

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Perilaku

a. Domain Perilaku

Perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku (Bloom, 1956).

Menurut Bloom (1956) perilaku manusia dibagi dalam 3 (tiga) domain yaitu ranah atau kawasan yang meliputi kognitif (*cognitive*), efektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yaitu:

1) Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat, yakni:

a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.

c) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

d) Analisis (*analysis*)

Sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Menurut Walgito (2004) mengungkapkan bahwa seseorang akan berperilaku berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya dengan berpikir manfaat yang akan terjadi jika dia bertindak. Namun terdapat beberapa penelitian yang menyatakan bahwa tidak semua pengetahuan akan menyebabkan suatu tindakan.

2) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (Notoatmodjo, 2003). Sikap tidak sama dengan perilaku dan tidak selalu mencerminkan

tindakan seseorang, sebab seringkali terjadi seseorang memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya (Sarwono, 1997).

Sikap terdiri dari beberapa tingkatan yaitu:

a) Menerima (*receiving*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan (objek).

b) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tiga.

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Sedangkan pengukuran tidak langsung dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*) (Notoatmodjo, 2003). Sikap

dan perilaku merupakan dua dimensi dalam diri individu yang berdiri sendiri, terpisah dan berbeda. Mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku (Azwar, 2003).

3) Praktek atau Tindakan (*practice*)

Praktek mempunyai beberapa tingkatan yaitu:

a) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek pertama.

b) Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek dua.

c) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

d) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Pengalaman dan penelitian membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh

pengetahuan. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Rogers *cit* Notoatmodjo, 2003).

b. Determinan Perilaku

Perilaku merupakan hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Dengan kata lain, perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi oleh faktor-faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan perilaku ini disebut determinan. Pada dasarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Lebih jelasnya, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

Beberapa teori tentang determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori *Lawrence Green* tahun 1980, *Snehandu B Kar* tahun 1983, dan *WHO* tahun 1984 (Notoatmodjo, 2003).

1) Teori *Lawrence Green*

Pada analisis ini, Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

- a) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- b) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
- c) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Jadi perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Selain itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Perilaku Green dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B = F(Pf, Ef, Rf)$$

B=Behavior

F=Function

Pf=Predisposing factors

Ef=Enabling factors

Rf=Reinforcing factors

(Green, 1980 *cit* Notoatmodjo, 2003)

2) Teori *Snehandu B. Kar*

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

- a) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- b) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social-support*).
- c) Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d) Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Jadi perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil

keputusan atau bertindak, dan situasi yang memungkinkan seseorang tersebut berperilaku atau bertindak atau tidak berperilaku atau tidak bertindak. Uraian di atas dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(BI, SS, AL, PA, AS)$$

Dimana :

B=Behavior

F=Function

BI=Behavior Intention

SS=Social Support

AI=Accessibility of Information

PA=Personal Autonomy

AS=Action Situation

(Kar, 1983 *cit* Notoadmodjo, 2003)

3) Teori WHO

WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu oleh karena adanya 4 alasan pokok. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).

a) Pengetahuan, diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain.

- b) Kepercayaan, sering atau diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
- c) Sikap, menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain:
 - i. Sikap akan terwujud dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu.
 - ii. Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu pada pengalaman orang lain.
 - iii. Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang
- d) Nilai (*value*), di dalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

Dari uraian tersebut di atas dapat dilihat bahwa banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh sebab itu perilaku yang sama diantara beberapa orang dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda-beda. Dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan

sumber-sumber atau fasilitas-fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat.

Secara sederhana dapat diilustrasikan sebagai berikut:

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

Dimana:

B=Behavior

F=Function

TF=Thoughts and feeling

PR=Personal Reference

AI=Accessibility of Information

R=Resources

C=Culture

(WHO, 1984 *cit* Notoadmodjo, 2003)

2. HIV-AIDS

a. Pengertian

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sekumpulan gejala dan infeksi atau sindrom yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah virus yang secara progresif merusak sel-sel darah putih yang disebut limfosit (sel T CD4+) yang tugasnya menjaga sistem kekebalan tubuh karena sistem kekebalannya rusak, orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan terhadap infeksi meskipun kedokteran telah dapat memperlambat laju perkembangan

virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan. Saat ini yang ada hanyalah menolong penderita untuk mempertahankan tingkat kesehatan tubuhnya (Russel, 2011).

b. Etiologi

AIDS disebabkan oleh virus yang mempunyai beberapa nama yaitu *Human T Lymphotropic Virus* (HTL) II, *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV), dan *Rous Associated Virus* (RAV). Nama ilmiahnya disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang berupa agen viral yang dikenal dengan retrovirus yang ditularkan oleh darah dan punya afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Depkes, 2009 *cit* Iqbal, 2010).

c. Klasifikasi

Human Immunodeficiency Virus merupakan kelompok virus RNA:

Famili : *Retroviridae*

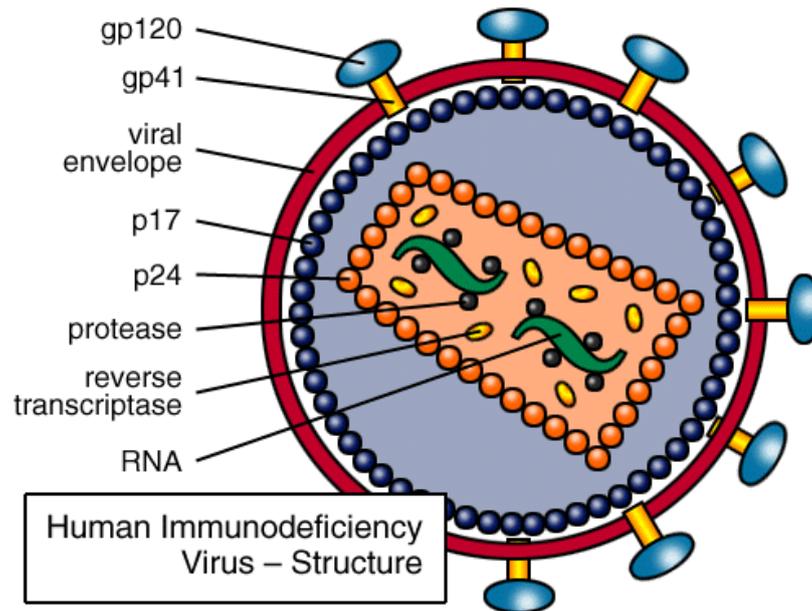
Sub famili : *Lentivirinae*

Genus : *Lentivirus*

Spesies : *Human Immunodeficiency Virus 1* (HIV-1)

Human Immunodeficiency Virus 2 (HIV-2)

HIV menunjukkan banyak gambaran khas fisikokimia dari familinya. Terdapat dua tipe yang berbeda dari virus AIDS manusia, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Kedua tipe dibedakan berdasarkan susunan genom dan hubungan filogenetik (evolusioner) dengan lentivirus primata lainnya (Jawetz, 2001 *cit* Iqbal, 2010).



Gambar 1. Struktur *Human Immunodeficiency Virus*

Struktur gen dasarnya terdiri dari GAG (protein inti), POL (polymerase/*reverse transcriptase*) dan ENV (protein *envelope*). Regio GAG mengkodekan protein inti virus (p24, p17, p9, dan p6), berasal dari prekursor p55. Pada membran bagian dalam terdapat protein (p) yaitu p17 yang merupakan kerangka atau matriks HIV. Pada inti HIV yang terutama dideteksi pada pemeriksaan antigen HIV (Yogev dkk., 2004).

Region POL mengkodekan enzim *reverse transcriptase* virus (p51), protease (p10), dan integrase (p32). Enzim *reverse transcriptase* adalah enzim yang mentranskrip RNA virus menjadi DNA di dalam sel yang terinfeksi. Enzim integrase memfasilitasi bergabungnya DNA virus ke dalam DNA pejamu. Enzim protease berfungsi memotong protein inti virus pada saat pembentukan *bud* virus dari sel. Hambatan

pada enzim protease ini dapat menghambat infektivitas virus (Yogev dkk., 2004).

Region ENV mengkodekan protein *envelope* virus yaitu gp120 dan gp41, yang berasal dari prekursor gp160. *Envelope* HIV merupakan membran yang terdiri dari dua lapis lipid. Pada membran bagian luar atau dinding HIV terdapat gp120 dan gp41. Glikoprotein gp120 adalah glikoprotein yang terdapat pada permukaan CD4+, reseptor CD4+ ini ditemukan terutama pada limfosit *T helper* dan sel-sel monosit/makrofag. Glikoprotein gp41 ini sangat imunogenik sehingga dapat dipakai untuk mendeteksi antibodi HIV pada pemeriksaan assays diagnostik. Protein *envelope* virus gp120 dan gp41 memerankan suatu peran yang penting dalam transmisi vertikal (Yogev dkk., 2004).

d. Patogenesis

Infeksi primer terjadi saat HIV pada darah, cairan sperma, dan cairan tubuh lain memasuki sel dari individu lain melalui pengikatan dengan reseptor gp120/gp41. Sel dendritik pada epitel tempat masuknya virus menangkap virus, lalu bermigrasi ke limfonodus. Sel dendritik mengekspresikan protein dengan *domain mannose binding lectin* yang penting pada pengikatan selubung HIV. Maka dari itu sel dendritik berperan pada penyebaran HIV menuju jaringan limfoid. Saat di jaringan limfoid, HIV pada sel dendritik bermigrasi menuju sel T CD4+ melalui kontak antar sel. Beberapa hari setelah eksposur pertama replikasi yang besar terjadi, maka akan memicu viremia dimana partikel

HIV terdapat dalam jumlah besar di darah yang diiringi dengan sindrom HIV akut. Viremia menyebabkan virus menyebar ke seluruh tubuh dengan menginfeksi sel *T Helper* (Th), makrofag, dan sel dendritik pada jaringan limfoid perifer yang meningkatkan respon imun humoral dan seluler secara langsung pada antigen virus. Respon imun ini mengontrol produksi virus dan infeksi yang ditunjukkan dengan penurunan viremia dalam 12 minggu setelah paparan pertama (Ketut dkk., 2008).

Fase kedua dari proses infeksi adalah periode laten klinis dimana limfonodus dan limpa merupakan tempat replikasi dan pengrusakan HIV. Saat periode penyakit ini sistem imun tetap kompeten dalam menangani infeksi oportunistik sehingga tidak ada gejala klinis HIV yang tampak. Akan tetapi terjadi penghancuran sel T CD4+ pada jaringan limfoid secara bertahap sehingga jumlah sel T CD4+ yang bersirkulasi pada darah secara bertahap juga menurun. Setiap harinya HIV merusak 1 sampai 2×10^9 sel T CD4+. Setelah beberapa tahun siklus infeksi berkelanjutan, kematian sel T dan infeksi baru mengarah pada penurunan bertahap dari jumlah sel T CD4+ pada jaringan limfoid dan sirkulasi (Ketut dkk., 2008).

Saat fase progresif dari HIV, pasien menjadi rentan pada infeksi lain, dan respon imun pada infeksi ini dapat menstimulasi produksi HIV dan mempercepat rusaknya jaringan limfoid. Gen transkripsi HIV dapat meningkatkan stimulasi pada sel T, seperti antigen dan sitokin. Sitokin seperti TNF efektif dalam meningkatkan produksi HIV. Pengrusakan

berkelanjutan ini akan mengarah pada fase letal yang disebut AIDS saat hampir terjadi pengrusakan total jaringan limfoid perifer dan sel hitung sel T CD4+ dibawah 200 sel/mm. Pasien AIDS dapat menderita kombinasi infeksi oportunistik, keganasan, cachexia (*HIV wasting syndrome*), gagal ginjal (*HIV nephropathy*), dan degenerasi syaraf pusat (*AIDS encephalopathy*) (Ketut dkk., 2008).

e. Gambaran Infeksi

Secara klinis gambaran infeksi yang diakibatkan oleh infeksi HIV ini dapat terlihat dalam 4 tahap berurutan. Tahap-tahap ini sangat berkorelasi dengan gambaran laboratorium akibat perubahan fungsi imunitas dan aktivitas virus (Pintauli, 2004 *cit* Iqbal, 2010).

1) Tahap pertama, tahap infeksi primer (*primary infection*)

Tahap ini terlihat setelah beberapa minggu terpapar HIV, ditandai dengan gejala demam, sakit tenggorokan, lesu dan lemas, sakit kepala, fotofobia, limfadenopati serta bercak makulopapular. Tahap ini biasanya berlangsung sekitar satu atau dua minggu lebih dan ditemukan pada hampir 70% peristiwa infeksi HIV.

2) Tahap kedua, tahap infeksi dini (*early infection*)

Tahap ini merupakan nama laten virus yang dapat berlangsung selama beberapa tahun. Umumnya penderita *asimtomatik* kecuali beberapa diantaranya dengan limfadenopati umum.

3) Tahap ketiga, tahap infeksi menengah (*middle infection*)

Tahap ini ditandai dengan munculnya kembali antigen HIV serta penurunan sel limfosit T sehingga penderita menjadi sangat rentan terhadap berbagai kondisi dan infeksi. Kandidiasis di mulut dan *oral hairy leukoplakia* sering terlihat pada tahap ini.

4) Tahap keempat, tahap sakit HIV berat (*severe HIV disease*)

Tahap ini ditandai dengan timbulnya infeksi oportunistik dan neoplasma yang menyebabkan keadaan sakit berat dengan angka kematian yang tinggi. Tahap inilah yang disebut AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*).

Pengalaman menunjukkan bahwa resiko masuknya ke tahap sakit HIV berat atau AIDS meningkat sejalan dengan lamanya infeksi. Dalam keadaan penderita tidak mendapatkan pengobatan terhadap retrovirusya, sekitar 50% penderita HIV ini sampai ke tahap AIDS kira-kira sesudah 10 tahun.

f. Media Penularan

Penularan penyakit HIV-AIDS hanya dapat terjadi melalui 4 cairan tubuh manusia yaitu darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu (ASI). Penularan dari darah antara lain dapat terjadi suatu transfusi darah yang mengandung virus HIV. Penularan HIV-AIDS melalui darah yang ditemukan akhir-akhir ini adalah dilakukan oleh pengguna alat suntik pada kalangan pemakai obat bius atau IDU (*Intravenous Drug Users*) (Warto dkk., 2004).

g. Cara Penularan

Menurut Cawson (2008), HIV dapat ditularkan dengan cara:

1) Transmisi Seksual

Penularan melalui hubungan seksual baik homoseksual maupun heteroseksual merupakan penularan infeksi HIV yang paling sering terjadi. Penularan ini berhubungan dengan cairan sperma dan cairan vagina.

2) Transmisi Non Seksual

Penularan yang terjadi tanpa hubungan seksual terbagi kepada transmisi parental dan transmisi transplasental.

a) Transmisi Parental

Penggunaan jarum suntik dan alat tusuk lainnya seperti alat tindik yang telah terkontaminasi, misalnya pada penyalahgunaan narkotik suntik yang menggunakan jarum suntik yang tercemar secara bersama. Disamping itu dapat juga terjadi melalui jarum suntik yang dipakai oleh petugas kesehatan tanpa disterilkan terlebih dahulu. Penularan melalui transfusi darah atau produk darah terjadi di negara-negara barat sebelum tahun 1985. Sesudah tahun 1985 transmisi melalui jalur ini di negara barat sangat jarang, karena darah pendonor telah diperiksa sebelum ditransfusikan. Resiko tertular infeksi atau HIV lewat transfusi darah adalah lebih dari 90%.

b) Transmisi Transplasental

Penularan dari ibu yang mengandung HIV positif ke anak mempunyai resiko sebesar 50%. Penularan dapat terjadi sewaktu hamil, melahirkan dan sewaktu menyusui.

3. Rumah Sakit Gigi dan Mulut

a. Pengertian RSGM

Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) adalah rumah sakit khusus yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dan merupakan sarana pendidikan dan penelitian tenaga kesehatan gigi (D1, D3, dan S1), pendidikan (dokter gigi dan dokter spesialis) serta pendidikan magister dan doktoral, S2, spesialis dan S3 (Departemen Kesehatan RI, 2003). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomer 1173 tahun 2004 tentang rumah sakit gigi dan mulut menyatakan bahwa Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) adalah sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut perorangan untuk pelayanan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan pelayanan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui pelayanan rawat jalan, gawat darurat dan pelayanan tindakan medis.

b. Fungsi RSGM

1) Pelayanan atau pengabdian kepada masyarakat meliputi :

Sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut primer, sekunder, dan tersier, penunjang, rujukan dan gawat darurat kesehatan gigi

dan mulut. Wadah pengembangan konsep pelayanan kedokteran gigi pusat unggulan pelayanan kedokteran gigi.

2) Pendidikan

Sarana pendidikan dan pelatihan di bidang kedokteran gigi jenjang diploma, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dokter gigi spesialis konsultan, magister, doktor dan pendidikan berkelanjutan bidang kedokteran gigi.

3) Penelitian

Pusat penelitian, pengkajian, dan pengembangan ilmu kedokteran gigi, pusat penerapan obat, bahan dan kedokteran gigi (Depkes RI, 2003).

RSGM berdasarkan Peraturan Pemerintah Menteri Kesehatan nomer 1173 tahun 2004, menurut fungsinya dapat dibagi menjadi dua, yaitu RSGM Pendidikan dan RSGM non Pendidikan. RSGM Pendidikan adalah RSGM yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, yang juga digunakan sebagai sarana proses pembelajaran, pendidikan dan penelitian bagi profesi tenaga kesehatan kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya dan terikat melalui kerjasama dengan fakultas kedokteran gigi.

c. Tujuan RSGM

1) Tujuan umum RSGM

Meningkatkan mutu pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang berkualitas, profesional, modern

dan sesuai dengan tuntutan masyarakat serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi.

2) Tujuan khusus RSGM

Tersedianya sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi masyarakat secara optimal, meliputi:

- a) Pelayanan medik gigi primer, yaitu tindakan medik gigi yang merupakan wewenang dokter gigi umum.
- b) Pelayanan medik gigi sekunder, yaitu tindakan medik gigi yang merupakan wewenang dokter gigi spesialis.
- c) Pelayanan medik gigi tersier, yaitu tindakan medik gigi yang merupakan wewenang dokter gigi subspesialis/dokter gigi spesialis konsultan.
- d) Tersedianya sarana pendidikan kedokteran gigi dan tenaga kesehatan gigi lainnya.
- e) Tersedianya pusat penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya pada kedokteran gigi.
- f) Tersedianya unit pelayanan sebagai sarana rujukan bagi unit yang lebih rendah.
- g) Tersedianya unit penunjang program kegiatan medik kedokteran umum (rujukan secara pelayanan kesehatan lain setingkat/horizontal), kegiatan pelayanan kesehatan terintegrasi, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian.

d. Kriteria RSGM

Kriteria yang harus dipenuhi oleh RSGM Pendidikan berdasarkan Peraturan Pemerintah Menteri Kesehatan No.1173 tahun 2004, yaitu:

- 1) Kebutuhan akan proses pendidikan;
- 2) Fasilitas dan peralatan fisik untuk pendidikan;
- 3) Aspek manajemen umum dan mutu pelayanan rumah sakit;
- 4) Aspek keuangan dan sumber dana;
- 5) Memiliki kerjasama dengan Fakultas Kedokteran Gigi dan Kolegium Kedokteran Gigi.

e. Sarana Peralatan RSGM

RSGM harus memenuhi persyaratan bangunan, sarana dan prasarana serta peralatan sesuai dengan kebutuhan. Persyaratan yang dimaksud, yaitu:

- 1) Lokasi atau letak bangunan dan prasarana harus sesuai dengan rencana umum tata ruang;
- 2) Bangunan dan prasarana harus memenuhi persyaratan keamanan, keselamatan kerja dan analisis dampak lingkungan RS dan sarana kesehatan lain;
- 3) Peralatan harus memenuhi persyaratan kalibrasi, standar kebutuhan pelayanan, keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja.

f. Prosedur Pelayanan RSGM

Berdasarkan Profil RSGM UMY (2013), pasien datang dengan berbagai cara, yaitu:

- 1) Pasien mendaftar pada bagian registrasi.

2) Pasien dapat memilih layanan yang tersedia, seperti:

a) Prosedur Penerimaan Pasien Unit Klinik Akademik

Pasien datang dengan berbagai cara, seperti:

- i. Pasien datang untuk mendapatkan perawatan gigi dan bersedia dirawat oleh mahasiswa.
- ii. Pasien datang untuk mendapatkan perawatan yang lebih murah dan bersedia dirawat oleh mahasiswa.
- iii. Pasien dibawa sendiri oleh mahasiswa untuk memenuhi persyaratan kelulusan per bagian.
- iv. Pasien dikirim dari dokter/dokter gigi di luar lingkungan RSGM UMY dengan kasus yang dapat ditangani oleh mahasiswa dan bersedia dirawat oleh mahasiswa.
- v. Pasien yang pernah dirawat di RSGM UMY Klinik Akademik dan ingin dilakukan perawatan untuk keluhannya yang lain.
- vi. Pasien yang datang karena rekomendasi atau ajakan pasien lain yang pernah dirawat di RSGM UMY.

b) Alur Pasien :

i. Pasien Baru

Pasien datang ke loket pendaftaran sebagai pasien baru dan mengisi kartu rekam medis yang masih kosong dan identitas pasien, pencatatan nomer registrasi pasien baru.

Pasien masuk ke ruang pemeriksaan untuk diperiksa dokter gigi jaga. Dokter gigi jaga memeriksa keadaan mulut yang paling dikeluhkan oleh pasien dan keadaan umum pasien. Pasien mendapatkan penjelasan mengenai perawatan apa yang diperlukan untuk mengatasi keluhannya dan juga keadaan mulutnya pada umumnya secara garis besar. Bila kasus yang diderita pasien masih dapat dirawat oleh mahasiswa, dan pasien setuju dirawat oleh mahasiswa maka dokter gigi jaga akan mendelegasikan pasien ke klinik mahasiswa sesuai yang dibutuhkan oleh pasien.

Mahasiswa melaksanakan prosedur perawatan sesuai dengan prosedur tetap pelaksanaan dan *input system* dalam SIM serta SIAP.

ii. Pasien Lama

Pasien datang ke loket pendaftaran dan menyerahkan kartu pasien yang didapat ketika pertama kali mendaftar, atau menyebutkan identitas yang sesuai.

Petugas mencarikan kartu rekam medis pasien dan menyerahkannya kepada pasien.

Pasien diharap menunggu di ruang tunggu, petugas akan memanggil operator atau mahasiswa yang akan melaksanakan prosedur perawatan.

Petugas memanggil pasien dan mengantarkan pada nomor kursi gigi yang sudah dipersiapkan sesuai operator atau mahasiswa profesi.

c) Manajemen dan Peraturan

Manajemen Klinik Gigi Akademik adalah salah satu bagian unit dari manajemen RSGM UMY, dikepalai oleh seorang manajer mutu yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSGM UMY dengan membuat laporan kegiatan dan keuangan setiap bulannya.

d) Pelayanan

- i. Operator yang bekerja di Klinik Gigi Akademik ialah para mahasiswa yang telah memenuhi syarat dan sudah menyelesaikan program Sarjana Kedokteran Gigi di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas UMY.
- ii. Operator mendapatkan peminjaman dental unit sesuai dengan jadwal dan lama kerja yang diberikan oleh pihak akademik (18 bulan).
- iii. Pasien yang dibawa sendiri oleh operator untuk memenuhi persyaratan kelulusan bagiannya tetap harus mengikuti prosedur alur pasien dan pembayaran seperti pasien lain.
- iv. Dalam melakukan perawatannya operator selalu didampingi dan mendapatkan persetujuan dari dosen

yang membimbingnya untuk setiap tahap-tahap pekerjaannya.

- v. Bila setelah diperiksa ulang kasus pasien tersebut tidak boleh dikerjakan oleh operator maka pasien, setelah dilaporkan dan mendapatkan persetujuan dosen pembimbing, dirujuk ke klinik gigi umum atau spesialis di lantai bawah.
 - vi. Operator melakukan jenis pekerjaan yang sesuai dengan modul pembelajaran dengan prosedur sesuai ketentuan dalam *log book*. Bila pasien telah selesai mendapatkan satu perawatan dan ingin melakukan perawatan yang lain, maka kartu rekam medik harus dikembalikan dahulu dan menerima rekam medik pasien yang baru.
- e) Pengendali infeksi
- i. Operator

Mengenakan pakaian klinik bersih untuk setiap prosedur perawatan, rambut dipotong pendek atau diikat rapi, tidak boleh berkontak dengan pasien atau peralatan. Pada saat melakukan tindakan harus mengenakan masker dan sarung tangan, bila memungkinkan menggunakan kaca mata pelindung yang telah disediakan. Sebelum mengenakan sarung tangan operator mencuci bersih tangannya. Sarung tangan diganti setiap operator

merawat pasien yang lain. Sebelum melepas sarung tangan setelah tindakan operator mencuci tangan dengan sabun dan air dingin, dan mengulangnya lagi setelah sarung tangan dilepas. Sarung tangan dan semua bahan sekali pakai dibuang di tempat-tempat yang telah disediakan. Satu *disposable set* diberikan untuk tiap pasien adalah gelas kumur, *suction*, dan celemek.

ii. Dental Unit

Sebelum perawatan pasien

Dental unit dibersihkan dan di disinfeksi dengan menggunakan larutan disinfektan setiap hari sebelum dan setelah jam kerja. Sebelum pasien duduk di dental unit operator menyiapkan *disposable set* (gelas kumur, *suction* sekali pakai, apron sekali pakai untuk pasien), alat-alat diagnostik yang sudah dalam *packing* dari bagian sterilisasi diambil dan membawa larutan antiseptik (betadin dan alkohol 70%) serta alat-alat penunjang perawatan yang telah disterilkan dan dimasukkan dalam *packing* steril.

Setelah perawatan pasien

Dental unit dibersihkan dengan cairan disinfektan, mangkuk sputum dibersihkan dengan sikat dan cairan yang sama.

iii. *Hand Instrument*

Sebelum perawatan pasien

Alat yang dikeluarkan hanya alat yang berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan. Alat yang akan digunakan sudah harus disterilkan dan di-*packing* sebelum dipakai untuk merawat pasien. Kipas dan kasa juga disterilkan sebelum digunakan.

Sesudah perawatan pasien

Peralatan *hand instrument* dimasukkan dalam *pre-soaking* yang terdiri dari larutan *glutaraldehyde*, untuk selanjutnya dicuci dengan detergen sampai bersih dan diberikan ke petugas di ruang sterilisasi untuk proses selanjutnya.

f) Sistem pembayaran

- i. Pembayaran biaya perawatan berdasarkan tarif perawatan yang berlaku.
- ii. Biaya yang harus dibayar akan diinformasikan kepada pasien sebelum perawatan dimulai.
- iii. Pembayaran dilakukan secara tunai di kasir tiap bagian, operator/perawat tidak diperbolehkan menerima pembayaran dari pasien.
- iv. Pembayaran dilakukan setiap kali kunjungan setelah selesai perawatan.

4. Hubungan antara pengetahuan dan sikap terhadap tindakan

Secara operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar objek tersebut. Pengetahuan dan sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut perilaku tertutup (*covert behavior*). Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respon seseorang terhadap stimulus adalah perilaku terbuka atau disebut *overt behaviour* (Notoatmodjo, 2007).

5. Hubungan mahasiswa profesi kedokteran gigi dalam penanganan pasien HIV-AIDS

Pencegahan penyakit menular di praktek dokter gigi pada umumnya mengikuti *standard precautions* yang dikeluarkan oleh *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) yaitu prosedur yang harus diikuti ketika melakukan tindakan yang melibatkan kontak dengan darah, semua cairan tubuh, sekresi, ekskresi (kecuali keringat), kulit dengan luka terbuka dan mukosa. Pencegahan bertujuan untuk melindungi dokter gigi, pasien, dan staf dari paparan objek yang infeksius selama prosedur perawatan berlangsung (Matthews, 2008). Pencegahan-pencegahan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Evaluasi Pasien

Harus diketahui riwayat kesehatan yang lengkap dari setiap pasien dan diperbaharui pada setiap kunjungan. Hal ini dimaksudkan agar dapat diketahui adanya infeksi silang yang kemungkinan terjadi

pada praktek dokter gigi. Harus diperhatikan mengenai adanya penyakit infeksi yang berbahaya (Sutono, 2010)

b. Perlindungan Diri

Dalam hal ini termasuk cuci tangan, pemakaian baju praktek, penggunaan sarung tangan, penggunaan kaca mata pelindung, penggunaan masker, dan penggunaan *rubber dam*.

1) Cuci tangan

Kementrian Kesehatan RI (2010) menyatakan bahwa penggunaan jenis sabun dapat menggunakan semua jenis sabun karena semua sabun sebenarnya cukup efektif dalam membunuh kuman penyebab penyakit. Teknik mencuci tangan yang benar harus menggunakan sabun dan di bawah air yang mengalir dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Basahi tangan dengan air di bawah kran atau air mengalir.
- b) Ambil sabun cair secukupnya untuk seluruh tangan, akan lebih baik jika sabun yang mengandung antiseptik.
- c) Gosokkan pada kedua telapak tangan.
- d) Gosokkan sampai ke ujung jari.
- e) Telapak tangan kanan menggosok punggung tangan kiri (atau sebaliknya) dengan jari-jari saling mengunci (berselang-seling) antara tangan kanan dan tangan kiri, gosokkan sela-sela jari tersebut. Hal ini dilakukan pada kedua tangan.

- f) Letakkan punggung jari satu dengan punggung jari lainnya dan saling mengunci.
 - g) Usapkan ibu jari tangan kanan dengan punggung jari lainnya dengan gerakan saling berputar, lakukan hal yang sama dengan ibu jari tangan kiri.
 - h) Gosokkan telapak tangan dengan punggung jari tangan satunya dengan gerakan kedepan, kebelakang, berputar. Hal ini dilakukan pada kedua tangan.
 - i) Pegang pergelangan tangan kanan dengan pergelangan kiri dan lakukan gerakan memutar. Lakukan pula pada tangan kiri.
 - j) Bersihkan sabun dari kedua tangan dengan air mengalir.
 - k) Keringkan tangan dengan menggunakan *tissue* atau handuk, jika menggunakan kran, tutup kran dengan *tissue*.
- 2) Pemakaian jas praktek

Dokter gigi dan stafnya harus memakai jas praktek yang bersih dan sudah dicuci. Jas tersebut harus diganti setiap hari dan harus diganti saat terjadi kontaminasi. Jas praktek harus dicuci dengan air panas dan deterjen serta pemutih klorin, bahkan jas yang terkontaminasi perlu penanganan tersendiri (Matthews, 2008).

3) Penggunaan sarung tangan

Semua dokter gigi dan stafnya harus memakai sarung tangan lateks atau vinil sekali pakai. Hal ini untuk melindungi dokter gigi, staf, dan pasien. Tujuan penggunaan sarung tangan adalah untuk mencegah bersentuhan langsung dengan darah, saliva, mukosa, cairan tubuh, atau sekresi tubuh lainnya dari penderita. Sarung tangan vinil dapat dipakai untuk mereka yang alergi terhadap lateks. Sarung tangan harus diganti setiap selesai perawat pada setiap pasien (Kiselova, 2005).

Menurut Pedersen (1996), ada tiga macam sarung tangan yang dipakai dalam kedokteran gigi, diantaranya:

- a) Sarung tangan lateks yang bersih harus digunakan pada saat dokter gigi memeriksa mulut pasien atau merawat pasien tanpa kemungkinan terjadinya perdarahan.
- b) Sarung tangan steril harus digunakan saat melakukan tindakan bedah atau mengantisipasi kemungkinan terjadinya perdarahan pada perawatan.
- c) Sarung tangan *heavy duty* harus dipakai saat membersihkan alat, permukaan kerja, atau saat menggunakan bahan kimia.

4) Penggunaan masker

Pemakaian masker seperti masker khusus untuk bedah sebaiknya digunakan pada saat menggunakan instrumen berkecepatan tinggi untuk mencegah terhirupnya aerosol yang

dapat menginfeksi saluran pernafasan atas dan bawah. Efektifitas penyaringan dari masker tergantung dari bahan yang dipakai (masker polipropilen lebih baik daripada masker kertas) dan lama pemakaian (efektif 30-60 menit). Sebaiknya menggunakan satu masker untuk satu pasien (Sutono, 2010).

5) Penggunaan kacamata pelindung

Kacamata pelindung harus dipakai dokter gigi dan stafnya untuk melindungi mata dari debris yang diakibatkan oleh *high speed handpiece*, pembersihan karang gigi baik secara manual maupun ultrasonik. Perlindungan mata dari saliva, mikroorganisme, aerosol, dan debris sangat diperlukan untuk dokter gigi maupun staf (Sutono, 2010).

6) Penggunaan *rubber dam*

Rubber dam harus digunakan pada operasi untuk menghindari terjadinya aerosol karena tidak terjadi pengumpulan saliva diatas *rubber dam*. Selain untuk mengurangi kontak instrumen dengan mukosa, *rubber dam* juga berguna untuk mengurangi terjadinya luka dan pendarahan (Sutono, 2010).

c. Sterilisasi Instrumen

Menurut DePaola (2011), sterilisasi adalah setiap proses (kimia atau fisik) yang membunuh semua bentuk hidup terutama mikroorganisme termasuk virus dan spora bakteri. Sterilisasi dilakukan dalam 4 tahap, yaitu:

1) Pembersihan sebelum sterilisasi

Sebelum disterilkan, alat-alat harus dibersihkan terlebih dahulu dari debris organik, darah, saliva. Dalam kedokteran gigi, pembersihan dapat dilakukan dengan cara pembersihan manual atau pembersihan dengan ultrasonik. Pembersihan dengan memakai alat ultrasonik dengan larutan deterjen lebih aman, efisien, dan efektif dibandingkan dengan penyikatan. Gunakan alat ultrasonik yang ditutup selama 10 menit. Setelah dibersihkan, instrumen tersebut dicuci dibawah aliran air dan dikeringkan dengan baik sebelum disterilkan. Hal ini penting untuk mendapatkan hasil sterilisasi yang sempurna dan untuk mencegah terjadinya karat.

2) Pembungkusan

Setelah dibersihkan, instrumen harus dibungkus untuk memenuhi prosedur klinik yang baik. Instrumen yang digunakan dalam kedokteran gigi harus dibungkus untuk sterilisasi dengan menggunakan nampan terbuka yang ditutup dengan kantung sterilisasi yang tembus pandang, nampan yang berlubang dengan penutup yang dibungkus dengan kertas sterilisasi, atau dibungkus secara individu dengan bungkus untuk sterilisasi yang dapat dibeli.

3) Proses sterilisasi

Sterilisasi dapat dicapai melalui metode berikut:

a) Pemanasan basah dengan tekanan tinggi (*autoclave*)

Siklus sterilisasi dari 134°C selama 3 menit pada 207 kPa untuk instrumen yang dibungkus maupun yang tidak dibungkus. Cara kerja dari *autoclave* sama dengan *pressure cooker*. Uap jenuh lebih efisien membunuh mikroorganisme dibandingkan dengan perebusan maupun pemanasan kering. Instrumen tersebut dapat dibungkus dengan kain muslin, kertas, nilon, aluminium foil, atau plastik yang dapat menyalurkan uap.

b) Pemanasan kering (*oven*)

Penetrasi pada pemanasan kering kurang baik dan kurang efektif dibandingkan dengan pemanasan basah dengan tekanan tinggi. Akibatnya, dibutuhkan temperatur yang lebih tinggi 160°C atau 170°C dan waktu yang lebih lama (2 jam atau 1 jam) untuk proses sterilisasi. Menurut Nisengard dan Newman suhu yang dipakai adalah 170°C selama 60 menit, untuk alat yang dapat menyalurkan panas adalah 190°C, sedang untuk instrumen yang tidak dibungkus 6 menit.

c) Uap bahan kimia (*chemiclave*)

Kombinasi dari formaldehid, alkohol, aseton, keton, dan uap pada 138 kPa merupakan cara sterilisasi yang efektif. Kerusakan mikroorganisme diperoleh dari bahan yang toksik dan suhu tinggi. Sterilisasi dengan uap bahan kimia bekerja

lebih lambat dari *autoclave* yaitu 138-176 kPa selama 30 menit setelah tercapai suhu yang dikehendaki. Prosedur ini tidak dapat digunakan untuk bahan yang dapat dirusak oleh bahan kimia tersebut maupun oleh suhu yang tinggi. Umumnya tidak terjadi karatan apabila instrumen telah benar-benar kering sebelum disterilkan karena kelembaban yang rendah pada proses ini sekitar 7-8%. Keuntungan dari sterilisasi dengan uap bahan kimia adalah lebih cepat dibandingkan dengan pemanasan kering, tidak menyebabkan karat pada instrumen atau bur dan setelah sterilisasi diperoleh instrumen yang kering. Namun instrumen harus diangin-anginkan untuk mengeluarkan uap sisa bahan kimia.

4) Penyimpanan yang aseptik

Setelah sterilisasi, instrumen harus tetap steril hingga saat dipakai. Penyimpanan yang baik sama penting dengan proses sterilisasi itu sendiri, karena penyimpanan yang kurang baik akan menyebabkan instrumen tersebut tidak steril lagi. Lamanya sterilitas tergantung dari tempat dimana instrumen itu disimpan dan bahan yang dipakai untuk membungkus. Daerah yang tertutup dan terlindung dengan aliran udara yang minimal seperti lemari atau laci merupakan tempat penyimpanan yang baik. Pembungkus instrumen hanya boleh dibuka segera sebelum

digunakan, apabila dalam waktu satu bulan tidak digunakan harus disterilkan ulang.

d. Disinfeksi Permukaan

Disinfeksi adalah membunuh organisme-organisme patogen (kecuali spora kuman) dengan cara fisik atau kimia yang dilakukan terhadap benda mati. Disinfeksi dapat mengurangi kemungkinan terjadi infeksi. Disinfeksi permukaan dilakukan pada *dental unit*, kabinet, tuba dan pipa, serta *handpiece* dan instrumen tangan (Sikri dkk., 1999)

Sutono (2010), disinfektan yang tidak berbahaya bagi permukaan tubuh dapat digunakan dan bahan ini dinamakan antiseptik. Antiseptik adalah zat yang dapat menghambat atau menghancurkan mikroorganisme pada jaringan hidup, sedangkan disinfeksi digunakan pada benda mati. Disinfektan dapat pula digunakan sebagai antiseptik atau sebaliknya tergantung dari toksisitasnya. Sebelum dilakukan disinfeksi, penting untuk membersihkan alat-alat tersebut dari debris organik dan bahan-bahan berminyak karena dapat menghambat proses disinfeksi. Macam-macam disinfektan yang digunakan di kedokteran gigi, antara lain adalah:

1) Alkohol

Larutan etil alkohol atau propil alkohol digunakan untuk mendisinfeksi kulit. Alkohol yang dicampur dengan aldehid digunakan dalam bidang kedokteran gigi untuk mendisinfeksi

permukaan, tetapi ADA tidak menganjurkan pemakaian alkohol untuk mendisinfeksi permukaan oleh karena cepat menguap tanpa meninggalkan efek sisa.

2) Aldehid

Aldehid merupakan salah satu disinfektan yang populer dan kuat, baik dalam bentuk tunggal maupun kombinasi. Glutaraldehid 2% dapat dipakai untuk mendisinfeksi alat-alat yang tidak dapat disterilkan. Alat yang selesai didisinfeksi, diulas dengan kasa steril kemudian diulas kembali dengan kasa steril yang dibasahi dengan akuades karena glutaraldehid yang tersisa pada instrumen dapat mengiritasi kulit atau mukosa. Operator harus memakai masker, kaca mata pelindung dan sarung tangan *heavy duty*.

3) Biguanid

Klorheksidin termasuk biguanid yang digunakan secara luas dalam bidang kedokteran gigi sebagai antiseptik dan kontrol plak. Misalnya, 0,4% larutan pada detergen digunakan pada *surgical scrub (Hibiscrub)*, 0,2% klorheksidin glukonat pada larutan air digunakan sebagai bahan antiplak (*Corsodyl*) dan pada konsentrasi lebih tinggi yaitu 2% digunakan sebagai disinfeksi gigi tiruan. Zat ini sangat aktif terhadap bakteri gram (+) maupun gram (-).

4) Senyawa halogen

Hipoklorit dan povidon-iodin adalah zat oksidasi dan melepaskan ion halide seperti *chlorox*, *domestos*, dan *betadine*. Walaupun murah dan efektif, zat ini dapat menyebabkan karat pada logam dan cepat dinaktifkan oleh bahan organik.

5) Fenol

Fenol merupakan larutan jernih, tidak mengiritasi kulit, dan dapat digunakan untuk membersihkan alat yang terkontaminasi karena tidak dapat dirusak oleh zat organik. Zat ini bersifat virusidal dan sporosidal yang lemah. Namun, karena sebagian besar bakteri dapat dibunuh oleh zat ini, banyak digunakan di rumah sakit dan laboratorium.

6) Klorsilenol

Klorsilenol merupakan larutan yang tidak mengiritasi dan banyak digunakan sebagai antiseptik, seperti *dettol*. Aktifitasnya rendah terhadap banyak bakteri dan penggunaannya terbatas sebagai disinfektan.

e. Penggunaan Alat Sekali Pakai/*Disposable*

Sterilitas bisa dengan mudah dipastikan dengan menggunakan alat-alat sekali pakai/*disposable*. Yang paling penting adalah penggunaan jarum suntik yang digunakan untuk anastesi lokal atau bahan lain. Jarum tersebut terbungkus sendiri-sendiri dan disterilkan, sehingga dijamin ketajaman dan sterilitasnya (Pedersen, 1996).

Selain jarum suntik, benang dan jarum jahit juga tersedia dalam bentuk sekali pakai. Bilah skalpel dan kombinasi bilah-tangkai juga tersedia dalam bentuk steril untuk sekali pemakaian. Disamping itu, cara terbaik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit antar pasien adalah menggunakan alat sekali pakai/*disposable* seperti sarung tangan, masker, kain alas dada, ujung saliva ejektor, dan lain-lain (Pedersen, 1996).

f. Penanganan Sampah Medis

Pembuangan barang-barang bekas pakai seperti sarung tangan, masker, tisu bekas, dan penutup permukaan yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh harus ditangani secara hati-hati dan dimasukkan ke dalam kantong plastik yang kuat dan tertutup rapat untuk mengurangi kemungkinan orang kontak dengan benda-benda tersebut. Benda-benda tajam seperti jarum atau pisau skalpel harus dimasukkan dalam tempat yang tahan terhadap tusukan sebelum dimasukkan dalam kantong plastik. Jaringan tubuh juga harus mendapat perlakuan yang sama dengan benda tajam (Sutono, 2010).

B. Landasan Teori

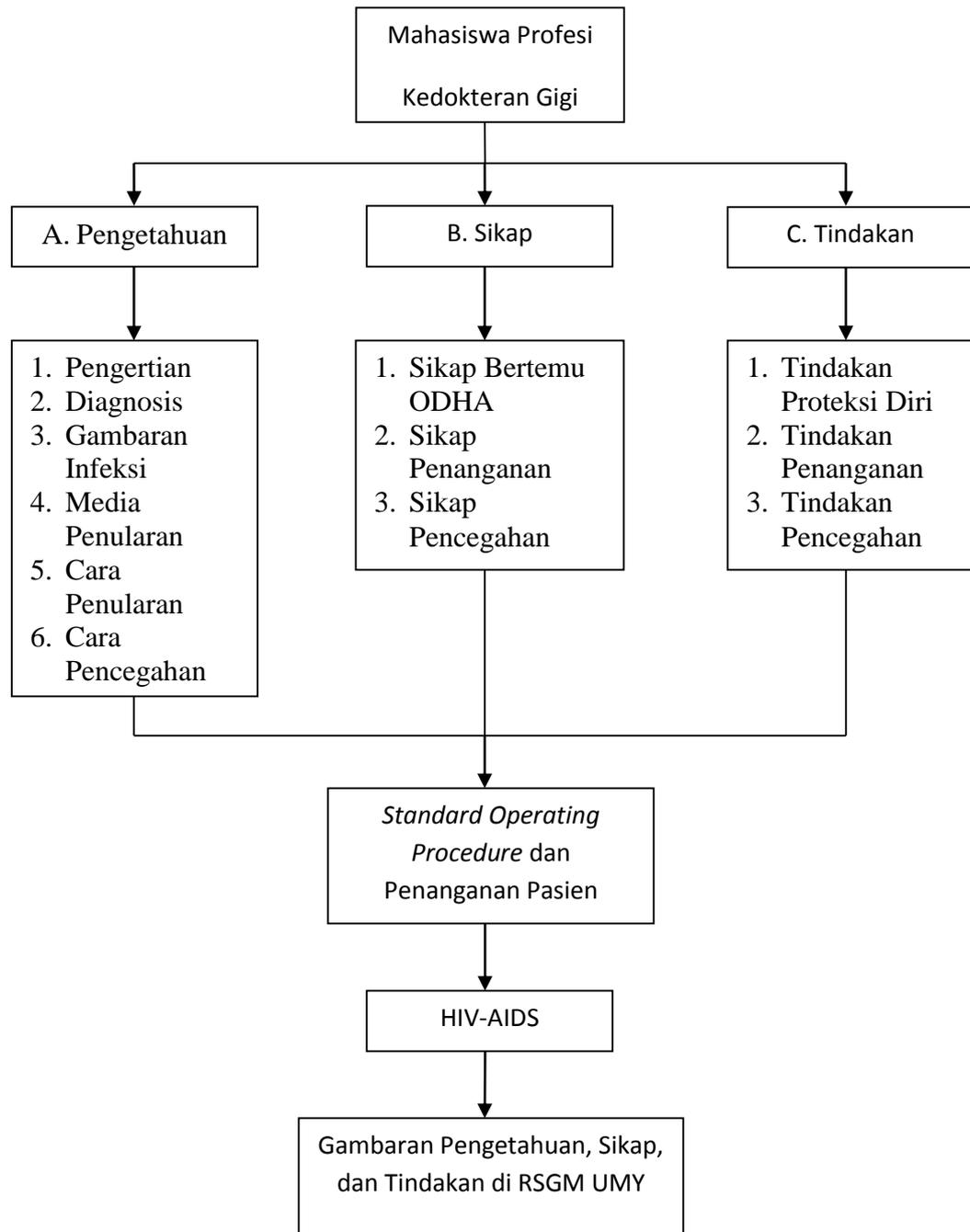
Berdasarkan telaah pustaka diatas, maka dapat dibuat suatu landasan teori sebagai berikut :

Seorang mahasiswa profesi kedokteran gigi diharapkan mampu mengetahui tentang pengertian, diagnosis, gambaran infeksi, media penularan, cara penularan, dan cara pencegahan. Secara klinis gambaran infeksi yang

diakibatkan oleh infeksi HIV ini dapat terlihat dalam 4 tahap berurutan. Tahap-tahap ini sangat berkorelasi dengan gambaran laboratorium akibat perubahan fungsi imunitas dan aktivitas virus. Penularan penyakit HIV-AIDS hanya dapat terjadi melalui 4 media cairan tubuh manusia yaitu: darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu (ASI). Cara penularan dari darah antara lain dapat terjadi suatu transfusi darah yang mengandung virus HIV.

Sikap saat bertemu ODHA juga diperlukan dimana ini dimaksudkan agar mahasiswa profesi kedokteran gigi mempunyai tugas memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasiennya dalam mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut. Berbagai macam tindakan kuratif dilakukan oleh mahasiswa profesi kedokteran gigi. Tahapan prosedur tindakan kuratif yang dimaksud adalah berdasarkan *Standart Operating Prosedure* yang diberlakukan oleh RSGM UMY dalam penanganannya antara lain persiapan petugas (mahasiswa profesi kedokteran gigi, dokter gigi dan perawat gigi mencuci tangan, menggunakan jas lab, masker, kacamata pelindung dan sarung tangan), anamnesa dilakukan dengan jelas dan lengkap, persiapan tindakan meliputi rencana perawatan atau pengobatan, *informed consent*, sterilisasi alat, disinfeksi permukaan, penggunaan alat sekali pakai/*disposable*, dan penanganan sampah medis.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian diatas dapat diajukan suatu pertanyaan penelitian sebagai berikut:

Bagaimana gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan mahasiswa profesi kedokteran gigi tentang HIV-AIDS di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Universitas Muhammadiyah Yogyakarta?