HUBUNGAN PERILAKU *ORAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN STOMATITIS PADA PASIEN KEMOTERAPI DI RUANG EDELWEIS RSUD ULIN BANJARMASIN

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh
Chumaira Anindayudina
NIM: 14.IK.381

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SARI MULIA
2018

LEMBAR PERSETUJUAN KOMISI PEMBIMBING

HUBUNGAN PERILAKU *ORAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN STOMATITIS PADA PASIEN KEMOTERAPI DI RUANG EDELWEIS RSUD ULIN BANJARMASIN

SKRIPSI

Disusun Oleh
Chumaira Anindayudina
NIM: 14.IK.381

Telah Disetujui Untuk Diajukan Dalam Ujian Skripsi
Pada Tanggal 03 Agustus 2018

Pembimbing I	Pembimbing II
Dini Rahmayani, S.Kep., Ns., MPH	**Rina Al Kahfi, S.Kep., Ns**
NIK. 19.44.2004.008	**NIK. 19.44.2013.081**

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGUJI

HUBUNGAN PERILAKU *ORAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN STOMATITIS PADA PASIEN KEMOTERAPI DI RUANG EDELWEIS RSUD ULIN BANJARMASIN

SKRIPSI

Oleh
Chumaira Anindayudina
NIM: 14.IK.381

Telah Diujikan Dan Dipertahankan Dihadapan Dosen Penguji Skripsi
PadaTanggal 03 Agustus 2018

Ketua Dewan Penguji

Dini Rahmayani, S.Kep., Ns., MPH
NIK. 19.44.2004.008

Anggota Dewan Penguji

Rina Al Kahfi, S.Kep., Ns
NIK. 19.44.2014.081

Penguji Utama

Putri Vidiasari D, S.Si., M.Pd
NIP. 19.44.2015.106

Mengetahui,

Ketua STIKES
Sari Mulia Banjarmasin

dr.H.R.Soedarto WW, Sp.OG
NIK. 19.44.2004.001

Ketua Program Studi Ilmu
Keperawatan dan Profesi Ners

Dini Rahmayani, S.Kep., Ns., MPH
NIK. 19.44.2004.008

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa SKRIPSI yang saya tulis merupakan karya hasil penelitian saya bersama arahan dosen pembimbing dan belum pernah dipublikasikan dalam bentuk apapun. Acuan pustaka yang tertuang dalam SKRIPSI ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan dan tertuang dalam Daftar Pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan SKRIPSI ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut. Demikian pernyataan keaslian tulisan ini dibuat dengan sebenarnya.

Banjarmasin, 03 Agustus 2018

Yang membuat pernyataan,

Chumaira Anindayudina

NIM 14.IK.381

ABSTRAK

CHUMAIRA ANINDAYUDINA. Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin. Dibimbing oleh DINI RAHMAYANI dan RINA AL KAHFI

Latar Belakang: Kemoterapi menimbulkan efek samping yaitu selain membunuh sel-sel kanker juga membunuh sel-sel yang sehat sehingga kemoterapi bisa menimbulkan efek samping diantaranya adalah stomatitis. Penanganan stomatitis karena efek samping dari kemoterapi adalah dengan *oral hygiene* dan sebuah intervensi efektif yang dapat mengurangi durasi dan keparahan stomatitis dengan menerapakan secara sistematis perilaku *oral hygiene* yang baik. Angka kejadian di dunia semua pasien yang menjalani kemoterapi 40% yang terkena stomatitis. Kejadian stomatitis pada dewasa 23,5% dengan usia 40-56 tahun.
Tujuan: Menganalisis hubungan perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.
Metode: Jenis penelitian deskriftif analitik dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Jumlah populasi 255 pasien dan dikalkulasikan menggunakan rumus ditemukan jumlah sampel 72 pasien. Tehnik pengambilan sampel dengan *accidental sampling* dan pengumpulan data menggunakan data primer. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat menggunakan *Kendall Tau*.
Hasil: Hasil penelitian didapatkan bahwa perilaku *oral hygiene* yang baik sebanyak (54,2%), perilaku *oral hygiene* yang cukup sebanyak (43%) dan perilaku *oral hygiene* yang kurang sebanyak (2,8%), sedangkan untuk kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi yang memiliki stomatitis (25%) dan yang tidak memiliki stomatitis (75%). Hasil uji analisis hubungan antara perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi menggunakan perhitungan *Kendall Tau* dengan tingkat kemaknaan 0,05 didapatkan *value*= 0,002 < α 0,05 ini berarti Ha diterima.
Simpulan: Ada hubungan perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

Kata Kunci: Kejadian Stomatitis, Pasien Kemoterapi, Perilaku *Oral Hygiene*

ABSTRACT

CHUMAIRA ANINDAYUDINA. Correlation of Oral Hygiene Behaviors with Stomatitis Incidence in Chemotherapy Patient in Edelweis Room of Ulin Hospital Banjarmasin. Supervised by DINI RAHMAYANI and RINA AL KAHFI

Background: Chemotherapy causes side effects that in addition to killing cancer cells also kill healthy cells so that chemotherapy can cause side effects such as stomatitis. Treatment of stomatitis due to side effects of chemotherapy is by oral hygiene and an effective intervention that can reduce the duration and severity of stomatitis by applying systematically good oral hygiene behavior. The incidence number of the patiens who did a chemotherapy 40% with stomatitis. The incidence of stomatitis on adult 23.5% with age 40-56 years old.
Objective: Analyzing the correlation of oral hygiene behaviors with stomatitis incidence in chemotherapy patients in Edelweis room of Ulin Hospital Banjarmasin.
Methods: Type descriptive analytic research using cross sectional design. Total population of 255 patients and calculated using the formula found the number of samples of 72 patients. Sampling techniques with accidental sampling and data collection using primary data. Analyzed using univariate and bivariate analysis using Kendall Tau.
Results: The results showed that good oral hygiene behavior (54.2%), oral hygiene behavior enough (43%) and oral hygiene behavior less (2.8%), while the incidence of stomatitis in chemotherapy patient had stomatitis (25%) and patient with no stomatitis (75%). The results analysis of the correlation between oral hygiene behaviors with incidence of stomatitis in chemotherapy patient using Kendall Tau calculation with a significance level of 0,05 obtained value = 0,002 <α 0,05 means Ha accepted.
Conclusion: There is a correlation of oral hygiene behaviors with stomatitis incidence in chemotherapy patient in Edelweis room of Ulin Hospital Banjarmasin.

Keywords: Chemotherapy Patient, Oral Hygiene Behaviors, Stomatitis Incidence

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat, karunia dan petunjuk-Nya yang tiada terkira sehingga penulis dapat merasakan indahnya beriman islam dan menyelesaikan penulisan penelitian dalam bentuk Skripsi.

Setelah mengalami berbagai rintangan, halangan dan cobaan, serta pasang surutnya semangat yang peneliti hadapi, akhirnya telah sampai pada tahapan penyusunan Skripsi yang merupakan salah satu syarat kelulusan untuk mencapai Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sari Mulia Banjarmasin.

Pada penyusunan dan penyelesaian Skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak, maka dengan penuh kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu RR. Dwi Sogi Sri R, S.KG., M.Pd selaku Ketua Yayasan Indah Banjarmasin
2. Bapak dr. H. R. Soedarto WW, Sp.OG selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sari Mulia Banjarmasin
3. Ibu Dini Rahmayani, S.Kep.,Ns., MPH selaku Ketua Program Studi Ilmu Keparawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sari Mulia Banjarmasin dan selaku Pembimbing I yang telah berkenan meluangkan waktu untuk mengarahkan dan membimbing dalam penyusunan Skripsi ini
4. Ibu Rina Al Kahfi, S.Kep.,Ns selaku Pembimbing II yang senantiasa memberikan arahan, bimbingan dan dukungan dalam penyusunan Skripsi ini
5. Bapak Indra Budi, S.Kep., Ns selaku Kepala Ruangan Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin yang telah memberikan izin dan kesempatan untuk melakukan penelitian.

6. Kepada kedua orang tua tercinta Bapak Syafyuddin, SE., MM, Ibu Dutiana dan saudara Muhammad Elvynza Fernanda Yudya dan seluruh keluarga yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil selama perkuliahan, akhirnya sampai menyelesaikan Skripsi ini
7. Teman-teman terbaik saya saat SMA, yang namanya tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung dan banyak memotivasi penulis agar dapat menyelesaikan Skripsi dengan baik.
8. Teman-teman seperjuangan terbaik saat kuliah (Aisyah, Anas, Erwin, Hariyati, Yullia, Deny, Lidya, Linda, Syaud) dan teman-teman seperjuangan lainnya yang namanya tidak dapat disebutkan satu per satu selaku yang membantu saya dalam penulisan, memberikan pemahaman dan arahan tentang penulisan Skripsi ini

Semoga kebaikan Bapak dan Ibu serta orang tua dan teman-teman mendapatkan ridho dari Allah SWT. Peneliti menyadari bahwa dalam pembuatan dan penulisan Skripsi ini memiliki banyak kekurangan sehingga dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan Skripsi ini. Penulis mengucapkan terima kasih.

Banjarmasin, 03 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL i

HALAMAN PERSETUJUAN KOMISI PEMBIMBING ii

HALAMAN PENGESAHAN DEWAN PENGUJI iii

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN iv

ABSTRAK v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL ix

DAFTAR GAMBAR x

DAFTAR LAMPIRAN xi

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 4

C. Tujuan Penelitian 5

1. Tujuan Umum 5

2. Tujuan Khusus 5

D. Manfaat Penelitian 5

1. Secara Teoritis 5

2. Secara Praktis 5

E. Keaslian Penelitian 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 9

A. Landasan Teori 9

1. Teori Kemoterapi 9

2. Teori Kanker 12

3. Teori Perilaku 18
4. Teori *Oral Hygiene*..... 32
5. Teori Stomatitis..... 36
B. Kerangka Teori..... 50
C. Kerangka Konsep Penelitian 51
D. Hipotesis 51
BAB III METODE PENELITIAN..... 52
A. Penentuan Lokasi, Waktu dan Sasaran Penelitian 52
B. Metode Penelitian 52
C. Populasi dan Sampel Penelitian 53
D. Variabel Penelitian dan Definisi Oprasional 54
1. Variabel Penelitian..... 54
2. Definisi Operasional 56
E. Pengumpulan Data..... 57
1. Jenis Data 57
2. Sumber Data 57
3. Cara Pengumpulan Data 57
4. Instrumen /Alat Pengumpulan Data 58
F. Uji Kualitas Data..... 58
1. Uji Validitas..... 58
2. Reliabilitas..... 59
G. Metode Analisis Data 60
1. Penyusunan Data..... 60
2. Teknik Analisa Data..... 61
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 64
A. Deskripsi Lokasi Penelitian..... 64
B. Hasil Penelitian 68

1. Analisis Univariat 69
2. Analisis Bivariat 74
C. Pembahasan 75
D. Keterbatasan Penelitian 84
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 85
A. Simpulan 85
B. Saran 85
DAFTAR PUSTAKA 87
LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

1.1 Keaslian Penelitian 6

3.1 Definisi Operasional..... 56

4.1 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden..... 68

4.2 Distribusi Frekuensi Umur Responden Kemoterapi..... 69

4.3 Perilaku *Oral Hygiene* 69

4.4 Perilaku Menyikat Gigi Pada Pasien Kemoterapi 70

4.5 Perilaku Berkumur-kumur Pada Pasien Kemoterapi 70

4.6 Perilaku Dalam Penggunaan Alat-alat *Oral Hygiene* Lainnya..... 71

4.7 Perilaku Pembersihan Lidah Pada Pasien Kemoterapi 71

4.8 Perilaku Mengatasi Keluhan Gigi dan Mulut Pada Pasien Kemoterapi..... 72

4.9 Perilaku Pengambilan Keputusan Dalam *Oral Hygiene*..... 73

4.10 Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi 73

4.11 Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi 74

DAFTAR GAMBAR

Tabel Halaman

2.1 Skema Perilaku 26

2.2 Kerangka Teori 50

2.3 Kerangka Konsep 51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Surat Pengajuan Judul

Lampiran 3 Surat Pengantar Studi Pendahuluan

Lampiran 4 Surat Balasan Melakukan Penelitian

Lampiran 5 Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas

Lampiran 6 Surat Balasan Uji Validitas dan Reliabilitas

Lampiran 7 Surat Permohonan Melakukan Penelitian

Lampiran 8 Surat Balasan Melakukan Penelitian

Lampiran 9 Master Tabel

Lampiran 10 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Lampiran 11 Hasil Penelitian

Lampiran 12 Surat Kesedian Menjadi Responden

Lampiran 13 Surat Pernyataan Kesedian Menjadi Responden

Lampiran 14 Kuesioner

Lampiran 15 Lembar Konsultasi Pembimbing I dan II

Lampiran 16 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 17 Berita Acara Skripsi

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kanker berkembang ketika adanya sel-sel normal dalam bagian-bagian tubuh tertentu yang dimulai dengan tumbuhnya secara tidak terkontrol. Kanker memiliki tipe-tipe yang berbeda, semua tipe sel-sel kanker tumbuh secara terus-menerus, sebagai gantinya membagi dan terus membagi untuk membentuk sel-sel abnormal (Akulapalli,2009).

Menurut data WHO tahun 2013, insiden kanker meningkat dari 12,7 juta kasus tahun 2008 menjadi 14,1 juta kasus tahun 2012, dengan jumlah kematian meningkat dari 7,6 juta orang tahun 2008 menjadi 8,2 juta pada tahun 2012. Kanker menjadi penyebab kematian nomor 2 di dunia sebesar 13% setelah penyakit kardiovaskular (Kemenkes RI, 2014). Secara nasional prevalensi penyakit kanker pada penduduk semua umur di Indonesia tahun 2013 sebesar 1,4% atau diperkirakan sekitar 347.792 orang. Provinsi D.I. Yogyakarta memiliki prevalensi tertinggi untuk penyakit kanker, yaitu sebesar 4,1%. Berdasarkan estimasi jumlah penderita kanker Provinsi Jawa Tengah dan Provinsi Jawa Timur merupakan provinsi dengan estimasi penderita kanker terbanyak, yaitu sekitar 68.638 dan 61.230 orang. hampir semua kelompok umur penduduk memiliki prevalensi penyakit kanker yang cukup tinggi. Prevalensi penyakit kanker tertinggi berada pada kelompok umur 75 tahun ke atas, yaitu sebesar 5,0% dan prevalensi terendah pada anak kelompok umur 1-4 tahun dan 5-14 tahun sebesar 0,1%. Terlihat peningkatan prevalensi yang cukup tinggi pada kelompok umur 25-34

tahun, 35-44 tahun, dan 45-54 tahun (Kemenkes RI, 2013). Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012, prevalensi penyakit kanker 3,9 per seribu penduduk (rentang : 1,8-8,8 per seribu penduduk).

Data dari rekam medik RSUD Ulin Banjarmasin pada bulan Februari 2018 terdapat 2.670 kunjungan pasien kanker dan terdapat 255 pasien tercatat yang menjalani kemoterapi di Ruang Edelweis Ulin Banjarmasin yang tercatat di bulan Februari 2018.

Saat ini, terapi kanker terdiri dari operasi, radioterapi, kemoterapi dan terapi biologi serta beberapa metode lainnya. Dalam lokal stadium lanjut kemoterapi sering menjadi satu-satunya metode efektif terapi kanker. Kemoterapi adalah penggunaan obat anti-kanker untuk menghancurkan sel-sel kanker, sejak berproliferasi juga terjadi di beberapa organ normal, kemoterapi juga memberikan efek toksik pada sel normal, terutama dengan jaringan siklus sel yang cepat seperti sumsum tulang, mukosa epitel dan rambut folikel (Saleh, 2006).

Kemoterapi juga menimbulkan efek samping yaitu selain membunuh sel-sel kanker juga membunuh sel-sel yang sehat sehingga kemoterapi sering menimbulkan efek samping diantaranya adalah stomatitis (Marthalena, *et.al*, 2016). Stomatitis merupakan respon peradangan dari sel epitel pada mukosa mulut (Eilers, *et.al*, 2011). Stomatitis adalah bentuk dari *mucositis* yang spesifik terjadinya di daerah mulut atau membaran mukosa pada oroparingeal. Stomatitis adalah salah satu efek samping kemoterapi yang paling melemahkan dan menyakitkan. Angka kejadian di dunia semua pasien yang menjalani kemoterapi sekitar 40% yang terkena stomatitis (Carlton, 2015). Kejadian stomatitis pada dewasa diperkirakan 23,5% dengan rentang usia 40-56

tahun (Faisel, 2012). Kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi sekitar 41,7% mulai mengalami stomatitis pada rentang waktu >1 minggu dan 43,3% mulai mengalami stomatitis pada rentang waktu 4 sampai 7 hari. Stomatitis langsung dapat terjadi 7 sampai 10 hari setelah pemberian kemoterapi (Naidu, 2004). Pada penelitian (Faisel, 2012) angka kejadian stomatitis sekitar 33,3% pasien sudah mulai merasakan keluhan stomatitis 4 sampai 7 hari setelah pemberian kemoterapi, namun sebagian besar pasien yaitu 41,7% mulai merasakan keluhan stomatitis setelah >1 minggu.

Menurut (Carlton, 2015) penanganan stomatitis pada penderita kanker dikarenakan efek samping dari kemoterapi adalah dengan *oral hygiene* dan juga sebuah intervensi efektif yang dapat mengurangi durasi dan keparahan stomatitis yaitu dengan menerapakan secara sistematis perilaku *oral hygiene* yang baik (Mc Guire, *et.al*, 2006), adapun faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku *oral hygiene* seseorang yaitu praktik sosial, status sosial ekonomi, pengetahuan, kebudayaan, pilihan pribadi, kondisi fisik (Perry dan Potter, 2005).

Oral hygiene merupakan salah satu tindakan mandiri perawat untuk mempertahankan kebersihan mulut dengan cara menyikat gigi, dan berkumur untuk mencegah dan mengontrol plak pada gigi, mencegah inflamasi dan infeksi, serta meningkatkan kenyamanan, asupan nutrisi, dan komunikasi verbal (Nurhidayatun, 2013). *Oral hygiene* yang secara teratur adalah hal yang lebih penting dalam mencegah maupun mengurangi stomatitis. *Oral hygiene* sangat sering sekali diabaikan dalam intervensi keperawaatan. Kualitas, frekuensi, dan konsistensi perawatan pada mulut adalah faktor yang paling penting dalam pencegahan stomatitis, maka dari itu peran perawat juga memiliki peranan penting dan

bertanggung jawab untuk meningkatkan upaya pencegahan terjadinya stomatitis. Perawat memiliki posisi pendukung dan stimulator pasien melalui pemberian pendidikan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Februari 2018 terdapat 255 pasien yang menjalani kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

Berdasarkan latar belakang masalah penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin”, sehingga dapat selalu digunakan untuk intervensi keperawatan selanjutnya untuk mencegah dan mengurangi stomatitis akibat kemoterapi.

B. RUMUSAN MASALAH

"Apakah ada hubungan antara perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin?”

C. TUJUAN PENELITIAN

a. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterap di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

b. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perilaku *oral hygiene* pada pasien kanker di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.
2. Mengidentifikasi kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.
3. Menganalisis hubungan perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

D. MANFAAT

1. Teoritis

Diharapkan penelitian ini dimanfaatkan sebagai acuan pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin untuk menaruh perhatian lebih pada *oral hygiene* untuk mencegah maupun mengurangi stomatitis.

2. Praktisi

a. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan bacaan dan sebagai referensi bagi institusi bidang kesehatan.

b. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan pembelajaran langsung terhadap pasien kemoterapi bahwa *oral hygiene* sangat penting dalam upaya kesembuhan stomatitis akibat kemoterapi.

c. Bagi Penelti

Dapat menambah pengalaman, pengetahuan dalam melaksanakan penelitian dan juga untuk menjadi acuan intervensi yang akan datang kepada seluruh pasien kemoterapi.

E. Keaslian Penelitian

Table 1.1 Persamaan dan Perbedaan Penelitian Terkait

NO	Judul	Desain	Perbedaan
1.	Carlton G. Brown *"Stomatitis: An Overview: Protecting The Oral Cavity During Cancer Treament"*	Penelitian desktriptif	Meneliti tentang seorang perawat harus memberikan edukasi kepada pasien kemoterapi, betapa pentingnya *oral hygiene* kepada pasien yang menjalani kemoterapi dan mengalami stomatitis akibat efek kemoterapi untuk mengurangi terjadinya stomatitis dan mempercepat penyembuhan pada stomatitis

2.	Applonia, Bambang Priyono, dan Niken Widyanti "*Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pemeliharaan Kebersihan gigi dan Mulut Ibu Hamil di Puskesmas Kabupaten Kupang"*	1. Observasional analitik 2. Rancangan *cross sectional* 3. Analisis data menggunakan uji korelasi product moment dan regresi berganda	Meneliti tentang pengetahuan, sikap, dan kebiasaan menginang, berkolerasi dengan perilaku pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut (F = 21,890, p= 0,000) dan Pengetahuan memberikan pengaruh paling besar terhadap perilaku pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut.
3.	Culia Rahayu, Sri Widiati, dan Niken Widyanti *"Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku terhadap Pemeliharaan Kebersihan Gigi dan Mulut dengan Status Kesehatan Periodontal Pra Lansia di Posbindu Kecamatan Indihiang Kota Tasikmalaya"*	1. Peneltian non eksperimental 2. Rancangan *cross sectional* 3. Teknik pengambilan dengan cara *purposive sampling* 4. Tekhnik analisis data kerelasi dan regresi berganda	Penelitian ini meneliti tentang pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut yang berhubungan dengan status kesehatan periodontal pada pra lansia.

Perbedaan penelitian ini terletak pada penggunaan desain penelitian, waktu dan tempat penelitian. Metode penelitian yang ingin peneliti lakukan adalah *accidental sampling* dengan rancangan *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif, sampel dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kanker yang menjalani kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kemoterapi

a. Definisi Kemoterapi

Kemotrapi adalah pemberian obat untuk membunuh sel kanker. Tidak seperti radiasi atau operasi yang bersifat local, kemoterapi merupakan terapi sistemik, yang berarti obat menyebar keseluruh tubuh dan dapat mencapai sel kanker yang telah menyebar jauh atau metastase ketempat lain (Rasjidi, 2007).

b. Tujuan Pemberian Kemoterapi

Tujuan dari pemberian kemoterapi bagi pasien yang mengalami kanker ganas yang dikutip dari penelitian Indra Budi (2010):

1) Pengobatan

Dengan pemberian kemoterapi diharapkan dapat membunuh atau setidaknya mengurangi pertumbuhan sel kanker.

2) Mengurangi masa tumor selain pembedahan atau radiasi

Besar dan masa tumor dapat dikurangi dengan cara menghambat replikasi sel tumor.

3) Meningkatkan kelangsungan hidup dan memperbaiki kualitas hidup secara langsung apabila sel kanker dapat dibunuh atau minimal dihambat pertumbuhannya akan meningkat angka pada survival pasien.

4) Mengurangi komplikasi akibat metastase

Pertumbuhan sel terhambat maka akan mencegah berbagai macam komplikasi akibat metastase ke organ lain.

a. Cara pemberian Kemoterapi

Menurut Rasjidi (2007) cara pemberian kemoterapi meliputi:

1) Pemberian Per Oral

Beberapa jenis kemoterapi telah dikemas untuk pemberian peroral, diantaranya adalah *chlorambucil* dan *etoposide* (VP-16).

2) Pemberian secara intramuskular

Pemberian dengan cara ini relatif lebih mudah dan sebaiknya suntikan tidak diberikan pada lokasi yang sama dengan pemberian dua-tiga kali berturut-turut. Yang dapat diberikan intramuskulus antara lain *Bleomicin* dan *Methotrexate.*

3) Pemberian secara intravena

Pemberian secara intavena dapat diberikan secara bolus perlahan-lahan atau diberikan secara infus (drip). Cara ini merupakan kemoterapi yang paling umum dan banyak digunakan.Pemberian secara intra arteri. Pemberian intraarteri jarang dilakukan karena membutuhkan sarana yang cukup banyak, antara lain radiologi diagnostik, mesin, atau alat filter, serta memerlukan keterapilan tersendiri.

Komplikasi yang dapat timbul dari terapi IV:

a) Infiltrasi (ekstravasasi)

b) Trombophlebitis

c) Bakteremia

d) Emboli udara

e) Perdarahan

f) Trombosis

g) Imbalance elektroli

h) Hematom, dll.

4) Pemberian secara intraperitoneal

Cara ini jarang dilakukan karena membutuhkan alat khusus (kateter intraperitoneal) serta kelengkapan kamar operasi karena pemasangan perlu narkose. Pemberian kemoterapi diindikasikan dan disyaratkan pada minimal tumor residu pada kanker. Penelitian yang dilakukan membandingkan pemberian kemoterapi secara intavena dan intraperitoneum. Keduanya tidak berbeda baik dalam respons, survival maupun toksisitasnya.

b. Cara penggunaan Kemoterapi

Penggunaan kemoterapi menurut Imam Rasjidi (2007) sebagai berikut:

1) Terapi adjuvant: kemoterapi yang diberikan sesudah operasi, dapat sendiri atau bersamaan dengan radiasi dan bertujuan untuk membunuh sel yang telah bermetastase.
2) Kemoterapi nonadjuvan: kemoterapi yang diberikan sebelum operasi untuk mengecilkan massa tumor, biasanya dikombinasikan dengan radioterapi.
3) Kemoterapi primer : digunakan sendiri dalam penatalaksanaan tumor, yang kemungkinan kecil untuk diobati dan kemoterapi digunakan untuk mengontrol gejalanya.
4) Kemoterapi induksi: digunakan sebagai terapi pertama dari beberapa terapi berikutnya.
5) Kemoterapi kombinasi: menggunakan dua atau lebih agen kemoterapi.

c. Efek Samping Kemoterapi

Umumnya efek samping kemoterapi bagi pasien dibagi menjadi empat bagian dikutip dari penelitian Indra Budi, (2010) yaitu :

1) Efek samping kemoterapi yang segera terjadi *(Immediate side effects)* yang timbul dalam 24 jam pertama, mislanya mual dan muntah
2) Efek samping yang terjadi awal *(Early side effects)* yang timbul dalam beberapa hari sampai minggu kemudian, misalnya neutropenia dan stomatitis
3) Efek samping yang terjadi belakangan *(Delayed side effects)* yang timbuk dalam beberapa minggu sampai bulan, misalnya neuropati perifer dan nefropati
4) Efek samping yang terjadi kemudian *(Late side effects)* yang timbul beberapa bulan sampai tahun, misalnya steril atau tidak mampu punya keturunan.

2. Kanker

a. Pengertian Kanker

Menurut Bustan (2007) dalam istilah kanker, benjolan patologis pada tubuh dikenal dengan beberapa istilah :

1) Tumor adalah benjolan atau pembengkakan, terdiri dari tumor ganas dan jinak
2) Kanker adalah neoplasma = karsinoma = keganasan = tumor ganas
3) Onkologi adalah ilmu tentang kanker
4) Kanker adalah segolongan penyakit yang ditandai dengan pembelahan sel yang tidak terkendali. Kemampuan sel-sel tersebut

untuk menyerang jaringan biologis lainnya, baik dengan pertumbuhan langsung dijaringan yang bersebelahan (invasi) atau dengan migrasi sel ketempat yang jauh atau (metastatis) bisa berlangsung sangat cepat.

b. Penyebab Kanker

Menurut Bustan (2007) secara umum faktor-faktor yang dianggap sebagai penyebab penyakit kanker antara lain :

1) Faktor Kimiawi

Di inggris ditemukan banyak kanker kulit pada pekerja pembersih cerobong asap. Gejala yang mengandung senyawa karbon dianggap sebagai penyebabnya. Kanker kulit juga banyak ditemukan pada pekerja pabrik cat, karena cat mengandung bahan kimia yang berisiko berbahaya.

2) Faktor Fisik

Secara fisik kanker berkaitan dengan trauma/pukulan berulang-ulang baik berupa trauma fisik maupun penyinaran. Penyinaran bisa berbentuk sinar ultraviolet yang berasal dari sinar matahari yang dianggap penyebab kanker. Hal ini ditemukan pada orang kulit putih yang senang berjemur di matahari. Sinar lain seperti sinar X *(Rontgen)* dan radiasi bom atom sinar disebut pula sebagai penyebab kanker.

3) Faktor Bio-organisme

Misalnya virus, pernah dianggap sebagai kunci penyebab kanker dengan ditemukannya hubungan virus dan kanker pada binatang percobaan. Namun ternyata konsep itu berkembang lanjut pada manusia.

4) Faktor Nutrisi

Salah satu contoh utama adalah dianggapnya aflatoksin yang dihasilkan oleh jamur pada kacang dan padi-padian sebagai penyebab kanker hati.

5) Faktor Hormon

Pengaruh hormon dianggap cukup besar, namun mekanisme dan kepastian peranannya belum jelas. Pengaruh horamon jelas terlihat pada organ tubuh yang banyak dipengaruhi oleh hormon seperti payudara, rahim dan ovarium. Peningkatan hormon seksual meningkat pada kejadian kanker payudara dan rahim.

c. Diagnosa Kanker

Sebuah diagnosis yang dapat digunakan untuk menentukan kronis atau selain gejala kanker biasanya membutuhkan pemeriksaan mikroskopis jaringan yang diperoleh dengan biopsy. Jaringan kanker memiliki ciri morfologis yang sangat khas saat diamati dengan mikroskop. Diantaranya berupa banyaknya jumlah sel yang mengalami mitosis, variasi jumlah dan ukuran nukleus, variasi ukuran dan bentuk sel, tidak terdapat fitur seluler yag khas, tidak terjadi koordinasi seluler yang bisa tampak pada jaringan normal dan tidak terdapat batas jaringan yang jelas (As'adi, 2013).

Kebanyakan kanker dikenali karena tanda atau gejala tampak atau melalui *"screening".* Kedua pengamatan ini tidak dapat digunakan untuk menyusun diagnosis yang jelas, yang biasanya membutuhkan sebuah biopsy. Beberapa kanker ditemukan secara tidak sengaja pada saat evaluasi medis dari masalah yang tak berhubungan (As'adi, 2013).

d. Mekanisme Kanker

Menurrut Bustan (2007) beberapa konsep dasar tentang mekanisme kausa terjadinya kanker lebih banyak diajukan. Diantranya adalah teori *Doll's nature, nature and luck* dan teori *promotion* dan *initiation.*

1) *Doll's nature, nature and luck*

Nature dimaksud adalah bawaan genetika dari individu sejak lahir, mislanya orang kulit putih lebih berkemungkinan menderita kanker kulit dari pada orang kulit berwarna. *Narture* berkaitan dengan apa yang telah dilakukan sejak lahir, dlam pengertian luas hal ini berkaitan dengan "gaya hidup". Misalnya sejak umur 19 tahun telah merokok sehingga telah terpapar rokok sebai salah satu kausa kanker. *Luck* berkaitan dengan kata nasib atau factor kemungkinan. Ada orang mati muda 40 tahun dengan kanker dan ada yang hidup sampai 70 tahun tanpa kanker, padahal keduanya mempunyai faktor genetika *(nature)* dan gaya hidup *(nurture)* yang sama. Gabungan ketiga faktor inilah yang menentukan terjadinya kanker. *Nature and nurture* memberikan kemungkinan seseorang mendapat kanker secara individu, faktor ini sangat menonjol dan menentukan. Tetapi faktor ini semakin tidak berperan jika kita berbicara dalam hal populasi secara umum. Misalnya dengan 170 juta penduduk Indonesia dan kita menghitung jumlah penderita kanker pertahun, faktor *luck* akan hampir tidak ada dan sebaliknya justru faktor *nature* dan *nurture* yang menonjol.

Antara *nature* dan *nurture,* faktor *nature* kelihatan menonjol pada aspek lain terjadinya kanker. Misalnya faktor golongan darah A lebih tinggi 20% berisiko kanker lambung dibanding yang

bergolongan darah O. Sedangkan dalam kaitannya dengan terpapar matahari sebagai faktor *nurture,* didapatkan bahwa orang berkulit putih lebih tinggi resikonya dari pada golongan kulit berwarna. Pada contoh yang terakhir ini, faktor *nature* dan *nurture* kemungkinan sama-sama berpengaruh dalam terjadinya kanker kulit.

2) Teori *promotion* dan *initiation*

Permulaan terjadinya kanker dimulai dengan adanya zat bersifat nitiation, yang merangsang permulaan perubahan sel untk terjadinya kanker. Initiator perlu disusul dengan zat promotion yang mempunyai efek *reversible* terhadap perubahan sel, sehingga diperlukan perangsangan yang lama dan berkesinambungan.

Tahap *initiation* merupakan sebuah keterpaparan tunggal yang singkat tetapi tinggi atau *multiple low disease* yang dapat menginduksi perubahan pada sel berupa proliferasi setempat. Perubahan ini sendiri belumlah sampai pada tingkat menyebabkan tumor. *Initiaty agent* biasanya berupa unsure kimia, fisik atau biologis yang berkemampuan bereaksi langsung dan mengubah struktur dasar komponen genetik/DNA sel. Keadaan selanjutnya diikuti dengan tahap promosi. Proses ini ditandai dengan berkembangnya neoplasma dengan terbentuknya formasi tumor. Berlangsung lama, minggu sampai tahunan. Terjadinya kanker memerlukan *long letancy period*. Mungkin saja keterpaparan itu terjadi diwaktu muda (usia 20-30 tahunan), namun deteksinya baru dapat dilakukan pada usia 50 tahunan dan gejalanya yang jelas baru muncul di usia 60 tahun (Bustan, 2007).

e. Gejala Kanker

Gejala-gejala kanker tersebut antara lain ialah penderita kerap kali merasa kelelahan secara terus menerus. Kelelahan tubuh ini merupakan salah satu gejala yang paling umum. Biasanya gejala ini dirasakan pada wal penyakit kanker. Kanker juga bisa ditandai dengan terjadinya penurunan berat badan yang tidak sengaja yang juga muncul demam. Demam ini bisa dirasakan penderita pada saat tertentu. Hal ini barangkali disebabkan karenapenyakit kanker tersebut telah mempengaruhi sistem pertahanan tubuh, atau sebagai respon dari pengobatan. Demam ini biasanya berlangsung saat penyakit kanker sudah diderita pasien atau memasuki stadium (As'adi, 2013).

Kanker juga seringkali ditandai dengan perubahan tertentu yang terjadi pada kulit tubuh. Biasanya, kulit penderita itu akan tampak menjadi kuning atau gelap. Selain itu, bisa terjadi juga pertumbuhan rambut yang tidak norma, ruam kemerahan pada kulit dan gatal pada kulit. Rasa sakit pun menjadi salah satu tanda adanya kanker pada seseorang. Sakit ini biasanya dirasakan saat penyakit kanker sudah mulai menyerang. Rasa nyeri sakit ini bisa juga sebagai indikasi awal dari tipe kanker tertentu seperti kanker tulang (As'adi, 2013).

f. Jenis-jenis Kanker

Banyak sekali jenis kanker. Masing-masing dari jenis kanker tersebut mempunyai gejala dan potensi sendiri-sendiri dalam menyebabkan kematian pada penderitanya. Penamaan pada kanker, biasanya diambil dimana kanker itu tumbuh. Jika kanker itu tumbuh atau terdapat di paru maka dinamkan kanker paru-paru, jika tumbuh di otak dinamakan kanker otak. Berikut jenis-jenis kanker yang umum dijumpai seperti kanker paru-paru, usus, payudara, pankreas, prostat,

kanker darah, empedu dan hati, ovarium dan kanker kerongkongan (As'adi, 2013).

3. Perilaku

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organism atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari segi biologis semua makhluk hidup termasuk binatang dan manusia, mempunyai aktivitas masing-masing. Secara singkat, aktivitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi 2 yakni :

a. Aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain misalnya : berjalan, bernyanyi, tertawa dan sebagainya.
b. Aktivitas yang tidak diamati orang lain (dari luar) misalnya : berfikir, berfantasi, bersikap dan sebagainya.

Menurut Skiner dalam Notoadmodjo (2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia terjadi melalui proses stimulus → organisme → respon, kemudian teori ini disebut teori "S-O-R". Berdasarkan teori "S-O-R" tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

a. Perilaku Tertutup

Perilaku tertutup terjadi apabila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar secara jelas). Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulasi yang bersangkutan yang dapat diukur dari pengetahuan dan sikap.

b. Perilaku Terbuka

Perilaku terbuka ini terjadi apabila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan, atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau *"Observable Behavior",* dan perilaku terbuka ini adalah bentuk tindakan nyata, dalam bentuk kegiatan, atau dalam bentuk praktik *(practice).*

Perilau itu dibentuk didalam diri seseorang dari dua faktor utama yakni stimulus merupakan faktor dari luar diri seseorang tersebut (faktor eksternal), dan respon merupakan faktor dari dalam diri seseorang bersangkutan (faktor internal).

Dari penelitian-penelitian yang ada faktor eksternal yang paling besar perannya dalam membentuk perilaku manusia adalah faktor social dan faktor budaya dimana seseorang tersebut berada .

Dimana faktor sosial sebagai faktor eksternal mempengaruhi perilaku antara lain struktur sosial, pranata-pranata sosial, dan permasalahan-permasalahan sosial lainnya. Sedangkan faktor budaya sebagai faktor eksternal mempengaruhi perilaku seseorang antara lain nilai-nilai, adat istiadat, kepercayaan, kebiasaan masyarakat, dan tradisi.

Kemudian dari faktor internal yang mempengaruhi perilaku seperti perhatian, motivasi, presepsi, intelegensi, fantasi dan sebagainya dicakup oleh psikologi. Dapat disimpulkan bahwa konsep dasar perilaku dibagi atas 3 cabang ilmu yaitu psikologi, sosiologi, dan antropologi.

a. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan.

Dengan kata lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati *(Observeble)* maupun tidak dapat diamati *(Unobserveble)*, yang berkaita dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Perilaku kesehatan pada garis besarnya dikelompokkan menjadi 2 kelompok yakni perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat kemudian perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya.

b. Domain Perilaku

Dalam domain perilaku sebenarnya perilaku adalah totalitas yang terjadi pada orang yang bersangkutan. Dengan kata lain perilaku adalah keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama faktor internal dan faktor eksternal. Perilaku seseorang adalah sangat komplek dan mempunyai bentangan yang sangat luas.

Menurut Benyamin Bloom dalam Notoadmojo (2010), seseorang ahli psikologi pendidikan membedakan 3 area wilayah, ranah, atau domain perilaku ini, yakni kognitif *(cognitive)*, afektif *(affective)*, psikomotor *(psychomotor)* kemudian oleh ahli pendidikan di Indonesia, ketiga domain perilaku ini diterjemahkan kedalam cipta

(kognitifI), rasa (afektif) dan karsa (psikomotor) atau peri cipta, peri rasa, peri tindak.

Dalam perkembangan selanjutnya domain perilaku dikembangkan dalam dunia pendidikan menjadi 3 ranah perilaku sebagai berikut :

1) Pengetahuan *(knowledge)*
2) Sikap *(attitude).*
3) Tindakan atau praktik *(practice)*

c. Indikator Perilaku Kesehatan

Perilaku mencakup 3 hal domain, yakni pengetahuan, siakp dan tindakan atau praktik. Oleh sebab itu mengukur perilaku dan perubahannya, khususnya perilaku kesehatan juga mengacu kepada 3 domain tersebut. Secara rinci dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Pengetahuan Kesehatan *(Health Knowledge)*

Pengetahuan tentang kesehatan adalah apa yang mencakup dan diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara-cara memeliahra kesehatan ini meliputi :

a. Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit dna tanda-tandanya gejala dan penyebabnya, cara pencegahannya, cara mengatasinya atau menangani sementara).
b. Pengetahuan tentang faktor-faktor terkait atau mempengaruhi kesehatan antara lain, gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah , perumahan sehat dan polusi udara.
c. Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang professional maupun tradisional.

d. Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun lalu lintas dan kecelakaan tempat-tempat umum.

2) Sikap Terhadap Kesehatan

Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilalian orang terhadap hal-hal yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, mencakup sekurang-kurangnya 4 variabel, yaitu :

a) Sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular (meliputi jenis penyakit dan tanda-tanda atau gejalanya, cara pencegahan, cara mengatasi atau menanganinya sementara).
b) Sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan atau mempengaruhi kesehatan, antara lain gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat dan polusi udara.
c) Sikap untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun lalu lintas dan kecelakaan tempat-tempat umum.

3) Praktik Kesehatan *(Health Practice)*

Praktik kesehatan adalah tindakan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan. Tindakan atau praktik kesehatan ini juga meliputi 4 faktor seperti pengetahuan dan sikap kesehatan tersebut diatas, yaitu :

a) Tindakkan atau praktik sehubungan dengan pencegahan penyakit menular dan tidak menular dan praktik tentang mengatasi atau menangani sementara penyakit yang diderita.

b) Tindakan atau praktik sehubungan dengan gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat dan polusi udara.

c) Tindakan atau praktik sehubungan dengan penggunaan (utilisasi) fasilitas pelayanan kesehatan.

d) Tindakan atau praktik untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, maupun lalu lintas dan kecelakaan di tempat umum.

4) Determinan Perilaku Kesehatan

Perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respon (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Dengan kata lain, perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh beberapa faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan. Banyak teori tentang determinan perilaku semua didasarkan pada asumsi yang dibangun. Dalam bidang perilaku kesehatan ada 3 teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian kesehatan masyarakat. Ketiga teori tersebut adalah :

a) Teori Lawrence Green

Berkaitan dengan analisis penyebab masalah kesehatan, yang dibedakan menjadi 2 yaitu *Behavioural Factors* (faktor perilaku), *Non Behavioural Factors* (non faktor perilaku). Selanjutnya Green menganalisis, bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama :

1) Faktor Predisposisi, yaitu faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dll.
2) Faktor pemungkin, yaitu faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud faktor pemungkin adalah saran dan prasaran atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya puskesmas, rumah sakit, tempat pembuangan air, pembuangan sampah, tempat olahraga , makanan bergizi, uang, dsb.
3) Faktor penguat, yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun seseorang tahu dan mampu berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya.

b) Teori Snehandu B. Karr

Karr seorang staf pengajar departemen pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, Universitas Kalifornia di Los Angeles, mengidentifikasi ada 5 determinan perilaku, yaitu :

1) Adanya niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus diluar dirinya. Misalnya orang mau membuat jamban/WC keluarga di rumahnya, apabila dia mempunyai niat untuk itu.
2) Adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya didalam kehidupan seseorang dimasyarakat, perilaku orang tersebut cenderung memerlukan legitimasi dari masyarakat disekitarnya. Apabila perilaku seseorang tersebut bertentangan atau tidak memperoleh dukungan

dari masyarakat maka dia akan merasa tidak nyaman atau kurang nyaman. Demikian pula untuk berperilaku kesehatan orang memerlukan dukungan masyarakat sekitarnya, paling tidak menjadi bahan gunjingan atau bahan pembicaraan masyarakat.

3) Terjangkaunya informasi adalah tersedianya informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang.
4) Adanya otonomi atau kebebasan pribadi untuk mengambil keputusan.
5) Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak apapun memang diperlukan suatu kondisi yang tepat. Kondisi dan situasi mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas yang tersedia serta kemampuan yang ada.

c) Teori WHO

Tim kerja pendidikan kesehatan dari WHO merumuskan determinan perilaku ini sangat sederhana. Mereka mengatakan, bahwa mengapa seseorang berperilaku, karena adanya alasan pokok (determinan), yaitu :

1) Pemikiran dan perasaan *(Thoughts and Feeling)*

   Hasil pemikiran dan perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku.
2) Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai *(Personal References)*.

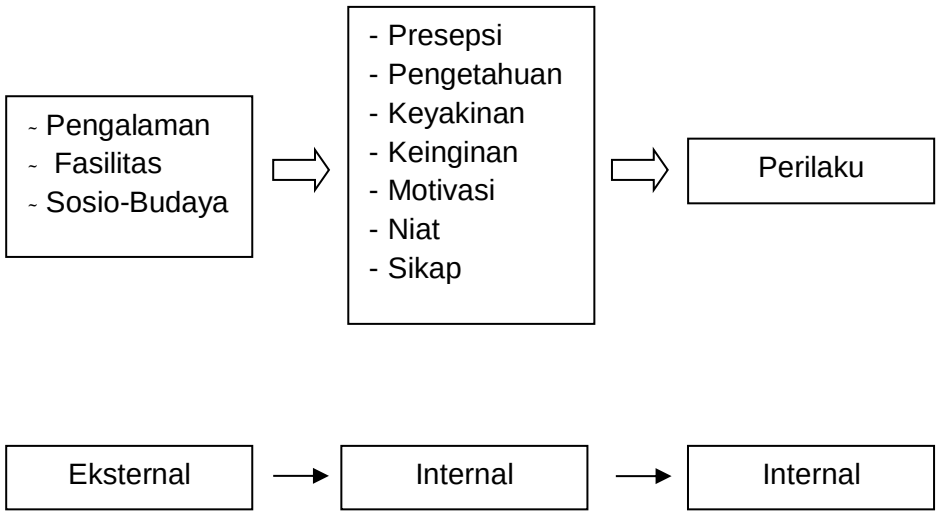
3) Didalam masyarakat, dimana sikap paternalistic masih kuat, maka perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan (referensi) yang pada umumnya adalah para tokoh masyarakat setempat.

a) Sumber Daya *(resources)*

Pendukung untuk terjadinya perilaku seseorangatau masyarakat. Kalau dibandingkan dengan teori Green, sumber daya ini adalah sama dengan faktor *enabling* (sarana da prasarana atau fasilitas).

b) Sosio Budaya *(Culture)*

Biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Dimana faktor sosial-budaya merupakan uraian dari terbentuknya perilaku dari masing-masing budaya tiap daerah berbeda.



Gambar 2.1 Skema Perilaku

Sumber : Notoatmodjo (2010)

Dari skema tersebut dapat dijelaskan bahwa perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor diluar orang tersebut (lingkungan). Kemuadian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipresepsikan, diyakini, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, akhirnya terjadilah pewujudan niat tersebut yang berupa perilaku (Notoatmodjo, 2010).

4) Faktor-fakor Yang Mempengaruhi Perilaku

Dalam proses pembentukan perilaku terdapat hal yang mempengaruhi perilaku manusia terkait dengan lingkungan, fasilitas dan sosio-budaya seperti berikut :

a) Lingkungan

Lingkungan disini menyangkut segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik fisik, biologis maupun sosial. Ternyata lingkungan sangat berpengaruh terhadap perilaku individu karena lingkungan merupakan lahan untuk perkembangan perilaku. Contoh : individu yang bergaul dengan individu yang tinggal atau berada di lingkungan yang tidak perduli dengan kesehatannya dan perilakunya banyak diwarnai keadaan tersebut maka individu yang lain akan mengikuti hal yang sama pula karena lingkungan besar pengaruhnya terhadap perilaku.

Lingkungan merupakan tempat pola interaksi sosial dihasilkan dan menghasilkan hubungan yang berkesinambungan dalam suatu masyarakat dimana saling keterkaitan satu sama lain sebagai anggota

masyarakat yang memicu perubahan perilaku sebagai hasil respon terhadap stimulus dan lingkungan memberikan pengalaman-pengalaman dari eksternal dan internal sebagai respon (Notoadmodjo, 2010).

b) Fasilitas

Fasilitas adalah sarana prasarana seseorang dalam mendapatkan informasi terutama dalam kesehatan. Ketersediaan fasilitas dengan mutu pelayanan yang baik akan mempercepat perwujudan derajat kesehatan masyarakat. Dengan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang bermutu secara merata dan terjangkau akan meningkatkan akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas dapat berpengaruh terhadap perilaku seseorang (Indah, 2012).

c) Sosio-Budaya

Dalam Notoadmodjo (2010), aspek sosial selanjutnya dijelaskan beberapa aspek yang mempengaruhi status kesehatan antara lain yaitu :

1. Umur
2. Jenis kelamin
3. Pekerjaan
4. Sosial ekonomi

Jika dilihat dari aspek umur, maka ada perbedaan golongan penyakit berdasarkan golongan umur misalnya dikalangan balita banya yang menderita penyakti infeksi, sedangkan pada golongan dewasa

atau lanjut usia lebih banyak menderita penyakit kronis demikian juga dengan aspek golongan menurut jenis kelamin, misalnya dikalangan wanita lebih banyak menderita kanker payudara, sedangkan para pria lebih banyak menderita kanker nasofaring, begitu juga dengan jenis pekerjaan, orang yang bekerja tidak memiliki waktu untuk melakukan pemeriksaan pada dirinya akan berbeda dengan orang yang memiliki waktu luang dan kesadaran untuk meluangkan waktu untuk melakukan pemeriksaan terhadap dirinya tersebut, dan resikonyapun berbeda pula terhadap kesehatannya, kemudian dalam keadaan sosial ekonomi juga dari lingkungan yang mendukung dalam segi financial sebagai pendorong untuk melakukan interaksi merupakan wujud respon untuk merubah perilaku. Dalam arti sempit kebudayaan diartikan sebagai adat-istiadat atau peradaban manusia. Dan hasil kebudayaan manusia akan mempengaruhi perilaku manusia itu sendiri.

Menurut H. Ray Elling (1970) dikutip dalam Notoadmodjo (2010), ada beberapa faktor sosial yang berpengaruh pada perilaku kesehatan, antara lain :

1) *Self Concept* (Konsep Diri)

Ditentukan oleh tingkatan kepuasan atau ketidakpuasan yang kita rasakan terhadap diri kita sendiri, terutama bagaimana kita ingin memperlihatkan diri kita kepada orang lain. *Self*

concept (Konsep diri) adalah faktor yang penting dalam kesehatan, karena mempengaruhi perilak masyarakat dan juga perilaku petugas kesehatan.

2) *Image* Kelompok

Image seorang individu sangat dipengaruhi oleh *image* kelompok. Sebagai contoh, anak seorang dokter akan terpapar oleh organisasi kedokteran dan orang-orang dengan pendidikan tinggi, sedangkan anak buruh atau petani tidak terpapar dengan lingkungan medis dan besar kemungkinan juga tidak bercita-cita untuk menjadi dokter. Dengan demikian kedua anak tersebut mempunyai perbedaan konsep tentang peran.

Kemudian menurut G.M. Foster (1973) kutipan dalam Nootoadmodjo (2010), aspek budaya dapat mempengaruhi kesehatan seseorang antara lain adalah :

1. Tradisi
2. Sikap Fatalism
3. Nilai
4. *Ethnocentrism*
5. Unsur budaya dipelajari pada tingkat awal dalam proses sosialisasi.

5) Pengukuran Perilaku

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan secara langsung maupun secara tidak langsung. Pengukuran perilaku secara langsung yakni

dengan pengamatan (observasi), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalma rangka memelihara kesehatannya, sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (recall). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu (Notoadmodjo, 2010).

6) Cara Pengukuran Perilaku

Perilaku mencakup 3 domain yakni pengetahuan *(knowledge),* sikap *(attitude)* dan tindakan atau praktik *(practice),* oleh sebab itu untuk mengukur perilaku dan perubahannya, khususnya perilaku kesehatan juga mengacu kepada 3 domain tersebut. Jadi pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan cara mengamati secara langsung dan tdak langsung dimana pengukuran perilaku secara langsung yaitu dengan mengamati tindakan subyek dalam rangka memelihara kesehatannya, sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali *(recall).* Metode ini dilakukan melalui pertenyaan-pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan kesehatan (Notoadmodjo, 2010). Secara garis besar mengukur perilaku dapat dilakukan melalui 2 metode, berikut uraiannya :

a. Langsung

Mengukur perilaku secara langsung berarti peneliti langsung mengamati atau mengobservasi perilaku subyek yang diteliti. Peneliti dapat menggunakan media instrumen *checklist* dengan skala *Guttman*. Skala ini merupakan skala yang bersifat tegas dan konsisten dengan memberikan jawaban yang tegas seperti jawaban dari pertanyaan atau pernyataan : ya dan tidak, positif dan negatif, setuju dan tidak setuju, benar dan salah. Skala Guttman ini pada umumnya dibuat seperti checklist dengan interpretasi penilaian, apabila skor benar nilainya 1 dan apabila salah nilainya 0 dan analisisnya dapat dilakukan seperti skala Likert.

b. Tidak langsung

Pengukuran perilaku secara tidak langsung ini, berarti peneliti tidak secara langsung mengamati perilaku orang yang diteliti (responden). Peneliti dapat menggunakan media angket atau kuesioner dengan skala Likert (Notoadmodjo, 2010).

4. *Oral Hygiene*

a. Pengertian

Oral Hygiene dalam kesehatan gigi dan mulut sangatlah penting, beberapa masalah mulut dan gigi bisa terjadi karena kita kurang menjaga kebersihan mulut dan gigi. Kesadaran menjaga oral hygiene sangat perlu dan merupakan obat pencegah terjadinya

masalah gigi dan mulut yang paling manjur. *Oral hygiene* merupakan tindakan untuk membersihkan gigi (sikat gigi, benang gigi, tusuk gigi, pembersih lidah), menyegarkan mulut, mengatasi keluhan dan pengambilan keputusan, *oral hygiene* bertujuan untuk (Clark, 2005) :

1. Mencegah penyakit gigi dan mulut dan penularan melalui mulut
2. Mempertinggi daya tahan tubuh
3. Memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan.

Pada penderita yang tidak berdaya perawat tidak boleh lupa memberikan perhatian khusus pada mulut penderita. Pengumpulan lendir dan terbentuknya kerak pada gigi dan bibir dikenal sebagai sordes. Jika terbentuk sordes atau lidahnya berlapis lendir menunjukan kalau kebersihan rongga mulutnya kurang. Mulut merupakan bagian pertama dari saluran makanan dan bagian dari sistem pernafasan. Mulut juga merupakan gerbang masuknya penyakit. Di dalam rongga mulut terdapat saliva yang berfungsi sebagai pembersih mekanis dari mulut. Didalam rongga mulut terdapat berbagai macam mikroorgnisme meskipun bersifat komensal, pada keadaan tertentu bisa bersifat patogen apabila respon penjamu terganggu. Pembersihan mulut secara alamiah yang seharusnya dilakukan oleh lidah dan air liur, bila tidak bekerja dengan semestinya dapat menyebabkan terjadinya infeksi rongga mulut, misalnya penderita dengan sakit parah dan penderita yang tidak boleh atau tidak mampu memasukkan sesuatu melalui mulut mereka. Klien yang tidak sadar lebih rentan terkena kekeringan sekresi air liur pada mukosanya karena mereka tidak mampu untuk makan, minum, bernapas melalui mulut dan seringkali memperoleh terapi oksigen. Klien yang tidak sadar juga tidak bisa menelan sekresi air liur yang

mengumpul dalam mulut. Sekresi ini terdiri dari bakteri gram negatif yang bisa menyebabkan pneumoni jika jika dihembuskan ke paru-paru.

b. Sistem Imunitas Rongga Mulut

Sistem imunitas rongga mulut dipengaruhi oleh :

1. Membran mukosa.

   Mukosa rongga mulut terdiri atas epitel mukosa yang berguna sebagai barier mekanik terhadap infeksi. Mekanisme proteksinya tergantung pada deskuamasinya sehingga bakteri sulit melekat pada sel epitel dan derajat keratinisasinya yang sangat efisien menahan penetrasi microbial.

2. Nodus Limfatik

   Jaringan lunak rongga mulut berhubungan dengan nodus limfatik ekstra oral dan agregasi limfoid intra oral. Kapiler limfatik yang terdapat pada permukaan mukosa lidah, dasar mulut, palatum, pipi dan bibir, mirip yang berasal dari ginggiva dan pulpa gigi. Kapiler ini bersatu membentuk pembuluh limfatik besar dan bergabung dengan pembuluh limfatik yang berasal dari bagian dalam otot lidah dan struktur lainnya. Di dalam rongga mulut terdapat tonsil palatel.

3. Saliva

   Sakresi saliva merupakan perlindungan alamiah karena fungsinya memelihara jaringan keras dan lunak rongga mulut agar tetap dalam keadaan fisiologis. Saliva yang disekresikan oleh kalenjar parotis, submandibularis dan beberapa kelenjar saliva kecil yang tersebar dibawah mukosa, berperan dalam membersihkan rongga

mulut dari debris dan mikroorganisme, selain bertindak sebagai pelumas pada saat mengunyah dan berbicara.

4. Celah Ginggiva

   Epitel jangsional dapat dilewati oleh komponen seluler dan humoral dari daerah dalam bentuk cairan celah ginggiva (CCG). Aliran CCG merupakan proses fisiologik atau meriapakan respon terhadap inflamasi.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku *oral hygiene*

   Menurut (Perry dan Potter, 2005) faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang melakukan *oral hygiene* sebagai berikut :

   1. Praktik sosial
   2. Status sosial ekonomi
   3. Pengetahuan
   4. Kebudayaan
   5. Pilihan pribadi
   6. Kondisi fisik

d. Faktor resiko untuk masalah *oral hygiene* (Perry dan Potter, 2005).

   1. Masalah umum

      1) Karries gigi

         Karries gigi merupakan masalah umum pada orang muda, perkembangan lubang merupakan proses patologi yang mellibatkan kerusakan email gigi dikarenakan kekurangan kalsium.

      2) Penyakit periodontal

         Penyakit jaringan sekitar gigi, seperti peradangan membrane periodontal.

3) Plak

Transparan dan melekat pada gigi, khususnya dekat dasar kepala gigi pada margin gusi.

4) Halitosis

Merupakan bau napas, hal ini merupakan masalah umum rongga mulut akibat *oral hygiene* yang buruk, makanan tertentu atau proses infeksi.

5) Keilosis

Merupakan gangguan bibir retak, terutama pada sudut mulut.

2. Masalah mulut lain

1) Stomatitis

Kondisi peradangan pada mulut karena kontak dengan pengiritasi, defisiensi vitamin, infeksi dikarenakan *oral hygiene* yang buruk.

2) Glositis

Peradangan lidah hasil karena infeksi atau cidera, seperti luka bakar atau gigitan.

3) Gingivitis

Peradangan gusi biasanya akibat *oral hygiene* yang buruk atau defisiensi vitamin.

5. Stomatitis

a. Pengertian

Menurut (Hartanto, *et.al,* 2017) stomatitis merupakan istilah yang ditunjukan pada peradangan dari mukosa mulut yang bisa disebabkan oleh berbagai macam hal seperti contoh kebersihan gigi dan rongga mulut yang buruk. Stomatitis biasanya berupa ulserasi

berwarna putih kekuningan dengan dasar berawarna kuning yang dapat berjumlah tunggal maupun lebih dari satu dan bersifat rekuren. Mukosa mulut yang mempunyai epitel tidak berkeratin seperti mukosa bukal, bibir, lidah bagian ventral dan lateral, dasar mulut, *palatum molle*, dan mukosa orofaring dapat mengalami inflamasi yang dinamakan stomatitis. Perlu dipahami bahwa stomatitis berbeda dengan mukositis. Mukositis merupakan inflamasi yang bersifat toksik dan merupakan konsekuensi dari kemoterapi atau radioteraepi yang mengganggu seluruh saluran pencernaan dari mulut hingga anus, sedangkan stomatitis adalah bentuk dari mukositis yang secara spesifik mengacu kepada membran mukosa di rongga mulut dan *oropharynx.*

Kemoterapi dan radiasi merupakan intervensi yang paling banyak digunakan pada pengobatan kanker. Meskipun kedua terapi tersebut dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, namun banyak juga efek samping yang merugikan bagi pasien. Komplikasi yang terjadi pada rongga mulut karena kemoterapi dan radiasi berupa mukositis (stomatitis), xerostomia (mulut kering), infeksi bakterial, fungal, dan viral (terutama pada pasien dengan neutropenia), karies pada gigi, kehilangan fungsi pengecapan, dan osteomyelitis karena terpapar radiasi (*osteoradionecrosis).* Stomatitis merupakan salah satu kompliasi nonhematologik yang paling sering ditemui yang menyebabkan nyeri, nyeri telan, perubahan pengecapan di mana lidah merasakan rasa busuk, asin, tengik, atau logam (dysgeusia), dan malnutrisi, serta dehidrasi. Terapi pada pasien kanker dapat menjadi tidak optimal karena efek samping stomatitis ini, pada stomatitis yang berat, pasien tidak dimungkinkan untuk melanjutkan

terapi dan oleh karena itu sangat mempengaruhi keselamatan pasien. Obat- obat sitotoksik yang paling sering mengakibatkan mukositis yaitu bleomycin, doksorubisin, etoposide, 5-fluorourasil, paklitaksel, dan methotrexate.

Dari beberapa obat kemoterapi yang dipakai dalam bentuk regimen untuk meningkatkan survival rate pasien seperti paklitaksel, doksorubisin, 5-fluorourasil, dan cyclophosphamide, yang paling sering menyebabkan terjadinya mukositis pada rongga mulut adalah 5-fluorourasil yaitu sebanyak 75%. Biasanya stomatitis mulai terlihat sebagai lesi eritema setelah 3-5 hari dan mulai mengalami ulserasi sekitar 7 hari setelah pemberian kemoterapi. Pemberian *cryotherapy* sebagai pendamping kemoterapi 5-fluorourasil terbukti dapat memperkecil efek samping stomatitis yang terjadi hingga sekitar 50%.

b. Patofisiologi

Menurut (Hartanto, *et.al,* 2017) patofisiologi mengenai stomatitis karena kemoterapi belum sepenuhnya terjelaskan, namun dipercaya ada dua mekanisme yaitu mekanisme mukositis langsung dan mukositis tak langsung sebagai berikut :

1) Mekanisme langsung

Sel –sel epitel pada mukosa rongga mulut mengalami pergantian sel yang cepat, biasanya setiap 7-14 hari. Hal ini membuat sel – sel epitel pada mukosa rongga mulut menjadi mudah terpengaruh oleh efek dari terapi sitotoksik yang targetnya merupakan sel yang sedang aktif membelah. Kemoterapi dapat mengganggu maturitas dan pertumbuhan

seluler dari sel epitel, menyebabkan perubahan pada pergantian sel, bahkan kematian sel.

2) Mekanisme Tidak Langsung

Mukositis oral (stomatitis) dapat juga disebabkan karena invasi tak langsung dari bakteri gram negatif dan jamur. Saat mendapatkan terapi sitotoksik yang mempunyai efek samping stomatotoksik, biasanya pasien mengalam neutropenia. Kondisi neutropenia meningkatkan resiko infeksi pada rongga mulut. Stomatitis biasanya muncul 10-21 hari setelah kemoterapi dilakukan, saat neutrofil rendah dan sedang pada titik terendahnya. Mekanisme patofisiologi mukositis melibatkan 5 fase yaitu :

1) Fase 1 (inisiasi / awal peradangan) : Kemoterapi menyebabkan rantai DNA rusak yang akhirnya merusak sel basal. Bersamaan dengan itu, inisiator primer dalam suatu kaskade yang menghasilkan produk berupa stress oksidatif dan *reactive oxygen species* (ROS) menyebabkan munculnya mukositis oral
2) Fase 2 (fase pembentukan pesan) : Pada fase ini, terdapat kenaikan dari factor – faktor transkripsi seperti *nuclear factor-kB* (NF-kB) serta gen pengkode sitokin proinflamasi seperti tumor necrosis factor (TNF-alfa) dan interleukin (IL - 1, IL-2, IL-6). Sebagai tambahan, enzim seperti *sphingomyelinases* dan *ceramide synthase* teraktifkan. Aktivasi dari enzim – enzim tersebut menyebabkan apoptosis dari sel – sel endotel dan fibroblast pada

submukosa. Rusaknya fibroblast menyebabkan pembentukan fibronektin, yang bertanggung jawab atas rusaknya jaringan ikat dan lepasnya metalloproteinase yang memicu apoptosis. Pada fase ini, mukosa masih terlihat normal.

3) Fase 3 (fase pemberian insyarat dan amplifikasi) : Selama fase ini, lepasnya mediator – mediator dari kerusakan awal semakin memperbesar proses perusakan dengan mekanisme feedback positif. Seperti contoh : TNF-alfa mengaktifkan NF-kB dan sphingomyelinase yang menyebabkan kerusakan jaringan tambahan.

4) Fase 4 (fase ulserasi) : Pada fase ini, kerusakan mukosa Pmulut menjadi terlihat karena terjaidnya erosi. Erosi ditutupi oleh eksudat fibrin yang disebut sebagai pseudomembran. Eksudat tersebut mengandung bakteri. Pada fase ini, biasanya neutrofil sedang pada titik terendahnya. Terjadi kolonisasi bakteri di submukosa dan mengaktifkan makrofag, dan menyebabkan *feedback* positif yang menyebabkan semakin banyaknya sekresi sitokin proinflamasi. Sitokin lain seperti *platelet-activating factor (PAF)* memegang peran penting pada fase ini. Agregasi trombosin menyebabkan stomatitis semakin parah. Tingkat PAF yang tinggi pada ludah dihubungkan dengan parahnya mukositis pada rongga mulut yang terjadi.

5) Fase 5 (fase penyembuhan) : Selama fase ini, matriks ekstraseluler memulai proses penyembuhan dengan memperbaharui proliferasi dan diferensiasi sel epitel. Flora

normal pada rongga mulut mulai kembali, sel darah putih juga kembali meningkat hingga normal. Namun, meskipun mukosa sudah terlihat normal, struktur epitel mukosa sudah berubah dan tidak kembali ke bentuk aslinya, pasien menjadi lebih berisiko untuk kembali terkena mukositis jika diberi kemoterapi. Fase ini biasanya kira – kira berlangsung 12 hingga 16 hari.

c. Penilaian stomatitis

Untuk bisa menangani komplikasi pemberian kemoterapi secara tepat, penilaian yang spesifik sangatlah penting. Penilaian dari kesehatan rongga mulut dan status nutrisi juga penting untuk mengidentifikasi faktor resiko, terutama sebelum melakukan intervensi. Terdapat beberapa skala untuk menilai mukositis pada rongga mulut seperti skala *World Health Organization* (WHO), *oral assessment guide* (OAG), *Radiation therapy oncology oral mucositis grading system*, *National Cancer Institute common toxicity criteria for grading of stomatitis*, dan lain lain yang mempunyai kelebihan dan kekurangannya masing masing. Skala penilaian *World Health Organization (WHO)* sering dipakai dalam praktek klinik dan evaluasi dari mukositis, skala tersebut yaitu:

1) Grade 0

   Tidak ada stomatitis

2) Grade 1

   Eritema, edema, ulserasi tidak nyeri, nyeri ringan

3) Grade 2

Eritema, edema, ulserasi dengan nyeri hebat (masih bisa makan makanan padat per oral)

4) Grade 3

Eritema, edema, ulserasi dengan nyeri hebat, hanya bias makan makanan yang cair

5) Grade 4

Ulserasi, tidak dimungkinkan untuk makan via oral (membutuhkan asupan via enteral maupun parenteral).

d. Jenis – jenis kemoterapi beserta efek terhadap stomatitis.

Menurut (Hartanto, *et.al,* 2017) pemberian regimen kemoterapi terutama pada kanker stadium awal terbukti meningkatkan *survival rate* pasien. Hingga saat ini sudah banyak regimen kemoterapi yang digunakan sebagai pengobatan pasien kanker, seperti regimen FAL yang tersusun dari 5-Fluorourasil, Doksorubisin, dan Cyclophosphamide, regimen AT yang tersusun dari Doksorubisin dan Paklitaksel, regimen AL yang tersusun atas Doksorubisin dan Cyclophosphamide, dan berbagai macam regimen lain yang sudah terbukti efektivitasnya. Berikut uraian singkat dari beberapa obat kemoterapi yang lazim digunakan pada penderita kanker payudara :

1) Paklitaksel

Paklitaksel atau taksol (nama generik) adalah obat stabilisator mikrotubulus golongan taksan yang digunakan untuk pengobatan kanker ovarium, payudara, paru, dan sarkoma Kaposi. Paklitaksel juga dapat digunakan sebagai obat untuk kanker gastroesofageal, endometrial, servix, prostat, dan kanker kepala

dan leher. Pada periode antara tahun 1930 dan 1981, *National Cancer Institute (NCI)* dan *US Department of Agriculture (USDA)* mengambil sampel dari sejenis pohon cemara yaitu *Taxus brevifolia* dan mengekstrak kulit, ranting, dan buahnya. Setelah dilakukan penelitian – penelitian selanjutnya, maka paklitaksel yang diambil dari ekstrak kulit *T.brevifolia* disepakati sebagai obat kemoterapi.

2) Doksorubisin

Doksorubisin adalah obat yang termasuk dalam golongan antrasiklin yang diekstrak dari *Streptomyces peucetius var.caesius* pada tahun 1970 dan hingga sekarang digunakan sebagai kemoterapi untuk kanker payudara, paru, lambung, ovarium, tiroid, limfoma Hodgkin dan non – Hodgkin, *multiple myeloma*, sarcoma, dan kanker pada anak – anak. Ada dua mekanisme aktivitas doksrobusin terhadap sel kanker, yang pertama yaitu melalui *intercalation* bond ke dalam DNA lalu mengganggu kerja 2-topoisomerase yang berguna dalam proses replikasi DNA dan yang kedua melalui pembentukan radikal bebas hingga merusak membran sel, DNA, serta protein. Secara singkat, doksorubisin dioksidasi menjadi *semiquinone*, suatu metabolit yang tidak stabil yang akan dikonversi kembali menjadi doksorubisin. Proses konversi ini melepaskan *ROS* (*Reactive Oxygen Species)* yang dapat mengakibatkan peroksidasi lemak dan kerusakan membran, DNA, stress oksidatif, dan memicu apoptosis dari sel. Kandidat gen yang mengatur terjadinya proses konversi ini melibatkan enzim yang bisa melakukan reaksi

oksidasi (NADH dehidrogenase, nitrit oksida sintase, xantin oksidase) dan menonaktifkan radikal bebas seperti *glutathione* peroksidase, katalase, superoksida dismutase. Terdapat kemungkinan lain yaitu doksorubisin dapat masuk ke nucleus dan meracuni 2- topoisomerase yang mengakibatkan kerusakan DNA dan kematian sel.

Doksorubisin merupakan obat sitostatika yang juga sering menyebabkan mukositis yang parah. Doksorubisin bekerja secara primer pada tingkat DNA dengan membentuk kovalen yang berikatan dengan DNA dan berhubungan dengan peningkatan apoptosis dari sel yang sedang aktif berproliferasi yang akhirnya menyebabkan proliferasi sel – sel mukosa baru menjadi terhambat. Kondisi ini yang mendukung terjadinya mukositis pada *traktus gastrointestinal* pasien.

Pembatasan penggunaan doksorubisin dikarenakan efek toksiknya kepada jantung, dimana dosis kumulatif obat digunakan sebagai kriteria tunggal untuk memprediksi toksisitasnya. Sifat toksik terhadap jantung juga bisa menyebabkan kardiomiopati dan gagal jantung kongestif.

3) 5-Fluoroulasil

5-Fluoroulasil adalah senyawa antimetabolit yang merupakan analog dari urasil (pyrimidine) yang pro-drug nya banyak dipakai sebagai agen antineoplasma untuk tatalaksana kanker pada gastrointestinal, payudara, organ reproduksi, kanker kepala dan leher. Setelah pemberian, 5-Fluorourasil akan mengikuti destinasi metabolik yang berbeda, lebih dari 80% dosis akan

diinaktivasi karena biotransformasi yang terjadi di hati, sedangkan 15-20% akan dieliminasi di urin, sehingga hanya fraksi kecil yang tetap mampu melakukan efek anti tumornya 5-Fluorourasil mampu menghambat sintesis DNA dengan mengganggu aktivitas dari *thymidylate synthase* yang merupakan enzim yang mengkonversi dUMP menjadi dTMP. Efek sitotoksik dari 5-FU dijelaskan dalam 3 mekanisme yang tiap mekanismenya bergantung kepada kemampuan tiap unsur untuk masuk ke dalam sel dan mengalami konversi menjadi 5-Fluoro-UMP dan 5-Fluoro-dUMP. 5F-UMP akhirknya akan dikonversi menjadi 5-F-UTP yang merupakan substrat untuk sintesis RNA. Normalnya, dUMP akan dikonversi menjadi dTMP oleh *thymidylate synthetase*. Mekanisme yang pertama dari 5-FU bergantung pada fakta bahwa ikatan 5-Fluoro pada 5F-dUMP menghambat *thymidylate synthetase* yang normalnya.

Beberapa efek samping yang biasa ditimbulkan oleh pemberian 5-FU berupa leukopenia, diare, stomatitis, toksisitas jantung, dan rasa mual. Salah satu efek samping yang paling sering dan penting dari pemberian 5-Fluorourasil adalah terjadinya mukositis dengan ulserasi pada rongga mulut. Pemberian tambahan asam folinic akan meningkatkan keefektifan kemoterapi 5-FU namun meningkatkan frekuensi terjadinya mukositis. Prevalensi terjadinya mukositis pada pasien yang mendapat 5-FU dalam dosis standard sebesar 40%.

4) Cyclophosphamide

Cyclophosphamide (CYC) merupakan suatu agen kemoterapi dengan aktivitas alkilasi yang berhubungan dengan nitrogen yang terikat pada DNA dan mengganggu mitosis dan replikasi sel. CYC mentargetkan sel – sel yang membelah dengan cepat dan sering dipakai dalam tatalaksana antineoplasma dalam lingkup tumor yang solid dan keganasan hematologi. CYC terbukti efektif dalam pengobatan limfoma, leukemia, *multiple myeloma,* kanker payudara, adenokarsinoma ovarium, retinoblastoma, neuroblastoma, sindroma nefritik pada anak, dan lain lain. Cyclophosphamide juga mempunyai efek imunosupresif di samping efek anti mitosis dan antireplikasi. Secara spesifik, CYC menyebabkan supresi dari imunitas seluler dan humoral melalui aksinya pada sel T dan sel B.

Cyclophosphamide mempunyai indeks terapi yang sempit dan efek samping seperti toksisitas terhadap jantung, ginjal, saraf, kandung kemih, kemandulan, stomatitis, hiponatremi, supressi sumsum tulang, dan *leukemogenesis*. Toksisitas dan respon terhadap cyclophosphamide cukup bervariasi.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi stomatitis

1) Penyakit kronik

Penderita dengan penyakit kronik lebih rawan terhadap terjadinya ulserasi pada mukosa rongga mulut karena reaksi inflamasi yang kronik membuat kerusakan DNA pada sel mukosa. Sitokin – sitokin inflamasi yang menyebabkan reaksi inflamasi kronik yang merupakan salah satu faktor resiko

terjadinya kanker. Inflamasi kronik merupakan respon dari kerusakan/infeksi yang terus menerus dan melibatkan limfosit, sel plasma, makrofag, dan neutrofil. Inflamasi kronik yang terjadi menghasilkan banyak *growth factor* dan sitokin yang menyebabkan hyperplasia sel dan merusak DNA. Selain kerusakan DNA yang terjadi, signal proliferasi dan antiapoptosis yang dibentuk karena terjadi reaksi inflamasi yang kronik juga memicu terjadinya kanker. Sebagai contoh, merokok dan inflamasi kronik merupakan sumber dari oksidasi DNA hingga mengalami kerusakan dan menyumbang andil dalam pembentukan tumor maupun kanker (Hartanto, *et.al,* 2017).

2) Umur

Penuaan selalu dihubungkan dengan kemunduran fungsi organik yang progresif dengan kehilangan fungsi homeostasis dan peningkatan kemungkinan terkena penyakit. Beberapa peneliti berpendapat bahwa penuaan tidak disebabkan karena akumulasi dari kerusakan sel, melainkan hasil dari aktivitas hiperfungsi dari sel yang berkelanjutan. Penuaan merupakan proses yang dipengaruhi oleh factor lingkungan seperti makanan, pola hidup, paparan terhadap radiasi maupun bahan kimia. Penuaan berhubungan dengan terjadinya kerusakan DNA. Observasi - observasi yang telah ada mengatakan bahwa kerusakan DNA terakumulasi sesuai dengan umur dan hal ini disebabkan karena produksi dari ROS dan penurunan kapasitas kemampuan perbaikan DNA. Jika DNA mengalami kerusakan yang parah atau melebihi kemampuan DNA memperbaiki diri, maka sel akan mengalami apoptosis (Hartanto, *et.al,* 2017).

3) Kebiasaan merokok

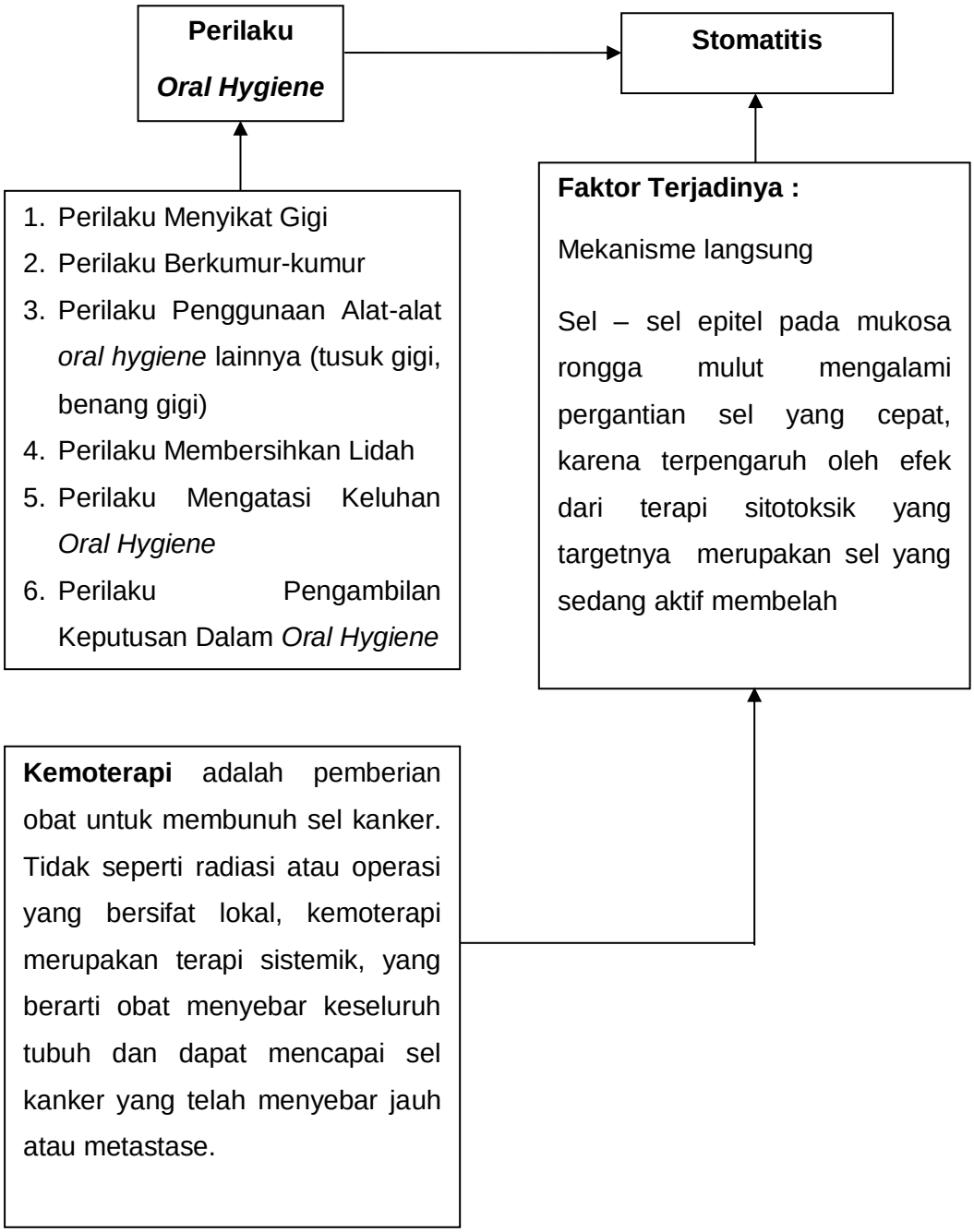
Rokok sering dikaitkan dengan efek protektif terhadap mukosa di rongga mulut. Keratinisasi dari mukosa rongga mulut yang meningkat membuat mukosa lebih kuat dan menurunkan kejadian ulserasi. Nikotin yang terkandung dalam rokok juga sering dikaitkan sebagai zat yang memberikan proteksi terhadap mukosa rongga mulut terhadap kejadian stomatitis. Penelitian yang telah ada menunjukan bahwa pada kelompok yang berhenti merokok terjadi kenaikan angka kejadian stomatitis dan angka tersebut berkurang ketika kebiasaan merokok mereka lanjutkan kembali. *Nicotine replacement therapy (NRT)* juga bisa diberikan sebagai pengganti pada kelompok yang berhenti merokok dan terbukti berhasil menurunkan angka kejadian stomatitis. Nikotin yang diperoleh manusia ketika merokok hanya dalam kadar rendah karena banyak substansi yang sudah rusak oleh panas. Oleh karena itu, efek protektif rokok terhadap mukosa mulut terbukti hanya terdapat pada perokok yang sudah mempunyai kebiasaan merokok minimal 5 tahun atau lebih dari 20 batang perhari (Hartanto, *et.al,* 2017).

4) Infeksi rongga mulut

Mikroflora normal yang terdapat dalam rongga mulut melindungi kita dari patogen eksogen dengan menstimulasi respon imun yang kuat dan membentuk kolonisasi untuk resistensi dari luar. Akan tetapi, mikroflora normal juga tak jarang menyebabkan infeksi lokal dari rongga mulut seperti karies gigi, abses periodontal, candidiasis, dll. Infeksi yang terjadi di rongga mulut bisa menyebabkan meningkatnya kemungkinan terjadinya

ulserasi. Infeksi dari virus Herpes, HIV, bakteri *M.tuberculosis, T.pallidum,* dan fungal termasuk dalam penyebab utama dari terbentuknya ulserasi di rongga mulut (Hartanto, *et.al,* 2017).

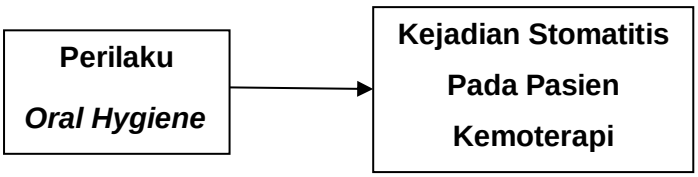
B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi dari Clark (2005), Notoadmodjo (2010), Carlton (2015)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ada Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi Di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Penentuan Lokasi, Waktu dan Sasaran Penelitian

1. Lokasi Penelitian

   Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

2. Waktu Penelitian

   Tanggal 28 Mei – 2 Juni 2018.

3. Sasaran Penelitian

   Sasaran penelitian ini adalah seluruh pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

B. Metode penelitian

Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Kemudian melakukan dinamika korelasi antara fenomena atau faktor resiko dengan faktor efek, sedangkan faktor resiko adalah suatu fenomena yang mengakibatkan terjadinya efek (pengaruh) (Notoatmojo 2010, *Cit* Safitri 2014).

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah *Cross Sectional* atau potong silang dimana data yang menyangkut variabel bebas atau resiko dan variabel terikat atau variabel akibat akan dikumpulkan setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmojo 2010, *Cit* Safitri 2014).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

   Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien kanker yang menjalani kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dengan data yang didapatkan berdasarkan hasil studi pendahuluan pada bulan Februari 2018 sebanyak 255 pasien.

2. Sampel penelitian

   Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2014). Untuk menentukan besarnya pengambilan sampel pada penelitian ini maka peneliti menggunakan rumus populasi (N) yang diketahui (Nursalam, 2008).

$$\eta = \frac{N}{1+N.(d)^2}$$

keterangan:

η : Jumlah sampel

N : Besar populasi

D : Tingkat signifikan atau ketetapan yang diinginkan

$$\eta = \frac{255}{1 + 255.(0,1)^2}$$

$$\eta = \frac{255}{1 + 2.55}$$

$$\eta = 71.83$$

= 72 orang

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *accidental sampling* yaitu cara pengambilan sampel yang dilakukan dengan kebetulan bertemu, apabila dijumpai ada, maka sampel tersebut diambil dan langsung dijadikan sampel utama (Hidayat, 2009). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan cara, pada saat pasien datang diminta *informed consent* untuk ketersedian pasien menjadi responden penelitian ini sampai jumlah responden terpenuhi yaitu sebanyak 72 responden.

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam , 2011). Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel independen dan variabel dependen.

a. Variabel Independen

Variabel bebas adalah merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi penyebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (Sugiono, 2011). Dalam penelitian ini variabelnya adalah perilaku *oral hygiene.*

b. Variabel Dependen

Variabel Dependen merupakan variabel yang di pengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiono, 2011). Dalam penelitian ini variabel dependen adalah kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi.

2. Definisi operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstrak dengan cara memberikan atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstrak atau variabel tersebut (Notoatmojo, 2010).

Definisi operasional (Hidayat, 2014), mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang di amati, memungkinkan penelitian untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara dan alat pengukuran	Hasil ukur	Skala
Perilaku *oral hygiene*	Merupakan tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut.	Kuesioner	Jika jawaban : 0. Tidak 1. Ya Kemudian dikategorikan : Kurang (skor 1-5) Cukup (skor 6-11) Baik (skor 12-16)	Ordinal
Kategori *Perilaku Oral Hygiene :* - Perilaku Menyikat Gigi	Merupakan tindakan untuk melakukan gosok gigi maksimal 2 kali sehari, dilakukan lebih dari 1 menit menggunakan sikat dan pasta gigi	Kuesioer	Jika jawaban : 0. Tidak 1. Ya Kemudian dikategorikan : Kurang (skor 0-1) Cukup (skor 2) Baik (skor 3)	Ordinal
- Perilaku berkumur-kumur	Merupakan pembersihan sepenuhnya untuk mencegah adanya penyakit yang terjadi pada gusi dan menjangkau sela-sela gigi yang tidak terjangkau oleh sikat gigi	Kuesioner	Jika jawaban : 0. Tidak 1. Ya Kemudian dikategorikan : Kurang (skor 0-1) Cukup (skor 2) Baik (skor 3)	Ordinal
- Perilaku penggunaan alat-alat *oral hygiene lainnya* (tusuk gigi dan bendang gigi)	Membantu untuk mengambil sisa-sisa makanan di sela-sela gigi untuk mencegah terbentuknya plak pada gigi dan meminimalisir adanya bakteri penyebab penyakit gigi.	Kuesioner	Jika jawaban : 0. Tidak 1. Ya Kemudian dikategorikan : Kurang (skor 0-1) Cukup (skor 2) Baik (skor 3)	Ordinal
- Perilaku pembersihan lidah	Untuk mengangkat dari mulut terutama bagian lidah serta mencegah penyakit gigi dan mulut lainnya menggunakan pengikis lidah	Kuesioner	Jika jawaban : 0. Tidak 1. Ya Kemudian dikategorikan : Kurang (skor 0-1) Cukup (skor 2) Baik (skor 3)	Ordinal
- Perilaku mengatasi keluhan gigi dan mulut	Upaya individu melakukan *oral hygiene* sesuai tekhni yang lebih perlahan serta memeriksakan kesehatan gigi dan mulut dengan ada atau tidaknya keluhan.	Kuesioner	Jika jawaban : 0. Tidak 1. Ya Kemudian dikategorikan : Kurang (skor 0-1) Cukup (skor 2) Baik (skor 3)	Ordinal

- Perilaku pengambilan keputusan dalam *oral hygiene*	Adanya keinginan untuk melakukan prosedur *oral hygiene* setiap harinya serta adanya serta adanya dukunga dari lingkungan sekitar.	Kuesioner	Jika jawaban : 0. Tidak 1. Ya Kemudian dikategorikan : Kurang (skor 0-1) Cukup (skor 2) Baik (skor 3)	Ordinal
Stomatitis	Ulserasi berwarna putih kekuningan dengan dasar berawarna kuning yang dapat berjumlah tunggal maupun lebih dari satu dan bersifat rekuren yang dialami pada responden saat penelitian maupun pada saat riwayat sebelumnya (1 bulan terakhir)	Kuesioner	Dikategorikan : 0. Stomatitis 1. Tidak stomatitis	Ordinal

E. Pengumpulan Data

1. Jenis Data

   a. Data Umum

   Data umum pada penelitian ini adalah berupa data karakteristik responden penelitian dan data mengenai gambaran umum lokasi penelitian.

   b. Data Khusus

   Data khusus pada penelitian ini berupa penyajian variabel yang diteliti baik variabel independen (perilaku *oral hygiene*) maupun variabel dependen (kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi).

2. Sumber data

   a. Data Primer

   Data primer adalah data yang diperoleh dengan membagikan kuesioner yang akan diisi oleh responden mengenai

perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diambil dengan melihat data dari RSUD Ulin Banjarmasin.

3. Cara pengumpulan Data

Cara pengumpulan data pada penelitian ini dengan melakukan penyebaran kuesioner kepada para responden yang telah dikelompokan yang masuk kedalam kasus dan sebgai kontrol. Kuesioner dapat diisi oleh responden itu sendiri.

4. Instrumen/ Alat Pengumpulan Data

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar kuesioner yang berisi data karakteristik responden, dan daftar pertanyaan tertutup (jawaban sudah tersedia untuk dipilih) tentang Hubungan perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi. Instrumen penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri yang sebelumnya harus dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu. Hasil dari kuesioner yang didapat kemudian akan dimasukkan kedalam master tabel sesuai dengan kelompok, kemudian hasilnya akan dikodekan dan dimasukkan kedalam program komputer untuk di uji analisa data.

F. Uji Kualitas Data

Sebelum dilakukan pengambilan data dengan kuesioner maka terlebih dahulu kuesioner harus diuji agar kuesioner *valid* dan *reliabel.* Uji validitas dan realibilitas dilakukan dengan cara uji coba instrumen kepada

polulasi yang mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan responden yang digunakan dalam penelitian sebenarnya.

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang harus menunjukan tingkatan-tingkatan kevalidan atau keaslian suatu instrumen. Sifat *valid* memberikan pengertian bahwa alat ukur yang digunakan mampu memberikan nilai yang sesungguhnya dari nilai yang diinginkan. Untuk uji instrumen atau kuesioner responden yang digunakan adalah pada lokasi yang sama dengan lokasi penelitian namun memiliki karakteristik yang sama tetapi individu yang berbeda.

Hasil uji validitas telah dilakukan di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin selama 1 hari pada tanggal 03 April 2018 dengan 10 responden yang berada di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin. Uji validitas dilakukan dengan cara membagikan kuesioner kepada responden yang terdiri dari 16 pertanyaan untuk mengukur tingkat *oral hygiene.* Setelah itu dilakukan analisis uji validitas dengan menggunakan bantuan program komputerisasi statistik, didaptakan dari 16 pertanyaan untuk mengukur tingkat *oral hygiene* semua pertanyaannya dinyatakan valid, sehingga pertanyaan tersebut bisa digunakan untuk penelitian. Pertanyaan yang dianggap valid adalah yang jumlah $r_{hitung} > r_{tabel}$. Jumlah r_{tabel} pada penelitian ini adalah 0,632 r_{hitung} pada pertanyaan *oral hygiene* adalah P1=0,645, P2=0,645, P3=0,645, P4=0,645, P5=0,645, P6=0,645, P7=0,645, P8=0,779, P9=0,645, P10=0,645, P11=0,645, P12=0,645, P13=0,645, P14=0,779, P15=0,645, dan P16=0,645.

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dengan menunjukan hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan alat ukur yang sama. *Uji reliabilitas* dilakukan dengan menggunakan rumus *Alfa Cronbach* dengan menggunakan bantuan komputer. Untuk mengetahui reabilitas adalah dengan cara membandingkan nilai *Alpha Cronbach* dengan standar yaitu 0,60. Ketentuannya adalah bila *Alpha Cronbach Alpha* > 0,60 maka pertanyaan pada masing-masing kuesioner tersebut *reliabel*.

Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai konstanta *cronbach alpha* adalah 0,582 (reliabilitas sedang).

G. Metode Analisis Data

Setelah data yang di dapatkan melalui data sekunder dari seluruh responden terkumpul, selanjutnya dibantu dengan menggunakan *software computer* dengan langkah-langkah sebagai berikut (Hidayat, 2014).

1. Penyusunan Data

a) *Editing*, yaitu memeriksa kembali kelengkapan jawaban dari responden setelah menerima hasil kuesioner yang diisi oleh responden, peneliti melakukan pengecekan isian kuesioner, mencakup kelengkapan, kejelasan, relevan, konsisten. Apabila masih ada yang belum terisi maka peneliti meminta responden untuk mengisi kembali poin pernyataan yang belum terisi tersebut.

b) *Coding*, yaitu kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan, peneliti memberi kode tiap kuesioner yang tlah diisi oleh reponden secara berurutan.

c) *Scoring*, yaitu menentukan skor atau nilai untuk tiap item pertanyaan dan menentukan nilai terendah atau tertinggi. Peneliti memberikan nilai pada kuesioner berdasarkan setiap kategori soal.

d) *Tabulating,* yaitu setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka selanjutnya data dimasukkan kedalam tabel, untuk di *processing.*

e) *Entry*, yaitu memasukan data yang telah dikumpul dari kuesioner ke dalam program komputer.

f) *Cleaning*, yaitu memeriksa kembali data yang ada diprogram komputer untuk memastikan bahwa tidak ada kesalahan dalam entri data.

2. Teknik Analisa Data

Penelitian ini menghubungkan antara variabel kategorik dengan variabel kategorik lain yaitu variabel independen antara perilaku *oral hygiene* dengan variabel dependen yaitu kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi.

Dalam kegiatan menganalisis data diperlukan teknik analisis data yang sesuai. Kemudian masing-masing teknik analisis data dapat berupa:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis persentase dari tiap variabel yang dilakukan pada tiap variabel hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini dalam bentuk distribusi frekuensi dan presentasi

dari tiap variabel. Analisa univariat dilakukan masing-masing variabel yang diteliti yaitu ada 1 variabel independen (Perilaku *Oral Hygiene*) dan 1 variabel dependen (Kejadian Stomatitis). Rumus analis data univariat adalah sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{n} x\ 100\%$$

Keterangan:

P : persen yang dicari

f : frekuensi

n : jumlah sampel

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis dari variable-variabel bebas yang diduga mempunyai hubungan atau berkorelasi dengan variable terikat. Untuk menguji hipotesa tersebut dilakukan analisa statistik dengan menggunakan uji *kendall tau* dikarenakan penelitian ini memenuhi syarat uji tersebut. Uji ini digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen yaitu perilaku *oral hygiene* dengan variabel dependen yaitu kejadian stomatitis.

Uji *kendall tau* merupakan uji analisis yang menghubungkan 2 variabel yang berskala ordinal dan mengetahui tingkat kolerasi antara 2 variabel tersebut (Hidayat, 2010).

1) Karakteristik Kendall Tau:

a. Menguji hubungan dua variabel atau lebih

b. Termasuk kolerasi nonparametik

c. Data berdasarkan peringkat

d. Bisa digunakan untuk sampel kecil.

2) Cara penggunaan uji ini adalah sebagai berikut:

$$\tau = \frac{S}{\frac{1}{2}\,n\,(n-1)}$$

Keterangan :

τ = Nilai koefesien kendall tau

S = Pembilang dari jumlah konkordasi dan diskonkordasi secara keseluruhan

n = Jumlah sampel

1 dan 2 = Konstanta

3) Syarat dari Uji *Kendall Tau*

Agar pengujian hipotesis dengan kendall tau dapat digunakan dengan baik maka hendaknya memperhatikan ketentuan-ketentuan berikut (Budianto, 2001).

a. Skala data variabel ordinal.

b. Jenis hipotesis koleratif.

Kesimpulan dalam uji *kendall tau* ini di dapatkan dengan cara membandingkan hasil τ dengan τ tabel. Bila τ hitung lebih kecil dari τ tabel berarti Ho diterima (tidak ada hubungan antara perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis Jika τ hitung lebih besar atau sama dengan τ tabel atau P_{value} < 0,05 berarti Ha diterima (ada hubungan antara perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

C. Deskripsi Lokasi Penelitian

1. Gambaran RSUD Ulin Banjarmasin

RSUD Ulin Banjarmasin beralamat di Jalan Jenderal A. Yani Km. 1 No. 43 Banjarmasin. RSUD Ulin berdiri di atas lahan seluas 63.920 m^2 dan luas bangunan 55.000 m^2. dengan batas wilayah sebagai berikut:

a) Sebelah utara berbatasan dengan Jalan Veteran dan Pemukiman Penduduk
b) Batas sebelah timur : jalan simpang ulin (RSGM, Duta Mall)
c) Sebelah barat berbatasan dengan Komplek Veteran.
d) Sebelah selatan berbatasan dengan Jalan Jenderal A. Yani.

RSUD Ulin Banjarmasin adalah Rumah Sakit Umum dengan klasifikasi Kelas A yang berada di kota Banjarmasin Kalimantan Selatan yang berfungsi:

a) Rumah Sakit yang memberikan pelayanan spesialis dan subspesialis.
b) Sebagai Rumah Sakit Pusat Rujukan Provinsi Kalimantan Selatan, juga banyak menerima rujukan dari Provinsi Kalimantan Tengah.
c) RSUD Ulin Banjarmasin merupakan Rumah Sakit pendidikan bagi tenaga kesehatan dan juga sebagai lahan praktik untuk mahasiswa khususnya tenaga kesehatan.

RSUD Ulin berdiri sejak tahun 1943, Renovasi rumah sakit ini pertama kali pada tahun 1985, bangunan kayu kayu Ulin diganti dengan konstruksi beton. Tahun 1997 dibangun Ruang Paviliun

Aster, kemudian direnovasi lagi dan dibangun bersama Poliklinik Rawat Jalan dan Ruang Rawat Inap Aster tahun 2002. Sejak itu RSUD Ulin terus mengalami berbagai kemajuan fisik secara bertahap sampai pada kondisi seperti sekarang.

Pada tahun 1995 sampai tahun 2002 berdasarkan Perda 06 Th 1995, status RSUD Ulin sebagai Unit Swadana. Untuk meningkatkan kemampuan jangkauan dan mutu pelayanan maka berdasarkan SK Menkes No. 004/Menkes/SK/I/2013 tanggal 7 Januari 2013 tentang Peningkatan Kelas RSUD Ulin Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan menjadi Rumah Sakit Umum dengan klasifikasi Kelas A, serta Kepmendagri No. 445.420-1279 tahun 1999 tentang penetapan RSUD Ulin Banjarmasin sebagai Rumah Sakit Pendidikan Calon Dokter dan Calon Dokter Spesialis. Dengan demikian tugas dan fungsi RSUD Ulin selain mengemban fungsi pelayanan juga melaksanakan fungsi pendidikan dan penelitian. Sejalan dengan upaya desentralisasi maka berdasarkan Perda No. 9 tahun 2002 status RSUD Ulin berubah menjadi Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD).

Saat ini RSUD Ulin Banjarmasin sudah menjalani Survei Akreditasi RS: Akreditasi Penuh Tingkat Lengkap 16 Bidang (SK Menkes 2007 YM.01.10/III/1142/07) dan Akreditasi ulang dengan predikat lulus Penuh 16 Bidang Pelayanan pada tahun 2010. RSUD Ulin Banjarmasin merupakan rumah sakit pusat rujukan di Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah dan Kalimantan Timur. Saat ini sebagai Lembaga Teknis Daerah Provinsi Kalimantan Selatan dengan klasifikasi Kelas A telah ditetapkan sebagai PPK Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) bertahap melalui Keputusan

Gubernur Kalimantan Selatan No.188.44/0456/Kum/2007 tanggal 27 Desember Tahun 2007. PPK-BLUD Penuh melalui Keputusan Gubernur Kalimantan Selatan No.188.44/0464/Kum/2009. Sebagai RS-BLUD, RSUD Ulin Banjarmasin mempunyai tugas utama melaksanakan ”Pelayanan Medik, Pendidikan Kesehatan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat”. Adapun tujuannya adalah terselenggaranya pelayanan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara efektif dan efisien melalui pelayanan kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu dengan pelayanan preventif dan promotif serta pelayanan rujukan, pendidikan, pelatihan dan penelitian-pengembangan.

Visi RSUD Ulin Banjarmasin yaitu ”Terwujudnya Pelayanan Rumah Sakit yang Profesional dan Mampu Bersaing di Masyarakat Ekonomi ASEAN” mengutamakan mutu pelayanan, pendidikan dan penelitian serta keselamatan pasien. Dengan Misi sebagai berikut:

a) Menyelenggarakan pelayanan terakreditasi paripurna yang berorientasi pada kebutuhan dan keselamatan pasien, bermutu serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
b) Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan sub spesialalis sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan, kemajuan ilmu pengetahuan dan penapisan teknologi kedokteran.
c) Menyelenggarakan manajemen RS dengan kaidah bisnis yang sehat, terbuka, efisien, efektif, akuntabel sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
d) Menyiapkan SDM, sarana prasarana dan peralatannya untuk mampu bersaing dalam era pasar bebas ASEAN.

e) Mengelola dan mengembangkan SDM sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan kemampuan Rumah Sakit.

2. Gambaran Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Ruang Edelweis adalah ruang khusus kemoterapi yang ada di RSUD Ulin Banjarmasin, yang memberikan pelayanan kemoterapi. Dengan jumlah tempat tidur pasien sebanyak 27 tempat tidur. Ruang Edelweis terdiri dari ruang staf, ruang administrasi, ruang penyimpanan alat tenun, ruang penyimpanan obat dan ruang dokter. Jumlah tenaga kerja yang ada di ruang Edelweis sebanyak 14 orang, yang terdiiri dari 1 orang Kepala Ruangan, 2 orang staf, 2 orang administrasi, dan 8 orang tenaga kerja perawat.

Ruang Edelweis juga memiliki visi dan misi, serta tujuan dalam memberikan pelayanan yang terbaik. Adapun visi dan misi tersebut adalah:

a. Visi

Terwujudnya ruangan kemoterapi yang professional berdasarkan IPTEK dibidang kesehatan.

b. Misi

1) Meningkatkan profesionalisme kerja tenaga perawat melalui peningkatan jenjang pendiidkan dan pelatihan yang berkelanjutan.
2) Meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan dan pemberian pelayanan kemoterapi berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) dan Standar Operasional (SOP) yang berlaku.

c. Tujuan

Meningkatnya mutu kepuasan terhdapa pelayanan kemoterapi yang diberikan.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Karakteristik Responden

a. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

Distribusi frekuensi jenis kelamin responden kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Laki-laki	27	37,5
2.	Perempuan	45	62,5
Total		72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.1 menunjukan bahwa responden di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin sebagian besar adalah perempuan berjumlah 45 orang (62,5 %).

b. Distribusi Frekuensi Umur Responden

Distribusi frekuensi umur responden kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Umur Responden Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Umur	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	45 – 50 tahun	11	15,3
2.	51 – 55 tahun	13	18
3.	56 – 60 tahun	27	37,5
4.	61 – 65 tahun	17	23,6
5.	66 – 70 tahun	4	5,6
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.2 menunjukan bahwa responden di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin paling banyak memiliki umur pada rentang 56 – 60 tahun yaitu 27 pasien (37,5 %).

2. Analisis Univariat

a. Perilaku *Oral Hygiene* di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Perilaku *Oral Hygiene* Responden di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Perilaku *Oral Hygiene*	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Kurang	2	2,8
2.	Cukup	31	43
3.	Baik	39	54,2
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.3 menunjukan bahwa responden di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin memiliki Perilaku *Oral Hygiene* yang baik berjumlah 39 (54,2%).

1) Perilaku Menyikat Gigi Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Perilaku Pasien Kemoterapi Menyikat Gigi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Perilaku Menyikat Gigi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Kurang	0	0
2.	Cukup	9	12,5
3.	Baik	63	87,5
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.4 menunjukan bahwa responden pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin memiliki perilaku menyikat gigi pada pasien kemoterapi yaitu baik berjumlah 63 pasien (87,5%).

2) Perilaku Berkumur-kumur Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Perilaku Pasien Kemoterapi Berkumur-kumur di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Perilaku Berkumur-kumur	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Kurang	3	4,2
2.	Cukup	39	54,1
3.	Baik	30	41,7
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.5 menunjukan bahwa responden pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin memiliki perilaku berkumur-kumur pada pasien kemoterapi yaitu cukup berjumlah 39 pasien (54,1%).

3) Perilaku Pasien Kemoterapi Dalam Penggunaan Alat-alat *Oral Hygiene* Lainnya (Tusuk Gigi dan Benang Gigi) di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Pengunaan Alat-alat *Oral Hygiene* Lainnya (Tusuk Gigi dan Benang Gigi) Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Penggunaan Alat Lain	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Kurang	24	33,3
2.	Cukup	32	44,5
3.	Baik	16	22,2
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.6 menunjukan bahwa responden pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dalam penggunaan alat-alat *oral hygiene* lainnya pada pasien kemoterapi yaitu cukup berjumlah 32 pasien (44,5%).

4) Perilaku Pembersihan Lidah Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Dalam Pembersihan Lidah Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Pembersihan Lidah	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Kurang	22	30,6
2.	Cukup	37	51,4
3.	Baik	13	18
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.7 menunjukan bahwa responden pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dalam pembersihan lidah pada pasien kemoterapi yaitu cukup berjumlah 37 pasien (51,4%).

5) Perilaku Mengatasi Keluhan Gigi dan Mulut Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Keluhan Gigi dan Mulut Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Gigi dan Mulut	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Kurang	21	29,2
2.	Cukup	34	47,2
3.	Baik	17	23,6
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.8 menunjukan bahwa responden pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dalam pembersihan lidah pada pasien kemoterapi yaitu cukup berjumlah 34 pasien (47,2%).

6) Pengambilan Keputusan Dalam *Oral Hygiene* Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Pengambilan Keputusan Dalam *Oral Hygiene* Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Pengambilan Keputusan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Kurang	3	4,2
2.	Cukup	57	79,2
3.	Baik	12	16,6
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.9 menunjukan bahwa responden pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dalam pengambilan keputusan pada pasien kemoterapi yaitu cukup berjumlah 57 pasien (79,2%).

b. Kejadian Stomatitis di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2018

No.	Kejadian Stomatitis	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Stomatitis	18	25
2.	Tidak Stomatitis	54	75
	Total	72	100

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.10 menunjukan bahwa responden pada pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin didapatkan hasil pada pasien kemoterapi yang tidak memiliki stomatitis 54 pasien (75%).

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini adalah tabulasi silang dan menganalisis hubungan dari variabel Perilaku *Oral Hygiene* dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dilihat pada tabel 4.11

No.	Perilaku *Oral Hygiene*	Kejadian Stomatitis				Total		*P Value*
		Tidak Stomatitis		Stomatitis				
		N	%	N	%	N	%	
1.	Kurang	0	0	2	2,8	2	2,8	
2.	Cukup	19	26,4	12	16,6	31	43	0,002
3.	Baik	35	48,6	4	5,6	39	54,2	
Jumlah		54	75	18	25	72	100	

Sumber: Data Primer, 2018

Tabel 4.11 menunjukan bahwa responden di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin, pada pasien kemoterapi yang memiliki perilaku *oral hygiene* baik dengan memiliki stomatitis pada pasien kemoterapi sebanyak 4 pasien (5,6%), perilaku *oral hygiene* baik dengan tidak memiliki stomatitis pada pasien kemoterapi sebanyak 35 pasien (48,6%), perilaku *oral hygiene* cukup dengan memiliki stomatitis pada pasien kemoterapi sebanyak 12 pasien (16,6%), perilaku *oral hygiene* cukup dengan tidak memiliki stomatitis pada pasien kemoterapi sebanyak 19 pasien (26,4%), perilaku *oral hygiene* kurang dengan memiliki stomatitis pada pasien kemoterapi sebanyak 2 pasien (2,8%), dan perilaku *oral hygiene* kurang dengan tidak memiliki stomatitis pada pasien kemoterapi sebanyak 0 pasien (0%).

Data dilakukan uji statistik menggunakan uji *Kendall Tau* diperoleh nilai *p*= 0,001. Dengan niai p < (α = 0,05), maka dapat disimpulkan bahwa hipotesis diterima, yang berarti ada hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin, didapatkan hasil korelasi *Kendall Tau* sebesar -0,395 menunjukan bahwa arah korelasi negatif dengan kekuatan korelasi yang cukup kuat berdasarkan interval r (0,25-0,49) yang berarti cukup kuat dapat diartikan semakin baik perilaku *oral hygiene* maka akan semakin rendah angka kejadian stomatitis.

C. Pembahasan

1. Perilaku *Oral Hygiene* Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Hasil penelitian yang sudah dilakukan menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang memiliki perilaku *oral hygiene* baik tidak jauh berbeda dengan perilaku *oral hygiene* cukup, dikarenakan berdasarkan hasil diskusi rata-rata pasien kemoterapi tersebut sudah mengerti tentang *oral hygiene* yang mereka lakukan serta menerapkan prosedur *oral hygiene* tersebut dalam kehidupan sehari-hari walaupun tidak semua kategori dalam *oral hygiene* pasien lakukan dan juga pasien kemoterapi tersebut rata-rata sudah mengerti tentang penyakit-penyakit gigi dan mulut yang akan terjadi apabila mereka tidak melakukan *oral hygiene* dalam kehidupan sehari-hari namun ada juga pasien yang ketidaktahuannya terhadap dampak yang terjadi apabila perilaku *oral hygiene* yang tidak dilakukan.

Pada umumnya perilaku *oral hygiene* yang baik itu sendiri pada setiap individu yang terjadi biasanya juga disebabkan oleh faktor-faktor

lain di lingkungan sekitar menurut (Perry dan Potter, 2005) serta ada pula konsep diri yang bisa mempengaruhi perilaku setiap individu menurut (Rahmayani, 2010). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan ada juga faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku *oral hygiene* yang baik dan terdapat kategori-kategori perilaku *oral hygiene* yang terbagi menjadi 6 kategori berdasarkan kuesioner yang sudah dibuat yang pada umumnya dilakukan oleh pasien, yaitu perilaku menyikat gigi, perilaku berkumur-kumur, perilaku penggunaan alat-alat *oral hygiene* lainnya (tusuk gigi dan benang gigi), perilaku pembersihan lidah, perilaku mengatasi keluhan gigi dan mulut, dan perilaku pengambilan keputusan dalam melakukan *oral hygiene*.

Pertama, perilaku menyikat gigi, perilaku menyikat gigi pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin sudah baik, dilihat dari bagaimana cara pasien menjelaskan bahwa mereka menyikat gigi untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut dan tidak ada satupun pasien melewatkan untuk sikat gigi setiap harinya walaupun masih ada perbedaan frekuensi menyikat gigi dalam sehari. Secara keseluruhan menurut (Broadfield, 2006) menyikat gigi itu sebenarnya harus dilakukan maksimal 2 kali sehari, dilakukan lebih dari 1 menit, menggunakan sikat dan pasta gigi sesuai kebutuhan dan keadaan yang dialami, lakukan dengan tekhnik memutar saat menyikat gigi dan setelah menyikat gigi bilaslah dengan air.

Kedua, perilaku berkumur-kumur, perilaku berkumur-kumur pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dikatakan cukup, dikarenakan pasien sudah banyak yang mengetahui apabila setelah sikat gigi harus melakukan kumur-kumur tetapi cukup banyak pasien yang tidak menggunakan penyegar mulut dikarenakan alasan

yang didapat tidak biasa menggunakan penyegar mulut dan merasa hanya sikat gigi saja pun cukup tanpa menggunakan penyegar mulut. Menurut (Broadfield, 2006) berkumur-kumur adalah hal yang paling penting untuk *oral hygiene* dikarenakan setelah menyikat gigi maupun makan berkumur-kumur dapat membantu pembersihan sepenuhnya karena untuk mencegah adanya penyakit yang terjadi pada gusi dan menjangkau sela-sela gigi yang tidak terjangkau oleh sikat gigi, tetapi berkumur-kumur menggunakan air maupun penyegar mulut tidak dianjurkan terlalu sering karena akan menyebabkan *fluoride* (penghilang plak) dan zat-zat lain pelindung gigi dari pasta gigi akan hilang terbawa air kumur jadi setelah sikat gigi dan tidak dianjurkan untuk berkumur-kumur lebih dari 1 setelah sikat gigi.

Ketiga, perilaku penggunaan alat-alat *oral hygiene* lainnya (tusuk gigi dan benang gigi). Perilaku penggunaan alat-alat *oral hygiene* lainnya meliputi pemakaian pada tusuk gigi dan benang gigi pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin bisa dikatakan kurang, dikarenakan kurangnya penyuluhan terhadap perilaku *oral hygiene* yang benar lalu kebiasaan banyak pasien yang jarang menggunakan tusuk gigi maupun benang gigi untuk mengambil sisa makanan disela-sela gigi karena merasa sudah cukup bersih padahal penggunaan tusuk gigi maupun benang gigi ini sangat penting untuk kebersihan pada sela-sela gigi karena mencegah terbentuknya plak pada gigi dan meminimalisir adanya bakteri penyebab penyakit gigi dan mulut lainnya, penggunaan alat-alat *oral hygiene* lainnya seperti tusuk gigi dan benang gigi tersebut digunakan sesuai kebutuhan gigi dan dengan tekhnik pengambilan sisa-sisa makanan dengan secara perlahan, dan

efektifnya menggunakan tusuk gigi maupun benang gigi inipun sebelum menggosok gigi pada saat ingin tidur (Broadfield, 2006).

Keempat, perilaku pembersihan lidah, perilaku pembersihan lidah pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dikatakan cukup, karena sudah banyak pasien yang melakukan pembersihan lidah setelah sikat gigi agar membuat lidah terasa bersih, tetapi hanya menggunakan sikat gigi saja tidak menggunakan pengikis lidah. Idealnya untuk melakukan pembersihan pada lidah digunakan pengikis lidah ataupun pengikis lidah yang tersedia dibelakang sikat gigi dan efektifnya dilakukan setelah sikat gigi hanya maksimal 3 kali untuk mengangkat bakteri dari mulut terutama bagian lidah serta mencegah terjadinya penyakit yang terdapat pada gigi dan mulut (Broadfield, 2006).

Kelima, perilaku mengatasi keluhan gigi dan mulut, perilaku mengatasi keluhan gigi dan mulut pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dikatakan cukup, dikarenakan kebanyakan pasien sudah mengetahui apabila terdapat penyakit yang terjadi pada gigi dan mulut contohnya stomatitis pasien tetap melakukan *oral hygiene* dengan tekhnik yang lebih perlahan, tetapi masih ada juga pasien yang tidak memeriksakan kesehatan gigi dan mulut mereka ke dokter gigi dengan alasan tidak ada keluhan pada gigi dan mulut, tetapi idealnya kita harus tetap melakukan *oral hygiene* saat terkena penyakit gigi dan mulut seperti stomatitis karena untuk mencegah terjadinya keparahan yang bisa disebabkan oleh stomatitis tersebut tetapi dengan tekhnik dan penggunaan alat *oral hygiene* yang sesuai dengan keadaan mulut misalkan menggunakan sikat gigi yang lembut dan juga memeriksakan kesehatan gigi dan mulut kita maksimal 1 tahun sekali

dengan adanya atau tanpa keluhan pada gigi dan mulut untuk mencegah terjadinya penyakit pada gigi dan mulut yang bisa terjadi.

Keenam, perilaku pengambilan keputusan dalam *oral hygiene*, perilaku pengambilan kepututsan dalam *oral hygiene* pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin dikatakan cukup, pasien sudah banyak yang bisa mengambil keputusan untuk melakukan perawatan *oral hygiene* secara mandiri guna untuk menjaga kebersihan dan kesehatan mulut tetapi masih banyak juga pasien yang tidak terlalu berinisiatif untuk melakukan *oral hygiene* secara teratur dan lengkap, idealnya pengambilan keputusan dalam *oral hygiene* harus adanya kemauan untuk melakukan prosedur *oral hygiene* setiap harinya serta adanya dukungan dari keluarga terutama pasien yang menjalani kemoterapi yang rentan adanya penyakit pada gigi dan mulut akibat efek kemoterapi untuk selalu melakukan *oral hygiene* untuk mengurangi keparahan dari penyakit gigi dan mulut yang diderita pada pasien kemoterapi (Clark, 2005).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Carlton G. Brown (2015) terdapat hubungan antara terdapat hubungan antara perilaku menyikat gigi dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi dikarenakan untuk mengurangi terjadinya stomatitis dan mempercepat penyembuhan pada stomatitis, terdapat hubungan antara perilaku berkumur-kumur dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi dikarenakan dapat membantu pembersihan sepenuhnya karena untuk mencegah adanya penyakit yang terjadi, terdapat hubungan antara perilaku pembersihan lidah dengan kejadian stomatitis dikarenakan untuk mengangkat bakteri dari mulut terutama bagian lidah serta mencegah terjadinya penyakit yang terdapat pada gigi dan mulut, terdapat hubungan antara perilaku

mengatasi keluhan gigi dan mulut dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi untuk mencegah terjadinya keparahan yang bisa disebabkan oleh stomatitis, terdapat hubungan antara perilaku pengambilan keputusan dalam *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi dikarenakan harus adanya kemauan untuk melakukan prosedur *oral hygiene* setiap harinya serta adanya dukungan dari keluarga.

Pada dasarnya perilaku *oral hygiene* pada pasien kemoterapi dengan orang yang sehat juga tidak ada bedanya dan harus setiap hari melakukan *oral hygiene* dan dijadikan suatu kebutuhan untuk mencegah dan mengurangi perparahan penyakit mulut yang terjadi. Perilaku *oral hygiene* yang baik adalah perilaku *oral hygiene* yang mememenuhi kategori yang sudah ditentukan yaitu, perilaku menyikat gigi, perilaku berkumur-kumur, perilaku penggunaan alat-alat *oral hygiene* lainnya, perilaku pembersihan lidah, perilaku mengatasi keluhan gigi dan mulut, dan perilaku pengambilan keputusan dalam *oral hygiene.*

2. Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Berdasarkan hasil penelitian beberapa pasien mengalami stomatitis serta mempunyai perilaku *oral hygiene* yang kurang hingga baik. Pada pasien kemoterapi yang mengalami stomatitis pasien memiliki perilaku *oral hygiene* yang kurang hingga baik dikarenakan bahwa mempunyai efek yang berbeda-beda terhadap kemoterapi tersebut, walaupun pasien sekalipun mempunyai perilaku *oral hygiene* yang baik bisa disebabkan adanya faktor-faktor penyebab seperti saat daya tahan tubuh menurun ataupun efek kemoterapi tersebut yang memunculkan adanya stomatitis penelitian ini sejalan dengan (Hartanto, *et.al,* 2017)

yaitu stomatitis dapat disebabkan oleh berbagai macam hal seperti perilaku *oral hygiene* yang buruk, stomatitis dapat juga disebabkan karena invasi tak langsung dari bakteri gram negatif dan jamur. Saat mendapatkan terapi sitotoksik yang mempunyai efek samping stomatotoksik walaupun individu sekalipun memiliki perilaku *oral hygiene* yang baik. Stomatitis biasanya muncul 10-21 hari setelah kemoterapi dilakukan, saat neutrofil rendah dan sedang pada titik terendahnya. Pasien rata-rata stomatitis yang muncul hanya berupa berulserasi putih kekuningan dengan dasar berwarna kuning dengan berjumlah tunggal sampai dengan lebih dan berwarna kemerahan pada mulut tanpa adanya perdarahan secara spontan dan pasien rata-rata yang pernah memiliki stomatitis sekitar 1 bulan yang lalu, hal ini sejalan dengan (Hartanto, *et.al,* 2017) yaitu stomatitis adalah ulserasi berwarna putih kekuningan dengan dasar berawarna kuning yang dapat berjumlah tunggal maupun lebih dari satu dan bersifat rekuren.

3. Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan hubungan antara perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin hubungannya sangat berperan dan berpengaruh terhadap kehidupan sehari-hari bagi setiap pasien.

Perihal dari penelitian yang dilakukan diketahui bahwa dari hasil tersebut didapatkan ada beberapa pasien kemoterapi yang memiliki perilaku *oral hygiene* yang baik namun masih mengalami stomatitis tetapi sudah hampir sebagian besar pasien yang memiliki perilaku *oral hygiene* yang baik dengan tidak memiliki stomatitis. Pada pasien yang berperilaku

oral hygiene baik namun pernah memiliki stomatitis berdasarkan hasil diskusi yang dilakukan dengan pasien saat melakukan pengisian kuesioner beberapa pasien sudah merasa selalu melakukan *oral hygiene* dalam aktivitas sehari-hari dengan kuantitas *oral hygiene* yang sudah diketahui oleh pasien tetapi pasien tetap saja pernah mengalami stomatitis pada saat setelah prosedur kemoterapi selesai, tetapi karena pasien sudah terbiasa melakukan *oral hygiene* dan juga salah satu kebutuhan yang harus dilakukan, pasien tetap melakukan *oral hygiene* secara teratur.

Pada dasarnya beberapa hal yang terjadi pada pasien kemoterapi salah satunya stomatitis dikarenakan adanya penyebab yaitu prosedur kemoterapi, berdasarkan hal yang diketahui bahwa setiap individu mempunyai efek yang berbeda-beda terhadap kemoterapi salah satunya adalah stomatitis, efek kemoterapi tersebut bisa juga dikarenakan daya tahan tubuh pasien yang menurun ditambah dengan prosedur kemoterapi yang terjadi pada tubuh lalu muncul adanya stomatitis meskipun kita sudah merasa melakukan *oral hygiene* yang benar dan dilakukan setiap hari, apabila hal ini terjadi pada pasien yang sedang menjalani kemotarapi yang bisa dilakukan adalah untuk tetap dan selalu melakukan *oral hygiene* setiap harinya dalam dua kali sehari guna untuk mencegah keparahan maupun timbul ulserasi baru yang terjadi pada stomatitis.

Berdasarkan hal yang disampaikan oleh pasien kemoterapi juga bisa ditelaah banyak faktor-faktor lain yang sangat mempengaruhi perilaku *oral hygiene* pasien yang baik agar tidak terkena penyakit-penyakit pada gigi dan mulut terutama seperti stomatitis. Faktor-faktor yang paling sering terjadi pada pasien kemoterapi adalah perihal pilihan pribadi yang disetai dengan motivasi dari diri sendiri dan sekitar faktor ini

sangat sering terjadi pada setiap individu dan juga kadang-kadang sangat susah untuk setiap individu melakukannya tanpa ada motivasi, pilihan pribadi tersebut sangat mempengaruhi terciptanya perilaku *oral hygiene* yang baik dikarenakan pilihan pribadi tersebut muncul dari keinginan diri sendiri maupun upaya dari motivasi orang sekitar seperti keluarga, kerabat terdekat maupun perawat atau petugas kesehatan lainnya untuk terciptanya keinginan dari diri sendiri itu terjadi hingga menjadi kebiasaan untuk melakukan *oral hygiene* hal ini memang sangat penting bagi setiap orang maupun pasien kemoterapi untuk melakukan *oral hygiene* upaya menghindari maupun mengurangi perparahan apabila terjadi penyakit-penyakti gigi dan mulut seperti stomatitis, apabila pilihan pribadi tersebut bisa kita lakukan ataupun dibantu dengan motivasi dari orang sekitar maka faktor-faktor lain seperti praktik sosial, lingkungan sekitar, status sosial ekonomi, pengetahuan seseorang, pilihan pribadi, disertai motivasi yang bisa mempengaruhi akan mengikuti untuk menciptakan perilaku *oral hygiene* yang baik upaya menghindari maupun mengurangi perparahan apabila terjadi penyakit-penyakti gigi dan mulut seperti stomatitis (Clark, 2005).

Dari kesimpulan tersebut perilaku *oral hygiene* yang cukup masih seimbang dibandingkan perilaku yang baik tetapitidak memiliki stomatitis tetapi ada juga beberapa pasien perilaku yang cukup hingga baik tetapi memiliki stomatitis, dalam hal tersebut pasien kemoterapi tidak hanya memiliki perilaku *oral hygiene* yang cukup tetapi juga harus memiliki *oral hygiene* yang baik dan juga walaupun pasien memiliki perilaku *oral hygiene* yang baik namun memiliki stomatitis tatap harus melakukan *oral hygiene* setiap hari dalam waktu yang sudah diketahui yaitu dua kali sehari tanpa ada yang terlewatkan guna untuk meminimalkan perparahan

yang terjadi pada stomatitis serta mencegah adanya stomatitis maupun penyakit gigi dan mulut lainnya guna meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut serta mengetahui perihal melakukan *oral hygiene* yang lebih baik lagi apabila terjadi penyakit-penyakit gigi dan mulut terutama stomatitis maupun dalam kegiatan sehari-hari.

Hasil penelitian ini dengan uji statistik *Kendall Tau* diperoleh nilai *p*= 0,002 dengan niai p < (α = 0,05), maka dapat disimpulkan bahwa hipotesis diterima, yang berarti ada hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin, didapatkan hasil korelasi *Kendall Tau* sebesar -0,395 menunjukan bahwa arah korelasi negatif, menurut (Rahman, 2015) dengan kekuatan korelasi yang cukup kuat (0,25-0,49).

Bedasarkan hasil penelitian dan teori yang telah didapatkan diatas maka peneliti berpendapat bahwa ada hubungan yang bermakna pada Perilaku *Oral Hygiene* dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

D. Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti hanya terfokus pada kuesioner tanpa menggali lebih dalam terhadap *oral hygiene* pada responden.
2. Peneliti hanya menanyakan tentang kejadian stomatitis tanpa melihat secara langsung adanya stomatitis pada respoden.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Penelitian menunjukan ada hubungan perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

B. Saran

1. Bagi Respoden

   Respoden harus meningkatkan perilaku *oral hygiene* terutama untuk pengunaan alat tambahan seperti tusuk gigi atau benang gigi, dengan demikian dapat meningkatkan lagi derajat kesehatan dan secara tidak langsung mencegah terjadinya kejadian stomatitis.

2. Bagi RSUD Ulin Banjarmasin

   Lebih meningkatkan pendidikan kesehatan terutama pada pasien kemoterapi tentang perilaku *oral hygiene* yang baik dan benar, karena pada pasien kemoterapi terjadinya system imun dalam tubuh, maka dari itu staf rumah sakit atau perawat harus meningkatkan *oral hygine* pada pasien kemoterapi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan juga harus mampu paham apa yang akan diberikan kepada masyarakat yaitu salah satunya pendidikan kesehatan pada pasien kemoterapi yang mengalami stomatitis dalam wujud mendukung pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan pada pasien.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya hendaknya mencari faktor lain tentang penyebab stomatisis serta faktor lain yang menghambat perilaku *oral hygiene* seperti praktik sosial, lingkungan sekitar, status sosial ekonomi, pengetahuan seseorang, pilihan pribadi, disertai motivasi pada pasien kemoterapi. Diharapkan juga dapat dijadikan bahan pembelajaran dan pengembangan ide lainnya untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan perilaku *oral hygiene* dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi.

DAFTAR PUSTAKA

Akulapalli. 2010. History of cancer, ancient and modern treatment methods. *J Cancer Sci Ther*. Author manuscript

Alimul Hidayat, Aziz. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data.* Jakarta: Salemba Medika.

Applonia, Priyono B, dan Widyanti N. 2014. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemeliharaan kebersihan gigi dan mulut ibu hamil di puskesmas kabupaten kupang. *Maj Ked Gi.* Juni 2014; 21(1): 20-26.

As'adi. M. 2013. *Serba-serbi Kanker.* Yogyakarta: Diva Press.

Broadfield L, Hamilton J. 2006. Best practice guidelines for the management of oral complications from cancer therapy. *Cancer Care Nova Scotia*: hal. 29-39.

Indra, B. 2010. Pengaruh konseling terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien kanker prekemoterapi. Banjarmasin : *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhamadiyah.*

Bustan, M.N. 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular.* Jakarta : Rineka Cipta.

Carlton G.,B. 2015. Stomatitis: an overview: protecting the oral cavity during cancer treament. *Article in The Amarican Journal of Nursing:* hal. 20-23.

Clark, David P. 2005. *Molecular Biology Understanding The Genetic Revolution. San. Diego*. California: Elsevier Inc.

Eilers J, & Million R. 2011. Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 27(4); e1-e16.

Faisel, C. 2012. Gambaran efek samping kemoterapi berbasis antrasiklin pada pasien kanker payudara di rsud dokter soedarso pontianak [skripsi]. Pontianak: Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura.

Hidayat. 2009. *Metode Penelitian Kebidanan dan Tekhnik Analisa Data.* Surabaya; Salemba Media.

Hartanto, Bernardus, R., dan Budijitno, Selamat. 2017. Pengaruh suplementasi alfa tokoferol terhadap stomatitis terkait kemoterapi pada penderita kanker payudara invasif (studi pada penderita kanker payudara invasif yang diberi kemoterapi) [skripsi] [Internet]

Semarang: Faculty of Medicine Diponegoro University. [diakses pada tanggal 1 Januari 2018]. Tersedia pada : http://ejournal.s1.undip.ac.id/index.php/medico.

Hidayat, A.A.. 2014. *Metode penelitian keperawatan dan teknis analisis data. Jakarta* : Salemba Medika.

Julien, K., Andreas F. 2015. Comparison of oral health behavior among dental students, students of other disciplines, and fashion models in Switzerland. *Swiss Dental Journal Sso 125:1337–1344 (2015).*

Kemenkes RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014.Jakarta : *Kemenkes RI (2015)*.

Marthalena S, Dewi Prabawati, Wilhelmus Hari Susilo, 2016. *The* effectiveness of the honey in decrease the degree of mucositis undergoing the chemotherapy. *Idea Nursing Journal.*

Naidu, M.U.R., Ramana, G.V., Rani, P.U., Mohan, I.K., Suman, A., Roy,P. 2004. Chemotherapy induced oral mucositis [Internet]. Neoplasia. 6:423-31. [diakses pada tanggal 1 Februari 2018]. Tersedia pada : *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15548350.*

Nurhidayatun, Allenidekania, Syahreni, E. 2013. Oral hygiene menggunakan larutan madu mengurangi stomatitis. Jakarta*: Fatmawati Hospital Journal.* Hal. 1-7.

Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan. Jakarta.* Salemba Medika.

Nursalam. 2011. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika.

Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan. Praktik*. Edisi 4 volume 1.EGC. Jakarta. Almatsier.

Rahayu C, Widiati S, dan Widyanti N. 2014. Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku terhadap Pemeliharaan Kebersihan Gigi dan Mulut dengan Status Kesehatan Periodontal Pra Lansia di Posbindu Kecamatan Indihiang Kota Tasikmalaya. *Maj Ked Gi.* Juni 2014; 21(1): 27 - 32.

Rahmayani, D. 2010. Peran keluarga terhadap perilaku hygiene organ reproduksi eksternal remaja putri di MTSN Banjar Selatan 2 Banjar masin [tesis]. Yogyakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM.

Rasjidi, I. 2007. *Kemoterapi Kanker Ginekologi Dalam Praktik Sehari-hari.* Jakarta: Sagung Seto.

Saleh, A.Z. 2006. *Buku Acuan Nasional Onkologi Ginekologi: Kemoterapi*. Jakarta: Yayasan Bina.

Sugiyono. 2011*. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D.* Bandung: Afabeta.

Supriyantoro. 2013. Profil kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Internet]. [diakses pada tanggal 24 Agustus 2017]. Tersedia pada : *http://www.kemkes.go.id*

Supriyantoro. 2014. Profil kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Internet]. [diakses pada tanggal 24 Agustus 2017]. Tersedia pada : *http://www.kemkes.go.id*

Wibisono, N, (2009) *Melawan Kanker Payudara: Pencegahan & Pengobatan*. Jakarta: Restu Agung.

LAMPIRAN

RENCANA KEGIATAN PENELITIAN

Di RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2017-Tahun 2018

JENIS KEGIATAN	KEGIATAN	JUL 2017				AGU 2017				SEP 2017				OKT 2017				FEB 2018				MAR 2018				APR 2018				MEI 2018				JUNI 2018				JULI 2018			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
PERSIAPAN	1. Menelaah kepustakaan, observasi, kondisi yang menjadi masalah																																								
	2. Pengajuan masalah yang akan diteliti																																								
PENYUSUNAN PROPOSAL	1. Pengajuan Bab I (Pendahuluan)																																								
	2. Pengajuan Bab II																																								
	3. Pengajuan Bab III																																								
	4. Sidang Proposal																																								
	5. Perbaikan																																								
PENGUMPULAN DATA	Pengumpulan data primer dan sekunder																																								
PENGOLAHAN DATA	1. Editing Data																																								
	2. Tabulasi Data																																								
	3. Analisis Data																																								
PENULISAN LAPORAN	1. Pembuatan Draft																																								
	2. Penulisan Awal																																								
	3. Editing																																								
	4. Penulisan Final																																								

[redacted]

Nama	: Chumaira Anindayudina
NIM	: 14.IK.381
Tanggal Pengajuan	: Kamis, 20 Juli 2017
Jenis Tugas Akhir	: Skripsi
Rencana Judul (Prioritas Pertama)	: Hubungan Perilaku Oral Hygiene dengan Tingkat Kesembuhan Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

a. Pembimbing I : Dini Rahmayani, S.Kep., Ns., MPH

b. Pembimbing II : Subhannur Rahman, S.Kep., Ns.

Judul Cadangan

1.

2.

..

Banjarmasin, 2017
Mahasiswa yang mengajukan

Chumaira Anindayudina
NIM 14.IK.381

Mengetahui

Pembimbing I

Dini Rahmayani, S.Kep., Ns., MPH
NIK. 19.44.2004.008

Pembimbing II

Subhannur Rahman, S.Kep. Ns
NIK. 19.44.2014.089

YAYASAN INDAH BANJARMASIN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SARI MULIA
SK MENDIKNAS NO. 44/D/O/2009 Terakreditasi BAN-PT
Jl. Pramuka No. 2 Banjarmasin Telp. (0511) 3268105, Fax. (0511) 3270134
e-mail : info@stikessarimulia.ac.id, Website : www.stikessarimulia.ac.id

Banjarmasin, 27 September 2017

Nomor : 571/D/LPPM/STIKES-SM/IX/2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Melakukan Studi Pendahuluan Untuk Pembuatan Proposal Penelitian.

Kepada Yth,
Direktur RSUD Ulin Banjarmasin
Di –
Tempat

Sesuai dengan Kurikulum nasional untuk pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan mahasiswa di semester akhir tahun akademik 2017/2018 wajib membuat sebuah laporan skripsi. Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon untuk diberikan izin kepada

Nama : Chumaira Anindayudina

NIM : 14.IK.381

Judul : Hubungan perilaku Oral hygiene dengan tingkat kesembuhan stomatitis pada pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Untuk melakukan studi pendahuluan di Instansi yang terkait sesuai dengan masalah penelitian yang akan disusun menjadi proposal penelitian. Kami sangat mengharapkan Bapak/Ibu berkenan mendukung mahasiswa/i untuk mendapatkan data-data yang diperlukan.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

STIKES SARI MULIA
Ketua LPPM

Dede Mahdiyah, M. Si
NIK. 19.44.2012.069

Tembusan:
1. Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin
2. Arsip

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ULIN
Jl. Jend. A. Yani No. 43 Telp: 3257472 / 3252180 Fax: 3252229
BANJARMASIN

SURAT PENGANTAR

No. 002/S1-Keperawatan/Diklit/RSUDU/X/2017

Kepada Yth,

1. Kepala Ruang Edelweis
2. Kepala Instalasi Rekam Medik

Di -

Tempat

Menindaklanjuti disposisi Direktur RSUD Ulin Banjarmasin nomor 1601 tanggal 29 September 2017, Surat dari STIKES Sari Mulia Banjarmasin nomor surat 571/D/LPPM/STIKES-SM/IX/2017 tanggal 27 September 2017, maka disampaikan bahwa mahasiswa(i) STIKES Sari Mulia Banjarmasin di bawah ini bermaksud melakukan Studi Pendahuluan Untuk Melaksanakan Skripsi mulai tanggal 09 Oktober 2017 s.d 24 Oktober 2017.

Adapun nama mahasiswa(i) tersebut adalah :

Nama	: **CHUMAIRA ANINDAYUNIDA**
NIM	: 14.IK.381
Prog. Studi	: S1 – Keperawatan
Semester	: VII (Tujuh)
Judul/Data	: *"Hubungan prilaku Oral hygiene dengan tingkat kesembuhan stomatitis pada pasien kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin."*

Demikian Surat Pengantar ini disampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terimakasih

Banjarmasin, 03 Oktober 2017
Kepala Seksi Diklit Non Medik
RSUD Ulin Banjarmasin

Rohana, S. Ag
NIP. 19691026 200801 2 016

Instalasi Researche

INSTALASI RESEARCHE RSUD ULIN BANJARMASIN

Dr. dr. Dwi L. Adiputro, SpJP(K), FIHA
Spesialis Jantung & Pembuluh Darah
NIP. 19651029 199907 1 001

YAYASAN INDAH BANJARMASIN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SARI MULIA
SK MENDIKNAS NO. 44/D/O/2009 Terakreditasi BAN-PT
Jl. Pramuka No. 2 Banjarmasin Telp. (0511) 3268105, Fax. (0511) 3270134
e-mail : info@stikessarimulia.ac.id, Website : www.stikessarimulia.ac.id

Banjarmasin, 27 Maret 2018

Nomor : 072/D/LPPM/STIKES-SM/III/2018
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian.

Kepada Yth
Direktur RSUD Ulin Banjarmasin
Di –
Tempat

Sesuai dengan ketentuan yang ada pada panduan penulisan dan pelaksanaan skripsi bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Tahun Akademik 2017/2018 yang akan melakukan penelitian sebagai prasyarat akhir program, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon untuk kiranya berkenan memberikan ijin kepada :

Nama : Chumaira Anindayudina
NIM : 14.IK.381
JUDUL : Hubungan perilaku oral hygiene dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang edelweiss RSUD Ulin Banjarmasin
Tempat : Ruang Edelweis (Kemoterapi) RSUD Ulin Banjarmasin

untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner penelitian.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

STIKES SARI MULIA
Ketua LPPM

LEMBAGA PENELITIAN PENGABDIAN MASYARAKAT STIKES SARI MULIA

Dede Mandryah, M.Si
NIK. 19.44.2012.069

Tembusan:
1. Kepala Ruangan Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin
2. Arsip

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ULIN
Jl. Jend. A. Yani No. 43 Telp: 3257472 / 3252180 Fax: 3252229
BANJARMASIN

SURAT PENGANTAR

No. 001/S1-Keperawatan/Diklit/RSUDU/IV/2018

Kepada Yth,
Kepala Ruang Edelweis

Di –
Tempat

Menindaklanjuti disposisi Direktur RSUD Ulin Banjarmasin nomor 560 tanggal 27 Maret 2018, Surat *dari STIKES Sari Mulia Banjarmasin Program Studi Ilmu Keperawatan nomor surat 072/D/LPPM/STIKES-*SM/III/2018 tanggal 22 Maret 2018, maka disampaikan bahwa mahasiswi(i) STIKES Sari Mulia Banjarmasin di bawah ini bermaksud melakukan Uji Validitas, Untuk Melaksanakan Skripsi mulai tanggal 03 April 2018 s.d 19 April 2018 .

Adapun nama mahasiswa(i) tersebut adalah :

Nama	: **CHUMAIRA ANINDAYUDINA**
NIM	: 14.IK.381
Prog. Studi	: S1-Keperawatan
Semester	: VIII (Delapan)
Judul	: *"Hubungan perilaku oral hygiene dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang edelweis RSUD Ulin Banjarmasin."*

Demikian Surat Pengantar ini disampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terimakasih

Banjarmasin, 02 April 2018
Kepala Seksi Diklit Medik
RSUD Ulin Banjarmasin

Abdul Wahab Syahrani, S. Sos. M. I. Kom
NIP. 19660111 198603 1 005

Instalasi Researche
Sp.KJ

YAYASAN INDAH BANJARMASIN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SARI MULIA
SK MENDIKNAS NO. 44/D/O/2009 Terakreditasi BAN-PT
Jl. Pramuka No. 2 Banjarmasin Telp. (0511) 3268105, Fax. (0511) 3270134
e-mail : info@stikessarimulia.ac.id, Website : www.stikessarimulia.ac.id

Banjarmasin, 17 April 2018

Nomor : 084/D/LPPM/STIKES-SM/IV/2018
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melakukan Penelitian (Penyusunan Skripsi)

Kepada Yth,
Direktur RSUD Ulin Banjarmasin
Di –
Tempat

Sesuai dengan tuntutan Kurikulum Pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan, mahasiswa di Semester akhir Tahun Akademik 2017/2018 wajib membuat sebuah Skripsi, Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon untuk diberikan izin kepada:

Nama	**: Chumaira Anindayudina**
NIM	**: 14.IK.381**
Semester/Prodi	**: VIII/S1 Keperawatan/ Angkatan VI**
Judul	**: Hubungan perilaku oral hygiene dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang edelweis RSUD Ulin Banjarmasin**
Tempat	**: Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin**
Waktu	**: Bulan April-Mei**

Kami sangat mengharapkan Bapak/Ibu berkenan mendukung mahasiswa dalam melakukan pengumpulan data-data yang diperlukan.
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

STIKES SARI MULIA
Ketua LPPM

Dede Mahdiyah, M. Si
NIK. 19.44.2012.069

Tembusan:

1. Kepala Ruangan Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin
2. Arsip

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ULIN
Jl. Jend. A. Yani No. 43 Telp: 3257472 / 3252180 Fax: 3252229
BANJARMASIN

SURAT PENGANTAR

No. 014/S1-Keperawatan/Diklit/RSUDU/IV/2018

Kepada Yth,

1. Kepala Ruang Edelweis
2. Kepala Instalasi Rekam Medik
3. Kepala Seksi Humas dan Informasi

Di -

Menindaklanjuti disposisi Direktur RSUD Ulin Banjarmasin nomor 775 tanggal 19 April 2018, *Surat dari STIKES Sari Mulia Banjarmasin, nomor surat 084/D/LPPM/STIKES-SM/IV/2018 tanggal 17* April 2018, perihal Permohonan Izin Penelitian, maka disampaikan bahwa mahasiswa(i) STIKES Sari Mulia Banjarmasin di bawah ini bermaksud melakukan Penelitian Untuk Melaksanakan Tugas Skripsi mulai tanggal 28 April 2018 s.d 28 Juli 2018.

Adapun nama mahasiswa(i) tersebut adalah :

Nama	: **CHUMAIRA ANINDAYUDINA**
NIM	: 14.IK.381
Prog. Studi	: S1 – Keperawatan
Semester	: VIII (Delapan)
Judul	:*"Hubungan perilaku oral hygiene dengan kejadian stomatitis pada pasien kemoterapi di ruang edelweis RSUD Ulin Banjarmasin ."*

Demikian Surat Pengantar ini disampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Banjarmasin, 28 April 2018
Kepala Seksi Diklit Medik
RSUD Ulin Banjarmasin

Abdul Wahab Syahrani, S. Sos, M. I. kom
NIP. 19661101 198603 1 005

Instalasi Researche
dr. Yani Fitria, Sp.KJ NIP. 19850521 201103 2 002

Hasil Uji Validitas dan Realibilitas

NO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Total	Kategori
1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	11	Cukup
2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	11	Cukup
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	13	Baik
4	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	11	Cukup
5	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	9	Cukup
6	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	9	Cukup
7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	12	Baik
8	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	10	Cukup
9	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	11	Cukup
10	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	8	Cukup
Total	9	8	10	10	6	3	10	0	9	9	0	0	9	2	10	10		

Master Data Kuesioner *Oral Hygiene*

No	Jenis Kelamin	Umur	Frekuensi Kemoterapi	Pertanyaan *Oral Hygiene*																	
				Kebiasaan Menyikat Gigi						Kumur-kumur			Alat-alat Lain			Pemb. Lidah			Kel. Gigi		
				P1	P2	P3	P4	P5	**Total**	P6	P7	**Total**	P8	P9	**Total**	P10	P11	**Total**	P12	P13	**Total**
1	Perempuan	50	2	1	1	1	1	0	**4**	0	1	**1**	1	1	**2**	1	0	**1**	0	1	**1**
2	Laki-laki	52	1	1	1	1	1	1	**5**	0	1	**1**	0	1	**1**	0	0	**0**	0	0	**0**
3	Perempuan	45	1	1	1	1	1	1	**5**	0	1	**1**	0	0	**0**	0	0	**0**	0	0	**0**
4	Perempuan	60	4	1	1	0	1	1	**4**	1	1	**2**	0	1	**1**	0	0	**0**	0	0	**0**
5	Perempuan	46	2	0	1	0	1	1	**3**	1	1	**2**	0	0	**0**	1	0	**1**	0	1	**1**
6	Perempuan	53	2	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	0	1	**1**	0	1	**1**	0	1	**1**
7	Laki-laki	58	2	1	1	0	1	1	**4**	0	1	**1**	0	1	**1**	0	1	**1**	0	0	**0**
8	Laki-laki	50	12	1	1	0	1	0	**3**	0	1	**1**	0	0	**0**	0	0	**0**	0	0	**0**
9	Laki-laki	56	2	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	1	0	**1**	1	1	**2**	1	0	**0**
10	Laki-laki	55	3	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	0	0	**0**	1	0	**1**	0	0	**0**
11	Laki-laki	54	4	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	0	0	**0**	1	1	**2**	1	0	**1**
12	Laki-laki	50	1	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	0	1	**1**	1	0	**1**	0	1	**1**
13	Laki-laki	54	1	0	0	1	0	1	**2**	0	1	**1**	0	0	**0**	1	0	**1**	1	1	**2**
14	Perempuan	62	4	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	1	0	**1**	1	0	**1**	0	1	**1**
15	Laki-laki	46	1	0	0	1	1	1	**3**	0	1	**1**	0	0	**0**	0	0	**0**	0	0	**0**
16	Perempuan	65	15	1	1	0	1	1	**4**	0	1	**1**	0	1	**1**	1	1	**2**	1	1	**2**
17	Laki-laki	63	10	1	1	1	1	1	**5**	0	0	**0**	0	0	**0**	1	0	**1**	0	0	**0**
18	Laki-laki	56	4	1	1	1	1	0	**4**	1	1	**2**	1	1	**2**	1	0	**1**	0	1	**1**
19	Laki-laki	65	3	1	1	1	1	1	**5**	0	1	**1**	1	1	**2**	0	0	**0**	1	1	**2**
20	Perempuan	60	4	1	1	1	1	0	**4**	1	1	**2**	1	1	**2**	1	0	**1**	1	0	**1**
21	Perempuan	57	1	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	1	1	**2**	0	0	**0**	1	0	**1**
22	Perempuan	61	3	1	1	1	1	1	**5**	0	1	**1**	0	1	**1**	1	1	**2**	1	1	**2**
23	Perempuan	55	1	1	1	1	0	1	**4**	1	0	**1**	0	1	**1**	1	1	**2**	0	0	**0**
24	Perempuan	68	6	1	1	1	1	1	**5**	0	1	**1**	0	1	**1**	0	0	**0**	1	0	**1**
25	Laki-laki	60	3	1	1	1	1	1	**5**	1	1	**2**	1	1	**2**	1	1	**2**	1	0	**1**
26	Perempuan	62	4	1	1	0	1	1	**4**	0	1	**1**	0	1	**1**	1	1	**2**	0	0	**0**

27	Perempuan	59	2	1	1	1	0	1	4	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0
28	Laki-laki	66	3	1	1	1	1	0	4	1	1	2	1	1	2	0	1	1	1	0	1
29	Perempuan	68	5	1	1	0	1	1	4	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2
30	Perempuan	60	7	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
31	Perempuan	62	6	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
32	Perempuan	55	2	1	0	1	1	1	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
33	Laki-laki	55	8	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	2	0	0	0	1	1	2
34	Perempuan	57	5	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	2
35	Laki-laki	59	8	1	1	1	1	0	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2
36	Laki-laki	55	3	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	1	2	1	1	2	0	1	1
37	Laki-laki	58	8	1	1	1	1	1	5	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
38	Perempuan	60	6	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2
39	Perempuan	57	3	1	1	0	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Perempuan	55	4	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1
41	Laki-laki	60	5	1	1	1	1	1	5	1	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1
42	Perempuan	58	5	0	0	1	1	0	2	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
43	Perempuan	53	2	1	1	1	1	1	5	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	1	1
44	Perempuan	50	2	1	1	1	1	0	4	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	2
45	Perempuan	61	2	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2
46	Perempuan	45	3	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	2	1	0	1	0	1	1
47	Perempuan	56	4	1	1	1	1	0	4	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
48	Perempuan	63	5	1	1	1	1	1	5	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	1	1
49	Laki-laki	63	4	1	1	1	1	0	4	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1
50	Laki-laki	56	3	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	1	2	1	0	1	0	1	1
51	Perempuan	60	3	1	1	1	1	1	5	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	1	1
52	Perempuan	60	4	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0
53	Perempuan	68	5	1	1	1	1	0	4	1	1	2	0	1	1	1	0	1	1	1	2
54	Perempuan	56	3	1	1	1	1	0	4	1	1	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0
55	Laki-laki	63	4	1	1	1	1	0	4	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	1	2
56	Laki-laki	60	2	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2
57	Perempuan	56	3	1	1	1	1	1	5	1	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1

58	Perempuan	56	4	1	1	1	1	0	4	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
59	Perempuan	60	5	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	0	1	0	1	1	1	0	1
60	Perempuan	62	3	1	1	1	1	0	4	1	1	2	0	0	0	1	1	2	1	0	1
61	Laki-laki	65	6	1	0	1	1	1	4	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2
62	Perempuan	55	3	1	0	1	1	0	3	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
63	Laki-laki	51	2	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0
64	Perempuan	46	3	1	1	1	1	1	5	1	1	2	0	0	0	1	1	2	0	1	1
65	Perempuan	60	4	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1
66	Perempuan	57	4	1	1	1	1	0	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
67	Perempuan	62	5	1	1	1	1	1	5	1	1	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0
68	Perempuan	47	2	1	1	1	1	0	4	1	1	2	1	1	2	1	0	1	0	1	1
69	Laki-laki	62	3	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	Laki-laki	46	2	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
71	Perempuan	63	6	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	0	1	1	1	2	0	1	1
72	Perempuan	65	5	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2
Total				**66**	**64**	**64**	**69**	**51**	**314**	**31**	**68**	**99**	**26**	**41**	**64**	**42**	**21**	**63**	**29**	**40**	**68**

						Pertanyaan Stomatitis				
Peng. Keputusan				Total	Kategori	Stomatitis				Kesimpulan
P14	P15	P16	Total			P1	P2	P3	Total	
1	1	1	3	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	9	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	8	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	0	1	8	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	0	0	1	8	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	0	0	0	7	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	0	0	0	4	Kurang	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	10	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	8	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	6	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	8	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	0	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	13	Baik	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	10	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	10	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	0	1	1	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	10	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis

0	1	1	2	9	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	9	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	11	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	8	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	9	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	9	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	0	1	9	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	0	1	5	Kurang	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	11	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	0	1	6	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
1	1	1	3	12	Baik	0	0	0	0	Stomatitis
1	1	1	3	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	0	0	0	7	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
1	1	1	3	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	0	1	8	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	1	0	0	1	Stomatitis
1	1	1	3	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	0	1	6	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
1	1	1	3	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	10	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	0	1	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	1	0	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis

0	1	1	2	9	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	1	1	3	13	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	11	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
1	1	1	3	11	Cukup	1	0	0	1	Stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	1	1	3	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	10	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	1	0	2	8	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	1	1	3	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	0	1	4	Kurang	1	0	0	1	Stomatitis
1	1	1	3	9	Cukup	0	0	0	0	Tidak stomatitis
1	1	1	3	14	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
0	1	1	2	12	Baik	0	0	0	0	Tidak stomatitis
16	**66**	**58**	**140**			18	0	0	18	

Correlations

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P_total
P1	Pearson Correlation	1	-.111	1.000**	-.111	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	1.000**	.167
	Sig. (2-tailed)		.760	.000	.760	.760	.760	.760	.447	.760	.760	.760	.760	.760	.447	.760	.000	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P2	Pearson Correlation	-.111	1	-.111	1.000**	-.111	1.000**	1.000**	.408	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760		.760	.000	.760	.000	.000	.242	.760	.760	.760	.760	.760	.242	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P3	Pearson Correlation	1.000**	-.111	1	-.111	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	1.000**	.167
	Sig. (2-tailed)	.000	.760		.760	.760	.760	.760	.447	.760	.760	.760	.760	.760	.447	.760	.000	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P4	Pearson Correlation	-.111	1.000**	-.111	1	-.111	1.000**	1.000**	.408	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.000	.760		.760	.000	.000	.242	.760	.760	.760	.760	.760	.242	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P5	Pearson Correlation	-.111	-.111	-.111	-.111	1	-.111	-.111	-.272	1.000**	1.000**	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.760	.760	.760		.760	.760	.447	.000	.000	.760	.760	.760	.447	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P6	Pearson Correlation	-.111	1.000**	-.111	1.000**	-.111	1	1.000**	.408	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	.167

	Sig. (2-tailed)	.760	.000	.760	.000	.760		.000	.242	.760	.760	.760	.760	.760	.242	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P7	Pearson Correlation	-.111	1.000**	-.111	1.000**	-.111	1.000**	1	.408	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.000	.760	.000	.760	.000		.242	.760	.760	.760	.760	.760	.242	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P8	Pearson Correlation	-.272	.408	-.272	.408	-.272	.408	.408	1	-.272	-.272	.408	.408	-.272	1.000**	.408	-.272	-.102
	Sig. (2-tailed)	.447	.242	.447	.242	.447	.242	.242		.447	.447	.242	.242	.447	.000	.242	.447	.779
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P9	Pearson Correlation	-.111	-.111	-.111	-.111	1.000**	-.111	-.111	-.272	1	1.000**	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.760	.760	.760	.000	.760	.760	.447		.000	.760	.760	.760	.447	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P10	Pearson Correlation	-.111	-.111	-.111	-.111	1.000**	-.111	-.111	-.272	1.000**	1	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.760	.760	.760	.000	.760	.760	.447	.000		.760	.760	.760	.447	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P11	Pearson Correlation	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	1	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.242	.760	.760		.760	.760	.242	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P12	Pearson Correlation	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	-.111	1	-.111	.408	1.000**	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.242	.760	.760	.760		.760	.242	.000	.760	.645

	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P13	Pearson Correlation	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	-.111	-.111	-.111	1	-.272	-.111	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.447	.760	.760	.760	.760		.447	.760	.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P14	Pearson Correlation	-.272	.408	-.272	.408	-.272	.408	.408	1.000**	-.272	-.272	.408	.408	-.272	1	.408	-.272	-.102
	Sig. (2-tailed)	.447	.242	.447	.242	.447	.242	.242	.000	.447	.447	.242	.242	.447		.242	.447	.779
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P15	Pearson Correlation	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	.408	-.111	-.111	-.111	1.000**	-.111	.408	1	-.111	.167
	Sig. (2-tailed)	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.760	.242	.760	.760	.760	.000	.760	.242		.760	.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P16	Pearson Correlation	1.000**	-.111	1.000**	-.111	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	-.111	-.111	-.111	-.111	-.272	-.111	1	.167
	Sig. (2-tailed)	.000	.760	.000	.760	.760	.760	.760	.447	.760	.760	.760	.760	.760	.447	.760		.645
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P_total	Pearson Correlation	.167	.167	.167	.167	.167	.167	.167	-.102	.167	.167	.167	.167	.167	-.102	.167	.167	1
	Sig. (2-tailed)	.645	.645	.645	.645	.645	.645	.645	.779	.645	.645	.645	.645	.645	.779	.645	.645	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.582	.557	17

Karakteristik Responden

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	27	37.5	37.5	37.5
	Perempuan	45	62.5	62.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45 - 50	11	15.3	15.3	15.3
	51 - 55	13	18.1	18	33.3
	56 - 60	27	37.5	37.5	70.8
	61 - 65	17	23.6	23.6	94.4
	66 - 70	4	5.6	5.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Hasil Univariat

Oral_Hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	2	2.8	2.8	2.8
	Cukup	31	43.1	43	45.8
	Baik	39	54.2	54.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Kebiasaan_Menyikat_Gigi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	9	12.5	12.5	12.5
	Baik	63	87.5	87.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Kebiasaan_Berkumur-kumur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	3	4.2	4.2	4.2
	Cukup	39	54.2	54.2	58.3
	Baik	30	41.8	41.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Pengunaan_Alat_Lain (Tusuk Gigi dan Benang Gigi)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	24	33.3	33.3	33.3
	Cukup	32	44.5	44.5	77.8
	Baik	16	22.2	22.2	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Pembersih_Lidah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	22	30.6	30.6	30.6
	Cukup	37	51.4	51.4	81.9
	Baik	13	18	18	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Keluhan_Pada_Gigi_Dan_Mulut

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	21	29.2	29.2	29.2
	Cukup	34	47.2	47.2	76.4
	Baik	17	23.6	23.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Pengambilan_Keputusan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	3	4.2	4.2	4.2
	Cukup	57	79.2	79.2	83.3
	Baik	12	16.6	16.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Stomatitis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Stomatitis	54	75.0	75.0	75.0
	Stomatitis	18	25.0	25.0	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Hasil Bivariat

Oral_Hygiene * Stomatitis Crosstabulation

			Stomatitis		Total
			Tidak Stomatitis	Stomatitis	
Oral_Hygiene	Kurang	Count	0	2	2
		% of Total	.0%	2.8%	2.8%
	Cukup	Count	19	12	31
		% of Total	26.4%	16.6%	43%
	Baik	Count	35	4	39
		% of Total	48.6%	5.6%	54.2%
Total		Count	54	18	72
		% of Total	75.0%	25.0%	100.0%

Correlations

			Oral_Hygiene	Stomatitis
Kendall's tau_b	Oral_Hygiene	Correlation Coefficient	1.000	-.395**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	72	72
	Stomatitis	Correlation Coefficient	-.395**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	72	72

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

LEMBAR PERMOHONAN KESEDIAAN

MENJADI RESPONDEN DALAM PENELITIAN

Banjarmasin, 2018

Yth,
Responden

Dengan hormat,

Bersama ini saya Chumaira Anindayudina mahasiswi Ilmu Keperawatan STIKES Sari Mulia Banjarmasin akan melaksanakan penelitian yang berjudul "**Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi Di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin**". Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Ilmu Keperawatan STIKES Sari Mulia Banjarmasin.

Untuk itulah, saya mohon kesediaannya agar dapat menjadi sampel dalam penelitian. Segala sesuatu mengenai identitas pribadi akan dirahasiakan penulis dan hanya dipergunakan untuk penelitian ini.

Atas kesediaannya menjadi sampel dalam penelitian saya, saya mengucapkan terima kasih atas bantuannya.

Hormat Saya yang Memohon,

Chumaira Anindayudina
14.IK.381

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN

MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ……

Umur : ……

Jenis Kelamin : ……

Setelah membaca dan memahami penjelasan pada lembar pertama, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh saudari Chumaira Anindayudina, mahasiswi Ilmu Keperawatan STIKES Sari Mulia Banjarmasin dengan judul "**Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi Di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin**".

Saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang posisi dan hak saya sebagai responden dalam proses penelitian ini. Oleh karena itu, saya secara sadar tanpa paksaan menyetujui berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini.

Banjarmasin, 2018

Saksi,

Responden,

(…….)

(……..)

KUESIONER

HUBUNGAN PERILAKU *ORAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN STOMATITIS DI RUANG EDELWEIS RSUD ULIN BANJARMASIN

---

1. PERILAKU *ORAL HYGIENE*

   A. Pengantar

   Berikut ini adalah pertanyaan yang berkaitan dengan "Perilaku *Oral Hygiene* (Kebersihan Gigi dan Mulut)". BACALAH SETIAP PERTANYAAN DENGAN CERMAT SEBELUM MENJAWAB, kemudian pilihlah jawaban yang anda rasa paling sesuai dengan keadaan diri anda pada lembar jawaban yang tersedia. Saya sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda.

   TERIMAKASIH

   No kuesioner (di isioleh peneliti) :

   Tanggal :

   B. Petunjuk

   1. Silahkan bapak/ibu jawab pertanyaan dengan jujur.
   2. Jawaban tidak mempengaruhi profesi bapak/ibu.
   3. Jawaban akan dijaga kerahasiaanya dan hanya dipergunakan untuk penelitian.

Petunjuk :

Berilah tanda (✓) pada kolom pilihan jawaban yang tersedia

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda sikat gigi setiap hari		
2	Apakah anda sikat gigi 2 kali sehari		
3	Apakah anda mengganti sikat gigi setelah pemakaian 3 bulan		
4	Apakah anda pada saat melakukan sikat gigi > 1 menit		
5	Apakah anda menggunakan sikat gigi yang bertekstur lembut		
6	Apakah anda sering menggunakan obat kumur dalam per minggu		
7	Apakah anda membilas dengan air setelah melakukan sikat gigi		
8	Apakah anda menggunakan benang gigi untuk mengambil sisa-sisa makanan		
9	Apakah anda menggunakan tusuk gigi untuk mengambil sisa-sisa makanan		
10	Apakah anda membersihkan lidah anda menggunakan sikat gigi		
11	Apakah anda membersihkan lidah menggunakan pengikis/pembersih lidah		
12	Apakah saat anda sikat gigi gusi anda berdarah		
13	Saat sariawan, apakah anda akan tetap menyikat gigi anda seperti biasanya		
14	Apakah dalam 1 tahun anda pergi ke dokter gigi untuk memeriksa kesehatan gigi dan mulut		
15	Apakah anda menggunakan pasta gigi saat sikat gigi		
16	Apakah anda menggunakan pasta gigi khusus seperti anti sensitif,		

	menggunakan pemutih atau bebas *fluoride*		

Sumber: Julien Kirchhoff, *et.al* (2015)

2. STOMATITIS

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda dalam 1 bulan terakhir memiliki sariawan dengan jumlah ulserasi (luka) tunggal maupun lebih dari 1 dan berwarna kemerahan pada mukosa mulut		
2	Apakah anda dalam 1 bulan terakhir memiliki sariawan dengan jumlah ulserasi (luka) tunggal maupun lebih dari 1, berwarna kemerahan pada mukosa mulut, berdarah saat makan, dan saat melakukan kebersihan mulut		
3	Apakah anda dalam 1 bulan terakhir memiliki sariawan diseluruh mukosa mulut, berwarna kemerahan, dan berdarah secara spontan		

Sumber: Carlton G. Brown, *et.al* (2015)

Kesimpulan dari hasil penelitian :

Stomatitis ☐

Tidak stomatitis ☐

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama : Chumaira Anindayudina

NIM : 14.IK.381

Judul : Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi Di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Pembimbing I : Dini Rahmayani, S.Kep., Ns., MPH

NO	TANGGAL	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING
1.	05 Juni 2017	Konsultasi, penjelasan cara mencari LBM dan Menganalisis LBM yang sudah ada	
2.	10 Juli 2017	ACC Latar Belakang Masalah (LBM)	
3.	01 September 2017	Buat Latar Belakang (BAB I)	
4.	31 Oktober 2017	Konsultasi BAB I – BAB II, perbaiki BAB I dan BAB II dan lanjutkan pembuatan BAB III	
5.	05 Februari 2018	Konsultasi dan perbaiki kerang kateori, Definisi Operasional dan keaslian penelitian	
6.	19 Februari 2018	Perbaiki DO, kuesioner, tambahkan uji validitas, instrument penelitian, lengkapi laporan dan persiapkan PPT	

7.	26 Februari 2018	ACC Siapkan maju untuk seminar	
8.	28 Juni 2018	Perbaikan pada BAB 4 pada pembahasan lebih detail	
9.	29 Juni 2018	ACC Pembahasan	
10.	24 Juli 2018	Perbaikan BAB 5	
11.	25 Juli 2018	ACC BAB 5	
12.	30 Juli 2018	Konsultasi ABSTRAK dan PPT	
13.	31 Juli 2018	ACC (Persiapan maju hasil)	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Nama : Chumaira Anindayudina

NIM : 14.IK.381

Judul : Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi Di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin

Pembimbing II : Rina Al Kahfi, S.Kep.,Ns

NO	TANGGAL	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING
1.	17 Juli 2017	Perbaiki judul, tambahkan prevalensi stomatitis di LB, tambahkan komplikasi dari stomatitis, tambahkan peran perawat dan perbaiki rumusan masalah	
2.	24 Juli 2017	ACC LBM	
3.	31 Oktober 2017	Lanjut BAB I, BAB II, dan BAB III	
4.	01 Februari 2018	Perbaiki penulisan, kuesioner, lanjut BAB III, kerangka teori dan kerangka konsep	
5.	06 Februari 2018	Perbaiki penulisan (spasi), halaman, kerangka teori, kerangka konsep dan populasi diperbaharui	

6.	19 Februari 2018	Konsultasi BAB III, kuesioner, daftar pustaka, dan perbaiki kalimat	
7.	26 Februari 2018	ACC BAB III dan lanjut pembuatan PPT	
8.	28 Februari 2018	ACC proposal Persiapan maju siding proposal	
9.	28 Juni 2018	Perbaikan pada BAB 4	
10.	20 Juli 2018	Perbaikan pada BAB 4	
11.	21 Juli 2018	ACC BAB 4, lanjut BAB 5	
12.	23 Juli 2018	Perbaikan BAB 5	
13.	24 Juli 2018	ACC BAB 5	
14.	25 Juli 2018	ACC (Persiapkan maju siding hasil)	

Lampiran 16

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Chumaira Anindayudina

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir: Nunukan, 25 Maret 1997

Alamat : Komplek Bun Yamin Permai I RAY III Blok B NO.127 RT.014 RW.001 Banjarmasin

Agama : Islam

Nama Orang Tua

Ayah : Syafyuddin

Ibu : Dutiana

Pendidikan Formal

1. SDN Percontohan Kuripan 2 Banjarmasin 2003-2008.
2. SMPN 7 Banjarmasin 2008-2011.
3. SMA Islam Sabilal Muhtadin Banjarmasin 2011-2014.
4. STIKES Sari Mulia Banjarmasin 2014-sekarang.

BERITA ACARA PERBAIKAN SKRIPSI

Nama : Chumaira Anindayudina
NIM : 14.IK.381
Judul Skripsi : Hubungan Perilaku *Oral Hygiene* Dengan Kejadian Stomatitis Pada Pasien Kemoterapi di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

No.	Nama Penguji	Masukan	Tanda Tangan
1.	Dini Rahmayani, S.Kep., Ns., MPH	Perbaiki BAB IV (pembahasan) lebih detail	
2.	Rina Al Kahfi, S.Kep., Ns	1. Perbaiki BAB IV (hasil) 2. Perbaiki BAB V 3. Lengkapi laporan	
3.	Putri Vidiasari D, S.Si., M.Pd	1. Perbaiki hasil 2. Perbaiki pembahasan 3. Perbaiki simpulan di narasikan	