

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Integritas Membran Mukosa Oral

1. Definisi

Mukosa oral adalah jaringan lunak dan lembab yang melapisi seluruh permukaan rongga mulut dan memiliki fungsi utama, yaitu untuk melindungi struktur dibawahnya dari rangsangan internal maupun eksternal. Diagnosis keperawatan kerusakan integritas membran mukosa oral mengacu pada masalah gangguan pada lapisan jaringan rongga mulut (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut NANDA (2021) Kerusakan integritas membran mukosa oral adalah cedera pada bibir, jaringan lunak, rongga mulut, dan/atau orofaring.

2. Etiologi

Kerusakan integritas membran mukosa oral disebabkan oleh hygiene oral yang tidak adekuat, cedera fisik atau efek kekeringan (misal; bernapas melalui mulut, terapi oksigen, penurunan saliva, suhu yang ekstream, puasa), trauma mekanik (misal; pembedahan, cedera akibat slang oral, gigi patah atau gigi palsu yang tidak pas), trauma kimiawi (misal; efek samping obat) atau cedera radiasi (Smeltzer & Bare, 2002).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kerusakan membran mukosa oral menurut (NANDA, 2021) yaitu:

- a. Konsumsi alkohol
- b. Disfungsi kognitif
- c. Penurunan salivasi
- d. Dehidrasi
- e. Gejala depresif
- f. Kesulitan melakukan perawatan oral
- g. Kurang akses pada perawatan gigi
- h. Kurang pengetahuan tentang hygiene oral
- i. Kurang kebiasaan hygiene oral

- j. Penggunaan agens kimia tidak tepat
- k. Malnutrisi
- l. Pernapasan mulut
- m. Merokok
- n. Stressor

Beberapa klien tertentu rentan terhadap masalah oral karena kurang pengetahuan atau ketidakmampuan untuk mempertahankan *hygiene oral*. Klien yang termasuk dalam kelompok ini adalah klien yang mengalami penyakit serius, bingung, koma, depresi, dan dehidrasi. Selain itu, pasien yang terpasang slang nasogastrik atau menerima terapi oksigen cenderung mengalami membran mukosa oral yang kering, terutama jika mereka bernapas melalui mulut. Pasien yang berisiko mengalami masalah rongga mulut, yaitu:

- a. Klien paralisis, berpenyakit serius atau retraksi fisik pada tangan (mis; gips atau balutan). Klien yang mengalami penurunan kekuatan tangan atau keterampilan yang diperlukan untuk melakukan hygiene mulut.
- b. Klien yang tidak sadar, klien tidak mampu atau enggan memenuhi kebutuhan hygiene pribadi.
- c. Klien yang tidak mampu makan melalui mulut, klien cenderung dehidrasi dan kering pada membran mukosa. Sekresi yang tebal terjadi pada lidah dan gusi. Bibir menjadi retak dan kemerahan.
- d. Klien yang menjalani terapi radiasi, terapi radiasi menyebabkan kesakitan, eritema ringan, mukosa bengkak, disfagia, kekeringan, perubahan rasa, dan kemungkinan infeksi oral.
- e. Klien yang menerima obat kemoterapi, obat kemoterapi menyebabkan ulserasi dan peradangan mukosa dan kerusakan integritas membran mukosa oral yang ditandai dengan mukositis. Hampir semua pasien yang menjalani radioterapi, terutama pada daerah kepala dan leher mengalami mukositis. Mukositis muncul pada hari ke 4-5 perawatan dan biasanya mencapai puncak pada 7-14 hari kemudian.

- f. Klien yang mengalami operasi mulut, trauma mulut, adanya selang endotrakea oral atau jalan udara, jaringan dalam rongga mulut menjadi trauma dengan pembengkakan, ulserasi, peradangan dan kemungkinan pendarahan.
- g. Klien immunosupre, obat immunosupresi dan immunosupresan dapat meningkatkan risiko infeksi mulut.

3. Tanda Gejala

Banyak penyakit dimanifestasikan sebagai perubahan pada rongga oral, yang mencakup area bibir, mulut, atau gusi (Potter & Perry, 2006). Batasan karakteristik kerusakan integritas mukosa oral menurut NANDA (2021) yaitu : citarasa buruk di dalam mulut, perdarahan, ceilitis/ radang bibir, lidah kotor, deskuamasi/ pengelupasan mukosa, kesulitan makan, kesulitan menelan, disfonia/ suara serak, pembesaran tonsil, lidah geografik, hiperplasia gingival, gingival pucat, kantung gingival lebih dalam dari 4mm, reseksi gingival, halitosis/ bau mulut, hiperemia, makroplasia, mukosa gundul, ketidaknyamanan oral, edema oral, fisura oral, lesi oral, pucat mukosa oral, nodul oral, nyeri oral, papula oral, ulkus oral, vesikel oral, pajanan pathogen, ada massa, drainase oral nasal purulent, eksudat oral-nasal purulent, lidah atrovik halus, bercak spons dalam mulut, stomatitis, bercak putih di dalam mulut, plak putih dalam mulut,, eksudat oral putih seperti dadih dan xerostomia.

B. Konsep Oral Hygiene

1. Definisi

Oral hygiene adalah tindakan membersihkan rongga mulut, lidah, dan gigi dari semua kotoran/ sisa makanan dengan menggunakan kain kassa/ kapas yang dibasahi dengan air bersih (Pratiwi et al., 2024). *Oral hygiene* merupakan tindakan yang ditujukan untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa mulut, mencegah infeksi dan melembabkan membran mulut dan bibir. Tindakan ini dapat dilakukan oleh pasien yang sadar secara mandiri atau dengan bantuan perawat.

Untuk pasien yang tidak mampu mempertahankan kebersihan mulut dan gigi secara mandiri harus dipantau sepenuhnya oleh perawat (Oktami & Yuni, 2020).

2. Tujuan Oral Hygiene

Tujuan dari tindakan *oral hygiene* adalah sebagai berikut:

- a. Mencegah penyakit gigi dan mulut
- b. Mencegah penyakit yang penularannya melalui mulut
- c. Mempertinggi daya tahan tubuh
- d. Memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan.
- e. Mencegah infeksi gusi dan gigi
- f. Mempertahankan kenyamanan rongga mulut.

3. Indikasi

Indikasi pasien yang dilakukan perawatan *oral hygiene* adalah sebagai berikut:

- a. Pasien *bed rest*,
- b. Pasien dengan penurunan kesadaran,
- c. Pasien stomatitis,
- d. Pasien yang mendapatkan oksigenasi dan *Naso Gastric Tube* (NGT),
- e. Pasien yang tidak mampu melakukan perawatan mulut secara mandiri,
- f. Pasien sesudah operasi mulut atau patah tulang rahang

4. Dampak Perawatan Oral Hygiene Yang Buruk

Kebersihan mulut yang buruk memungkinkan akumulasi bakteri penghasil asam pada permukaan gigi. Asam demineralizes email gigi menyebabkan kerusakan gigi (gigi berlubang). Plak gigi juga bisa menyerang dan menginfeksi gusi menyebabkan penyakit gusi dan periodontitis. Banyak masalah Kesehatan mulut, seperti sariawan, mulut luka, bau mulut dan lain-lain dianggap sebagai efek dari efek dari Kesehatan rongga mulut yang buruk (Oktami & Yuni, 2020).

Menurut Potter & Perry (2006), kurangnya menjaga kesehatan mulut yang baik dapat menyebabkan timbulnya berbagai macam penyakit diantaranya :

a. Masalah umum

1) Karries Gigi

Karries gigi merupakan masalah umum yang sering terjadi, perkembangan lubang pada gigi merupakan proses patologi yang melibatkan kerusakan gigi dikarenakan kurangnya kalsium.

2) Penyakit Periodontal

Penyakit periodontal adalah penyakit yang mengacu pada infeksi bakteri kronis pada gusi dan tulang pendukung gigi atau penyakit yang menyerang bagian bawah gigi, yaitu gusi. Kondisi ini biasanya dimulai dengan gingivitis yang menyebabkan gusi bengkak, berdarah dan berwarna merah. Jika tak segera ditangani, penyakit ini bisa semakin parah dan merusak jaringan gusi serta tulang penyangga gigi.

3) Plak

Karang gigi atau sering disebut kulkulus gigi merupakan plak yang mengeras pada gigi. Karang gigi juga bisa terbentuk dari bawah gusi dan bisa menyebabkan iritasi pada gusi.

4) Halitosis

Halitosis adalah napas berbau tidak sedap, hal ini merupakan masalah umum rongga mulut. Hal ini akibat *hygiene* mulut yang buruk, makanan tertentu atau proses infeksi.

b. Masalah mulut lain

1) Stomatitis

Kondisi peradangan pada mulut karena kontak dengan pengiritasi, seperti tembakau; defisiensi vitamin; infeksi oleh bakteri, virus atau jamur; atau penggunaan obat kemoterapi.

2) Glositis

Kondisi dimana lidah mengalami peradangan karena infeksi atau cedera, seperti luka bakar atau gigitan.

3) Gingivitis

Peradangan gusi biasanya akibat hygiene mulut yang buruk defisiensi vitamin atau diabetues melitus.

Beberapa studi klinis terbaru menunjukkan hubungan langsung antara kebersihan mulut yang buruk (bakteri dan infeksi rongga mulut) dan penyakit sistemik yaitu :

- a) Penyakit kardiovaskuler (serangan jantung)
- b) Bakteri pneumonia
- c) Bayi lahir berat badan rendah
- d) Komplikasi diabetes
- e) osteoporosis (Oktami & Yuni, 2020)

5. Pelaksanaan Oral Hygiene

Menurut (Ernawati, 2021) pelaksanaan tindakan *oral hygiene* pada pasien penurunan kesadaran sebagai berikut:

- a. Persiapan Alat
 - 1) Pengalas (handuk dan perlak)
 - 2) Pinset anatomis 1 buah
 - 3) Depper (\pm 7 depper)
 - 4) Bengkok
 - 5) Tongue spatel yang bagian ujungnya dibalut dengan kain kasa.
 - 6) Bak instrumen
 - 7) Kom kecil berisi cairan antiseptic (chlorhexidine 0,02%)
 - 8) Handschoon
- b. Pelaksanaan
 - 1) Memberitahu pasien
 - 2) Mencuci tangan
 - 3) Atur posisi kepala pasien dimiringkan
 - 4) Pasang pengalas di atas dada atau di bawah dagu pasien dan dekatkan bengkok
 - 5) Membuka mulut pasien, tangan kiri perawat menekan lidah pasien dengan tongue spatel, kemudian menjepit depper dengan pinset lalu dicelupkan ke dalam antiseptik dan peras sedikit.

- 6) Ambil deppep dengan menggunakan pinset, lalu bersihkan: Langit-langit mulut dengan menariknya dari arah dalam ke luar, gusi dalam atas kanan dan kiri, gusi dalam bawah kanan kiri, gusi luar atas kanan dan kiri, gusi luar bawah kanan dan kiri, dinding mulut, lidah atas dan bawah.

Catatan: buang kain kasa yang sudah kotor ke bengkok dan gantilah yang bersih.

- 7) Keringkan mulut menggunakan borax glyserin bila bibir kering dan bila bibir pecah-pecah atau terjadi stomatitis olesi dengan gentian violet.
- 8) Evaluasi respon klien terhadap tindakan.
- 9) Akhiri pertemuan dengan berpamitan.
- 10) Rapikan alat.
- 11) Cuci tangan.

c. Kriteria Hasil Oral Hygiene

Mukosa mulut dan lidah terlihat merah muda, lembab, utuh. Gusi basah dan utuh, gigi terlihat bersih, dan licin. Lidah berwarna merah muda dan tidak kotor. Bibir lembab, mukosa dan faring tetap bersih. Catatan: Apabila penderita menggunakan gigi palsu dilepas dahulu, dan bila ada penumpukkan sekret dibersihkan terlebih dahulu.

6. Beck Oral Assessment (BOAS)

Beck oral assesment scele (BOAS) digunakan untuk menilai kesehatan rongga mulut dan untuk memeriksa efektivitas perawatan mulut yang diberikan oleh perawat terutama di lingkungan perawatan kritis. *Beck oral assesment scele (BOAS)* diciptakan oleh Dr. L. Beck pada tahun 1979 dan pertama kali dikembangkan di Amerika Serikat (Ram et al., 2020). Pengembangan BOAS dilakukan sebagai respons terhadap kebutuhan untuk alat penilaian yang standar dalam perawatan *oral hygiene* dan bertujuan untuk meningkatkan perawatan *oral hygiene*.

Beck oral assesment scele (BOAS) yang dimodifikasi memberikan penilaian integritas mulut yang realistis dan bermanfaat secara klinis pada pasien yang sakit kritis. Kelima subskala, air liur, gigi, lidah, bibir, dan mukosa mulut, mencakup keunikan rongga mulut. Seperti yang tercermin dalam skor BOAS, hasil keseluruhan menunjukkan bahwa perawatan mulut yang sistematis dapat meningkatkan kesehatan mulut pada pasien yang sakit kritis (Ames et al., 2020)

Tabel 2.1 Beck Oral Assesment (BOAS)

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

Sumber: Beck (1997) dalam (Fitriasari, 2019)

Penjelasan :

- a. Angka 5 = Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan dua kali sehari.
- b. Angka 6–10 = Lembabkan bibir dan mukosa setiap 12 jam. Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan paling tidak dua kali sehari.
- c. Angka 11–15 = Laksanakan secara sistematis prosedur perawatan mulut yang dipersiapkan paling tidak setiap 8 jam. Lembabkan kedua bibir dan mukosa setiap 8 jam.
- d. Angka 16–20 = Lakukan prosedur perawatan mulut setiap 4 jam. Lembabkan kedua bibir dan mukosa setiap 4 jam (Beck, 1979) dalam (Fitriasari, 2019).

C. Konsep Penurunan Kesadaran

1. Definisi

Penurunan kesadaran adalah keadaan dimana penderita tidak sadar dalam arti tidak terjaga / tidak terbangun secara utuh sehingga tidak mampu memberikan respons yang normal terhadap stimulus. Menurut PAPDI (2019) penurunan kesadaran merupakan keadaan individu yang tidak dapat mengenali lingkungannya dan tidak mampu memberikan tanggapan yang adekuat terhadap rangsangan (visual, auditorik, sensorik). Penurunan kesadaran merupakan salah satu kegawatan neurologi yang memberikan pertanda adanya gangguan integritas otak dan sebagai manifestasi umum akhir pada kasus kegagalan fungsi organ yang mengarah pada gagal otak dan mengakibatkan kematian.

2. Klasifikasi Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran atau responsivitas dikaji secara teratur karena perubahan pada tingkat kesadaran mendahului semua perubahan tanda vital dan neurologik lain.

Menurut Wigiran (2021) tingkat kesadaran di klasifikasikan sebagai berikut:

a. Kompos mentis

Suatu keadaan sadar penuh atau kesadaran yang normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang kesadaran sekelilingnya.

b. Apatis

Suatu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya dan sikapnya acuh tak acuh terhadap sekitarnya.

c. Delirium

Suatu keadaan penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik dan siklus tidur bangun yang terganggu.

d. Somnolen

Suatu keadaan mengantuk dan kesadaran dapat pulih penuh bila di beri rangsangan tetapi saat rangsangan dihentikan pasien kembali tertidur lagi.

e. Sopor atau Stupor

Suatu keadaan dengan rasa ngantuk yang dalam. Klien masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, tetapi pasien tidak terbangun secara sempurna dan tidak memberi jawaban verbal yang baik.

f. Koma

Yaitu keadaan penurunan kesadaran yang sangat dalam, pasien tidak dapat dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya).

3. Pengukuran Tingkat Kesadaran

Glasgow Coma Scale, yaitu suatu skala untuk menilai secara kuantitatif tingkat kesadaran seseorang dan kelainan neurologis yang terjadi. Ada tiga aspek yang dinilai, yaitu reaksi membuka mata (*eye opening*), reaksi berbicara (*verbal respons*), dan reaksi gerakan lengan serta tungkai (*motor respons*).

Table 2.2 Glasgow Coma Scale (GCS)

Pengukuran	Respon	skor
Eye (respon membuka mata)	Spontan membuka mata	4
	Membuka mata dengan perintah (suara, sentuhan)	3
	Membuka mata dengan rangsangan nyeri	2
	Tidak berespon	1
Verbal (respon verbal/bicara)	Berorientasi dengan baik	5
	Bingung, bicara mengacau, disorientasi tempat dan waktu)	4
	Berbicara tapi tidak sepenuhnya dapat dimengerti	3
	Bisa mengeluarkan suara tanpa arti (mengerang)	2
	Tidak ada respon	1
Motorik (respon motorik)	Mengikuti perintah	6
	Melokalisir nyeri (menjangkau dan menjauhkan stimulasi saat diberi rangsang nyeri)	5
	<i>Withdraw</i> (menghindar/menarik ekstremitas atau tubuh menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri)	4
	Fleksi abnormal (<i>decorticate rigidity</i>)	3
	Extensi abnormal (<i>decerebrate rigidity</i>)	2
	Tidak ada respon	1

Sumber : (Widagdo et al., 2021)

Skor total GCS adalah penjumlahan dari skor *eye*, verbal, dan motorik. Skor GCS berkisar antara 3 (terendah, menunjukkan koma dalam) hingga 15 (tertinggi, menunjukkan kesadaran normal). Hasil skor GCS 14-15 menunjukkan tingkat kesadaran composmentis, skor GCS 12-13 menunjukkan tingkat kesadaran apatis, skor GCS 10-11 menunjukkan tingkat kesadaran delirium, skor GCS 7-9 menunjukkan tingkat kesadaran somnolen, skor GCS 5-6 menunjukkan tingkat kesadaran supor/stupor, skor GCS 4 menunjukkan tingkat kesadaran semi koma, dan skor GCS 3 menunjukkan tingkat kesadaran koma.

4. Masalah Pada Pasien Dengan Penurunan Kesadaran

Pada pasien dengan penurunan kesadaran maka akan mengalami defisit perawatan diri. Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri (Kozier, 2013) seperti :

- a) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan nutrisi (makan/minum) secara mandiri.
- b) Ketidakmampuan untuk mandi dan membersihkan mulut (*oral hygiene*).
- c) Ketidakmampuan berpakaian atau berhias.
- d) Ketidakmampuan dalam menyelesaikan tugas toileting.

Pasien tidak sadar memerlukan perawatan oral karena adanya risiko parotitis bila mulut tidak dipertahankan bersih. Mulut dibersihkan dan dibilas dengan hati-hati untuk menghilangkan sekresi dan krusta dan mempertahankan membran mukosa lembab lapisan tipis petroleum pada bibir mencegah kekeringan, pecah-pecah, dan pembentukan krusta. Bila pasien menggunakan selang endotrakea, selang harus dilepas ke sisi berlawanan setiap hari untuk mencegah ulserasi mulut dan bibir (Smeltzer & Bare, 2002).

Klien yang tidak sadar lebih rentan terkena kekeringan sekresi air liur pada mukosa yang tebal karena mereka tidak mampu untuk makan atau minum, sering bernapas melalui mulut, dan sering kali memperoleh terapi oksigen. Klien yang tidak sadar juga tidak dapat menelan sekresi air liur yang mengumpul dalam mulut, sekresi ini sering terdiri dari bakteri gram-negatif yang menyebabkan pneumonia jika dihembuskan ke paru-paru. Dengan demikian perawat harus melindungi klien dari hambatan dan aspirasi (Potter & Perry, 2006). Perawat memberitahukan dokter bila tanda infeksi seperti ulserasi yang tertutupi, merah, kering, lidah yang bengkak, halitosis, lidah yang berselaput terjadi (Barkauskas, dkk, 1994) dalam (Potter & Perry, 2006)

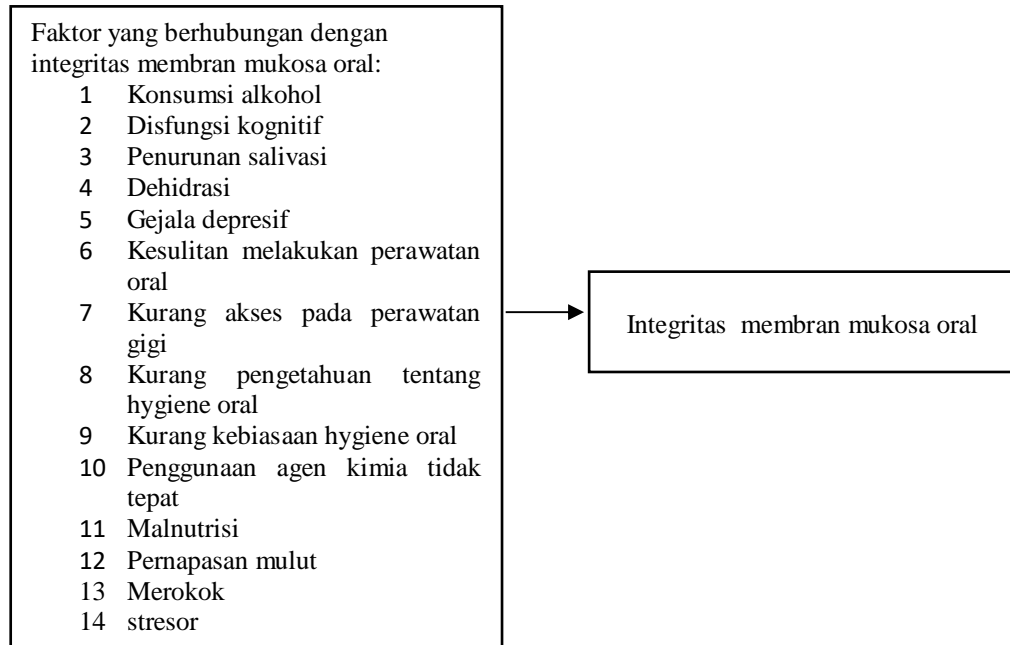
D. Hasil Penelitian Yang Relevan

Tabel 2.2 Penelitian Relevan

NO	Judul artikel, penulis, tahun	Metode (desain, sampel, instrument, analisis)	Hasil
1.	Oral Hygiene Normal Saline Vs Air Steril : Mengurangi Kerusakan Membran Mukosa Oral Desi Kurniawati (2024) https://ejournal.umpri.ac.id/index.php/JIK/article/view/1104	D:Desain penelitian ini adalah quasi experiment dengan pre-post test without control grup design S : Sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang terpasang NGT dengan 32 responden dipilih menggunakan teknik total sampling I : Pelaksanaan penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa lembar observasi Beck Oral Assesment Scale. A : analisis univariat untuk mengetahui karakteristik responden usia dan jenis kelamin. Analisis bivariat dilakukan untuk mencari perbedaan selisih oral hygiene yang diberikan NACL atau air steril sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol dan intervensi.	Dari hasil uji statistik terdapat perbedaan bermakna kerusakan membran mukosa oral sebelum dan sesudah dilakukan oral hygiene menggunakan normal salin dengan nilai mean sebelum oral hygiene skor BOAS 7 dan sesudah oral hygiene adakah 5 dengan <i>p value</i> 0,004 dan tidak terdapat perbedaan bermakna sebelum dan sesudah dilakukan oral hygiene menggunakan air steril dengan $p=0.307>0.05$. Kesimpulan penelitian ini adalah oral hygiene dengan normal saline lebih efektif mencegah/mengurangi kerusakan integritas membran mukosa oral.
2.	The impact of oral care on oral health status and prevention of ventilatorassociated pneumonia in critically ill patients Haghighi (2020) https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(16)30064-9/abstract	D : desain penelitian ini menggunakan desain penelitian RCT S : : Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 100 responden 50 responden kelompok kontrol dan 50 responden kelompok intervensi. I : Instrumen pelaksanaan oral hygiene dengan menggunakan lembar pelaksanaan oral hygiene, BOAS untuk menentukan frekuensi oral hygiene, dan CIPS. A : peneliti menggunakan uji statistic dengan uji Mann Whitney	Hasil penelitian menunjukkan analisis: terdapat perbedaan skor BOAS pada hari pertama dan hari ke 5 setelah intervensi. Dengan hasil mean hari pertama yaitu 10,7 dan hasil mean hari ke 5 adalah 8,9. Penurunan skor ini menandakan Kesehatan mulut yang meningkat pada kelompok intervensi. Pada kelompok kontrol skor BOAS meningkat dari hari ke 1 dengan nilai mean 10,46 dan hari ke 5 dengan nilai mean 11,3. Uji Mann–Whitney digunakan untuk membandingkan

			kedua kelompok dalam hal status oral. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok dengan ($p < 0,001$).
3.	Effects Of Systematic Oral Care In Critically Ill Patients Nancy J. Ames, Pawel Sulima, M. Yates, Linda McCullagh, Sherri L. Gollins, Karen Soeken, and Gwentyth R. Wallen (2020) Effects of Systematic Oral Care in Critically Ill Patients: A Multicenter Study - PMC	D: desain penelitian ini menggunakan desain penelitian RCT S: Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 116 responden 65 responden kelompok intervensi dan 51 responden kelompok kontrol. I: Beck Oral Assesment (BOAS), MPS A: peneliti menggunakan uji statistic dengan uji Mann Whitney	Skor BOAS berbeda secara signifikan setelah intervensi selama 3 hari-5 hari. Pada kelompok kontrol, estimasi rata-rata marjinal skor BOAS meningkat sedikit dari hari ke-1 hingga hari ke-3 (10,9 hingga 11,9) dan kemudian menurun sedikit dari hari ke-3 hingga hari ke-5 (11,9 hingga 11,0). Sebaliknya, kelompok perlakuan mengalami sedikit penurunan dari hari ke-1 ke hari ke-3 (9,5 menjadi 9,2) dan kemudian penurunan yang lebih nyata dari hari ke-3 ke hari ke-5 (9,2 menjadi 7,7). dan antara korelasi yang kuat selama penelitian; korelasi tertinggi terjadi pada hari ke-5 ($p < 0,001$).

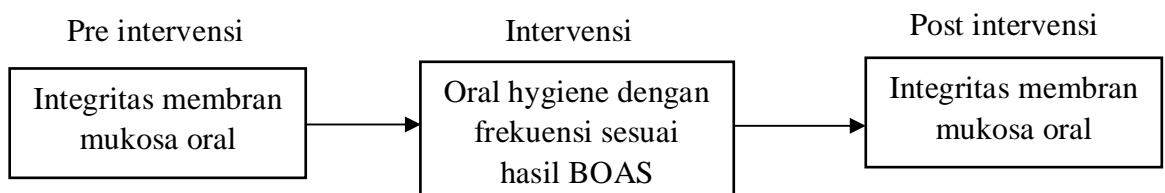
E. Kerangka Teori



Gambar 2.1 kerangka teori

Sumber : NANDA (2021)

F. Kerangka konsep



Gambar 2.2 kerangka konsep

G. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini: ada pengaruh frekuensi oral hygiene terhadap integritas membran mukosa oral pasien dengan penurunan kesadaran di RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro tahun 2025.