakibatkan bekuan darah atau plak yang terbentuk dari jantung atau pembuluh darah arteri besar yang tersangkut menuju ke pembuluh darah arteri otak.

b) Stroke Trombolitik yaitu bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh darah arteri yang mensuplai darah ke otak.

2) *Stroke hemoragik* (stroke perdarahan)

Kejadian *stroke hemoragik* sekitar 20% dari semua stroke, disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Ada dua *stroke hemoragik*, yaitu :

a) Perdarahan *Intraserebral* yaitu pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati, sehingga menyebabkan kerja otak berhenti. Penyebab tering adalah hipertensi.

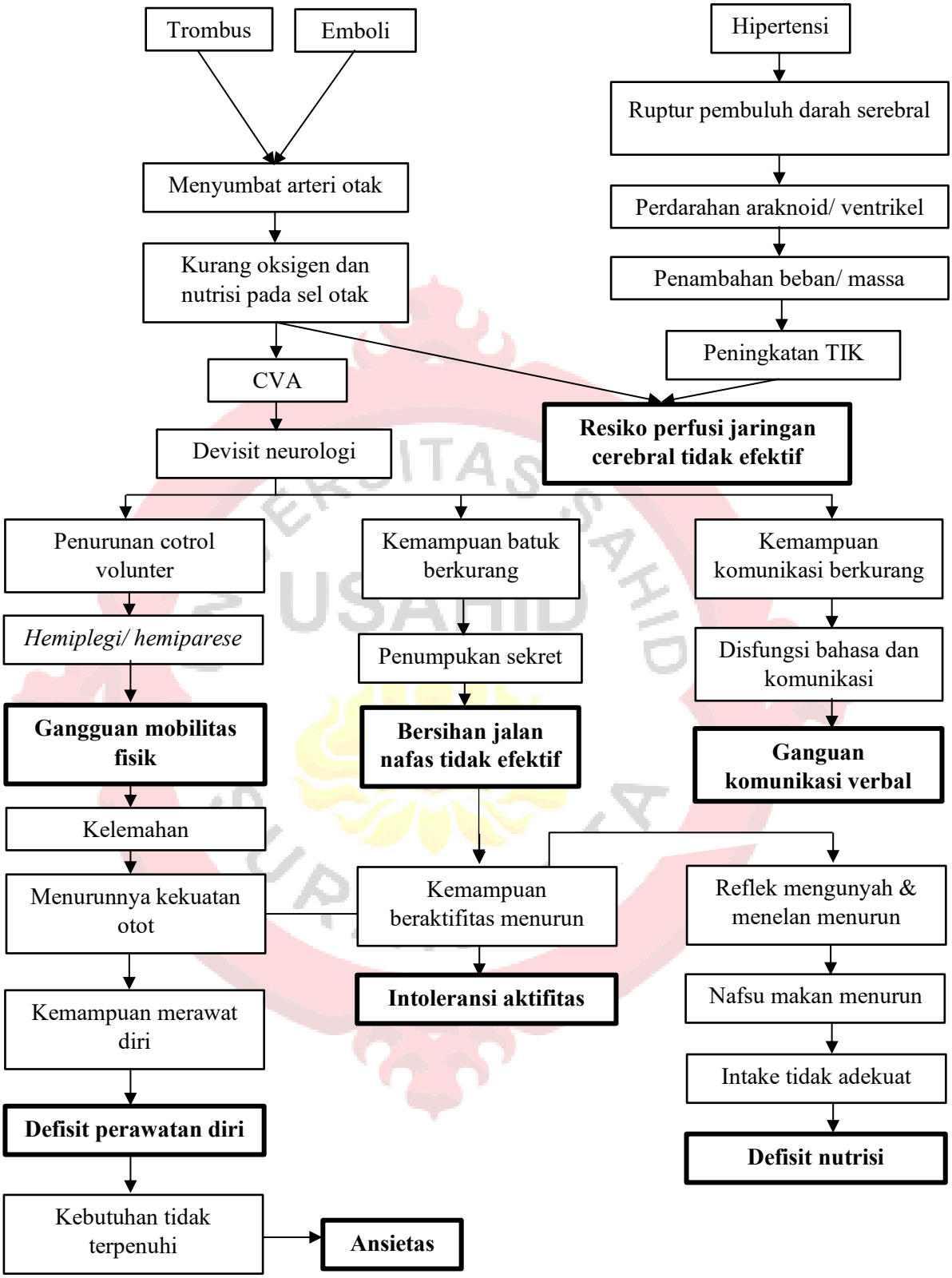
b) Perdarahan *Subarachnoid* yaitu pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak. Penyebabnya bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karena pecahnya *aneurisma*.

c. Patofisiologi Stroke

1) *Stroke Iskemik,* penyebab tersering dikarenakan adanya *trombus* atau *embolus* yang mengalami penyumbatan aliran darah otak. Berkembangnya *Aterosklerosis* pada dinding pembuluh darah merupakan penyebab utama *thrombus* sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Penyebab emboli adalah embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis, bila terjadi blok pada arteri tersebut akan menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan

terjadi gangguan *neurologis* fokal, emboli juga bisa menyebabkan pecahnya dinding pembuluh darah (Kusyani & Khayudin, 2022).

2) *Stroke Hemoragik*, pecahnya pembuluh darah otak mengakibatkan darah mengalir ke substansi atau ruang subaraknoid yang menimbulkan perubahan pada komponen area intrakranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan tersebut tidak dapat dikompensasi oleh tubuh akan menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak, sehingga akan menimbulkan kematian. Darah yang mengalir ke substansi otak juga dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak, adanya penekanan pada pembuluh darah otak dapat menyebabkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak (Kusyani & Khayudin, 2022).



Gambar 2.1 Pathway Stroke

Sumber : Asri Kusyani & Bayu Akbar Khayrudin (2022).

d. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien yang mengalami serangan stroke dengan menggunakan FAST yaitu (Retnaningsih, 2023):

1) F atau *Face* (wajah): salah satu sisi mulut atau wajah terlihat turun sebelah atau tidak simetris.
2) A atau *Arms* (lengan): salah satu lengan mati rasa atau lemah, atau jika kedua tangan diangkat, salah satu tangan terlihat lebih turun dari lengan satunya.
3) S atau *Speech* (bicara): sulit berbicara atau berbicara tidak jelas atau bahkan tidak dapat berbicara.
4) T atau *Time* (waktu): segera cari pertolongan medis

Tanda dan gejala umum pada pasien yang mengalami stroke yaitu sebagai berikut (Setiawan & Hartiti, 2020):

1) Mati rasa mendadak pada wajah, atau rasa lemah mendadak pada lengan, tungkai kaki, terutama pada satu sisi tubuh.
2) Mendadak sulit berjalan, kehilangan keseimbangan tubuh, atau koordinasi tubuh.
3) Merasa lemah atau tidak bertenaga.
4) Tiba-tiba pusing atau kehilangan keseimbangan.
5) Tiba-tiba menderita sakit kepala yang parah atau vertigo parah tanpa diketahui penyebabnya.
6) Bingung atau kesulitan bicara dan bicara pelo

7) Mulut mencong kekiri atau kekanan.
8) Separo badan terasa pegal, kesemutan dan panas seperti terkena cabai terbakar.
9) Lidah mencong bila dijulurkan.
10) Sulit menelan atau saat makan atau minum mudah tersedak.
11) Terasa tidak ada koordinasi antara yang dibicarakan dan yang dipikirkan.

e. Komplikasi Stroke

Stroke dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi, Komplikasi stroke yang mungkin muncul yaitu (Insana, 2021) :

1) *Deep Vein Thrombosis* (DVT) yaitu penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan, hal ini diakibatkan karena terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran didalam pembuluh darah vena tungkai terganggu.
2) *Hidrosefalus*, yaitu penumpukan cairan otak di dalam rongga jauh didalam otak (ventrikel).
3) *Disfagia,* stroke dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan sehingga dapat menyebabkan pneumonia aspirasi.
4) Gangguan Berbicara (*Disartria & Afasia*): Stroke dapat merusak area otak yang mengontrol kemampuan berbicara, menyebabkan kesulitan dalam mengucapkan kata-kata (*disartria*) atau memahami bahasa (*afasia*).

5) Perubahan Pengecapan: Beberapa pasien stroke mengalami perubahan dalam rasa makanan, yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan.

6) Mulut Kering (*Xerostomia*): Stroke dapat mengurangi produksi air liur, menyebabkan mulut kering. Mulut kering meningkatkan risiko kerusakan gigi dan penyakit gusi karena air liur membantu membersihkan bakteri dan meremineralisasi email gigi.

7) Penyakit Gusi dan Karies Gigi: Stroke dapat memperburuk kondisi kesehatan mulut yang sudah ada, seperti penyakit gusi, dan meningkatkan risiko kerusakan gigi karena kesulitan dalam menjaga kebersihan mulut.

8) Infeksi Mulut: Pasien stroke mungkin lebih rentan terhadap infeksi mulut karena kesulitan dalam menjaga kebersihan mulut dan sistem kekebalan tubuh yang mungkin terganggu.

f. Penatalaksanaan Stroke

1) Penatalaksanaan medis

Pasien dengan disabilitas neurologis yang signifikan harus segera dirawat, terutama di unit spesialistik. CT scan segera dilakukan agar dapat membedakan lesi stroke iskemik atau hemoragik. Dalam menangani gangguan sel otak kita dibatasi oleh waktu yang disebut dengan "*time window* atau *golden period*". Batasan waktunya sangat bervariasi yaitu antara 3 jam – 12 jam tergantung kondisi, usia, gizi, dan beratnya penyakit

penderita. Pada *time window* inilah kesempatan yang terbaik untuk menyelamatkan sel saraf yang walaupun fungsinya terganggu namun strukturnya masih utuh yang disebut dengan penumbra. Jaringan penumbra ini bisa bertahan sampai 12 jam. Oleh sebab itu terapi yang dapat memberikan hasil optimal apabila stroke iskemik diobati sebelum 12 jam setelah onset (Junaidi, 2016).

Pemberian terapi pada stroke secara umum bertujuan untuk stabilisasi jalan nafas dan stabilisasi hemodinamik. Stabilisasi jalan napas dilakukan dengan pemantauan secara terus menerus terhadap status neurologis, nadi, tekanan darah, suhu tubuh, dan saturasi oksigen dianjurkan dalam 72 jam, pada pasien dengan defisit neurologis yang nyata. Penanganan terapi jalan napas dianjurkan pemberian oksigen pada keadaan dengan saturasi oksigen < 95% atau perbaiki jalan nafas termasuk pemasangan pipa orofaring pada pasien yang tidak sadar serta berikan bantuan ventilasi pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

Stabilisasi hemodinamik dilakukan dengan pemantauan kecukupan cairan, pemantauan jantung serta optimalisasi tekanan darah. Terapi umum yang dapat diberikan dapat berupa pemasangan CVC *(Central Venous Catheter),* dengan tujuan untuk memantau kecukupan cairan dan sebagai sarana untuk memasukkan cairan dan nutrisi serta apabila terjadi hipotensi

arterial harus dihindari dan dicari penyebabnya, hipovolemia harus dikoreksi dengan pemberian larutan normal salin dan aritmia jantung yang mengakibatkan penurunan curah jantung sekuncup harus dikoreksi (Perdossi, 2019).

Tujuan pengobatan adalah mengembalikan aliran darah ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah stroke berulang, menurut terapi yang digunakan sebagai berikut (Mutiasari, 2016):

a) *Recombinant Tissue Plasminogen Activator* (R-tPA)

Pemberian R-tPA *(recombinant tissue plasminogen activator)* intravena yang cepat kepada pasien merupakan pengobatan yang tepat dan merupakan pusat pengolahan awal stroke iskemik. (Kuhrij *et al*., 2019).

b) Antiplatelet

Obat antiplatelet yang disetujui FDA (kombinasi aspirin, aspirin/*dipyridamole, clopidogrel* dan *ticlopidine*). Untuk mencegah cedera vascular pada pasien stroke atau TIA (Kernan *et al*. 2019).

c) Dipiridamol

Dipyridamole sendiri atau dalam kombinasi dengan aspirin dapat mengurangi penyakit serebrovaskular iskemik, kombinasi non-fatal, infark miokard non-fatal dan stroke

berulang pada pasien dengan riwayat kematian vaskular dibandingkan dengan aspirin saja.

d) Antikoagulan

Antikoagulan merupakan obat yang berperan dalam menurunkan polimerisasi fibrin dan pembentukan trombus pada koagulasi, tidak seperti agen trombolitik dan defribrinogen. (Rilianto, 2016).

e) Clopidogrel

Clopidogrel secara ireversibel memblokir reseptor ADP pada trombosit sehingga mencegah kaskade yang mengarah ke aktivitas reseptor GP IIb/IIIa. Dalam studi CAPRIE (*Clopidogrel versus Aspirin in Patient at Risk of Ischaemic Events*) pasien menerima 75 mg clopidogrel vs.325 mg aspirin dan serebrovaskular.

f) Cilostazol

Cilostazol dalam 36 uji coba terkontrol secara acak yang melibatkan 82.144 pasien, cilostazol secara signifikan lebih efektif daripada aspirin dan clopidogrel saja dalam pencegahan jangka panjang dari kejadian vaskular utama pada pasien stroke dan TIA. Cilostazol memiliki risiko perdarahan lebih rendah dibandingkan dengan aspirin dosis rendah (75-162 mg setiap hari) aspirin yang mengandung dipyridamole (50 mg setiap hari) dan clopidogrel.

g) Piracetam

Piracetam memiliki sifat neuroprotektif dan antitrombotik yang dapat mengurangi kematian dan kecacatan pada pasien dengan stroke akut. Piracetam telah terbukti memiliki efek menguntungkan ringan pada pasien afasia pasca stroke.

2) Penatalaksanaan keperawatan stroke

a) Penatalaksanaan penurunan kapasitas intrakranial

Monitoring tanda/gejala peningkatan TIK (seperti: penurunan kesadaran, muntah proyektil, bradikardia, pola nafas ireguler), Monitoring tanda-tanda vital pasien, Posisikan kepala lebih tinggi 15-30 derajat dari posisi tubuh, tirah baring di tempat tidur, pertahankan suhu tubuh normal.

b) Penatalaksanaan bersihan jalan nafas tidak efektif

Monitoring pola nafas, monitoring suara nafas tambahan, monitoring adanya benda asing pada jalan nafas (misalnya: sputum, sisa makanan), Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head-tilt* dan *chin-lift,* posisikan semi fowler, pantau lidah supaya tidak turun (pada pasien tidak sadar), lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik.

c) Penatalaksanaan perfusi perifer tidak efektif

Monitor sirkulasi perifer, monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pengukuran

tekananan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, lakukan pencegahan infeksi.

d) Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik

Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan jantung sebelum memulai ambulasi, lakukan alih baring setiap 2 jam jika tirah baring, bantu dalam melakukan rom aktif dan pasif.

e) Penatalaksanaan resiko gangguan integritas kulit

Lakukan alih baring setiap 2 jam jika tirah baring, lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, gunakan produk petroleum atau minyak pada kulit kering, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.

f) Penatalaksanaan resiko defisit nutrisi.

Identifikasi status nutrisi, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan, lakukan *oral hygiene* sebelum makan, berikan suplemen makanan bila perlu.

g) Penetalaksanaan defisit perawatan

Identifikasi kebiasaan perawatan diri pasien, monitor kebersihan tubuh, monitor integritas kulit, bimbing dan bantu pasien dalam perawatan diri (seperti *oral hygiene,* mandi berpakaian, BAB dan BAK) (PPNI, 2018).

2. Konsep status kesehatan mulut pasien stroke

a. Pengertian status kesehatan mulut

Kesehatan mulut adalah kondisi mulut, gigi, dan struktur orofasial yang memungkinkan individu untuk melakukan fungsi-fungsi penting seperti makan, bernapas, dan berbicara, serta mencakup dimensi-dimensi psikososial seperti rasa percaya diri, kesejahteraan, dan kemampuan untuk bersosialisasi dan bekerja tanpa rasa sakit, ketidaknyamanan, dan rasa malu. Kesehatan mulut bervariasi sepanjang perjalanan hidup, mulai dari masa awal kehidupan hingga usia lanjut, merupakan bagian integral dari kesehatan umum, dan mendukung individu dalam berpartisipasi dalam masyarakat dan mencapai potensinya (WHO, 2024).

Penyakit mulut mencakup berbagai penyakit dan kondisi yang meliputi karies gigi, penyakit periodontal (gusi), kehilangan gigi, kanker mulut, trauma oro-gigi, normal, dan cacat lahir seperti bibir sumbing dan langit-langit sumbing. Penyakit mulut termasuk penyakit tidak menular yang paling umum di seluruh dunia, yang diperkirakan mempengaruhi 3,5 miliar orang. Sementara beban global kondisi kesehatan mulut meningkat, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, beban keseluruhan kondisi kesehatan mulut pada layanan kemungkinan akan terus meningkat karena pertumbuhan populasi dan penuaan (Herijulianti *et al*, 2019).

Penyakit mulut secara tidak proporsional mempengaruhi populasi yang paling rentan dan kurang beruntung. Orang-orang dengan status sosial ekonomi rendah menanggung beban penyakit mulut yang lebih tinggi dan hubungan ini tetap ada sepanjang perjalanan hidup, dari masa kanak-kanak hingga usia lanjut, dan terlepas dari tingkat pendapatan keseluruhan negara (Bange *et al*, 2021).

b. Faktor yang mempengaruhi status kesehatan mulut

Perawatan mulut yang tidak baik dapat menyebabkan infeksi, seperti kerusakan gigi dan gusi. Selain itu, obat-obatan tertentu dapat menurunkan aliran ludah, yang disebut air liur. Obat-obatan tersebut meliputi dekongestan, antihistamin, penghilang rasa sakit, pil air, dan antidepresan. Air liur membersihkan makanan dan menjaga keseimbangan asam yang dihasilkan kuman di mulut. Ini membantu mencegah penyebaran kuman dan menyebabkan penyakit. Penyakit tertentu seperti diabetes, HIV/AIDS dapat menurunkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi. Pada penyakit stroke dimana pasien kehilangan kemampuan dalam mobilitas dan penurunan kemampuan untuk menelan, sangat beresiko terjadi infeksi rongga mulut bila tidak dibersihkan dengan benar.

c. Alat ukur status kesehatan mulut pasien stroke

Oral hygiene Index Simplified (OHI-S) merupakan modifikasi dari *Oral hygiene Index* (OHI), yang digunakan untuk menilai kebersihan

mulut individu atau kelompok (Sriyono, 2017). OHI-S diperoleh dengan cara menjumlahkan *Debris Index* (DI) dan *Calculus Index* (CI).

OHI-S = *Debris index* + *Calculus Index*

Rumus *debris index* (Herijulianti *et al,* 2019):

$$Debris\ Index = \frac{Jumlah\ nilai\ debris}{Jumlah\ gigi\ yang\ diperiksa}$$

Kriteria untuk *Debris Index* sebagai berikut:

Tabel 2.1. Kriteria Penilaian *Debris Index*

Kriteria	Nilai
Tidak ada debris atau pewarnaan ekstrinsik	0
a. Ada debris yang menutupi permukaan gigi seluas 1/3 permukaan atau kurang dari 1/3 permukaan b. Tidak ada debris, tetapi ada pewarnaan ekstrinsik yang menutupi permukaan gigi sebagian atau seluruhnya	1
Ada debris yang menutupi lebih dari 1/3, tetapi kurang dari 2/3 permukaan gigi	2
Ada debris yang menutupi lebih dari 2/3 atau seluruh permukaan gigi	3

Rumus *Calculus index* (Herijulianti *et al,* 2019):

$$Calculus\ Index = \frac{Jumlah\ nilai\ Kalkulus}{Jumlah\ gigi\ yang\ diperiksa}$$

Kriteria untuk *calculus index*:

Tabel 2.2. Kriteria Penilaian *Calculus Index*

Kriteria	Nilai
Tidak ada karang gigi	0
Terdapat karang gigi supragingival menutupi permukaan gigi kurang dari 1/3	1

Kriteria	Nilai
a. Terdapat karang gigi supragingival menutupi permukaan gigi lebih dari 1/3 dan kurang dari 2/3 b. Terdapat sedikit karang gigi subgingival	2
a. Terdapat karang gigi supragingival menutupi permukaan gigi lebih dari 2/3 atau seluruh permukaan gigi b. Terdapat karang gigi subgingival yang menutupi dan melingkari seluruh servikal	3

d. Kategori kesehatan mulut

Status kesehatan mulut dapat dinilai menggunakan indeks kebersihan mulut yang disederhanakan (OHI-S). Kriteria skor OHI-S adalah sebagai berikut:

1) Baik (*good)* apabila nilai berada diantara 0-1,2
2) Sedang (*fair)* apabila nilai berada diantara 1,3-3,0
3) Buruk (*poor)* apabila nilai berada diantara 3,1-6,0

e. Upaya menjaga dan meningkatkan status kesehatan mulut pasien stroke

Berikut adalah perawatan penyakit gigi dan mulut yang dapat diberikan pada pasien stroke:

1) Tindakan promotif: memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut juga teknik menyikat gigi yang baik dan benar.
2) Tindakan preventif: menyikat gigi dua kali sehari, selama sekitar dua menit menggunakan sikat gigi berbulu lembut dan pasta gigi berfluoride. Menggunakan obat kumur tanpa alkohol. Membilas

mulut dengan benar setelah membersihkan mulut. Membatasi konsumsi makanan manis dan asam.

3) Tindakan kuratif merupakanperawatan dan penambalan gigi yang berlubang. Pencabutan gigi pada pasien stroke tanpa penyulit (misalnya: tidak ada tremor, tidak ada kelumpuhan otot wajah). Pasien stroke dengan tekanan darah yang tinggi atau mengonsumsi obat pengencer darah, maka tindakan pencabutan gigi memerlukan koordinasi lebih lanjut dengan dokter umum atau dokter spesialis.

3. Konsep *Oral hygiene* Dengan Larutan Garam 10%

a. Definisi *Oral hygiene*

Mulut merupakan bagian pertama dari saluran makanan dan bagian dari sistem pernafasan (Lam *et al*., 2018). Mulut juga merupakan gerbang masuknya penyakit (Zhu *et al*., 2018). Di dalam rongga mulut terdapat berbagai macam mikroorganisme meskipun bersifat komensal, pada keadaan tertentu dapat bersifat patogen apabila respon pejamu terganggu. Pembersihan mulut secara alamiah dilakukan oleh lidah dan saliva yang berfungsi sebagai pembersih mekanis dari mulut (Beall, A, 2018). Namun bila tidak bekerja dengan semestinya dapat menyebabkan infeksi rongga mulut, misalnya pada pasien stroke (Rose *et al*., 2020).

Kebersihan mulut memiliki dampak signifikan terhadap kesejahteraan umum pasien dan kualitas hidup. Pasien membutuhkan

perawatan mulut yang baik untuk makan, berbicara dengan nyaman, merasa senang dengan penampilan, terhindar dari infeksi mikroba bakteri dan menjaga harga diri. Namun, kondisi kesehatan dan ketidakmampuan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia dapat menyebabkan pengabaian kebersihan mulut.

Perawatan mulut merupakan salah satu kegiatan pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang mendasar. Hal ini merupakan sebuah aspek penting perawatan yang perlu dilakukan secara konsisten berdasarkan dengan teori kebutuhan dasar manusia Henderson. Teori 14 kebutuhan Henderson menjelaskan bahwa kebersihan tubuh termasuk kebersihan rongga mulut merupakan hal yang harus dipenuhi oleh seorang perawat saat kondisi pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan tersebut (Alligood, 2019). Perawat memainkan peran penting dalam menyediakan perawatan *oral* yang efektif dan mempromosikan kesehatan mulut (Shiraishi *et al.,* 2016)

Oral hygiene merupakan tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan gusi. Tujuan *oral hygiene* yaitu menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa membran mulut, mencegah terjadinya infeksi rongga mulut, melembabkan mukosa membran mulut dan bibir, mencegah penyakit gigi dan mulut, mencegah penyakit yang penularannya lewat mukosa mulut, membantu meningkatkan daya tahan tubuh, memperbaiki fungsi mulut untuk

meningkatkan nafsu makan, meningkatkan rasa nyaman, dan meningkatkan harga diri dan penampilan (Clark, 2017).

Oral hygiene pada pasien stroke adalah tindakan kebersihan mulut yang sangat penting untuk mencegah infeksi, menjaga kesehatan gigi dan gusi, serta mencegah pneumonia aspirasi. Pasien stroke seringkali mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan mulut sendiri karena kondisi fisik atau gangguan kognitif. Ketidakmampuan pasien stroke untuk memenuhi kebutuhan dirinya menjadi tanggung jawab perawat. *Oral hygiene* merupakan salah satu tindakan keperawatan yang diperlukan agar kondisi rongga mulut tetap bersih dan segar sehingga terhindar dari infeksi.

b. Larutan garam 10%

Larutan garam 10% adalah campuran garam dan air dengan perbandingan 10% garam dan 90% air. Garam yang digunakan dalam larutan garam adalah *natrium klorida* (NaCl), yang juga dikenal sebagai garam dapur. Larutan garam bersifat netral, sehingga tidak bersifat asam maupun basa.

Larutan garam 10% memiliki tekanan osmotik tinggi sehingga dapat memecahkan membran sel bakteri. Garam memiliki sifat higroskopis yang dapat menarik air dari dalam sel bakteri ke luar sel bakteri. Daya hambat garam terhadap bakteri akan meningkat sesuai dengan peningkatan konsentrasi garam (Firman, 2019).

c. Langkah *oral hygiene* menggunakan larutan garam 10%

1) Persiapan pasien

   a) Menjelaskan alasan, tujuan dan cara kerja tindakan yang akan dilakukan.

   b) Pasien dalam keadaan berbaring *semi fowler* atau duduk bila memungkinkan.

2) Persiapan alat

   a) Handuk pengalas atau tisu

   b) Gelas kumur berisi air matang

   c) Kom kecil berisi air garam 10%

   d) Bak steril berisi kapas lidi, deppers, pinset chirurgis atau arteri klem, sudip lidah yang dibungkus kasa.

   e) Sarung tangan bersih

   f) Bengkok

   g) Perlak dan pengalas

3) Prosedur/cara kerja

   a) Tahap pra interaksi

      1. Identifikasi pasien

      2. Menyiapkan alat dan bahan

   b) Tahap orientasi

      1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien

      2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan
4. Menjelaskan prosedur kepada pasien dan diskusikan preferensi mengenai penggunaan alat bantu kebersihan

c) Tahap pelaksanaan

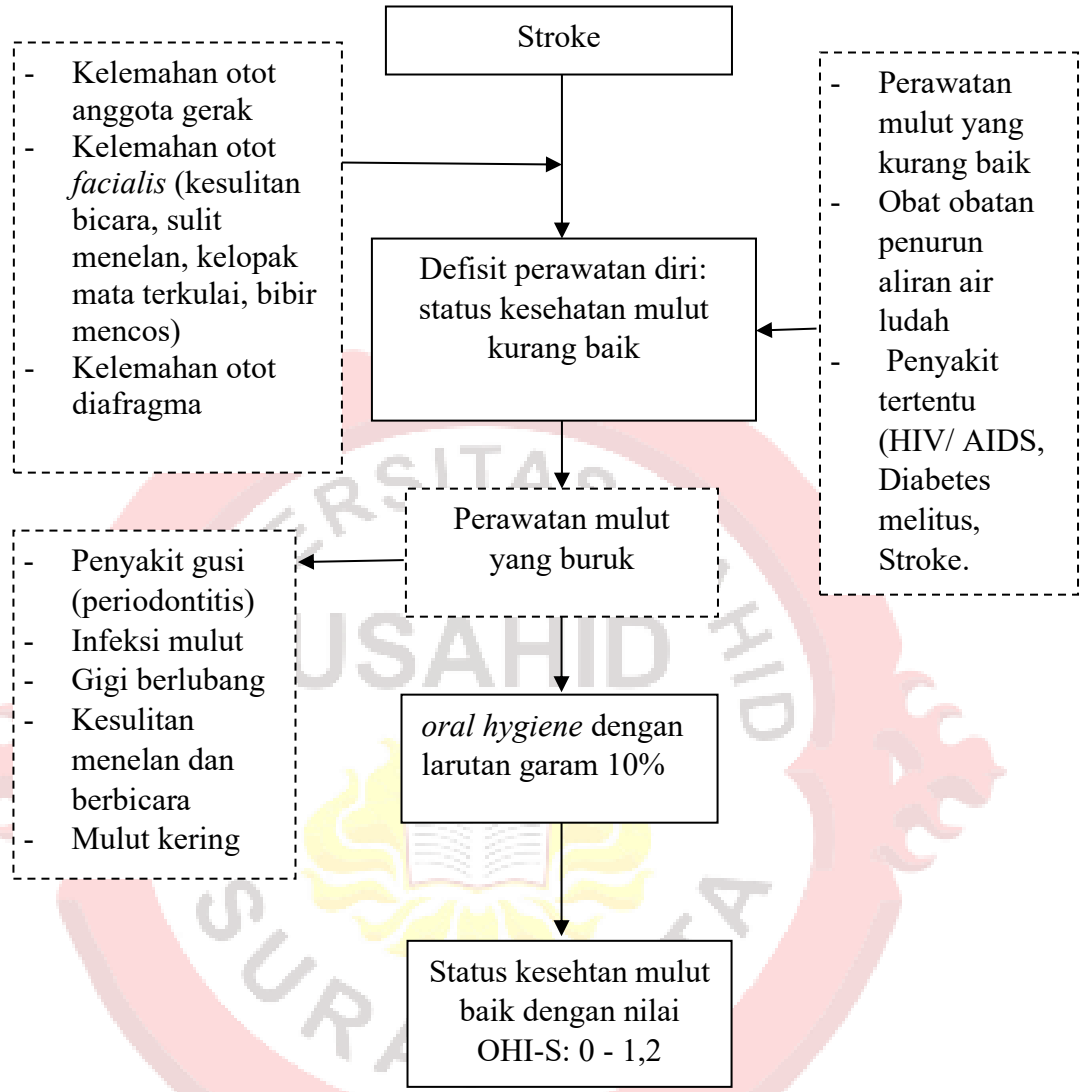
1. Mencuci tangan menggunakan sarung tangan bersih
2. Mengatur posisi pasien dengan mengangkat tempat tidur ke posisi *semi fowler* atau posisi yang aman dan nyaman untuk melakukan *oral hygiene*
3. Tempatkan handuk kertas di atas meja tempat tidur dan atur peralatan lain yang mudah dijangkau
4. Menginstruksikan pasien untuk tidak menggigit. Periksa integritas bibir, gigi, mukosa bukal, gusi, langit-langit, dan lidah
5. Mengidentifikasi adanya masalah mulut yang umum
6. Mengkaji resiko aspirasi pasien
7. Mengkaji kemampuan pasien untuk memegang dan memanipulasi sikat gigi
8. Mengkaji status kesehatan mulut pasien menggunakan instrument OHI-S
9. Menjaga privasi pasien
10. Mendekatkan alat ke salah satu sisi tubuh pasien.

11. Membasahi beberapa *deppers* dengan larutan garam 10%
12. Membuka mulut pasien dengan sudip lidah yang sudah dibungkus kasa
13. Membersihkan seluruh rongga mulut mulai dari dinding mulut, gusi, gigi dalam dan gigi bagian luar hingga bersih menggunakan *deppers* yang dipegang menggunakan pinset chirurgis atau arteri klem
14. Membersihkan ulang sampai gigi dan mulut bersih
15. Mengkaji status kesehatan mulut pasien menggunakan instrument OHI-S
16. Merapikan pasien
17. Merapikan alat dan bahan
18. Berpamitan kembali ke ruang perawat

d) Tahap evaluasi

1. Evaluasi selama proses pelaksanaan *oral hygiene*
2. Evaluasi hasil pelaksanaan *oral hygiene*
3. Dokumentasikan.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Keterangan

Berhubungan

Diteliti

Tidak diteliti

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018).

Gambar 2.3 Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Notoadtmodjo, 2018). Hipotesis pada penelitian ini yaitu ada pengaruh *oral hygiene* dengan larutan garam 10% dengan status kesehatan mulut pada pasien stroke di ruang Lavender RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.