

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Stroke**

##### **2.1.1 Pengertian Stroke**

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena pendarahan maupun sumbatan pembuluhdarah dengan tanda dan gejala sesuai bagian otak yang terkena yang terkadang dapat sembuh dengan sempurna, sembuh dengan kecacatan, atau sampai dengan kematian (Smeltzer, 2010; Price, S.A & Wilson, 2012). Badan organisasi dunia WHO mendefinisikan stroke sebagai gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan manifestasi klinik baik lokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam karena adanya gangguan aliran darah ke otak.

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, dan cepat berupa deficit neurologis fokal, atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih yang disebabkan perdarahan otak non traumatic (Price, S.A & Wilson, 2012). Stroke diklasifikasikan menjadi dua berdasarkan patologi dan gejala klinisnya, yaitu stroke Hemoragik dan Stroke NonHemoragik (Smeltzer, 2010).

##### **2.1.2 Klasifikasi stroke**

Menurut (PERDOSSI, 2011) stroke diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Stroke Hemoragic
  - 1) Hemoragik subaraknoid

Kejadian paling sering akibat trauma atau hipertensi. Penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisma pada area sirkulasi willis dan malformasi arteri-vena kongenital otak.

## 2) Hemoragik intracerebral

Perdarahan dalam otak akibat arterosklerosis cerebral terjadi perubahan degenerative karena suatu penyakit sehingga terjadi ruptur pembuluh darah. Stroke ini sering terjadi pada kelompok umur 40-70 tahun. Pada orang yang usianya di bawah 40 tahun hemoragik intracerebral biasanya disebabkan oleh malformasi arteri-vena hemangio blastoma dan trauma. Perdarahan intraserebral ini juga dapat disebabkan adanya tumor otak, dan penggunaan medikasi tertentu.

### b. Stroke non hemoragik

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi akibat sumbatan atau penurunan aliran darah otak. Stroke non hemoragik dibagi lagi, yaitu:

#### 1) Stroke iskemik Emboli

Pada tipe ini embolik tidak terjadi pada pembuluh darah otak, melainkan di tempat lain seperti di jantung dan sistem vaskuler sistemik.

#### 2) Stroke iskemik Trombolisis

Terjadi karena adanya penggumpalan pembuluh darah ke otak. Dapat dibagi menjadi stroke pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis) merupakan 70% kasus stroke non

hemoragik trombus dan stroke pembuluh darah kecil (termasuk sirkulus Willisii dan sirkulus posterior). Trombosis pembuluh darah kecil terjadi ketika aliran darah terhalang, biasanya ini terkait dengan hipertensi dan merupakan indikator penyakit atherosclerosis.

**Table 2.1 Klasifikasi Stroke**

Klasifikasi Utama Stroke	
Stroke iskemik (80-85%)	Stroke hemoragik (15-20%)
Oklusi trombolitik (75-80%)	Intraserebral
Oklusi embolik (15-20%)	Subarachnoid (PSA)
Kardiogenik arteri ke arteri	

(Sumber: Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit)

### 2.1.3 Faktor Resiko Stroke

Menurut Price, S.A & Wilson (2012) faktor utama yang berkaitan dengan epidemi penyakit serebrovaskular adalah perubahan global dalam gizi dan merokok, ditambah urbanisasi dan menuanya populasi. Menurut PERDOSSI (2011), ada 2 tipe faktor risiko terjadinya stroke:

- a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi:
  1. Usia

Usia merupakan faktor risiko stroke yang paling kuat. Dengan meningkatnya usia, maka meningkat pula insidensi iskemik serebral tanpa memandang etnis dan jenis kelamin. Setelah usia 55 tahun, insidensi akan meningkat dua kali tiap decade (PERDOSSI, 2011).

## 2. Jenis kelamin

Wanita lebih banyak memiliki kecacatan setelah stroke dibanding pria. Wanita juga lebih banyak mati setiap tahunnya karena stroke dibandingkan pria. Namun, insidensi stroke lebih tinggi pada pria (PERDOSSI, 2011).

## 3. Ras

Amerikan Afrikan berisiko terkena stroke dua kali lipat dibanding kaukasian. Orang Asia Pasifik juga berisiko lebih tinggi dari pada kaukasian (PERDOSSI, 2011).

## 4. Riwayat Keluarga

Jika dalam keluarga ada yang menderita stroke, maka yang lain memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dibanding dengan orang yang tidak memiliki riwayat stroke di keluarganya (PERDOSSI, 2011).

### b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi:

#### 1. Kondisi Medis

##### 1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi adalah faktor risiko stroke yang paling penting. Tekanan darah normal pada usia lebih dari 18 tahun adalah 120/80. Pre-hipertensi jika tekanan darah lebih dari 120/80, dan tekanan darah tinggi atau hipertensi jika tekanan darah 140/90 atau lebih. Orang yang bertekanan darah tinggi memiliki risiko setengah atau lebih dari masa hidupnya untuk terkena stroke dibanding orang bertekanan darah normal. Tekanan darah tinggi menyebabkan stress pada dinding

pembuluh darah. Hal tersebut dapat merusak dinding pembuluh darah, sehingga bila kolesterol atau substansi fat-like lain terperangkap di arteri otak akan menghambat aliran darah otak, yang akhirnya dapat menyebabkan stroke. Selain itu, peningkatan stress juga dapat melemahkan dinding pembuluh darah sehingga memudahkan pecahnya pembuluh darah yang dapat menyebabkan perdarahan otak (PERDOSSI, 2011).

#### 2) Fibrilasi atrium

Penderita fibrilasi atrium berisiko 5 kali lipat untuk terkena stroke. Kira-kira 15% penderita stroke memiliki fibrilasi atrium. Fibrilasi atrium dapat membentuk bekuan-bekuan darah yang apabila terbawa aliran ke otak akan menyebabkan stroke (PERDOSSI, 2011).

#### 3) Hiperkolesterol

Hiperkolesterol merupakan sumber pembentukan lemak dalam tubuh termasuk juga pembuluh darah. Kolesterol atau plak yang terbentuk di arteri oleh low-density lipoproteins (LDL) dan trigliserida dapat menghambat aliran darah ke otak sehingga dapat menyebabkan stroke. Kolesterol tinggi meningkatkan risiko penyakit jantung dan aterosklerosis, yang keduanya merupakan faktor risiko stroke (PERDOSSI, 2011).

#### 4) Diabetes Mellitus (DM) Penderita DM mempunyai risiko terkena stroke 2 kali lebih besar. Seseorang yang menderita

DM harus mengendalikan kadar gula darahnya secara baik agar selalu terkontrol dan stabil. Dengan melaksanakan program pengendalian DM secara teratur antara lain dengan merencanakan pola makan yang baik, berolahraga, serta pengobatan yang tepat dan akurat maka penyakit DM dapat ditanggulangi dengan baik. Dengan demikian bagi penderita DM, risiko terkena serangan stroke dapat diminimalkan (PERDOSSI, 2011).

- 5) Riwayat Stroke Faktor mendapatkan serangan stroke yang paling besar adalah pernah mengalami serangan stroke sebelumnya. Diperkirakan 10% dari mereka yang pernah selamat dari serangan stroke akan mendapatkan serangan stroke kedua dalam setahun (PERDOSSI, 2011).

## 2. Pola Hidup

### 1) Merokok

Merokok berisiko 2 kali lipat untuk terkena stroke jika dibandingkan dengan yang bukan perokok. Merokok mengurangi jumlah oksigen dalam darah, sehingga jantung bekerja lebih keras dan memudahkan terbentuknya bekuan darah. Merokok juga meningkatkan terbentuknya plak di arteri yang menghambat aliran darah otak, sehingga menyebabkan stroke. Merokok terbukti menjadi faktor risiko penyakit vaskuler dan stroke yang diakibatkan pembentukan aterosklerosis dan berujung pada pemanjangan waktu inflamasi endotel (PERDOSSI, 2011).

## 2) Alkohol

Meminum alkohol lebih dari 2 gelas/hari meningkatkan risiko terjadinya stroke 50%. Namun, hubungan antara alkohol dan terjadinya stroke masih belum jelas (PERDOSSI, 2011).

## 3) Obesitas

Obesitas dan kelebihan berat badan akan mempengaruhi sistem sirkulasi. Obesitas juga menyebabkan seseorang memiliki kecenderungan memiliki kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, dan DM, yang semuanya dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke (PERDOSSI, 2011).

Menurut PERDOSSI (2011) dalam Guidelines stroke (2011), nonmodifiable risk factors merupakan kelompok faktor risiko yang ditentukan secara genetik atau berhubungan dengan fungsi tubuh yang normal sehingga tidak dapat dimodifikasi. Yang termasuk kelompok ini adalah usia, jenis kelamin, ras, riwayat stroke dalam keluarga dan serangan Transient Ischemic Attack atau stroke sebelumnya. Kelompok *modifiable risk factors* merupakan akibat dari gaya hidup seseorang dan dapat dimodifikasi. Faktor risiko utama yang termasuk dalam kelompok ini adalah hipertensi, diabetes mellitus, merokok, hiperlipidemia dan intoksikasi alcohol (PERDOSSI, 2011).

### 2.1.4 Manifestasi Klinis Pada Pasien Stroke

Gejala yang tampak pada stroke sangat tergantung pada jenis stroke, area dan pembuluh darah yang terkena (Hudak et al., 2012)

Table. 2.2 Manifestasi Kliniks Stroke

No	Defisit Neurologis	Manifestasi
1.	<b>Defisit Lapang Pengelihatan</b>	
	Kehilangan setengah lapang pengelihatan	1. Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan pengelihatan 2. Mengabaikan salah satu sisi tubuh 3. Kesulitan menilai jarak
	Kehilangan pengelihatan perifer	1. Kesulitan melihat pada malam hari 2. Tidak mneyadari objek maupun batas objek
	Diplopia	1. Pengelihatan ganda
2.	<b>Defisit Motoric</b>	
	<i>Hemiparesis</i>	Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)
	<i>Hemiplegia</i>	Paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)
	<i>Ataksia</i>	1. Berjalan tidak tegak 2. Tidak mampu menyatukan kaki 3. Perlu dasar berdiri yang luas
	<i>Distria</i>	Kesulitan dalam merangkai kata
	<i>Disfagia</i>	Kesulitan dalam menelan
3	<b>Defisit Sensori</b>	Kebas/kesemutan pada bagian tubuh
	Paretesia (sisi berlawanan)	Kesulitan dalam propriosepsi
4.	<b>Devisit verbal</b>	Tidak dapat membentuk kata yang dapat dipahami, dapat bicara dalam respon kata tunggal
	Afasia ekspresi	

Afasia respektif	Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tapi tidak masuk akal
Afasia global	Kombinasi antara Respektif dan Ekspresif

5. <b>Defisit kognitif</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehilangan memori jangka pendek dan jangka panjang</li> <li>2. Penurunan lapang pengelihatan</li> <li>3. Kerusakan kemampuan untuk konsentrasi</li> <li>4. Alasan abstrak buruk</li> <li>5. Perubahan penilaian</li> </ol>
6 <b>Defisit emosional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehilangan control diri</li> <li>2. Labilitas emosional</li> <li>3. Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress</li> <li>4. Depresi</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Rasa takut, bermusuhan dan marah</li> <li>7. Perasaan isolasi</li> </ol>

Sumber : Smeltzer (2010)

Manifestasi klinis awal stroke dengan menggunakan metode *Face Drooping, Arms Weakness, Speech, Dan Time Call Emergency* (FAST).

**Table 2.3 Manifestasi Klinis Stroke Dengan Metode FAST**

<b>Tanda</b>	<b>Gejala Awal</b>
<i>Face Drooping</i>	Wajah tampak mencong sebelah simetris, sebelah mulut tertarik kebawah dan lekukan antara hidung kesudut mulut atas tampak mendatar
<i>Arm Weaknees</i>	Jika terdapat kelumpuhan lengan yang ringan dan tidak disadari oleh penderita, maka lengan tersebut

	yang lumpuh akan turun menjadi tidak sejajar lagi. Pada kelumpuhan yang berat lengan yang lumpuh akan sulit dan tidak bisa di angkat lagi bahkan sampai tidak bisa digerakan
<i>Speech</i>	Bicara menjadi sulit dan pelo (artikulasi terganggu) atau tidak bisa berkata-kata atau bisa bicara tetapi tidak mengerti pertanyaan orang sehingga komunikasi verbal tidak nyambung
<i>Time</i>	Waktunya untuk memanggil <i>Emergency Call</i> ketika menemukan gejala stroke untuk meminimalkan cacat serta penanganan lebih efisien

(Sumber: PERDOSSI, 2011)

### 2.1.5 Perawatan Stroke

Pada penatalaksanaan stroke dibagi menjadi 3 tahapan dimulai dari:

#### a. Pre Hospital

Penatalaksanaan pada pre rumah sakit dibutuhkan reaksi cepat dan tepat dalam menangani stroke. Kewaspadaan kejadian stroke dengan penganalan tanda dan gejala stroke sangat diperlukan karena hampir 95% pasien stroke dimulai sejak dirumah atau luar rumah sakit. Hal ini penting diketahui oleh masyarakat luas terutama petugas kesehatan professional (Dokter, Perawat, Paramedic, Call Center, Emergency Medical Center, dan Petugas Gawat Darurat) untuk mengenal stroke dan perawatan penanganan kedaruratan pada pasien stroke (AHA, 2014).

Golden Period atau jendela emas adalah waktu yang sangat berharga bagi klien ketika serangan stroke awal untuk segera mendapatkan pertolongan oleh rumah sakit terdekat. Golden Period pasien stroke adalah 3-6 jam untuk mengurangi efek atau komplikasi serius (Hudak et al., 2012).

Penatalaksanaan prehospita yang bisa dilakukan untuk klien yang kita curigai sebagai stroke dikenal sebagai “*Stroke Chain of Survival*” atau “7Ds” yaitu :

1. Detection (Pengenalan) yaitu mengidentifikasi onset dan terjadinya gejala stroke.
2. Dispatch (Mengirimkan) yaitu memanggil ambulans secepat mungkin atau mengaktifkan system kegawatdaruratan.
3. Delivery (Perjalanan) yaitu Intervensi oleh petugas medis selama perjalanan.
4. Door (Sampai dirumah sakit) yaitu penerimaan di Trias Unit Gawat Darurat.
5. Data (Data) yaitu melakukan evaluasi secara teratur, pemeriksaan laboratorium dan melakukan pencitraan.
6. Decision (Keputusan) yaitu Mendiagnosis dan memberikan terapi yang tepat.
7. Drug (Obat) yaitu Memberikan pengobatan secara tepat (Hudak et al., 2012).

b. Intra Hospital

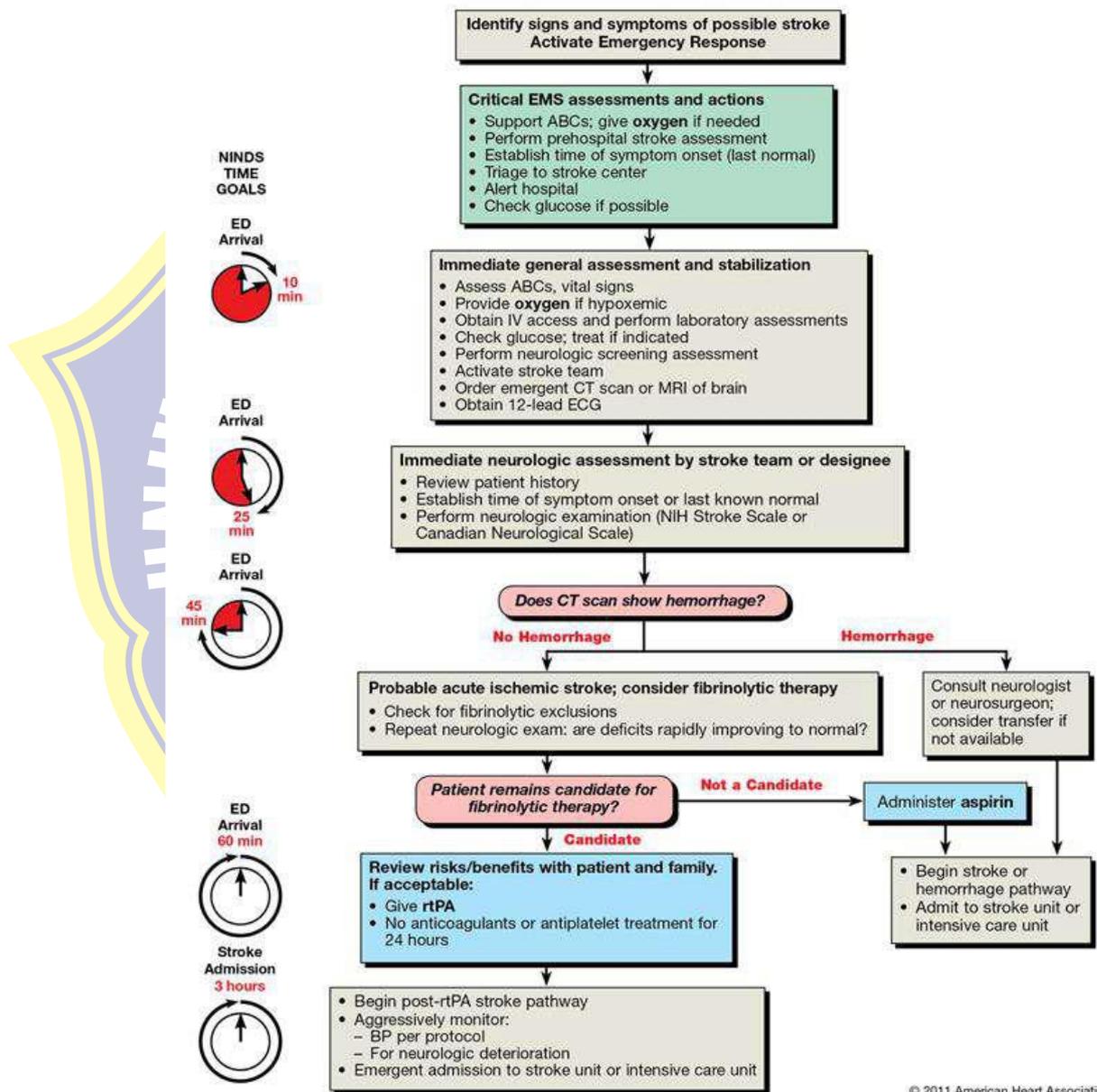
Tahap intra hospital pada dasarnya mempunyai 4 tujuan utama yaitu; perbaikan aliran darah cerebral (reperfusi), pencegahan trombosis berulang, perlindungan syaraf, dan perawatan supportif. Pada penatalaksanaan yang harus diobservasi secara intensive tahap hospital adalah oksigenasi, kadar glukosa dan aliran darah adekuat. Reperfusi dapat dilakukan dengan activator plasminogenjaringan intra vena(IV). Jika ada indikasi pemberian

trombolitikseperti rtPA(tissue plasminogen activator) di IGD rumah sakit harus dilakukan observasi dan pemantauan (Hudak et al., 2012).

# Suspected Stroke Algorithm



## Adult Advanced Cardiovascular Life Support



© 2011 American Heart Association

Gambar 2.1 Suspected Stroke Algorithm, (AHA, 2014)

c. Pasca hospital

Pada tahap ini dibutuhkan tindakan pencegahan, rehabilitasi dan pendidikan kesehatan (AHA, 2014)

1. Pencegahan

Stroke dapat dicegah dengan memodifikasi faktor risiko (Hudak et al., 2012).

2. Rehabilitasi

Lingkungan sangat berperan penting dalam penyembuhan pasien stroke berhubungan keberadaan pasien seperti hidrasi, temperature dan glukosa darah. Tatalaksana lain yang sesuai keluhan seperti sulit menelan dan pencegahan terhadap trombolitik vena. Fisioterapi yang berkesinambungan dapat membantu kemandirian aktifitas pasien (Hudak et al., 2012). Peran perawat adalah pencegahan komplikasi yang diakibatkan oleh stroke. Intervensi yang efektif untuk pengobatan stroke akan membantu menurunkan kematian dan mengurangi morbiditas pasien yang pernah mengalami stroke (Hudak et al., 2012).

3. Pendidikan kesehatan

Intervensi pendidikan pada masyarakat sangat penting hal ini terbukti dan banyak berhasil dengan sempurna pada penderita stroke iskemik dalam terapi fibrinolitik. Pemberian layanan kesehatan rumah sakit dan layanan informasi pada masyarakat untuk mengembangkan system efektifitas perawatan stroke.

Tujuan perawatan stroke adalah meminimalkan cedera otak dan memaksimalkan kesembuhan pasien (AHA, 2010).

## **2.2 Konsep *Oral Hygiene***

### **2.2.1 Definisi *Oral Hygiene***

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 mikrobakteri 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, 2014). 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 (1) menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa membrane mulut; (2) mencegah terjadinya infeksi rongga mulut; (3) melembabkan mukosa membrane mulut dan bibir; (4) mencegah penyakit gigi dan mulut; (5) mencegah penyakit yang penularannya

lewat mukosa mulut; (6) membantu meningkatkan daya tahan tubuh; (7) memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan; (8) meningkatkan rasa nyaman; dan (9) meningkatkan harga diri dan penampilan (Kumar and Clark, 2005).

Mulut merupakan bagian pertama dari saluran makanan dan bagian dari sistem pernafasan (O. L. T. Lam et al., 2013). Mulut juga merupakan gerbang masuknya penyakit (Zhu et al., 2008). Didalam rongga mulut terdapat berbagai macam mikroorganisme meskipun bersifat komensal, pada keadaan tertentu dapat bersifat pathogen apabila respon penjamu terganggu (Beall, 2014). Pembersihan mulut secara alamiah dilakukan oleh lidah dan saliva yang berfungsi sebagai pembersih mekanis dari mulut (Beall, 2014). namun bila tidak bekerja dengan semestinya dapat menyebabkan infeksi rongga mulut, misalnya pada pasien stroke (Rose et al., 2002).

Pada rongga mulut dan saliva muncul berbagai microflora seperti bakteri, jamur dan virus. Mikroflora yang muncul yaitu streptococcus, salmonella, dan Candida Albicans. Mikroflora tersebut dapat menyebabkan infeksi jika tidak dilakukan perawatan *oral hygiene* (Bethesda, M. D., 2015).

### **2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Oral Hygiene**

Factor yang mempengaruhi seseorang melakukan oral hygiene menurut (Perry and Potter, 2012) yaitu (1) citra tubuh; (2) praktik social; (3) status social ekonomi; (4) pengetahuan; (5) kebudayaan; (6) pilihan pribadi; (7) kondisi fisik.

### 2.2.3 Prosedur Pelaksanaan *Oral Hygiene*

Prosedur Oral hygiene menurut Temple & Johnson (2005) dalam buku “Nurses Guide to Clinical Procedures 5thEd” menjelaskan sebagai berikut :

#### 1. Alat dan bahan

- 1) Sikat gigi lembut
- 2) Pasta gigi
- 3) Swab gigi
- 4) Bengkok
- 5) Handuk atau waslap dan perlak
- 6) Segelas air
- 7) Cairan pencuci mulut
- 8) Suction (untuk pasien tidak sadar)

#### 2. Implementasi

- 1) Cuci tangan dan atur alat
- 2) Jelaskan prosedur
- 3) Turunkan side rail dan atur posisi klien ke salah satu posisi berikut : telentang dengan sudut lebih dari 45 derajat (jika tidak ada kontraindikasi), berbaring miring atau telungkup dengan kepala ditolehkan ke arah samping.
- 4) Pasang sarung tangan.
- 5) Lapsi handuk di bawah leher klien dan bantu klien berkumur dengan air.

**Jika klien sadar dan tidak mampu melakukan secara mandiri.**

- 6) Lakukan perawatan mulut pada klien
  - a) Persiapkan sikat gigi dan pasta gigi
  - b) Lakukan penyikatan pada gigi bagian belakang dan bagian dalam, atas dan bagian luar gigi. Sikat dari arah belakang ke depan, gunakan gerakan ke atas dan ke bawah. Ulangi untuk menyikat gigi pada sisi yang lainnya.
  - c) Biarkan klien mengeluarkan atau lakukan pengisapan secret yang berlebihan.
  - d) Bersihkan sikat gigi dan sikat lidah

7) Bersihkan rongga mulut

- a) Usap atau bersihkan bagian dalam pipi, bibir, lidah dan gusi
- b) Irigasi mulut dengan cairan pencuci mulut dan lakukan pengisapan cairan yang berlebihan.
- c) Bilas dengan air dan lakukan pengisapan air yang berlebih.

Jika klien tidak sadar

8) Lakukan perawatan oral

- a) Irigasi mulut dengan sedikit air dan lakukan penghisapan secara konstan.

9) Bersihkan rongga mulut

- a) Bersihkan dengan toothette yang dilembabkan dengan cairan pencuci mulut. Dimulai dari bagian dalam pipi, dan bibir, dilanjutkan lidah dan gusi.

- b) Bilas dan lakukan pengisapan sisa pasta gigi, cairan pencuci mulut, air dan secret.
- c) Usap bibir dengan waslap basah.
- d) Oleskan jeli petroleum atau minyak mineral ke bibir klien.

10) Bersihkan alat-alat

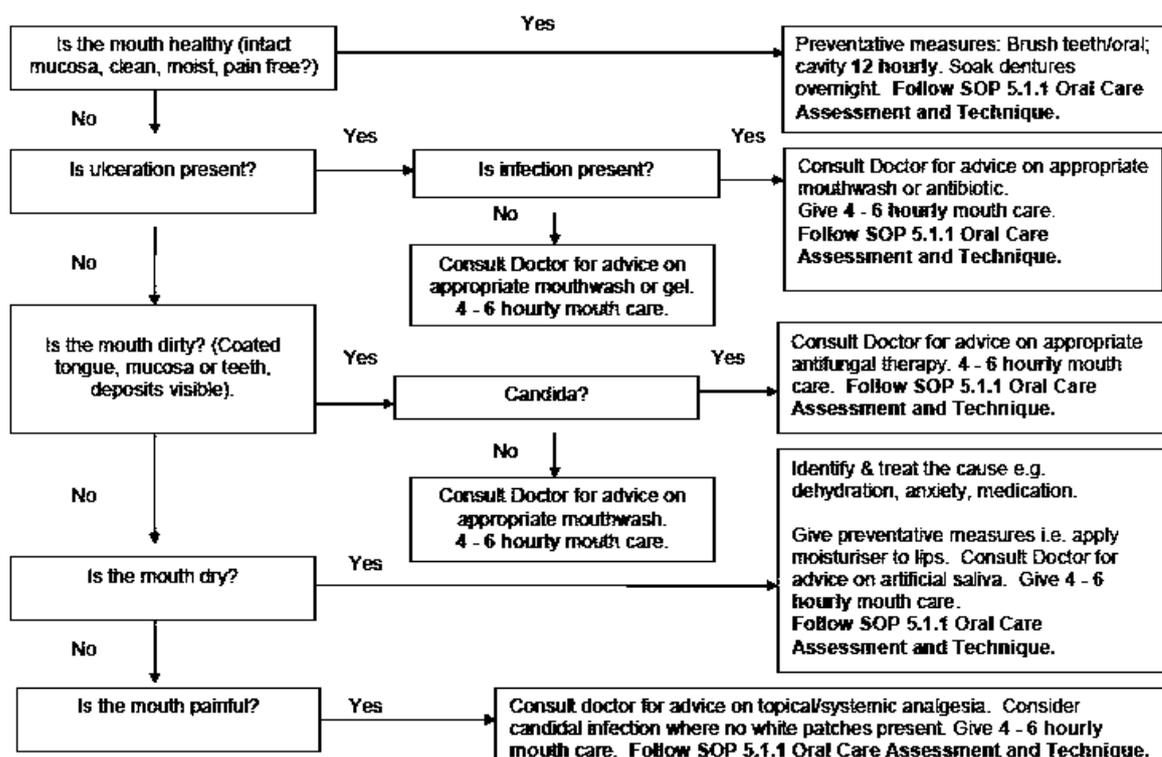
11) Buka sarung tangan dan cuci tangan.

12) Atur posisi klien nyaman

(Johnson and Temple, 2005).

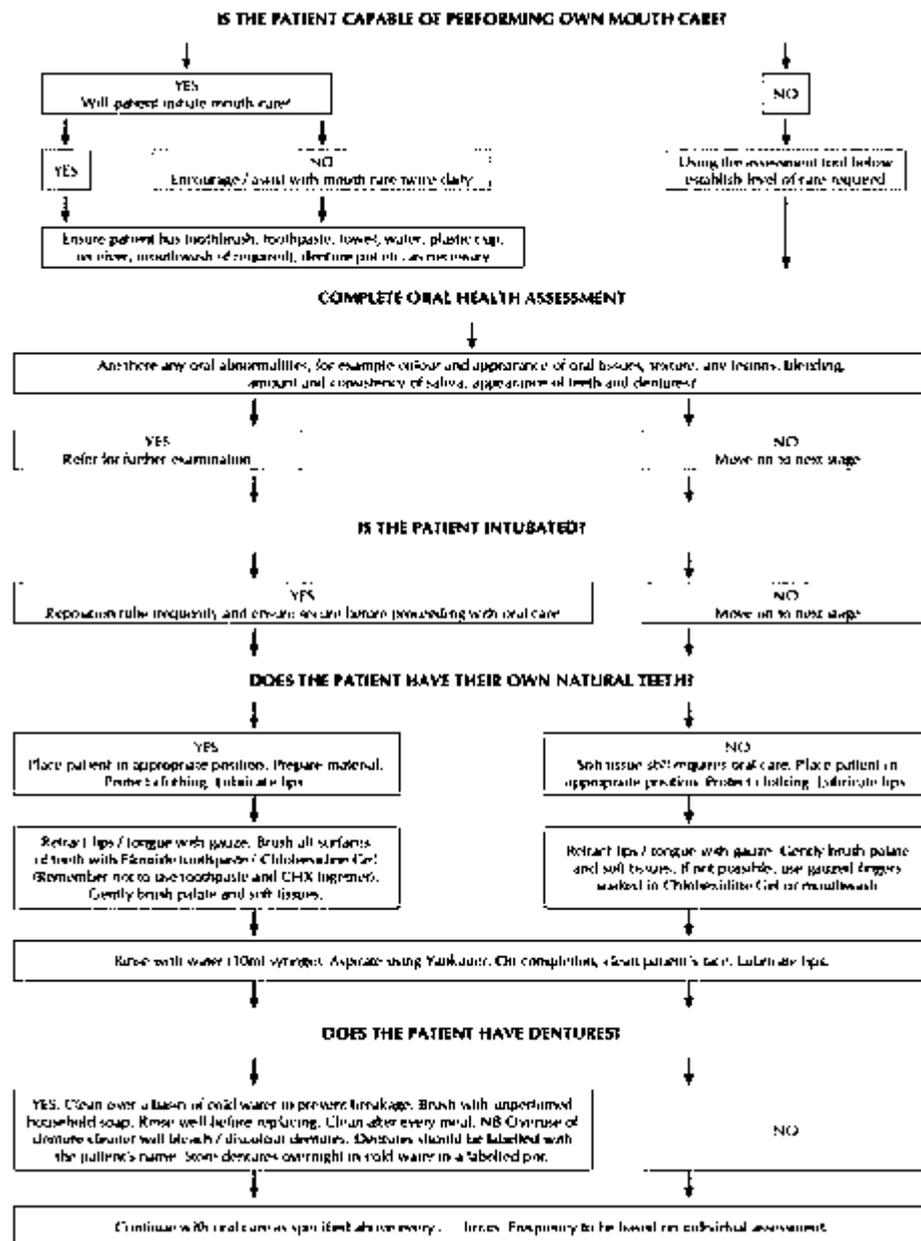
#### 2.2.4 Guidelines Oral Hygiene

Berdasarkan pada Panduan guidelines prosedur *oral hygiene* oleh *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 119)* (2010) menggambarkan secara jelas alur tindakan. SIGN membagi guidelines menjadi 2 yaitu pada pasien secara umum dan pada pasien dengan disphagia



**Gambar 2.2 Guideline Oral Hygiene (SIGN, 2010)**

Pada gambar 2.2 menjelaskan tentang guidelines oral hygiene pada pasien secara umum.



**Gambar 2.3 Guidelines Oral Hygiene Pada Pasien Stroke (SIGN, 2010)**

Pada gambar 2.3 menjelaskan tentang guidelines oral hygiene pada pasien stroke dengan disphagia.

### 2.2.5 Oral Hygiene Pasien Stroke

Stroke adalah penyebab utama kecacatan orang dewasa. Pada klien stroke dapat terjadi paralisis, kelemahan, kelumpuhan, hilangnya sensasi diwajah, 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, bernapas melalui mulut dan memperoleh terapi oksigen. Masalah sekresi saliva mengakibatkan tumbuhnya mikroorganisme dalam rongga mulut (Perry and Potter, 2012).

Pasien stroke rentan terhadap masalah kesehatan mulut, seperti penyakit periodontal, karena keterbatasan di aktivitas 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 aktivitas perawatan diri dan dapat menyebabkan kerusakan kebersihan mulut. (2) pasien tidak bisa mengkonsumsi makanan secara oral dan mengurangi sekresi air liur, yang bias menyebabkannya kekeringan di mulut. (3) sering menggunakan endotrakeal dan tabung nasogastrik juga bisa membuat mulut pasien kering dan menghambat pemeliharaan kebersihan mulut. (4) perawatan kebersihan mulut cenderung diabaikan karena pasien di ICU dapat menunjukkan tanda vital dan medis yang tidak stabil dan staf di ICU mungkin tidak menganggap kebersihan mulut memiliki dampak yang bagus pada kehidupan pasien (Kim et al., 2014).

Masalah kesehatan mulut meliputi kandidiasis, ulkus mukosa, karies gigi akibat plak, periodontitis, dan pendarahan. Bila mulut pasien tidak bersih, patogen seperti *staphylococcus aureus* resisten methicilline-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).

## **2.3 Konsep Supervisi**

### **2.3.1 Definisi**

Supervisi berasal dari kata *super* (bahasa latin yang berarti di atas) dan *videre* (bahasa latin yang berarti melihat). Bila dilihat dari asal kata aslinya, *supervise* berarti “melihat dari atas”. Pengertian konsep supervisi merupakan pengamatan secara langsung dan berkala oleh “atasan” terhadap pekerjaan yang dilakukan “bawahan” untuk kemudian bila ditemukan masalah, segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.

Supervisi adalah segala bantuan dari pemimpin/ penanggung jawab kepada perawat yang ditujukan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan. Kegiatan supervisi semacam ini merupakan dorongan, bimbingan dan kesempatan bagi pertumbuhan perkembangan keahlian dan kecakapan para perawat.<sup>21</sup>

Supervisi pelayanan keperawatan adalah kegiatan interaksi dan komunikasi antar *supervisor* dengan perawat pelaksana, dimana perawat tersebut menerima bimbingan, dukungan, bantuan dan dipercaya sehingga perawat dapat meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan.

### 2.3.2 Manfaat Supervisi

Manfaat supervisi menurut (Suarli & Bahtiar, 2011) yaitu:

- 1) Supervisi dapat meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.
- 2) Supervisi dapat lebih meningkatkan efisiensi kerja. Peningkatan efisiensi kerja erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah.

### 2.3.3 Sasaran Supervisi

Sasaran Supervisi menurut Suyanto (2010) mengemukakan bahwa supervisi yang dilakukan memiliki sasaran dan target tertentu yang akan dicapai.

Sasaran yang menjadi target dalam supervisi yaitu:

1. Penggunaan alat yang efektif dan ekonomis
2. Sistem dan prosedur yang tidak menyimpang
3. Pembagian tugas dan wewenang yang proporsional
4. Pelaksanaan tugas keperawatan yang berkualitas
5. Penyimpangan/ penyelewengan kekuasaan, kedudukan, dan keuangan tidak terjadi dalam rumah sakit.

### 2.3.4 Supervisor Keperawatan

Menurut Nursalam (2012) supervisor dalam keperawatan yaitu:

- 1) Kepala Ruangan

Bertanggung jawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien di ruang perawatan yang dipimpinnya. Kepala ruang mengawasi perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung disesuaikan dengan metode penugasan yang diterapkan di ruang perawatan tersebut. Kepala ruang merupakan ujung tombak penentu tercapai atau tidaknya tujuan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2) Pengawas Keperawatan (Supervisor)

Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF) mempunyai pengawas yang bertanggungjawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan. Pengawas ini bertanggungjawab dalam mensupervisi pelayanan kepada kepala ruangan yang ada di instalasinya.

3) Kepala Seksi Keperawatan

Mengawasi instalasi dalam melaksanakan tugas secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung.

### 2.3.5 Prinsip Supervisi

Prinsip-prinsip yang harus diterapkan dalam melakukan supervisi menurut Nursalam (2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Didasarkan atas hubungan professional dan bukan pribadi
- 2) Kegiatan direncanakan secara matang
- 3) Bersifat edukatif, supporting, dan informal
- 4) Memberikan perasaan aman pada staf dan pelaksana keperawatan

- 5) Membentuk hubungan kerjasama yang demokratis antara supervisor dan staf
- 6) Harus objektif dan sanggup mengadakan “Self Evaluation”
- 7) Harus progresif, inovatif, fleksibel, dan dapat mengembangkan kelebihan masing-masing perawat yang disupervisi
- 8) Konstruktif dan kreatif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan
- 9) Dapat meningkatkan kinerja bawahan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

### 2.3.6 Langkah Supervisi

Supervisi dilakukan secara bertahap, menurut Nursalam (2012) langkah-langkah dalam menerapkan supervisi yaitu:

- 1) Pra supervisi
  - a. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi
  - b. Supervisor menetapkan tujuan
- 2) Pelaksanaan supervisi
  - a. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang telah disiapkan
  - b. Supervisor mendapat beberapa hal yang memerlukan pembinaan
  - c. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan
  - d. Pelaksanaan supervisi dengan inspeksi, wawancara, dan memvalidasi data sekunder
  - e. Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada

- f. Supervisor melakukan tanya jawab dengan perawat
- 3) Pascasupervisi (3F)
  - a. Supervisor memberikan penilaian supervise (F-fair)
  - b. Supervisor memberikan feedback dan klarifikasi
  - c. Supervisor memberikan reinforcement dan follow up perbaikan.

### 2.3.7 Teknik Supervisi

Menurut Suyanto (2010) Teknik supervisi pada dasarnya identik dengan teknik penyelesaian masalah (*problem solving*). Bedanya, pada supervisi teknik pengumpulan data untuk menetapkan masalah dan penyebab masalah menggunakan teknik pengamatan langsung (*direct observation*) oleh pelaksana supervisi terhadap sasaran supervisi, serta pelaksanaan jalan keluar. Terdapat dua hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan supervisi

#### 1. Pengamatan Langsung

Pengamatan langsung harus dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. Oleh karena itu ada beberapa hal yang harus diperhatikan ketika melakukan pengamatan langsung :

##### a) Sasaran pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak jelas sarannya dapat menimbulkan kebingungan, karena pelaksana supervisi dapat terperangkap pada sesuatu yang bersifat detail.

##### b) Objektivitas pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak terstandarisasi dapat mengganggu objektivitas, untuk mencegah hal tersebut maka

pengamatan secara langsung perlu dibantu dengan suatu daftar isi (check list) yang telah dipersiapkan.

c) Pendekatan pengamatan

Pengamatan langsung sering menimbulkan berbagai dampak dan kesan negatif, misalnya rasa takut, tidak senang, atau kesan mengganggu kelancaran pekerjaan. Oleh karena itu sangat dianjurkan pengamatan tersebut dapat dilakukan secara edukatif dan suportif, bukan menunjukkan kekuasaan atau otoritas.

2. Kerjasama

Tujuan pokok supervisi adalah meningkatkan kinerja bawahan dengan memberikan bantuan secara langsung di tempat sesuai dengan kebutuhannya. Oleh karena itu diperlukan kerjasama antara pelaksana supervisi dan yang disupervisi. Kerjasama ini akan berhasil bila ada komunikasi yang baik antara pelaksana supervisi dan yang disupervisi, serta mereka yang disupervisi merasakan masalah yang dihadapi juga merupakan masalah mereka sendiri (sense of belonging)

### 2.3.8 Kompetensi Supervisor

Kompetensi supervisor menurut Suyanto (2010) yaitu:

1. Memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas, sehingga dapat dimengerti oleh staf dan pelaksana keperawatan.
2. Memberikan saran, nasehat, dan bantuan kepada staf dan pelaksana keperawatan.
3. Memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja kepada staf dan pelaksana keperawatan.

4. Mampu memahami proses kelompok (dinamika kelompok).
5. Memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh staf dan pelaksana keperawatan.
6. Melakukan penilaian terhadap penampilan kinerja perawat.
7. Mengadakan pengawasan agar asuhan keperawatan yang diberikan lebih aman.

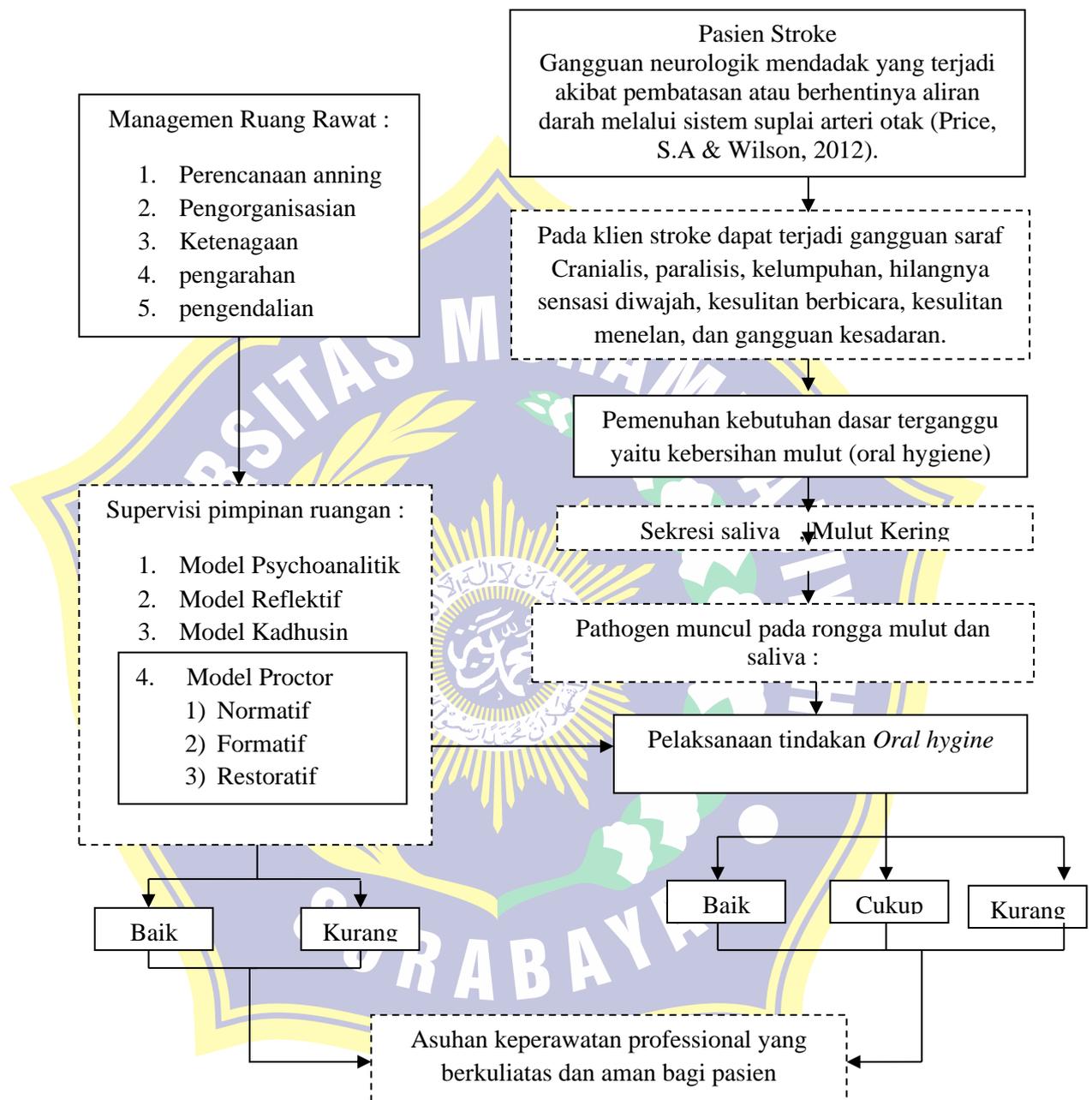
### 2.3.9 Alat Ukur Supervisi

Alat untuk mengukur supervisi pelayanan keperawatan yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya adalah The Manchester Clinical Supervision Scale. Kuisisioner ini dikembangkan oleh White & Wainstanley (2000) kemudian direvisi lagi oleh White & Wainstanley (2012). Versi asli kuisisioner ini adalah berbahasa inggris, kemudian telah dialihkan bahasanya di beberapa negara seperti Prancis, Norwegia, Spanyol, Denmark, Swedia, Portugis, dan Finlandia. Kuisisioner ini terbagi menjadi tiga komponen yang merupakan pengembangan dari model Proctor yaitu:

- a. Komponen Normatif (mempertahankan kinerja dan meningkatkan profesionalisme)  
Berisi item pernyataan *finding time* (waktu yang tersedia dari supervisor untuk melakukan supervisi), item pentingnya supervisi dan item kepercayaan/ hubungan.
- b. Komponen Formatif (meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan)  
Komponen formatif berisi item pernyataan meningkatkan pelayanan dan ketrampilan dan item masalah pribadi serta refleksi diri.
- c. Komponen Restoratif (memberikan dukungan)

Komponen restoratif berisi item pernyataan dukungan dan nasehat supervisor (Winstanley J, White E., 2012).

## 2.4 Kerangka Konsep Penelitian



**Gambar 2.4** Kerangka Konsep Study Kasus Pelaksanaan Supervisi Tindakan *Oral Hygiene* Pada Pasien Stroke Haemorrhagic Di Ruang ICU Rumah Sakit Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang

### **Keterangan Kerangka konsep**

Pada gambar 2.4 menjelaskan bahwa pada pasien stroke dapat terjadi gangguan pada saraf cranialis sehingga menyebabkan beberapa kondisi klinis yaitu paralisis, kelumpuhan, hilangnya sensasi diwajah, kesulitan berbicara, kesulitan menelan, dan gangguan kesadaran. Kondisi tersebut mengakibatkan kebutuhan dasar manusia terganggu yaitu kebersihan mulut (*oral hygiene*). Pada rongga mulut dengan kualitas *oral hygiene* buruk terjadi proses penurunan sekresi saliva sehingga menyebabkan mulut kering dan munculnya beberapa pathogen. pathogen yang muncul dapat berupa bakteri dan jamur yaitu *Staphylococcus aureus* dan *candida albican*. Standart prosedur pelaksanaan *oral hygiene* pada pasien stroke di Rumah Sakit menggunakan larutan Chlorehexidin kumur dengan metode kumur dengan sikat gigi khusus. Hal ini dilakukan karena larutan tersebut mudah dijumpai dan metode yang mudah di ruang rawat inap Rumah sakit. Namun pada pelaksanaannya *oral hygiene* pada pasien stroke tidak banyak dilakukan karena beranggapan kelumpuhan wajah. Hal ini menyebabkan angka kejadian infeksi rongga mulut pada pasien stroke masih terjadi, untuk meningkatkan tindakan keperawatan *oral hygiene* pada pasien stroke dibutuhkan penilaian dan pengawasan dari supervisor/kepala ruangan atau atasan supaya tindakan *oral hygiene* dilakukan sesuai standar agar tercipta asuhan keperawatan professional yang berkualitas dan aman bagi pasien.

