

TESIS
**PENGARUH EDUKASI *ORAL CARE* PASIEN DENGAN
PENURUNAN KESADARAN TERHADAP KEMAMPUAN
PERAWAT, PENURUNAN SKOR BOAS DAN
MIKROORGANISME PATHOGEN ORAL
DI RUMAH SAKIT Dr. M HAULUSSY**



**ENDAH FITRIASARI
C012171046**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**

**PENGARUH EDUKASI *ORAL CARE* PASIEN DENGAN
PENURUNAN KESADARAN TERHADAP KEMAMPUAN
PERAWAT, PENURUNAN SKOR BOAS DAN
MIKROORGANISME PATHOGEN ORAL
DI RUMAH SAKIT Dr. M HAULUSSY
HAULUSSY**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister
Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

(ENDAH FITRIASARI)
C012171046

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**

TESIS

**PENGARUH EDUKASI ORAL CARE TERHADAP
KEMAMPUAN PERAWAT, PENURUNAN SKOR BOAS DAN
MIKROORGANISME PATHOGEN ORAL PADA PASIEN
TOTAL CARE DI RUMAH SAKIT Dr. M HAULUSSY**

Disusun dan diajukan oleh

ENDAH FITRIASARI

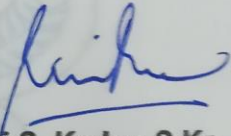
Nomor Pokok : C012171046

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal **05 Nopember 2019**
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Menyetujui
Komisi Penasihat,**


Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.

Ketua

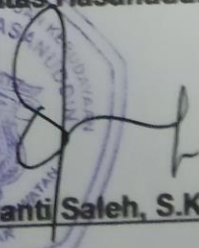

Kusriani S. Kadar, S.Kp, MN, Ph.D.

Anggota

**Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,**


Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.

**Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,**


Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : **ENDAH FITRIASARI**
NIM : **C012171046**
Program Studi : **MAGISTER KEPERAWATAN**
Fakultas : **ILMU KEPERAWATAN**
Judul :

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar,
Yang menyatakan,

ENDAH FITRIASARI

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah,, puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT atas limpahan berkah serta hidayahNya-lah sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis berjudul **“Pengaruh Edukasi *Oral Care* Pasien Penurunan Kesadaran Terhadap Kemampuan Perawat, Penurunan Skor Boas Dan Mikroorganisme Pathogen Oral Di Rumah Sakit Dr. M Haulussy”** yang merupakan syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini tidaklah sempurna, sehingga dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik serta saran yang bersifat positif dengan harapan penulisan tesis ini dapat disempurnakan untuk menjadi lebih baik lagi.

Tidak lupa penulis haturkan ucapan terimakasih yang mendalam kepada berbagai pihak atas dukungan dan semangat serta bimbingan yang telah diberikan kepada penulis selama proses penyusunan tesis ini. Terutama kepada pembimbing yang telah rela hati, penuh semangat dan tak kenal lelah dalam membimbing dan mengarahkan penulis sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Ungkapan rasa terimakasih yang tulus penulis sampaikan kepada:

1. Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan sekaligus pembimbing 1 ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan arahan, masukan serta motivasi selama proses penyusunan ini.
2. Ibu Kusri S. Kadar, S.Kp, MN, Ph.D selaku pembimbing 2 yang telah banyak meluangkan waktu serta memberikan ilmunya kepada penulis selama proses pembimbingan.
3. Direktur dan seluruh jajaran di Rumah Sakit Dr. M Haulussy Ambon dan Rumah Sakit Tingkat II Prof. dr.J.A Latumeten Ambon yang telah memberikan izin serta memfasilitasi peneliti selama penelitian berlangsung.
4. Yayasan Maluku Husada dan STIKes Maluku Husada yang telah memberikan izin serta kesempatan untuk melanjutkan pendidikan magister.

5. Teman- teman seperjuangan angkatan 8 Program Magister Ilmu Keperawatan Medikal Bedah, teristimewa “Wesabbe Team” yang selalu memberikan support dan saling menguatkan selama proses perkuliahan sampai pada proses penyusunan tesis ini.

Semoga menjadi ladang pahala di hadapan ALLAH SWT. Amin,,,

Teristimewa buat kedua orang tua tercinta yang tidak henti berdoa demi kelancaran study penulis, suami M Taufan Umasugi serta kedua ananda Adheeva Myesha Zaviera Umasugi dan Sharletta Kinara Umasugi yang selalu menjadi motivator terbesar dalam hidup penulis.

Akhir kata, penulis ucapkan permohonan maaf yang sebesar- besarnya dan semoga tesis penelitian ini dapat bermanfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan kedepannya.

Makassar, 19 Oktober 2019

Penulis

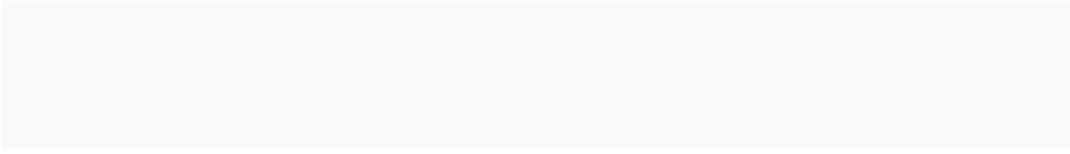
(Endah Fitriasaki)

ABSTRAK

Latar Belakang : Pasien dengan penurunan kesadaran adalah pasien yang membutuhkan bantuan untuk kebersihan dirinya termasuk kebersihan mulut, sehingga manajemen rumah sakit harus dapat memastikan kebijakan, peralatan dan sumber daya yang memungkinkan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan memberikan waktu yang cukup untuk melakukan kebersihan mulut. **Tujuan :** Untuk mengetahui pengaruh edukasi *oral care* pasien penurunan kesadaran terhadap pengetahuan dan keterampilan perawat, serta skor BOAS dan mikroorganisme oral pada pasien. **Metode :** Desain penelitian *Pre Eksperimental* dengan *pre-post test without control design*. Sampel penelitian sebanyak 15 responden perawat dan 15 responden pasien dengan penurunan kesadaran di RSUD dr. M Haulussy Ambon . Instrument pada penelitian ini berupa kuesioner, lembar ceklist dan lembar penilaian BOAS. **Hasil :** Setelah dilakukan intervensi edukasi *oral care* pada perawat terjadi peningkatan pengetahuan pada responden sebelum (4 ± 1.624) dan setelah (10 ± 1.047) intervensi dengan nilai signifikansi $p= 0.001$, terjadi peningkatan keterampilan reponden sebelum (9 ± 0.990) dan setelah (23 ± 0.258) dengan nilai $p= 0.000$, sedangkan pada skor BOAS terjadi penurunan sebelum (7 ± 1.100) dan setelah (6 ± 0.976) dengan nilai $p= 0.000$ dan penurunan jumlah mikroorganisme oral setelah dilakukan edukasi *oral care* dengan signifikansi nilai $p=0.001$. **Kesimpulan :** Edukasi *oral care* pada perawat berdampak terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat, serta penurunan skor BOAS dan mikroorganisme pathogen oral pada pasien penurunan kesadaran

Kata Kunci : Edukasi *Oral Care*, Pengetahuan, Keterampilan, BOAS, Mikroorganisme Oral

ABSTRACT



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
HALAMAN PENGESAHAN	
LEMBAR KEASLIAN PENELITIAN	
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Originalitas	4
Bab II : TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Alogaritma Pencarian	7
B. Tinjauan Literatur	8
C. Kerangka Teori	31
Bab III : KERANGKA KONSEPTUAL & HIPOTESIS PENELITIAN	32
A. Kerangka Konseptual Penelitian	32
B. Variabel Penelitian	33
C. Definisi Operasional	33
D. Hipotesis Penelitian	35
Bab IV : METODE PENELITIAN	36
A. Desain Penelitian	36
B. Tempat dan Waktu Penelitian	36
C. Populasi dan Sampel	37
D. Teknik Sampling	39
E. Instrumen, Metode & Prosedur Pengumpulan Data	40
F. Analisis Data	48
G. Etika Penelitian	49
H. Alur Penelitian	51
Bab V : HASIL PENELITIAN	52
BAB VI : PEMBAHASAN	61
A. Diskusi Hasil	61
B. Implikasi dalam Praktek Keperawatan	70

C. Keterbatasan Penelitian	71
Bab VII : PENUTUP	72
Daftar Pustaka	73
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Keaslian Penelitian
Tabel 2.1	Prosedur Memberikan Perawatan Mulut Khusus
Tabel 2.2	Penilaian <i>Beck;s Oral Assessment Scale</i> (BOAS)
Tabel 2.3	Kaitan antara Kegiatan Pembelajaran dengan Domain Tingkatan Aspek Kognitif
Tabel 2.4	Bakteri Flora Normal
Tabel 3.1	Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif
Tabel 4.1	<i>Time Schedule</i> Penelitian
Tabel 4.2	Timeline Proses Pelaksanaan Edukasi <i>Oral Care</i>
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (Perawat) Pilot Study di Rumah Sakit Tingkat II Prof.dr.J.A. Latumeten Ambon
Tabel 5.2	Hasil Penilaian CVI
Tabel 5.3	Hasil Analisis Instrumen Pengetahuan dan Koefisien Korelasinya
Tabel 5.4	Hasil Analisis Instrumen Pengetahuan dan <i>Cronbach's Alpha</i>
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Perawat di RSUD dr. M Haulussy Ambon
Tabel 5.6	Pengaruh Edukasi <i>Oral Care</i> terhadap Pengetahuan Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi
Tabel 5.7	Pengaruh Edukasi <i>Oral Care</i> terhadap Keterampilan Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi
Tabel 5.8	Pengaruh Edukasi <i>Oral Care</i> terhadap Skor BOAS Sebelum dan Sesudah Intervensi
Tabel 5.9	Jenis Mikroorganisme Oral pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Tabel 5.10	Pengaruh Edukasi <i>Oral Care</i> terhadap Jumlah Mikroorganisme Oral Sebelum dan Sesudah Intervensi

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1 Oral Care Protocol of FHUR,2017
Gambar 2.2 Sistem Keperawatan Dasar Dorothea Orem
Gambar 2.3 Kerangka Teori
Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep
Gambar 4.1 Skema Kerangka Penelitian
Gambar 4.2 Flowchart Responden
Gambar 4.3 Skema Prosedur Penelitian
Gambar 5.1 Grafik Skor BOAS Sebelum dan Sesudah Edukasi *Oral Care*
Gambar 5.2 Grafik Mikroorganisme Patogen Oral Sebelum dan Sesudah Edukasi *Oral Care*

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

BOAS	: <i>Beck's Oral Assessment Scale</i>
WHO	: <i>World Organization Health</i>
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
DSCR	: <i>Development Self Care Requisite</i>
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcome Classification</i>
LAL	: <i>Learning Aids Laboratory</i>
NGT	: <i>Nasogastric tube</i>
FHUR	: <i>Fujita Health University Rehabilitation Complex</i>
OHC	: <i>Oral Health Care</i>
SOP	: <i>Standart Operational Procedur</i>
CVI	: <i>Content Validity Index</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Alogaritma Studi Literatur
Lampiran 2	Permohonan menjadi responden
Lampiran 3	Lembar persetujuan
Lampiran 4	Kuesioner Pengetahuan
Lampiran 5	Procedur Checklist Keterampilan
Lampiran 6	Uji Validitas (<i>Content Validity Instrument</i>)
Lampiran 7	Indeks BOAS
Lampiran 8	Standar Operasional Prosedur Oral Care Rumah Sakit Dr. M Haulussy Ambon
Lampiran 9	Standar Operasional Prosedur Laboratorium Kesehatan Daerah Kota Ambon
Lampiran 10	Surat Pengantar Kediaan Panel Expert
Lampiran 11	Hasil Uji <i>CVI Judgment Expert</i>
Lampiran 12	Output Uji Validitas dan Reliabilitas
Lampiran 13	Master Tabel Pilot Study
Lampiran 14	Master Tabel Study Utama
Lampiran 15	Output Study Utama
Lampiran 16	Master Tabel Hasil Penelitian
Lampiran 17	Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan mulut merupakan indikator utama kesehatan secara keseluruhan, kesejahteraan dan kualitas hidup, *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kesehatan mulut sebagai “keadaan mulut bebas dari nyeri wajah, kanker mulut dan tenggorokan, infeksi dan luka mulut, penyakit periodontal (gusi), kerusakan gigi, kehilangan gigi (gigi tanggal), dan penyakit atau gangguan lain yang dapat membatasi kapasitas individu dalam menggigit, mengunyah, tersenyum, berbicara, dan kesejahteraan psikososial” (World Health Organization, 2019).

Memberikan *oral care* untuk orang dewasa yang dirawat di rumah sakit dengan ketergantungan atau kelemahan fisik adalah tanggung jawab keperawatan dan merupakan komponen penting dari pemberian layanan asuhan keperawatan (Nguh, 2016). Asuhan keperawatan yang diberikan untuk menjaga kebersihan mulut yang optimal melalui praktek kebersihan mulut yang baik adalah penting sebagai upaya menjaga kesehatan secara umum (Ajwani et al., 2016), karena diperkirakan 44% - 65% pasien yang dirawat di rumah sakit merupakan pasien dengan ketergantungan yang tidak menerima perawatan mulut yang memadai sebagai intervensi yang dapat mencegah terjadinya aspirasi pneumonia atau pneumonitis (Nguh, 2016).

Kesehatan mulut juga berkaitan dengan intake nutrisi dan gaya hidup, dimana melalui intake makanan dan cairan serta keadaan psikologis merupakan faktor penting untuk menjaga kesehatan secara umum (Ajwani et al., 2016). Kebersihan mulut yang baik dapat membantu menjaga gigi dan mencegah terjadinya karies gigi, infeksi dan lesi pada gigi atau mukosa mulut, terutama pada pasien intensif dan pasien lanjut usia dan sebaliknya kebersihan mulut yang buruk dapat menyebabkan pertumbuhan flora mulut abnormal yang tidak diinginkan

sehingga menjadi faktor resiko terjadinya pneumonia dan sepsis pada pasien dengan sistem kekebalan tubuh yang terganggu dan pada pasien yang tidak sadar (Andersen, 2019).

Mulut berfungsi sebagai reservoir patogen dan plak, dimana hilangnya reflex batuk pada pasien tidak sadar yang terhubung ke alat bantuan pernapasan akan menyebabkan penurunan produksi air liur dan mengarah ke pengembangan plak. Setelah tiga hari, bakteri gram negatif seperti *Staphylococcus aureus* dan *Pseudomonas aeruginosa* mulai tumbuh (Ozveren, 2010). Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang kuat antara pneumonia aspirasi dan produksi patogen orofaringeal dan periodontal (Berry, Davidson, Nicholson, Pasqualotto, & Rolls, 2011). Namun, meskipun konsensus yang berkembang bahwa kesehatan mulut adalah suatu komponen penting dari perawatan pasien dengan ketergantungan, banyak hambatan yang dilaporkan oleh keluarga terkait dengan keterbatasan *oral care* yang dilakukan oleh perawat (Horne, Mccracken, Walls, Tyrrell, & Smith, 2015), serta rendahnya prioritas yang diberikan terkait perawatan mulut dan persepsi bahwa perawatan mulut tidak memberikan manfaat yang signifikan (Kothari et al., 2017).

Pasien dengan penurunan kesadaran adalah pasien yang membutuhkan bantuan untuk kebersihan dirinya termasuk kebersihan mulut, sehingga manajemen rumah sakit harus dapat memastikan kebijakan, peralatan dan sumber daya yang memungkinkan perawatan penuh untuk memenuhi kebutuhan pasien dan memberikan waktu yang cukup untuk melakukan kebersihan mulut (Andersen, 2019). Perawatan mulut berdasarkan *evidence based practice* untuk pasien dengan perawatan intensif yaitu dengan melakukan penilaian menggunakan skala BOAS (*Beck's Oral Assessment Scale*) (Atashi et al., 2018; Yurdanur, 2016).

Ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan mulut secara negatif dan perawat memiliki tanggung jawab penting dalam hal ini, protokol perawatan mulut yang tidak berbasis bukti yang digunakan oleh perawat selama melakukan perawatan mulut (Celik, 2017). Menurut Chan et al., (2011) perawat

sering kekurangan pengetahuan berbasis bukti untuk memberikan perawatan mulut yang tepat, akibatnya banyak perawat hanya melihat perawatan mulut pada orang dewasa hanya sebagai ukuran suatu kenyamanan dan menjadikannya sebagai prioritas klinis atau pemberian asuhan keperawatan yang rendah (Nguh, 2016).

Berdasarkan wawancara singkat dengan tiga perawat ruangan di RS Dr. M Haulussy mengatakan bahwa ketidaktahuan perawat mengenai ada tidaknya *Standart Prosedural Operational* yang jelas diruangan terkait dengan tindakan *oral care*, sehingga prosedur *oral care* yang dilakukan oleh perawat maupun keluarga adalah berdasarkan kebiasaan dan pengalaman bukan pada penerapan *evidence based nursing oral care*. Tindakan *oral care* yang dilakukan lebih sering dilakukan oleh keluarga tanpa adanya edukasi terlebih dahulu dari perawat ruangan dan perawat masih menilai bahwa *oral care* hanya sebatas pemenuhan tingkat kenyamanan serta menjadikan *oral care* sebagai prioritas pemberian asuhan keperawatan yang rendah. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan perawat ruangan terkait dengan *evidence based nursing oral care* pada pasien total care atau pasien dengan penurunan kesadaran.

B. RUMUSAN MASALAH

Mendapatkan akses perawatan mulut juga berarti menerima perawatan dari orang-orang yang berpengetahuan dan terampil. Karena itu, penting untuk mempertimbangkan pengetahuan dan keterampilan penyedia layanan kesehatan karena dapat mempengaruhi kualitas perawatan kesehatan yang diterima oleh pasien (Campbell, Braspenning, Hutchinson, & Marshall, 2002).

Kesenjangan dalam pengetahuan, sikap dan praktek kesehatan oral dapat ditingkatkan dalam berbagai program pendidikan lanjutan bagi para profesional keperawatan (Silva et al., 2016). Hal ini yang membuat peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh edukasi *oral care* terhadap pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melakukan perawatan mulut pada pasien total care atau pasien dengan penurunan kesadaran.

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh edukasi *oral care* pada perawat terhadap pengetahuan, keterampilan, skor BOAS dan mikroorganisme patogen oral pada pasien dengan penurunan kesadaran.

Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi pengetahuan perawat sebelum dan setelah dilakukan edukasi *oral care*.
2. Untuk mengidentifikasi keterampilan perawat sebelum dan setelah dilakukan edukasi *oral care*.
3. Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah mendapatkan edukasi *oral care*.
4. Untuk mengetahui perbedaan keterampilan sebelum dan setelah mendapatkan edukasi *oral care*.
5. Untuk mengetahui perbedaan skor BOAS pada pasien sebelum dan setelah dilakukan edukasi *oral care*.
6. Untuk mengetahui perbedaan mikroorganisme patogen oral pasien sebelum dan setelah dilakukan edukasi *oral care*.

D. ORIGINALITAS PENELITIAN

Telah banyak penelitian yang dilakukan terkait dengan edukasi *oral care* namun edukasi yang dilakukan adalah kepada pasien dan keluarga. Sehingga kebaruan dalam penelitian ini adalah sampel pada penelitian adalah perawat sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan. Adapun penelitian yang menggunakan sampel perawat adalah hanya untuk mengetahui gambaran dari peran perawat, pengetahuan, sikap dan kemampuan perawat dalam melakukan perawatan mulut. Pada penelitian ini pengetahuan dan keterampilan perawat akan dibuktikan dengan penilaian BOAS dan kultur patogen oral dari pasien sebelum dan sesudah dilakukan intervensi edukasi *oral care*.

Penjelasan lebih lanjut terlihat pada tabel 1.1 berikut:

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Sampel	Intervensi	Hasil
1	Putri & Sirait (2014)	Pengaruh Pendidikan Penyikatan Gigi dengan Menggunakan Model Rahang Dibandingkan dengan Model Pendampingan terhadap Tingkat Kebersihan Gigi dan Mulut Siswa-siswi Tunanetra SLB-A Bandung	26 siswa-siswi kelompok model rahang dan 26 siswa kelompok pendampingan	Pendidikan menggunakan model rahang dan metode pendampingan	- Terdapat perbedaan kebersihan mulut yang signifikan antara sebelum dan setelah dilakukan pendidikan berturut-turut pada kelompok model rahang ($p=0,00$) dan kelompok pendampingan ($p=0,00$) - Tidak terdapat perbedaan perubahan skor PHP sebelum dan sesudah pendidikan antara kedua kelompok sampel ($p>0,05$)
2	Pujiyasari, Hartini & Nurullita	Pengaruh Metode Latihan Menggosok Gigi dengan Kemandirian Menggosok Gigi Anak Retardasi Mental Usia Sekolah	32 anak retardasi mental usia sekolah	Latihan menggosok gigi sebanyak 4 kali dalam 2 minggu	Ada pengaruh latihan menggosok gigi dengan kemandirian menggosok gigi anak retardasi mental usia sekolah dengan p value= 0.000
3	Yuliana, Setiawan & Hendari (2014)	Pengaruh Edukasi Melalui Asuhan Keperawatan Gigi terhadap Kebersihan Gigi dan Mulut pada Pasien Pasca Pencabutan Gigi karena Karies	Total sampel 46 responden , 23 kelompok intervensi dan 23 kelompok kontrol	Pendidikan melalui perawatan gigi dan mulut	Ada pengaruh asuhan keperawatan gigi melalui pendidikan gigi pada pengetahuan, tindakan, OHI-5 dan Plak (PHP) dengan nilai $p<0,001$

4	Nuraziz, Mardjan & Ridha(2015)	Pengaruh Edukasi Menggunakan Media Buklet Berbahasa Daerah Terhadap Peran Orang Tua dalam Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak	Orang tua Siswa kelas V Madrasah Ibtidayah Negeri Sekadau sebanyak 80 siswa yang dibagi menjadi 2 kelompok	40 sampel diberikan perlakuan edukasi media buklet kesehatan gigi dan mulut berbahasa daerah Sekadau, dan 40 sampel lainnya sebagai kelompok kontrol tanpa perlakuan	-	Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan orangtua yang mendapatkan edukasi dengan media buklet (p value= 0,000) dan peningkatanmp ada status OHIS anak (p value = 0,000) pada saat sebelum dan sesudah diberikan buklet kesehatan gigi dan mulut.
5	Palupi, Rachmawati & Anggaraini	Peran Perawat dalam Meningkatkan Kebersihan Gigi dan Mulut Anak Tunagrahita	Anak tunagrahita	Penyuluhan teknik menyikat untuk mengukur perubahan keterampilan menyikat gigi dan pengukuran OHI-s anak tuna grahita	-	Terdapat penurunan OHI-s anak tunagrahita sebelum dan sesudah penyuluhan pada perawat tunagrahita.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Algoritma Pencarian

Tinjauan literatur ini melalui penelusuran hasil publikasi ilmiah dengan rentang tahun 2009- 2019 menggunakan database PubMed, ScienceDirect dan Google Scholar.

Pencarian pada database PubMed *Advanced Search* menggunakan *Keyword 1* “dependent care patient (title/abstract)” ditemukan 24.031 artikel. *Keyword 2* “total care patient (title/abstract)” ditemukan 181.913 artikel. *Keyword 3* “oral care education (title/abstrak)” ditemukan 14.445 artikel. *Keyword 4* “nurse’s ability (title/abstract)” ditemukan 1.224 artikel. *Keyword 5* “nurse skills (title/abstrak)” ditemukan 16.614 artikel. *Keyword 6* “unconscious patient (title/abstrak)” ditemukan 21.666 artikel. *Keyword 7* dilakukan penggabungan dari *keyword 1,3 dan 5* yaitu “dependent care patient (title/abstrak) AND oral care education (title/abstrak) AND nurse skills (title/abstrak)” ditemukan 1 artikel. *Keyword 8* dilakukan penggabungan *keyword 2, 3 dan 5* yaitu “total care patient (title/abstrak) AND oral care education (title/abstrak) AND nurse skills (title/abstrak)” ditemukan 7 artikel. *Keyword 9* dilakukan penggabungan *keyword 2, 3 dan 4* yaitu “total care patient (title/abstrak) AND oral care education (title/abstrak) AND nurse’s ability (title/abstrak)” ditemukan 1 artikel. *Keyword 10* dilakukan penggabungan *keyword 6 dan 3* yaitu “unconscious patient (title/abstrak) AND oral care education (title/abstrak) ditemukan 14 artikel. Sehingga untuk pencarian menggunakan database PubMed ditemukan 23 artikel.

Pencarian pada database ScienceDirect *Advanced Search* menggunakan *keyword* “unconscious patient OR total care patient AND oral care education AND nurse skills OR nurse’s ability” ditemukan 210 artikel.

Pencarian pada database Google Scholar dengan menggunakan *keyword* “unconscious patient OR total care patient AND oral care education AND nurse

skills OR nurse's ability” ditemukan 4.160 artikel kemudian dilakukan filter tahun mulai dari 2018 ditemukan 249 artikel.

B. Tinjauan Literatur

2.1. Edukasi *Oral Care*

Edukasi merupakan suatu proses interaktif yang mendorong pembelajaran, dimana pembelajaran adalah sebagai bentuk usaha seseorang untuk menambah pengetahuan baru, sikap, serta keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu (Potter & Perry, 2009). Sedangkan edukasi kesehatan berdasarkan *Nursing Interventions Classification* (NIC) adalah upaya mengembangkan dan menyediakan instruksi dan merupakan pengalaman belajar untuk memfasilitasi adaptasi terkontrol pada perilaku yang kondusif untuk dapat hidup sehat pada individu, keluarga, kelompok, dan atau komunitas (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016).

Berdasarkan definisi edukasi diatas, dapat disimpulkan bahwa edukasi atau edukasi kesehatan adalah sebuah kombinasi antara pengalaman belajar yang dirancang untuk membantu individu, keluarga, kelompok atau suatu komunitas untuk memperbaiki kesehatan dengan meningkatkan pengetahuan, mempengaruhi sikap serta meningkatkan keterampilan mereka.

Metode pembelajaran yang digunakan dalam memberikan edukasi hendaknya disesuaikan dengan tujuan akhir dari hasil pembelajaran yang diharapkan. Berikut merupakan beberapa metode pembelajaran yang tepat berdasarkan bidang pembelajarannya (Potter & Perry, 2009):

a. Kognitif, dapat berupa:

Diskusi (pribadi atau kelompok)

- Melibatkan perawat dan seorang klien atau perawat dengan beberapa klien
- Mendorong partisipasi aktif dan berfokus pada topik yang diminati klien
- Memungkinkan adanya dukungan kelompok

- Meningkatkan aplikasi dan informasi baru

Kuliah

- Metode instruksi yang lebih formal karena dikendalikan oleh pengajar
- Membantu pelajar memperoleh pengetahuan baru dan memperoleh pengertian

Sesi Tanya- jawab

- Membahas kekhawatiran tertentu pada klien
- Membantu klien menerapkan pengetahuan

Permainan peran, penemuan

- Memungkinkan klien menerapkan pengetahuan secara aktif dalam situasi yang dikontrol
- Mendorong sintesis informasi dan pemecahan masalah

Proyek independen (instruksi dengan bantuan komputer), pengalaman di lapangan

- Memungkinkan klien mengemban tanggung jawab untuk menyelesaikan kegiatan belajar sesuai kecepatan dirinya sendiri
- Mendorong analisis, sintesis, dan evaluasi informasi dan keterampilan baru

b. Afektif, dapat berupa:

Permainan peran

- Memungkinkan ekspresi, perasaan, dan nilai

Diskusi (kelompok)

- Memungkinkan klien menerima dukungan dari anggota kelompok
- Membantu klien belajar dari pengalaman orang lain
- Mendorong pemberian respons, penghargaan terhadap nilai, dan organisasi

Diskusi (pribadi)

- Memungkinkan diskusi tentang topik yang pribadi dan sensitive

c. Psikomotor

Demonstrasi

- Penyajian prosedur atau keterampilan oleh perawat
- Mengizinkan klien mengikuti model perilaku perawat
- Memungkinkan perawat mengatur pertanyaan selama demonstrasi

Praktik

- Memberikan kesempatan bagi klien untuk melakukan keterampilan dengan alat pada lingkungan yang dikontrol
- Memberikan pengulangan

Demonstrasi ulang

- Mengizinkan klien melakukan keterampilan sambil diamati perawat
- Memberikan sumber umpan balik dan dorongan yang baik

Proyek dan permainan independen

- Membutuhkan metode pengajaran yang mempromosikan adaptasi pembelajaran psikomotor
- Memungkinkan pelajar untuk menggunakan keterampilan baru

Adapun informasi atau edukasi yang dapat diberikan berupa kondisi tentang kesehatan pasien, pengobatan, resiko, manfaat serta prosedur suatu tindakan dalam hal ini *oral care* yang merupakan bagian penting dari perawatan pada pasien total care dengan penurunan kesadaran. Informasi ini diberikan kepada perawat selaku pemberi layanan asuhan keperawatan agar dapat meningkatkan keterampilan *oral care* berdasarkan *evidence based nursing oral care*, sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien dapat dilakukan secara optimal.

Edukasi ini juga adalah faktor penting untuk meningkatkan kepatuhan dalam hal ini melakukan *oral care* dengan optimal sesuai dengan rekomendasi yang diberikan apabila perawat tidak memiliki pengetahuan dan pengalaman tentang apa yang harus dilakukan (Falvo, 2011).

Self Care Deficit Nursing Theory Orem pada penelitian ini digunakan untuk mengembangkan intervensi keperawatan edukasi *oral care*, menerapkannya dan mengukur hasilnya. Menurut teori keperawatan defisit perawatan diri, sistem keperawatan di desain dan diimplementasikan untuk tujuan pengembangan individu *self care agency* sehingga mereka dapat memenuhi syarat perawatan diri mereka (Moore et al., 2007). Ketiga sistem keperawatan adalah mendukung perkembangan (mempromosikan agen *self care* seseorang), kompensasi sebagian (melakukan beberapa perawatan diri yang diperlukan), atau kompensasi seluruhnya (memenuhi sebagian dari kebutuhan diri seseorang) (Alligood, 2017). Agen perawatan diri terdiri dari kemampuan, keterampilan, pengetahuan dan motivasi yang diperlukan bagi seorang individu untuk melakukan perawatan diri *oral care*. *Dependent Care* didefinisikan sebagai praktek yang berhubungan dengan kesehatan yang dilakukan untuk orang lain, biasanya keluarga atau perawat untuk membantu orang itu dalam memenuhi perawatan dirinya.

Dalam penelitian ini sistem keperawatan suportif- edukasi dirancang dan dilaksanakan untuk mempromosikan agen *self care* dalam hal ini perawat dengan tujuan akhir untuk meningkatkan kemampuan melakukan *oral care* pada pasien *total care*. Dengan memberikan edukasi atau program pendidikan lanjutan kepada para profesional keperawatan maka akan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan atau praktek *oral care* (Silva et al., 2016).

2.2. Perawatan Mulut (*Oral Care*) pada Pasien dengan Penurunan Kesadaran

Perawatan diri (Kebersihan Mulut) dalam *Nursing Outcomes Classification* adalah tindakan seseorang untuk merawat mulut dan giginya sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013). Sedangkan definisi pemeliharaan kesehatan mulut pada *Nursing Interventions Classification* adalah upaya mempertahankan

dan meningkatkan kebersihan mulut dan kesehatan gigi pasien yang berisiko mengalami lesi pada mulut dan giginya (Bulechek et al., 2016).

Pasien dengan penurunan kesadaran akan cenderung mengalami mulut kering, sariawan, atau iritasi pada mulut sehingga penting untuk membersihkan mukosa oral dan lidah selain gigi, hal ini dikarenakan oleh pasien tidak mendapatkan asupan cairan melalui mulut, sering bernafas melalui mulut, atau menerima terapi oksigen yang cenderung akan menyebabkan membran mukosa menjadi kering (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010). *Oral care* yang dilakukan adalah bertujuan untuk mempertahankan keutuhan dan kesehatan bibir, lidah dan membran mukosa mulut; mencegah infeksi oral; dan membersihkan serta melembabkan membran mukosa (Kozier et al., 2010).

Perawat dapat menggunakan preparat atau swab busa komersial untuk membersihkan membrane mukosa dan larutan salin normal dianjurkan untuk hygiene oral bagi klien dengan penurunan kesadaran (Kozier et al., 2010). Berikut merupakan prosedur dalam memberikan perawatan mulut khusus (tidak sadar) (Kozier et al., 2010):

Tabel 2.1 Prosedur Memberikan Perawatan Mulut Khusus

Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan keutuhan dan kesehatan bibir, lidah, dan membrane mukosa mulut. 2. Mencegah infeksi oral. 3. Membersihkan dan melembabkan membrane mulut dan bibir.
Pengkajian	<ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi adanya penyimpangan dari normal pada bibir, gusi, mukosa oral dan lidah. b. Identifikasi adanya masalah oral seperti karies gigi. c. Kaji reflex gag, jika diperlukan
Perencanaan	<p>Delegasi</p> <p>Perawatan mulut yang khusus dapat didelegasikan kepada staf bantu yang belum memiliki izin; namun perawat perlu mengkaji reflex gag. Berdasarkan hasil pengkajian ini, perawat harus memberi tahu staf bantu yang belum memiliki izin tentang posisi klien yang tepat dan bagaimana menggunakan kateter penghisap oral. Jika diperlukan, ingatkan staf bantu yang belum memiliki izin untuk melaporkan adanya perubahan pada mukosa oral</p>

	<p>klien.</p> <p>Alat</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Handscoon</i> (sarung tangan) sekali pakai - <i>Suction</i>, jika diperlukan - Agen antimikroba untuk <i>oral care</i> : <i>chlorhexidine</i>, hexadol - Sikat gigi - Pasta gigi, jika diperlukan - <i>Tongue spatel</i> - <i>Sput</i> (jarum suntik) - Scrapes lidah (pembersih lidah), jika diperlukan - Lidi kapas - Kassa 4x4 - Tissue kering atau handuk - Bengkok - Gelas dengan air hangat - Swab busa - Pelembab bibir: vaselin (jika ada) - Bite-block untuk menahan mulut dan gigi tetap terbuka (pilihan) - Pembersih gigi palsu <p>Prosedur Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien dan keluarga tentang prosedur yang akan anda lakukan dan alasan pentingnya prosedur tersebut. 2. Cuci tangan dan lakukan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai (misalnya menggunakan sarung tangan sekali pakai). 3. Jaga privasi klien dengan menutup tirai di sekeliling tempat tidur klien atau menutup pintu ruangan. Beberapa institusi menyediakan tanda yang menunjukkan kebutuhan terhadap privasi. Hygiene adalah hal yang bersifat pribadi. 4. Persiapkan klien <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi klien yang tidak sadar miring, dengan kepala tempat tidur lebih rendah. Pada posisi ini, saliva secara otomatis keluar akibat gravitasi, bukan teraspirasi ke paru- paru. Posisi ini merupakan salah satu pilihan untuk klien yang tidak sadar yang menerima perawatan mulut. Jika kepala klien tidak dapat direndahkan, miringkan kesalah satu sisi. Cairan akan keluar dari mulut atau menggenang pada satu sisi mulut, yang dapat dilakukan pengisapam. - Letakkan handuk di bawah dagu klien. - Letakkan bengkok di bawah dagu dan leher bawah untuk menampung cairan dari mulut.
--	---

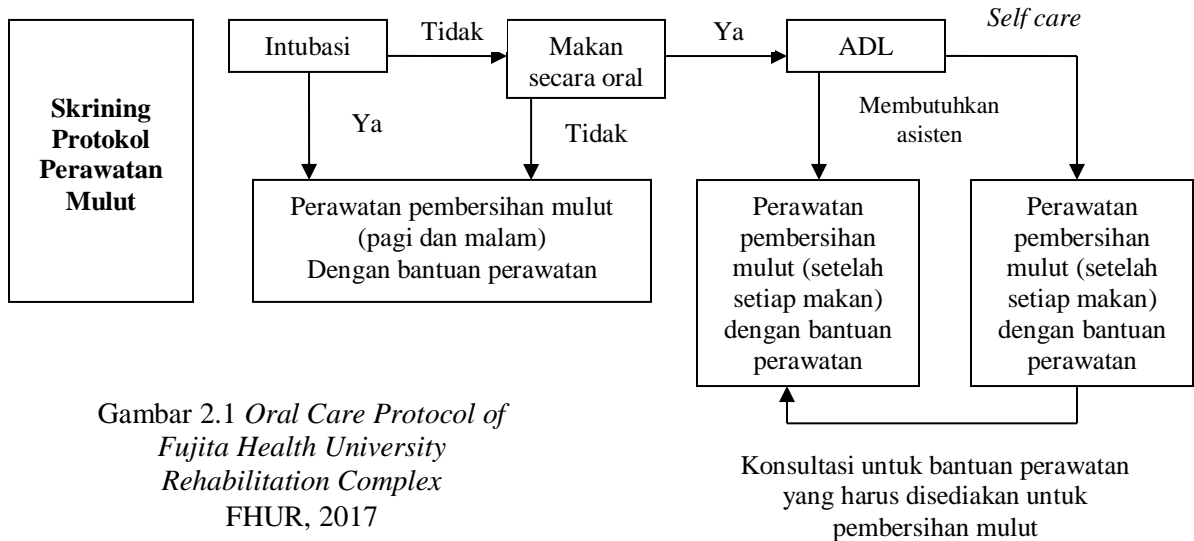
	<p>5. Bersihkan gigi dan bilas mulut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pegang sikat ke arah gigi dengan bulu- bulu sikat 45⁰. Ujung bulu- bulu luar harus menghadap dan masuk ke bawah sulkus gingiva. Gunakan teknik memutar (sirkular) - Gerakkan bulu- bulu ke atas dan ke bawah menggunakan gerakan vibrasi atau mengguncang-guncang dari arah sulkus ke mahkota gigi - Ulangi hingga seluruh permukaan luar dan dalam gigi dan sulkus gusi bersih. - Bersihkan permukaan atas gigi dengan gerakan sikat maju dan mundur dalam gerakan pendek. - Jika lidah kotor, bersihkan lidah dengan perlahan menggunakan scraper lidah - Bilas mulut klien dengan menarik sekitar 10 ml air atau obat kumur bebas alcohol ke dalam spuit dan injeksikan dengan perlahan pada masing- masing sisi mulut. Jika larutan diinjeksikan dengan kuat, air dapat mengalir ke tenggorokan klien dan dapat teraspirasi ke dalam paru. - Perhatikan secara seksama untuk memastikan bahwa semua cairan pembilas telah dikeluarkan dari mulut ke bengkok. Jika tidak, lakukan penghisapan cairan di mulut. Cairan yang tertinggal di mulut dapat teraspirasi ke paru. - Ulangi pembilasan sampai mulut bersih dari pembersih gigi palsu, jika digunakan. <p>6. Inspeksi dan bersihkan jaringan oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika jaringan tampak kering dan tidak bersih, bersihkan dengan swab busa atau kassa dan cairan pembersih sesuai dengan kebijakan instansi. - Ambil swab busa lembap, basuh membrane mukosa pada satu bagian pipi. Jika swab busa tidak tersedia, gulung kassa kecil mengelilingi spatel lidah dan lembapkan. Buang kapas swab atau spatel lidah dalam tempat sampah, gunakan yang baru untuk area bersih selanjutnya. Gunakan alat berbeda untuk masing- masing area mulut untuk mencegah transfer mikroorganisme dari satu area ke area lain. - Bersihkan jaringan mulut secara berurutan, gunakan alat yang berbeda, pipi, dasar mulut, atap mulut, dan lidah. - Observasi adanya radang dan kekeringan pada jaringan dengan cermat. - Bilas mulut klien seperti yang dijelaskan pada langkah 5. - Lepaskan dan buang sarung tangan. <p>7. Berikan klien kenyamanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Singkirkan bengkok, dan keringkan area disekitar mulut klien dengan handuk. Lepaskan gigi palsu, jika diindikasikan. - Lumasi bibir klien dengan jeli petroleum. Pelumasan
--	--

	<p>mencegah bibir pecah dan infeksi, jika klien menerima terapi oksigen, jangan gunakan jeli petroleum karena dapat membakar kulit dan mulut. Gunakan produk perawatan mulut lainnya yang tidak mengandung petroleum di dalamnya.</p> <p>8. Dokumentasikan pengkajian gigi, lidah, gusi, dan mukosa oral. Sertakan adanya masalah seperti sariawan atau radang dan pembengkakan gusi.</p>
Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> - Pertimbangkan diagnose medis dan pengobatan klien (misal: kemoterapi, oksigen) dan intervensi keperawatan yang penting berkaitan dengan hygiene oral. - Lakukan pengkajian kontinu, jika sesuai, terhadap mukosa oral, gusi, lidah dan bibir. - Laporkan adanya penyimpangan dari normal kepada dokter. - Lakukan tindak lanjut yang sesuai seperti rujukan ke dokter gigi untuk karies gigi.

Adapun peran perawat dalam menjaga kebersihan mulut yang baik adalah selain untuk memberikan kenyamanan pada pasien juga untuk mencegah terjadinya infeksi, dan pneumonia aspirasi yang merupakan salah satu komplikasi lanjutan yang dapat menyebabkan kematian pasien diakibatkan dari kebersihan mulut yang buruk (Kabita & Ajish, 2016). Perawat harus dapat menjaga kebersihan mulut dengan baik pada pasien dan jika diperlukan dapat membantu pasien melakukan *oral care*.

Penilaian kebersihan mulut merupakan aspek penting dari peran keperawatan untuk pasien yang mengalami kesulitan menelan dan terpasang selang *nasogastric tube* (NGT) diprioritaskan untuk dijaga kebersihan mulutnya dengan baik. Menyikat gigi, gigi palsu dan gusi dengan pasta gigi atau bahan pembersih khusus seperti gel gigi *chlorhexidine gluconate* sangat penting. Selain itu, perawat harus menilai pasien dengan pemilihan dan penggunaan peralatan kebersihan mulut yang sesuai dan juga agen pembersih. Perawat juga harus memperhatikan rutinitas kebersihan mulut (Kabita & Ajish, 2016).

Protokol perawatan mulut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Oral Care Protocol of Fujita Health University Rehabilitation Complex FHUR, 2017

Adapun protokol perawatan mulut berdasarkan *evidence based practice* untuk pasien dengan perawatan intensif yaitu dengan melakukan penilaian menggunakan skala BOAS, dapat dilihat pada tabel 2.2 dibawah ini:

Tabel 2.2. Penilaian *Beck's Oral Assessment Scale* (BOAS)

Kategori	Skor			
	1	2	3	4
Bibir	Licin, lembab dan tidak retak	Merah, agak kering	Kering, bengkak, bintik kecil-kecil	Cairan dalam jaringan ikat (edematous), bintik yang meradang
Gusi dan mukosa	Licin, lembab dan tidak retak	Pucat, luka terisolasi	kering, (lesi) merah	Bengkak. Meradang, sangat kering dan edematous
Lidah	Licin, lembab dan tidak retak	Kering, benjol (papilla) yang terlihat	Kering, bengkak, merah dengan luka benjol (papilla)	Sangat kering, edematous, luka yang bengkak
Gigi	Bersih, tidak ada karang gigi	Hanya ada sedikit karang gigi	Ada agak banyak karang gigi	Penuh dengan karang gigi
Air liur	Ringan, segar dan melimpah	Bertambah jumlahnya	Tidak memadai dan	Sangat padat dan

			agak padat	melengket
Total skor	Angka 5 tidak ada gangguan fungsi.	Angka 6-10 Disfungsi ringan.	Angka 11-15 disfungsi tingkat sedang.	Angka 16-20 disfungsi serius. Paling tidak setiap 4 jam perawatan mulut
	Paling tidak setiap 12 jam perawatan mulut	Paling tidak setiap 8-12 jam perawatan mulut	Paling tidak setiap 8 jam perawatan mulut	

Penjelasan :

- Angka 0–5 = Kerjakan penilaian oral sekali sehari. Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan dua kali sehari.
- Angka 6–10 = Lakukan penilaian oral dua kali sehari. Lembabkan bibir dan mukosa setiap 4 jam. Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan paling tidak dua kali sehari.
- Angka 11–15 = Kerjakan penilaian oral setiap 8-12 jam. Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan paling tidak setiap 8 jam. Pergunakan sikat gigi yang lembut. Lembabkan kedua bibir dan mukosa setiap 2 jam.
- Angka 16-20 = Lakukan penilaian oral dan prosedur perawatan mulut setiap 4 jam. Jika Anda tidak bisa menyikat gigi anda, pergunakan sebuah bantalan kain kasa yang dibungkus. Lembabkan kedua bibir dan mukosa setiap 1-2 jam (Beck, 1979).

2.3. Pendekatan *Supportive Educative Dorothea Orem's Self-Care Defisit Theory*

Self care atau perawatan diri yang dilakukan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien dengan total care salah satunya adalah untuk mencegah resiko terjadinya pneumoni dan menjaga kebersihan mulut ini dilakukan dengan pendekatan *wholly compensatory system* dimana ketergantungan perawatan pada pasien dengan penurunan kesadaran mengacu pada perawatan yang diberikan berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan *oral care* dikarenakan defisit

neurologis, masalah kognitif dan kelemahan fisik yang dialaminya, dengan bertujuan untuk mempertahankan hidup, melanjutkan pengembangan pribadi dan kesejahteraan serta menghindari terjadinya komplikasi lebih lanjut yang disebabkan oleh kesehatan mulut pada pasien (Alligood, 2017).

Teori keperawatan defisit perawatan diri adalah teori umum yang terdiri dari empat teori yang saling terkait, antara lain sebagai berikut (Alligood, 2017) :

1. Teori perawatan diri, teori ini menjelaskan mengapa dan bagaimana orang merawat diri mereka sendiri. Yang terdiri dari:

- a) *Self care* (perawatan diri)

Perawatan diri merupakan serangkaian tindakan individu yang dilakukan secara sadar yang bertujuan untuk mempertahankan hidup, memfungsikan kesehatan, melanjutkan pengembangan pribadi dan kesejahteraan.

- b) *Self care agency* (agen perawatan diri)

Agen perawatan diri merupakan kemampuan kompleks dari individu untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk melakukan fungsi dan perkembangan tubuh.

- c) *Therapeutic self care demand*

Kebutuhan perawatan diri merupakan tindakan perawatan diri secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan perawatan diri individu melalui cara- cara tertentu dan mengontrol atau mengelola faktor- faktor untuk memenuhi kecukupan udara,air dan makan.

2. Teori ketergantungan perawatan, menjelaskan bagaimana anggota keluarga atau teman- teman memberikan perawatan untuk orang yang ketergantungan secara sosial.

Self care requisite diidentifikasi menjadi tiga kategori, antara lain (Alligood, 2017) :

a) Syarat Perawatan Diri Universal (*Universal Self Care Requisite*)

Tujuan- tujuan yang diperlukan secara universal harus dipenuhi melalui perawatan diri atau ketergantungan perawatan. Berikut merupakan syarat umum perawatan diri yang disarankan meliputi : pemeliharaan asupan udara yang cukup; pemeliharaan asupan makanan yang cukup; pemeliharaan asupan air yang cukup; penyediaan perawatan yang terkait dengan proses eliminasi dan kotoran; pemeliharaan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat; pemeliharaan keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial; pencegahan bahaya bagi kehidupan manusia, fungsi manusia dan perkembangan manusia; serta promosi fungsi dan perkembangan manusia dalam kelompok sosial.

b) Syarat Perawatan Diri Perkembangan (*Development Self Care Requisite*)

Tiga perangkat *Development Self Care Requisite (DSCR)* telah diidentifikasi, sebagai berikut : penyediaan kondisi yang mempromosikan perkembangan; keterlibatan dalam perkembangan diri; dan pencegahan atau penanggulangan efek-efek dari kondisi manusia dan situasi kehidupan yang dapat mempengaruhi perkembangan manusia secara negatif.

c) Syarat *Perawatan* Diri Penyimpangan Kesehatan (*Health Deviation Self Care Requisite*)

Syarat perawatan diri ini ada untuk orang yang sakit atau terluka, yang memiliki bentuk- bentuk khusus atau gangguan patologis, termasuk defek dan disabilitas, yang berada dibawah diagnosis dan pengobatan medis.

3. Teori defisit perawatan diri, menggambarkan dan menjelaskan mengapa orang dapat dibantu melalui keperawatan.

Defisit perawatan diri merupakan hubungan antara tuntutan perawatan diri terapeutik individu dan kekuatan agen perawatan dirinya dimana kemampuan perawatan diri yang telah dikembangkan di dalam agen perawatan diri tidak bisa dioperasikan. Keterbatasan ini menyebabkan mereka sepenuhnya atau sebagian tidak tahu syarat yang ada dalam mengatur perawatan untuk dirinya sendiri. Terdapat 10 faktor dasar yang mempengaruhi kondisi *self care* individu, yaitu (1) usia, (2) jenis kelamin, (3) kondisi perkembangan, (4) kondisi kesehatan, (5) pola hidup, (6) faktor system perawatan kesehatan, (7) faktor system keluarga, (8) faktor sosial budaya, (9) ketersediaan sumber daya alam, dan (10) faktor lingkungan eksternal. Orem mengidentifikasi lima metode untuk membantu menangani *self care deficit* diantaranya yaitu:

- a. Melakukan sesuatu untuk orang lain
- b. Memberikan dukungan fisik atau psikologi
- c. Menyediakan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan pribadi
- d. Memberikan edukasi

Agen keperawatan terdiri dari kemampuan individu yang dididik menjadi perawat untuk mewakili diri mereka sebagai perawat dan dalam hubungan interpersonal untuk bertindak, mengetahui, dan membantu orang lain dalam memenuhi tuntutan perawatan diri yang terapeutik serta mengatur dan mengembangkan agen perawatan diri mereka.

Desain keperawatan dilakukan sebelum maupun setelah diagnose keperawatan ditegakkan sehingga memungkinkan perawat untuk melakukan penilaian tentang kondisi individu saat ini. Hal ini

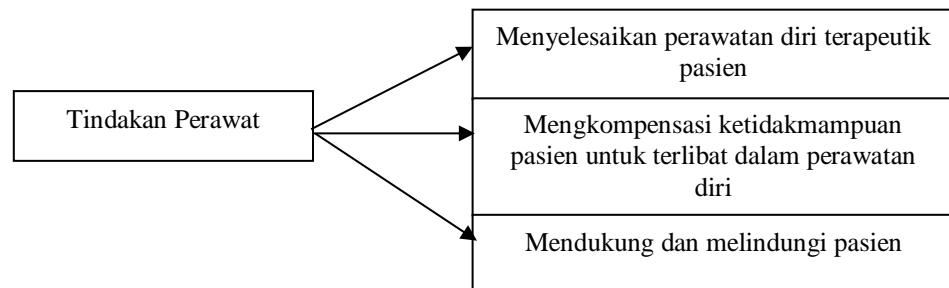
bertujuan untuk memberikan panduan untuk mencapai hasil yang diharapkan dalam prosedur keperawatan.

4. Teori sistem keperawatan

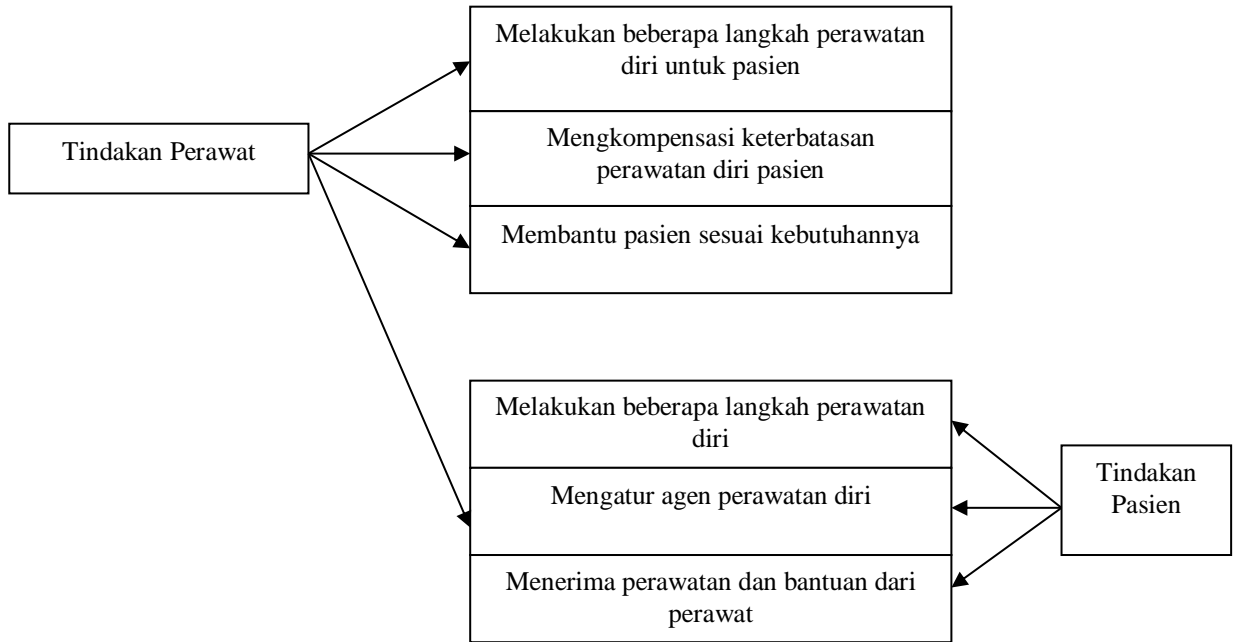
Sistem keperawatan merupakan serangkaian tindakan praktik keperawatan yang dilakukan pada suatu waktu untuk berkoordinasi dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien untuk mengetahui dan memenuhi komponen kebutuhan perawatan diri klien yang terapeutik dan untuk melindungi serta mengetahui perkembangan perawatan diri klien. Pada teori sistem keperawatan menggambarkan dan menjelaskan hubungan yang harus dilakukan dan dipelihara untuk menghasilkan keperawatan.

Konsep utama pada teori ini digambarkan pada gambar 2.3 yang dikembangkan oleh Orem dan kawan-kawan, dimana kebutuhan klien atau individu yang didasari pada *teori* Orem tentang pemenuhan kebutuhan sendiri dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Bentuk teori dapat ditunjukkan seperti dibawah ini (Alligood, 2017) :

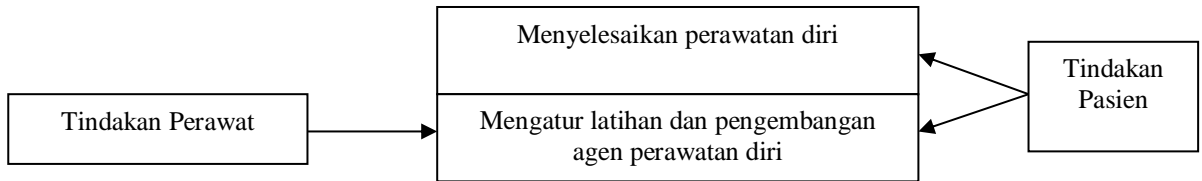
Sistem Yang Mengkompensasi Sepenuhnya



Sistem Yang Mengkompensasi Sebagian



Skema *Supportive- edukative*



Gambar 2.2. Sistem Keperawatan Dasar Dorothea Orem (Alligood, 2017)

2.4. Pengetahuan dan Keterampilan Perawat

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan terjadi setelah seseorang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, yang sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan adalah mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya (fakta, konsep, teori), mengetahui istilah- istilah umum, fakta-

fakta khusus, metode- metode dan prosedur, konsep- konsep dasar, serta prinsip (Susilo, 2011). Pada umumnya, pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya, akan tetapi bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula (Murwani, 2014).

Berdasarkan pengertian pengetahuan diatas maka dapat diambil titik temu bahwa pengetahuan merupakan ranah kognitif yang berhubungan dengan kemampuan berfikir, termasuk didalamnya kemampuan untuk menghafal, memahami, mengaplikasi, menganalisis, mensintesis, dan kemampuan mengevaluasi (Notoatmodjo, 2010). Adapun kaitan antara kegiatan pembelajaran dengan domain tingkatan aspek kognitif dapat dilihat pada tabel dibawah ini (Murwani, 2014):

Tabel 2.3 Kaitan antara Kegiatan Pembelajaran dengan Domain Tingkatan Aspek Kognitif

No	Tingkatan	Deskripsi
1	Pengetahuan (C1)	Pengetahuan terhadap fakta, konsep, definisi, nama, peristiwa, tahun, daftar, teori, prosedur, dll. Contoh kegiatan belajar: <ul style="list-style-type: none"> - Mengemukakan arti - Menentukan lokasi - Mendiskripsikan sesuatu - Menceritakan apa yang terjadi - Menguraikan apa yang terjadi
2	Pemahaman (C2)	Pengertian terhadap hubungan antar- faktor, antar konsep dan antar data hubungan sebab akibat penarikan kesimpulan. Contoh kegiatan belajar: <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan gagasan dan pendapat dengan kata-kata sendiri - Membedakan atau membandingkan - Menginterpretasi data - Mendeskripsikan dengan kata- kata sendiri
3	Aplikasi (C3)	Menggunakan pengetahuan untuk memecahkan masalah atau menerapkan pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari. Contoh kegiatan: <ul style="list-style-type: none"> - Menghitung kebutuhan

		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan percobaan - Membuat peta - Membuat model - Merancang strategi
4	Analisis (C4)	<p>Menentukan bagian- bagian dari suatu masalah, penyelesaian, atau gagasan dan menunjukkan hubungan antar bagian tersebut.</p> <p>Contoh kegiatan belajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor penyebab - Merumuskan masalah - Mengajukan pertanyaan untuk mencari informasi - Membuat grafik - Mengkaji ulang
5	Sintesis (C5)	<p>Menggabungkan berbagai informasi menjadi satu kesimpulan/ konsep atau meramu/ merangkai berbagai gagasan menjadi suatu hal yang baru.</p> <p>Contoh kegiatan belajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membuat desain - Menemukan solusi masalah - Menciptakan produksi baru
6	Evaluasi (C6)	<p>Mempertimbangkan dan menilai benar- salah, baik- buruk, bermanfaat- tidak bermanfaat</p> <p>Contoh kegiatan belajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan pendapat - Membahas suatu kasus - Memilih solusi yang lebih baik - Menulis laporan

Pengukuran hasil belajar ranah kognitif dilakukan dengan tes tertulis, diantaranya: (1) tes atau pertanyaan lisan pada saat penyuluhan, (2) pilihan ganda, (3) uraian objektif, (4) uraian non objektif atau uraian bebas, (5) jawaban atau isian singkat, (6) menjodohkan, (7) portofolio dan (8) penampilan (Murwani, 2014).

b. Keterampilan

Keterampilan lebih terkait dengan ranah psikomotor, dimana ranah psikomotor sendiri erat kaitannya dengan kerja otot yang menjadi penggerak tubuh dan bagian- bagiannya, mulai dari gerak yang sederhana sampai dengan gerakan yang kompleks (Murwani, 2014).

Pengukuran pada ranah psikomotor dilakukan terhadap hasil belajar berupa penampilan melalui keterampilan manipulasi yang melibatkan otot dan kekuatan fisik, dan biasanya disatukan atau dimulai dengan pengukuran ranah kognitif yang dapat dilakukan dengan menggunakan observasi atau pengamatan (Murwani, 2014).

Adapun tes untuk mengukur ranah psikomotorik adalah tes untuk mengukur penampilan atau kinerja (*performance*) yang telah dikuasai, berupa tes *paper and pencil*, tes identifikasi, tes simulasi, dan tes untuk kerja. Tes simulasi dan tes kerja dapat diperoleh dengan observasi langsung ketika peserta didik melakukan kegiatan pembelajaran dan lembar observasi dapat menggunakan daftar cek (*check-list*) (Murwani, 2014).

Terdapat beberapa model pembelajaran praktikum salah satunya adalah *Learning Aids Laboratory* (LAL) atau yang sering disebut *clinical workshop* yang merupakan kesempatan belajar praktikum tambahan yang diberikan agar peserta didik memperoleh keterampilan dan pengetahuan tertentu diluar program rutin. Misalnya dilakukan apabila peserta didik tidak perlu semuanya memperoleh keterampilan tersebut atau tenaga pengajar tidak mempunyai keterampilan klinis yang memadai pada bidang tersebut. *Clinical Workshop* dapat dilakukan secara intensif dalam satu hari sampai satu minggu oleh petugas klinik, dimana peserta didik dapat mengikuti demonstrasi, mengajukan pertanyaan, mengenali alat-alat praktek antar teman, dan menerima umpan balik (Murwani, 2014).

2.5.Kolonisasi Patogen Oral

a. Jenis Patogen Oral

Mikroorganisme dapat menyebabkan penyakit, jika mikroorganisme patogen tersebut masuk ke dalam tubuh inang, namun tidak semua pertumbuhan mikroorganisme dalam tubuh inang dapat menyebabkan penyakit (Irianto, 2013). Banyak mikroorganisme tumbuh pada permukaan tubuh inang tanpa menyerang jaringan tubuh dan

merusak fungsi normal tubuh seperti halnya flora normal dalam tubuh yang umumnya tidak bersifat patogen, namun pada kondisi tertentu dapat menjadi patogen oportunistik (Irianto, 2013). Sebaran flora normal berbeda- beda bagi masing- masing individu tergantung dari aspek jenis kelamin ataupun usia, dimana mayoritas mikroorganisme tersebut dapat menjadi patogen oportunistik pada kondisi tertentu dan beberapa genus mikroorganisme dapat ditemukan pada beberapa area tubuh (Irianto, 2013).

Rongga mulut sebagai tempat masuknya makanan, mengandung berbagai macam bakteri yang dapat membantu dalam proses pengunyahan dan pencernaan makanan. Beberapa bakteri berkembang sebagai flora normal dalam rongga mulut yang dapat ditemui pada daerah gigi, lidah, sulkus gingiva, mukosa pipi, tonsil, palatum dan saliva (Mardiyantoro, 2017).

Bakteri dalam rongga mulut diantaranya terdiri dari: (1) gram positif aerob, yaitu golongan *streptococcus* dan *staphylococcus*. Pada kelompok ini, *Beta hemolytic streptococcus* merupakan subgroup yang dominan diikuti oleh *Streptococcus viridans* dan *Staphylococcus aureus*. (2) Gram negative aerob yang dominan adalah golongan *Klebsiella* dan *Neisseria*, (3) Golongan anaerob yang tersering adalah *Peptostreptococcus* dan *Bacteroids* (Mardiyantoro, 2017).

Mikroorganisme yang dapat ditemukan pada beberapa area tubuh ini, selain hidup sementara atau menetap sebagai flora normal pada kulit dan saluran pencernaan manusia dan hewan, juga dapat ditemukan di tanah (Muliawan, 2008). Banyak flora normal manusia merupakan bakteri anaerob, sebagai contoh usus besar manusia yang mempunyai tekanan oksigen rendah mengandung populasi bakteri anaerob lebih dari 10^{11} organisme per gram kandungan kolon (Muliawan, 2008). Selain itu mikroorganisme yang peka terhadap oksigen (anaerob atau fakultatif anaerob) juga banyak ditemui sebagai flora normal di bagian gusi, tonsil,

hidung, folikel rambut, uretra, vagina dan permukaan gigi (Muliawan, 2008).

Mikroorganisme yang menjadi flora normal rongga mulut dapat berubah menjadi bakteri patogen dan menyebabkan infeksi di region oromaksilofasial. Perubahan ini dipengaruhi oleh faktor kondisi pasien, lingkungan rongga mulut dan akumulasi bakteri (Mardiyantoro, 2017). Secara umum bakteri flora normal yang terdapat pada rongga mulut, yaitu: (a) *Streptococcus mutans* : adalah bakteri gram positif dan anaerob fakultatif yang berbentuk bulat (coccus) dengan diameter 0.5-0.75 μm dan tumbuh optimal pada suhu 18-40⁰C, pada lingkungan yang asam bakteri ini cenderung membentuk rantai mirip batang pendek dengan panjang 1.5-3.0 μm , berada di mulut manusia dan lebih khusus dalam biofilm multispecies pada permukaan gigi dan mampu bertahan hidup dalam lingkungan ph rendah (Falsetta et al., 2012). Bakteri ini merupakan flora normal yang dominan pada rongga mulut manusia dan berkontribusi besar pada pembentukan karies gigi dan pembentukan plak pada gigi (Falsetta et al., 2012). (b) *Staphylococcus aureus* : merupakan bakteri gram positif, berasal dari family *Staphylococcaceae* berbentuk bulat, berdiameter sekitar 1 μm dan hidup berkoloni. Umumnya dijumpai di rongga mulut, hidung, tenggorokan, sela jari kaki dan ketiak. Bakteri ini dapat tumbuh dengan cepat pada lingkungan aerobik dan suhu optimum 37⁰C, sangat sulit untuk dimusnahkan dengan regimen antibiotic standar, infeksi bakteri ini dapat menyebabkan timbulnya kantung bernanah (Tong, Davis, Eichenberger, Holland, & Fowler, 2015). (c) *Neisseria sp* : merupakan bakteri gram negative berbentuk bulat (coccus) menghuni permukaan gigi, hidup secara berkoloni. Tumbuh baik pada lingkungan aerob, diameter berkisar 0.1-3 μm , subur pada rentang suhu 32-37⁰C dan pH 7- 7.5 (Tonjum & Putten, 2017). (d) *Corynebacterium* : merupakan bakteri gram positif berbentuk batang, tumbuh subur pada suhu 37⁰C, hidup secara aerob, fakultatif anaerob dan saprofit, merupakan flora

normal pada kulit, saluran pencernaan dan rongga mulut dengan ukuran bervariasi sekitar 0.5- 1 μ m (Bratcher, 2018). (e) *Lactobacillus sp* : merupakan bakteri anaerob fakultatif, dengan ukuran 1 μ m dan tumbuh subur pada suhu 30-37°C, umumnya hidup berkoloni, sering dijumpai pada organ pencernaan salah satunya rongga mulut (Könönen, 2015).

Saluran nafas atas, termasuk rongga mulut, rongga hidung, orofaring dan nasofaring, memiliki flora yang kompleks dan bervariasi pada berbagai tempat yang dikenal sebagai relung ekologi, yang berarti bahwa flora mukosa bukal berbeda dengan flora pada gigi, permukaan gusi, celah gusi, lidah atau saliva, meskipun secara anatomis tempat itu menjadi satu atau letaknya berdekatan (Muliawan, 2008). Kadar bakteri pada saliva adalah sekitar 10⁸/ml, dan kurang lebih setengah dari jumlah itu berupa bakteri anaerob, dengan *Veillonella* sebagai bentuk yang dominan (Muliawan, 2008). Pada celah gusi, nilai Eh (Elektroda hidrogen) serupa dengan Eh kolon yaitu -300 mv, dan kadar bakteri mencapai 10¹²/ml, yang merupakan batas geometric penempatan bakteri dalam ruang, dimana bakteri anaerob yang potensial bersifat patogenik pada saluran nafas bagian atas ialah spesies *Peptostreptococcus* (*Streptococcus* anaerob), spesies *Fusobacterium* (terutama *F. nucleatum*), dan spesies *Bacteroides* (kelompok *B. melaninogenicus*, kelompok *B. oralis*, *B. urealyticus*, dan *B. disiens*) (Muliawan, 2008). Adapun beberapa contoh flora normal pada mulut menurut (Irianto, 2013) antara lain: *Corynebacterium*, *Neisseria*, *Actinomyces*, *Streptococcus*, *Lactobacillus*, *Prevotella*, *Veillonella*, *Fusabacterium*, *Capnocytophaga*, *Eikenella*, *Candida*, dan *Geotrichum*.

Berikut merupakan jumlah bakteri flora normal menurut John G. Barlett, p. 1829

Tabel 2.4. Bakteri Flora Normal

Lokasi Anatomis	Jumlah bakteri	Rasio anaerob : aerob
Saluran napas atas		
- Sekresi hidung	$10^3 - 10^4$	3-5 : 1
- Air liur	$10^8 - 10^9$	1 : 1
- Permukaan gigi	$10^{10} - 10^{11}$	1 : 1
- Celah gingiva	$10^{11} - 10^{12}$	1000 : 1

Menurut Ozveren (2010), hilangnya reflex batuk pada pasien tidak sadar yang terhubung ke alat bantuan pernapasan akan menyebabkan penurunan produksi air liur dan mengarah ke pengembangan plak. Setelah 3 hari, bakteri gram negative seperti *Staphylococcus aureus* dan *Pseudomonas aeruginosa* mulai tumbuh (Ozveren, 2010). Sehingga ada hubungan yang kuat antara pneumonia aspirasi dan produksi pathogen orofaringeal dan periodontal (Berry et al., 2011).

b. Patogenesis Kolonisasi Patogen Oral

Patogen adalah organisme (umumnya mikroorganisme) yang menyebabkan penyakit pada organisme lain (Pratiwi, 2008). Sedangkan patogenitas adalah kemampuan patogen untuk menyebabkan penyakit (Pratiwi, 2008).

Penyakit infeksi dimulai saat mikroorganisme memasuki tubuh inang dan selanjutnya bereproduksi atau bereplikasi di dalam tubuh inang. Adapun tipe infeksi pada patogen oral pada pasien stroke ini adalah termasuk pada tipe oportunistik, dimana mikroorganisme yang secara normal tidak menyebabkan penyakit, namun setelah terjadi perubahan fisiologi pada tubuh inang (misal: pasien stroke) dapat menyebabkan penyakit (Pratiwi, 2008).

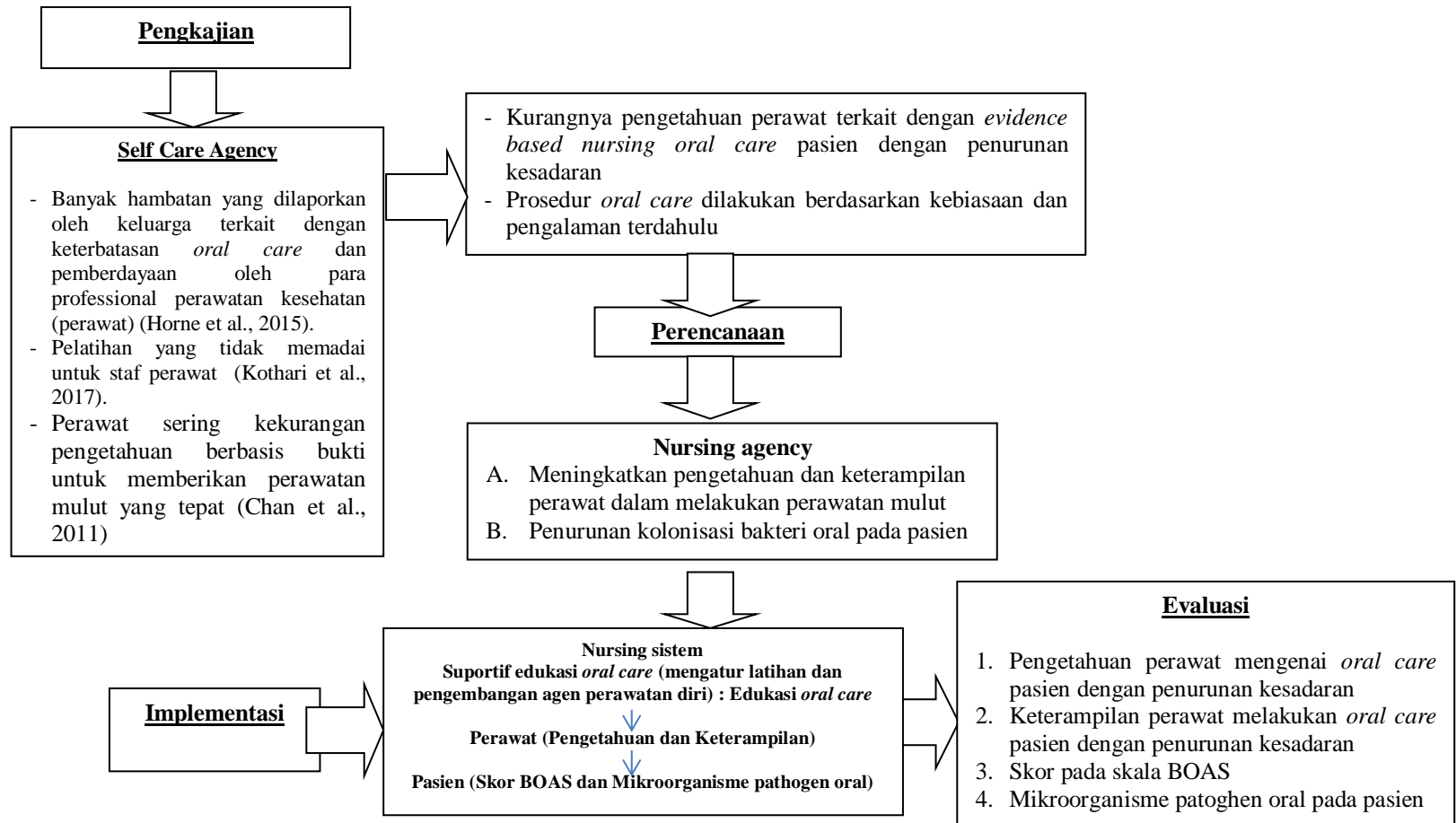
Adapun cara- cara munculnya penyakit melalui beberapa cara, yaitu (Pratiwi, 2008) :

1. Beberapa bakteri beradaptasi sebagai patogen pada manusia. Bakteri tersebut bukan bagian dari flora normal namun menyebabkan infeksi subklinis (infeksi yang tidak menunjukkan gejala apapun) misalnya *Mycobacterium tuberculosis*.
2. Beberapa bakteri yang merupakan flora normal memiliki faktor virulensi ekstra yang membuatnya bersifat patogenik. Misalnya *Escherichia coli*.
3. Beberapa bakteri dari flora normal dapat menyebabkan penyakit bila mencapai organ dalam melalui trauma ataupun melalui peralatan bedah pada prosedur operasi. Misalnya *Staphylococcus epidermidis*.
4. Pada penderita dengan penekanan sistem imun, banyak bakteri yang merupakan komponen flora normal dapat menyebabkan penyakit terutama bila terpapar organ dalam. Misalnya *Acinetobacteri*.

Pada permukaan rongga mulut terdapat banyak koloni mikroorganisme. Salah satu penyakit yang umum pada rongga mulut akibat kolonisasi mikroorganisme adalah karies gigi (Irianto, 2013). Karies gigi diawali akibat pertumbuhan *Streptococcus mutans* dan spesies *Streptococcus* lainnya pada gigi, dimana hasil fermentasi metabolisme menghidrolisis sukrosa menjadi komponen monosakarida, fruktosa, dan glukosa. Enzim glukosiltransferase selanjutnya merakit glukosa menjadi dekstran. Residu fruktosa adalah yang difermentasi menjadi asam laktat. Akumulasi bakteri dan dekstran menempel pada permukaan gigi dan membentuk plak gigi (Irianto, 2013).

Adapun populasi plak didominasi oleh *Streptococcus* dan anggota *Actinomyces*, karena plak sangat tidak permeabel terhadap saliva, maka asam laktat yang diproduksi oleh bakteri tidak dilarutkan atau dinetralkan dan secara perlahan akan melunakkan enamel gigi tepat pada plak tersebut melekat (Irianto, 2013).

C. Kerangka Teori



Gambar 2.3. Kerangka Konsep Keperawatan Menurut Orem (Alligood, 2017; Sjattar, 2012)

BAB III

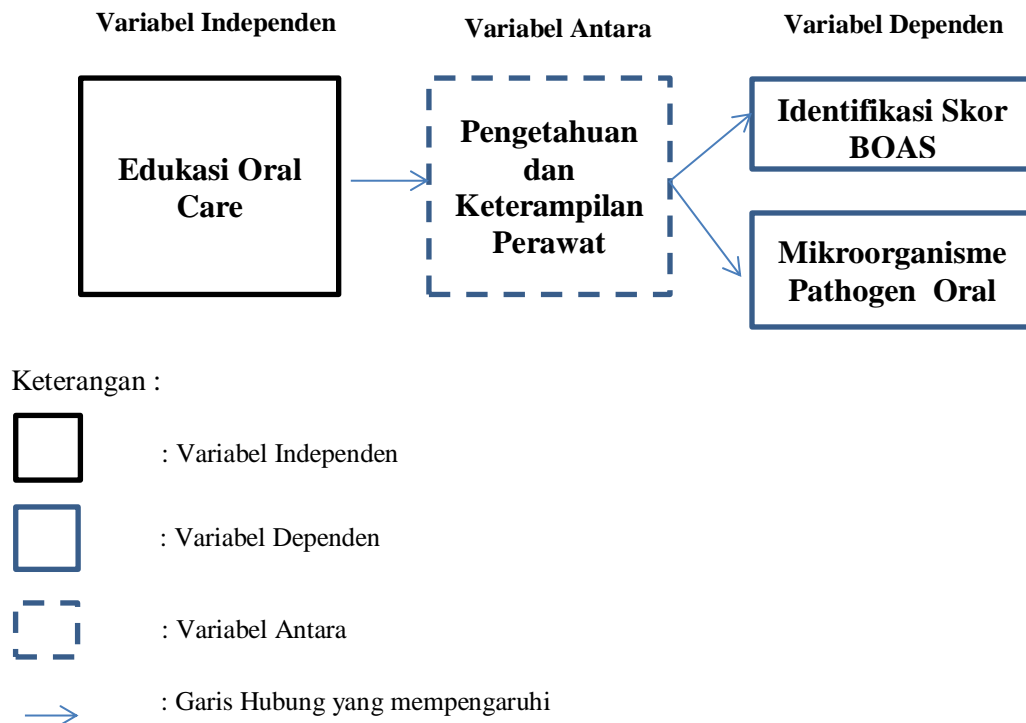
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka konseptual adalah model konseptual tentang hubungan teori dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah penting yang menjelaskan hubungan secara teoritis antar variabel yang diteliti (Sugiyono, 2013). Kerangka konseptual sebaiknya divisualisasikan dan diikuti dengan narasi tentang bagaimana konsep baru yang dibuat oleh peneliti (Wibowo, 2014).

Pada penelitian ini, peneliti ingin melihat pengaruh dari edukasi *oral care* pada perawat terhadap peningkatan kemampuan dalam melakukan perawatan mulut pada pasien penurunan kesadaran. Adapun kerangka konseptual dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep



B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan sesuatu objek atau sifat atau atribut yang ditetapkan oleh peneliti untuk memperoleh informasi tentang hal tersebut dan menarik kesimpulan (Wibowo, 2014). Variabel penelitian dapat diukur sehingga dapat menghasilkan data yang bersifat kategorik (nominal) atau data kontinum (ordinal, interval dan rasio) (Sugiyono, 2013). Adapun variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian edukasi *oral care* pada perawat.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah identifikasi skor BOAS dan mikroorganisme pathogen oral pada pasien penurunan kesadaran.

3. Variabel Antara

Variabel antara dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran.

C. Definisi Operasional

Penyusunan definisi operasional pada penelitian ini bertujuan untuk menghindari kesalahan pemahaman dan adanya perbedaan penafsiran terkait dengan variabel- variabel pada penelitian.

Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen				
Edukasi	Pemberian pendidikan <i>oral care</i> yang diberikan kepada perawat dengan melakukan dua tahap yaitu tahap pertama edukasi untuk memberikan pengetahuan dan			

	keterampilan selama 1 jam. Tahap kedua yaitu melakukan pendampingan (follow up) selama 1 minggu.			
Variabel Dependen				
Pengetahuan Perawat	Kemampuan perawat untuk mengingat kembali informasi pendidikan oral care yang diberikan.	Kuesioner pengetahuan	Menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan berdasar sifat: a. Baik (76%-100%) b. Cukup (56%-75%) c. Kurang (<56%)	Interval
Keterampilan perawat	Skill yang ditunjukkan oleh perawat tentang prosedur <i>oral care</i> pada pasien dengan penurunan kesadaran	Menggunakan lembar checklist	Perawat mampu melakukan <i>oral care</i> sesuai dengan SOP atau lembar checklist	Interval
Kolonisasi bakteri oral	Sejumlah atau kumpulan mikroorganisme yang merupakan flora normal pada rongga mulut yang jika dalam jumlah berlebihan akan menyebabkan penyakit	Menggunakan set pengambilan kultur	Jenis dan jumlah mikroorganisme yang terdapat pada rongga mulut	Nominal
Skala BOAS	Skor total nilai status kesehatan mulut pasien berdasarkan penilaian perawat atau peneliti	Menggunakan tabel checklist	Total point terdiri dari 4 kategori yaitu: - 5= tidak ada gangguan. - 6-10= disfungsi ringan - 11-15= disfungsi sedang - 16-20= disfungsi serius atau berat	Interval

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban yang bersifat sementara terhadap masalah penelitian yang ada sampai terbukti dengan adanya hasil data yang terkumpul. Berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya, hipotesis yang peneliti ajukan adalah :

1. HI : pengetahuan dan keterampilan perawat lebih tinggi atau mengalami peningkatan setelah dilakukan edukasi *oral care*.
2. HI : skor BOAS dan jumlah mikroorganisme pada pasien penurunan kesadaran lebih rendah atau mengalami penurunan setelah dilakukan edukasi *oral care*.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *pre-eksperimental* dengan *pre- post test without control design*. Desain *pre-eksperimental* dipilih oleh peneliti dengan alasan yaitu peneliti ingin menilai efektifitas dari suatu tindakan (edukasi *oral care*) pada perawat terhadap suatu tingkah laku (kemampuan dalam melakukan perawatan mulut, penurunan skor BOAS dan penurunan mikroorganismen patogen oral) atau menguji ada tidaknya perbedaan pengaruh dari tindakan tersebut sebelum dan setelah diberikan intervensi. *Treatment* (tindakan dalam penelitian eksperimen) berupa edukasi *oral care* dengan pendekatan *supportive education* pada *self care theory*. Gambaran mengenai rancangan *pre-post test without control design* yaitu sebagai berikut:

Gambar 4.1 Skema Kerangka Penelitian



Keterangan :

- R : Responden penelitian semua mendapat perlakuan/ intervensi
- I1 : Pre test pada kelompok perlakuan
- I2 : Post test pada kelompok perlakuan

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr M Haulussy Ambon pada tanggal 20 Juni- 20 Juli 2019. Hasil kultur oral dilakukan pemeriksaan di laboratorium Kesehatan Daerah Kota Ambon. Penelitian diawali dengan melakukan *Pilot Studi* yang bertujuan menilai validitas dan reliabilitas instrument penelitian yang

digunakan. *Pilot Studi* dilakukan di Rumah Sakit Tingkat II Prof. dr. J.A. Latumeten pada tanggal 13 – 27 Mei 2019.

Adapun *time schedule* penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 4.1 *Time Schedulu* Penelitian

Kegiatan	Bulan									
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1. Ujian Proposal	■									
2. Izin etik & administrasi		■								
3. Pengambilan data			■	■	■	■				
4. Analisa data					■	■	■	■		
5. Ujian Hasil									■	
6. Submit Jurnal									■	
7. Ujian Tutup									■	
8. Oral Presentase										■

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah “*wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/ subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya*” (Sugiyono,2013). Menurut Tiro (2011) dalam (Hasmi, 2016) populasi adalah “*himpunan semua objek atau individu yang akan dipelajari atau kelompok yang menjadi asal dari mana sebuah sampel dipilih*”.

Berdasarkan pendapat diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa populasi adalah sekumpulan objek/ subyek pada wilayah tertentu yang memiliki kesamaan kualitas dan karakteristik tertentu yang menjadi asal dari pemilihan sampel untuk diteliti sehingga dapat ditarik kesimpulan secara general.

Adapun populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat dan pasien di ruang perawatan neurologi dan ICU di RSU Dr M Haulussy Ambon selama penelitian ini berlangsung, berdasarkan data awal yang diperoleh jumlah perawat di ruang perawatan neurologi sebanyak 17 perawat, ICU sebanyak 7 perawat dan jumlah pasien dalam tiga bulan terakhir sejak Agustus- Oktober rata- rata adalah sebanyak 20 orang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2013). Pada penelitian ini, sampel terdiri dari dua kelompok, yaitu kelompok intervensi yang dilakukan edukasi *oral care* dan kelompok kontrol tanpa perlakuan. Adapun kriteria sampel yang ditetapkan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Pasien

- Pasien usia ≥ 15 tahun
- Pasien bersedia menjadi responden penelitian berdasarkan persetujuan keluarga
- Pasien kooperatif
- Pasien dengan penurunan kesadaran ditandai dengan nilai GCS 3- 11 (nilai GCS berdasarkan data pada rekam medis pasien)

Perawat

- Perawat bersedia menjadi responden penelitian
- Tingkat pendidikan perawat D3 dan S1, Ners
- Perawat dengan masa kerja lebih dari 1 tahun di RS

b. Kriteria Eksklusi

Pasien

- Pasien post op bedah mulut
- Pasien dengan komplikasi keganasan: kanker pada mulut

Perawat

- Perawat dalam masa cuti dan atau sakit selama penelitian berlangsung di Rs
- Perawat yang sedang dalam masa izin belajar

c. Kriteria Drop Out

Pasien

- Meninggal
- Pindah ruangan

- Pulang paksa
- Pasien mengalami pemulihan kesadaran sehingga tidak memerlukan bantuan *oral care*

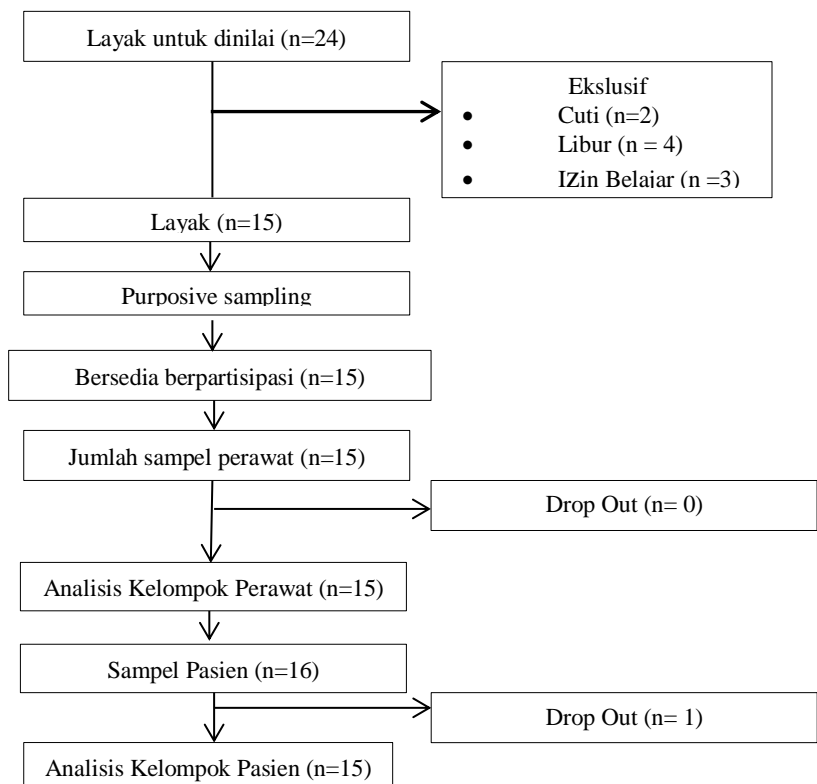
Perawat

- Menolak melanjutkan intervensi

D. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan cara *non probability sampling* yaitu *purposive sampling* yang merupakan metode pengambilan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sampai memenuhi jumlah yang dibutuhkan (Polit & Beck, 2010).

flowchart Responden



Gambar 4.2 Flowchart Responden

E. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengambilan Data

1. Instrumen Penelitian

- a. Instrumen karakteristik responden berupa kuesioner

Data demografi responden dikumpulkan dalam lembar data demografi yang berisi nama (inisial), umur jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan lama bekerja.

- b. Instrumen untuk edukasi *oral care*

- 1) Media edukasi seperti : LCD dan model rahang dan phantom

- 2) Lembar kuesioner untuk menilai pengetahuan perawat, yang terdiri dari 12 pertanyaan *multiple choice*. Dimana item pertanyaan pada kuesioner telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu sebelum digunakan sebagai instrument penelitian. Uji validitas (*Content Validity Index/ CVI*) pada penelitian ini bertujuan untuk menilai validitas isi/ konten terhadap suatu instrument yang sedang dikembangkan. Oleh karena itu pada uji instrument ini melalui *judgments of experts* (pendekatan pakar) melalui CVI. Peneliti meminta kesediaan 3 pakar untuk memberikan penilaian terhadap item- item pernyataan dalam instrumen menggunakan skala ordinal 4 poin (skor 1 jika tidak relevan, skor 2 kurang relevan, skor 3 relevan, dan skor 4 sangat relevan). CVI untuk instrument total adalah proporsi item yang diberi 3 atau 4, dengan skor CVI $\geq 0,80$ menunjukkan validitas konten yang sangat baik (Fawcett & Garity, 2009; Polit & Beck, 2003). Adapun hasil uji CVI pada instrument ini adalah $\geq 0,80$. Sedangkan uji reliabilitas instrument pengetahuan dilakukan dengan *internal consistency reliability* untuk mengetahui sejauh mana item pertanyaan yang membentuk kuesioner mengukur konsep yang sama dengan koefisien alpha (*Cronbach Alpha*) merupakan salah satu pendekatan yang akurat untuk memperkirakan *internal consistency reliability* (Fawcett & Garity, 2009). Hasil dari uji *internal consistency reliability* instrument didapatkan nilai *Cronbach Alpha* 0,719.

3) Lembar observasi untuk menilai keterampilan perawat sebelum dan setelah diberikan edukasi *oral care*. Lembar observasi yang digunakan pada penelitian ini menggunakan *Procedural Checklist Providing Oral Care for an Unconscious Patient* yang merupakan langkah- langkah dalam melakukan *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran (Kozier et al., 2010; Wilkinson, Treas, Barnett, & Smith, 2015).

c. Instrumen untuk penilaian

- 1) Indeks skala BOAS yang telah diterjemahkan di Pusat Bahasa Unhas.
- 2) Lembar observasi kultur oral pasien: untuk mengetahui kolonisasi bakteri oral (jumlah dan jenis bakteri)

2. Metode

a. Tahap Persiapan Alat (Dai, Lam, Lo, Li, & McGrath, 2017; Inamoto, Pongpipatpaiboon, & Shibata, 2018; Kozier et al., 2010; Lynn, 2010):

- *Handscoon* (sarung tangan) sekali pakai
- *Suction*, jika diperlukan
- Agen antimikroba untuk *oral care* : hexadol
- Sikat gigi
- Pasta gigi, jika diperlukan
- *Tongue spatel*
- *Spuit* (jarum suntik)
- Scrapes lidah (pembersih lidah), jika diperlukan
- Lidi kapas
- Kassa 4x4
- Tisu kering atau handuk
- Bengkok
- Gelas dengan air hangat
- Swab busa

- Pelembab bibir (jika ada)
 - *Bite-block* untuk menahan mulut dan gigi tetap terbuka (pilihan)
 - Pembersih gigi palsu
- b. Prosedur *Oral Care* berdasarkan *Procedure Checklists for Fundamentals of Nursing*, adalah sebagai berikut (Kozier et al., 2010; Wilkinson et al., 2015):
- 1) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur yang akan dilakukan dan alasan pentingnya prosedur tersebut
 - 2) Mencuci tangan dan lakukan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai (mis., sarung tangan sekali pakai)
 - 3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekeliling tempat tidur pasien atau menutup pintu ruangan
 - 4) Persiapan pasien
 - a. Ubah posisi pasien yang tidak sadar miring, dengan kepala tempat tidur lebih rendah. Pada posisi ini, saliva secara otomatis keluar akibat gravitasi, bukan teraspirasi ke paru- paru. Posisi ini merupakan salah satu pilihan untuk pasien yang tidak sadar yang menerima perawatan mulut. Jika kepala pasien tidak dapat direndahkan, miringkan kesalah satu sisi. Cairan akan keluar dari mulut atau menggenang pada satu sisi mulut, yang dapat dilakukan pengisapan.
 - b. Letakkan handuk di bawah dagu pasien
 - c. Letakkan bengkok di bawah dagu dan leher bawah untuk menampung cairan dari mulut
 - d. Pasang sarung tangan
 - 5) Bersihkan gigi dan bilas mulut
 - a. Pegang sikat ke arah gigi dengan bulu- bulu sikat 45⁰. Ujung bulu- bulu luar harus menghadap dan masuk ke bawah sulkus gingiva. Gunakan teknik memutar (sirkular)

- b. Gerakkan bulu- bulu ke atas dan ke bawah menggunakan gerakan vibrasi atau mengguncang- guncang dari arah sulkus ke mahkota gigi
 - c. Ulangi hingga seluruh permukaan luar dan dalam gigi dan sulkus gusi bersih.
 - d. Bersihkan permukaan atas gigi dengan gerakan sikat maju dan mundur dalam gerakan pendek.
 - e. Jika lidah kotor, bersihkan lidah dengan perlahan menggunakan scraper lidah
 - f. Bilas mulut dengan menarik sekitar 10 ml air atau obat kumur bebas alkohol ke dalam spuit dan injeksikan dengan perlahan pada masing- masing sisi mulut. Jika larutan diinjeksikan dengan kuat, air dapat mengalir ke tenggorok klien dan dapat teraspirasi ke dalam paru.
 - g. Perhatikan secara seksama untuk memastikan bahwa semua cairan pembilas telah dikeluarkan dari mulut ke bengkok. Jika tidak, lakukan penghisapan cairan di mulut.
 - h. Ulangi pembilasan sampai mulut bersih dari pembersih gigi palsu (jika digunakan)
- 6) Inspeksi dan bersihkan jaringan oral
- a. Jika jaringan tampak kering dan tidak bersih, bersihkan dengan swab busa atau kassa dan cairan pembersih sesuai dengan kebijakan instansi
 - b. Ambil swab busa lembab, basuh membrane mukosa pada satu bagian pipi. Jika swab busa tidak tersedia, gulung kassa kecil mengelilingi spatel lidah dan lembabkan. buang kapas swab atau kassa spatel lidah dalam tempat sampah, gunakan yang baru untuk area bersih selanjutnya. Gunakan kassa yang berbeda untuk masing-masing area mulut untuk mencegah transfer mikroorganisme dari satu area ke area lain.

- c. Bersihkan jaringan mulut secara berurutan, gunakan kassa yang berbeda, pipi, dasar mulut, atap mulut dan lidah.
 - d. Observasi adanya radang dan kekeringan pada jaringan dengan cermat
 - e. Bilas mulut klien sampai bersih
 - f. Lepas dan buang sarung tangan
- 7) Berikan pasien kenyamanan
- a. Singkirkan bengkok, dan keringkan area mulut di sekitar mulut pasien dengan handuk. Lepaskan gigi palsu, jika diindikasikan
 - b. Lumasi bibir pasien dengan pelembab bibir.
- 8) Dokumentasikan pengkajian gigi, lidah, gusi dan mukosa oral. Sertakan adanya masalah seperti sariawan atau radang dan pembengkakan gusi.

c. Metode Pengambilan Kultur Oral

Bahan pemeriksaan (BP) diambil dari kerukan permukaan dorsal lidah dengan menggunakan lidi kapas atau *steril swab*. Pengerukan dilakukan sebanyak 10 kali secara ringan pada lidah dari papul sirkumvalata sampai ujung lidah. Kemudian BP dimasukkan kedalam tabung reaksi yang berisi NaCl 0.9%. Inkubasi BP selama 24 jam, selanjutnya dilakukan pengenceran BP secara seri dengan cara menyedikan 4 tabung reaksi berisi 9 ml *buffer phospat plate*. Pada setiap tabung reaksi diberi nomor satu sampai empat, tabung nomor satu adalah tabung yang berisi swab dari dorsal lidah sampel yang sekaligus terhitung sebagai pengenceran pertama atau 10^{-1} kemudian dihomogenisasikan, setelah suspense tersebut homogen dengan pipet steril dimasukkan kedalam tabung nomor dua, dikocok sampai homogen sehingga terjadi pengenceran, dari tabung nomor dua diambil suspense sebanyak 1 ml dengan menggunakan pipet ke tabung 10^{-2} dan seterusnya. BP yang telah di encerkan dengan konsentrasi 10^{-1} sampai 10^{-4} diambil dengan pipet steril sebanyak 1 ml kemudian

disebar pada cawan petri steril. Selanjutnya dimasukkan inkubator 37°C dalam suasana anaerob selama 1 x 24 jam. Setelah di inkubasikan dalam inkubator, dilakukan perhitungan koloni bakteri.

3. Prosedur Pengambilan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahap yaitu:

a. Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan dimulai dengan mengurus surat permohonan untuk penelitian pada Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan mengurus surat izin etik penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin untuk dilanjutkan ke bagian pendidikan dan penelitian RSU Dr M Haulussy. Penelitian ini telah memperoleh rekomendasi persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dengan No.: 367/KEPK-PTKMKS/V/2019 pada tanggal 16 Mei 2019 dan rekomendasi persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar dengan Nomor : 474/UN4.6.4.5.31/PP36/2019 pada tanggal 1 Juli 2019. Kemudian peneliti menyampaikan izin penelitian kepada ruang perawatan yang dilakukan penelitian.

Peneliti bekerjasama dengan kepala ruang perawatan untuk melibatkan perawat ruangan yang bertugas dan pasien yang dirawat di ruangan tersebut untuk dijadikan responden selama penelitian berlangsung sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya oleh peneliti. Selanjutnya peneliti menyiapkan semua instrument yang akan digunakan dalam penelitian.

b. Tahap Pelaksanaan atau prosedur teknis

Setelah mendapatkan ijin melakukan penelitian di RSU Dr M Haulussy dan menyampaikan ijin tersebut ke kepala ruang perawatan yang

digunakan, peneliti bekerjasama dengan kepala ruang menentukan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi untuk dijadikan responden selama penelitian dan menetapkan waktu untuk dilakukan edukasi *oral care*. Selanjutnya peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan dari penelitian, memberikan informasi tentang alur selama penelitian berlangsung dan meminta kesediaan perawat dan pasien untuk menjadi responden dan terlibat dalam penelitian dengan mempersilahkan responden untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) jika bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian. Kemudian peneliti dan responden (perawat ruangan) bersama-sama menetapkan waktu untuk dilakukan edukasi *oral care* yang dilakukan melalui dua tahap berdasarkan tujuan dalam penelitian ini adalah termasuk kedalam ranah kognitif (C3) dan psikomotorik. Dimana pada tahap pertama adalah memberikan edukasi *oral care* untuk meningkatkan pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (psikomotor) dengan menggunakan model pembelajaran praktikum (*clinical workshop*) dengan metode demonstrasi selama 1 jam. Selanjutnya pada tahap kedua dilakukan pendampingan (*follow up*) selama kurang lebih 1 minggu (Murwani, 2014). Proses pelaksanaan edukasi *oral care* dengan media model rahang dan phantom, dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut :

Tabel 4.2 Timeline Proses Pelaksanaan Edukasi *Oral Care*

No	Kegiatan	Waktu	Metode & Media
Pengambilan data sebelum intervensi		Minggu ke I	
Proses Edukasi		Minggu I 2x50 menit	
1	a. Pendahuluan 1) Memperkenalkan diri 2) Menjelaskan maksud serta tujuan dari penelitian 3) Memberikan informasi tentang alur selama penelitian berlangsung 4) Menggali pengetahuan responden	10 menit	Ceramah dan Tanya jawab

2	<p>b. Penyajian</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitif <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan tentang definisi <i>oral care</i> 2) Menjelaskan tujuan dilakukan <i>oral care</i> 3) Menjelaskan indikasi dan kontraindikasi <i>oral care</i> 4) Menjelaskan tentang manfaat dilakukan <i>oral care</i> 5) Menjelaskan tentang macam-macam <i>oral care</i> 	20 menit	<p>Metode: Ceramah</p> <p>Media : LCD</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Psikomotor (Skill) Menjelaskan langkah- langkah melakukan <i>oral care</i> 	60 menit	<p>Metode : Demonstrasi, Tanya jawab</p> <p>Media : Model rahang</p>
3	<p>c. Penutup</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membuka waktu untuk diskusi 2) Mengevaluasi hasil edukasi 3) Memberikan umpan balik 4) Salam penutup 	10 menit	Ceramah dan Tanya jawab
<p>Follow up selama ± 1 minggu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendampingan dilakukan kepada semua responden sebanyak 4 kali bertepatan dengan waktu responden melakukan <i>oral care</i> pada pasien yang menjadi sampel yakni pada pagi hari selama ± 15 menit. - Selama proses pendampingan peneliti mengamati langkah- langkah yang dilakukan responden. Peneliti mengingatkan ketika ada langkah yang tidak dilakukan atau kurang tepat. 		Minggu ke I- II	
<p>Pengambilan data setelah intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Setelah ± 4 hari pendampingan, maka pada hari kelima peneliti melakukan evaluasi untuk pengambilan data post. - Data post yang di ukur adalah keterampilan perawat, skor BOAS dan jumlah mikroorganisme oral. - Pengambilan kultur oral dilakukan setelah ±30 menit tindakan <i>oral care</i>. 		Minggu ke III- VI	

c. Tahap Akhir

Pada tahap akhir ini peneliti mengumpulkan semua data hasil pengukuran sebelum dilakukan intervensi dan data pengukuran setelah dilakukan intervensi selama 4 minggu penelitian. Setelah semua data terkumpul dengan lengkap, maka selanjutnya data- data tersebut diolah dianalisis, dan diinterpretasikan.

F. Analisis Data

Pada penelitian ini akan dilakukan analisis data sebagai berikut:

1. Analisa univariat, menggambarkan distribusi karakteristik dari responden dengan menggunakan analisis statistik deskriptif.
2. Analisa bivariat, dilakukan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antar dua variabel atau lebih untuk membuktikan kebenaran hipotesis penelitian. Pada penelitian ini analisa bivariat untuk mengetahui pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok menggunakan uji t-berpasangan jika data berdistribusi normal dan uji Wilcoxon jika data berdistribusi tidak normal.

G. Etika Penelitian

1. Prinsip Dasar Etika Penelitian

a. *Autonomy*

Penelitian ini diawali dengan memberikan *informed consent* kepada responden yang sesuai dengan kriteria penelitian. Adapun responden yang dimaksudkan adalah perawat di ruang perawatan yang bertindak sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan *oral care* kepada pasien. Selanjutnya peneliti menjelaskan mengenai prosedur penelitian yang dilakukan terkait dengan edukasi *oral care* kepada responden. Setelah menjelaskan tujuan, manfaat dan kemungkinan efek samping yang muncul, responden berhak menolak untuk terlibat sebagai responden dalam penelitian ini. Responden yang menyetujui untuk ikut serta dalam

penelitian ini maka peneliti memberikan lembar *informed consent* untuk ditanda tangani sebagai bentuk persetujuan.

b. Confidentiality

Peneliti menyampaikan kepada calon responden bahwa segala bentuk informasi yang menyangkut privasi dari responden merupakan kewajiban dari peneliti (Darma, 2011). Sehingga dalam penelitian ini, seluruh identitas dan informasi mengenai privasi dari responden dijaga kerahasiaannya dengan menggunakan inisial dan nomor (kode) responden saat penelitian ini dipublikasikan.

c. Nonmalaficience

Peneliti meminimalisir sebisa mungkin dampak yang terjadi pada responden dengan menjelaskan manfaat edukasi *oral care* yang dilakukan. Akan tetapi, tidak ada penelitian yang menyebutkan mengenai dampak negatif dari melakukan edukasi *oral care* tersebut.

d. Beneficience

Manfaat yang diperoleh responden pada penelitian ini adalah menambah wawasan dengan meningkatkan pengetahuan, keterampilan *oral care* serta perubahan sikap perawat dalam upaya pencegahan dan pengurangan jumlah kolonisasi patogen oral pada pasien dengan penurunan kesadaran, sehingga dapat menurunkan resiko komplikasi lebih lanjut seperti terjadinya pneumonia atau infeksi pernafasan lainnya.

e. Justice

Peneliti memberikan perlakuan yang sama yakni edukasi *oral care*, dimana *treatment* yang diberikan ini sama- sama bertujuan untuk memberikan informasi tentang *oral care*.

2. Prosedur Etik Penelitian

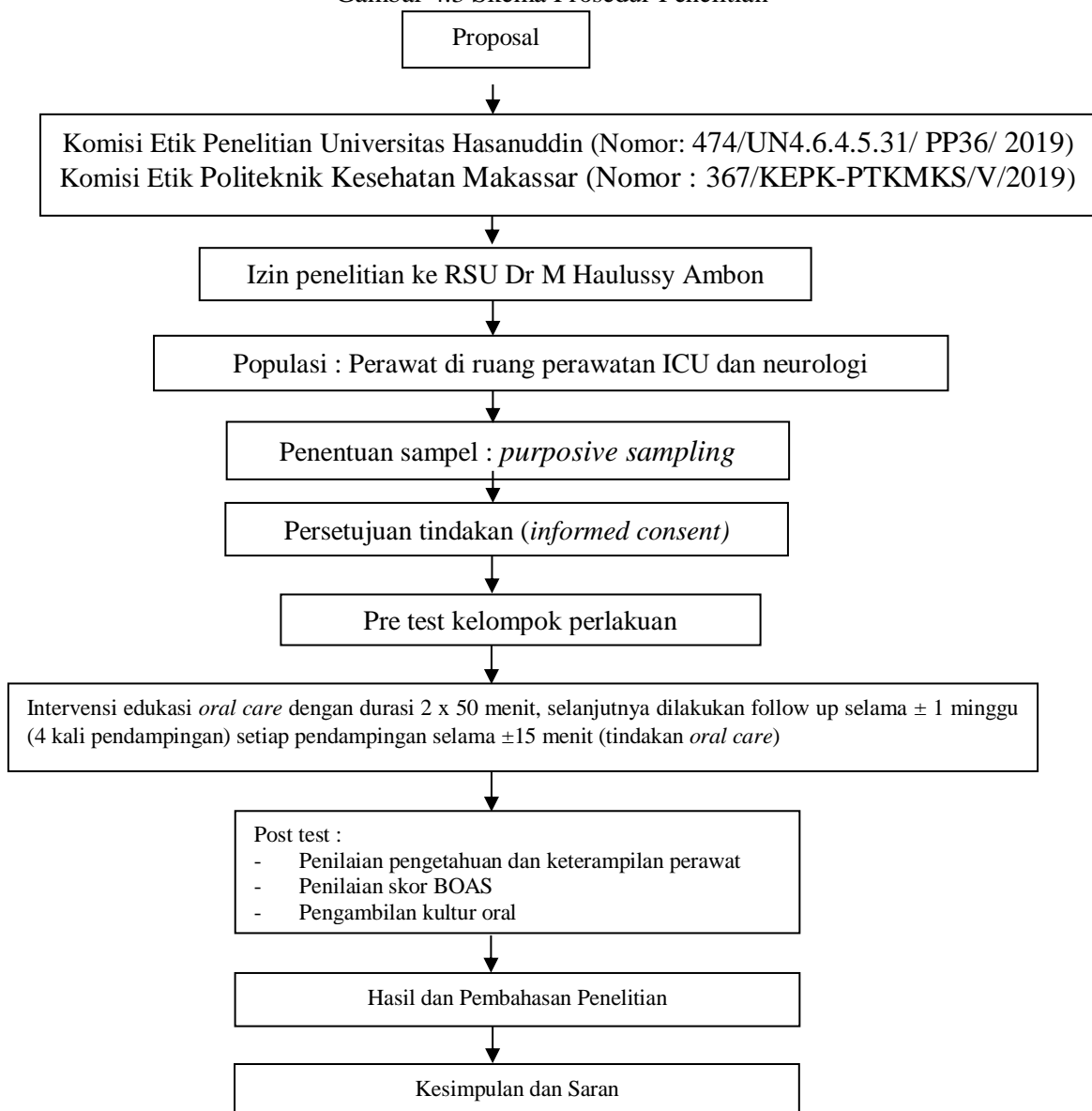
Peneliti telah mendapatkan rekomendasi persetujuan etik penelitian di Komite Etik Penelitian Universitas Hasanuddin dengan Nomor: 474/UN4.6.4.5.31/PP36/ 2019 dan komisi etik kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dengan

Nomor : 367/KEPK-PTKMKS/V/2019 yang kemudian diteruskan ke RSU Dr M Haulussy Ambon untuk mendapatkan persetujuan penelitian.

Setelah mendapatkan persetujuan penelitian, peneliti menentukan responden sesuai kriteria yang telah ditentukan kemudian menjelaskan prosedural penelitian kepada responden. Responden yang setuju diberikan lembar persetujuan tindakan untuk ditanda tangani.

H. Alur Penelitian

Gambar 4.3 Skema Prosedur Penelitian



BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini diawali dengan pilot studi yang dilaksanakan di Rumah Sakit Tingkat II Prof. dr. J.A. Latumeten Ambon pada tanggal 13 - 27 Mei 2019. Pilot studi ini bertujuan untuk menguji validitas dan reliabilitas dari instrument pengetahuan yang akan digunakan pada studi utama yang terdiri dari 12 item pertanyaan yang merupakan hasil pengembangan dari teori *oral care* pada pasien dengan kebutuhan khusus serta tahapan prosedur tindakan *oral care*. Setelah itu, dilanjutkan dengan studi utama pada tanggal 20 Juni 2019 sampai tanggal 20 Juli 2019 di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M.Haulussy.

A. Pilot Study

Instrument Pengetahuan dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada konsep atau teori tentang *oral care* serta merupakan pengembangan bentuk pertanyaan berdasarkan tahapan prosedur tindakan *oral care* pada pasien dengan kebutuhan khusus sesuai dengan *evidence based practice*.

1. Hasil Uji Validitas

- a. Karakteristik responden (perawat) di Rumah Sakit Tingkat II Prof. dr. J.A. Latumeten Ambon

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Perawat (Pilot Study) di Rumah Sakit Tingkat II Prof. dr. J.A. Latumeten Ambon

Karakteristik Responden	Mean \pm SD (Min-Max)	Frekuensi	n (%)
Usia	31.70 \pm 5.585 (22 – 45)		
Jenis Kelamin			
Laki- laki		6	12.0
Perempuan		44	88.0
Pendidikan Terakhir			
D3		46	92.0
S1		1	2.0
NERS		3	6.0
Lama Kerja	8.07 \pm 5.117 (1 – 23)		

*Deskriptif, *Frekuensi

Pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata responden berumur 31 tahun dari usia minimum 22 tahun dan usia maksimum 45 tahun. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (88,0%) dengan pendidikan terakhir lebih banyak Diploma Tiga (D3) Keperawatan yakni sebesar (92,0%), serta rata-rata responden memiliki pengalaman atau lama bekerja selama 8 tahun dengan minimal lama bekerja 1 tahun, maksimal bekerja 23 tahun.

b. Uji Validitas

Uji validitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah untuk menilai instrument pengetahuan yang akan digunakan sebagai alat ukur dalam study utama, yang meliputi :

1) *Content Validity Index (CVI)*

a) *Judgment by expert*

Expert terdiri dari tiga orang, dengan latar belakang pendidikan dua orang magister keperawatan dan satu orang doktor yang telah memiliki pengalaman di bidang pendidikan selama 10 sampai 20 tahun.

b) Penilaian CVI

Pada tahap ini ketiga *expert* diminta untuk menilai setiap konten dari pertanyaan dalam instrument pengetahuan, dengan pilihan skor 1 untuk sangat tidak relevan (STR), 2 untuk tidak relevan (TR), 3 untuk relevan dan 4 untuk sangat relevan (SR). Kemudian total skor dari ketiga *expert* dihitung dan diambil kesimpulan item mana saja yang memenuhi kriteria relevan atau menunjukkan validitas konten yang sangat baik ($CVI \geq 0,80$). CVI pada instrument ini dilakukan sebanyak dua kali.

Adapun hasil dari penilaian CVI *expert* yang kedua adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2 Hasil Penilaian CVI

Item	Relevan (3 atau 4)	Tidak Relevan (1 atau 2)	I-CVI	Interpretasi
1	3	0	1	Valid
2	3	0	1	Valid
3	3	0	0.92	Valid
4	3	0	0.92	Valid
5	3	0	0.83	Valid
6	3	0	1	Valid
7	3	0	1	Valid
8	3	0	0.92	Valid
9	3	0	0.83	Valid
10	3	0	0.83	Valid
11	3	0	0.92	Valid
12	3	0	1	Valid

Berdasarkan hasil penilaian para *expert* diperoleh nilai CVI 0,93 dengan nilai total I-CVI = 11,17 yang menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan valid dan dapat digunakan.

c) *Construct Validity*

Uji ini dilakukan untuk mengetahui apakah instrument yang telah disusun dalam bentuk pertanyaan mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, dengan uji korelasi antara skors (nilai) tiap- tiap item pertanyaan memiliki korelasi yang bermakna.

Berikut hasil analisis instrument pertanyaan 1 sampai 12

Tabel 5.3 Hasil Analisis Instrumen Pengetahuan dan Koefisien Korelasinya

Item	Koefisien Korelasi*	Keterangan
1	0.295	Valid
2	0.333	Valid
3	0.440	Valid
4	0.445	Valid
5	0.678	Valid
6	0.586	Valid
7	0.310	Valid
8	0.659	Valid
9	0.572	Valid
10	0.678	Valid
11	0.451	Valid
12	0.333	Valid

*Korelasi *Pearson Product moment*

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa semua item dikatakan valid karena koefisien korelasinya > nilai r tabel (0.2353) untuk n=50 (df= n-2) tingkat signifikansi uji satu arah 0,05.

2. Reliability Instrument

Uji reliabilitas instrument ini dilakukan dengan *internal consistency*. Pada tahap ini informasi yang disajikan adalah berupa nilai *Cronbach's Alpha* (0.719). Pada tabel berikut akan ditampilkan nilai *Cronbach's Alpha* tiap item pertanyaan yang diuji.

Tabel 5.4 Hasil Analisis Instrumen Pengetahuan dan *Cronbach's Alpha*

	Corrected item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if item Deleted
P1	0.229	0.716
P2	0.274	0.714
P3	0.358	0.705
P4	0.357	0.704
P5	0.617	0.684
P6	0.532	0.697
P7	0.269	0.717
P8	0.597	0.686
P9	0.517	0.698
P10	0.617	0.684
P11	0.370	0.704
P12	0.274	0.714
Total skor	1.000	0.715

* Cronbach's Alpha 0.719, N=50

B. Study Utama

Pada bagian ini menyajikan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. M Haulussy Ambon pada tanggal 20 Juni sampai dengan 20 Juli 2019 dengan jumlah total responden sebanyak 15 perawat dan 15 pasien. Penelitian dilakukan di dua ruang perawatan yakni ruang intensif care unit (ICU) dan ruang neurologi.

Proses pengumpulan data pada penelitian ini meliputi data demografi perawat dan pasien yang diperoleh dari lembar *informed consent* yang diberikan terlebih dahulu serta dilengkapi dengan data dari catatan rekam medik untuk

responden pasien. Selanjutnya, responden perawat yang bersedia mengikuti proses penelitian diminta untuk mengisi kuesioner berupa pertanyaan tentang pengetahuan *oral care* pada pasien tidak sadar dan kemudian melakukan penilaian keterampilan perawat dalam melakukan *oral care*, menilai skor BOAS dan pengambilan kultur swab oral pada pasien. Proses selanjutnya bersama- sama dengan responden perawat untuk menentukan jadwal pelaksanaan edukasi tentang *oral care*, kemudian dilakukan pendampingan selama kurang lebih 1 minggu. Data post test diambil setelah pemberian edukasi untuk menilai pengetahuan dan keterampilan setelah dilakukan pendampingan untuk menilai skor BOAS dan kultur bakteri oral pada pasien.

1. Karakteristik Responden

Pada bagian ini peneliti menggambarkan karakteristik responden penelitian pada perawat meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama pengalaman bekerja yang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Perawat di RSUD dr. M. Haulussy Ambon

Karakteristik Responden	Responden (n=15)	
	n (%)	
Umur		
(Mean ± SD)	38.07	(± 8.531)
Jenis Kelamin		
Laki- laki	0	(0%)
Perempuan	15	(100%)
Pendidikan		
D3	11	(73.3%)
S1	2	(13.3%)
Ners	2	(13.3%)
Lama Kerja		
(Mean ± SD)	14.73	(± 9.035)

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan data karakteristik demografi dari 15 responden, dimana rerata umur responden adalah 38.07 dengan jenis kelamin semuanya adalah perempuan 15 (100%). Sebagian besar pendidikan responden adalah D3 Keperawatan 11 (73.3%). Rerata lama bekerja responden adalah 14 tahun.

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Pasien di RSUD dr. M. Haulussy Ambon

Karakteristik Responden	Responden (n=15)	
	n (%)	
Umur (Mean ± SD)	49.20	(± 13.16)
Jenis Kelamin		
Laki- laki	6	(40%)
Perempuan	9	(60%)
Status Tingkat Kesadaran		
Somnolen	10	(66.7%)
Soporkoma	3	(20%)
Koma	2	(13.3%)
Status Kesehatan Mulut (Mean ± SD)	7	(± 1.100)

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan data karakteristik demografi dari 15 responden pasien, dimana rerata umur responden adalah 49.20 dengan jenis kelamin semuanya adalah perempuan 9 (60%) dan laki- laki 6 (40%). Sebagian besar status tingkat kesadaran responden adalah somnolen 10 (66.7%) dan rerata status kesehatan mulut responden berada pada skor 7 dengan menggunakan penilaian BOAS.

2. Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Pengetahuan Perawat

Berdasarkan uji normalitas didapatkan hasil sebaran data selisih pengetahuan berdistribusi tidak normal dengan nilai signifikansi sebesar $0.030 < 0.05$. Setelah dilakukan transform data maka hasilnya tetap data tidak berdistribusi normal, maka dilakukan uji Wilcoxon.

Tabel 5.7 Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Pengetahuan Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi

	Median (Minimal- Maksimal)	Nilai p
Pengetahuan sebelum edukasi (n=15)	4.00 (2 – 7)	0.001 ^a
Pengetahuan setelah edukasi (n=15)	10.00 (9 – 12)	

^aUji Wilcoxon, 15 responden pengetahuan meningkat, 0 menurun, 0 tetap

Pada tabel 5.7 nilai p menunjukkan hasil uji Wilcoxon ($p = 0.001$). Karena nilai $p < 0.05$, secara statistik terdapat perbedaan pengetahuan yang

bermakna antara sebelum dan setelah intervensi. Karena selisih yang dianggap bermakna adalah 5 maka secara klinis terdapat perbedaan yang bermakna.

3. Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Keterampilan Perawat

Untuk mengetahui pengaruh edukasi *oral care* terhadap keterampilan terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data. Hasil uji normalitas data selisih keterampilan pada kelompok intervensi adalah data berdistribusi normal, sehingga memenuhi syarat untuk dilakukan uji t berpasangan. Hasil uji tersaji seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.8 Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Keterampilan Perawat Sebelum dan Sesudah Intervensi

		Rerata ± SD	Selisih (SD)	IK95%	Nilai p
Keterampilan edukasi (n= 15)	sebelum	8.47 (0.990)	14.5 (0.915)	13.96- 14.97	0.000 ^a
Keterampilan edukasi (n=15)	setelah	22.93 (0.258)			

^aUji t berpasangan

Berdasarkan tabel 5.8 diatas, hasil uji t berpasangan diperoleh nilai *signifikansi* 0.000 ($p < 0.05$) dengan selisih 14.5 (IK 95% 13.96 sampai - 14.97). Karena nilai $p < 0.05$ dan IK tidak melewati nol, secara statistik terdapat perbedaan rerata keterampilan perawat yang bermakna sebelum dan sesudah dilakukan intervensi edukasi *oral care*. Pada tabel tampak bahwa perbedaan keterampilan sebelum intervensi dan sesudah intervensi lebih besar dari sepuluh, maka secara klinis terdapat perbedaan rerata keterampilan perawat yang bermakna.

4. Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Skor BOAS

Berdasarkan uji normalitas data didapatkan hasil sebaran data selisih skore BOAS berdistribusi tidak normal dengan nilai *signifikansi* sebesar $0.000 < 0.05$. Setelah dilakukan transform data maka hasilnya tetap data tidak berdistribusi normal, maka dilakukan Wilcoxon.

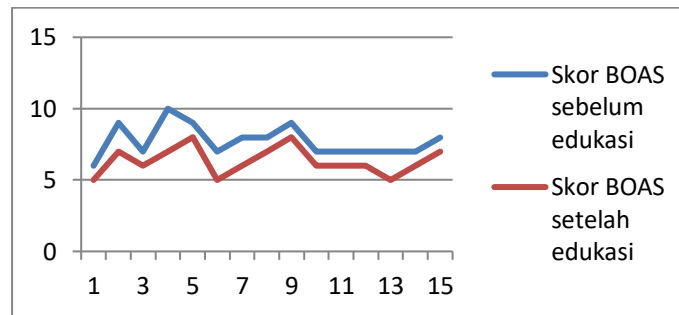
Tabel 5.9 Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Skore BOAS

	Median	Nilai p
	(Minimal- Maksimal)	
Skor BOAS sebelum edukasi (n=15)	7.00 (6 – 10)	0.000 ^a
Skor BOAS setelah edukasi (n=15)	6.00 (5 – 8)	

^aUji Wilcoxon, 15 responden mengalami penurunan skore BOAS, 0 meningkat, 0 tetap

Pada tabel 5.9 nilai p menunjukkan hasil uji Wilcoxon ($p = 0.000$). Karena nilai $p < 0.05$, secara statistik terdapat perbedaan skor BOAS yang bermakna antara sebelum intervensi dan setelah intervensi. Nilai selisih yang dianggap bermakna adalah 1 maka secara klinis terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi yang terlihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 5.1 Grafik Skor BOAS Sebelum dan Sesudah Edukasi *Oral Care*



5. Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Jumlah Mikro Organisme Oral

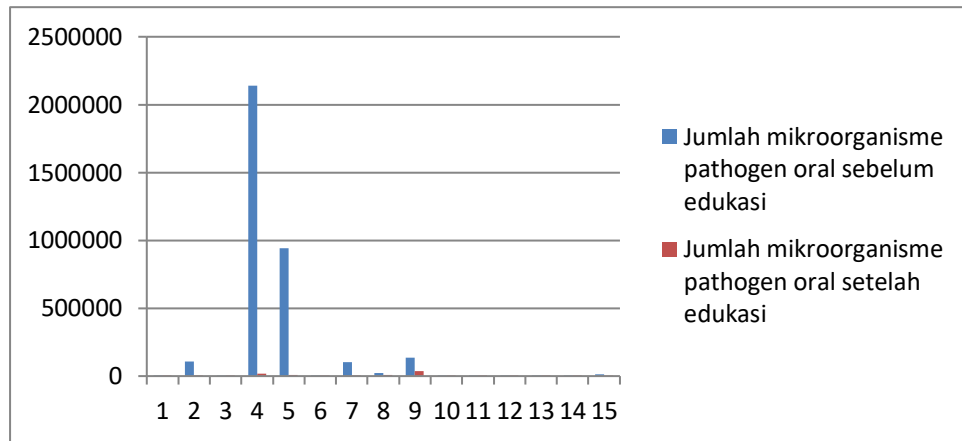
Tabel 5.10 Jenis Mikroorganisme pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok responden (n=15)	N(%)
<i>Staphylococcus Aureus</i> (gram positif)	3 (20%)
<i>Enterobacter Aurogenes</i> (gram negatif)	2 (13.3%)
<i>Escherichia coli</i> (gram negatif)	2 (13.3%)
<i>Candida</i>	2 (13.3%)
<i>Streptococcus sp.</i> (gram positif)	1 (6.67%)
<i>Fusobacterium</i> (gram negatif)	2 (13.3%)
<i>Klebsiella spp</i> (gram negatif)	1 (6.67%)
<i>Lactobacillus spp</i> (gram positif)	1 (6.67%)
<i>Citrobacter sp</i> (gram negatif)	1 (6.67%)

Tabel 5.10 memaparkan jenis mikroorganisme patogen oral yang ditemukan pada kelompok responden. Jenis mikroorganisme yang ditemui pada kelompok responden adalah *staphylococcus Aureus* 3 (20%), *Enterobacter*

Aurogenes, *E. Coli*, *Candida*, dan *Fusobacterium* masing- masing 2 (13.3%). *Streptococcus sp*, *Klebsiella spp*, *Lactobacillus spp* dan *Citrobacter sp* masing- masing 1 (6.67%).

Gambar 5.2 Grafik Mikroorganisme Patogen Oral Sebelum dan Sesudah Edukasi *Oral Care* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol



Nampak pada grafik diatas, terjadi penurunan jumlah mikroorganisme patogen oral setelah dilakukan edukasi *oral care*.

Untuk mengetahui pengaruh edukasi *oral care* terhadap jumlah mikroorganisme patogen oral, dilakukan uji normalitas data. Hasil uji normalitas data selisih jumlah mikroorganisme adalah data berdistribusi tidak normal $p\ 0.000 < 0.05$, setelah dilakukan transform data, tetap menunjukkan hasil data berdistribusi tidak normal sehingga dilakukan uji Wilcoxon. Adapun hasil uji tersaji seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.11 Pengaruh Edukasi *Oral Care* terhadap Jumlah Mikroorganisme Oral Sebelum dan Sesudah Intervensi

	Median (Min- Max) CFU (10^3)	Nilai p
Jumlah mikroorganisme patogen oral sebelum edukasi (n=15)	5.7×10^3 (1.0×10^3) – (2.1×10^6)	0.001 ^a
Jumlah mikroorganisme patogen oral setelah edukasi (n=15)	1.7×10^3 (7.0×10^1) – (3.9×10^4)	

^aUji Wilcoxon, 15 responden mengalami penurunan jumlah mikroorganisme, 0 meningkat, 0 tetap

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan hasil nilai $p=0.001 < 0.05$, maka secara statistik bermakna ada perbedaan yang signifikan antara jumlah mikroorganisme patogen sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Secara klinis terdapat perbedaan yang signifikan, karena sebanyak 15 responden mengalami penurunan jumlah mikroorganisme patogen oral setelah dilakukan edukasi *oral care*.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Diskusi Hasil

1. Pengetahuan Perawat tentang *Oral Care* pada Pasien dengan Penurunan Kesadaran

Pasien dengan penurunan kesadaran merupakan pasien yang membutuhkan bantuan untuk menjaga kebersihan dirinya termasuk kebersihan mulutnya (Andersen, 2019). Diperkirakan sekitar 44% - 65% pasien yang dirawat di rumah sakit merupakan pasien dengan ketergantungan yang tidak menerima perawatan mulut yang memadai sebagai bentuk intervensi yang dapat mencegah terjadinya aspirasi pneumonia, sedangkan memberikan *oral care* adalah tanggung jawab keperawatan dan merupakan komponen penting dari layanan asuhan keperawatan (Nghu, 2016). Hal tersebut juga diungkapkan oleh perawat di unit perawatan intensif bahwa perawatan mulut merupakan bagian atau element penting dari asuhan keperawatan (Andersson, Wilde-larsson, & Persenius, 2018; Rababah et al., 2018).

Pemberian layanan asuhan keperawatan *oral care* tidak terlepas dari bagaimana manajemen rumah sakit dalam membuat suatu kebijakan, menyediakan sarana prasarana, serta sumber daya sehingga memungkinkan perawat untuk melakukan *oral care* (Andersen, 2019). Selain itu, terdapat faktor lainnya yang mempengaruhi *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran tidak dilakukan secara optimal, diantaranya menurut Chan et al., (2011) adalah perawat kurang mengetahui perawatan mulut berbasis bukti yang tepat, akibatnya banyak perawat yang melihat perawatan mulut hanya sebagai upaya memberikan kenyamanan dan menjadikannya sebagai prioritas layanan asuhan keperawatan yang rendah (Nghu, 2016).

Instrument penelitian yang digunakan untuk mengukur pengetahuan responden berupa kuesioner berisi 12 item pertanyaan yang disusun berdasarkan teori dan lembar checklist prosedur keterampilan *oral care* (Kozier et al., 2010; Wilkinson et al., 2015). Kuesioner ini telah dilakukan panel expert serta uji validitas dan reliabilitas, sehingga alat ukur pengetahuan ini dikatakan layak untuk digunakan.

Sebagaimana telah dituliskan sebelumnya bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh edukasi *oral care* terhadap pengetahuan perawat. Rumah Sakit Dr. M Haulussy telah mempunyai protokol atau *Standart Procedural Operational (SOP) oral care*. Namun, berdasarkan pengamatan peneliti bahwa SOP yang telah disusun dan digunakan untuk semua ruangan belum berdasarkan *evidence based practice*. SOP *oral care* yang menjadi protap di rumah sakit terbagi menjadi dua, yakni “membersihkan mulut” untuk pasien tidak sadar dan “menyikat gigi” untuk pasien sadar. Sedangkan berdasarkan *evidence based practice*, *oral care* pada pasien tidak sadar tidak lagi dengan cara membersihkan mulut saja, akan tetapi merupakan suatu gabungan dari menyikat gigi dan membersihkan mulut. Adapun agen anti mikroba yang digunakan merupakan kebijakan masing- masing rumah sakit.

Kurangnya sosialisasi terkait SOP *oral care* mengakibatkan banyak perawat bekerja berdasarkan rutinitas masing- masing ruangan dan pengalaman terdahulu yang mereka punya. Hal serupa disampaikan oleh Andersson et al., (2018) dan Rodrigues et al., (2016) bahwa kurangnya pengetahuan perawat mengenai *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran mengakibatkan perawat atau teknisi keperawatan gagal merespon atau menerjemahkan protokol kebersihan mulut yang ada.

Temuan lain dari penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rerata skor pengetahuan pre edukasi dan post edukasi. Perbedaan skor pengetahuan sangat signifikan ditunjukkan pada post intervensi

($p=0.000$). Hasil ini dapat juga dilihat dari nilai rerata pre edukasi dan post edukasi.

Peningkatan skor pengetahuan ini dikarenakan adanya edukasi *oral care* yang dilakukan oleh peneliti. Temuan ini konsisten dengan temuan Janssens et.al., (2017) bahwa program pendidikan kesehatan mulut dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang kesehatan mulut.

Selama penelitian berlangsung, edukasi *oral care* yang dilakukan peneliti sebagai upaya meningkatkan pengetahuan perawat mendapatkan respon yang positif, dimana partisipasi untuk menjadi responden bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Hal ini dikarenakan keingintahuan perawat untuk mempelajari dan memperoleh pengetahuan terbaru tentang *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran. Serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Rababah et al., (2018) dan Alja'afreh et al., (2018) yang menyatakan bahwa perawat setuju mempelajari lebih lanjut tentang perawatan mulut yang lebih baik, untuk memperbaharui pengetahuan dan keterampilan mereka.

2. Keterampilan Perawat dalam Melakukan *Oral Care* pada Pasien dengan Penurunan Kesadaran

Tingkat keterampilan perawat pada penelitian ini, diukur menggunakan lembar observasi (lembar ceklist) *Procedural Checklist Providing Oral Care for an Unconscious Patient* yang telah dilakukan alih bahasa di pusat bahasa UNHAS. Lembar ceklist ini merupakan langkah-langkah dalam melakukan *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran (Kozier et al., 2010; Wilkinson et al., 2015).

Pengisian lembar ceklist ini dilakukan sendiri oleh peneliti, ketika mendampingi responden (perawat) selama melakukan prosedur tindakan *oral care*. Penilaian dilakukan sebanyak dua kali yakni sebelum dan setelah diberikan intervensi edukasi *oral care*. Pendampingan dilakukan setelah edukasi *oral care* selama empat hari kepada masing- masing perawat ketika melakukan *oral care* \pm 15 menit, untuk selanjutnya hari kelima dilakukan

pengambilan data post. Hasil yang ditemukan pada penelitian ini adalah didapatkan perbedaan yang signifikan antara pre edukasi dan post edukasi dengan nilai $p=0.000$. Hal ini terlihat pada peningkatan nilai rerata keterampilan setelah dilakukan edukasi *oral care* dan pendampingan.

Berdasarkan pengamatan peneliti, pada setiap ruang perawatan memiliki ciri khas (kebiasaan) masing- masing yang membedakan antara ruangan yang satu dengan lainnya. Seperti, terdapat ruang perawatan yang hanya menggunakan air hangat saja ketika melakukan *oral care* dan ada pula yang menggunakan antiseptik ketika melakukan *oral care*. Untuk menghindari bias, maka peneliti menyediakan antiseptik disetiap ruangan untuk digunakan saat *oral care*.

Adapun ketersediaan peralatan yang diperlukan untuk tindakan *oral care* tidak cukup tersedia disetiap ruangan. Sehingga menyebabkan penyediaan perawatan kesehatan mulut menjadi tidak optimal dilakukan oleh perawat. Sejalan dengan temuan Odgaard & Kothari, (2019) yang menyatakan bahwa kurangnya peralatan yang sesuai bisa menjadi penghalang untuk penyediaan perawatan mulut. Modifikasi alat dilakukan oleh perawat diruangan, seperti penggunaan sendok sebagai pengganti spatel lidah dan pembersihan mulut dilakukan hanya menggunakan kassa bersih tanpa melakukan penyikatan pada gigi. Hal ini dilakukan sesuai dengan protap yang berlaku di rumah sakit. Sedangkan pada *evidence based practice oral care* pada pasien tidak sadar adalah merupakan rangkaian dari menggosok gigi dan membersihkan rongga mulut.

Dalam penelitian ini, masalah utama yang terdeteksi terkait dengan keterampilan melakukan *oral care* adalah kurangnya informasi dan pelatihan mengenai *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran. Sehingga perawat hanya melakukan *oral care* berdasarkan kebiasaan yang dilakukan perawat senior atau perawat terdahulu dikarenakan kurangnya pengetahuan perawat. Bahkan ada beberapa perawat yang tidak mengetahui secara pasti tersedia tidaknya *Standart Operational Procedure Oral Care* di ruang

perawatan masing- masing. Temuan ini konsisten dengan temuan Normaliza et al., (2018) bahwa pengetahuan tentang kesehatan mulut pada pasien stroke berkaitan dengan praktik klinis perawatan kebersihan mulut dan implementasi program pendidikan perawatan mulut dapat meningkatkan skor kinerja perawat di ruang perawatan kritis secara signifikan setelah berpartisipasi dalam program pendidikan (Behzadi, Khanjari, & Haghani, 2018).

Untuk frekuensi *oral care*, perawat melakukannya tidak berdasarkan instrument penilaian status kesehatan mulut tertentu. Tetapi dilakukan berdasarkan kebiasaan 1- 2 kali sehari yakni pada pagi hari yang dilakukan oleh perawat shif malam dan sore hari oleh perawat shif siang. Sedangkan frekuensi *oral care* sebaiknya adalah berdasarkan hasil penilaian, dimana kebutuhan *oral care* antara pasien satu dengan lainnya dapat berbeda dikarenakan perbedaan status kesehatan mulut pasien itu sendiri. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Odgaard & Kothari, (2019) dimana frekuensi pemberian perawatan mulut untuk pasien yang tidak makan lebih meningkat dibandingkan pada pasien yang makan. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi disfagia dan kebersihan mulut yang buruk merupakan faktor penyebab terjadinya pneumonia.

Penggunaan agen antimikroba atau antiseptik untuk *oral care* di rumah sakit berdasarkan instruksi dokter. Adapun antiseptik yang biasanya digunakan adalah hexadol. Untuk menjaga prinsip etik selama penelitian berlangsung, maka peneliti menggunakan antiseptik yang sama digunakan di rumah sakit.

3. Penilaian Kesehatan Mulut berdasarkan Skor BOAS

Penilaian kesehatan mulut pada penelitian ini adalah menggunakan skor BOAS (*Beck Oral Assessment Scale*) yang terdiri dari 5 kategori dan masing- masing diberikan skor 1 sampai 4. Total skor kategori menunjukkan total skor BOAS yang menggambarkan status kesehatan mulut pasien secara keseluruhan. Semakin tinggi total skor pada BOAS menunjukkan tingkat

keparahan kesehatan mulut seseorang. Skor BOAS juga dapat digunakan sebagai pedoman dalam menentukan seberapa sering, pasien seharusnya dilakukan *oral care*.

Pada penelitian ini, secara statistik terdapat perbedaan skor BOAS sebelum dan sesudah intervensi. Penurunan nilai median dapat dikarenakan edukasi *oral care* yang telah dilakukan yakni meliputi pemberian informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan serta dilakukan pendampingan dalam praktek keterampilan melakukan *oral care* yang tepat berdasarkan *evidence based practice*. Sehingga sangat memungkinkan terjadi penurunan skala BOAS, yang berarti terjadinya peningkatan kesehatan mulut pada pasien.

Penilaian status kesehatan mulut pada pasien sendiri hampir tidak pernah dilakukan oleh semua responden perawat saat penelitian, ditunjukkan dengan tidak adanya dokumentasi tertulis pada catatan rekam medik pasien. Sehingga tidak ada alat komunikasi yang dapat digunakan untuk menginformasikan mengenai kesehatan mulut pasien dari satu perawat ke perawat lain atau ke petugas kesehatan lainnya. Hal ini mengakibatkan tindakan *oral care* menjadi suatu tindakan keperawatan yang dianggap kurang berperan pada status kesehatan pasien itu sendiri dan hanya dilakukan sebagai upaya memberikan kenyamanan semata.

BOAS dipilih sebagai salah satu instrument dalam penelitian ini dikarenakan BOAS sangat relevan digunakan sebagai penilaian kesehatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran. Penelitian lain yang menggunakan BOAS sebagai instrument penilaian kesehatan mulut adalah untuk menilai pengaruh *oral care* dan pencegahannya pneumonia akibat penggunaan ventilator pada pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) (Atashi et al., 2018; Yurdanur, 2016).

Batiha et al., (2015) juga menggunakan BOAS sebagai instrument penilaian kesehatan mulut untuk mengeksplorasi dampak pelaksanaan prosedur *oral care* dan endotrakea tube pada pasien di ICU. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Aoki et al., (2018) yakni menilai keandalan

penilaian kesehatan mulut antara perawat dan ahli kesehatan gigi, menyimpulkan bahwa adanya perbedaan penilaian yang diberikan dapat terjadi bukan hanya karena masalah definisi skala, tetapi juga ketidakjelasan dari deskripsi itu sendiri.

Pendapat yang berbeda disampaikan oleh Adi (2018) pada penelitiannya tentang penerapan EBP berdasarkan hasil sistematika reviewnya terkait *oral care* pasien dengan gangguan neurologi, yang merekomendasikan untuk menggunakan OAG (*Oral Assessment Guide*) sebagai instrument penilaian kesehatan mulut pasien, dikarenakan pengkajian kebersihan mulut tidak dilakukan setiap hari tetapi dilakukan setiap satu minggu sekali pada pasien dengan gangguan ringan, dua kali seminggu pada gangguan sedang sampai berat dan disesuaikan dengan perubahan kondisi pasien (Hägglund et al., 2019; Prendergast, Kleiman, & King, 2013).

Pada penelitian Prendergast et al., (2013) dilakukan modifikasi mengganti penilaian untuk kategori suara atau kemampuan bicara dengan bau mulut. Bau mulut dapat menunjukkan indikator kebersihan mulut, dimana bau mulut dapat disebabkan oleh adanya bakteri yang menumpuk pada rongga mulut. Idealnya penilaian kesehatan mulut dilakukan secara komprehensif dan membutuhkan kerjasama antara perawat dan ahli kesehatan gigi, dengan menggunakan alat komunikasi berupa instrument penilaian kesehatan mulut untuk berbagi informasi mengenai status kesehatan mulut pasien (Aoki et al., 2018).

Adanya beberapa kelemahan dalam penilaian menggunakan skor BOAS menjadikan alasan peneliti untuk melakukan penilaian kesehatan mulut pasien lebih lanjut yang bersifat lebih objektif yakni dengan melakukan pemeriksaan swab kultur bakteri, untuk mengetahui lebih jelas jenis dan jumlah bakteri yang terdapat pada rongga mulut pasien.

Secara umum, kesehatan mulut dapat mencerminkan kesehatan seseorang secara keseluruhan. Sehingga pentingnya dilakukan penilaian status kesehatan mulut pada pasien terutama pasien dengan penurunan kesadaran

adalah untuk memberikan informasi kepada tim kesehatan lainnya mengenai terapi yang efektif dan bagaimana proses komplikasinya (Yurdanur, 2016).

4. Mikroorganisme Pathogen Oral

Di dalam rongga mulut, terkandung bermacam bakteri yang dapat membantu proses pengunyahan dan pencernaan makanan, bakteri ini berkembang sebagai flora normal di rongga mulut yang tidak membahayakan tubuh manusia dan dapat ditemui pada bagian gigi, lidah, palatum, tonsil, sulkus gingiva dan saliva (Mardiyantoro, 2017).

Mikroorganisme flora normal ini dapat menjadi bakteri pathogen yang dapat menyebabkan infeksi, karena dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kondisi pasien (*host*), lingkungan rongga mulut (*environment*) dan jumlah bakteri yang terakumulasi (*agent*), dimana kemampuan sebagai agen penyebab infeksi ini juga dipengaruhi oleh kuantitas dan kualitas virulensinya (Mardiyantoro, 2017). Pada pasien dengan penurunan kesadaran terutama di ruang perawatan intensif (ICU), infeksi dan pneumonia nosokomial berasal dari kolonisasi bakteri di habitat oral pasien (Agarwal et al., 2017).

Kolonisasi bakteri oral ini dapat dikurangi dengan dua cara yaitu melakukan dekontaminasi selektif dari saluran pencernaan dengan memberikan antibiotik oral dan dekontaminasi oral melalui penggunaan antiseptik (*chlorhexidine gluconate* atau *povidone iodine*) (Agarwal et al., 2017). Dekontaminasi oral selama penelitian menggunakan antiseptik hexadol yang disesuaikan dengan rekomendasi dokter di rumah sakit Dr M Haulussy Ambon.

Pada penelitian ini, ditemukan beberapa jenis mikroorganisme (bakteri gram positif, bakteri gram negatif dan candida). Adapun yang termasuk kedalam bakteri gram positif antara lain *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus sp*, *Lactobacillus spp*, dan *Actinomyces spp*. Sedangkan bakteri gram negatif terdiri dari *Enterobacter Aurogenes*, *Escherichia coli*, *Fusobacterium*, *Klebsiella spp*, dan *Citrobacter sp*. Temuan Candida pada

penelitian ini konsisten dengan temuan Bassetti et al. (2017) yang menyatakan bahwa tingkat keparahan infeksi jamur (*Candida spp.*) semakin sering terjadi pada pasien dengan kondisi sakit kritis (Bassetti et al., 2017).

Berdasarkan hasil pemeriksaan jenis bakteri yang ditemukan terdapat lima jenis bakteri yang bukan merupakan flora normal (mikroorganisme patogen) di rongga mulut, diantaranya adalah *Enterobacter Aurogenes*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, dan *Citrobacter sp*. Keempat bakteri tersebut termasuk dalam satu ordo yaitu *Enterobacteriales*, merupakan patogen oportunistik dan dapat menyebabkan infeksi sistemik (Araga et al., 2016). Adapun cara penyebaran keempat bakteri ini adalah melalui kontak tangan, bisa dari pengunjung ke pasien atau petugas kesehatan ke pasien. Selain itu peralatan di rumah sakit juga bisa menjadi media penyebaran dari keempat bakteri ini.

Keempat bakteri ini dapat menginvasi manusia jika mereka berhasil masuk ke dalam tubuh manusia melalui saluran pernafasan (penggunaan alat bantu pernafasan) ataupun *port the entry* lainnya pada pasien sehat secara sistemik maupun pasien yang mengalami terapi (Araga et al., 2016). Temuan ini konsisten dengan temuan Hong et al., (2017) bahwa tampak jelas lidah adalah indikator tambahan dan mungkin lebih stabil menjadi reservoir dari kolonisasi rongga mulut oleh patogen pernafasan.

Lidah memiliki permukaan yang kasar dan pecah- pecah yang merupakan permukaan efektif untuk kolonisasi membentuk biofilm mikroba. Kencenderungan penebalan biofilm akan diperparah pada orang dewasa yang memiliki gangguan pertahanan lisan dan imunologi (perawatan mulut yang tidak optimal, penurunan produksi saliva) (Hong et al., 2017).

Homeostasis mulut dipengaruhi oleh keseimbangan hubungan antara berbagai mikroorganisme yang ada pada rongga mulut, dimana hubungan yang seimbang ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya kebiasaan makan, kondisi lemah, penyakit sistemik, imunologi dan penggunaan obat dalam jangka panjang (Reddy et al., 2013). Ketika

keseimbangan tidak terjadi dalam lingkungan rongga mulut, maka mikroorganisme oportunistik dapat menempati rongga mulut dan *Enterobacteriaceae* adalah kelompok family yang terdiri dari beberapa bakteri patogen yang dapat menempati rongga mulut dengan kondisi fisiologis yang umumnya menurun (Aragao et al., 2016).

Enterobacteriaceae merupakan family bakteri yang bertahan hidup dari semua bakteri oral lainnya dalam keadaan tanpa nutrisi sekalipun, hal ini dikarenakan genom pada bakteri ini (terutama *klebsiella*) lebih besar dari bakteri oral lainnya dan menurut Dr. He para peneliti menemukan bakteri *Klebsiella* mengalami mutasi genetik yang memungkinkan mereka bertahan hidup dan terus berfungsi, sekalipun tanpa sumber makanan (Baker et al., 2019).

Berdasarkan temuan penelitian ini, tidak terdapat perbedaan rerata jumlah bakteri pada pre intervensi dan post intervensi. Perbedaan jumlah mikroorganisme yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan memiliki dampak secara klinis menurunkan jumlah mikroorganisme.

B. Implikasi dalam Praktek Keperawatan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi mengenai tingkat pengetahuan dan keterampilan perawat tentang *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran. Sehingga dapat dijadikan sebagai data awal untuk melakukan penelitian lebih lanjut, ataupun sebagai bahan pertimbangan pembuatan kebijakan penyusunan SOP terbaru berdasarkan *evidence based practice*, diadakannya program edukasi kesehatan dan pelatihan yang terkait. Adapun penilaian mengenai status kesehatan mulut menggunakan BOAS, menjadi suatu pertimbangan yang dapat diterapkan untuk melengkapi pemberian layanan asuhan keperawatan kepada pasien.

Adapun implikasi langsung yang dirasakan oleh pasien, yakni dengan dilakukannya penilaian status kesehatan mulut dan tindakan *oral care*, dapat

diketahui kondisi status kesehatan mulut pasien tersebut, pemberian terapi yang tepat sesuai dengan kondisi, dan terpenuhinya kebutuhan pasien akan *oral care*.

C. Keterbatasan Penelitian

Selama penelitian ini berlangsung, peneliti mengalami keterbatasan penelitian yaitu sebagai berikut :

1. Penelitian ini menggunakan desain *pre-eksperimen* dengan pendekatan *pre-post test without control design*, dikarenakan sampel pada penelitian ini adalah pasien dengan penurunan kesadaran yang dirawat diruang perawatan intensif sehingga jumlah sampel yang didapatkan sedikit.
2. Edukasi *oral care* dilakukan oleh peneliti dan selama masa follow up/ pendampingan juga dilakukan oleh peneliti. Sehingga pada saat dilakukan evaluasi responden ada kecenderungan melakukan sesuai dengan langkah-langkah yang diajarkan.
3. Perhitungan jumlah mikroorganisme patogen oral yang dilakukan di Laboratorium Kesehatan Daerah Ambon dilakukan secara manual. Sehingga jumlah koloni yang disajikan adalah koloni total dan spesies bakteri yang diidentifikasi hanya satu, hal ini dikarenakan kendala logistik.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil uji statistik yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh edukasi *oral care* pada pasien penurunan kesadaran terhadap kemampuan perawat, penurunan skor BOAS dan mikroorganisme pathogen oral dapat disimpulkan bahwa:

1. Edukasi *oral care* dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan pengetahuan dan keterampilan pada perawat.
2. Edukasi *oral care* dapat mempengaruhi terjadinya penurunan skor BOAS (semakin kecil skor BOAS adalah semakin baik) dan jumlah mikroorganisme pathogen oral pasien. Penurunan skor BOAS pada pasien menunjukkan bahwa status kesehatan mulut pasien yang lebih baik.
3. Terdapat perubahan pengetahuan dan keterampilan perawat, serta skor BOAS dan mikroorganisme pathogen oral pada pasien setelah dilakukan edukasi *oral care*.

B. Saran

- Penelitian berikutnya direkomendasikan berfokus apa membandingkan metode edukasi *oral care* dengan penggunaan media pembelajaran yang berbeda.
- Adapun instrument penelitian lembar ceklist keterampilan dan lembar penilaian skor BOAS pada penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan *Standart Operational Procedur* yang terbaru.
- Data pengetahuan dan keterampilan perawat pada hasil penelitian ini, dapat digunakan sebagai acuan perencanaan kegiatan program pendidikan kesehatan lanjutan dan pelatihan yang terkait.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, G. S. (2018). Penerapan Evidence Based Nursing (EBN) Sistematis Oral Care pada Pasien Gangguan Neurologi. *The Indonesia Journal of Health Science*, 10(1), 74–83.
- Agarwal, V., Singhal, R., Khanna, R., Rastogi, P., Agarwal, A., & Tripathi, S. (2017). Survey of Extent of Translation of Oral Healthcare Guidelines for ICU Patients into Clinical Practice by Nursing Staff. *Hindawi*, 2017(Cdc).
- Ajwani, S., Jayanti, S., Burkolter, N., Anderson, C., Bhole, S., Itaoui, R., & George, A. (2016). Integrated oral health care for stroke patients – a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7–8), 891–901.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13520>
- Alja'afreh, M. A., Mosleh, S. M., & Habashmeh, S. S. (2018). Nurses' perception and attitudes towards oral care practices for mechanically ventilated patients. *Saudi Med Journal*, 39(77), 379–385.
<https://doi.org/10.15537/smj.2018.4.21749>
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. (A. Y. S. Hamid & K. Ibrahim, Eds.) (8th ed.). Singapore: Elsevier (Singapore).
- Andersen. (2019). Oral Hygiene. *Springer Nature*, 265–272.
https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-99921-0_23
- Andersson, M., Wilde-larsson, B., & Persenius, M. (2018). Intensive care nurses fail to translate knowledge and skills into practice – A mixed-methods study on perceptions of oral care. *Intensive & Critical Care Nursing*.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.006>
- Aoki, T., Kudo, M., Endo, M., Nakayama, Y., Amano, A., Naito, M., & Ota, Y. (2018). Inter-rater reliability of the Oral Assessment Guide for oral cancer patients between nurses and dental hygienists : the difficulties in objectively assessing oral health. *Springer Nature*, 1–2.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00520-018-4412-x>
- Aragao, M. G. B., Gomes, F. I. F., Rocha, F. R., Pinto, V. T., & Barbosa, F. C. B. (2016). Prevalence and Susceptibility of Enterobacteriaceae Isolated from the Saliva of Students from the Northeast of Brazil. *Global Journal of Medical Research: C Microbiology and Pathology*, 16(2).
- Atashi, V., Yousefi, H., Bekhradi, H., & Yazdannik, A. (2018). Effect of Oral Care Program on Prevention of Ventilator Associated Pneumonia in Intensive Care Unit Patients: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(6), 486–490.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_164_17
- Baker, J. L., Hendrickson, E. L., Tang, X., Lux, R., He, X., Edlund, A., & Mclean, J. S. (2019). Klebsiella and Providencia emerge as lone survivors following long-term starvation of oral microbiota. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1820594116>

- Bassetti, M., Montero, J. G., Calandra, T., Kullberg, B., Dimopoulos, G., Azoulay, E., ... Cornely, O. A. (2017). Intensive care medicine research agenda on invasive fungal infection in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4731-2>
- Batiha, A., Alhalaiqa, F. N., Bashayreh, I., Al-Zaru, I. M., & Omran, S. (2015). Comprehensive Oral Care Program for Intubated Intensive Care Unit Patients. *Hikari Ltd*, 7(6), 259–273. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12988/asb.2015.5213>
- Behzadi, F., Khanjari, S., & Haghani, H. (2018). Impact of an education program on the performance of nurses in providing oral care for mechanically ventilated children. *Australian Critical Care*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.06.007>
- Berry, A., Davidson, P., Nicholson, L., Pasqualotto, C., & Rolls, K. (2011). Consensus Based Clinical Guideline for Oral Hygiene in the Critically Ill. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(4), 180–185. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.04.005>
- Bratcher, D. F. (2018). 131 Other Corynebacteria. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*, 778-781.e2. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-40181-4.00131-6>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi Bahasa Indonesia*. (6th Ed., Ed.). Singapore: Elsevier.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 358–364. <https://doi.org/doi.org/10.1136/qhc.11.4.358>
- Celik, G. G. (2017). Examination of intensive care unit patients ' oral health. *International Journal of Nursing Practice*, (July), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12592>
- Dai, R., Lam, O. L. T., Lo, E. C. M., Li, L. S. W., & McGrath, C. (2017). Oral health-related quality of life in patients with stroke: A randomized clinical trial of oral hygiene care during outpatient rehabilitation. *Scientific Reports*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-07666-y>
- Falsetta, M. L., Klein, M. I., Silva, B. B., Agidi, S., Scott-anne, K. K., & Koo, H. (2012). Novel Antibiofilm Chemotherapy Targets Exopolysaccharide Synthesis and Stress Tolerance in Streptococcus mutans To Modulate Virulence Expression In Vivo. *JournalsASM.Org*, 56(12), 6201–6211. <https://doi.org/10.1128/AAC.01381-12>
- Falvo, D. R. (2011). *Effective Patient Education: A Guide to Increased Adherence* (4th ed). Massachusetts: Jones & Bartlett. Retrieved March 27, 2019, from http://books.google.co.id/books?id=gXEukTXm_XYC&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false
- Fawcett, J., & Garity, J. (2009). *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. Philadelphia: David Company.
- Hägglund, P., Koistinen, S., Olai, L., Ståhlacke, K., & Jäghagen, E. L. (2019). Older

- people with swallowing dysfunction and poor oral health are at greater risk of early death. *Wiley*, (July), 1–8. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12491>
- Hasmi. (2016). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jayapura: In Media.
- Hong, C. H. L., Aung, M. M., Ca, K. K., Liang, L. S., & Tan, K. S. (2017). The association between oral health status and respiratory pathogen colonization with pneumonia risk in institutionalized adults. *International Journal of Dental Hygiene*, (October), 1–7. <https://doi.org/10.1111/idh.12321>
- Horne, M., Mccracken, G., Walls, A., Tyrrell, P. J., & Smith, C. J. (2015). Organisation, practice and experiences of mouth hygiene in stroke unit care: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5–6), 728–738. <https://doi.org/10.1111/jocn.12665>
- Inamoto, Y., Pongpipatpaiboon, K., & Shibata, S. (2018). Oral Hygiene Care, 101–107.
- Irianto, K. (2013). *Mikrobiologi Medis*. Bandung: Alfabeta.
- Janssens, B., Vanobbergen, J., Lambert, M., Schols, J. M. G. A., & Visschere, L. De. (2017). Effect of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health : a non-randomised intervention trial. *Springer*. <https://doi.org/10.1007/s00784-017-2110-6>
- Kabita, K., & Ajish, S. (2016). Evidence based nursing care for an acute stroke : Theoretical Study.
- Könönen, E. (2015). Anaerobic Cocci and Anaerobic Gram-Positive Nonsporulating Bacilli. *ScienceDirect*, 2, 2781-2786.e2. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-4801-3.00250-2>
- Kothari, M., Pillai, R. S., Kothari, S. F., Spin-Neto, R., Kumar, A., & Nielsen, J. F. (2017). Oral health status in patients with acquired brain injury: a systematic review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 123(2), 205-219.e7. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2016.10.024>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konssep, Proses, & Praktik)* (Ed. 7). Jakarta: EGC.
- Lynn, P. (2010). *Taylor's Clinical Nursing Skills A Nursing Process Approach* (3rd ed.). New York: Wolters Kluwer.
- Mardiyantoro, F. (2017a). *Penyebaran Infeksi Odontogen & Tatalaksana*. Malang: UB Press.
- Mardiyantoro, F. (2017b). *Penyebaran Infeksi Odontogen & Tatalaksana (Dasar Pemahaman tentang Infeksi pada Rongga Mulut dan Sekitarnya)*. Malang.
- Moore, J. B., Pawloski, L., Rodriguez, C., Baghi, H., Lumbi, L., & Zamora, L. (2007). The Effects of a Nutrition Education Program on the Nutrition Self-Care Practices of Nicaraguan Adolescent Girls and the Nutritions Dependent-Care Practice of Their Mothers. In *The Official Journal of the International Orem Society* (Vol. 15).
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th ed). Singapore: Elsevier (Singapore).
- Muliawan, S. Y. (2008). *Bakteri Anaerob yang Erat Kaitannya dengan Problem di Klinik : Diagnosis dan Penatalaksanaan*. Jakarta: EGC.
- Murwani, A. (2014). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta:

- Fitramaya.
- Nguh, J. (2016a). Oral care practice guidelines for the care-dependent hospitalized adult outside of the intensive care unit setting. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 4, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2016.05.004>
- Nguh, J. (2016b). Oral care practice guidelines for the care-dependent hospitalized adult outside of the intensive care unit setting. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 4, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2016.05.004>
- Normaliza Ab Malik, Yatim, S. M., Hussein, N., Mohamad, H., & McGrath, C. (2018). Oral hygiene practice and knowledge among stroke-care nurses: a multi-center cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 0–2. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Odgaard, L., & Kothari, M. (2019). Survey of oral nursing care attitudes, knowledge and practices in a neuro-rehabilitation setting. *Journal of Oral Rehabilitation*, 46(8), 0–2. <https://doi.org/10.1111/joor.12799>
- Ozveren. (2010). *Oral Care in Patients Receiving Mechanical Ventilator*.
- Polit, D. ., & Beck, S. T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing Research Principles and Methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental of Nursing* (7th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Pratiwi, S. T. (2008). *Mikrobiologi Farmasi*. Jakarta: Erlangga.
- Prendergast, V., Kleiman, C., & King, M. (2013). The Bedside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol : Translating evidence-based oral care into practice. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(5), 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.04.001>
- Rababah, D. M. Al, Nassani, M. Z., Baker, O. G., Alhelih, E. M., Almomani, S. A., & Rastam, S. (2018). Attitudes and practices of nurses toward oral care of hospitalized patients – A cross - sectional survey in. *Journal of Education and Health Promotion*, 7. <https://doi.org/10.4103/jehp.jehp>
- Reddy, S. et al. (2013). Oral carriage of entero- bacteriaceae among school children with chronic nail-biting habit. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology : JOMFP*, 17(2).
- Rodrigues, S., Caminha, C., Fátima, M. De, Ferraz, G. G., Arruda, A. De, Kozmhinshy, R., ... Figueirôa, N. (2016). Knowledge , Attitude and Practice of the Nursing Team Regarding Oral Health Care in Intensive Care Units in a Reference Hospital of Recife , Brazil. *Network of Scientific Journals*, 16(1), 2016. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2016.161.14>
- Silva, S. R. da, Caminha, M. de F. C., Ferraz, M. G. G., Andrezza, M. de A., Kozmhinshy, V. M. da R., Guerra, C. A. R. de M., & Figueiroa, J. N. (2016). Knowledge , Attitude and Practice of the Nursing Team Regarding Oral Health Care in Intensive Care Units in a Reference Hospital of Recife ,. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic*, 16(1), 129–139.

- <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2016.161.14>
- Sjattar, E. L. (2012). *Model Integrasi Selfcare dan Family Centered Nursing : Study Kasus Penyakit TB di Makassar*. Yogyakarta: Pustaka Timur.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Manajemen* (ed. 1). Bandung: Alfabeta.
- Susilo, R. (2011). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tong, S. Y. C., Davis, J. S., Eichenberger, E., Holland, T. L., & Fowler, V. G. (2015). Staphylococcus aureus Infections : Epidemiology , Pathophysiology , Clinical Manifestations , and Management. *Journals.ASM.Org*, 28(3), 603–661.
<https://doi.org/10.1128/CMR.00134-14>
- Tonjum, T., & Putten, J. Van. (2017). Neisseria. *Infectious Diseases*, 2, 1553–1564.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-6285-8.00179-9>
- Wibowo, A. (2014). *Metodologi Penelitian Praktis* (Ed. 1). Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Wilkinson, J. M., Treas, L. S., Barnett, K. L., & Smith, M. H. (2015). *Procedural Checklists for Fundamental of Nursing* (3th ed.). Pennsylvania: F.A. David Company.
- World Health Organization. (2019). Oral Health. Retrieved March 26, 2019, from [https://www.who.int/oral_health/en/\(2019, March\)](https://www.who.int/oral_health/en/(2019, March))
- Yurdanur, D. (2016). A Recent View and Evidence-Based Approach to Oral Care of Intensive Care Patient. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 1177–1185.

Lampiran 1 : Alogaritma Studi Literatur

ALOGARITMA STUDI LITERATUR

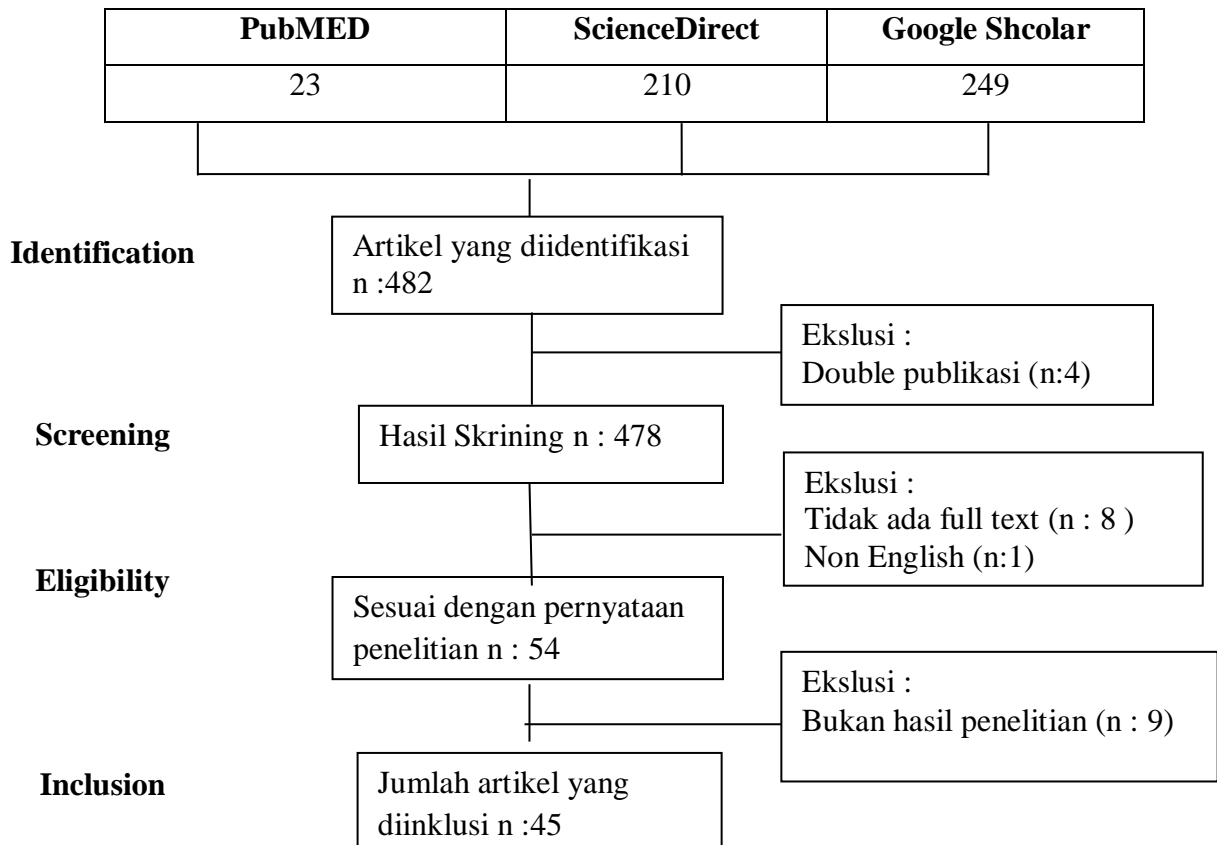
Berikut merupakan tabel alogaritma studi literatur dengan PICO(T)

P	I	C	O	T
<i>Acquired brain injury</i>	<i>Oral care education</i>		<i>Nurse's ability</i>	
<i>Dependent care patient</i>			<i>Nurse skills</i>	
<i>Total care patient</i>				
<i>Unconscious patient</i>				

Tabel Komparasi pencarian

Kata Kunci PICOT	PubMED	ScienceDirect	Google Shcolar
“acquired brain injury OR unconscious patient OR total care patient AND oral care education AND nurse skills OR nurse’s ability”	23	210	249

Alogaritma pencarian



Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Calon Responden
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama / NIM : Endah Fitriasari/ C012171046

Mahasiswa : Universitas Hasanuddin Program Studi Magister Ilmu Keperawatan

Akan melakukan penelitian dengan judul **“Pengaruh Edukasi *Oral Care* Pasien dengan Penurunan Kesadaran Terhadap Kemampuan Perawat, Penurunan Skor BOAS dan Mikroorganisme Pathogen Oral Pasien Di Rumah Sakit Dr. M Haulussy”**. Namun, sebelumnya saya akan menjelaskan kepada Ibu/Bapak mengenai:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh edukasi (pendidikan kesehatan) pada perawat terhadap pengetahuan dan keterampilan perawat serta penurunan skor BOAS dan mikroorganisme pathogen oral pada pasien penurunan kesadaran.
2. Penelitian ini akan memberikan manfaat kepada keluarga Ibu/ Bapak dalam hal mencegah terjadinya infeksi dan terjadinya komplikasi lebih lanjut yang akan dialami oleh pasien akibat perawatan mulut yang kurang tepat. Adapun manfaat yang untuk perawat sendiri adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran serta dapat dijadikan panduan dalam melakukan *oral care* yang berbasis bukti.
3. Segala informasi yang terdapat dalam penelitian ini mengenai responden akan dijaga kerahasiaannya dan akan digunakan sesuai dengan kebutuhan penelitian.
4. Pada penelitian ini, responden (perawat) akan diambil datanya sebelum diberikan edukasi selama 2 x 50 menit kemudian akan dilakukan pendampingan selama 1

minggu selanjutnya dilakukan pengambilan data serta pengukuran hasil setelah edukasi dan pendampingan dilaksanakan.

5. Ibu/ Bapak dapat mengundurkan diri sewaktu- waktu jika terdapat sesuatu yang tidak berkenan.

Besar harapan saya Ibu/ Bapak bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dan sebagai tanda persetujuan agar Ibu/ Bapak menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Selanjutnya saya meminta kesediaan Ibu/ Bapak untuk mengisi lembar pernyataan dalam penelitian ini dengan sejujurnya. Bila masih ada hal- hal yang ingi ibu/bapak ketahui, atau penjelasan dari saya belum jelas, maka Ibu/ Bapak bias bertanya atau meminta penjelasan kembali kepada saya di Jln. KH Ahmad Dahlan Lorong Sumatra Air Kuning, Desa Batu Merah, Ambon, atau dapat melalui no Hp peneliti : 081240335634

Atas kesediaan Ibu/ Bapak menjadi responden, saya ucapkan terimakasih.

Ambon,2019

Peneliti

Penanggung Jawab Penelitian

Nama : Endah Fitriasari, S.Kep,Ns

Alamat : Jln. KH Ahmad Dahlan Lorong Sumatra

Air kuning, Desa Batu Merah, Ambon

Telepon : 081240335634

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN PASIEN/ KELUARGA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Inisial) : Kode Responden

Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya telah mendapatkan penjelasan dari peneliti, membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat yang akan didapatkan dari penelitian yang berjudul **“Pengaruh Edukasi *Oral Care* Pasien dengan Penurunan Kesadaran Terhadap Kemampuan Perawat, Penurunan Skor BOAS dan Mikroorganisme Pathogen Oral Pasien Di Rumah Sakit Dr. M Haulussy”**. Maka, dengan ini saya secara sukarela tanpa paksaan bersedia menjadikan keluarga saya sebagai responden dalam penelitian ini.

Saya mengerti bahwa dari semua hal yang dilakukan peneliti pada saya, bisa menyebabkan masalah namun saya percaya kemungkinan tersebut sangat kecil karena dilakukan secara hati- hati oleh perawat yang telah terlatih. Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Saya juga berhak bertanya atau meminta penjelasan pada peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal lain yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Demikian juga biaya perawatan dan pengobatan bila terjadi hal- hal yang tidak diinginkan akibat penelitian ini, akan dibiayai oleh peneliti. Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian ini untuk disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan. Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari kami akan menyelesaikannya secara kekeluargaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

TGL/BLN/THN

NAMA

TANDA TANGAN

Klien :

Saksi 1 :

Saksi 2 :

Penanggung jawab penelitian

Nama : Ns. Endah Fitriasaki, S.Kep

Alamat : Jln. KH Ahmad Dahlan Lorong Sumatra

Air Kuning, Desa Batu Merah, Ambon Telepon :

081240335634

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN PERAWAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Inisial) : Kode Responden

Pendidikan Terakhir :

Lama Bekerja di Rumah sakit : Tahun

Menyatakan dengan sesungguhnya telah mendapatkan penjelasan dari peneliti, membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat yang akan didapatkan dari penelitian yang berjudul **“Pengaruh Edukasi *Oral Care* Pasien dengan Penurunan Kesadaran Terhadap Kemampuan Perawat, Penurunan Skor BOAS dan Mikroorganisme Pathogen Oral Pasien Di Rumah Sakit Dr. M Haulussy”**. Maka, dengan ini saya secara sukarela tanpa paksaan bersedia menjadikan sebagai responden dalam penelitian ini.

Saya mengerti bahwa dari semua hal yang dilakukan peneliti pada saya, berdasarkan praktek berbasis bukti. Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Saya juga berhak bertanya atau meminta penjelasan pada peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal lain yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian ini untuk disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan. Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari kami akan menyelesaikannya secara kekeluargaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

	TGL/BLN/THN	NAMA	TANDA TANGAN
Klien	:		
Saksi 1	:		
Saksi 2	:		

Penanggung jawab penelitian

Nama : Ns. Endah Fitriasaki, S.Kep

Alamat : Jln. KH Ahmad Dahlan Lorong Sumatra

Air Kuning, Desa Batu Merah, Ambon Telepon :

081240335634

Lampiran 4 : Kuesioner Pengetahuan

Tanggal :

Kode Responden :

KUESIONER PENGETAHUAN

Petunjuk

Jawablah pertanyaan berikut dengan mengisi titik- titik atau memberikan tanda centang (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

A. Identitas Responden

1. Inisial Responden :
2. Umur : Tahun
3. Jenis Kelamin : Laki- laki Perempuan
4. Pendidikan Terakhir : D3 S1 Ners
5. Lama masa bekerja di RS :Tahun

B. Pengetahuan

Petunjuk : Pilihlah jawaban a, b, c, atau d dan berikan tanda (x) pada jawaban yang anda anggap paling benar.

1. Pernyataan dibawah ini paling tepat untuk mendefinisikan perawatan mulut adalah
 - a. Upaya seseorang untuk meningkatkan kenyamanan mulut
 - b. Tindakan perawatan mulut dan gigi secara teratur
 - c. Upaya seseorang untuk menghindari mulut dari bau mulut (halitosis)
 - d. Upaya seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kebersihan mulut
2. Penyebab mulut lebih cepat kering pada pasien penurunan kesadaran adalah....
 - a. Pasien mendapatkan asupan cairan melalui mulut
 - b. Pasien sering bernafas melalui mulut
 - c. Perawat jarang melakukan perawatan mulut
 - d. Pasien tidak menerima terapi oksigen

3. Manfaat dilakukannya perawatan mulut yang baik pada pasien penurunan kesadaran adalah...
 - a. Meningkatkan nafsu makan
 - b. **Menghindari** mulut kering dan pecah- pecah
 - c. Memperbaiki penampilan
 - d. Meningkatkan kesehatan secara keseluruhan
4. Posisi pasien yang tepat saat melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah....
 - a. **Posisi** tidur miring dengan kepala lebih rendah
 - b. Posisi tidur terlentang sejajar
 - c. Posisi tidur miring dengan kepala lebih tinggi
 - d. Posisi tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi
5. Berikut ini merupakan langkah- langkah menyikat gigi pasien dengan penurunan kesadaran, kecuali...
 - a. Meletakkan perlak anti air dan handuk dibawah pipi dan dagu pasien
 - b. Melembabkan sikat gigi dan menggunakan sedikit pasta gigi
 - c. Menggunakan *bite blok* untuk menahan agar mulut tetap terbuka
 - d. **Menyikat** gigi dengan posisi bulu sikat pada 30⁰ ke garis gusi
6. Cara yang paling tepat untuk membersihkan bagian dari lidah saat perawatan mulut yaitu menggunakan...
 - a. Sikat gigi
 - b. Kassa
 - c. Berkumur
 - d. **Scrapes** lidah
7. Alat yang digunakan untuk menahan agar mulut tetap terbuka saat melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah...
 - a. Lidi kapas
 - b. Pinset anatomis
 - c. **Bite blok**
 - d. Sikat gigi
8. Fungsi dari penggunaan spatel lidah pada pasien tidak sadar, kecuali....
 - a. Membuka mulut
 - b. Mekanisme reflex
 - c. Menghindari jari tergigit
 - d. **Membersihkan** sela sela gigi

9. Bahan yang paling tepat digunakan untuk membersihkan jaringan dalam rongga mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah.....
- a. Swab busa
 - b. Kassa
 - c. Deppers
 - d. Tissue
10. Tujuan posisi miring dengan kepala lebih rendah pada saat melakukan perawatan mulut pasien dengan penurunan kesadaran, kecuali...
- a. Saliva akan otomatis keluar akibat gravitasi
 - b. Cairan akan menggenang pada satu sisi mulut
 - c. Mulut pasien akan lebih mudah dibuka
 - d. Menghindari terjadinya aspirasi
11. Pengkajian awal yang harus dilakukan sebelum melakukan perawatan mulut pada pasien penurunan kesadaran adalah....
- a. Pengkajian reflek gag
 - b. Pengkajian kenyamanan mulut
 - c. Pengkajian nyeri
 - d. Pengkajian vital sign
12. Perawat harus menghentikan tindakan perawatan mulut pada pasien tidak sadar, ketika...
- a. Pasien tidak mau membuka mulut
 - b. Pasien sesak nafas
 - c. Pasien dan keluarga menolak
 - d. Pasien menangis

Lampiran 5 : Prosedur Checklist Keterampilan

PROCEDUR CHECKLIST

Memberikan Perawatan Mulut untuk Pasien yang Tidak Sadar

Check (√) Ya atau Tidak

Prosedur	Ya	Tidak	Komentar
1. Menjelaskan prosedur dan tujuan pentingnya perawatan mulut			
2. Mencuci tangan			
3. Menjaga privasi klien (menutup tirai atau pintu)			
4. Persiapan klien			
a. Ubah posisi pasien miring dengan kepala tempat tidur lebih rendah			
b. Letakkan handuk di bawah dagu pasien			
c. Letakkan bengkok di bawah dagu dan leher bawah untuk menampung cairan dari mulut			
d. Pakai sarung tangan			
5. Membersihkan gigi dan membilas mulut			
a. Pegang sikat ke arah gigi dengan bulu- bulu sikat 45°. Ujung bulu- bulu luar harus menghadap dan masuk ke bawah sulkus gingiva. Gunakan teknik memutar (sirkular)			
b. Gerakkan bulu- bulu ke atas dan ke bawah menggunakan gerakan vibrasi atau mengguncang- guncang dari arah sulkus ke mahkota gigi			
c. Ulangi hingga seluruh permukaan luar dan dalam gigi dan sulkus gusi bersih			
d. Bersihkan permukaan atas gigi dengan gerakan sikat maju dan mundur dalam gerakan pendek			
e. Jika lidah kotor, bersihkan lidah dengan perlahan menggunakan scraper lidah			
f. Bilas mulut pasien dengan menarik sekitar 10 ml air atau obat kumur bebas alkohol ke dalam spuit dan injeksikan dengan perlahan pada masing- masing sisi mulut			
g. Pastikan semua cairan pembilas telah keluar dari mulut ke bengkok			
h. Ulangi pembilasan sampai mulut bersih			
6. Inspeksi dan bersihkan jaringan oral			
a. Bersihkan dengan swab busa atau kassa dan cairan pembersih sesuai dengan kebijakan instansi, jika jaringan tampak kering dan tidak bersih			
b. Ambil swab busa lembab atau kassa lembab yang dililit pada tongue spatel, basuh membran mukosa pada satu bagian pipi. Gunakan swab			

busa atau kassa yang berbeda untuk masing-masing area mulut			
c. Bersihkan jaringan mulut secara berurutan, gunakan swab lembab atau kassa yang berbeda: pipi, dasar mulut, atap mulut dan lidah			
d. Observasi adanya radang atau kekeringan pada jaringan dengan cermat dan lakukan pembilasan			
e. Lepas dan buang sarung tangan			
7. Berikan kenyamanan			
a. Singkirkan bengkok, keringkan area sekitar mulut pasien dengan handuk.			
b. Lumasi bibir pasien dengan pelembab bibir			
8. Dokumentasikan pengkajian gigi, lidah, gusi dan mukosa oral.			
Rekomendasi : Lulus	Perolehan nilai Praktik :		
Perawat :	Tanggal :		
Instruktur :			

(Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010; Wilkinson, Treas, Barnett, & Smith, 2015)

Referensi

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konssep, Proses, & Praktik)* (Ed. 7). Jakarta: EGC.

Wilkinson, J. M., Treas, L. S., Barnett, K. L., & Smith, M. H. (2015). *Procedural Checklists for Fundamental of Nursing* (3th ed.). Pennsylvania: F.A. David Company.

Lampiran 6: Uji Validitas (*Content Validity Instrument*)

**PENGEMBANGAN KUESIONER PENGETAHUAN PERAWAT
TENTANG *ORAL CARE* PADA PASIEN DENGAN PENURUNAN
KESADARAN**

No	Pertanyaan	Skor			
		1	2	3	4
1	<p>Pernyataan dibawah ini tepat untuk mendefinisikan perawatan mulut, kecuali</p> <p>a. Tindakan seseorang untuk merawat mulut dan giginya</p> <p>b. Tindakan perawatan mulut dan gigi dapat dilakukan secara mandiri</p> <p>c. Upaya seseorang untuk menghindari mulut dari bau mulut (halitosis)</p> <p>d. Upaya seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kebersihan mulut</p>				
2	<p>Penyebab mulut lebih cepat kering pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah....</p> <p>a. Pasien mendapatkan asupan cairan melalui mulut</p> <p>b. Pasien sering bernafas melalui mulut atau menerima terapi oksigen</p> <p>c. Keluarga dan perawat jarang melakukan perawatan mulut</p> <p>d. Semua benar</p>				
3	<p>Manfaat dari dilakukannya praktek perawatan mulut yang baik pada pasien penurunan kesadaran adalah...</p> <p>a. Meningkatkan nafsu makan dan rasa makanan menjadi lebih enak</p> <p>b. Menghindari mulut kering dan pecah- pecah yang dapat menjadi pintu masuk mikroorganisme penyebab infeksi</p> <p>c. Memperbaiki penampilan</p> <p>d. Gigi dan gusi sehat sehingga meningkatkan kesehatan secara keseluruhan</p>				
4	<p>Posisi yang tepat ketika melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah....</p> <p>a. Posisi tidur miring dengan kepala lebih rendah</p> <p>b. Posisi tidur terlentang kepala tegak lurus</p> <p>c. Posisi tidur miring dengan kepala lebih tinggi</p> <p>d. Posisi tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi</p>				
5	<p>Berikut yang bukan merupakan langkah- langkah menyikat gigi pasien dengan penurunan kesadaran, yaitu...</p> <p>a. Meletakkan perlak anti air dan handuk dibawah pipi</p>				

Lampiran 7: Indeks BOAS

Penilaian *Beck's Oral Assessment Scale* (BOAS)

Kategori	Skor			
	1	2	3	4
Bibir	Licin, lembab dan tidak retak	Merah, agak kering	Kering, bengkak, bintik kecil- kecil	Cairan dalam jaringan ikat (edematous), bintik yang meradang
Gusi dan mukosa	Licin, lembab dan tidak retak	Pucat, kering, luka (lesi) terisolasi	Bengkak. merah	Meradang, sangat kering dan edematous
Lidah	Licin, lembab dan tidak retak	Kering, benjol (papilla) yang terlihat	Kering, bengkak, merah dengan luka benjol (papilla)	Sangat kering, edematous, luka yang bengkak
Gigi	Bersih, tidak ada karang gigi	Hanya ada sedikit karang gigi	Ada agak banyak karang gigi	Penuh dengan karang gigi
Air liur	Ringan, segar dan melimpah	Bertambah jumlahnya	Tidak memadai dan agak padat	Sangat padat dan melengket
Total skor	Angka 5 tidak ada gangguan fungsi. Paling tidak setiap 12 jam perawatan mulut	Angka 6-10 Disfungsi ringan. Paling tidak setiap 8- 12 jam perawatan mulut	Angka 11-15 disfungsi tingkat sedang. Paling tidak setiap 8 jam perawatan mulut	Angka 16-20 disfungsi serius. Paling tidak setiap 4 jam perawatan mulut

Penjelasan :

- Angka 0–5 = Kerjakan penilaian oral sekali sehari. Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan dua kali sehari.
- Angka 6–10 = Lakukan penilaian oral dua kali sehari. Lembabkan bibir dan mukosa setiap 4 jam. Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan paling tidak dua kali sehari.
- Angka 11–15 = Kerjakan penilaian oral setiap 8-12 jam. Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan paling tidak setiap 8 jam. Pergunakan sikat gigi yang lembut. Lembabkan kedua bibir dan mukosa setiap 2 jam.
- Angka 16-20 = Lakukan penilaian oral dan prosedur perawatan mulut setiap 4 jam. Jika Anda tidak bisa menyikat gigi anda, pergunakan sebuah bantalan kain kasa yang dibungkus. Lembapkan kedua bibir dan mukosa setiap 1-2 jam (Beck, 1979).

**Lampiran 9 : Standar Operasional Prosedur Laboratorium Kesehatan Daerah
Ambon**

PROTAP PEWARNAAN GRAM

REAGEN :

- Gram A : Karbol Gentian Violet
- Gram B : Lugol
- Gram C : Alkohol 95%
- Gram D : Saframin (Air Fuchsin)

CARA PEWARNAAN :

- Sediaan yang sudah di fiksasi
- Letakkan di atas rak pewarnaan (sediaan menghadap ke atas)
- Tuangkan larutan gentian violet di atas sediaan, diamkan selama 1 menit
- Sediaan dicuci dengan air
- Tuangkan larutan lugol di atas sediaan, diamkan selama 1 menit
- Sediaan dicuci alcohol 95%, diamkan selama 1 menit hingga warna violet hilang
- Sediaan dicuci dengan air
- Tuangkan saframin (air fuchsin) selama 30 detik
- Sediaan dicuci dengan air kemudian keringkan
- Siap di mikroskopis

SOP PENGOPERASIAN MIKROSKOP

1. Persiapan

- Letakkan mikroskop pada permukaan yang stabil dan rata serta hindarkan dari sinar matahari secara langsung.
- Hubungkan steker dengan sumber listrik.
- Tekan saklar ke posisi ON

2. Cara Kerja

- Atur kekuatan lampu dengan memutar sekrup pengatur intensitas cahaya.
- Tempatkan preparat/ specimen yang akan diperiksa pada meja benda.
- Atur ketinggian meja benda/ meja preparat dengan memutar makrometer.
- Cari bagian dari objek glass yang terdapat preparat ulas (dicari dan perkirakan memiliki gambar yang jelas) dengan memutar sekrup vertikal dan horizontal.
- Putar revolving nosepiece pada perbesaran objektif 4x lalu putar sekrup kasar sehingga meja benda bergerak ke atas untuk mencari focus.
- Putar sekrup halus untuk mendapatkan gambar yang lebih terfokus.
- Pembesaran pembacaan mikroskop dapat diubah dengan cara memutar revolving nosepiece.
- Perjelas bayangan dengan mengatur kondensor pada posisi tertinggi (cahaya penuh).
- Tambahkan minyak emersi pada pembesaran 10x 100 untuk memperbesar indeks bias.
- Turunkan meja benda sampai maksimal, ambil preparat/ specimen dari meja benda, kemudian posisikan lensa objektif pada pembesaran 4x.
- Atur cahaya sampai minimal (sampai lampu mati).
- Tekan saklar ke posisi OFF.
- Cabut steker dari sumber listrik.
- Simpan mikroskop di tempat yang sejuk dan kering.

<p style="text-align: center;">BALAI LABORATORIUM KESEHATAN PROVINSI MALUKU</p>	PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI		
	<p style="text-align: center;">Nomor Dokumen: SA/V.P4.MIKRO/BLK-PROMAL</p>	<p style="text-align: center;">Nomor Revisi : 0</p>	<p style="text-align: center;">Halaman : 7/15</p>
<p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)</p>	<p style="text-align: center;">Tanggal Terbit : 29 Maret 2018</p>	<p style="text-align: center;">Ditetapkan oleh : Kepala Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi Maluku</p> <p style="text-align: center;"><u>Dr. Yohanis Parannuan, M.Si. MPH</u> Pembina Utama Madya Nip. 19600801 198803 1 019</p>	

IV. Pemeriksaan Kultur	
Alat dan Bahan	<p>Alat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkubator - Jarum ose - Rak pewarnaan - Rak tabung - Kaca objek - Lampu busmen - Pemantrik - Mikroskop - Petri disk - Spidol - Pensil - Pinset - Bio safety cabinet <p>Bahan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BHI Broth - BHI Agar - Mac Conkey Agar - Muller Hilton Agar - Nutrien Agar - Glukose - Lactose - Manitol

	<ul style="list-style-type: none"> - Maltose - Sucrose - SIM (Sulfur Indol Mortility) - SC (Simon Citrat) - TSI Agar - PAA - Lisin - ,alonat - Arginin - Sorbitol - Urea - NaCl - Disk obat - Standar kekeruhan - Reagen carbol Gentian Violet - Reagen lugol - Reagen air fuchsin - Alkohol 70% - Alkohol 96% - Kapas - Tissue - Pipet tetes - Kovacs - Ferri Chlorid 10% - HCL 10% - H₂O₂ 10% - Oil Imersi - Tissue alkohol - Eter alkohol - Spirtus <p>Sampel : Darah, Urine, Pus (Nanah), Feses, Sekret Vagina, Apusan Tenggorokan, Jaringan.</p>
<p>Instruksi Kerja</p>	<p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masukkan darah, urine, pus (nanah), feses, secret vagina, dan apusan tenggorokan kedalam media pertumbuhan BHI Broth inkubasi selama 1 x 24 jam; 2. Inokulasi media BHI Brothyang telah keruh ke media BHI Agar dan Mac Conkey inkubasi selama 1 x 24 jam; 3. Baca kolobi pada BHI Agar dan Mac Conkey; 4. Pilih koloni yang terpisah pada BHI Agar dan Mac Conkey Agar kemudian lakukan pengecatan gram;

- | | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">5. Periksa hasil pengecatan gram di bawah mikroskop dengan pembesaran 100x;6. Lanjutkan ke media gula- gula (Tes Biokimia) jika diperoleh bakteri batang dan lanjutkan ke Tes Katalase serta DNSe Tes dan MSA jika bakteri Coccus;7. Inkubasi media gula- gula / DNSe dan MSA selama 1 x 24 jam;8. Baca hasil tes gula- gula (Tes Biokimia)/ DNSe dan MSA;9. Jika diperlukan maka dilanjutkan dengan media gula- gula jika hasil DNSe Tes dan MSA positif;10. Identifikasi jenis bakteri sesuai ciri- cirinya (Point 5, 7, dan 10). |
|--|--|

Keterangan :

Identifikasi hasil berdasarkan :

- Bentuk, warna, dan ukuran pada media BHI Agar dan Mac Conkey Agar
- Hasil pengamatan pada mikroskop (bentuk bakteri)
- Hasil Tes Biokimia
- Tes lainnya: Katalase Tes, Oxidase Tes, DNSe Tes, MSA.

**Lampiran 8 : Standar Operasional Prosedur Rumah Sakit Dr. M. Haulussy
Ambon**

RSUD Dr. M. HAULUSSY AMBON	MEMBERSIHKAN MULUT		
	NOMOR DOKUMEN: 044/18/SOP/2018	NOMOR REVISI : 044/170/SOP/2018	HALAMAN : 1/2
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	TANGGAL TERBIT : 1 November 2016	DITETAPKAN OLEH : Direktur RSUD Dr. M. Haulussy Dr. Justini Pawa, M.Kes NIP. 19620623 198903 2 005	
PENGERTIAN	Suatu tindakan/ kegiatan bantuan pemeliharaan kebersihan mulut yang meliputi rongga mulut, lidah, bibir dan gigi pasien, yang dilakukan pada pasien dengan kesadaran menurun, pemasangan NGT, pemasangan oksigen, stomatitis yang berat, pasca operasi mulut dan pasien dengan patah tulang rahang.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan mulut dari kotoran dan bau mulut 2. Mencegah infeksi pada mulut dan kerusakan gigi 3. Memberikan perasaan nyaman pada pasien 4. Meningkatkan kepercayaan diri pasien 		
KEBIJAKAN			
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> a. Pengalas handuk kecil b. Sarung tangan bersih dan masker c. Gelas berisi air hangat d. Larutan pencuci mulut/ obat stomatitis sesuai permintaan dokter e. Sudip lidah/ spatel lidah yang telah dibungkus dengan kain kasa f. Kapas lidi/ depper/ kassa secukupnya g. Pinset anatomi/ arteri klem/ klem bulat h. Bengkok sedang untuk menyimpan sudip lidah, kassa dan pinset i. Kertas tissue secukupnya j. Kantong plastic 2. Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Ucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Jelaskan maksud dan tujuan c. Atur posisi sesuai kondisi pasien d. Pasang sampiran/ tirai, tutup pintu/ jendela bila perlu 		

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan b. Bawa peralatan ke dekat pasien c. Beritahu pasien d. Atur posisi pasien senyaman mungkin e. Bentangkan handuk dibawah dagu dan letakkan bengkok diatasnya f. Gunakan sarung tangan dan masker g. Buka mulut pasien/ minta bantuan pasien untuk membuka mulut dan menahan dengan sudip lidah h. Ambil depper/ kassa dengan pinset anatomi kemudian dibasahi dengan air hangat dicampurkan larutan pembersih mulut bila perlu i. Usap/ gosok secara perlahan mulai dari langit- langit dengan cara mengusap dari dalam ke luar, dan gigi bawah bagian dalam, atas dan bawah gigi bagian luar, dinding mulut kanan dan kiri, serta lidah. Ulangi dengan menggunakan kasa lain sampai kotoran dan bau mulut hilang. Kasa kotor buang dalam kantong plastic. j. Olesi obat stomatitis pada pasien dengan stomatitis k. Buka sarung tangan dan masker l. Rapiakan peralatan dan beri posisi senyaman mungkin m. Beritahu pasien bahwa tindakan telah selesai dan persilahkan pasien untuk beristirahan sebelum meninggalkan pasien n. Bawa kembali peralatan ke tempat semula o. Cuci tangan p. Dokumentasikan di rekam medic
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Rawat Inap 2. Ruang Rawat Khusus

RSUD Dr. M. HAULUSSY AMBON	MENYIKAT GIGI		
	NOMOR DOKUMEN: 044/19/SOP/2018	NOMOR REVISI : 044/171/SOP/2018	HALAMAN : 1/2
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	TANGGAL TERBIT : 1 November 2016	DITETAPKAN OLEH : Direktur RSUD Dr. M. Haulussy Dr. Justini Pawa, M.Kes NIP. 19620623 198903 2 005	
PENGERTIAN	Suatu tindakan/ kegiatan bantuan pemeliharaan kebersihan mulut dengan cara menyikat gigi yang dilksuksn pada pasien yang mampu berkumur dan kooperatif.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan mulut dari kotoran dan bau mulut 2. Mencegah infeksi pada mulut dan kerusakan gigi 3. Memberikan perasaan nyaman pada pasien 4. Meningkatkan kepercayaan diri pasien 		
KEBIJAKAN			
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> a. Pengalas handuk kecil b. Sarung tangan bersih dan masker c. Gelas berisi air hangat d. Sikat gigi dan pasta gigi (odol) e. Larutan pencuci mulut/ obat stomatitis sesuai permintaan dokter f. Bengkok sedang 2. Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan salam dan memperkenalkan diri b. Identifikasi pasien dengan benar dan validasi kondisi pasien c. Kontrak waktu d. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien dan keluarga e. Pasang atau menutup tirai jendela/ pintu kamar klien 3. Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan b. Bawa semua peralatan dengan menggunakan bak instrument ke dekat pasien sambil memberi salam c. Beritahu pasien bahwa tindakan segera dimulai d. Bantu pasien mengatur posisi fowler senyaman mungkin buat pasien dan buat petugas di dalam yang melakukan tugas ini 		

	<ul style="list-style-type: none"> e. Bentangkan handuk dibawah dagu dan pipi pasien serta meletakkan bengkok di atas handuk dibawah dagu pasien f. Gunakan sarung tangan dan masker g. Oleskan sedikit odol pada permukaan bulu sikat gigi yang sudah dibasahi h. Minta pasien untuk menyikat giginya sendiri dengan arahan dan petunjuk dari petugas, bila memungkinkan. Bila tidak memungkinkan maka minta pasien untuk berkumur dan membuka mulut kemudian membantu menggosokkan gigi dengan teknik dan cara yang baik dengan arah gosokan atas- bawah, dalam-luar sampai dirasa cukup. i. Bantupasien untuk berkumur/ membilas sisa- sisa busa odol, kemudian mengeringkan mulut dengan handuk, dan menyingkirkan bengkok jauh dari dagu pasien j. Buka sarung tangan dan masker k. Rapiakan peralatan dan atur posisi pasien senyaman mungkin l. Beritahu pasien bahwa tindakan telah selesai dan mempersilahkan pasien untuk beristirahat sebelum meninggalkan pasien m. Bawa kembali peralatan ke tempat semula (ruang penyimpanan) n. Cuci tangan o. Dokumentasikan pada rekam medic
UNIT TERKAIT	<ul style="list-style-type: none"> a. Ruang Rawat Inap b. Ruang Rawat Khusus

Lampiran 10: Surat Pengantar Kesiediaan Menjadi Panel Expert

Kepada :

Yth. Bapak/ Ibu

Di,-

Tempat

Dengan hormat,

Saya Endah Fitriasari, mahasiswa semester IV Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNHAS yang sedang dalam proses penyusunan tesis. Adapun judul tesis saya adalah “**Pengaruh Edukasi *Oral Care* pada Perawat Terhadap Kemampuan Identifikasi BOAS dan Penurunan Mikroorganisme Pathogen Oral pada Pasien Total Care di Rumah Sakit Dr. M Haulussy**”. Selanjutnya saya bermaksud meminta kesediaan Bapak/ Ibu ahli dalam bidang Keperawatan Dasar untuk menjadi *expert judgment* dan memberi penilaian serta masukan terhadap instrument penelitian yang akan saya gunakan.

Hasil penilaian dari Bapak/ Ibu, akan saya gunakan untuk menilai *Content Validity Index (CVI)* kuesioner mengenai tingkat pengetahuan perawat tentang *oral care* pada pasien dengan penurunan kesadaran.

Demikian surat permohonan ini, besar harapan saya semoga Bapak/ Ibu berkenan. Atas bantuan dan perhatian Bapak/ Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Makassar, 15 Mei 2019

Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes
Supervisor

Endah Fitriasari
NIM. C012171046

LETTER OF INTEREST

Saya yang bertandatangan dibawah ini, dengan ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi sebagai “**Expert Panelis**”.

Nama :
Umur :
Pendidikan terakhir :
Pengalaman Kerja dalam bidang keperawatan:(Tahun)
Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian ini, maka saya menyatakan **BERSEDIA/ TIDAK BERSEDIA** untuk berpartisipasi sebagai “**Expert Panelis**” dalam penelitian.

Nama Peneliti : Endah Fitriasaki
Judul Penelitian : Pengaruh Edukasi *Oral Care* pada Perawat terhadap Kemampuan Identifikasi BOAS dan Penurunan Mikroorganisme Pathogen Oral pada Pasien Total Care Di Rumah Sakit Dr. M Haulussy.

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Penanggung Jawab Penelitian :

Nama : Endah Fitriasaki
Alamat : Btn. Wesabbe Blok C55, Makassar
Email : endahfitriasaki1605@gmail.com
Tlp/Hp : 081240335634

**PENGEMBANGAN KUESIONER PENGETAHUAN PERAWAT
TENTANG ORAL CARE PADA PASIEN DENGAN PENURUNAN
KESADARAN**

No	Pertanyaan	Skor			
		1	2	3	4
1	<p>Pernyataan dibawah ini tepat untuk mendefinisikan perawatan mulut, kecuali</p> <p>a. Tindakan seseorang untuk merawat mulut dan giginya</p> <p>b. Tindakan perawatan mulut dan gigi dapat dilakukan secara mandiri</p> <p>c. Upaya seseorang untuk menghindari mulut dari bau mulut (halitosis)</p> <p>d. Upaya seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kebersihan mulut</p>				
2	<p>Penyebab mulut lebih cepat kering pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah....</p> <p>a. Pasien mendapatkan asupan cairan melalui mulut</p> <p>b. Pasien sering bernafas melalui mulut atau menerima terapi oksigen</p> <p>c. Keluarga dan perawat jarang melakukan perawatan mulut</p> <p>d. Semua benar</p>				
3	<p>Manfaat dari dilakukannya praktek perawatan mulut yang baik pada pasien penurunan kesadaran adalah...</p> <p>a. Meningkatkan nafsu makan dan rasa makanan menjadi lebih enak</p> <p>b. Menghindari mulut kering dan pecah- pecah yang dapat menjadi pintu masuk mikroorganisme penyebab infeksi</p> <p>c. Memperbaiki penampilan</p> <p>d. Gigi dan gusi sehat sehingga meningkatkan kesehatan secara keseluruhan</p>				
4	<p>Posisi yang tepat ketika melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah....</p> <p>a. Posisi tidur miring dengan kepala lebih rendah</p> <p>b. Posisi tidur terlentang sejajar</p> <p>c. Posisi tidur miring dengan kepala lebih tinggi</p> <p>d. Posisi tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi</p>				
5	<p>Berikut yang bukan merupakan langkah- langkah menyikat gigi pasien dengan penurunan kesadaran, yaitu...</p> <p>a. Meletakkan perlak anti air dan handuk dibawah pipi dan dagu pasien</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> b. Melembankan sikat gigi dan menggunakan sedikit pasta gigi c. Menggunakan tongue spatel untuk menahan agar mulut tetap terbuka d. Menyikat gigi dengan posisi bulu sikat pada 30⁰ ke garis gusi 				
6	<p>Untuk membersihkan bagian dari lidah pasien pada saat perawatan mulut menggunakan...</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sikat gigi b. Kassa c. Berkumur d. Scrapes lidah 				
7	<p>Alat yang digunakan untuk menahan agar mulut tetap terbuka saat melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah...</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lidi kapas b. Pinset anatomis c. Tongue spatel d. Sikat gigi 				
8	<p>Berikut merupakan fungsi dari penggunaan tongue spatel adalah..kecuali</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Membuka mulut b. Mekanisme reflex c. Menghindari jari tergigit d. Membersihkan sela- sela gigi 				
9	<p>Untuk membersihkan jaringan dalam rongga mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah dengan menggunakan...kecuali</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Busa penyeka b. Kassa c. Swab bersih d. Tissue 				
10	<p>Berikut merupakan alasan yang rasional posisi miring dengan kepala lebih rendah pada saat melakukan perawatan mulut pasien dengan penurunan kesadaran, kecuali...</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Saliva akan otomatis keluar akibat gravitasi b. Cairan akan menggenang pada satu sisi mulut c. Mulut pasien akan lebih mudah dibuka ketika posisi miring d. Menghindari terjadinya aspirasi 				

Keterangan

Sangat Tidak Relevan (STR) : 1

Tidak Relevan (TR) : 2

Relevan (R) : 3

Sangat Relevan (SR) : 4

Makassar, Mei 2019

()

Lampiran 11 : Hasil Uji CVI Judgement Expert

PENGEMBANGAN KUESIONER PENGETAHUAN PERAWAT

TENTANG ORAL CARE PADA PASIEN DENGAN PENURUNAN KESADARAN

No	Pertanyaan	Ahli			Jumlah nomor yang disetujui	Item CVI
		1	2	3		
1	Pernyataan dibawah ini paling tepat untuk mendefinisikan perawatan mulut adalah a. Upaya seseorang untuk memeningkatkan kenyamanan mulut b. Tindakan perawatan mulut dan gigi secara teratur c. Upaya seseorang untuk menghindari mulut dari bau mulut (halitosis) d. Upaya seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kebersihan mulut	4	4	4	3	1
2	Penyebab mulut lebih cepat kering pada pasien penurunan kesadaran adalah.... a. Pasien mendapatkan asupan cairan melalui mulut b. Pasien sering bernafas melalui mulut c. Perawat jarang melakukan perawatan mulut d. Pasien tidak menerima terapi oksigen	4	4	4	3	1
3	Manfaat dilakukannya perawatan mulut yang baik pada pasien penurunan kesadaran adalah... a. Meningkatkan nafsu makan b. Menghindari mulut kering dan pecah- pecah c. Memperbaiki penampilan d. Meningkatkan kesehatan secara keseluruhan	3	4	4	3	0.92
4	Posisi pasien yang tepat saat melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah.... a. Posisi tidur miring dengan kepala lebih rendah b. Posisi tidur terlentang sejajar c. Posisi tidur miring dengan kepala lebih tinggi d. Posisi tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi	4	4	3	3	0,92
5	Berikut ini merupakan langkah- langkah menyikat gigi pasien dengan penurunan kesadaran, kecuali... a. Meletakkan perlak anti air dan handuk dibawah pipi dan dagu pasien b. Melembabkan sikat gigi dan menggunakan sedikit pasta gigi c. Menggunakan <i>bite blok</i> untuk menahan agar mulut tetap terbuka d. Menyikat gigi dengan posisi bulu sikat pada 30 ⁰ ke garis gusi	3	3	4	3	0.83
6	Cara yang paling tepat untuk membersihkan bagian dari lidah saat perawatan mulut yaitu menggunakan... a. Sikat gigi b. Kassa c. Berkumur	4	4	4	3	1

	d. Scrapes lidah					
7	Alat yang digunakan untuk menahan agar mulut tetap terbuka saat melakukan perawatan mulut pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah... a. Lidi kapas b. Pinset anatomis c. <i>Bite blok</i> d. Sikat gigi	4	4	4	4	1
8	Fungsi dari penggunaan spatel lidah pada pasien tidak sadar, kecuali..... a. Membuka mulut b. Mekanisme reflex c. Menghindari jari tergitit d. Membersihkan sela- sela gigi	4	3	4	3	0,92
9	Bahan yang paling tepat digunakan untuk membersihkan jaringan dalam rongga mulut pada pasien penurunan kesadaran adalah..... a. Swab busa b. Kassa c. Deppers d. Tissue	3	4	3	3	0,83
10	Tujuan posisi miring dengan kepala lebih rendah saat melakukan perawatan mulut pasien dengan penurunan kesadaran, kecuali... a. Saliva akan otomatis keluar akibat gravitasi b. Cairan akan menggenang pada satu sisi mulut c. Mulut pasien akan lebih mudah dibuka d. Menghindari terjadinya aspirasi	4	3	3	3	0,83
11	Pengkajian awal yang harus dilakukan sebelum melakukan perawatan mulut pada pasien penurunan kesadaran adalah... a. Pengkajian reflek gag b. Pengkajian kenyamanan mulut c. Pengkajian nyeri d. Pengkajian vital sign	3	4	4	3	0,92
12	Perawat harus menghentikan tindakan perawatan mulut pada pasien tidak sadar, ketika... a. Pasien tidak mau membuka mulut b. Pasien sesak nafas c. Pasien dan keluarga menolak d. Pasien menangis	4	4	4	3	1

Keterangan :

✓ Skor CVI $\geq 0,80$ menunjukkan validitas konten yang sangat baik

Lampiran 12 : Output Uji Validitas dan Reliabilitas

Descriptives

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Jenis Kelamin	50	1	2	1,88	,328
Usia Responden	50	22	45	31,70	5,585
Pendidikan Terakhir	50	2	4	2,14	,495
Lama Bekerja	50	1	5	1,98	1,040
Valid N (listwise)	50				

Frequencies

		Statistics			
		Jenis Kelamin	Usia Responden	Pendidikan Terakhir	Lama Bekerja
N	Valid	50	50	50	50
	Missing	0	0	0	0
Mean		1,88	31,70	2,14	1,98
Std. Error of Mean		,046	,790	,070	,147
Median		2,00	30,50	2,00	2,00
Std. Deviation		,328	5,585	,495	1,040
Range		1	23	2	4
Minimum		1	22	2	1
Maximum		2	45	4	5

Frequency Table

		Jenis Kelamin			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Laki- Laki	6	12,0	12,0	12,0
	Perempuan	44	88,0	88,0	
	Total	50	100,0	100,0	

		Usia Responden			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	22	1	2,0	2,0	2,0
	23	2	4,0	4,0	6,0
	24	1	2,0	2,0	8,0
	25	1	2,0	2,0	10,0
	26	3	6,0	6,0	16,0
	27	4	8,0	8,0	24,0
	28	7	14,0	14,0	38,0
	29	2	4,0	4,0	42,0
	30	4	8,0	8,0	50,0
	31	2	4,0	4,0	54,0
	32	3	6,0	6,0	60,0

34	3	6,0	6,0	66,0
35	3	6,0	6,0	72,0
36	4	8,0	8,0	80,0
37	2	4,0	4,0	84,0
38	1	2,0	2,0	86,0
39	3	6,0	6,0	92,0
40	2	4,0	4,0	96,0
45	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	46	92,0	92,0	92,0
	S1	1	2,0	2,0	94,0
	NERS	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Lama Bekerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 - 5 tahun	20	40,0	40,0	40,0
	6 - 10 tahun	16	32,0	32,0	72,0
	11 - 15 tahun	11	22,0	22,0	94,0
	16 - 20 tahun	1	2,0	2,0	96,0
	21 - 25 tahun	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Correlations

CORRELATIONS

/VARIABLES=P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12 TOTAL

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

		Correlations												Total
		P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	Total
P 1	Pearson Correlation	1	,311*	,194	-,202	-,052	,140	,354*	-,076	,150	-,052	,204	,311*	,295*
	Sig. (2-tailed)		,028	,177	,160	,718	,331	,012	,598	,298	,718	,155	,028	,037
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 2	Pearson Correlation	,311*	1	,089	-,154	-,073	,174	,192	-,109	,221	-,073	,102	1,000*	,333*
	Sig. (2-tailed)	,028		,541	,287	,616	,227	,182	,451	,124	,616	,480	,000	,018
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 3	Pearson Correlation	,194	,089	1	-,036	-,089	,204	-,029	-,039	,203	-,089	,992**	,089	,440**
	Sig. (2-tailed)	,177	,541		,805	,539	,156	,844	,786	,158	,539	,000	,541	,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 4	Pearson Correlation	-,202	-,154	-,036	1	,481**	,120	,029	,448**	,095	,481**	-,024	-,154	,445**
	Sig. (2-tailed)	,160	,287	,805		,000	,407	,839	,001	,513	,000	,867	,287	,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 5	Pearson Correlation	-,052	-,073	-,089	,481**	1	,139	,080	,931**	,109	1,000*	-,065	-,073	,678**
	Sig. (2-tailed)	,718	,616	,539	,000		,334	,581	,000	,451	,000	,655	,616	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 6	Pearson Correlation	,140	,174	,204	,120	,139	1	,283*	,163	,987**	,139	,198	,174	,586**
	Sig. (2-tailed)	,331	,227	,156	,407	,334		,046	,258	,000	,334	,169	,227	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 7	Pearson Correlation	,354*	,192	-,029	,029	,080	,283*	1	,057	,247	,080	-,021	,192	,310*
	Sig. (2-tailed)	,012	,182	,844	,839	,581	,046		,694	,084	,581	,886	,182	,029
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 8	Pearson Correlation	-,076	-,109	-,039	,448**	,931**	,163	,057	1	,134	,931**	-,063	-,109	,659**
	Sig. (2-tailed)	,598	,451	,786	,001	,000	,258	,694		,355	,000	,664	,451	,000

	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 9	Pearson Correlation	,150	,221	,203	,095	,109	,987**	,247	,134	1	,109	,196	,221	,572**
	Sig. (2-tailed)	,298	,124	,158	,513	,451	,000	,084	,355		,451	,172	,124	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 10	Pearson Correlation	-,052	-,073	-,089	,481**	1,000*	,139	,080	,931**	,109	1	-,065	-,073	,678**
	Sig. (2-tailed)	,718	,616	,539	,000	,000	,334	,581	,000	,451		,655	,616	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 11	Pearson Correlation	,204	,102	,992**	-,024	-,065	,198	-,021	-,063	,196	-,065	1	,102	,451**
	Sig. (2-tailed)	,155	,480	,000	,867	,655	,169	,886	,664	,172	,655		,480	,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
P 12	Pearson Correlation	,311*	1,000*	,089	-,154	-,073	,174	,192	-,109	,221	-,073	,102	1	,333*
	Sig. (2-tailed)	,028	,000	,541	,287	,616	,227	,182	,451	,124	,616	,480		,018
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Total	Pearson Correlation	,295*	,333*	,440**	,445**	,678**	,586**	,310*	,659**	,572**	,678**	,451**	,333*	1
	Sig. (2-tailed)	,037	,018	,001	,001	,000	,000	,029	,000	,000	,000	,001	,018	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Scale: ALL VARIABLES

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	50	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,719	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pertanyaan 1	3,64	,802	50
Pertanyaan 2	2,50	,735	50
Pertanyaan 3	2,02	1,097	50
Pertanyaan 4	2,26	1,175	50
Pertanyaan 5	2,48	1,147	50
Pertanyaan 6	2,38	,878	50
Pertanyaan 7	2,78	,507	50
Pertanyaan 8	2,42	1,144	50
Pertanyaan 9	2,40	,881	50
Pertanyaan 10	2,48	1,147	50
Pertanyaan 11	2,04	1,087	50
Pertanyaan 12	2,50	,735	50
Total	29,90	5,708	50

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan 1	56,16	125,566	,229	,716
Pertanyaan 2	57,30	125,276	,274	,714
Pertanyaan 3	57,78	120,502	,358	,705
Pertanyaan 4	57,54	119,764	,357	,704
Pertanyaan 5	57,32	113,896	,617	,684
Pertanyaan 6	57,42	119,351	,532	,697
Pertanyaan 7	57,02	127,000	,269	,717
Pertanyaan 8	57,38	114,404	,597	,686
Pertanyaan 9	57,40	119,592	,517	,698
Pertanyaan 10	57,32	113,896	,617	,684
Pertanyaan 11	57,76	120,309	,370	,704
Pertanyaan 12	57,30	125,276	,274	,714
Total	29,90	32,582	1,000	,715

8				9				10				11				12				TOTAL SKOR	TOTAL ITEM			
A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D					
v				1	1			v				1	2					v			1	3	15	32
			v	2	4			v				1	2					v			1	3	17	34
			v	2	4			v				1	2					v			2	2	19	31
			v	2	4			v				1	4					v			1	3	17	45
			v	2	4			v				1	2					v			2	2	18	37
			v	2	4			v				1	2					v			2	2	19	32
v				1	1			v				1	2	v				v			2	2	16	19
	v			1	2			v				1	4	v				v			1	2	16	34
v				1	1			v				1	2	v				v			1	3	14	31
	v			1	2			v				1	2	v				v			1	3	16	27
			v	2	4			v				1	2					v			1	3	17	34
v				1	1			v				1	3	v				v			1	4	16	27
v				1	1			v				1	2	v				v			1	3	16	25
			v	1	4			v				1	2					v			2	2	17	31
			v	1	4			v				1	2					v			2	2	17	31
	v			1	2			v				1	2					v			1	3	15	30
		v		1	3			v				1	4					v			1	3	18	33
	v			1	2			v				1	4					v			1	4	16	38
		v		1	3			v				1	4					v			2	2	18	39
v				1	1			v				1	2	v				v			1	3	15	29
v				1	1			v				1	4	v				v			1	4	16	29
			v	2	4			v				1	2					v			2	2	19	35
			v	2	4			v				1	4					v			1	3	18	40
v				1	1		v					2	1	v				v			2	2	19	19
	v			1	2			v				1	2	v				v			2	2	17	26
v				1	1			v				1	2	v				v			1	3	15	27
	v			1	2			v				1	2	v				v			1	4	15	34
v				1	1			v				1	1	v				v			2	2	18	23
			v	2	4			v				1	2					v			2	2	18	37
	v			1	2			v				1	4					v			1	3	16	32
v				1	1			v				1	2	v				v			2	2	18	23
			v	2	4			v				1	2					v			2	2	16	28
v				1	2			v				1	2	v				v			2	2	16	32
	v			1	2			v				1	2	v				v			1	3	15	31
	v			1	2			v				1	2	v				v			2	2	18	24
		v		1	3			v				2	3	v				v			2	2	19	29
			v	2	4			v				1	4	v				v			2	2	20	36
v				1	2			v				1	2	v				v			2	2	16	21
	v			1	2			v				1	2	v				v			2	2	16	27
			v	2	4			v				1	2					v			1	3	15	33
	v			1	2			v				1	2	v				v			1	3	16	28
	v			1	2			v				1	2	v				v			2	2	18	24
	v			1	2			v				1	2	v				v			1	3	16	26
	v			1	2			v				1	2	v				v			1	3	16	26
		v		1	3			v				2	3	v				v			1	3	16	30
	v			1	2			v				1	2	v				v			1	3	16	28
		v		1	3			v				2	3	v				v			1	3	17	36
			v	2	4			v				2	1					v			1	1	14	30
	v			1	2			v				1	3					v			1	1	13	26
v				1	1		v					2	1	v				v			1	1	14	16

TABEL DATA UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

NoRes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
1	4	3	1	3	4	2	3	1	2	4	2	3	32
2	4	3	1	3	4	2	3	4	2	4	1	3	34
3	4	2	1	2	4	2	3	4	2	4	1	2	31
4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	45
5	4	2	3	4	4	2	3	4	2	4	3	2	37
6	4	2	1	3	4	2	3	4	2	4	1	2	32
7	1	2	1	3	1	2	2	1	2	1	1	2	19
8	4	3	2	3	2	4	3	2	4	2	2	3	34
9	4	3	4	3	1	2	3	1	2	1	4	3	31
10	4	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	27
11	4	3	1	3	4	2	3	4	2	4	1	3	34
12	4	4	2	1	1	2	2	1	3	1	2	4	27
13	4	3	2	1	1	2	3	1	2	1	2	3	25
14	2	2	1	4	4	2	3	4	2	4	1	2	31
15	2	2	1	4	4	2	3	4	2	4	1	2	31
16	4	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	30
17	4	3	1	1	3	4	3	3	4	3	1	3	33
18	4	4	4	1	2	4	3	2	4	2	4	4	38
19	4	2	4	3	3	4	3	3	4	3	4	2	39
20	4	3	4	1	1	2	3	1	2	1	4	3	29
21	4	1	4	1	1	4	3	1	4	1	4	1	29
22	4	2	2	4	4	2	3	4	2	4	2	2	35
23	4	3	3	1	4	4	3	4	4	4	3	3	40
24	4	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	19
25	4	2	1	3	2	2	3	2	2	2	1	2	26
26	4	3	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	27
27	4	4	4	1	2	2	3	2	2	2	4	4	34
28	4	2	2	1	1	2	3	1	2	1	2	2	23
29	4	2	3	4	4	2	3	4	2	4	3	2	37
30	4	3	1	3	2	4	3	2	4	2	1	3	32
31	4	2	2	1	1	2	3	1	2	1	2	2	23
32	4	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	3	28
33	4	2	4	3	2	2	3	2	2	2	4	2	32
34	4	3	2	4	2	2	3	2	2	2	2	3	31
35	4	2	1	1	2	2	3	2	2	2	1	2	24
36	4	2	2	1	3	2	3	3	2	3	2	2	29
37	4	2	1	3	4	4	3	4	4	4	1	2	36
38	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	21
39	1	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	27
40	2	3	2	3	4	2	2	4	2	4	2	3	33
41	4	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2	3	28
42	4	2	1	1	2	2	3	2	2	2	1	2	24
43	4	3	1	1	2	2	3	2	2	2	1	3	26
44	4	3	1	1	2	2	3	2	2	2	1	3	26
45	3	3	2	1	3	2	3	3	2	3	2	3	30
46	4	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2	3	28
47	4	3	1	4	3	4	3	3	4	3	1	3	36
48	3	1	4	2	4	1	1	4	1	4	4	1	30
49	3	1	2	3	2	3	2	2	3	2	2	1	26
50	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	16
	173	122	94	106	117	114	134	114	115	117	95	122	

Lampiran 16 : Master Tabel Hasil Penelitian

MASTER TABEL HASIL PENELITIAN

No	No Resp.	Inisial	Umur	JK	Pendidikan	Lama Kerja	Ruang	PENGETAHUAN		KETERAMPILAN		Penilaian BOAS		Mikroorganisme			
								PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	Jenis		Jumlah	
														PRE	POST	PRE	POST
1	N1	LT	35	P	Ners	9	ICU	7	12	9	23	6	5	<i>Staphylococcus Aureus</i>	<i>Staphylococcus Aureus</i>	1.27	0.13
2	N2	SBT	30	P	D3	9	NEURO	6	10	7	22	9	7	<i>Enterobacter Aurogenes</i>	<i>Enterobacter Aurogenes</i>	107.033	1.87
3	N3	SU	43	P	D3	20	ICU	6	12	9	23	7	6	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	5.746	1.08
4	N4	GU	39	P	Ners	18	NEURO	5	10	7	23	10	7	<i>Candida sp.</i>	<i>Candida sp.</i>	2142.053	17.741
5	N5	ML	55	P	D3	32	NEURO	5	9	7	23	9	8	<i>Staphylococcus Aureus</i>	<i>Staphylococcus Aureus</i>	943.21	8.47
6	N6	Mz	29	P	D3	5	ICU	2	10	9	23	7	5	<i>Enterobacter Aurogenes</i>	<i>Enterobacter Aurogenes</i>	1.006	0.07
7	N7	MO	34	P	S1	10	NEURO	2	9	8	23	8	6	<i>Streptococcus sp.</i>	<i>Streptococcus sp.</i>	101.1	0.89
8	N8	ON	52	P	D3	28	ICU	2	10	9	23	8	7	<i>Fusobacterium</i>	<i>Fusobacterium</i>	21.99	9.78
9	N9	UN	29	P	D3	5	NEURO	3	10	8	23	9	8	<i>Klebsiella spp</i>	<i>Klebsiella spp</i>	134.15	39.05
10	N10	SH	42	P	S1	16	ICU	4	9	10	23	7	6	<i>Lactobacillus spp</i>	<i>Lactobacillus spp</i>	3.09	1.91
11	N11	MT	32	P	D3	7	NEURO	4	12	9	23	7	6	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	2.56	0.95
12	N12	MS	50	P	D3	30	NEURO	4	11	10	23	7	6	<i>Staphylococcus Aureus</i>	<i>Staphylococcus Aureus</i>	2.065	1.03
13	N13	NT	32	P	D3	10	NEURO	4	10	8	23	7	5	<i>Candida sp.</i>	<i>Candida sp.</i>	1.036	0.097
14	N14	IS	34	P	D3	13	NEURO	3	11	8	23	7	6	<i>Fusobacterium</i>	<i>Fusobacterium</i>	2.53	1.73
15	N15	ML	35	P	D3	9	NEURO	2	10	9	23	8	7	<i>Citrobacter sp</i>	<i>Citrobacter sp</i>	13.09	5.08

Lampiran 15 : Output SPSS Study Utama

Frequencies

		Statistics	
		Jenis Kelamin Perawat	Pendidikan Terakhir
N	Valid	15	15
	Missing	0	0
Mean		2,00	2,40
Median		2,00	2,00
Std. Deviation		,000	,737
Minimum		2	2
Maximum		2	4
Sum		30	36
Percentiles	25	2,00	2,00
	50	2,00	2,00
	75	2,00	3,00

Frequency Table

		Jenis Kelamin Perawat			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	15	100,0	100,0	100,0

		Pendidikan Terakhir			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	11	73,3	73,3	73,3
	S1	2	13,3	13,3	86,7
	NERS	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Distribusi normal

Explore

Case Processing Summary							
	N	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Selisih Pengetahuan	15	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Selisih Keterampilan	15	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Selisih Skor BOAS	15	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Selisih Mikroorganisme	15	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%

		Descriptives		
		Statistic	Std. Error	
Selisih Pengetahuan	Mean	6,40	,388	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,57	
		Upper Bound	7,23	
	5% Trimmed Mean		6,44	
	Median		7,00	
	Variance		2,257	
	Std. Deviation		1,502	
	Minimum		4	
	Maximum		8	
	Range		4	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		-,362	,588

Selisih Keterampilan	Kurtosis		-1,373	1,121	
	Mean		14,47	,236	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		13,96	
		Upper Bound		14,97	
	5% Trimmed Mean		14,46		
	Median		14,00		
	Variance		,838		
	Std. Deviation		,915		
	Minimum		13		
	Maximum		16		
	Range		3		
	Interquartile Range		1		
	Skewness		,113	,580	
	Kurtosis		-,484	1,121	
Selisih Skor BOAS	Mean		1,40	,163	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		1,05	
		Upper Bound		1,75	
	5% Trimmed Mean		1,33		
	Median		1,00		
	Variance		,400		
	Std. Deviation		,632		
	Minimum		1		
	Maximum		3		
	Range		2		
	Interquartile Range		1		
	Skewness		1,407	,580	
	Kurtosis		1,264	1,121	
	Selisih Mikroorganisme	Mean		225736,73	148824,719
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound		-93460,54	
		Upper Bound		544934,01	
5% Trimmed Mean			132756,81		
Median			4666,00		
Variance			332231955200,000		
Std. Deviation			576395,659		
Minimum			800		
Maximum			2124312		
Range			2123512		
Interquartile Range			98128		
Skewness			3,049	,580	
Kurtosis			9,443	1,121	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Selisih Pengetahuan	,190	15	,151	,866	15	,030
Selisih Keterampilan	,228	15	,034	,896	15	,082
Selisih Skor BOAS	,403	15	,000	,667	15	,000
Selisih Mikroorganisme	,453	15	,000	,458	15	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Transform data

Explore

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
log_selpengetahuan	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
log_selBOAS	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
log_selMikroorganisme	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
log_selpengetahuan	Mean	,7939	,02834
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,7331
		Upper Bound	,8546
	5% Trimmed Mean	,7985	
	Median	,8451	
	Variance	,012	
	Std. Deviation	,10974	
	Minimum	,60	
	Maximum	,90	
	Range	,30	
	Interquartile Range	,20	
	Skewness	-,609	,580
	Kurtosis	-,979	1,121
log_selBOAS	Mean	,1121	,04374
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,0183
		Upper Bound	,2059
	5% Trimmed Mean	,0980	
	Median	,0000	
	Variance	,029	
	Std. Deviation	,16939	
	Minimum	,00	
	Maximum	,48	
	Range	,48	
	Interquartile Range	,30	
	Skewness	1,044	,580
	Kurtosis	-,508	1,121
log_selMikroorganisme	Mean	4,0087	,30114
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,3628
		Upper Bound	4,6546
	5% Trimmed Mean	3,9413	
	Median	3,6689	
	Variance	1,360	
	Std. Deviation	1,16629	
	Minimum	2,90	
	Maximum	6,33	
	Range	3,42	
	Interquartile Range	1,98	
	Skewness	,835	,580
	Kurtosis	-,603	1,121

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
log_selpengetahuan	,213	15	,066	,858	15	,022
log_selBOAS	,413	15	,000	,667	15	,000
log_selMikroorganisme	,221	15	,047	,846	15	,015

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Wilcoxon

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Post Intervensi - Pengetahuan Pre Intervensi	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	15 ^b	8,00	120,00
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
Skor BOAS Post Intervensi - Skor BOAS Pre Intervensi	Negative Ranks	15 ^d	8,00	120,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	0 ^f		
	Total	15		
Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi - Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi	Negative Ranks	15 ^g	8,00	120,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	15		

a. Pengetahuan Post Intervensi < Pengetahuan Pre Intervensi

b. Pengetahuan Post Intervensi > Pengetahuan Pre Intervensi

c. Pengetahuan Post Intervensi = Pengetahuan Pre Intervensi

d. Skor BOAS Post Intervensi < Skor BOAS Pre Intervensi

e. Skor BOAS Post Intervensi > Skor BOAS Pre Intervensi

f. Skor BOAS Post Intervensi = Skor BOAS Pre Intervensi

g. Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi < Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi

h. Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi > Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi

i. Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi = Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi

Test Statistics^a

	Pengetahuan Post Intervensi - Pengetahuan Pre Intervensi	Skor BOAS Post Intervensi - Skor BOAS Pre Intervensi	Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi - Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi
Z	-3,429 ^b	-3,535 ^c	-3,408 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,000	,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Uji t tes berpasangan

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Keterampilan Pre Intervensi	8,47	15	,990	,256
	Keterampilan Post Intervensi	22,93	15	,258	,067

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Keterampilan Pre Intervensi & Keterampilan Post Intervensi	15	,410	,129

Paired Samples Test

		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Keterampilan Pre Intervensi - Keterampilan Post Intervensi	-14,467	,915	,236	-14,974	-13,960	-61,202	14	,000

Explore

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan Pre Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Pengetahuan Post Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Keterampilan Pre Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Keterampilan Post Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Skor BOAS Pre Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Skor BOAS Post Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Pengetahuan Pre Intervensi	Mean	3,93	,419	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,03	
		Upper Bound	4,83	
	5% Trimmed Mean	3,87		
	Median	4,00		
	Variance	2,638		
	Std. Deviation	1,624		
	Minimum	2		
	Maximum	7		
	Range	5		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	,354	,580	
	Kurtosis	-,849	1,121	
Pengetahuan Post Intervensi	Mean	10,33	,270	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9,75	
		Upper Bound	10,91	
	5% Trimmed Mean	10,31		
	Median	10,00		
	Variance	1,095		
	Std. Deviation	1,047		
	Minimum	9		
	Maximum	12		
	Range	3		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	,511	,580	
	Kurtosis	-,736	1,121	
Keterampilan Pre Intervensi	Mean	8,47	,256	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,92	
		Upper Bound	9,02	
	5% Trimmed Mean	8,46		
	Median	9,00		
	Variance	,981		
	Std. Deviation	,990		
	Minimum	7		
	Maximum	10		
	Range	3		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-,149	,580	
	Kurtosis	-,844	1,121	
Keterampilan Post Intervensi	Mean	22,93	,067	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22,79	
		Upper Bound	23,08	
	5% Trimmed Mean	22,98		
Median	23,00			

	Variance		,067	
	Std. Deviation		,258	
	Minimum		22	
	Maximum		23	
	Range		1	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		-3,873	,580
	Kurtosis		15,000	1,121
Skor BOAS Pre Intervensi	Mean		7,73	,284
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,12	
		Upper Bound	8,34	
	5% Trimmed Mean		7,70	
	Median		7,00	
	Variance		1,210	
	Std. Deviation		1,100	
	Minimum		6	
	Maximum		10	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,609	,580
	Kurtosis		-,375	1,121
	Skor BOAS Post Intervensi	Mean		6,33
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	5,79	
		Upper Bound	6,87	
5% Trimmed Mean			6,31	
Median			6,00	
Variance			,952	
Std. Deviation			,976	
Minimum			5	
Maximum			8	
Range			3	
Interquartile Range			1	
Skewness			,276	,580
Kurtosis			-,646	1,121
Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi		Mean		232128,60
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-89084,22	
		Upper Bound	553341,42	
	5% Trimmed Mean		138861,83	
	Median		5746,00	
	Variance		336440910000,000	
	Std. Deviation		580035,266	
	Minimum		1006	
	Maximum		2142053	
	Range		2141047	
	Interquartile Range		104968	
	Skewness		3,043	,580
	Kurtosis		9,424	1,121
	Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi	Mean		5991,87
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	243,66	
		Upper Bound	11740,07	
5% Trimmed Mean			4484,30	
Median			1730,00	
Variance			107742521,300	
Std. Deviation			10379,910	
Minimum			70	
Maximum			39050	
Range			38980	
Interquartile Range			7580	
Skewness			2,689	,580
Kurtosis			7,786	1,121

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan Pre Intervensi	,150	15	,200*	,916	15	,169
Pengetahuan Post Intervensi	,292	15	,001	,849	15	,017
Keterampilan Pre Intervensi	,238	15	,022	,887	15	,061
Keterampilan Post Intervensi	,535	15	,000	,284	15	,000
Skor BOAS Pre Intervensi	,281	15	,002	,881	15	,049
Skor BOAS Post Intervensi	,234	15	,027	,891	15	,070
Jumlah Mikroorganisme Pre Intervensi	,434	15	,000	,467	15	,000
Jumlah Mikroorganisme Post Intervensi	,320	15	,000	,613	15	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction