

SKRIPSI

PENGARUH ORAL HYGIENE TERHADAP PENCEGAHAN MONILIASIS PADA BAYI YANG BERESIKO

PENELITIAN *PRA EXPERIMENTAL*

DI RUANG NICU RSUD Dr. SOEDONO MADIUN

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

ERNA WATI

NIM : 010830383 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2010

SKRIPSI

PENGARUH ORAL HYGIENE TERHADAP PEMERIKSAAN
MONILIASIS PADA BAYI YANG MERENDOK

RESEARCH REPORT

DI RUANG RIGID OF SODONIC MEDIUM

Disusun dan dipaparkan oleh: *[Name]*
Kelas: *[Class]*
Fakultas: *[Faculty]*



NYAI AYI

NO : 0000000000

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

PERAYA

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 01 Februari 2010

Yang Menyatakan



Erna Wati

NIM: 010830383 B

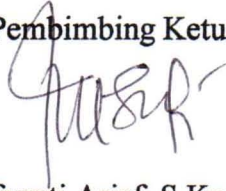
LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 01 FEBRUARI 2010

Oleh

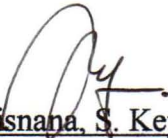
Pembimbing Ketua



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M. Kes

NIP: 132 295 670

Pembimbing



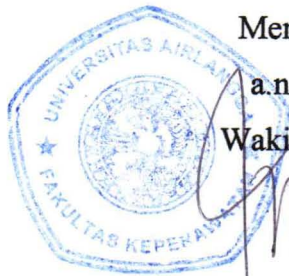
Ilya Krisnana, S. Kep., Ns

NIK: 139 080 792

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M. Kes

NIP: 132 295 670



PENETAPAN

Telah diuji

Pada tanggal, 05 Februari 2010

PANITIA PENGUJI

Ketua : Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 132 320 711

(.....)

Anggota : 1. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 132 295 670

(.....)

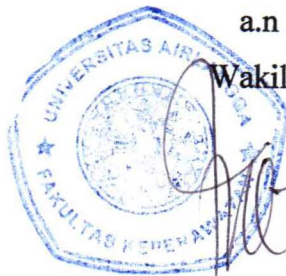
2. Ilya Krisnana, S.Kep., Ns
NIP. 139 080 792

(.....)

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M. Kes

NIP: 132 295 670



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan proposal dengan judul **"PENGARUH ORAL HYGIENE TERHADAP PENCEGAHAN MONILIASIS PADA BAYI YANG BERESIKO"**. Proposal ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada program studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. Nursalam, M. Nurs(Hons) selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan dan selaku pembimbing ketua yang telah banyak membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan proposal ini.
3. Direktur RSUD Dr Soedono Madiun beserta staf yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan dan telah memberikan ijin serta tempat untuk melaksanakan penelitian

4. Kepala ruang NICU beserta staf RSUD Dr.Soedono Madiun yang telah bekerjasama selama penelitian.
5. Ilya Krisnana S.Kep.,Ns selaku pembimbing yang telah banyak memberi masukan dan arahan dalam penyusunan proposal ini.
6. Suami dan Anakku tercinta yang senantiasa memberikan dorongan baik moril maupun materiil kepada peneliti.
7. Teman teman sejawat di Ruang NICU RSUD Dr.Soedono Madiun yang telah membantu kelancaran peneliti.
8. Sahabat dan orang terbaikku dengan tulus senantiasa memotivasi, menemani, membantu kelancaran dalam pembuatan penelitian ini.
9. Serta pihak pihak lain yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti baik arahan,dorongan dan sebagainya.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan,dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan proposal ini. Kami sadari bahwa proposal ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap proposal ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, November 2009

Penulis

ABSTARCT
THE EFFECT OF ORAL HYGIENE ON PREVENTING MONILIASIS IN
INFANTS WITH RISKS

A Pra Eksperimental Study
By : Erna Wati

Moniliasis is mouth cavity disease that characterized by white spot, especially inside part of the cheeks, soft palatume, the tongue and gums. The infant who have risk to get the moniliasis were premature baby, low birth weight, baby with infection risk (premature rupture of the membrane, severe pre eclamsia). This moniliasis infection could happen caused by bad oral hygiene.

This research used pre experimental design by using post test only. The sum of the sample are 32 respondens taken by purposive sampling technique. The independent variable of thie study is oral hygiene and the dependent variable of this research is moniliasis. The data was collected by observation and statistically analyzed using Mann Whitney U Test by significant level $p \leq 0,05$.

The result of Mann Whitney U Test is $p = 0,000$. from the result it was indicated that there is an effect of oral hygiene on preventing oral moniliasis.

It can concluded that by doing oral hygiene we can prevent oral moniliasis. The further research about many kind of infections on oral caity which correlated with nursing implementation oral hygiene was recommended.

Key word : oral hygiene, moniliasis, breast milk.



DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|-----------|
| Halaman Judul dan Prasyarat Gelar | i |
| Surat Pernyataan | ii |
| Lembar Persetujuan | iii |
| Lembar Penetapan Panitia Penguji | iv |
| Ucapan Terima Kasih | v |
| Abstract..... | vii |
| Daftar Isi | viii |
| Daftar Gambar | x |
| Daftar Tabel | xi |
| Daftar Lampiran | xii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 4 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 4 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 4 |
| 1.4 Manfaat | 4 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 4 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis | 5 |
| 1.4.2.1 Bagi Pasien | 5 |
| 1.4.2.2 Bagi Ilmu Keperawatan | 5 |
| 1.4.2.3 Bagi Institusi | 5 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 6 |
| 2.1 Konsep Dasar Moniliasis | 6 |
| 2.1.1 Definisi | 6 |
| 2.1.2 Epidemiologi | 6 |
| 2.1.3 Etiologi | 6 |
| 2.1.4 Gambaran klinis | 7 |
| 2.1.5 Patofisiologi | 8 |
| 2.1.6 Klasifikasi | 8 |
| 2.1.7 Faktor Resiko | 11 |
| 2.1.8 Dampak | 12 |
| 2.1.9 Pengobatan | 13 |
| 2.1.10 Pencegahan | 14 |
| 2.2 Konsep Dasar Oral Hygiene | 15 |
| 2.2.1 Definisi | 15 |
| 2.2.2 Tujuan Oral Hygiene | 15 |
| 2.2.3 Indikasi Oral Hygiene | 15 |
| 2.2.4 Tehnik Dalam Menjaga Oral Hygiene | 16 |
| 2.2.5 Prosedur Pelaksanaan Oral Hygiene | 18 |
| 2.2.6 Kriteria Hasil Oral Hygiene | 20 |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL | 21 |
| 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian | 21 |

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 3.2 | Hipotesis Penelitian | 22 |
| BAB 4 | METODE PENELITIAN | 23 |
| 4.1 | Rancangan Penelitian | 23 |
| 4.2 | Populasi, Sampel, Sampel vili | 24 |
| | 4.2.1 Populasi | 24 |
| | 4.2.2 Sampel | 24 |
| | 4.2.3 Sampling | 25 |
| 4.3 | Variabel Penelitian | 26 |
| | 4.3.1 Klasifikasi Variabel | 26 |
| | 4.3.2 Definisi Operasional Variabel | 26 |
| 4.4 | Bahan Penelitian | 28 |
| 4.5 | Instrumen Penelitian | 28 |
| 4.6 | Lokasi dan Waktu Penelitian | 28 |
| 4.7 | Prosedur Pengambilan Data | 28 |
| 4.8 | Kerangka Operasional | 29 |
| 4.9 | Cara Analisa Data | 30 |
| BAB V | HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN | |
| 5.1 | Hasil Penelitian | 32 |
| | 5.1.1 Gambaran ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun | 32 |
| | 5.1.2 Karakteristik responden | 33 |
| | 5.1.3 Data khusus | 41 |
| 5.2 | Pembahasan | 43 |
| BAB VI | KESIMPULAN DAN SARAN | |
| 6.1 | Kesimpulan | 48 |
| 6.2 | Saran | 49 |
| | Daftar Pustaka | 52 |
| | Lampiran | |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|-----------------|--|----|
| 1. Gambar 3.1 | Kerangka Konseptual | 21 |
| 2. Gambar 4.1 | Rancangan Penelitian | 23 |
| 3. Gambar 4.2 | Kerangka Operasional | 30 |
| 4. Gambar 5.1 | Diagram Pie Usia bayi kelompok perlakuan..... | 33 |
| 5. Gambar 5.2 | Diagram Pie Usia bayi kelompok kontrol | 34 |
| 6. Gambar 5.3 | Diagram Pie Usia kehamilan bayi kelompok perlakuan | 34 |
| 7. Gambar 5.4 | Diagram Pie Usia kehamilan bayi kelompok kontrol | 35 |
| 8. Gambar 5.5 | Diagram Pie Berat badan lahir bayi kelompok perlakuan | 35 |
| 9. Gambar 5.6 | Diagram Pie Berat badan lahir bayi kelompok kontrol | 36 |
| 10. Gambar 5.7 | Diagram Pie Anak ke berapa bayi lahir kelompok perlakuan.. | 36 |
| 11. Gambar 5.8 | Diagram Pie Anak ke berapa bayi lahir kelompok kontrol .. | 37 |
| 12. Gambar 5.9 | Diagram Pie Masalah pada bayi kelompok perlakuan | 37 |
| 13. Gambar 5.10 | Diagram Pie Masalah pada bayi kelompok kontrol | 38 |
| 14. Gambar 5.11 | Diagram Pie Usia ibu kelompok perlakuan | 38 |
| 15. Gambar 5.12 | Diagram Pie Usia ibu kelompok kontrol | 39 |
| 16. Gambar 5.13 | Diagram Pie Pekerjaan ibu kelompok perlakuan | 39 |
| 17. Gambar 5.14 | Diagram Pie Pekerjaan ibu kelompok kontrol | 40 |
| 18. Gambar 5.15 | Diagram Pie Penghasilan Ibu kelompok perlakuan | 40 |
| 19. Gambar 5.16 | Diagram Pie Penghasilan ibu kelompok kontrol | 41 |
| 20. Gambar 5.17 | Diagram Pie Kejadian moniliasis yang mendapat oral hygiene | 41 |
| 21. Gambar 5.18 | Diagram Pie Kejadian moniliasis yang tidak mendapat oral Hygiene | 42 |



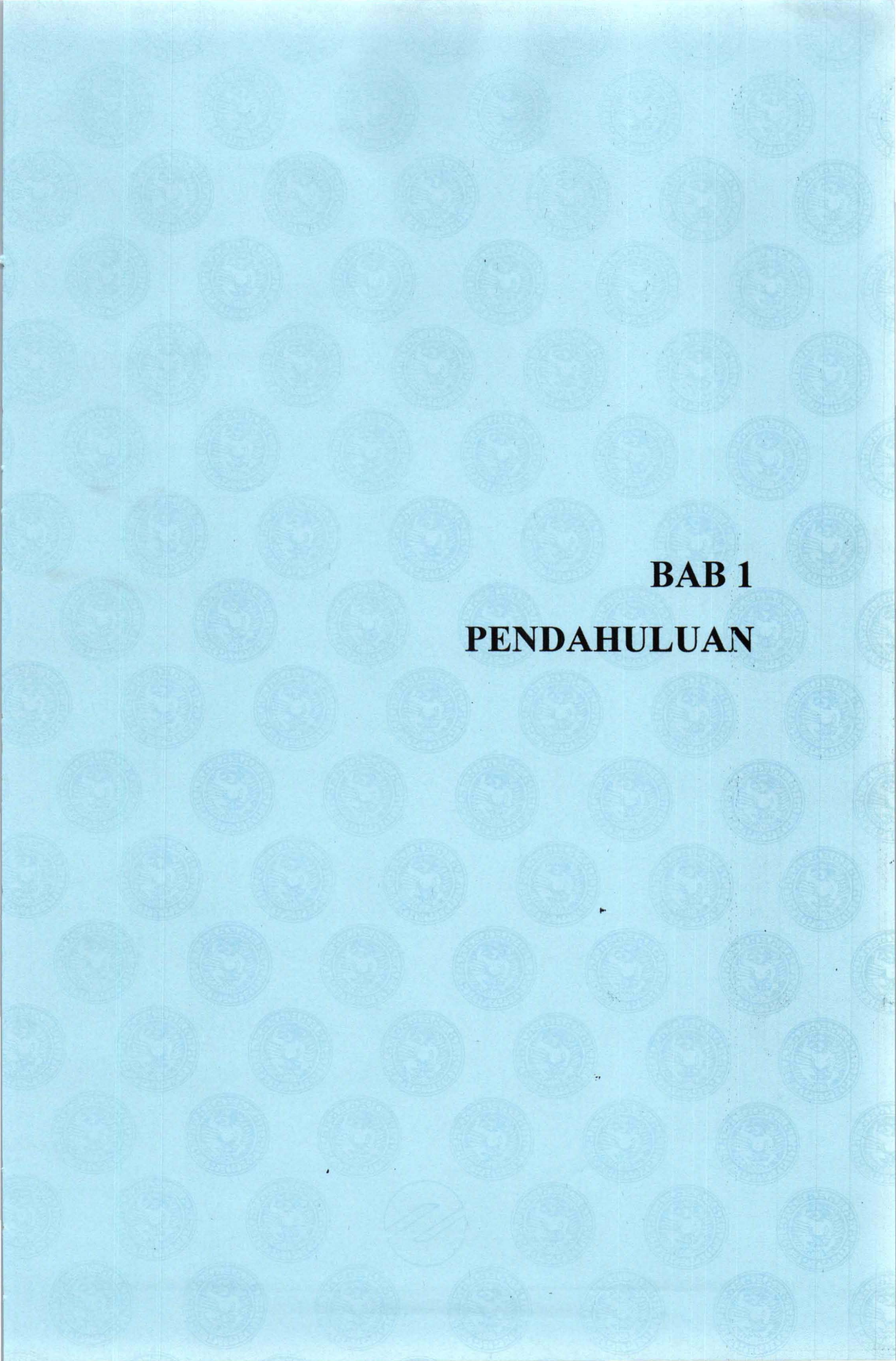
DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 4.1 Definisi operasional variabel..... | 27 |
| Tabel 5.1 Tabulasi Data responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol | 42 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|----|
| Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal..... | 53 |
| Lampiran 2 Format Persetujuan Menjadi Responden..... | 54 |
| Lampiran 3 Format Penjelasan Penelitian..... | 55 |
| Lampiran 4 Lembar Data Demografi..... | 56 |
| Lampiran 5 Panduan Pelaksanaan Oral Hygiene... .. | 57 |
| Lampiran 6 Ceklist untuk Oral Hygiene..... | 58 |
| Lampiran 7 Lembar Observasi Abnormalitas Rongga Oral..... | 59 |
| Lampiran 8 Lembar Masalah Reponden Kelompok Perlakuan | 60 |
| Lampiran 9 Lembar Masalah Reponden Kelompok kontrol | 61 |
| Lampiran 10 Data Demografi Ibu Kelompok Perlakuan | 62 |
| Lampiran 11 Data Demografi Ibu Kelompok Kontrol | 63 |



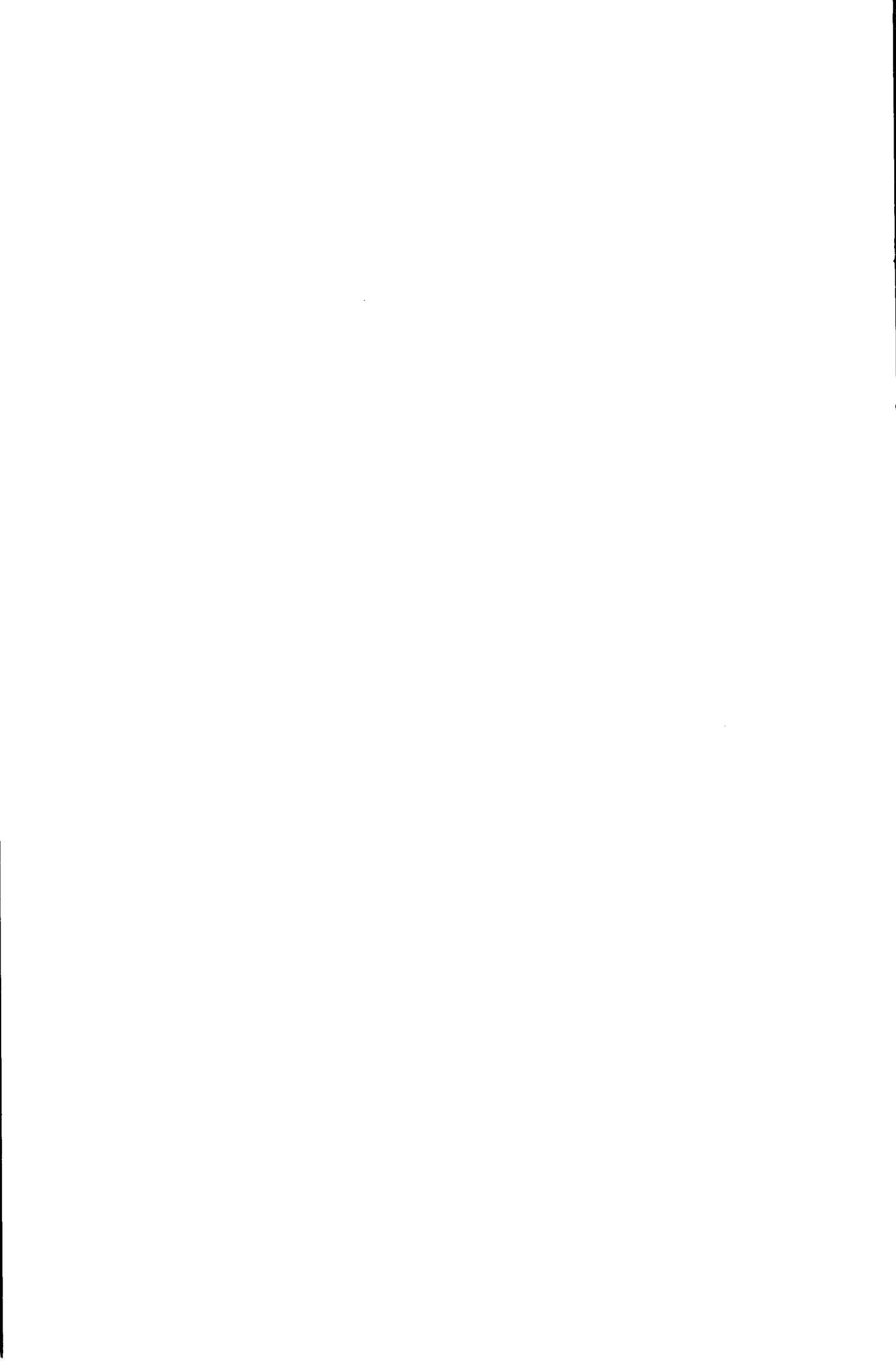
BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

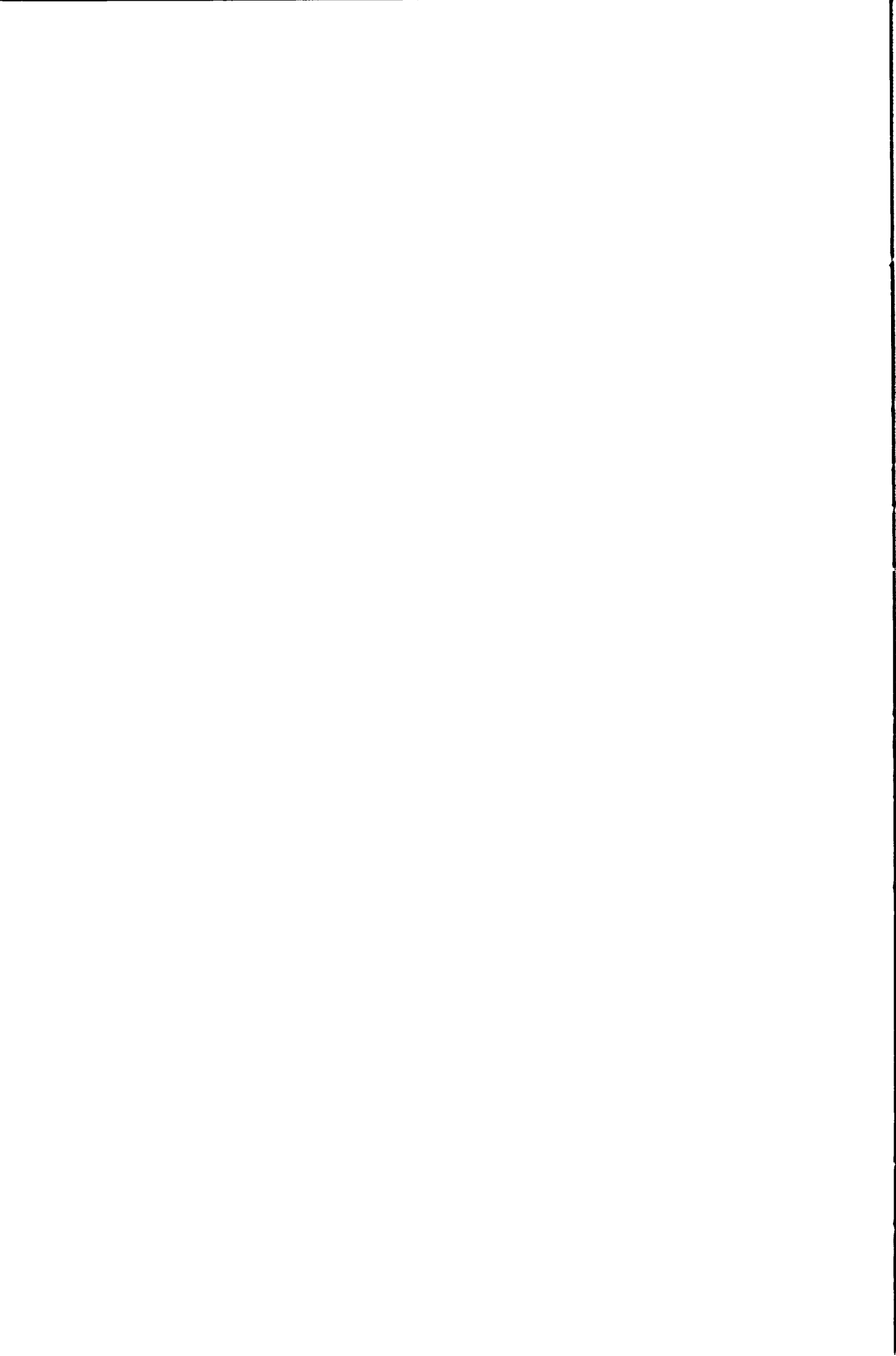
1.1 Latar Belakang

Moniliasis memang bukan penyakit mematikan, tetapi jika ada dimulut jadi menyakitkan. Mulut terasa nyeri, tak nyaman dan didalamnya muncul bercak kecil, berwarna putih dan bulat. Bila penyakit di rongga mulut ini menimbulkan komplikasi berupa selulitis (radang sel) mulut akibat infeksi bakteri sekunder sariawan, infeksi dental (Qimindra, 2001). Berdasarkan laporan rekam medik RSUD Dr Soedono Madiun bayi yang dirawat di NICU bulan oktober 2008 sampai dengan oktober 2009 sebanyak 963 bayi. Penderita dengan moniliasis 172(5,6%). Pada semua bayi yang baru lahir menunjukkan kontaminasi candida pada hari ke 7 dan pada hari akhir minggu kedua akan berkembang menjadi moniliasis yang mempunyai manifestasi klinik (Pindborg, 1994). Manifestasi klinik dari moniliasis oral pada bayi berupa gangguan minum dan bayi mudah menangis. Moniliasis berdampak pada pemenuhan nutrisi pada bayi (elsis, 2004). Oral hygiene merupakan tindakan keperawatan dalam pencegahan moniliasis (Clark, 1993). Hasil wawancara dari salah seorang perawat diruang NICU RSUD Dr Soedono Madiun mengatakan bahwa oral hygiene dilakukan bila bayi sudah terkena moniliasis dan oral hygiene dilakukan dengan kasa halus yang steril. Sejauh ini pengaruh oral hygiene terhadap pencegahan moniliasis pada bayi belum dapat dijelaskan.



Di Jerman ditemukan 63 % dengan moniliasis pada bayi. Penyebabnya ditemukan candida albicans, dari pasien tersebut 37% diterapi dan 26% dirawat. Di Jepang, dilaporkan bahwa kandidiasis oral terdapat pada 755 (1 %) dari 72.660 pasien yang keluar dari rumah sakit. Di Bombay, India, jamur yang diisolasi didapatkan *Candida albicans* (136 kasus). Dan diabetes mellitus menjadi faktor predisposisi pada 22 orang pasien. Di Indonesia dilaporkan bahwa moniliasis terdapat 350 kasus(0,5%) dari 85.050 pasien bayi(DEPKES RI, 2009). Moniliasis cenderung timbul pada bayi dengan prevalensi antara 0,5 hingga 20 %, penderita yang dirawat di RSUD Dr Soedono Madiun dengan moniliasis sebanyak 172(5,6%) bayi pertahun (NICU, 2009).

Moniliasis adalah sariawan yang disebabkan oleh jamur. Sariawan jenis ini terjadi pada bayi dan usia lanjut. Jamur tersebut bisa tumbuh dimulut karena oral higene/kebersihan mulut dan gigi yang jelek atau berkaitan dengan pengobatan antibiotik jangka panjang ataupun yang menekan imun tubuh (imunosupresi). Banyak faktor yang diduga sebagai penyebab moniliasis. Beberapa faktor itu adalah candida albicans, pemakaian steroid, antibiotic, spectrum luas. Pemakaian sitostatika, penyakit-penyakit menahun seperti DM, gangguan endokrin, obesitas, keadaan malnutrisi (harahap, 2000). Jamur ragi termasuk spesies candida yang merupakan flora komensal normal pada manusia, dapat ditemukan pula pada saluran gastrointestinal (mulut sampai anus). *Candida albicans* adalah saprofit yang berkoloni pada mukosa seperti mulut, traktus gastrointestinal, dan vagina. Jumlah koloni sangat menentukan derajat penyakit, akan tetapi



dilaporkan bahwa frekuensi terjadinya di mulut 18%(eisis, 2004). Mayoritas para ibu sulit melihat tanda-tanda moniliasis pada bayi, karena bayi belum bisa bicara sehingga tidak bisa mengungkapkan rasa sakitnya. Umumnya gejala yang muncul adalah suhu badan meninggi sampai 40 derajat Celcius." Bayi pun banyak mengeluarkan air liur lebih dari biasanya. Secara psikis, dia akan rewel. Tak mau makan atau makan dimuntahkan, tak mau susu botol bahkan ASI, dan gelisah terus, Mulut pun berbau, Biasanya karena kuman atau jamur(elsis,2004)

Salah satu tindakan yang diperlukan untuk menjaga agar mulut terhindar dari monoliasis serta untuk membersihkan mulut dari kuman dan menyegarkan mulut adalah dengan oral hygiene (Clark, 1993). Oral hygiene merupakan tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi, dan gusi (Clark, 1993). Menurut Taylor et al (1997), oral hygiene adalah tindakan yang ditunjukkan untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa membran mulut, mencegah terjadi infeksi rongga mulut dan melembabkan mukosa membran mulut dan bibir. Penelitian yang dilakukan oleh Yuliasuti dkk (2001), menunjukkan bahwa ada penurunan jumlah koloni kuman pada rongga mulut setelah dilakukannya oral hygiene.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh oral hygiene terhadap pencegahan moniliasis pada bayi ?



1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh oral hygiene terhadap pencegahan moniliasis pada bayi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kejadian moniliasis pada bayi yang mendapat oral hygiene.
2. Mengidentifikasi kejadian moniliasis pada bayi yang tidak mendapat oral hygiene.
3. Menganalisis perbedaan kejadian moniliasis pada bayi yang mendapat oral hygiene dan yang tidak mendapat oral hygiene.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh oral hygiene terhadap pencegahan moniliasis pada neonatus sehingga dapat dipergunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan neonatus yang berhubungan dengan penanganan moniliasis pada neonatus.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Pasien :

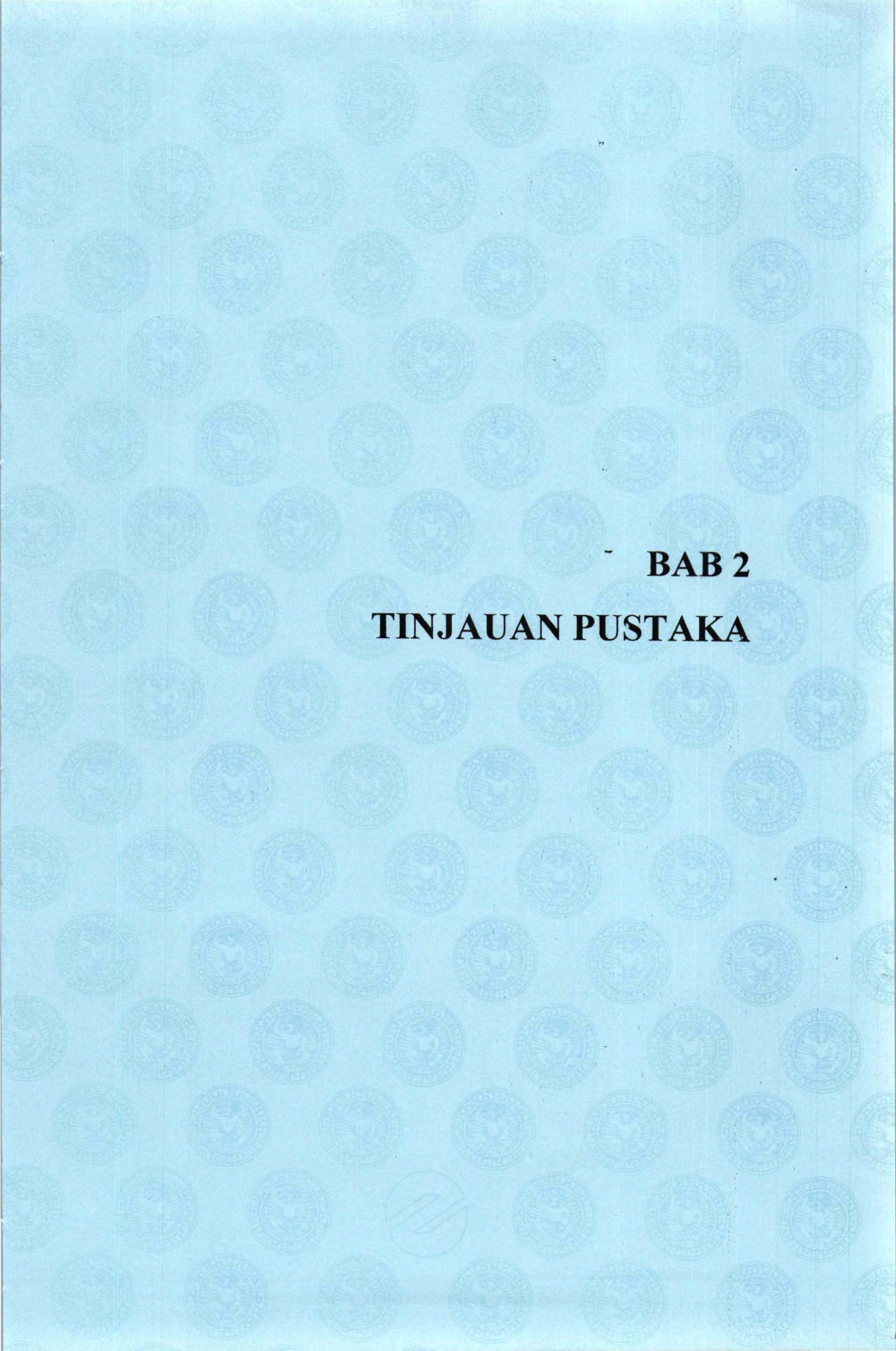
Menambah pengetahuan pasien tentang oral hygiene untuk mencegah moniliasis.

1.4.2.2 Bagi Ilmu Keperawatan :

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu pengetahuan pencegahan moniliasis dengan metode oral hygiene.

1.4.2.3 Bagi Institusi :

Apabila pada hasil penelitian nanti terbukti bahwa ada pengaruh yang bermakna terhadap pencegahan moniliasis dengan metode oral hygiene diharapkan dapat memberikan tindakan kepada pasien yang dirawat di NICU. Sebagai hasil penelitian ini dapat kiranya dikembangkan untuk penelitian – penelitian berikutnya.

The background of the page is a light blue color with a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar moniliasis

2.1.1 Definisi

Moniliasis adalah penyakit rongga mulut yang ditandai dengan lesi-lesi yang bervariasi seperti : lunak, bergumpal merupakan bongkahan putih, difus, seperti beludru yang dapat dihapus atau diangkat dan meninggalkan permukaan merah, kasar, dan berdarah, dapat berupa bercak putih dengan putih merah terutama pada bagian dalam pipi, *pallatum* lunak, lidah, dan gusi. Penderita penyakit ini biasanya mempunyai keluhan terasa terbakar atau kadang-kadang sakit didaerah yang terkena (Baswin, 2009). Umumnya terjadi pada bayi usia 1 sampai 14 hari (Pindborg, 2004)

2.1.2 Epidemiologi

Penyakit ini terdapat di seluruh dunia, dapat menyerang semua umur terutama bayi dan orang tua, baik laki-laki maupun perempuan. Jamur penyebabnya terdapat pada orang sehat sebagai saprofit. Gambaran klinisnya bermacam-macam sehingga tidak diketahui data-data penyebarannya dengan tepat (Adhi, 2009)

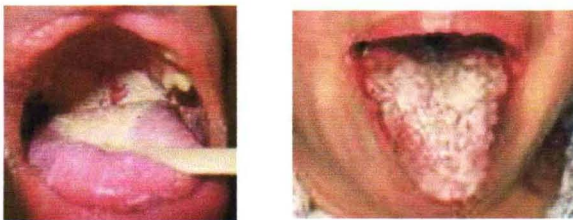
2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit ini adalah jamur *candida albicans*. Candidiasis ini dapat menjadi petunjuk pertama dari adanya penyakit diabetes mellitus, anemia, kekurangan gizi, dan dahulu sering terdapat pada anak-anak prematur atau anak kecil. Faktor-faktor yang merupakan presdiposisi infeksi adalah pemakaian antibiotik, steroid jangka panjang, diabetes,

obat-obat immunosupresif, leukimia, dan gangguan saluran gastrointestinal yang meningkatkan terjadinya malabsorpsi dan malnutrisi. Candidiasis vagina sering ditemukan semasa kehamilan dan bayi yang baru lahir juga dapat terinfeksi dari vagina ibu. Moniliasis juga merupakan tanda umum dari infeksi HIV (Baswin, 2009).

2.1.4 Gambaran klinis

Moniliasis ini sering ditemukan pada bayi dan anak. Kelompok ini merupakan stomatis akut yang ditandai dengan bercak-bercak putih kekuningan yang timbul pada dasar selaput lendir yang merah. Bila bercak ini dihapus dasarnya mudah berdarah. Pada stadium permulaan tampak selaput lendir berwarna merah dengan gambaran granula yang kasar. Pada hari berikutnya tampak bercak putih sebesar jarum pentul, dan dalam 2-3 hari akan bergabung menjadi bercak besar seperti membran. Bagian yang paling sering terkena adalah mukosa bukalis, bagian dorsal, dan lateral lidah, dan gusi. Rasa nyeri terjadi terutama bila tersentuh makanan. Pada bayi sering disangka sebagai sisa susu yang tidak tertelan (Baswin, 2009)



Gambar 2.1 : Moniliasis

Sumber : <http://www.encyclopedia.com/topic/moniliasis>.



2.1.5 Patofisiologi

Jamur ini bisa tumbuh dimulut karena oral hygiene/ kebersihan mulut dan gigi yang jelek atau berkaitan dengan pengobatan antibiotik jangka panjang, candida albicans, pemakaian steroid, pemakaian sitostatika, perubahan fisiologis tubuh pada kehamilan, penyakit-penyakit menahun seperti DM, gangguan endokrin, obesitas, keadaan malnutrisi (Harahap, 2000). Candida albican yang menyerang bayi akibat sisa pengganti ASI yang berada disekitar mulut bayi yang menyebabkan Imunosupresi. Mekanisme Imunosupresi pada bayi akan mengakibatkan moniliasis. Suhu tubuh bayi sampai 40° C , banyak mengeluarkan air liur dari biasanya, rewel, makan atau minum dimuntahkan, ASI atau PASI tak mau, gelisah, mulut berbau (Adhi, 2009).

2.1.6 Klasifikasi

Berdasarkan tempat yang terkena Conant dkk (2006), membaginya sebagai berikut :

1. Moniliasis selaput lendir

1) Moniliasis oral (thrush)

Biasanya mengenai bayi, tampak lapisan menyerupai selaput berwarna putih, coklat muda atau kelabu yang menutup lidah, langit-langit, pipi bagian dalam, dan permukaan rongga mulut yang lain. Lesi dapat terpisah-pisah, dan tampak seperti kepala susu pada rongga mulut. Dasar dari lapisan tersebut berwarna merah dan basah.

2) Perleche

Lesi berupa luka memanjang pada sudut mulut, luka biasanya basah, cukup dalam dan dasarnya kemerahan yang mempengaruhinya ialah faktor kekurangan vitamin B6.

3) Vulvovaginitis.

Karena kadar gula di dalam darah dan air seni yang tinggi dan pada wanita hamil karena penimbunan glikogen dalam epitel vagina. pada bibir vagina dan luka yang dangkal pada bibir vagina dan sekitar vagina. Keputihan pada moniliasis vagina berwarna kekuningan. Tanda yang khas ialah disertai gumpalan-gumpalan seperti kepala susu berwarna putih kekuningan. Gumpalan tersebut berasal dari bagian yang terlepas dari dinding vagina terdiri atas sel-sel yang mati, sel-sel epitel dan jamur.

4) Balanitis atau balanopostitis

Penderita mendapat infeksi karena kontak seksual dengan wanitanya yang menderita vulvovaginitis. lesi berupa luka yang dalam, lenting berisi nanah dengan dindingnya yang tipis, terdapat pada kepala penis dan preputium (kulit penis).

2. Moniliasis kulit :

1) lokasi :

1)) Moniliasis intertigrinosa (daerah selakangan)

Mengenai daerah lipatan kulit, terutama ketiak, bagian bawah payudara, bagian pusat, lipat bokong, selangkangan, dan sela antar jari, dapat juga mengenai daerah belakang telinga,

lipatan kulit perut, dan glans penis (balanopostitis). Pada sela jari tangan biasanya antara jari ketiga dan keempat, pada sela jari kaki antara jari keempat dan kelima, keluhan gatal yang hebat, kadang-kadang disertai rasa panas seperti terbakar.

2)) Moniliasis perianal (daerah dubur)

Lesi berupa maserasi seperti infeksi dermatofit (jamur pada kulit) tipe basah. Penyakit ini menimbulkan gatal pada anus.

2) Generalisata

Lesi terdapat pada kulit yang memiliki kelenjar minyak, biasanya juga dilipat payudara, sela bokong, dan bagian pusat. Sering disertai glositis, stomatitis dan paronikia. Lesi berupa eksim dengan lenting-lenting yang berisi nanah. Penyakit ini sering terdapat pada bayi, mungkin karena ibunya menderita kandidosis vagina atau mungkin karena gangguan kekebalan tubuh.

3) Paronikia dan onikomikosis (jamur pada kuku)

Sering diderita oleh orang-orang yang pekerjaannya berhubungan dengan air. Lesi berupa kemerahan, pembengkakan yang tidak bernanah, kuku menjadi tebal, mengeras dan berlekuk-lekuk, kadang-kadang berwarna kecoklatan, tidak rapuh, tetap berkilat dan tidak terdapat sisa jaringan di bawah kuku seperti pada tinea unguium.

4) Moniliasis kutis ganulomatosa

Sering menyerang anak-anak, berwarna kuning kecoklatan dan melekat erat pada dasarnya, lokalisasinya sering terdapat di muka, kepala, kuku, badan, tungkai, dan tenggorokan

3. Moniliasis sistemik

1) Endokarditis (peradangan pada katup jantung)

Sering terdapat pada penderita morfinis sebagai akibat komplikasi penyuntikan yang dilakukan sendiri, juga dapat diderita oleh penderita sesudah operasi jantung.

2) Meningitis (radang selaput otak)

Terjadi karena penyebaran jamur melalui pembuluh darah, gejalanya sama dengan meningitis tuberkulosis atau karena bakteri lain.

2.1.7 Faktor resiko moniliasis pada bayi. (Adhi, 2000)

1. Bayi prematur

2. Bayi BBLR

3. Bayi icterus

4. Bayi resiko infeksi (PEB, KPD, post date ketuban meconial)

Terjadi karena imunitas bayi yang rendah, sehingga bayi rentan sekali terkena penyakit seperti moniliasis, GE, febris.

2.1.8 Dampak moniliasis pada bayi. (Mery, Adhi, 2008)

1. Peningkatan suhu tubuh.

Candida juga ditemukan dalam mulut yang sehat. Jika pertumbuhannya terlalu pesat, candida dapat menginfeksi mulut, sehingga terjadi peradangan, yang disebut thrush. Infeksi dimulut dapat mengakibatkan peningkatan suhu tubuh.

2. Dehidrasi

Infeksi dimulut yang mengakibatkan peningkatan suhu tubuh yang tidak segera diatasi dehidrasi akan terjadi pada bayi.

3. ISPA.

Moniliasis yang terjadi pada bayi sebagai akibat immunosupresi. Seiring dengan terjadinya moniliasis, bayi rentan terjadi ISPA.

4. GE

Candida albicans secara alami sebenarnya terdapat pada membrane mukosa dalam tubuh kita, paling banyak terdapat dalam saluran pencernaan. Bila berkembang pesat dapat mengganggu saluran pencernaan seperti GE.

5. Penurunan berat badan.

Bila dampak moniliasis seperti peningkatan suhu tubuh, dehidrasi, ISPA, GE tidak segera diketahui oleh ibu dan tidak segera mendapat penanganan yang tepat, berat badan bayi akan turun secara drastis.

2.1.9 Pengobatan

1. Topikal meliputi:

- 1) Larutan ungu gentian $\frac{1}{2}$ -1% untuk selaput lendir, 1-2% untuk kulit, dioleskan sehari 2 kali selama 3 hari nistatin: berupa krim, salap, emulsi
- 2) Amfoterisin B
- 3) Grup azol antara lain: Mikonazol 2% berupa krim atau bedak, Klotrimazol 1% berupa bedak, larutan dan krim, Tiokonazol, bufonazol, isokonazol, Siklopiroksolamin 1% larutan, krim, Antimikotik yang lain yang berspektrum luas.

2. Sistemik meliputi:

- 1) Tablet nistatin untuk menghilangkan infeksi fokal dalam saluran cerna, obat ini tidak diserap oleh usus,
- 2) Amfoterisin B diberikan intravena untuk kandidiasis sistemik,
- 3) Untuk kandidiasis vaginalis dapat diberikan kotrimazol 500 mg per vaginam dosis tunggal, sistemik dapat diberikan ketokonazol 2 x 200 mg selama 5 hari atau dengan itrakonazol 2 x 200 mg dosis tunggal atau dengan flukonazol 150 mg dosis tunggal
- 4) Itrakonazol: bila dipakai untuk kandidiasis vulvovaginalis dosis untuk orang dewasa 2 x 100 mg sehari, selama 3 hari.

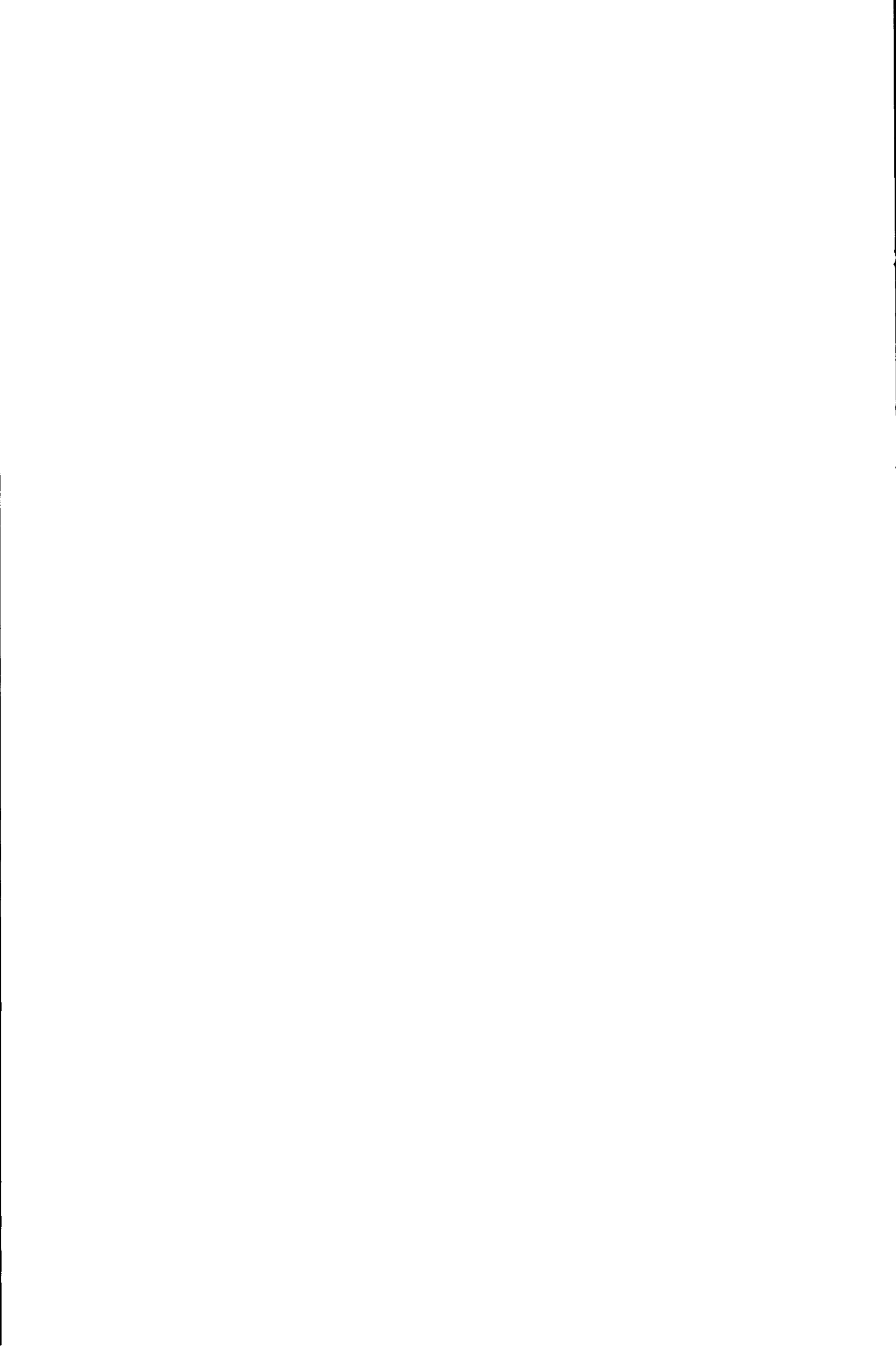
3. Non-obat

- 1) Mengurangi penggunaan gula
- 2) Minum teh Pau d'Arco. Ini dibuat dari kulit pohon Amerika Selatan,

- 3) Memakai bawang putih mentah atau suplemen bawang putih. Bawang putih diketahui mempunyai efek anti-jamur dan antibakteri. Namun bawang putih dapat mengganggu obat *protease inhibitor*
- 4) Kumur dengan minyak pohon teh (*tea tree oil*) dapat dilarutkan dengan air
- 5) Memakai kapsul laktobasilus (*asidofilus*)

2.1.10 Pencegahan. (NIN, 2009)

1. Memperkuat sistem kekebalan tubuh adalah cara terbaik untuk mencegah jangkitan moniliasis
2. Penderita thrush (moniliasis) secara rekuren maupun penderita yang berisiko tinggi akan terjadi penyakit ini sebaiknya diberikan pencegahan obat-obatan anti fungal.
3. Bayi yang mengalami moniliasis rongga mulut sebaiknya puting susu ibu diberi anti fungal secara topikal untuk mencegah puting terkena infeksi. Jika bayi belum terkena moniliasis, bila bayi minum ASI sebaiknya puting selalu bersih terutama bila ibu mau menetek puting harus terlebih dulu dibersihkan.
4. Bila memberi susu dengan botol sebaiknya ganti dot yang digunakan ketika menderita thrush tersebut dan gunakan dot yang baru karena penyakit ini tidak begitu mudah dibasmi. Jaga selalu kebersihan /sterilitas dot dan botolnya.



5. Jaga kesehatan rongga mulut, hindari penggunaan obat kumur, mouth sprays dan lain –lain secara berlebihan karena akan menyebabkan keseimbangan mikroorganisme dimulut terganggu.

2.2 Konsep Dasar Oral Hygiene

2.2.1 Definisi

Oral Hygiene adalah tindakan yang ditujukan untuk menjaga kontinuitas infeksi rongga mulut, melembabkan mukosa membran mulut dan bibir (Taylor et al , 1997)

Oral Hygiene adalah tindakan yang bertujuan untuk mencegah penyakit gigi, dan mulut, mencegah penyakit yang penularannya melalui mulut, mempertinggi daya tahan tubuh dan memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan. (Clark, 1993)

2.2.2 Tujuan Oral Hygiene. (KUSYATI, 2006)

1. Mempertahankan kebersihan rongga mulut, lidah, gigi dari semua kotoran serta sisa makanan agar tetap sehat dan tidak berbau.
2. Mencegah terjadinya infeksi mulut, seperti stomatitis, moniliasis
3. Memberi perasaan nyaman pada pasien dan meningkatkan kepercayaan diri pada pasien

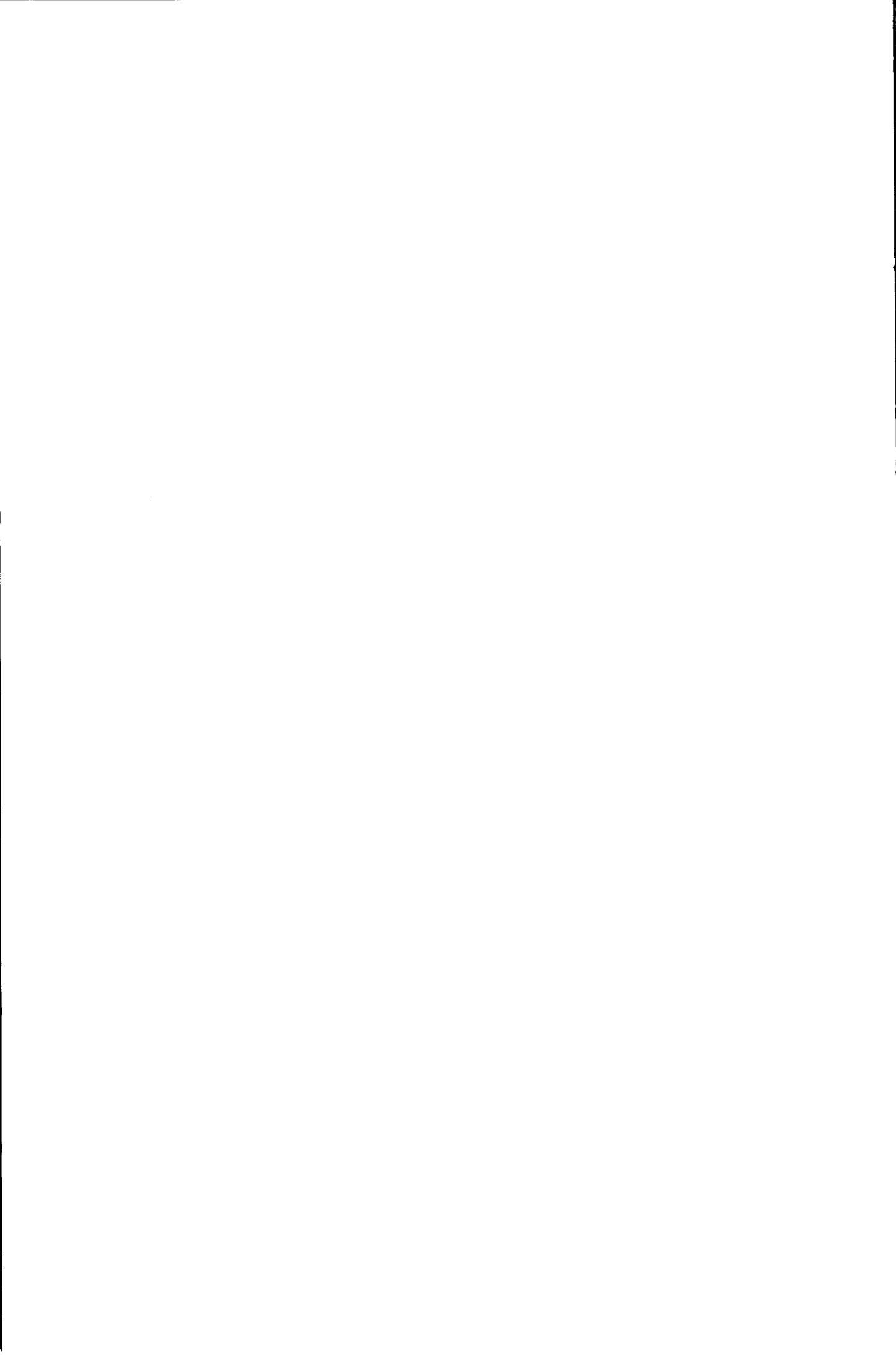
2.2.3 Indikasi Oral Hygiene. (KUSYATI, 2006)

1. Bayi dengan berat badan lahir cukup dan lahir rendah 15 sampai 20 menit setelah minum ASI maupun PASI.
2. Bayi dengan perawatan intensif seperti dehidrasi berat, sepsis, aspirasi, asfixia.
3. Bayi dengan moniliasis.

2.2.4 Teknik dalam menjaga Oral Hygiene. (KUSYATI, 2006)

1. Sikat gigi : pengenalan teknik sikat gigi yang tepat, memotivasi untuk sikat gigi secara teratur dan pemilihan pasta gigi dengan tepat. Teknik sikat gigi yang secara horizontal adalah lazim dikenal umum, dan itu merupakan suatu kesalahan karena dengan cara demikian lambat laun dapat menimbulkan resesi gingival dan abrasi gigi. Lebih lanjut lagi, penyakit-penyakit periondontal akan lebih mudah terjadi. Pemilihan bulu sikat yang halus juga penting supaya tidak melukai gusi. Hendaknya sikat gigi diganti sekurang-kurangnya tiap sebulan sekali, dengan demikian bulu sikat masih tetap efektif dalam membersihkan gigi. Pasta gigi berfluoride selayaknya dipilih karena dari penelitian kandungan fluoride tersebut mampu menurunkan angka karies melalui 2 hal : mengeliminasi dental plak yang merupakan cikal bakal karies serta suplemen topikal fluoride bagi gigi sebagai mineral protektif penting terhadap karies.
2. Kumur-kumur antiseptik(Oral Rinse) : terdapat berbagai bahan aktif yang sering digunakan sebagai kumur-kumur. Yang dijual bebas umumnya berasal dari minyak tumbuh-tumbuhan seperti metal salisilat (seperti pada produk Listerine), sedangkan yang perlu diresepkan dokter adalah chlorhexidine 0.20 % (seperti pada produk minosep) dan H₂O₂ 1.5 % atau 3.0 %. Kumur-kumur yang lebih murah dan cukup efektif adalah dengan air garam hangat.

Sebenarnya kumur-kumur lebih diperlukan pada penyakit-penyakit gusi dan periodontal sedangkan dalam penggunaan sehari-hari tidak



terbukti dalam mencegah karies, apalagi jika penggunaannya tidak diawali dengan sikat gigi. Jadi penting untuk diketahui bahwa kumur-kumur bukanlah pengganti sikat gigi dan sikat gigi masih menjadi upaya pencegahan terpenting dari penyakit-penyakit gigi, khususnya karies. Bahkan jika kumur-kumur terlalu sering digunakan akan menyebabkan flora normal mulut akan mati dan merangsang pertumbuhan candida serta juga membuat mulut dan menjadi kering seperti terbakar.

3. Dental floss atau benang gigi: akhir-akhir ini cara ini mulai banyak diperkenalkan, dan cukup ampuh untuk membersihkan di sela-sela gigi. Tapi teknik harus dimengerti dengan tepat karena jikalau tidak, alih-alih mencegah penyakit periodontal, yang terjadi malah melukai gusi dan membuat radang.
4. Pembersih lidah: juga mulai banyak digunakan, baik untuk membersihkan dorsum lingual yang seringkali luput kita bersihkan saat sikat gigi. Tumpukan debris di dorsum lidah penuh dengan kuman-kuman oportunistik serta candida yang bermukim sebagai flora normal maupun transient. Penjelasan mengenai cara lagi-lagi diperlukan. Mungkin setelah melakukan upaya-upaya menjaga kesehatan gigi dan mulut yang baik dan benar kita beranggapan kontrol ke dokter gigi tidaklah penting, namun kontrol ke dokter gigi secara teratur diperlukan sebagai salah satu upaya preventif, karena merekalah ahlinya dan terkadang kita sendiri seringkali luput mengamati perubahan pada gigi dan gusi yang masih kecil. Untuk yang memang

tidak mempunyai masalah mulut maupun gigi sebaiknya dilakukan kontrol 6 bulan sekali namun apabila mempunyai masalah seperti penyakit jaringan mulut dan gigi sebaiknya dilakukan kontrol 3 bulan sekali.

2.2.5 Prosedur pelaksanaan Oral Hygiene

1. Menurut Eny Kusyati, 2006

1) Persiapan alat :

- 1)) Pencuci mulut atau larutan antiseptik
- 2)) Spatel lidah dengan bantalan/spons
- 3)) Handuk wajah, handuk kertas
- 4)) Baskom
- 5)) Gelas air dengan air dingin
- 6)) Jeli larut air
- 7)) Sduit ber-bulb kecil (opsional)
- 8)) Kateter penghisap yang dihubungkan dengan alat pengisap
- 9)) Sarung tangan sekali pakai.

2) Pelaksanaan

- 1)) Perawat cuci tangan
- 2)) Pakai sarung tangan
- 3)) Uji adanya reflek muntah.
- 4)) Posisikan kepala miring kanan/kiri
- 5)) Tempatkan handuk dibawah wajah klien dan baskom dibawah dagu.

- 6)) Secara hati-hati regangkan gigi atas dan bawah klien dengan spatel lidah.
- 7)) Bersihkan mulut klien dengan menggunakan spatel lidah yang dibasahi dengan pencuci mulut atau air.
- 8)) Isap sekresi bila terakumulasi.
- 9)) Berikan lapisan tipis jeli larut air pada bibir klien.
- 10)) Jelaskan pada penderita bila anda telah melakukan prosedur.
- 11)) Lepaskan sarung tangan dan buang pada wadah yang tepat.
- 12)) Kembalikan posisi nyaman klien.
- 13)) Bersihkan peralatan dan kembalikan pada tempat yang tepat.
- 14)) Perawat cuci tangan
- 15)) Lakukan dokumentasi.

2. Menurut Perry, 2005

- 1) Dilakukan 4-6 kali dalam sehari selama 1 minggu. Tiap tindakan 30-60 detik (d disesuaikan). 15-20 menit setelah minum. Oral hygiene dilakukan dengan prosedur sebagai berikut :
 - 1)) Cuci tangan
 - 2)) Jelaskan pada pasien/keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.
 - 3)) Bungkus jari telunjuk dengan kapas yang sudah disterilkan dengan air mendidih.
 - 4)) Buka mulut seiring memasukkan jari telunjuk.
 - 5)) Bersihkan mulut mulai dari dinding mulut, gusi, hidung, 2 bibir sampai bersih.

- 6)) Bereskan alat dan rapikan pasien.
- 7)) Cuci tangan
- 2) Selama tindakan perawat mengkaji respon penderita.
- 3) Perawat mengajarkan kepada keluarga pasien untuk melakukan oral hygiene.
- 4) Setelah melakukan tindakan perawat mendokumentasikan tindakan.
- 5) Perawat mengevaluasi tindakan yang dilakukan apakah sesuai dengan kriteria hasil.
- 6) Perawat mengevaluasi perkembangan pasien

2.3.6 Kriteria hasil oral hygiene

Mukosa mulut dan lidah terlihat merah muda, lembab, utuh. Gusi basah dan utuh, gigi terlihat bersih, dan licin. Lidah berwarna merah muda dan tidak kotor. Bibir lembab, mukosa dan pharynx tetap bersih (Perry, 2006).

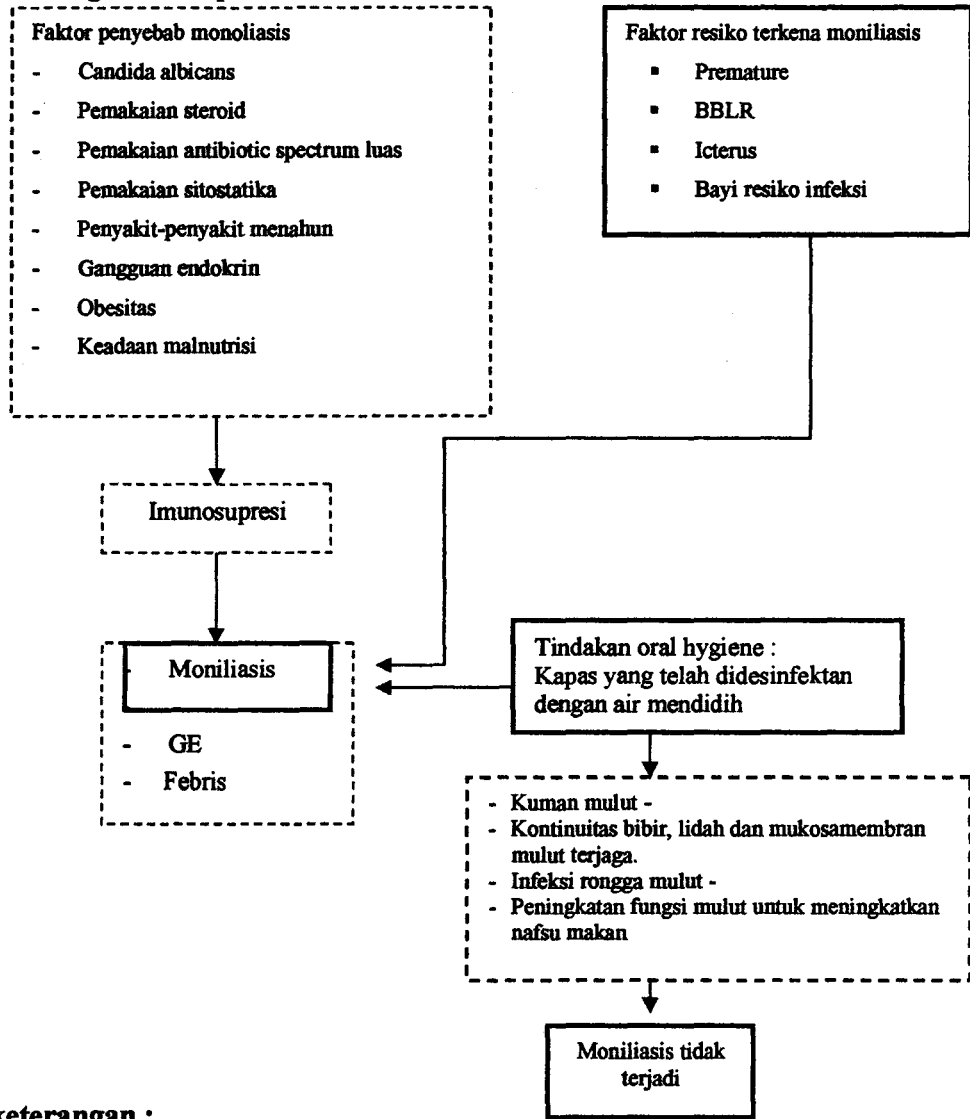
Catatan: Apabila penderita menggunakan gigi palsu dilepas dahulu, apabila ada penumpukkan sekret dibersihkan terlebih.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



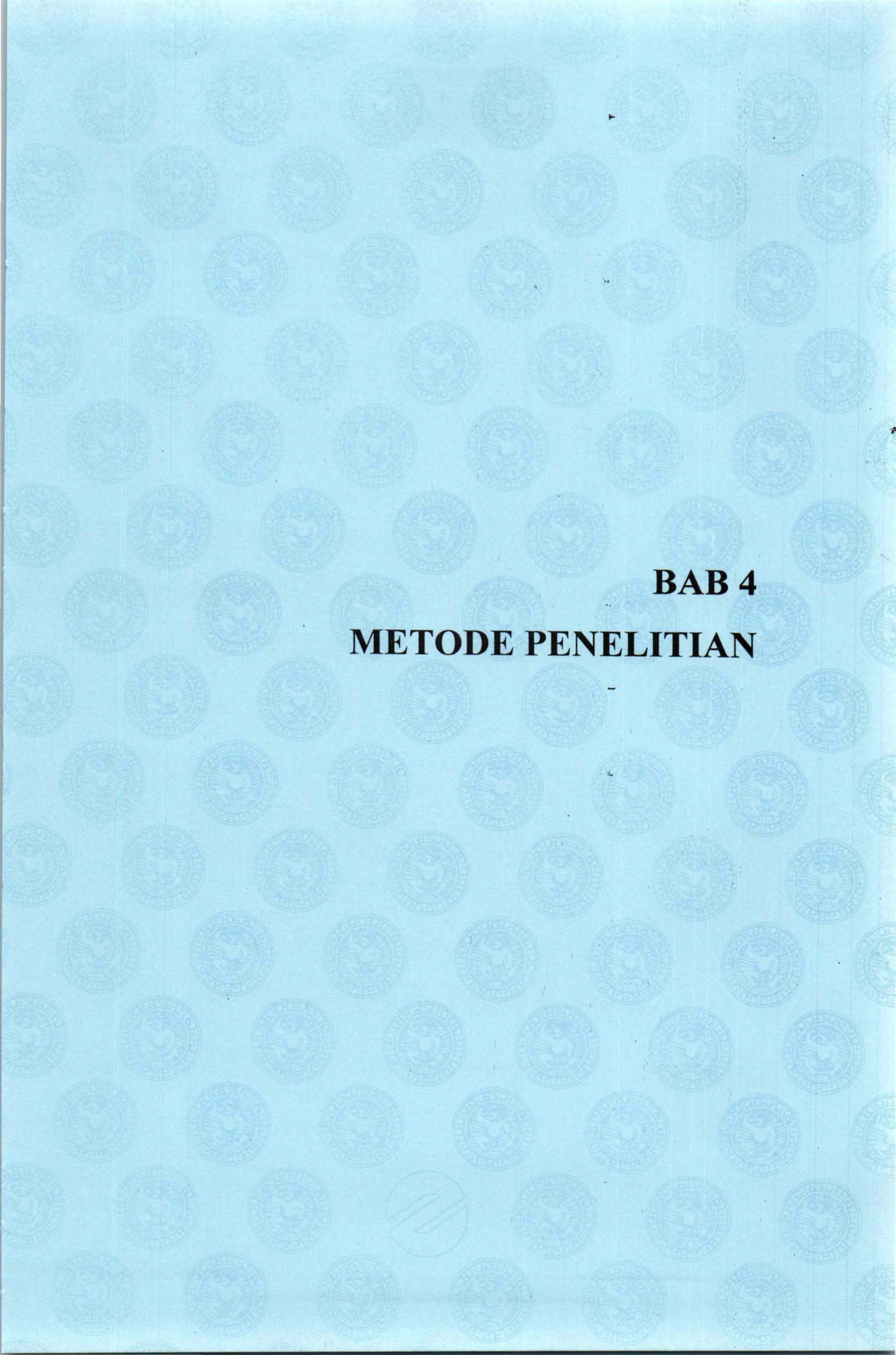
Gambar 3.1 kerangka konseptual pengaruh oral hygiene terhadap pencegahan moniliasis terhadap bayi yang mendapat ASI maupun PASI

Moniliasis dapat timbul dengan faktor resiko seperti bayi BBLR, premature, icterus, dan bayi resiko infeksi. Pada bayi tersebut dapat terjadi kondisi immunosupresi sehingga bayi mudah terkena moniliasis. faktor penyebabnya antara lain candida albican, pemakaian steroid, pemakaian antibiotic spectrum luas, pemakaian sitostatika, perubahan fisiologis pada kehamilan, penyakit penyakit menahun, gangguan endokrin, obesitas, keadaan malnutrisi. Moniliasis perlu dicegah dengan tindakan oral hygiene. Oral hygiene yang digunakan adalah kapas yang disteril dengan air mendidih, dengan oral hygiene tersebut tidak ada kuman di mulut sehingga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa membran mulut terjaga. Infeksi rongga mulut dapat dicegah yang akan meningkatkan fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan, nutrisi terpenuhi sehingga adekuat, daya tahan tubuh akan meningkat sehingga moniliasis dapat dicegah.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah :

H1. Ada pengaruh oral hygiene terhadap moniliasis pada bayi.

The background of the page is a light blue color with a repeating pattern of circular logos. Each logo features an eagle with its wings spread, perched on a globe, surrounded by text that is difficult to read but appears to be related to an educational institution.

BAB 4
METODE PENELITIAN

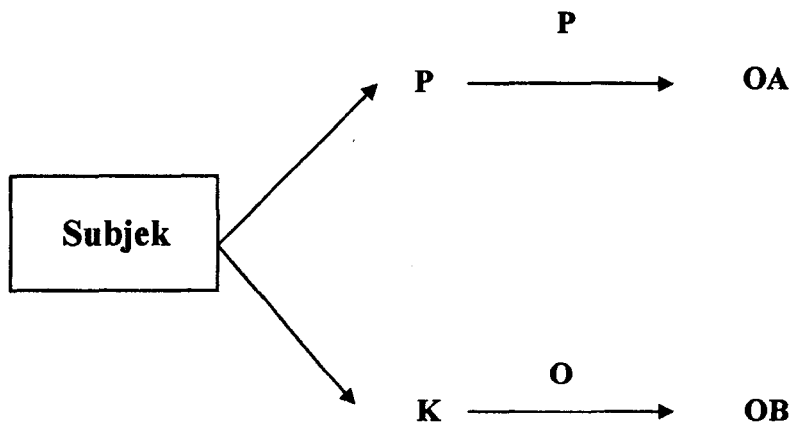
BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu metode pemilihan dan perumusan masalah serta hipotesis untuk memberikan gambaran mengenai metode dan teknik yang hendak digunakan dalam melakukan suatu penelitian (Tjokronegoro, 1999). Menurut Nursalam dan Pariani (2000) metode penelitian merupakan secara yang digunakan untuk memecahkan masalah menurut keilmuan. Dalam bab ini akan diuraikan tentang : (1) rancangan penelitian, (2) populasi, sample, besar sample dan teknik pengambilan sample, (3) variabel penelitian, (4) bahan penelitian, (5) instrumen penelitian, (6) lokasi dan waktu penelitian, (7) prosedur pengumpulan data, (8) kerangka operasional (9) cara analisis data.

4.1 Rancangan Penelitian

Kerangka penelitian adalah suatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2008). Berdasarkan tujuan penelitian maka kerangka penelitian yang digunakan adalah *Pra Experimen Post test Only*



Gambar 4.1 Rancangan Penelitian

Keterangan :

P : Perlakuan

K : Kontrol

OA : Observasi Kejadian Moniliasis

OB : Observasi Kejadian Moniliasis

4.2 Populasi, Sample, Sampling

4.2.1 Populasi

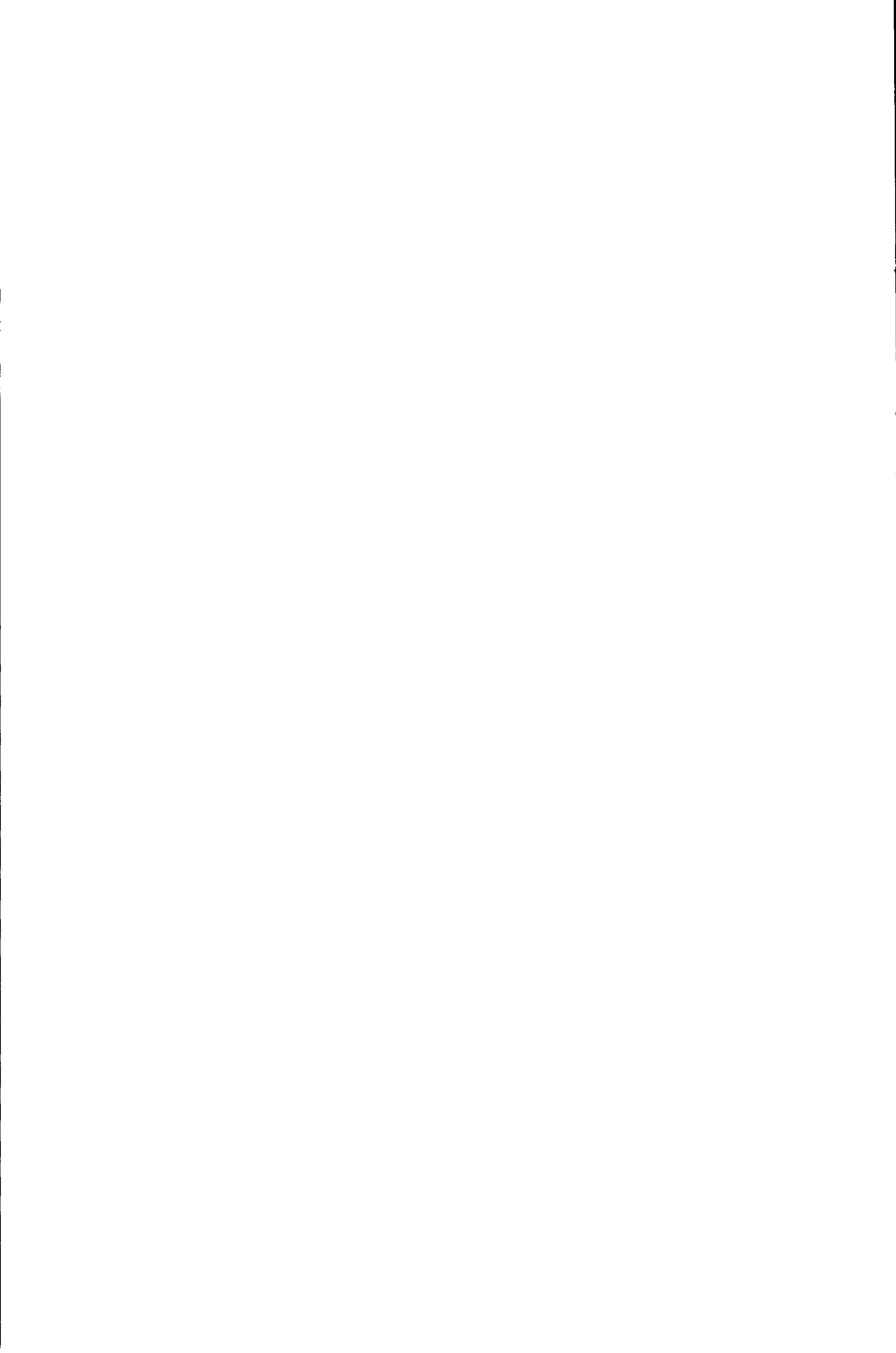
Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua bayi yang baru lahir usia 1- 14 hari yang dirawat di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun.. Besar populasi sebanyak 16 bayi.

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2008).

4.2.2.1 Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Belum mengalami tanda tanda moniliasis**
- 2) Bayi usia 1 – 14 hari**
- 3) Belum pernah mendapat teknik oral hygiene**
- 4) Ibu bayi yang bersedia menjadi responden**
- 5) Bayi rentan terjadinya moniliasis (BBLR, premature, icterus, bayi resiko infeksi seperti bayi dengan ibu riwayat KPD , PEB, bayi post date dengan ketuban meconial)**
- 6) Bayi yang mendapat ASI maupun PASI**



4.2.2.2 Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Bayi dengan asfixia
- 2) Bayi dengan observasi intensif (dehidrasi berat, sepsis, aspirasi)

Besar sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N.Za^2.p.q}{d^2(N-1) + Z^2.p.q}$$

$$n = \frac{16.(1,96)^2.0,5.0,5}{0,05^2(16-1) + (1,96)^2.0,5.0,5}$$

$$n = 15,4 \rightarrow n = 16$$

Jadi perkiraan besar sampel adalah 16 bayi

Keterangan :

n = perkiraan besar sampel

N = perkiraan besar populasi

Z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi jika tidak diketahui dianggap 50 %

q = 1 - P (100 % - P)

d = tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

(Nursalam, 2008)

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling (judgement sampling)*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2008)

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Klasifikasi variabel

4.3.1.1 Variabel independen

Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah oral hygiene.

4.3.1.2 Variabel dependen

Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah kejadian moniliasis pada bayi.

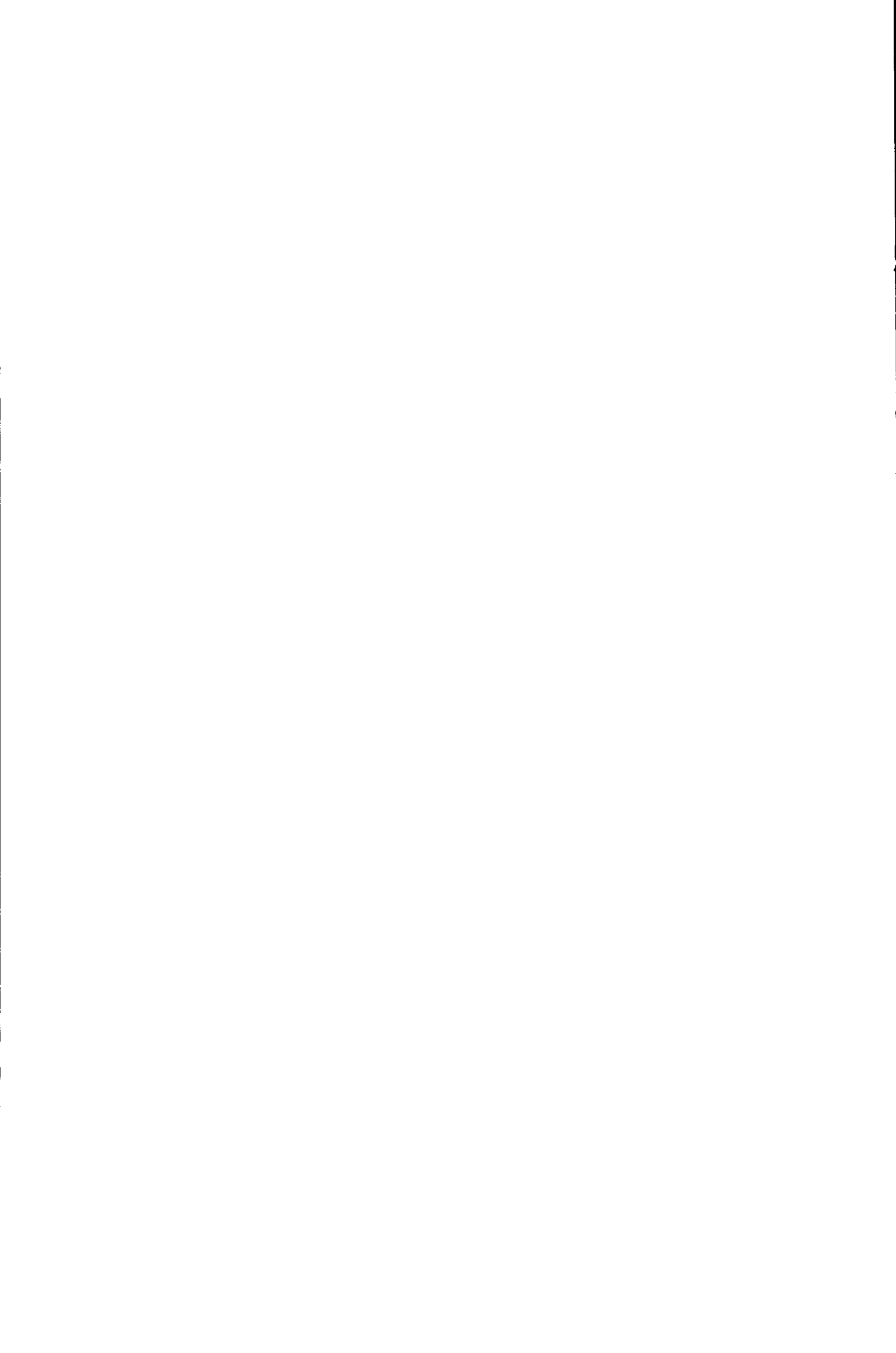
4.3.2 Definisi Operasional Variabel

Menurut Nursalam (2003), definisi operasional adalah pemberian arti atau makna pada masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang dirumuskan dalam setiap penelitian.



Tabel 4.1. Tabel Defnisi Operasional Variabel yang diteliti :

| Variabel | Defenisi | Parameter | Alat ukur | Skala data | Skor |
|-------------------------------------|--|--|-----------|------------|------|
| Variabel independen Oral hygiene | Tindakan perawatan untuk kebersihan mulut agar jauh dari moniliasis sehingga bayi nyaman, yang dilakukan oleh perawat sesuai standart. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan 4-6 kali dalam sehari selama 1 minggu. Tiap tidakan 30-60 detik (d disesuaikan kondisi bayi) 15 – 20 menit setelah minum. Oral hygiene dilakukan dengan prosedur sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> - cuci tangan. - Bungkus jari telunjuk dengan kapas yang sudah disterilkan dengan air mendidih dalam kondisi hangat. - Buka mulut seiring memasukkan jari telunjuk. - Bersihkan mulut mulai dari dinding mulut, gusi, lidah, palatum, bibir, sampai bersih. - Bereskan alat dan rapikan pasien. - Cuci tangan 2. Selama tindakan perawat memperhatikan ekspresi wajah respon, serta kondisi bayi . 3. Setelah melakukan tindakan perawat mendokumentasikan tindakan. 4. Perawat mengevaluasi tindakan yang dilakukan apakah sesuai dengan kriteria hasil. 5. Perawat mengevaluasi perkembangan bayi. | SOP | - | |



| Variabel | Defenisi | Parameter | Alat ukur | Skala data | Skor |
|-------------------------------|---|--|--|------------|-------------------------------------|
| Variabel dependen: Moniliasis | Adanya jamur yang ada dimulut, gusi, lidah, dan palatum yang disebabkan oleh candida albican. | Observasi tanda-tanda moniliasis 1. Bercak putih dan bulat pada mulut, gusi, lidah dan palatum. 2. Jika bercak putih dan bulat dihilangkan timbul bercak merah atau meradang 3. Setiap saat banyak mengeluarkan air liur dari normal. | Lembar observasi pencegahan tanda klinis moniliasis. | ordinal | Moniliasis : Ya = 1 Tidak = 0 |

4.4 Bahan Penelitian

Pada penelitian ini yang menjadi bahan penelitian adalah bayi yang resiko terkena moniliasis.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data untuk moniliasis dengan oral hygiene berupa lembar observasi.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun. Penelitian ini membutuhkan waktu 4 minggu. Mulai tanggal 6 Desember 2009 sampai 6 januari 2010.

4.7 Prosedur Pengambilan Data

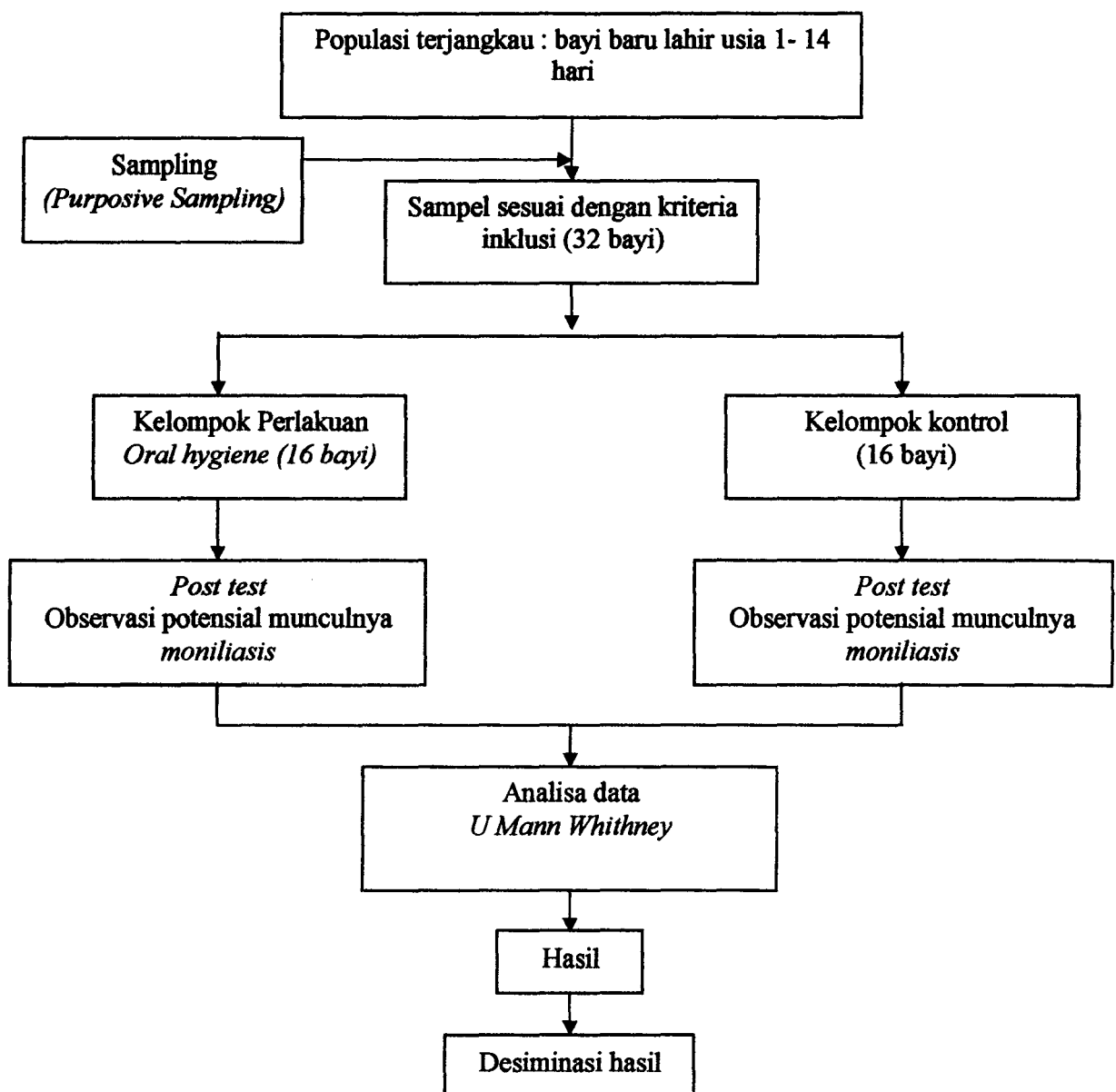
Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapat izin dari bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian juga mendapat izin dari Kepala Ruang NICU RSUD Dr.



Soedono Madiun. Peneliti kemudian menemui orang tua bayi untuk inform consent. Peneliti menemukan sampel yang memenuhi kriteria inklusi. Untuk menentukan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sesuai dengan kriteria inklusi dan mengacu pada bayi resiko terkena moniliasis, dibagi sama antara dua kelompok. Kelompok perlakuan diberi intervensi oral hygiene selama 4 – 6 kali dalam sehari selama 7 hari dengan durasi waktu masing-masing 30 – 60 detik (disesuaikan kondisi bayi). 15-20 menit setelah minum ASI atau PASI. Kelompok kontrol tidak diberikan intervensi oral hygiene. Hari ke 1 sampai dengan hari ke 14, peneliti melakukan observasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Pencegahan moniliasis dilakukan dengan memakai hasil post test ke VII. Hari terakhir minggu kedua (hari ke 14).

4.8 Kerangka Operasional

Kerangka kerja merupakan salah satu tahap dalam penelitian. Pada kerangka kerja disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2003). Kerangka operasional yang digunakan pada penelitian disajikan pada bagan berikut.



Gambar 4.2 Kerangka operasional penelitian pengaruh oral hygiene terhadap pencegahan moniliasis terhadap bayi yang beresiko.

4.9 Cara analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan oleh peneliti dengan tujuan supaya *trends dan relationship* bisa di deteksi (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini

setelah data terkumpul, lama dilakukan tabulasi data, dan analisis data dengan menggunakan uji statistic Mann Whithney U Test (uji komparasi 2 sampel bebas / independent)

dengan kemaknaan $p \leq 0,05$ juga digunakan. Uji statistik ini memiliki

Rumus :

$$U1 = n1 \cdot n2 + \frac{n1(n1+1)}{2} - R1$$

$$U2 = n1 \cdot n2 + \frac{n2(n2+1)}{2} - R2$$

Keterangan : U1 = peringkat

n2 = jumlah sampel 2

U2 = peringkat 2

R1 = jumlah rangking sampel

n1 = jumlah sampel

R2 = jumlah rangking sampel

Uji ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan pencegahan monoliasi dengan oral hygiene pada bayi antara yang mendapatkan perlakuan (oral hygiene) dengan yang tidak mendapatkan perlakuan jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $P \leq 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada perbedaan antara kejadian moniliasis dengan oral hygiene pada bayi yang mendapat perlakuan oral hygiene dengan yang tidak mendapat perlakuan.

4.10 Etik Penelitian

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan.

Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti yaitu yang akan mendapatkan intervensi oral hygiene dan yang tidak mendapatkan oral hygiene.

Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta

dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia maka mereka harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. *Anonymity*

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4. *Justice*

Keadilan pada semua responden dijamin oleh peneliti, dimana pada kelompok kontrol akan diberikan perlakuan oral hygiene setelah observasi hari terakhir yang tidak termasuk penelitian.

4.11 Keterbatasan

1. Waktu penelitian terbatas sehingga pelaksanaan oral hygiene tidak maksimal. Oleh karena itu hasilnya kurang sempurna dan memuaskan.
2. Keterbatasan peneliti dalam observasi kejadian moniliasis karena peneliti tidak 24 jam berada di samping bayi, sehingga hasilnya tidak maksimal.
3. Keterbatasan kemampuan peneliti dalam melakukan oral hygiene sehingga hasilnya kurang maksimal.

4. Keterbatasan kemampuan peneliti dibidang riset, waktu dan dana sehingga hasil yang dicapai kurang sempurna.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini disajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan selama 30 hari mulai tanggal 6 Desember 2009 sampai dengan 6 Januari 2010 di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun.

5.1.1 Gambaran Ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun

RSUD Dr. Soedono Madiun merupakan rumah sakit type B milik pemerintah provinsi Jawa Timur yang terletak di jalan Dr. Soetomo 59 Madiun.

Ruang NICU merupakan salah satu bagian dari Instalasi Rawat Darurat Neonatal yang dimulai dari usia 0 hari sampai dengan 28 hari. Kegiatan pelayanan di IRD Neonatal (NICU) mencakup bayi yang di lahir di RSUD Dr. Soedono maupun bayi yang lahir diluar rumah sakit RSUD Dr. Soedono. Ruang NICU melayani perawatan kelas II yang terdiri dari 2 lantai. Lantai I yaitu ruang perawatan bayi baru lahir yang bermasalah (BBLR lahir tindakan dengan Apgar scor rendah, resiko infeksi), yang lahir di R.S dengan jumlah tempat tidur 30 bed. Lantai II yaitu ruang perawatan bayi umur 0 s/d 28 hari yang bermasalah dari luar (bayi rujukan), semua kasus dengan jumlah tempat tidur 30 bed. Tenaga keperawatan dan kebidanan 27 orang, 6 orang bidan dan 21 perawat, bidan ruang NICU umur 20-25 th 2 orang, 26-30 th 1 orang, 31 th keatas 2

orang, perawat umur 20-25 th 7 orang, 26-30 th 1 orang, 31-35 th 6 orang, 35-40 th 4 orang, diatas 40 th 3 orang. Semua tenaga perawat berjenis kelamin perempuan. Status pegawai negeri 18 orang, kontrak 7 orang, magang 2 orang. Dengan tingkat pendidikan lulusan D3 keperawatan 21 orang, D3 kebidanan 6 orang. Masa kerja dibawah 1 th 2 orang, 1-5 th 5 orang, 5-10 th 7 orang, 10-15 tahun 9 orang. Lebih 15 tahun 4 orang.

5.1.2 Karakteristik Responden

1. Bayi

Bayi yang menjadi sampel penelitian sebanyak 32 responden. Karakteristik responden (bayi) di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun ini akan diuraikan berdasarkan usia, usia kehamilan saat lahir, berat badan saat lahir, anak ke berapa, masalah pada bayi.

1).Usia



Gambar 5.1 : Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan menurut usia pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko diruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.





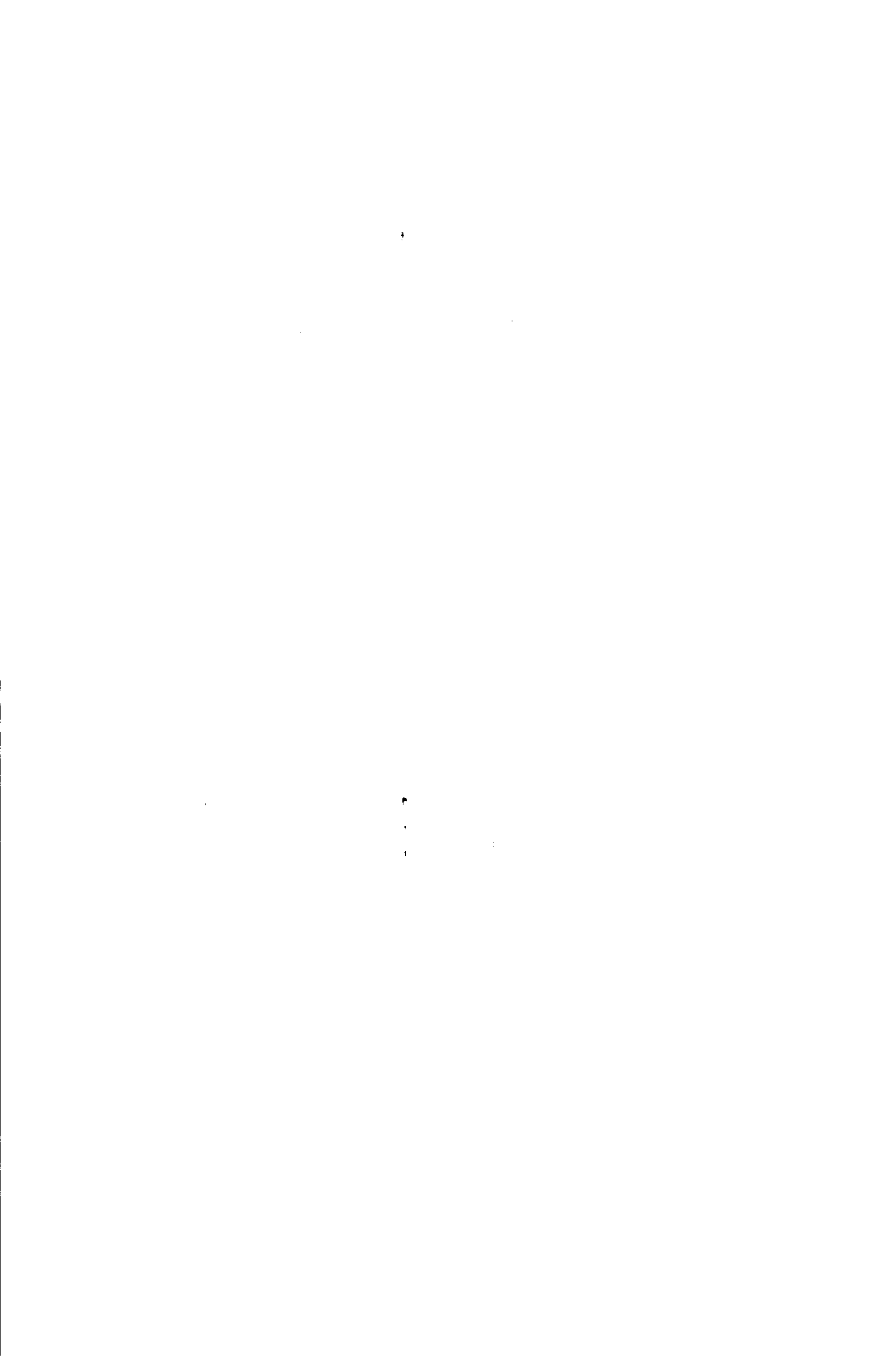
Gambar 5.2 : Diagram pie distribusi responden kelompok kontrol menurut usia pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko diruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

Pada gambar 5.1 dan 5.2 usia responden hampir seluruhnya (94 %) berusia 1-7 hari.

2). Usia kehamilan saat lahir



Gambar 5.3 : Diagram pie distribusi responden menurut usia kehamilan saat lahir kelompok perlakuan pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr Soedono Madiun Desember 2009.





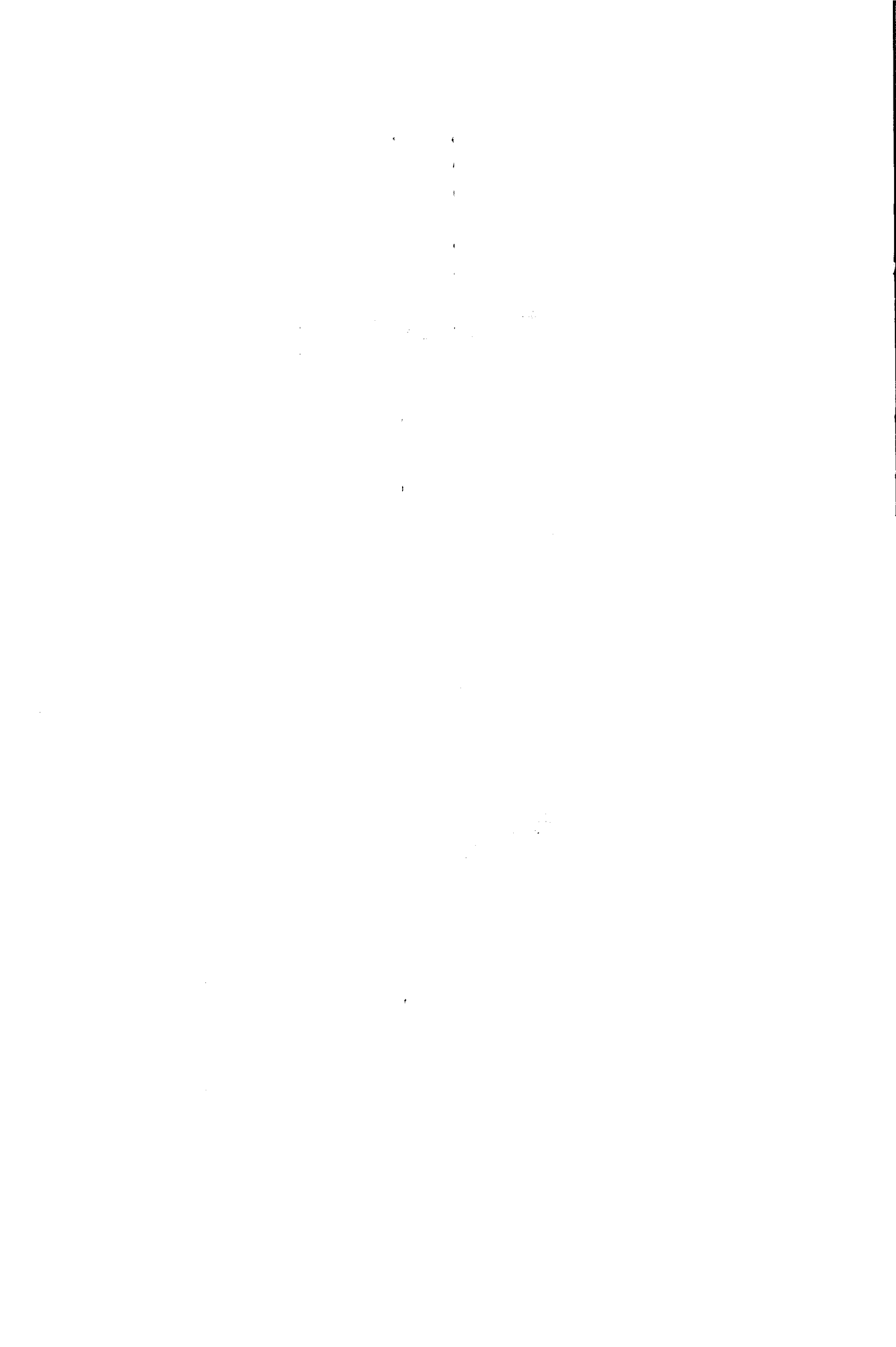
Gambar 5.4 : Diagram pie distribusi responden menurut usia kehamilan saat lahir kelompok kontrol pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr Soedono Madiun Desember 2009.

Pada gambar 5.3 dan 5.4 usia kehamilan saat lahir pada bayi sebagian besar (69%) usia kehamilan saat lahir 32 sampai 36 minggu.

3). Berat badan lahir



Gambar 5.5 : Diagram pie distribusi responden menurut berat badan lahir kelompok perlakuan pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009





Gambar 5.6 : Diagram pie distribusi responden menurut berat badan lahir kelompok kontrol pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

Pada gambar 5.5 dan 5.6 berat badan lahir sebagian besar (70%) berat badan lahirnya 2000 gram sampai 2500 gram.

4). Anak ke berapa



Gambar 5.7 : Diagram pie distribusi responden menurut anak ke berapa kelompok perlakuan pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

Pada Gambar 5.7 separuh (50%) anak pertama.

.

.

..

.

.



Gambar 5.8 : Diagram pie distribusi responden menurut anak ke berapa kelompok kontrol pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

Pada Gambar 5.8 memberikan sebagian besar (56%) anak ke 1.

5). masalah pada bayi.



Gambar 5.9 : Diagram pie distribusi responden masalah pada bayi kelompok perlakuan pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

1

2

3

4

5

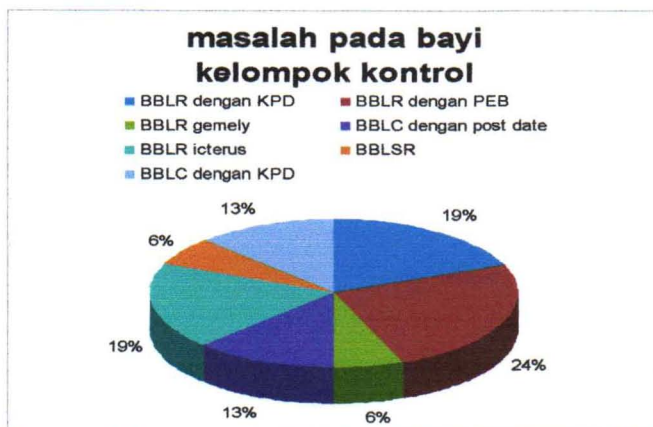
6

7

8

9

10



Gambar 5.10 : Diagram pie distribusi responden masalah pada bayi kelompok kontrol pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

Pada gambar 5.9 dan 5.10 masalah tertinggi sebagian kecil (24%)

BBLR dengan PEB.

2. Ibu

1). Usia



Gambar 5.11 : Diagram pie distribusi responden menurut usia ibu kelompok perlakuan pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.

Pada gambar 5.11 separuh (50%) usia ibu 21 – 25 tahun.



Gambar 5.12 : Diagram pie distribusi responden menurut usia ibu kelompok kontrol pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.

Pada gambar 5.12 sebagian besar (63%) usia ibu lebih 26 tahun.

2). Pekerjaan



Gambar 5.13 : Diagram pie distribusi responden menurut pekerjaan ibu kelompok perlakuan pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.

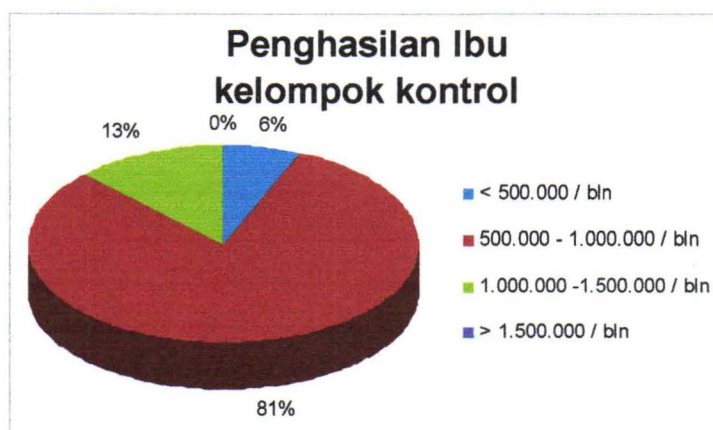
Pada gambar 5.13 pekerjaan ibu sebagian besar (62%) sebagai ibu rumah tangga.



Gambar 5.14 : Diagram pie distribusi responden menurut pekerjaan ibu kelompok kontrol pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.

Pada gambar 5.14 pekerjaan ibu sebagian besar (62%) sebagai ibu rumah tangga.

3). Penghasilan



Gambar 5.15 : Diagram pie distribusi responden menurut penghasilan ibu kelompok perlakuan pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.

Pada gambar 5.15 sebagian besar ibu (69%) berpenghasilan Rp. 500.000,00 – 1.000.000.



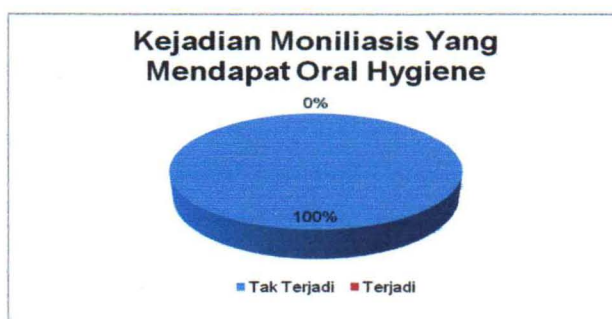


Gambar 5.16 : Diagram pie distribusi responden menurut penghasilan ibu kelompok kontrol pada Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.

Pada gambar 5.16 sebagian besar ibu (81%) berpenghasilan Rp. 500.000,00 – 1.000.000.

5.1.3 Data Khusus

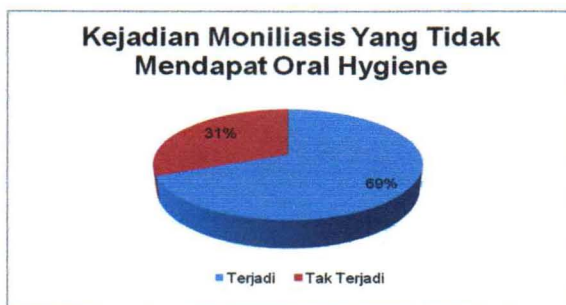
1. Kejadian moniliasis pada bayi yang mendapat oral hygiene



Gambar 5.17 : Diagram pie ditribusi kejadian moniliasis pada bayi yang mendapat oral hygiene Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009.

Pada gambar 5.17 Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh bayi yang mendapat oral hygiene tidak terjadi moniliasis.

2. Kejadian moniliasis pada bayi yang tidak mendapat oral hygiene



Gambar 5.18 : Diagram pie distribusi kejadian moniliasis pada bayi yang tidak mendapat oral hygiene Pada Bayi Yang Beresiko di ruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

Gambar 5.18 Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (69%) mengalami moniliasis.

- Perbedaan kejadian moniliasis pada bayi yang mendapat oral hygiene dan yang tidak mendapat oral hygiene.

Tabel 5.1 : Tabulasi data responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol hasil observasi kejadian moniliasis pada bayi yang mendapat oral hygiene dan tidak mendapat oral hygiene diruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun Desember 2009

| No | Perlakuan (Oral Hygiene) | Kontrol |
|----|--------------------------|-----------|
| 1 | 0 | 3 |
| 2 | 0 | 1 |
| 3 | 0 | 3 |
| 4 | 0 | 1 |
| 5 | 0 | 3 |
| 6 | 0 | 2 |
| 7 | 0 | 3 |
| 8 | 0 | 3 |
| 9 | 0 | 1 |
| 10 | 0 | 3 |
| 11 | 0 | 3 |
| 12 | 0 | 1 |
| 13 | 0 | 3 |
| 14 | 0 | 3 |
| 15 | 0 | 3 |
| 16 | 0 | 3 |
| | Signifikansi (p) | 0,000 |
| | U Mann Whitney | p = 0,000 |



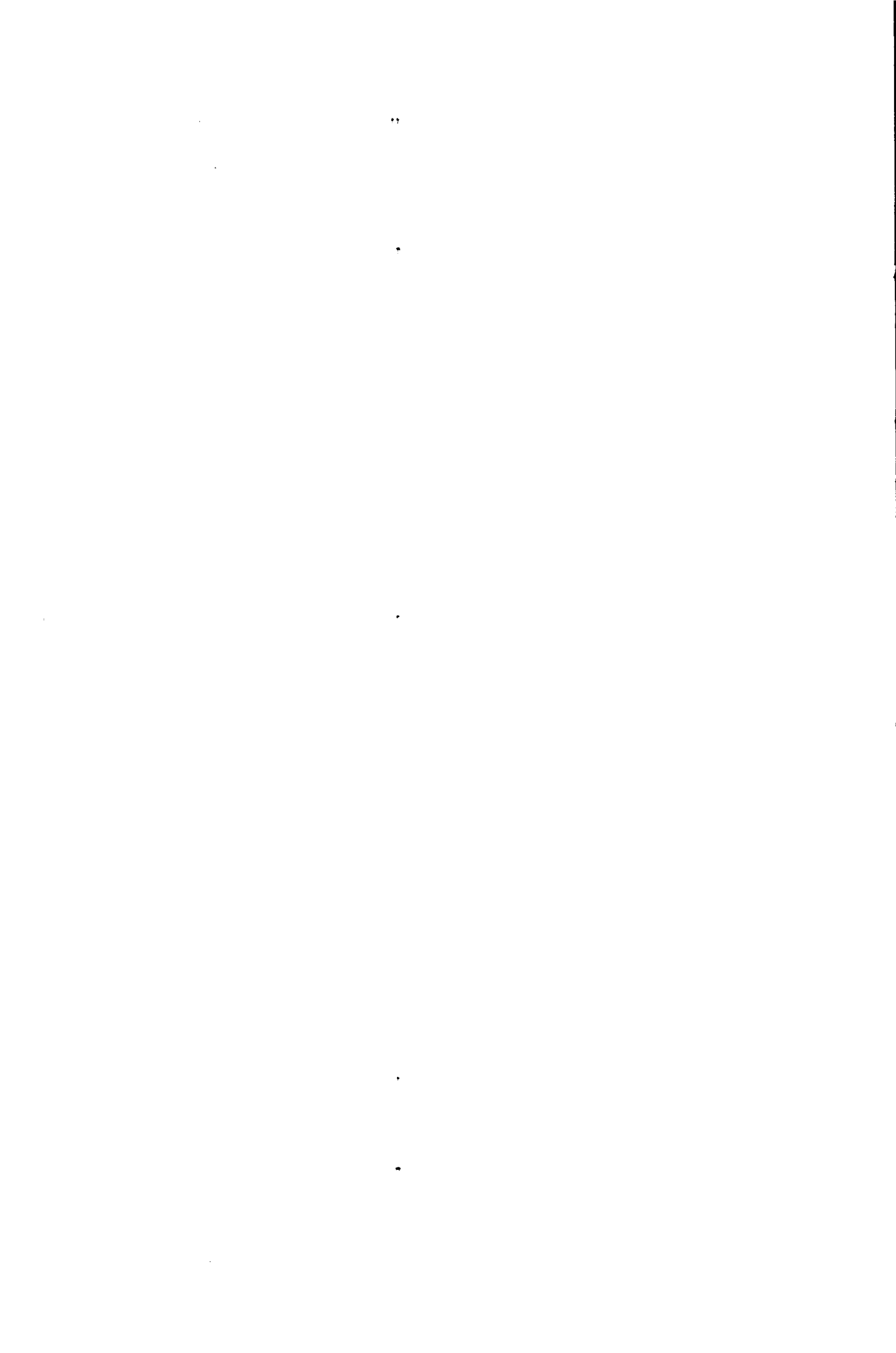
Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa analisis menggunakan uji statistik U Mann Whitney diperoleh nilai $p = 0,000$ artinya ada perbedaan yang nyata (signifikan) antara pencegahan moniliasi dengan oral hygiene pada bayi yang mendapatkan perlakuan oral hygiene dengan bayi yang tidak mendapatkan perlakuan oral hygiene.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pengaruh oral hygiene terhadap pencegahan moniliasis pada bayi yang beresiko diruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun.

Dari hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa dari seluruh responden kelompok perlakuan oral hygiene seluruhnya tidak terjadi moniliasis. Taylor (1997) berpendapat bahwa Oral Hygiene merupakan tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi, dan gusi. Tujuan dilaksanakannya oral hygiene adalah untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah, dan mukosa membran mulut, mencegah terjadinya infeksi rongga mulut dan melembabkan mukosa membran mulut dan bibir. Oral hygiene dilaksanakan berdasarkan pertimbangan kondisi umum pasien.

Hasil penelitian menunjukkan pemberian oral hygiene sangat berpengaruh terhadap pencegahan moniliasis. Berdasarkan uraian diatas bahwa perawatan oral hygiene pada bayi menggunakan kapas disterilkan dengan air mendidih dapat menjaga flora normal mulut, mencegah pertumbuhan candida, serta menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mulut, sehingga oral hygiene menggunakan kapas yang disteril dengan air mendidih baik untuk membersihkan tumpukan debris di dorsum lidah,



mulut dan bibir yang penuh dengan kuman, dengan demikian candida yang sebagai transien akan mati. Teknik oral hygiene diatas lebih baik dibanding oral hygiene dengan kasa steril yang dibasahi, akan lebih membawa sakit pada bayi karena permukaannya kasar sehingga tidak memberikan rasa nyaman pada bayi setelah mendapat oral hygiene.

Sebagian besar responden yang tidak mendapat oral hygiene terjadi moniliasis dan hampir separuh tidak terjadi moniliasis. Moniliasis atau thrush, penyakit ini disebabkan oleh jamur yang menyerang selaput lendir mulut. Yang sering terjadi adalah penyakit akut dari jenis ini, penyebabnya adalah jamur candida albicans yang diserang adalah bayi. Kadang-kadang orang dewasa yang tubuhnya lemah. Pada bayi bisa didapat dari dot, pakaian, bantal, dan sebagainya. Dapat pula disebabkan tertular ibunya. Ketika melahirkan, ibunya menderita moniliasis vaginalis.

Jamur candida albicans umumnya terdapat didalam rongga mulut sebagai saprofit sampai terjadi perubahan keseimbangan flora mulut atau perubahan mekanisme pertahanan lokal dan sistemik, yang menurunkan daya tahan tubuh. Baru pada keadaan ini jamur akan berproliferasi dan menyerang jaringan. Hal ini merupakan infeksi jamur rongga mulut yang paling sering ditemukan. Sebagian besar bayi yang terkena moniliasis adalah bayi BBLR dengan resiko infeksi (PEB, KPD). Hal ini sependapat dengan Adhi (2000) bahwa Bayi BBLR karena usia kehamilan kurang bulan, serta bayi resiko infeksi merupakan faktor resiko terkena infeksi ini. Hal ini karena bayi BBLR daya tahan tubuhnya rendah sehingga rentan

sekali terkena penyakit. Bayi yang lahir dengan BBLR salah satu faktornya adalah status gizi yang rendah. Data demografi menyebutkan bahwa ibu tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga, dengan hanya menerima penghasilan dari suami responden sebagian besar berpenghasilan 500.000,00 sampai 1.000.000,00. Hasil tabulasi data usia responden kelompok kontrol hampir seluruhnya usia kurang dari 7 hari terkena moniliasis. Hal ini sependapat dengan Pindborg (1994) bahwa pada semua bayi yang baru lahir menunjukkan kontaminasi candida pada hari ke 7 dan pada hari akhir minggu ke 2 akan berkembang menjadi moniliasis yang mempunyai manifestasi klinik. Seluruh responden yang mendapat perlakuan oral hygiene tidak terjadi moniliasis setelah 7 hari perlakuan. Sebagian besar responden yang terkena moniliasis adalah anak pertama. Seorang ibu yang mempunyai anak pertama kurang pengetahuan dan pengalaman tentang perawatan bayi. Berg (2007) berkesimpulan bahwa alat minum yang tidak bersih, tangan perawat yang tercemar jamur, diiringi tidak adanya tindakan oral hygiene pada bayi yang tidak dilakukan oleh perawat maupun ibu karena faktor usia, pendidikan, pendapatan, pekerjaan merupakan faktor penting dalam penyebabnya infeksi ini. Perawatan bayi memerlukan pengetahuan dan pengalaman, seperti perawatan bayi anak pertama perlu pemantau dari orang terdekat karena seorang ibu belum mempunyai pengetahuan dan pengalaman yang cukup. Dari uraian diatas terjadinya moniliasis yang tidak mendapat perlakuan masih banyak faktor yang mempengaruhi.



Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 16 responden sebagian besar kelompok kontrol terjadi moniliasis dan hampir separuh tidak terjadi moniliasis. Kelompok perlakuan dari 16 responden seluruhnya tidak terjadi moniliasis. Analisis menggunakan uji statistik U Mann Whitney diperoleh nilai $p = 0,000$ artinya ada perbedaan yang nyata (signifikan) antara pencegahan moniliasi dengan oral hygiene pada bayi yang mendapatkan perlakuan oral hygiene dengan bayi yang tidak mendapatkan perlakuan oral hygiene. Moniliasis merupakan masalah mulut dapat memberikan resiko yang cukup serius bagi bayi yang merasakannya. Oleh karena itu diperlukan perawatan (oral hygiene) bagi klien secara teratur dan setiap hari agar terhindar dari penyakit mulut. Dalam perawatan mulut ini diperlukan persiapan alat dan persiapan perawat untuk melakukan prosedur pelaksanaan sehingga dapat tercapai hasil sesuai yang diharapkan (Kusno, 1997). Dari tindakan oral hygiene dapat mempertahankan kebersihan rongga mulut, lidah, dari semua kotoran serta sisa makanan agar tetap sehat dan tidak berbau. Mencegah terjadinya infeksi mulut, seperti stomatitis, moniliasis. Memberi perasaan nyaman pada bayi (Kusyati, 2006). Oral hygiene penting bagi bayi, jika tidak dilakukan akan berakibat antara lain yang pertama peningkatan suhu tubuh, candida juga ditemukan dalam mulut yang sehat. Jika pertumbuhannya terlalu pesat, candida dapat menginfeksi mulut, sehingga terjadi peradangan, yang disebut thrush. Infeksi dimulut dapat mengakibatkan peningkatan suhu tubuh. Ke dua dehidrasi, infeksi dimulut yang mengakibatkan peningkatan

suhu tubuh pada bayi sehingga terjadi evaporasi yang tidak segera diatasi maka dehidrasi akan terjadi pada bayi. Ke tiga ISPA, moniliasis yang terjadi pada bayi sebagai akibat penurunan kekebalan tubuh bayi beresiko terjadi terjadi ISPA. Ke empat Gastro Entritis, candida albicans secara alami terdapat pada membrane mukosa dalam tubuh bayi, paling banyak terdapat dalam saluran pencernaan. Bila berkembang pesat dapat mengganggu saluran pencernaan seperti GE. Ke lima penurunan berat badan, Bila dampak moniliasis seperti peningkatan suhu tubuh, dehidrasi, ISPA, GE tidak segera diketahui oleh ibu dan tidak segera mendapat penanganan yang tepat, berat badan bayi akan turun secara drastis (Kusyati, 2006). Berkaitan dengan penjelasan diatas dapat disimpulkan tindakan oral hygiene pada bayi yang beresiko akan mencegah moniliasis sehingga tidak terjadi berbagai akibat buruk yang disebabkan tidak dilakukakannya oral hygiene, harapannya bayi dapat berkembang dengan baik sesuai usianya.



BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Dr. Soedono Madiun.

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh bayi yang dilakukan tindakan Oral hygiene tidak terjadi moniliasis, pernyataan ini didukung dengan adanya data sebesar 100% bayi tidak terjadi moniliasis.
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang tidak dilakukan tindakan Oral hygiene mengalami kejadian monoliasis, pernyataan ini didukung dengan adanya data sebesar 69% responden mengalami kejadian monoliasis.
3. Pemberian oral hygiene terbukti mencegah terjadinya moniliasis.

6.2 Saran

1. Diharapkan peran perawat sebagai pelaksana dalam mengoptimalkan tindakan oral hygiene bukan hanya pada bayi yang minum ASI maupun PASI tetapi juga pada bayi yang observasi intensif dengan tetap memperhatikan kondisi bayi.
2. Diharapkan perawat mempunyai motivasi dan kepedulian atas pentingnya tindakan Oral hygiene.
3. Perlu diberikan penyuluhan kepada ibu bayi dan keluarga disaat menyusui

dan disaat pulang untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan serta berpartisipasi dalam merawat bayi terutama tindakan Oral hygiene dalam pencegahan moniliiasis.

4. Perlu dilakukan penelitian lanjut tentang jenis-jenis infeksi yang terkait dengan tindakan perawatan tentang oral hygiene dengan kejadian infeksi rongga mulut diruang NICU RSUD Dr. Soedono Madiun, sehingga dapat diketahui jenis infeksi oral apa saja yang terdapat pada bayi yang minum ASI maupun PASI.





DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Adhi, Mochtar, Aisyah S.T, (2000). *Ilmu Pengetahuan Mulut*. Edisi ke 32. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI, 103-106.
- Adhi, (2007). *Jangan Biarkan Moniliasis Membungkam si kecil*. [www//http: infeksi kandidiasis](http://www.infeksi.kandidiasis.com). Tanggal 3 Desember 2009, jam 14.00 WIB
- Arikunto, S.(1998). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, hal: 42 – 45
- Arikunto, S. (2000). *Managemen Penelitian*. Jakarta: PT.Rineka Cipta, hal: 135
- Arikunto& Suharsimi, (2002). *Prosedur Penelitian Pendekatan Praktek, Edisi Rensi V*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Baswin, A. (2009). *Infeksi Jamur Di Mulut dan Penyebarannya di Organ lain*. [www//http: pencegahan moniliasis.com.net.id](http://www.pencegahan.moniliasis.com.net.id). Tanggal 3 Desember 2009. Jam 14.00 WIB
- Bouwhuizen, (1996). *Personal Hygiene*. Jakarta : Bima Sakti Cipta, hal: 102 - 105
- Burn & Grove, S.K. (1991). *The Practice of Nursing Research ; conduct Critiques and Utilization*, 2nd ed. Philadelphia : WB Saunders Co
- Carpenito, L. J. (2000). *Diagnosa Keperawatan Aplikasi dan Praktis Klinis*.Edisi6 Alih Bahasa Tim penerjemah PSIK – UNPAD. Jakarta: EGC, hal.9
- Carpenito, L. J. (2000). *Diagnosa Keperawatan. Aplikasi Pada Praktik Klinis Alih Bahasa Monica Ester*,Edisi 6. Jakarta: EGC
- Clark, (1993). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Bima Sakti Cipta, hal: 63-64.
- Chitty, K.K. (1997). *Profesional Nursing, Concept and Challenge*, 2nd Ed. WB. Philadelphia: Saunders Co
- Conant, dkk. (2006). *Ilmu Penyakit Mulut*. Edisi ke 2 Jilid 2. Jakarta : Margatosa Cipta
- Doenges, M.E, dkk. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3, EGC. Jakarta
- Elsis, S. (2009). *Moniliasis Pada Bayi*. [www//http: pencegahan moniliasis](http://www.pencegahan.moniliasis.com). Tanggal 3 Desember 2009, jam 14.00 WIB
- Gaffar, J.L. (1995). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.



- Guno, S. (1997). *Buku Pedoman Ilmu Keperawatan*. Jakarta: R.S Bethesda
- Hasbullah, H.T. (1993). *Pencegahan Maniliasis di RS. Persahabatan*. Jakarta: Majalah Cermin Dunia Kedokteran No.82
- Kusyati, E. dkk. (2006). *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium*. Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.
- Minh, N. (2009). *Oral Disease and condition*. [www//http:moniliasis.com.net.id](http://www.moniliasis.com.net.id). Tanggal 25 September 2009. Jam 09.00 WIB
- Mansjoer&Arif. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi ketiga Jilid 2. Media Aesculapius. Jakarta
- Nin, E. (2009). *Infeksi Kandidiasis*. [www//http: infeksi kandidiasis.com.net.id](http://www.infeksi.kandidiasis.com.net.id). Tanggal 3 Desember 2009. Jam 14.00 WIB
- Nuniek, S. (2009). *Pentingnya kebersihan mulut*. [www//http kebersihan mulut.com.net.id](http://www.kebersihan.mulut.com.net.id). Tanggal 20 September 2009. Jam 05.00 WIB
- Notoatmojo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nur, C. (2009) *Gigi Sehat Badan Sehat*. [www//http: Oral Hygiene.com.net.id](http://www.OralHygiene.com.net.id). Tanggal 2 Oktober 2009. Jam 08.00 WIB
- Nursalam & Patriani, S. (2000). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto
- Pindborg, J.J. (1994). *Atlas Penyakit Mukosa Mulut*. Edisi ke 4. Jakarta : Hipokrates, hal: 56-57
- Poerwadarminto, (1995). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balas Pustaka
- Qimindra, F.R. (2008). *Disease – Kandidiasis* .[www//http:moniliasis.com.net.id](http://www.moniliasis.com.net.id). Tanggal 23 September 2009. Jam 13.00 WIB
- Sastroasmoro, S & Ismail, S. (1995). *Dasar-Dasar Metodologi*. Penelitian Klinik. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Soelita, S. (1997). *Sosiologi Kesehatan*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.
- Sugiono, E. (2006). *Hygiene Perseorangan*. Jakarta: Bhratara
- Sigiyono, (2000). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Sulastomo, (2000). *Managemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Utama

Taminsyah, (2009). *Kebersihan Mulut di mulai Sejak Bayi*. [www//http Kebersihan Mulut.com.net.id](http://www.KebersihanMulut.com.net.id). Tanggal 15 September 2009. Jam 11.30 WIB

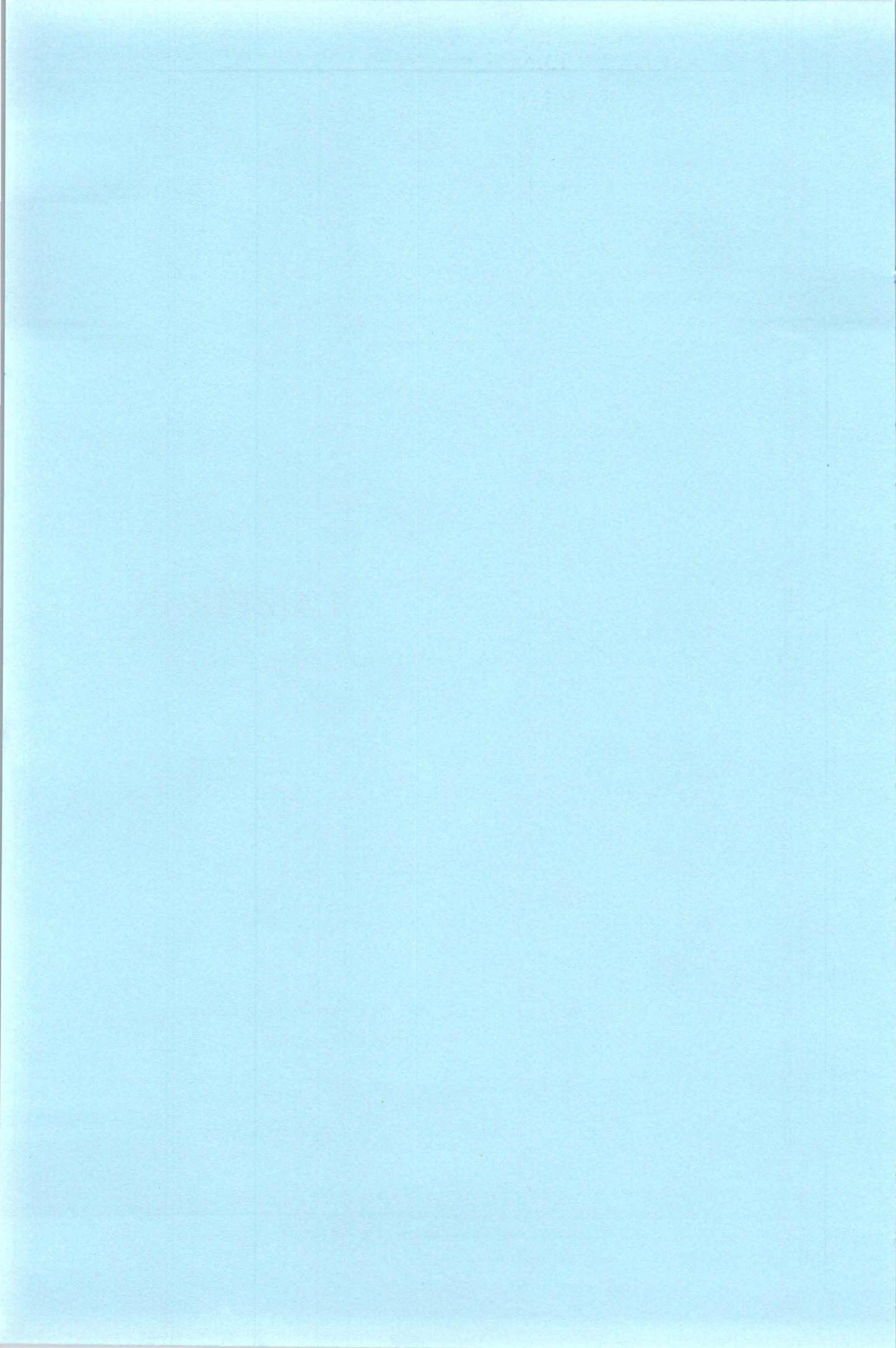
Vera ,F.B. (2009). *Kebersihan Mulut Mempengaruhi Kemampuan Berfikir*. [www//http Kebersihan Mulut.com.net.id](http://www.KebersihanMulut.com.net.id). Tanggal 20 September 2009. Jam 11.00 WIB

Wolf, W.F. (1994). *Dasar-Dasar Ilmu Keperawatan*. Bahasa Kustinyatih Mochtar dan Djamaluddin H. Jakarta: Gunung Agung





LAMPIRAN





UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 30 Oktober 2009

Nomor : 3124 /H3.1.12/PPd/2009
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Soedono Madiun
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

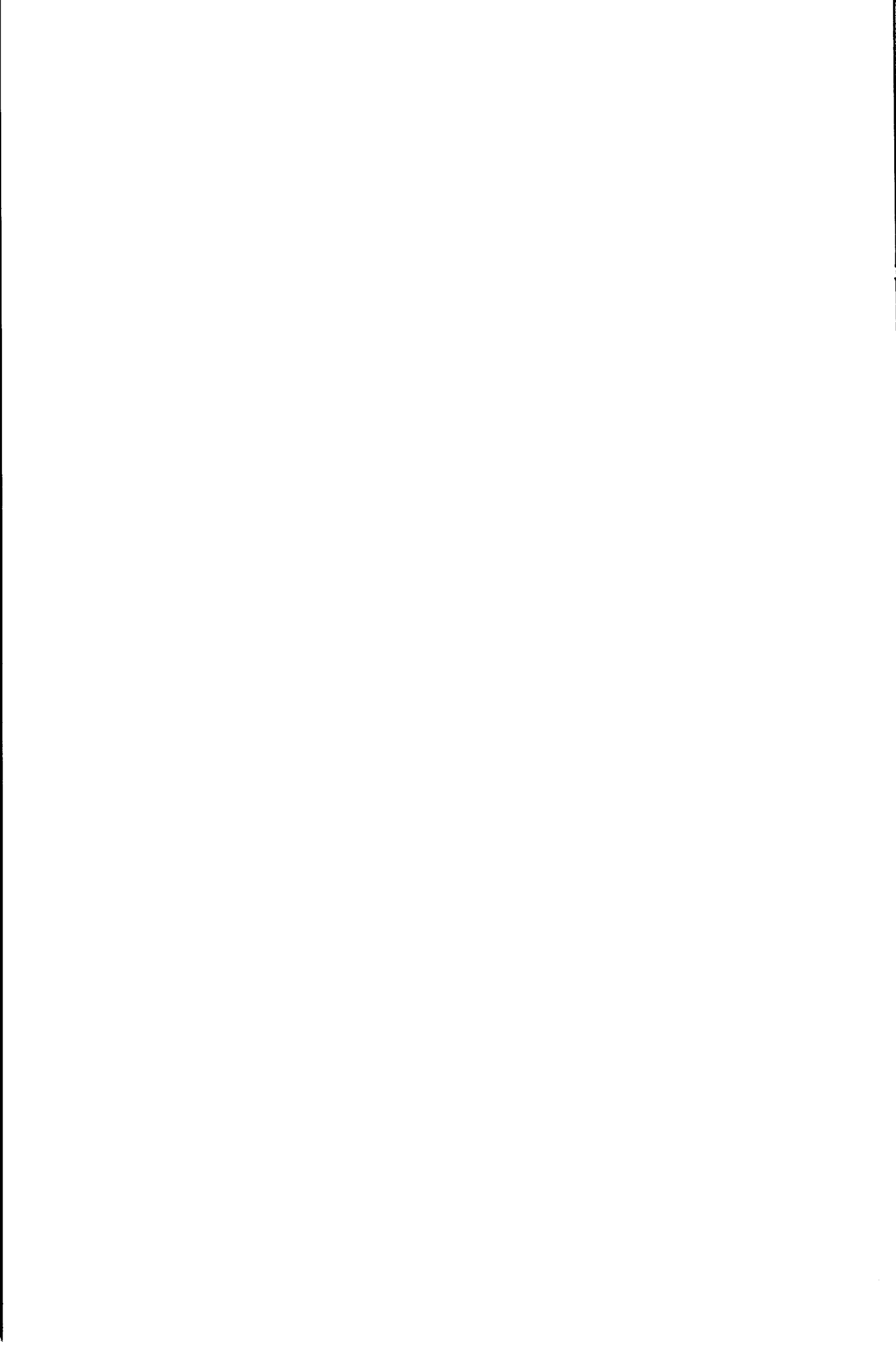
Nama : Erna Wati
NIM : 010830383B
Judul Penelitian : Pengaruh Oral Hygiene terhadap Pencegahan Moniliasis
pada Bayi yang Mendapat ASI maupun PASI
Tempat : RSUD Dr. Soedono Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Penjabat Dekan



Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 140238226



Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti pada tanggal...../...../ 2009 saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia berpartisipasi pada penelitian dengan judul Pengaruh Oral Hygiene Terhadap Pencegahan Moniliasis Pada Bayi Yang Mendapat ASI maupun PASI di RSUD Dr. Soedono Madiun yang dilakukan oleh Erna Wati mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan apapun dari pihak manapun.

Madiun,

Responden

(.....)



Lembar Penjelasan Penelitian**Judul penelitian :**

Pengaruh oral hygiene terhadap moniliasis pada bayi yang mendapat ASI maupun PASI

Peneliti :

ERNA WATI, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga.

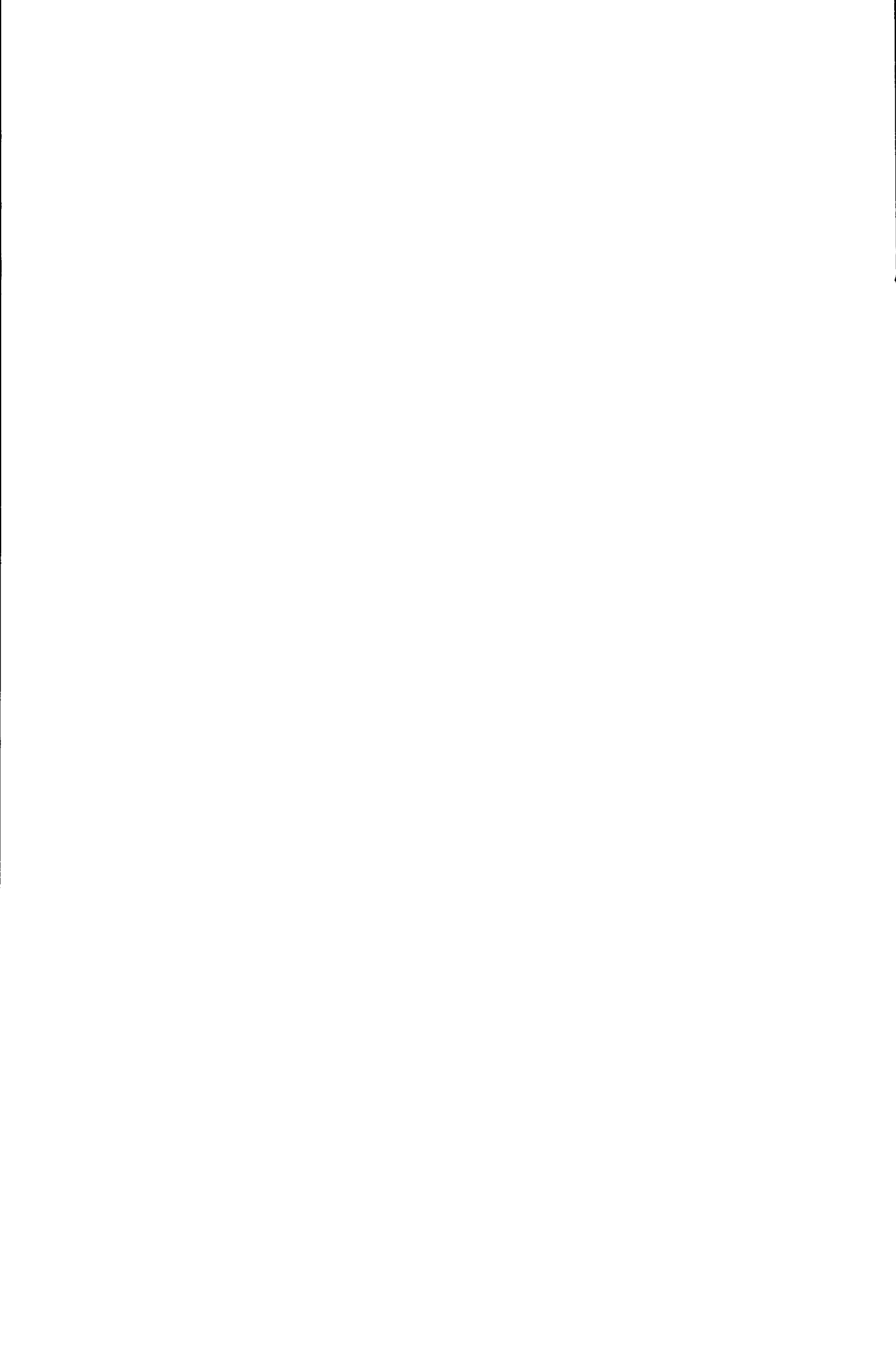
Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan kejadian moniliasis pada bayi yang mendapat oral hygiene atau yang tidak mendapat oral hygiene. Manfaat dari penelitian ini untuk menurunkan kejadian moniliasis secara optimal. Dalam penelitian ini kami mohon kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden. Kami menjamin kerahasiaan identitas dan data bapak/ibu. Bila bapak/ibu berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan.

Atas partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini saya ucapkan banyak terima kasih.

Madiun,.....

Peneliti

(ERNA WATI)



LEMBAR DATA DEMOGRAFI

1. Data Demografi Bayi

a. Tanggal lahir :

b. Usia :

< 7 hari

7 – 14 hari

c. Usia kehamilan saat lahir :

28 – 32 minggu

32 – 36 minggu

37 - 40 minggu

d. Berat badan lahir :

1000 gr – 2000 gr

2000 gr – 2500 gr

2500 gr – 3500 gr

e. Anak ke

1

2

3

> 4

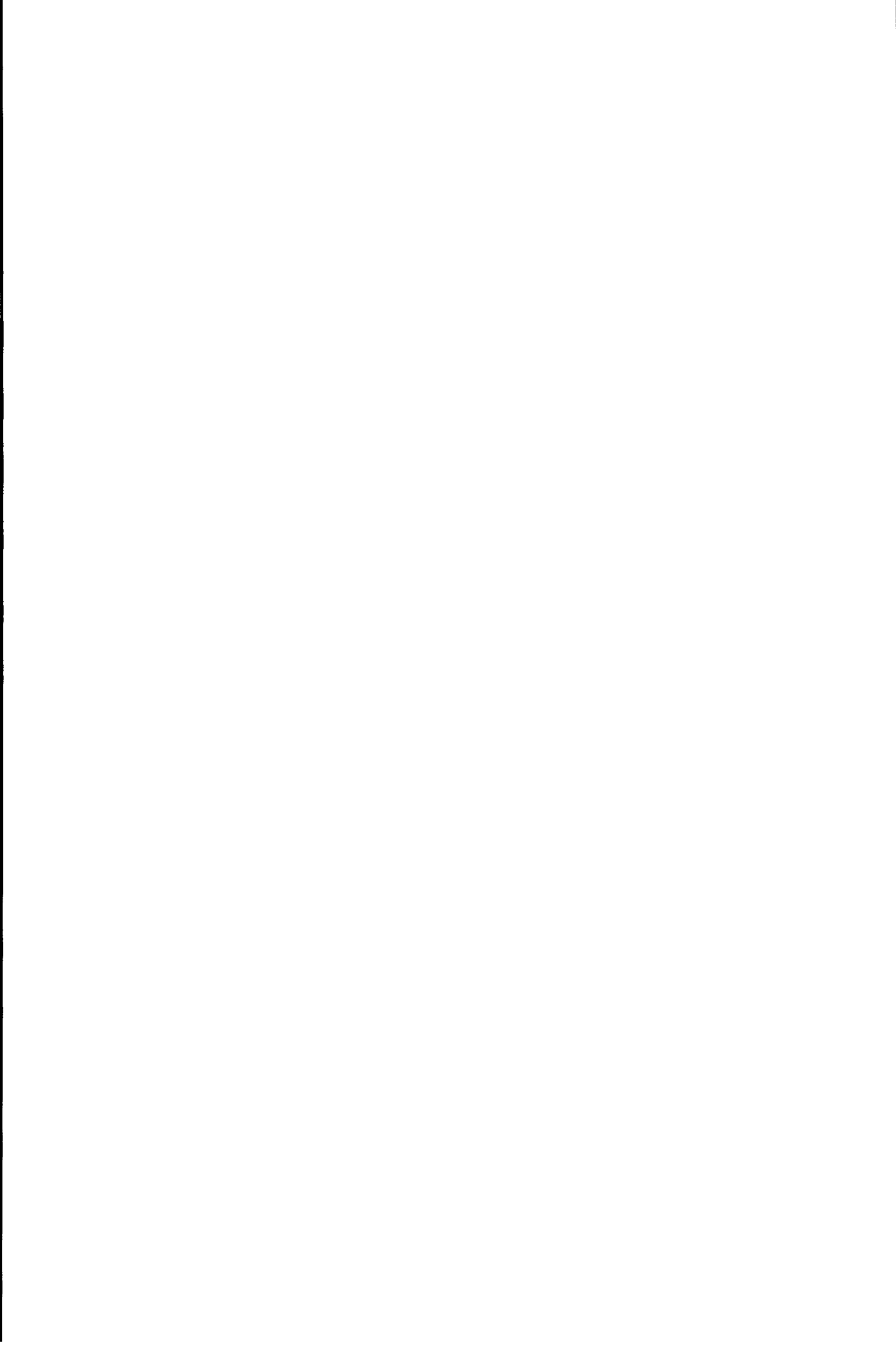
2. Data Demografi Ibu

a. Usia

< 20 tahun

20 – 25 tahun

> 25 tahun



b. Pekerjaan

IRT

Swasta

Pegawai Negeri

Wiraswasta

c. Penghasilan

< 500 ribu/bln

500 ribu – 1.000.000 /bln

1.000.000 - 1.500.000 / bln

> 1.500.000 / bln



PANDUAN PELAKSANAAN ORAL HYGIENE

Pelaksanaan tindakan perawatan kebersihan mulut (oral hygiene) yang dilakukan perawat Ruang NICU RSUD Dr. Soedhono Madiun.

Nomor Kode Responden =

Tanggal Observasi =

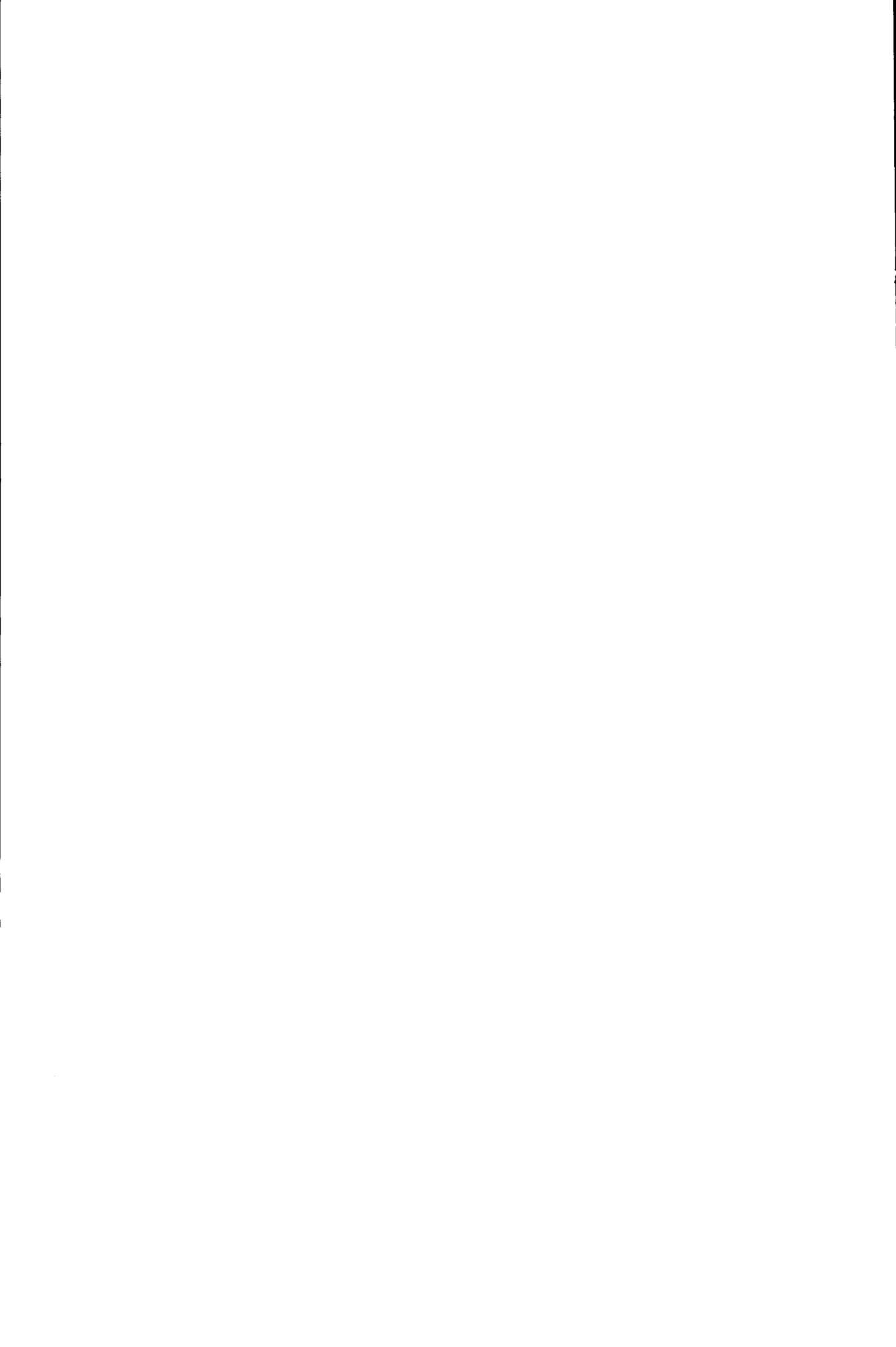
| No. | Tindakan Oral Hygiene |
|-----|--|
| 1 | Dilakukan 4-6 kali dalam sehari selama 1 minggu, tiap tindakan 30-60 detik (d disesuaikan) dengan hati-hati dan cermat. a. Perawat cuci tangan b. Bungkus jari telunjuk dengan kapas yang sudah disterilkan dengan air mendidih. c. Buka mulut seiring memasukkan jari telunjuk. d. Bersihkan mulut mulai dari dinding mulut, palatum, gusi, 4 bibir sampai bersih. e. Rapikan pasien f. Bereskan alat g. Cuci tangan h. Lakukan dokumentasi |
| 2 | Selama melakukan tindakan, perawat mengkaji respon pasien. |
| 3 | Perawat mengajarkan kepada keluarga pasien untuk melakukan oral hygiene. |
| 4 | Setelah melakukan tindakan perawat mendokumentasikan tindakan. |
| 5 | Perawat mengevaluasi tindakan yang akan dilakukan apakah sesuai dengan kriteria hasil. |
| 6 | Perawat mengevaluasi perkembangan pasien. |

(Dikutip dari Perry, Anne Sriffen Peterson, Veronica Ronnie & Potter, Patricia A (2006), Clinical Nursing Skills 4 Techniques, Masby St. Louis, Missouri)



CEKLIST UNTUK ORAL HYGIENE

| Responden | I | II | III | IV | V | VI | VII | Ket |
|------------------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|------------|------------|
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | Jam | |



LEMBAR OBSERVASI
Abnormalitas Rongga Oral (Adanya Tanda-Tanda Moniliasis)

Nomor Kode Responden =

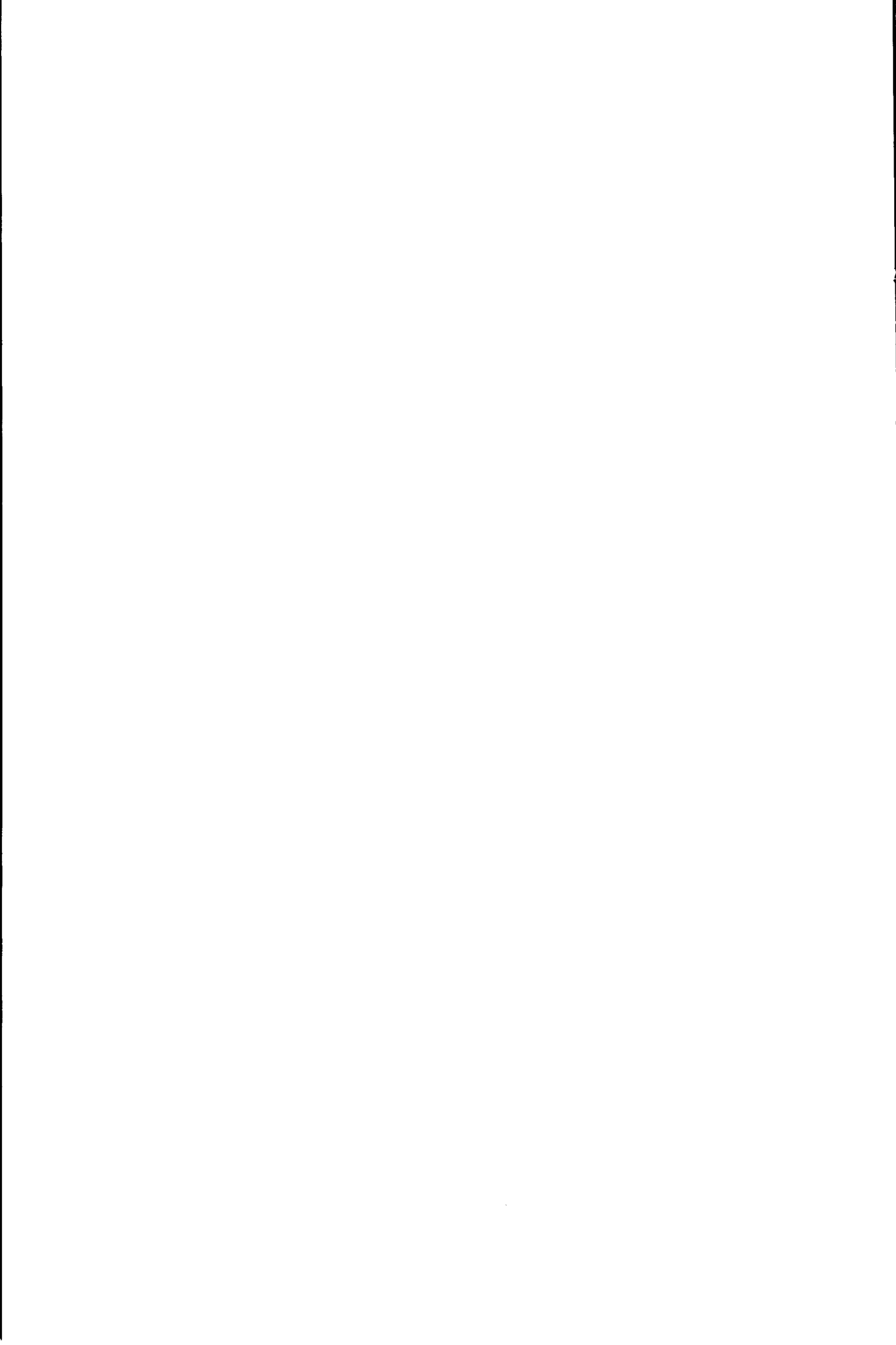
Tanggal Observasi =

| No. | Tanda Infeksi | Ada | Tidak | Skor |
|-----|---|-----|-------|------|
| 1 | Bercak putih dan bulat pada mulut, gusi, lidah dan palatum | | | |
| 2 | Jika bercak putih dan bulat di hilangkan timbul bercak merah / meradang | | | |
| 3 | Setiap saat banyak mengeluarkan air liur dari normal. | | | |

Keterangan :

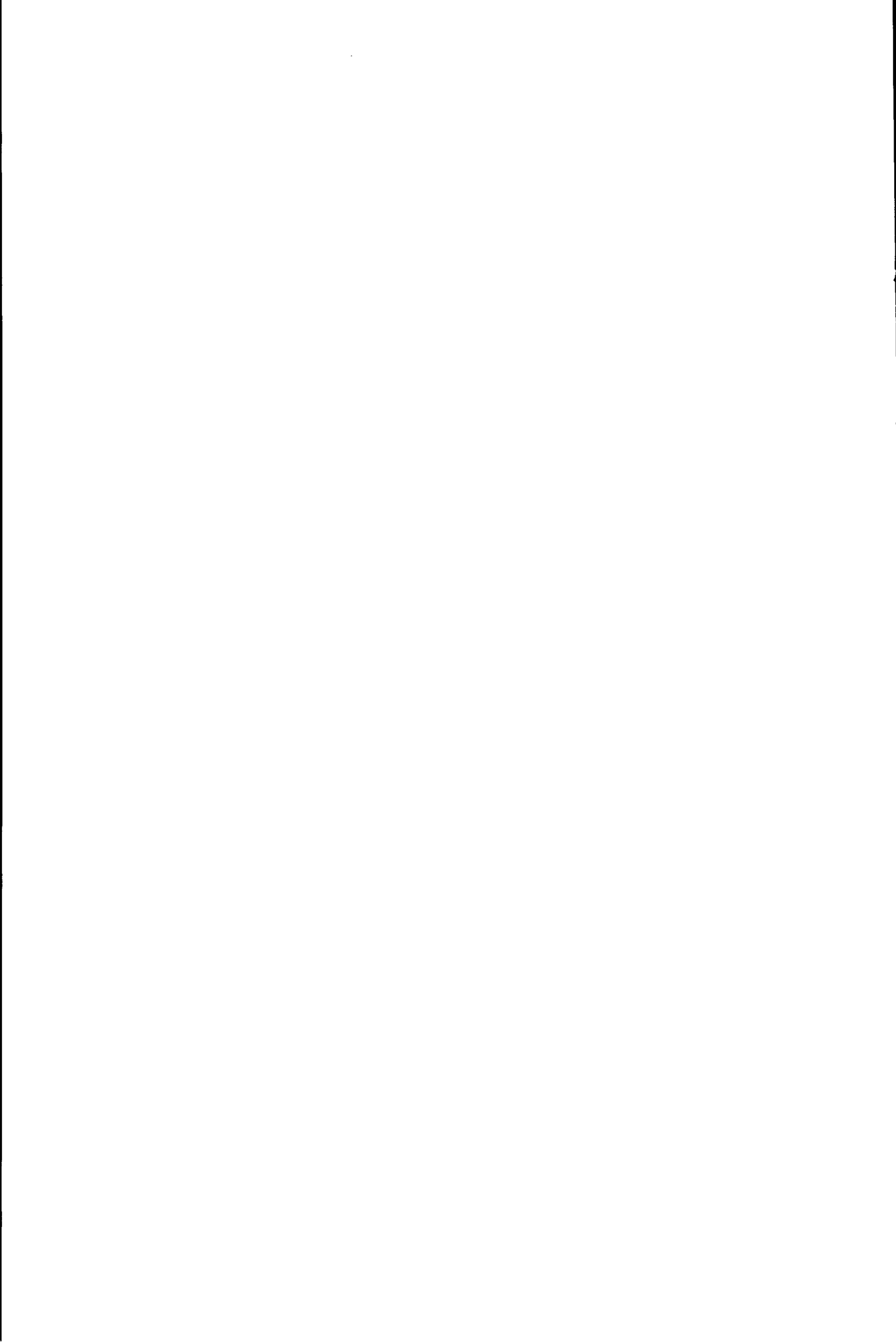
Skor 1 = Ya

Skor 0 = Tidak



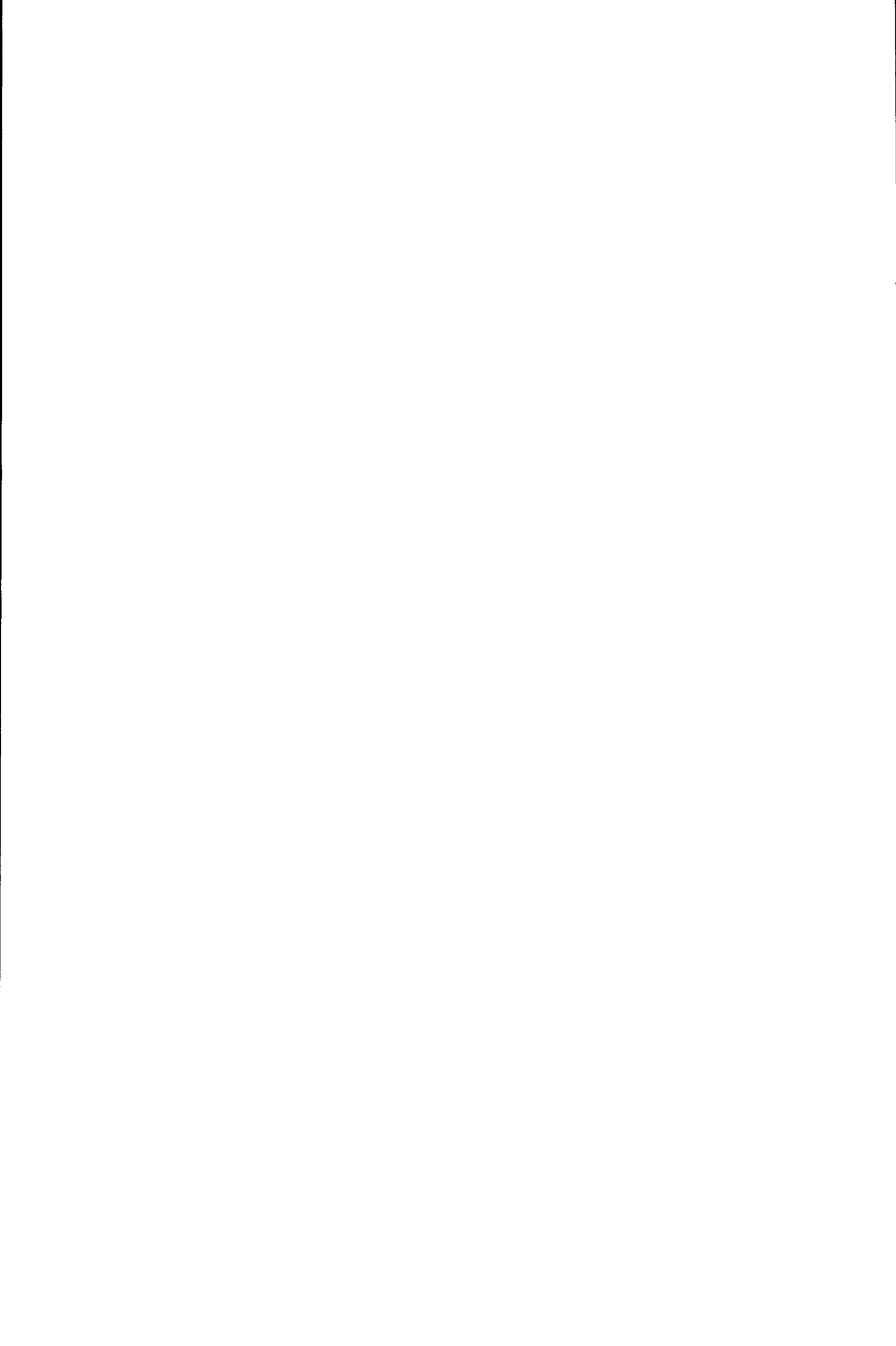
**MASALAH RESPONDEN
KELOMPOK PERLAKUAN**

| RESPONDEN | USIA (HARI) | JENIS KELAMIN | USIA KEHAMILAN | BERAT BADAN LAHIR (Gr) | KASUS |
|-----------|-----------------|------------------|-------------------|----------------------------|---|
| 1 | 3 | L | 35 minggu | 2100 | BBLR dengan KPD 16 jam |
| 2 | 3 | L | 34 minggu | 2050 | BBLR dengan PEB |
| 3 | 3 | L | 35 minggu | 2300 | BBLR dengan KPD 10 jam |
| 4 | 3 | L | 39 minggu | 3150 | BBLC dengan Post date ketuban meconial |
| 5 | 3 | L | 35 minggu | 2150 | BBLR gemelli |
| 6 | 4 | P | 39 minggu | 3200 | BBLC dengan post date ketuban meconial |
| 7 | 4 | P | 35 minggu | 2200 | BBLR dengan KPD lebih 24 jam |
| 8 | 7 | L | 35 minggu | 2200 | BBLR icterus |
| 9 | 3 | L | 39 minggu | 2900 | BBLC dengan KPD |
| 10 | 3 | L | 34 minggu | 2100 | BBLR dengan PEB |
| 11 | 3 | L | 32 minggu | 1200 | BBLSR |
| 12 | 2 | L | 39 minggu | 2300 | BBLC dengan KPD |
| 13 | 2 | L | 35 minggu | 2250 | BBLR dengan PEB |
| 14 | 3 | P | 35 minggu | 2300 | BBLR dengan PEB |
| 15 | 3 | L | 34 minggu | 2150 | BBLR dengan icterus |
| 16 | 8 | P | 35 minggu | 2250 | BBLR dengan icterus |



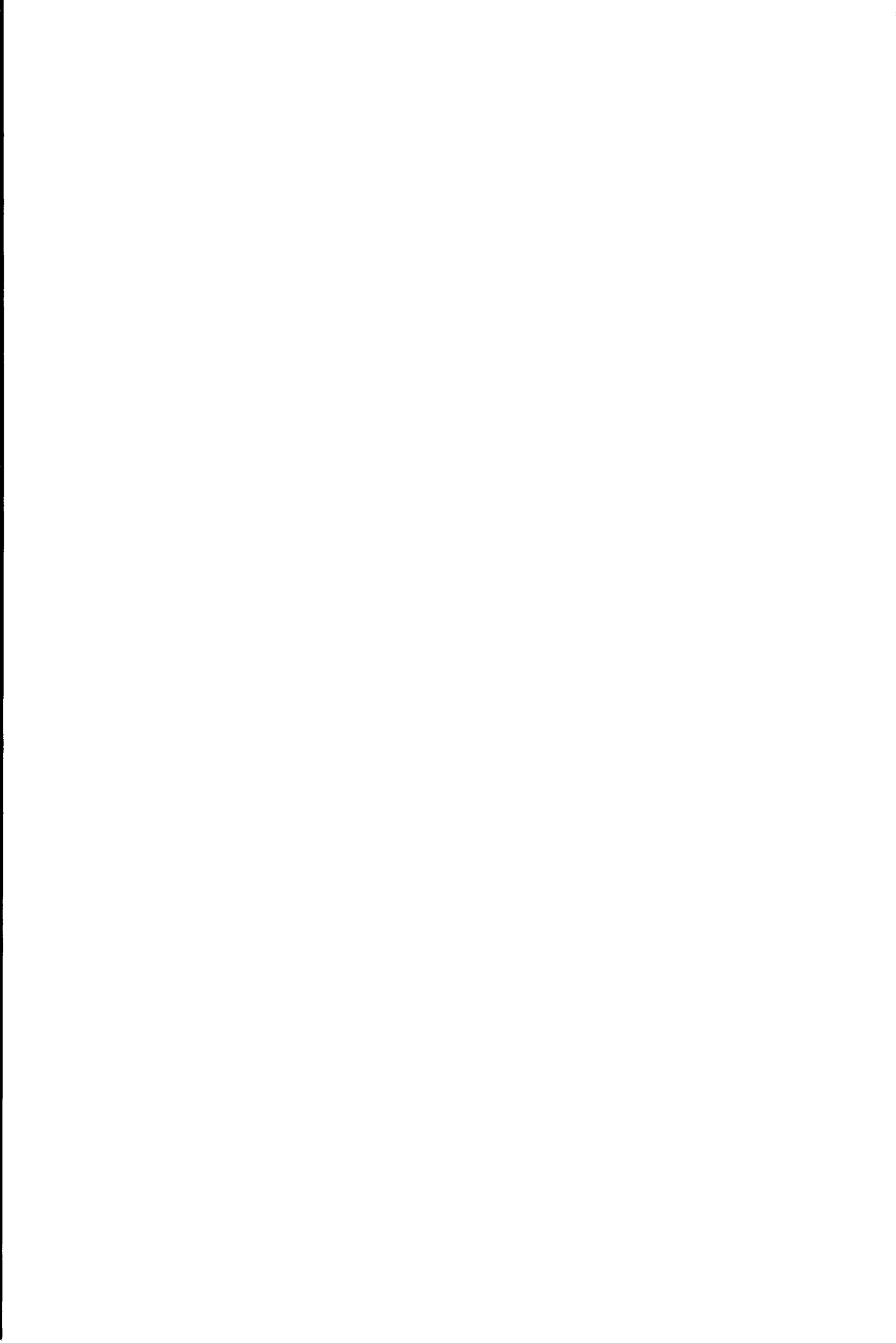
**MASALAH RESPONDEN
KELOMPOK KONTROL**

| RESPONDEN | USIA (HARI) | JENIS KELAMIN | USIA KEHAMILAN | BERAT BADAN LAHIR (Gr) | KASUS |
|-----------|----------------|------------------|-------------------|---------------------------|---|
| 1 | 3 | L | 35 minggu | 2100 | BBLR dengan KPD 15 jam |
| 2 | 3 | L | 35 minggu | 2200 | BBLR dengan PEB |
| 3 | 3 | L | 35 minggu | 2350 | BBLR dengan KPD 10 jam |
| 4 | 3 | L | 40 minggu | 3450 | BBLR dengan Post date ketuban meconial |
| 5 | 3 | L | 35 minggu | 2300 | BBLR gemelli |
| 6 | 4 | P | 40 minggu | 2900 | BBLC dengan post date ketuban meconial |
| 7 | 4 | L | 35 minggu | 2300 | BBLR dengan KPD lebih 24 jam |
| 8 | 7 | L | 35 minggu | 2400 | BBLR icterus |
| 9 | 3 | L | 39 minggu | 2950 | BBLC dengan KPD |
| 10 | 3 | L | 35 minggu | 2300 | BBLR dengan PEB |
| 11 | 3 | L | 32 minggu | 1200 | BBLSR |
| 12 | 2 | L | 38 minggu | 3400 | BBLC dengan KPD |
| 13 | 2 | L | 35 minggu | 2400 | BBLR dengan PEB |
| 14 | 3 | P | 35 minggu | 2300 | BBLR dengan PEB |
| 15 | 3 | L | 34 minggu | 2200 | BBLR dengan icterus |
| 16 | 8 | P | 35 minggu | 2400 | BBLR dengan icterus |



DATA DEMOGRAFI IBU KELOMPOK PERLAKUAN

| Resp | Usia (Tahun) | Pendidikan | Pekerjaan | Penghasilan / Bulan |
|-------------|-------------------------|-------------------|------------------|----------------------------|
| 1. | 20 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 2. | 39 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 3. | 22 | SMA | PNS | 1.000.000 – 1.500.000 |
| 4. | 37 | SMP | IRT | < 500.000 |
| 5. | 23 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 6. | 34 | SMA | PNS | 1.000.000 – 1.500.000 |
| 7. | 23 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 8. | 30 | PT | PNS | > 1.500.000 |
| 9. | 24 | SMA | IRT | 500 .000 – 1.000.000 |
| 10. | 24 | SMA | IRT | 500 .000 – 1.000.000 |
| 11. | 27 | SMA | IRT | 500 .000 – 1.000.000 |
| 12. | 28 | SMA | IRT | 500 .000 – 1.000.000 |
| 13. | 24 | SMA | WIRASWASTA | 500 .000 – 1.000.000 |
| 14. | 21 | SMA | WIRASWASTA | 1.000.000 – 1.500.000 |
| 15. | 27 | SMA | SWASTA | 500 .000 – 1.000.000 |
| 16. | 23 | SMA | IRT | 500 .000 – 1.000.000 |



DATA DEMOGRAFI IBU KELOMPOK KONTROL

| Resp | Usia (Tahun) | Pendidikan | Pekerjaan | Penghasilan / Bulan |
|-------------|-------------------------|-------------------|------------------|----------------------------|
| 1. | 27 | SMA | IRT | 500.000-1.000.000 |
| 2. | 22 | SMA | SWASTA | 500.000-1.000.000 |
| 3. | 28 | SMA | IRT | 500.000-1.000.000 |
| 4. | 33 | SMA | SWASTA | 500.000-1.000.000 |
| 5. | 31 | SMA | IRT | 1.000.000 – 1.500.000 |
| 6. | 29 | SMP | IRT | < 500.000 |
| 7. | 30 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 8. | 25 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 9. | 37 | SMA | SWASTA | 500.000 – 1.000.000 |
| 10. | 29 | SMA | SWASTA | 500.000 – 1.000.000 |
| 11. | 21 | SMP | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 12. | 20 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 13. | 27 | SMA | WIRASWASTA | 1.000.000 – 1.500.000 |
| 14. | 23 | SMA | IRT | 500.000 – 1.000.000 |
| 15. | 24 | SMA | WIRASWASTA | 500.000 – 1.000.000 |
| 16. | 40 | SMP | IRT | 500.000 – 1.000.000 |

