

Efektivitas Kebersihan Mulut Menggunakan Larutan Klorheksidin Terhadap Pencegahan Pneumonia pada Pasien dengan Penggunaan Ventilator

Eli Indawati¹, Arifah Rakhmawati²

^{1,2}Program Studi Keperawatan, STIKes Abdi Nusantara, Indonesia
eliindawati@gmail.com

Info Artikel	ABSTRACT
Article history: Dikirim 19 Mei, 2020 Direvisi 11 Juni, 2020 Diterima 28 Agustus, 2020	Pasien kritis di ruang ICU yang terpasang ventilator akan berpotensi menimbulkan komplikasi terjadinya infeksi nosokomial yaitu ventilator associated pneumonia. Pencegahan VAP yaitu non-farmakologi dan farmakologi. Pencegahan farmakologi VAP adalah menggunakan obat antiseptik dalam tindakan oral hygiene. Jenis antiseptik yang dapat digunakan seperti chlorhexidine dan hexadol. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan oral hygiene menggunakan larutan chlorhexidine dan larutan hexadol terhadap pencegahan terjadinya ventilator associated pneumonia pada pasien yang terpasang ventilator mekanik di ruang ICU RSUD Kabupaten Bekasi. Jenis penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimen dengan rancangan penelitian Control Group Pretest-Posttest dengan jumlah sampel 34 responden yang dibagi menjadi dua kelompok. Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer dengan teknik pengumpulan data menggunakan lembar observasi CPIS. Secara umum lembar CPIS berisi 6 parameter diagnosis VAP. Uji hipotesa menggunakan metode Independen T-Test. Hasil menunjukkan bahwa adanya efektivitas yang signifikan antara oral Hygiene dengan menggunakan Chlorhexidine dalam pencegahan VAP di RSUD Kabupaten Bekasi dengan nilai $p = 0,933$ (nilai $p > \alpha 0,05$). Kesimpulan: Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh oral hygiene menggunakan chlorhexidine terhadap pencegahan VAP.
Kata Kunci: <i>Chlorhexidine Oral Hygiene, Ventilator mekanik, Pneumonia</i>	<i>This is an open access article under the CC BY-SA license.</i> 
Corresponding Author: Nama : Eli Indawati Address : Jl. Swadaya No.19, Jatibening, Kec. Pondokgede Kota Bekasi, Jawa Barat 17412, Indonesia Email : eliindawati@gmail.com	

1. PENDAHULUAN

Healthcare associated infection atau yang dikenal sebagai infeksi nosokomial didefinisikan sebagai infeksi yang didapat oleh pasien saat dirawat di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan lainnya. Infeksi nosokomial dapat terjadi dalam rentang waktu 48 hingga 72 jam untuk inkubasi sebagai akibat adanya transmisi mikroba patogen yang bersumber dari lingkungan rumah sakit dan perangkatnya (Nugraheni, 2012). Infeksi nosokomial merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas di rumah sakit, serta menjadi bukti yang menunjukkan bahwa manajemen pelayanan medis di rumah sakit tersebut kurang bermutu (Darmadi, 2011).

Penelitian terbaru menyatakan bahwa 5% pasien akan terinfeksi di rumah sakit dan meningkat menjadi 8% jika pasien telah mendapatkan prosedur invasive (Zulkarnain, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh World Health Organization (WHO) tahun 2006 menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit dari 14 negara di Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara, dan Pasifik terdapat infeksi nosokomial, khususnya di Asia Tenggara sebanyak 10% (Nugraheni, 2012). Rumah sakit yang memiliki Intensive

Care Unit (ICU), angka infeksi nosokomialnya lebih tinggi karena lebih banyak dilakukan tindakan pemeriksaan (diagnostik), dan pengobatan yang bersifat invasive. Infeksi nosokomial yang paling umum terjadi di ICU adalah pneumonia akibat pemasangan ventilator atau ventilasi mekanik. Pasien yang terintubasi memiliki kemungkinan mengalami pneumonia lebih tinggi 21% dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan saluran nafas buatan (O'KeefeMcCarthy, et al., 2008 dalam Rahmiati, 2013). Ventilator Associated Pneumonia (VAP) merupakan salah satu kejadian dari Health-care Associated infections (HAIs) dan infeksi nosokomial ini terjadi di ruang perawatan intensive care. Ventilator Associated Pneumonia (VAP) didefinisikan sebagai pneumonia yang terjadi 48-72 jam setelah intubasi endotrakea dan ditandai dengan infiltrat progresif atau yang baru terjadi, infeksi sistemik (demam, perubahan jumlah leukosit), perubahan sputum, dan ditemukan penyebabnya. Kejadian VAP memperpanjang lama perawatan pasien di ICU dengan angka kematian mencapai 40-50% dari total penderita (Susanti, 2015).

Terapi hipertensi tidak selalu menggunakan obat-obatan (farmakologi) tapi dapat juga mempertimbangkan dari segi non farmakologi seperti menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk menjalani pola hidup sehat seperti menurunkan berat badan, mengurangi asupan garam, olahraga yang teratur, mengurangi konsumsi alkohol dan berhenti merokok (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015). Diet memainkan peran penting dalam pengelolaan hipertensi terkait usia. Gaya hidup dan pola makan/diet hipertensi menjadi lebih efektif dalam mengontrol tekanan darah jika dikombinasikan dengan pengurangan asupan garam (Awosan, et al., 2014). Pengurangan asupan garam direkomendasikan karena dapat mengurangi tekanan darah namun seringkali pasien tidak menyadari bahwa ada banyak garam di dalam makanan yang dikonsumsi seperti roti, makanan kaleng, makanan cepat saji, dan daging olahan (Weber et al., 2014). VAP sangat berpengaruh terhadap kelangsungan perawatan pasien di ICU. dengan terjadinya komplikasi, angka morbiditas dan mortalitas menjadi lebih tinggi, serta terjadinya peningkatan biaya perawatan khususnya pada pasien kritis yang terpasang ventilator (Muscedere et al, 2008; Vincent, et al., 2010).

Di Amerika VAP merupakan penyebab kedua dari HAI dan 25% dari kejadian infeksi di ICU (Sedwick, et al., 2012). Sedangkan di Eropa VAP adalah infeksi nosokomial paling sering nomor dua setelah infeksi saluran kemih. Angka kematian kasar akibat pneumonia di Asia mencapai 30 – 70% dan secara spesifik pneumonia yang diakibatkan karena penggunaan ventilasi mekanik berkisar 33 – 50% dari data pneumonia di ICU. Insiden VAP pada pasien kritis berkisar antara 5% hingga 67% (Timsit et al., 2017), sedangkan angka kejadian VAP di negara-negara Asia berkisar antara 2,5%- 48,1% (Abdelrazik & Salah, 2017). VAP menimbulkan berbagai permasalahan bagi pasien kritis di Intensive Care Unit (ICU) yaitu perpanjangan Length of Stay (LOS) selama 10-20 dan perpanjangan Length of Ventilation (LOV) sebanyak 10-17,4 hari. Sedangkan data kematian yang diperoleh dari Singapura, secara signifikan lebih tinggi yaitu 73% dari pneumonia secara keseluruhan (Susanti, 2015).

Meskipun belum ada penelitian mengenai jumlah kejadian VAP di Indonesia, namun berdasarkan kepustakaan luar negeri diperoleh data bahwa kejadian VAP cukup tinggi, bervariasi antara 9-28% pada pasien ventilasi mekanik dan angka kematian akibat VAP sebanyak 24-50%. Angka kematian dapat meningkat mencapai 76% pada infeksi yang disebabkan pseudomonas atau accinobacter (Susanti, 2015). Penelitian salah satu Rumah Sakit di Indonesia, yakni di RSUP Sanglah Denpasar Pada Tahun 2014 yang dilakukan oleh Ni Luh Nyoman Adi Parwati, Angka kejadian VAP cukup tinggi, antara 10-25% dan angka kematiannya berkisar antara 10-40%, serta bisa mencapai 76% pada pasien yang menggunakan ventilasi mekanik yang disebabkan oleh kuman pathogen dan penumpukan secret ditrahea.

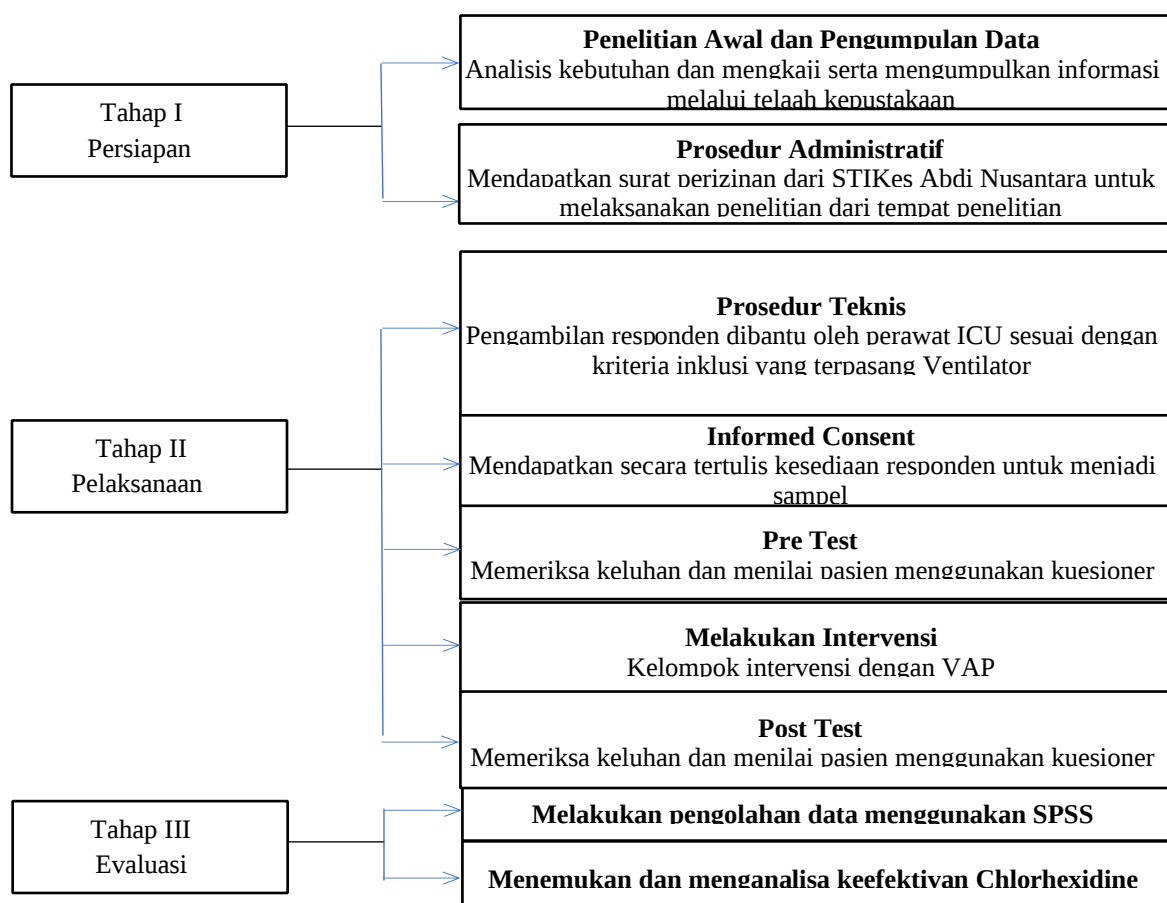
Rumende (2018) melaporkan insiden VAP di RSUPN Dr Cipto mangunkusumo (RSCM) sebesar 36% dengan angka mortalitas 51.4%, sementara itu kejadian VAP pada Juli – Desember 2016 di RSCM sebesar 1.2% dan meningkat pada Januari – Juni 2017 mencapai 5.3%, meskipun peningkatannya masih dibawah target insiden (5.8%). VAP terjadi akibat kurang terjaganya kebersihan mulut dan Endo Tracheal (ET) serta lamapemasangan ET. Kebersihan mulut dan ET untuk menghambat perkembangan bakteri. Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa dan Enterobacteriaceae dalam paru dan perkembangbiakan bakteri juga dipengaruhi populasi penderita, lama perawatan, dan pemberian antibiotika. Faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan VAP seperti usia, jenis kelamin, trauma, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dan lama pemakaian ventilator telah banyak diteliti.

Penegakkan diagnosa VAP dilakukan berdasarkan adanya demam (> 38 derajat celcius), Leukositosis ($> 10.000 \text{ mm}^3$), Sekret trakea bernanah dan adanya infiltrate yang baru berdasarkan dari gambaran radiologi. Definisi tersebut mempunyai sensitivitas yang tinggi namun spesifisitas rendah. Spesifisitas yang tinggi pada CPIS dilakukan dengan mengkombinasikan data klinis berupa perbandingan tekanan oksigen dengan fraksi oksigen ($\text{PaO}_2/\text{Fio}_2$) dan foto Thorak (Rahman, 2011).

Faktor – faktor terkait yang mempengaruhi VAP antara lain durasi penggunaan ventilasi mekanik, penggunaan sedasi secara kontinyu, frekuensi penggantian sirkuit ventilator, dan kurangnya praktek pengendalian infeksi (Keyt et al, 2013). Pasien yang terpasang ventilasi mekanik beresiko terkena VAP sekitar 28 %, dan juga menyumbangkan sebanyak 86% kasus infeksi nosokomial serta VAP sekitar 3 sampai 10 kali lipat (Augustyn, 2017). Waktu terindikasi VAP juga bervariasi berdasarkan lamanya terpasang ventilasi mekanik, dimana 3,387 pasien dalam 45 harirawatan dengan ventilasi mekanik akan terkena VAP itu dalam 9 hari pertama, dan diprediksi total angka kejadian VAP dihari pertama dan kedua adalah 5.3 dan 8.3 kejadian. Insiden VAP juga meningkat sebanyak 41 kasus dari 1000 pemakaian ventilasi mekanik (Porhomayon, 2017).

Salah satu tindakan yang bisa dilakukan untuk mencegah terjadinya VAP adalah dengan pembersihan sekret saluran nafas. Pembersihan sekret di saluran nafas atau higienetas saluran nafas merupakan proses fisiologis normal yang diperlukan untuk menjaga kinerja saluran nafas dan mencegah terjadinya infeksi. Pencegahan terjadinya infeksi nosokomial VAP yang lebih lanjut diperlukan suatu tindakan oral hygiene (Berry, Davidson, Masters, et al 2007). Perawatan oral hygiene merupakan salah satu tindakan yang tepat dilakukan pada pasien dengan ventilator oleh perawat menyegarkan membersihkan dan menjaga untuk mencegah kejadian VAP. Hal tersebut mulut tetap terhindar dari infeksi kuman dikarenakan oral hygiene dapat (Potter & Perry, 2012).

2. METODE



3. HASIL

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk data analisis yaitu karakteristik responden. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan observasi pasien yang terpasang ventilator yang dilakukan oral hygiene dengan larutan chlorhexidine dan hexadol, kemudian diobservasi skor CPIS. Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 34 responden yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok control (pasien yang oral hygiene dengan chlorhexidine). Hasil penelitian ini menunjukkan hasil analisa univariat dan bivariat. Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartanawati (2012) yang pasien Berdasarkan tabel 4 hasil analisis menunjukkan

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Jenis Penyakit Penyerta Responden Terpasang Ventilator di Ruang ICU RSUD Kabupaten Bekasi

Jenis Penyakit	Frekuensi	Presentase (%)
Pasca Bedah	22	64.7
Penyakit Neurologis	12	35.3
Total	34	100

bahwa dari 34 responden yang dibagi menjadi dua kelompok yang menggunakan ventilator mekanik di ruang ICU yaitu terdapat 14 pasien yang telah dilakukan oral hygiene dengan chlorhexidine dan 15 pasien yang telah dilakukan oral hygiene dengan hexadol tidak terdiagnosa VAP. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tohirin, dkk (2019) menunjukkan bahwa pasien yang

terpasang ventilator mekanik yang dilakukan oral hygiene menggunakan hexadol sebanyak 15 ml tidak mengalami peningkatan skor CPIS dengan skor tertinggi CPIS adalah 3, yang berarti mayoritas responden tidak terdiagnosa VAP.

Penelitian Purnama & Fikri (2020) juga mendukung hasil dari penelitian ini, dengan hasil yang menunjukkan bahwa pasien yang terpasang ventilator mekanik yang dilakukan oral hygiene menggunakan chlorhexidine memiliki risiko lebih kecil terjadinya VAP dengan presentase angka kejadian VAP sebesar 37,5% dari seluruh total responden. VAP merupakan komplikasi di sebanyak 28% dari pasien yang menerima ventilasi mekanik. Kejadiannya meningkat seiring dengan peningkatan durasi penggunaan ventilasi mekanik. Estimasi insiden adalah sebesar 3% per hari selama 5 hari pertama, 2% per hari selama 6–10 hari, dan 1% per hari setelah 10 hari (Amanullah dan Posner, 2010). Insiden VAP pada pasien yang mendapat ventilasi mekanik sekitar 22,8%, dan pasien yang mendapat ventilasi mekanik menyumbang sebanyak 86% dari kasus infeksi nosokomial. Pencegahan VAP menggunakan Bundle yang merupakan sekumpulan evidence base practice yang ketika diimplementasikan akan menghasilkan penurunan insiden VAP (Institute for Healthcare Improvement, 2008). Komponen Bundle VAP menurut CPSI (2012) adalah (a) elevasi kepala 45 derajat ketika memungkinkan, jika tidak dengan mempertahankan posisi kepala lebih dari 30 derajat (b) evaluasi harian terhadap kesiapan ekstubasi; penggunaan ETT dengan drainase sekresi subglottic, (c) perawatan mulut dan dekontaminasi dengan chlorhexidine, (d) nutrisi enteral yang aman secara dini dalam 24–48 jam setelah masuk ICU.

Memberikan dukungan spiritual Penelitian tentang keperawatan paliatif saat ini menunjukkan bahwa pasien menjelang ajal mempunyai kebutuhan yang beragam dalam perawatannya, tidak hanya masalah fisik namun masalah psikologis, spiritual, dan dukungan sosial (Smith, 2003). Kebutuhan tersebut tidak lepas dari pentingnya peningkatan sikap dalam merawat pasien dengan menjelang ajal. Keberhasilan perawatan pasien menjelang ajal dipengaruhi oleh sikap perawat dalam proses perawatannya (Gallagher et al, 2015) Pada kondisi terminal klien dihadapkan pada berbagai masalah pada fisik. Gejala fisik yang ditunjukkan antara lain perubahan pada penglihatan, pendengaran, nutrisi, cairan, eliminasi, kulit, tanda-tanda vital, mobilisasi, dan nyeri. Perawat harus mampu mengenali perubahan fisik yang terjadi pada klien, klien mungkin mengalami berbagai gejala selama berbulan-bulan sebelum terjadi kematian. Perawat harus tanggap terhadap perubahan fisik yang terjadi pada klien terminal karena hal tersebut menimbulkan ketidaknyamanan dan penurunan kemampuan klien dalam pemeliharaan diri.

Seseorang yang menghadapi kondisi terminal akan merespon terhadap berbagai kejadian dan orang disekitarnya sampai kematian itu terjadi. Perhatian utama pasien terminal sering bukan pada kematian itu sendiri tetapi lebih pada kehilangan kontrol terhadap fungsi tubuh, pengalaman nyeri yang menyakitkan atau tekanan psikologis yang diakibatkan ketakutan akan perpisahan, kehilangan orang yang dicintai. Orang yang telah lama hidup sendiri terisolasi akibat kondisi terminal dan menderita penyakit kronis yang lama dapat memaknai kematian sebagai kondisi peredaan terhadap penderitaan. (Friedenberg 2011)

Perawatan terminal yang diberikan di RS Murni Teguh lebih menekankan kepada peningkatan kualitas hidup pasien dan hal penting yang dijelaskan sebelum pasien dirawat adalah persetujuan tidak dilakukan resusitasi apabila pasien mengalami penurunan kesadaran. Menurut teori adaptasi model oleh Roy, interaksi manusia terhadap lingkungan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti oksigen, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, dan perlindungan. Konsep diri fokus terhadap pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri individu meliputi *physical self* (sensasi dan gambaran tubuh) dan *personal self* (konsistensi diri, ideal diri, dan moral-etika-spiritual diri) (Roy & Andrews, 1999, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Fungsi peran digambarkan bagaimana peran perawat dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain yang dicerminkan dalam peran 1) memenuhi kebutuhan dasar pasien, 2) memberikan motivasi pada pasien terminal dan keluarga. 3) membina hubungan yang baik dengan pasien. Fungsi peran perawat tergambar dari pemenuhan tugas dalam interaksi dengan seseorang ataupun kelompok.

Menurut Meilita, Kusman, dan Hana (2014) menyimpulkan bahwa perawat perlu memberikan perawatan yang membantu pasien meninggal dengan tenang, memberikan dukungan untuk keluarga, dan perawat lebih difokuskan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pada pasien, sehingga diperlukan pengetahuan yang baik tentang perawatan pasien menjelang ajal termasuk pengetahuan tentang bimbingan spiritual. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Cypress (2009) beberapa partisipan ada yang mengatakan pasien dan anggota keluarga merasakan perawatan fisik dan kenyamanan sebagai salah satu kebutuhan prioritas dari individu yang sakit kritis di ICU. Perawatan yang diberikan

4. PEMBAHASAN

Meliputi memandikan pasien, perawatan mulut, mendorong sentuhan, mengobati rasa sakit, dan memastikan kamar pasien bersih, sebagai cara memberikan perawatan fisik kepada yang sakit kritis.

Memberikan pelayanan dengan baik

Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan dituju kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik sehat maupun sakit (UU Keperawatan No 38 Tahun 2014). Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit juga ditentukan oleh mutu pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan terutama diperuntukkan bagi pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Pelaksanaan layanan keperawatan tidak terlepas dari fungsi-fungsi manajemen keperawatan yang dilaksanakan secara efisien dan efektif. Ada lima fungsi manajemen keperawatan yaitu perencanaan (planning), pengorganisasian (organizing), ketenagaan (staffing), pengarahan (actuating), pengawasan (controlling) (Marquisdan Huston, 2013). Masingmasing fungsi manajemen tersebut saling keterkaitan satu sama lain dan dapat diterapkan baik oleh manajer tingkat atas, menengah maupun bawah. Dalam jajaran keperawatan dapat diterapkan mulai dari Kepala bagian keperawatan sampai kepala ruangan (Swansburg, 2000).

Rumah Sakit Murni Teguh dalam memberikan pelayanan keperawatan menggunakan metode tim. Pelaksanaan metode tim menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap kelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/ group yang terdiri dari perawat profesional, teknikal, dan pelaksana dalam satu tim kecil yang saling membantu. Metode ini didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga timbul motivasi dan rasa tanggung jawab perawat yang tinggi. Perawat secara terus menerus mendapat pengalaman dari lingkungannya, sehingga pada akhirnya sebuah respon terbentuk dan terjadi adaptasi. Respon adaptasi berupa adaptif dan maladaptive. Respon adaptif meningkatkan integrasi dan menolong manusia untuk mencapai tujuantujuan dari adaptasi yaitu kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, keahlian dan perubahan sedangkan respon maladaptive gagal mencapai tujuan adaptif.

Menurut Roy, lingkungan adalah kondisi, keadaan yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok dengan beberapa pertimbangan saling menguntungkan individu dan sumber daya alam. Dalam hal ini, perubahan lingkungan dapat menstimulasi individu untuk berespon adaptif atau maladaptif. Lingkungan menjadi hal yang paling penting dalam pemberian pelayanan. Partisipan mengungkapkan bahwa prinsip atau fokus perawatan terminal yang diberikan adalah dukungan dari tim dalam pemberian perawatan terminal untuk mengurangi keluhan fisik dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara terus menerus.

Lingkungan kerja tidak selamanya menimbulkan respon adaptif kepada perawat. Adakalanya lingkungan menjadi stimuli perawat menjadi respon maladaptif seperti beban kerja yang berat, merasa gagal ketika perawatan yang diberikan tidak berhasil. Dibutuhkan mekanisme koping yang baik untuk dapat mengatasi respon maladaptif perawat.

Melakukan kolaborasi dalam pemberian perawatan terminal

Kolaborasi merupakan hubungan terintegrasi antara dokter dan gizi. Beberapa partisipan menyatakan kolaborasi antara tenaga medis, gizi, dokter, sama perawat dilakukan berkesinambungan dan terdokumentasi dalam catatan terintegrasi sehingga pelayanan dapat diberikan secara holistik. Praktik kolaborasi tidak hanya dapat dilihat dari segi komunikasi dan kerjasama dalam penanganan pasien saja, namun juga bisa dilihat pada lembaran catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT). Lembaran terintegrasi ini digunakan untuk mendokumentasikan asuhan dari beberapa profesi pemberi pelayanan pasien yang diisi oleh dokter, perawat, ahli gizi, apoteker, fisioterapis dan pemberi pelayanan lainnya. Dibutuhkan kolaborasi yang baik agar lembaran terintegrasi lengkap sesuai dengan ketentuan yang ada sehingga dapat mencegah terjadinya kesalahan informasi, koordinasi multidisipliner, dan mencegah informasi berulang.

Perawat memiliki peran yang lebih besar dalam perawatan penyakit terminal seperti menghubungkan dan menjadi perantara komunikasi antara multidisiplin ilmu dengan pasien atau anggota keluarga untuk proses perawatan. Kebutuhan akan keperawatan menjelang ajal di rumah sakit meningkat seiring dengan peningkatan kejadian penyakit kronis (Todaro-Franceschi & Spellmann, 2012). Perawatan menjelang ajal menurut Higgs (2010) sebagai suatu istilah yang digunakan dalam penyebutan perawatan pasien dan keluarga dari aspek klinis sampai sistem dukungan saat pasien menghadapi kematian. tingkat pengetahuan mengenai diet hipertensi terhadap kejadian hipertensi pada lansia di Puskesmas Baloi Permai Batam Kota tahun 2016. Didukung oleh penelitian Fachri (2020) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan diet hipertensi dengan derajat hipertensi pada lansia penderita hipertensi ($p = 0,000$) dengan probabilitas $< \text{level of significance}$ ($\alpha = 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan diet hipertensi yang kurang dapat menyebabkan kurangnya kesadaran dalam penatalaksanaan dan pencegahan peningkatan derajat hipertensi pada lansia.

Menurut asumsi peneliti, banyak responden yang tidak patuh diet hipertensi karena menganggap diet hipertensi sebagai sesuatu yang merepotkan dan tidak menyenangkan, karena banyak makanan kesukaan yang bisamasuk daftar makanan yang harus dihindari, misalnya garam penyedap, seafood, keju, dan makanan berbentuk gorengan, dimana makanan- makanan seperti ini susah untuk dihindari karena makanan seperti ini digemari banyak orang. Diantaranya lansia, lansia sebagai kelompok usia yang telah lanjut dan mengalami kemunduran daya ingat, sehingga terkadang lansia tidak dapat melakukan diet hipertensi, karena hanya berkeinginan untuk menuruti apa yang menjadi keinginannya yaitumakan dengan rasa yang enak seperti yang mereka inginkan.

5. KESIMPULAN

Karakteristik pasien di Ruang ICU RSUD Kabupaten Bekasi yang terpasang ventilasi mekanik lebih banyak responden berusia dewasa akhir (36-45 tahun) sebanyak 10 responden (29,4%), lebih dari setengah responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 55,9%. Selain itu jenis penyakit penyerta responden mayoritas adalah pasien dengan pasca pembedahan yaitu 22 responden (64,7%) dan memiliki status nutrisi atau kadar albumin $\geq 2,2$ mg/dl yaitu sebanyak 24 responden (70,6%). Gambaran kejadian VAP berdasarkan skor CPIS pada pasien yang dilakukan oral hygiene menggunakan chlorhexidine sebanyak 3 orang responden yang terdiagnosa VAP dan 2 orang responden yang dilakukan oral hygiene dengan hexadol terdiagnosa VAP. Adanya pengaruh yang signifikan oral hygiene menggunakan chlorhexidine terhadap pencegahan terjadinya ventilator associated pneumonia pada pasien yang terpasang ventilator mekanik di Ruang ICU RSUD

ACKNOWLEDGMENT

Kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh peserta yang telah mengikuti studi ini dan terima kasih kepada STIKes Abdi Nusantara yang telah memberikan dana.

REFERENCES

- Futaci, D.,A., Arifin, J., dan Saktini, A. (2013). Penggunaan Ventilator Bundle pada Pasien dengan Ventilator Mekanik di ICU RSUP Dr Kariadi Periode Juli-Desember 2013.(Online). (<http://eprints.undip.ac.id>, diakses tanggal 10 April 2018).
- Hunter, J.D. (2006). Ventilator associated pneumonia. *Postgrad med*, 82, 172,8. [diakses tanggal 7 Oktober 2017]
- Kollef, M. (2015). The effect of late-onset: ventilator associated pneumonia in determining patient mortality. Diakses pada tanggal 10 Juni 2017 dari <http://chestjournal.chestpubs.org/content/108/6/1655.full>
- Lewis, S.M., et al. (2009). *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problem*. Pennsylvania : W.B. Saunders.
- Luna, C.M., Blanzaco, D., Niederman, M.S., Matarucco. W., Baredes, N.C., Desemery, P., et al. (2013)Resolutionof Ventilator associated pneumonia prospective evaluation of the clinical pulmonary infection score as an early clinically predictor of outcome. *Critical care Med* 31: 676-82
- Nency, C., Irawan, D., dan Andriani, F. (2014). Gambaran Kejadian Ventilator Associated Pneumonia pada Pasien yang Dirawat Di ICU dan CVCU RSUD Arifin Achmad. (Online). (<http://media.neliti.com>, diakses 29 April 2018).
- Park, et al (2014). Factors Influencing Ventilator-Associated Pneumonia in Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 15(14).(Online).(<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.14.5787>,
- Rahmiati, Kurniawan, T. (2013). Ventilator-Associated Pneumoniadan Pencegahannya. *Fakultas Keperawatan Universitas Padjajaran Bandung. Jurnal Husada Mahakam*. Volume III, No. 6, November 2013, hal 163-318.
- Rumende, C.M. (2008). Pola resistensi kuman penyebab VAP di RSCM tahun 2006-2007 [disertasi]. Jakarta: Universitas Indonesia. Sedwick, M.B., Lance-Smith, M., Reeder, S.