

TESIS

**MODEL PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI SILANG PADA
DOKTER GIGI DI KOTA MAKASSAR**

*Behavior Model of Cross Infection Prevention on Dentists
in Makassar City*

MUSYAHIDAH MUSTAKIM
K012182017



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**MODEL PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI SILANG PADA DOKTER GIGI
DI KOTA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh
Musyahidah Mustakim**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS**MODEL PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI SILANG PADA
DOKTER GIGI DI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

MUSYAHIDAH MUSTAKIM
Nomor Pokok K012182017

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 23 November 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat,



dr. M. Furqaan Nalem, M.Sc., Ph.D

Ketua



Ansariadi, SKM., M.Sc.PH., Ph.D

Anggota



Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Musyahidah Mustakim

Nomor Mahasiswa : K012182017

Program Studi : Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Keselamatan
dan Kesehatan Kerja

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan dari tesis ini adalah hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Makassar, November 2020

Yang Menyatakan,



Musyahidah Mustakim

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan kasih karunia, berkat dan tuntunan-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang Pada Dokter Gigi di Kota Makassar”**. Peneliti menyadari bahwa tesis ini tidak akan dapat diselesaikan tanpa bimbingan dari dosen pembimbing dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. M. Furqaan Naiem, MSc, Ph.D selaku dosen pembimbing utama yang telah membimbing, memberikan saran dan masukan dalam penyusunan tesis ini.
2. Ansariadi, SKM, MScPh, Ph.D selaku dosen pembimbing anggota yang telah membimbing, memberikan saran dan masukan dalam penyusunan tesis ini.
3. Dr. dr. Masyitha Muis, MS selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun dalam penyusunan tesis ini.
4. Yahya Thamrin, SKM., M.Kes, MOHS, Ph.D. selaku dosen penguji yang memberikan saran dan masukan yang membangun dalam penyusunan tesis ini.

5. Dr. Irwandy, SKM.,M.Sc.PH.,M.Kes selaku dosen penguji yang memberikan saran dan masukan yang membangun dalam penyusunan tesis ini.
6. Dr. Masni, Apt, MSPH, selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
7. Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
8. Pak Rahman selaku staff Akademik yang selalu memberikan bantuan dan kerjasamanya.
9. Para Dokter Gigi di Makassar yang telah bersedia menjadi responden.
10. Orang tua yang selalu setia memberikan doa, dukungan dan semangat kepada penulis untuk segera menyelesaikan penyusunan tesis ini.
11. Dhinda, Tenri, Kak Aynun, Puya, dan Asna sebagai teman seperjuangan yang selalu setia membantu dan memotivasi dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
12. Teman-teman pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya jurusan Keselamatan dan Kesehatan Kerja yang selalu setia menjadi teman untuk berdiskusi dan bertukar pikiran.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini

Makassar, September 2020

Penyusun

ABSTRAK

MUSYAHIDAH MUSTAKIM, Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar. (Dibimbing oleh **Furqaan Naiem** dan **Ansariadi**)

Kesehatan gigi dan mulut tidak dapat dipisahkan dari profesi dokter gigi. Dokter gigi sebagai tenaga kesehatan berperan dalam pencegahan, penatalaksanaan serta perawatan gigi dan mulut bagi masyarakat yang hidup dengan berbagai penyakit. Seorang dokter gigi mempunyai resiko untuk terkena infeksi dan dapat pula menularkan infeksi dari pasien ke pasien lainnya atau lebih dikenal dengan infeksi silang. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis model perilaku pencegahan infeksi silang pada dokter gigi di Kota Makassar.

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan desain *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini sebanyak 100 orang dokter gigi yang berada di Kota Makassar. pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling*. Pengambilan data terhadap responden menggunakan kuesioner. Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan SPSS dan *SmartPLS*.

Hasil penelitian didapatkan usulan model dengan jalur signifikan antara jalur *modifying factor* ke *control beliefs* dalam diri. Jalur *behavioral beliefs*, *control beliefs* dalam diri dan lingkungan ke *intention*, dan jalur *intention* ke perilaku. Terdapat jalur yang tidak signifikan yaitu jalur *modifying factor* ke *behavioral beliefs*, *normative beliefs*, dan *control beliefs* lingkungan. Peningkatan perilaku pencegahan infeksi silang dapat dilakukan dengan memperhatikan faktor *behavioral beliefs* maupun *control beliefs* serta meningkatkan keinginan yaitu dengan selalu menggunakan APD lengkap saat melakukan tindakan, mengganti masker setiap 4 jam sekali dan rajin mengganti jas/baju pelindung serta selalu menjaga kebersihan lingkungan.

Kata kunci: dokter gigi, infeksi silang, perilaku pencegahan, *health belief model*, *theory planned behavior*



ABSTRACT

MUSYAHIDAH MUSTAKIM, Behavior Model of Cross Infection Prevention on Dentists in Makassar City. (Supervised by **Furqaan Naiem** and **Ansariadi**)

Oral health can not be separated from the profession of dentistry. Dentists as health workers play a role in the prevention, management and care of teeth and mouth for people living with various diseases. A dentist has a risk for infection and can also pass the infection from patient to patient or better known as cross infection. This study aims to analyze the behavioral model of cross infection prevention among dentists in Makassar City.

The type of this research is analytic observational with cross sectional design. The sample in this study were 100 dentists in Makassar City. sampling using purposive sampling method. Retrieval of data on respondents using a questionnaire. The data analysis technique in this study used SPSS and SmartPLS.

The proposed model is obtained with a significant pathway between the modifying factors to control beliefs (in self). Behavioral beliefs, control beliefs (in self and environment) to intention, and pathways of intention to behavior. There are insignificant pathways, namely modifying factors to behavioral beliefs, normative beliefs, and control beliefs (environment). Increasing cross-infection prevention behavior can be done by paying attention to behavioral beliefs and control beliefs, namely by always using complete PPE when doing actions, changing masks every 4 hours and diligently changing protective suits / clothes and always maintaining environmental cleanliness, then intention increase dentist desire to perform cross infection prevention behavior.

Key words: dentist, cross infection, preventive behavior, health belief model, theory planned behavior



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Tentang Kejadian Penyakit	9
B. Tinjauan Umum Tentang Infeksi Silang	11
C. Tinjauan Umum Tentang Dokter Gigi	32
D. Tinjauan Umum Tentang Perilaku	34
E. Tinjauan Umum Tentang Teori <i>Health Belief Model</i>	40
F. Tinjauan Umum Tentang <i>Theory Planned Behavior</i>	44
G. Penelitian Terkait Pencegahan Infeksi Silang	54
H. Kerangka Konsep	64
I. Hipotesis Penelitian	66
J. Definisi Operasional	68
BAB III METODE PENELITIAN	71
A. Jenis dan Desain Penelitian	71
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	71

C. Populasi dan Sampel	71
D. Etika Penelitian	72
E. Prosedur Pengambilan Data	73
F. Pengumpulan Data	74
G. Analisis Data	75
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	76
A. Hasil Penelitian	76
1. Gambaran Umum	76
2. Analisis Univariat	77
3. Analisis Bivariat	80
4. Analisis Multivariat	81
B. Pembahasan	85
C. Temuan Model Hasil Penelitian	95
D. Keterbatasan Penelitian	96
BAB V PENUTUP	98
A. Kesimpulan	98
B. Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN	107

DAFTAR TABEL

Tabel		Hal
Tabel 2.1	Durasi pekerja kesehatan yang terpapar infeksi dapat kembali bekerja	: 19
Tabel 2.2	Sintesa Penelitian	: 54
Tabel 2.3	Definisi Operasional	: 68
Tabel 4.1	Hasil Analisis Uji Univariat Karakteristik Responden	: 77
Tabel 4.2	Hasil Analisis Uji Bivariat Variabel yang diteliti	: 78
Tabel 4.3	Variabel Penelitian <i>Modifying Factor</i> terhadap <i>Behavioral beliefs, Normative beliefs, dan Control beliefs</i>	: 80
Tabel 4.4	Bivariat Variabel Penelitian <i>Behavioral Beliefs, Normative Beliefs, dan Control Beliefs</i> terhadap <i>Intention</i>	: 81
Tabel 4.5	Bivariat Variabel Penelitian <i>Intention</i> Terhadap Perilaku (Praktik) Dokter Gigi di Kota Makassar	: 82
Tabel 4.6	Hasil Pengujian Hipotesis	: 82

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Hal
Gambar 2.1 Kontak Langsung Dokter Gigi ke pasien	: 22
Gambar 2.2 Mencuci Tangan	: 25
Gambar 2.3 Penggunaan Sarung Tangan	: 27
Gambar 2.4 Penggunaan Masker	: 28
Gambar 2.5 Kacamata Pelindung	: 29
Gambar 2.6 Penggunaan Jas Pelindung	: 29
Gambar 2.7 Sterilisasi Alat	: 31
Gambar 4.2 Temuan Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang pada Dokter Gigi	: 95

DAFTAR BAGAN

Bagan		Hal
Bagan 2.1	Segitiga Epidemiologi	: 11
Bagan 2.2	Kerangka Konsep Teori <i>Health Belief Model</i>	: 41
Bagan 2.3	Konseptual <i>Theory Planned Behavior</i>	: 46
Bagan 2.4	Kerangka Konsep Penelitian	: 64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	: 102
Lampiran 1 : Informed Consent dan Kuesioner	: 108
Lampiran 2 : Analisis Univariat	: 118
Lampiran 3 : Analisis Bivariat	: 121
Lampiran 4 : Analisis Multivariat	: 125
Lampiran 5 : Permohonan Izin Penelitian	: 126
Lampiran 6 : Rekomendasi Persetujuan Etik	: 127
Lampiran 7 : Izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu	: 128
Lampiran 8 : Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik	: 129
Lampiran 9 : Izin Penelitian dari PDGI Cabang Kota Makassar	: 130

DAFTAR SINGKATAN

ADA	: <i>American Dental Association</i>
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
CDC	: <i>Center of Disease Control and Prevention</i>
HAV	: <i>Hepatitis A Virus</i>
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HBV	: <i>Hepatitis B Virus</i>
HCV	: <i>Hepatitis C Virus</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSV	: <i>Herpes Simpleks Virus</i>
TB	: <i>Tuberculosis</i>
TBC	: <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>
TPB	: <i>Theory Planned Behavior</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan gigi dan mulut tidak dapat dipisahkan dari profesi Dokter Gigi. Dokter Gigi sebagai tenaga kesehatan berperan dalam pencegahan, penatalaksanaan dan perawatan gigi dan mulut bagi masyarakat yang hidup dengan berbagai penyakit. Seorang Dokter Gigi mempunyai risiko untuk terkena infeksi dan dapat pula menularkan infeksi dari pasien ke pasien lainnya atau lebih dikenal dengan nama infeksi silang (*cross infectfion*) (Edy S, et al 2012).

Infeksi silang dalam kedokteran gigi adalah perpindahan penyebab penyakit di antara pasien, dokter gigi, mahasiswa klinik, dan petugas kesehatan dalam lingkungan pelayanan kesehatan gigi. Perpindahan infeksi dari seseorang ke orang lain memerlukan persyaratan yaitu adanya sumber infeksi, perantara dan cara transmisinya. (Shah R, 2009)

Dalam menjalankan profesinya, dokter gigi tidak terlepas dari kemungkinan untuk berkontak secara langsung ataupun tidak langsung dengan mikroorganisme dalam saliva dan darah pasien. Kedokteran gigi merupakan salah satu bidang yang rawan untuk terjadinya kontaminasi silang antara pasien-dokter gigi, pasien-pasien dan pasien-perawat, adanya *medical history* pada rekam medis dapat mempermudah dokter gigi untuk mencurigai adanya

penyakit infeksi yang diderita pasien. Namun, tidak semua pasien dengan penyakit infeksi dapat langsung diidentifikasi oleh *medical history*, pemeriksaan fisik, atau tes laboratorium. Keterbatasan inilah yang mengantar para pelaku medis untuk menerapkan konsep pencegahan *universal*. Pencegahan universal mengacu pada metode kontrol infeksi pada semua darah manusia dan cairan tubuh (pada bidang kedokteran gigi: saliva) dan proteksi diri yang dilakukan dokter gigi. Pencegahan *universal* adalah prosedur kontrol infeksi dan proteksi dokter gigi yang diterapkan pada semua pasien. (Edy, 2012)

Penelitian yang telah dilakukan oleh Mulyono 2019, infeksi dapat disebabkan oleh kecelakaan seperti tertusuk alat-alat kedokteran gigi yang tajam (penggunaan alat *scaler* dan alat-alat ekstraksi, hingga cedera saat membuka ampul anastesi), tangan operator yang tidak steril, dapat melalui mulut dan saluran pernapasan bagian atas. Beberapa penyakit yang dapat ditularkan selama perawatan di antaranya HIV dan AIDS, hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV), *herpes simplex virus*, *Mycobacterium tuberculosis* (TBC), virus *influenza* H1N1, *staphylococci*, *streptococci*, serta berbagai macam virus, bakteri yang berkolonisasi serta menginfeksi rongga mulut, yang dapat ditularkan dari pasien ke dokter gigi dan dokter gigi ke pasien. (Wibowo, 2009).

Berdasarkan World Health Organization (WHO) darah merupakan media paling banyak dalam menularkan infeksi pada petugas kesehatan. Didapatkan kurang lebih tiga juta petugas kesehatan tiap tahunnya terpapar oleh virus yang berasal dari darah, dua juta petugas kesehatan terpapar virus hepatitis B, sembilan ratus ribu petugas kesehatan terpapar virus hepatitis C dan tiga ratus ribu petugas kesehatan terpapar oleh virus HIV. *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) melaporkan hasil penelitian dari 360 orang tenaga kesehatan kejadian terluka di tempat praktek yaitu 36% dokter gigi, 34% ahli bedah mulut, 22% perawat gigi dan 4% mahasiswa kedokteran gigi.

Data yang diperoleh dari Departemen Kesehatan RI, sebanyak 2 juta tenaga kerja terkena virus hepatitis B, sebanyak 6,9 juta tenaga kerja terkena hepatitis C, sebanyak 170.000 tenaga kerja terkena virus HIV/AIDS, dan sebanyak 8-12% tenaga kerja di rumah sakit sensitive terhadap bahan yang biasa digunakan pada sarung tangan yakni bahan *lateks*.

Penelitian yang dilakukan oleh *American Dental Association* (ADA) menunjukkan bahwa penularan penyakit hepatitis B terhadap tenaga kesehatan khususnya Dokter Gigi yang tidak diimunisasi mempunyai risiko lebih besar dari populasi umum di Amerika Serikat yaitu sebesar 76%. Sedangkan penularan HIV lewat

transfusi darah/produk darah yang tercemar risikonya sangat tinggi sampai 90% dan ditemukan sekitar 3-5% dari total kasus sedunia.

Di Indonesia di RSUD pendidikan, infeksi silang cukup tinggi yaitu 6-16% dengan rata-rata 9,8%. Terdapat risiko yang sangat tinggi bagi dokter gigi untuk terkena infeksi silang dalam melakukan tindakan ekstraksi gigi karena dapat berkontak langsung dengan darah, saliva dan alat-alat yang terkontaminasi (Saleh M, 2015).

Kontrol infeksi merupakan salah satu cara Dokter Gigi menghindari potensi bahaya seperti infeksi penyakit menular. Kontrol infeksi dapat diterapkan dengan berbagai cara, seperti anamnesa pasien yang tepat, pemakaian sarung tangan, masker penutup mulut maupun hidung, baju praktek, penutup kepala atau rambut, maupun kacamata pelindung saat kerja, serta bekerja lebih aseptis, memperhatikan sterilisasi alat, mencuci tangan (*scrubbing-up*) dengan benar, dan kebersihan lingkungan tempat kerja yang meliputi cara pembersihan alat dan lingkungan. Target WHO 2020 salah satunya adalah meningkatkan jumlah pelayanan kesehatan yang kompeten untuk mengenali dan mengurangi risiko dari transmisi penyakit menular di lingkungan pelayanan kesehatan gigi dan mulut (M. Marmot, 2018). Hal ini bertujuan agar rantai infeksi akan terputus dan tidak terjadi infeksi silang dari satu pasien ke pasien lainnya maupun ke Dokter Gigi langsung. Kesalahan sekecil

apapun pada prosedur proteksi diri dapat menyebabkan perpindahan penyakit dari penderita ke penderita baru.

Penelitian ini menggunakan dua teori dalam mengatasi kejadian infeksi silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar, yaitu teori *Health Belief Models* (HBM) dan yang dikombinasikan dengan teori perilaku yaitu *Theory Planned Behavior* (TPB). HBM merupakan salah satu ilmu perilaku tertua, dan sudah 50 tahun digunakan dalam resolusi masalah kesehatan, khususnya pencegahan penyakit. Model komperhensif ini menyoroti hubungan antara keyakinan serta perilaku dan berpendapat bahwa perilaku preventif terbentuk berdasarkan personal keyakinan tentang seseorang terhadap penyakit (Moshki, Zamani Alavijeh dan Mojadam, 2017). Hal ini sejalan dengan teori perilaku TPB bahwa perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya intens atau adanya niat dalam diri individu tersebut untuk melakukan perubahan dalam kesehatan (Armitage, 2005).

Modifying factor seperti usia, jenis kelamin, ras/suku, pengetahuan, penghasilan dalam teori HBM dapat mempengaruhi intensi yang ditambah dengan keyakinan yang diharapkan dapat merubah perilaku Dokter Gigi dalam bekerja agar terhindar dari kejadian infeksi silang. (Ajzen, 2005)

Berdasarkan latar belakang diatas, diperlukan upaya pencegahan infeksi silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar.

Maka penulis berkeinginan melakukan penelitian mengenai “**Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar**” berbasis teori *Health Belief Models* dan *Theory Planned Behavior*.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat diambil rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu :

1. Apakah terdapat pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) terhadap *behavioral beliefs*?
2. Apakah terdapat pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) terhadap *normative beliefs*?
3. Apakah terdapat pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) *control beliefs* (dalam diri)?
4. Apakah terdapat pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) *control beliefs* (lingkungan)?
5. Apakah terdapat pengaruh *behavioral belief* (sikap) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang?
6. Apakah terdapat pengaruh *normative beliefs* (dorongan) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang?
7. Apakah terdapat pengaruh *control belief* (dalam diri) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang?
8. Apakah terdapat pengaruh *control belief* (lingkungan) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang?

9. Apakah terdapat pengaruh *intention* terhadap perilaku (praktik) pencegahan infeksi silang?
10. Bagaimana model perilaku pencegahan infeksi silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) terhadap *behavioral belief*, *normative beliefs*, *control beliefs* (dalam diri) dan *control beliefs* (lingkungan).
- b. Menganalisis pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) terhadap *normative beliefs*.
- c. Menganalisis pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) terhadap *control beliefs* (dalam diri).
- d. Menganalisis pengaruh *modifying factor* (pengetahuan) terhadap *control beliefs* (lingkungan).
- e. Menganalisis pengaruh *behavioral belief* (sikap) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang
- f. Menganalisis pengaruh *normative beliefs* (dorongan) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang

- g. Menganalisis pengaruh faktor *control belief* (dalam diri) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang
- h. Menganalisis pengaruh faktor *control belief* (lingkungan) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang
- i. Menganalisis pengaruh *intention terhadap perilaku* (praktik) pencegahan infeksi silang
- j. Membuat temuan model perilaku pencegahan infeksi silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan bahan bacaan untuk memperkaya ilmu pengetahuan dan diharapkan mampu mengembangkan penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Bagi Instansi Pendidikan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi instansi pendidikan adalah sebagai tambahan referensi dan pengembangan penelitian tentang Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar

3. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan menjadi sumber bacaan dan informasi bagi masyarakat mengenai Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang oleh Dokter Gigi di Kota Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kejadian Penyakit

Dalam terjadinya suatu penyakit, kita mengenal adanya *segitiga epidemiologi* yang merupakan konsep dasar dalam terjadinya gangguan atau masalah kesehatan yang dikemukakan oleh (Gordon dan La Richt tahun 1950). Segitiga ini merupakan konsep dasar yang memberikan gambaran tentang hubungan antara-faktor-faktor yang dapat menyebabkan munculnya penyakit (Hikmah et al. 2018).

Segitiga Epidemiologi, yang terdiri dari Host (Penjamu), Agent (Faktor Penyebab) dan Environment (Lingkungan) adalah tiga unsur yang interaksinya harus seimbang, jika terjadi ketidakseimbangan, maka akan menyebabkan munculnya suatu penyakit atau gangguan Kesehatan (Hikmah et al. 2018 :69).

1. Host (Penjamu)

Host (Penjamu) adalah Manusia atau makhluk hidup yang menjadi tempat berlangsungnya proses alamiah perkembangan penyakit. Hal-hal yang terkait dengan manusia, seperti usia, jenis kelamin, ras, perilaku, keadaan kesehatan, riwayat penyakit, genetik, keadaan imunologis, keadaan fisiologis, pengetahuan, pengalaman adalah faktor-faktor yang terkait dengan host.

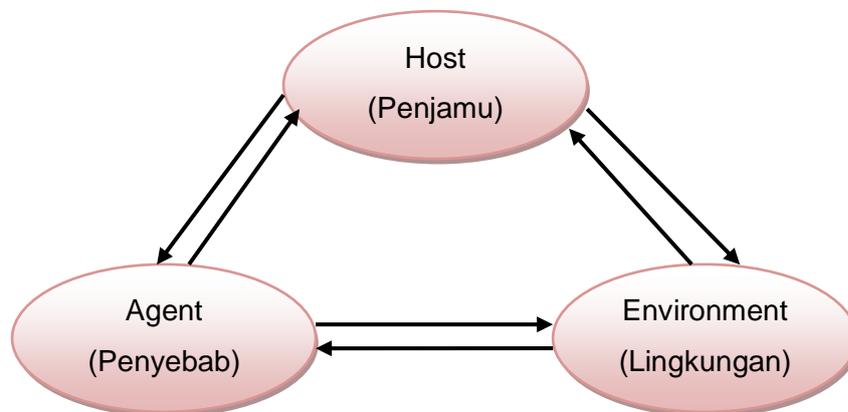
2. Agent (Penyebab)

Agent (Penyebab) adalah unsur-unsur, bahan-bahan atau zat-zat yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit. Yang termasuk dalam agent adalah faktor kimia (Bahan kimia, paparan, sediaan, Nilai Ambang, alergen, dan lain-lain), faktor biologis (Virus, bakteri, binatang, tumbuhan, dan lain-lain), faktor fisik (status gizi, radiasi, trauma mekanik, durasi kerja, lama kerja, dan lain-lain).

3. Environment (Lingkungan)

Environment (Lingkungan) adalah semua faktor luar yang ada disekitar individu atau manusia, yang mendukung terjadinya suatu gangguan kesehatan atau penyakit. Unsur dalam lingkungan adalah Lingkungan Fisik (geografi, geologi, iklim / cuaca, temperatur, kelembaban, dan lain-lain), Lingkungan biologi (kepadatan penduduk, flora, fauna) dan lingkungan sosial (lingkungan kerja, migrasi, urbanisasi, keadaan sosial masyarakat, keadaan lingkungan seperti banjir, perang, kekacauan, bencana alam, dan lain-lain) (Hikmah et al. 2018).

Penyakit dapat muncul, jika ketiga faktor tersebut, yaitu Host, Agent dan Environment berada dalam keadaan yang tidak seimbang.



Bagan 2.1 Segitiga Epidemiologi (Gordon & La Richt, 1950)

B. Tinjauan Umum Tentang Infeksi Silang

Penyakit infeksi masih merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia, termasuk Indonesia. Ditinjau dari asal atau didapatnya infeksi dapat berasal dari komunitas (Community Acquired Infection) atau berasal dari lingkungan pelayanan kesehatan atau klinik (Kemenkes RI., 2012).

1. Definisi Infeksi Silang

Infeksi silang dalam kedokteran gigi adalah perpindahan penyebab penyakit di antara pasien, dokter gigi, mahasiswa klinik, dan petugas kesehatan dalam lingkungan pelayanan kesehatan gigi. (Darmadi, 2008) Perpindahan infeksi dari seseorang ke orang lain memerlukan persyaratan yaitu adanya sumber infeksi, perantara dan cara transmisinya. (Broker, 2009) Penularan mikroorganisme terjadi dengan cara kontak langsung dengan lesi/saliva/darah yang terinfeksi, penularan tidak langsung melalui alat terkontaminasi, percikan atau tumpahan

darah, saliva, dan penularan melalui udara atau dengan terhirupnya *aerosol*. (Darmandi, 2008)

2. Penyakit Infeksi di Tempat Praktek Dokter Gigi

Berbagai penyakit yang dijumpai pada praktek Dokter Gigi. Terkadang pasien yang terinfeksi datang untuk melakukan perawatan gigi dan terkadang pula Dokter tertular oleh kondisi penyakit dari pasien. (Broker, 2009)

a. Hepatitis A

Virus hepatitis A (HAV) adalah penyakit keturunan dan merupakan virus RNA. Infeksi HAV menyebabkan penyakit kuning dan jarang menyebabkan kematian. Pada orang dewasa tingkat kematian adalah sekitar 1 dari 1000 orang dan pada orang lebih dari 50 tahun tingkat kematian sekitar 27 dari 1000. Masa inkubasi virus hepatitis A adalah sekitar 4 sampai 6 minggu. Setelah seseorang sembuh dari infeksi virus hepatitis A, orang tersebut akan terlindungi seumur hidup. Vaksin untuk virus Hepatitis A sekarang sudah tersedia. Jika seseorang belum terkena HAV, vaksinasi satu kali dapat memberikan kekebalan seumur hidup. (Kohli, 2011)

b. Hepatitis B

Infeksi Virus hepatitis B (HBV) disebabkan oleh virus DNA yang merupakan suatu Hepadnavirus. Secara klinis

kebanyakan pasien yang terinfeksi HBV tidak teridentifikasi. Virus ini diperkirakan menginfeksi sepertiga dari total populasi dunia dan sekitar 20% dari mereka terinfeksi kronis. Tidak hanya menyebabkan terinfeksi kronis, virus ini juga dapat menyebabkan sirosis hati dan karsinoma hepatoseluler. Sebagai tahap awal dalam mencegah infeksi HBV, *small hepatitis B surface antigen* (sHBsAg) digunakan sebagai komponen utama dari vaksin hepatitis B. (Jinata, 2012)

Ada sekitar 2-7% dari populasi di Asia Selatan, Timur Tengah, wilayah Mediterania, Eropa Timur, Rusia, Bagian Tengah dan Selatan wilayah Amerika terinfeksi dengan virus ini. Daerah Alaska dan Kanada (Tundra), Amerika Selatan, Afrika, Asia Tenggara termasuk Cina dianggap memiliki prevalensi yang tinggi (> 8% dari populasi). Sebagian besar Amerika Utara, Amerika Selatan, Australia, dan Eropa Barat dianggap memiliki prevalensi yang rendah (<2% dari populasi). Masa inkubasi berlangsung 45-160 hari oleh karena itu disebut juga infeksi hepatitis kronis. Transmisi dapat secara perkutan dan non-perkutan, tetapi ditularkan terutama melalui darah. Virus hepatitis ini sangat menular dan telah diakuisisi oleh dokter gigi *occupationally* di masa lalu. Menurut Hasil infeksi HBV - sekitar 90% dari yang

terinfeksi menjadi sehat kembali, sekitar 9-10% menjadi pembawa asimtomatik atau menderita hepatitis kronis persisten; sekitar 1% berkembang menjadi penyakit fulminan setelah terinfeksi dan menyebabkan kematian. Vaksin terhadap infeksi HBV telah tersedia. Tingkat infeksi di kalangan dokter gigi (termasuk dokter umum dan spesialis) berkisar dari 13,6% sampai 38,5%. Oleh karena itu penyakit ini tidak sedikit menyerang dokter gigi. Ada beberapa kasus dokter gigi yang terinfeksi HBV dari pasien . Menurut *Centers for Disease Control & Prevention* (CDC) dosis vaksin booster mungkin tidak dianggap perlu karena respon anamnestic dan kurangnya bukti dari orang yang sebelumnya diimunisasi menjadi terinfeksi kembali (tubuh akan menunjukkan respon imun protektif). (Harahap, 2008)

c. Hepatitis C

Hepatitis C mula-mula disebut sebagai Hepatitis non-A, non-B yang ditularkan secara *parenteral* (lewat jarum suntik). Hepatitis C merupakan penyebab dari 30% kasus hepatitis akut di Amerika Serikat. Penyakit ini ditularkan lewat aliran darah (*bloodborne*), penularannya juga dapat melalui kontak seksual. 23-42% kasus dihubungkan dengan penggunaan obat-obat narkota intravena, 8-10% berhubungan dengan transfuse darah, dan 48% ditularkan

lewat pekerjaan pada tenaga kesehatan. Penularan pada tenaga kesehatan biasanya melalui tertusuknya jarum suntik. Harus diwaspadai mengenai penyakit ini yaitu 50% penderitanya menjadi karier kronik. (Brataadmaja, 2003)

d. Hepatitis D

Virus hepatitis D adalah suatu virus seperti partikel yang selalu tergantung pada kehadiran infeksi virus Hepatitis B pada pasien (*piggy-back virus*). Penyakit ini mungkin terjadi sebagai koinfeksi dengan HBV atau setelah terinfeksi oleh HBV. Cara penularannya dapat melalui darah dan kontak cairan tubuh lainnya.

Infeksi virus hepatitis D adalah infeksi paling berbahaya yang terjadi pada pasien. Dokter gigi harus menghindari kontak dengan darah dan cairan tubuh lain dari pasien dengan menggunakan teknik perlindungan yang baik dan benar serta memiliki pembuangan limbah yang baik untuk menghindari infeksi silang antara pasien lainnya. (Kohli, 2011)

e. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

HIV adalah virus yang dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. HIV akan menyebabkan infeksi HIV yang dapat terus berkembang menjadi bentuk final yang disebut AIDS. AIDS dilaporkan sebagai penyakit klinis pada

tahun 1981, dan CDC kini memperkirakan kurang lebih 1,25 juta orang di AS terinfeksi HIV. Di dunia, HIV diperkirakan menginfeksi 20 juta manusia. Pada infeksi oleh HIV terjadi destruksi system kekebalan tubuh sehingga orang tersebut rentan terhadap infeksi oportunistik atau tumor. (Kamila, 2011) Perkembangan dari fase awal penyakit (infeksi HIV) hingga ke fase terminal penyakit (AIDS) dapat berlangsung mulai 2-12 tahun atau lebih. Dengan rata-rata kurang lebih 8 tahun.

Virus ini menular melalui :

- 1) Melakukan penetrasi seks yang tidak aman dengan seseorang yang terinfeksi. Kondom adalah satu-satunya cara dimana penularan HIV dapat dicegah
- 2) Melalui darah yang terinfeksi yang diterima selama transfusi darah dimana darah tersebut belum dideteksi virusnya atau penggunaan jarum suntik yang tidak steril
- 3) Bersama-sama menggunakan jarum untuk menyuntik obat bius dengan seseorang yang telah terinfeksi
- 4) Wanita hamil dapat juga menularkan virus ke bayi mereka selama masa kehamilan atau persalinan dan juma melalui menyusui.

f. AIDS

AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit yang ditandai dengan rusaknya sistem kekebalan tubuh sehingga mudah diserang berbagai macam infeksi. AIDS disebabkan oleh virus Human Immunodeficiency Virus (HIV). Penyakit AIDS tidak ditularkan melalui kontak biasa, namun ditularkan melalui hubungan seksual, kontak dengan darah yang tercemar HIV, dan melalui jarum suntik atau alat kedokteran lainnya yang tercemar HIV. Sebaliknya, AIDS tidak dapat ditularkan melalui gigitan serangga, minuman, kontak biasa dalam keluarga, sekolah, kolam renang, WC umum, atau tempat kerja dengan penderita AIDS.

g. Tuberculosis (TB)

TB adalah penyakit paru-paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Risiko tim kesehatan gigi untuk terkena penyakit ini rendah, karena untuk terjadi infeksi diperlukan paparan yang cukup lama dengan kuman. Namun, penyebaran mikroorganisme melalui droplet pernapasan harus diwaspadai oleh tim kesehatan gigi.

Hal yang cukup merisaukan mengenai penyakit ini adalah kenyataan bahwa *Mycobacterium tuberculosis*, akhir-akhir ini banyak yang resisten pada obat-obatan yang biasa dipakai. Mukoasa, mata dan mulut dari tim dental atau terhirup melalui pernapasan, risiko ini sering terabaikan

karena sebagian percikan dari rongga mulut pasien tidak mudah dilihat. Percikan tersebut akan mengering berupa lapisan bening pada kulit, pakaian, dan permukaan lainnya.

Setiap tahun sekitar 8 juta orang terjangkit TB dan 3 juta diantaranya meninggal. TB banyak menyerang system pernafasan, gejala penyakit TBC aktif adalah batuk lebih dari 3 minggu (batuk produktif), dahak dengan darah, kelelahan, malaise, demam, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, dan berkeringat di malam hari. Jika didiagnosis dengan infeksi aktif pasien harus dirawat sampai sembuh dan kemudian dapat dilakukan perawatan gigi. Di Amerika Serikat, dokter gigi dapat menunda perawatan gigi sampai pasien tersebut telah dikatakan sembuh, dan pengobatan gigi darurat dapat diberikan tetapi harus dilengkapi dengan perlengkapan khusus dengan kontrol kontaminasi silang dalam pekerjaan. Fasilitas tersebut meliputi ruang pengobatan yang negatif terkontaminasi virus. Pendingin udara dan sistem ventilasi juga harus dilengkapi dengan filter HEPA dan personil harus menggunakan masker yang memiliki filter HEPA selama kontak dengan pasien yang terinfeksi. Dokter gigi dan staf harus menjalani tes untuk penyakit secara periodik, terutama jika tinggal di daerah endemis dengan prevalensi yang tinggi. Banyak lembaga-

lembaga kesehatan di Amerika Serikat telah membuat pengujian TB tahunan dan memiliki rencana pengendalian TB yang efektif. Di daerah endemik, pengujian dapat dilakukan setiap enam bulan. Rencana kontrol yang sama dapat diadopsi oleh klinik individu untuk kepentingan personil dan pasien. (Kamila, 2010)

Dalam praktek dokter gigi, dokter gigi dan perawat gigi dapat terinfeksi oleh berbagai penyakit. Berikut adalah penyakit dan durasi pekerja kesehatan yang terpapar infeksi dapat kembali bekerja.

Tabel 2.1 Durasi pekerja kesehatan yang terpapar infeksi dapat kembali bekerja

Kondisi	Durasi
Conjunctivitis	Setelah lakrimasi hilang
Staph. Aureus (active)	Setelah lesi sembuh
Strep. Group A	Sampai 24 jam, setelah pengobatan antimikroba mulai efektif
Viral Respiratory Infection	Setelah resolusi gejala akut
Active Tuberculosis	Setelah pengobatan dengan antimikroba dan setelah dianggap tidak menular
Positive Skin Test for TB	Setelah evaluasi untuk status menular, x-ray dada, dan pengobatan jika diperlukan sampai dianggap tidak menular
Influenza	Setelah gejala selesai
Herpetic Whitlow	Setelah lesi sembuh
Orofacial Herpes	Sampai lesi sembuh, perlu secara teratur minum obat anti-herpes

Kondisi	Durasi
Chicken Pox (Varicella)	Setelah lesi kering dan lapisan luar lesi keluar
Shingles (Herpes Zoster)	Setelah lesi kering dan lapisan luar lesi keluar
Hepatitis B (HBe)	Sampai antigen e hepatitis B negatif

antigen +ve)	
Hepatitis Seropositive	C Perlu menggunakan UP/SP, Teknik aseptik yang tepat untuk melindungi pasien, Anti-virus Obat, Pengawasan
HIV/AIDS	After anti-retroviral therapy started, UP/SP and expert panel /Infectious Diseases MD to monitor clinician
Measles	Sampai 7 hari setelah rash muncul
Mumps	Sampai 9 hari setelah timbulnya parotitis
Rubella	Sampai 5 hari setelah rash muncul
Pertussis	Setelah 5 hari dari awal terapi antimikroba yang efektif
Diarrhea	Sampai gejala selesai
Amoebiasis	Setelah memulai terapi antimikroba yang efektif dan sampai gejala selesai
Enteroviral Infections	Sampai gejala selesai
Hepatitis A	Sampai 7 hari setelah penyakit kuning

Sumber: Kohli A., Puttaiah R. Infections Control And Occupational Safety recommendations For Oral Health Professional. Dental Council of India. [internet] Available from URL: <http://www.osap.org> diakses 20 Desember 2011

h. Sifilis

Bakteri lainnya yang berpotensi menyebar ketenaga kesehatan gigi adalah *Treponema pallidum* dan *Neisseria gonorrhoeae*, *T. pallidum* adalah bakteri berbentuk spiral penyebab penyakit sifilis. Sekitar kurang lebih 10% kasus sifilis pertama kali timbul dirongga mulut dalam bentuk lesi yang disebut *chancre* primer, yaitu suatu ulkus terbuka yang tidak sakit pada lidah atau bibir. Lesi ini mengandung bakteri-bakteri hidup dan dapat menyebar lewat kontak langsung.

i. Infeksi Herpes

Virus herpes simpleks (HSV) dapat menyebabkan infeksi di mulut, kulit, mata, dan genital dan pada pasien

yang mengalami penurunan daya tahan tubuh (imunocompromised) dapat menyebabkan infeksi yang menyebar (sistemik).

HSV juga terdapat di saliva penderita yang memiliki lesi di mulut atau bibir. Pada penderita yang terinfeksi tapi tanpa lesi, sejumlah kecil virus juga terkandung di salivanya. Pada keadaan ini, percikan ludah atau saliva teraerosol akan menyebabkan virus mencapai mukosa mata operator yang tidak terlindung kacamata. Masuknya virus pada kulit yang tidak utuh pada tangan yang tidak memakai sarung tangan akan menyebabkan tumbuhnya lesi vesikel di daerah tersebut yang disebut Herpetic whitlow. Penyakit ini bersifat unilateral dan segmental, dan biasanya didahului oleh rasa nyeri yang hebat. Bila mengenai segmen fasial akan timbul rasa nyeri pada wajah dan gigi-geligi sehingga sering diduga pulpitis.

3. Penyebaran Mikroorganisme

Mikroorganisme dapat dilepaskan dari mulut secara alami selama proses perawatan gigi seperti pada waktu batuk, bersin, dan berbicara. Selain penyebaran secara langsung, mikroorganisme mulut pun dapat disebarkan melalui media yang telah terkontaminasi seperti tangan operator, alat-alat gigi,

henpis alat rontgen, jarum, dan lain sebagainya. (Arissandy, 2013)

a. Kontak langsung

Menyentuh langsung jaringan lunak atau lesi infeksi, darah atau saliva pasien yang terinfeksi dimana mikroorganisme langsung masuk atau berpenetrasi ke dalam tubuh melalui luka kecil pada kulit atau sekitar jari-jari tangan operator. (Meganada, 2002)



Gambar 2.1 Kontak langsung Dokter Gigi ke pasien

b. Kontak tidak langsung

Mikroorganisme masuk ke dalam tubuh melalui media atau objek perantara yang terkontaminasi membawa berbagai macam mikroorganisme pathogen yang berasal dari darah dan saliva pasien, contohnya peralatan gigi yang tidak disterilkan. (Meganada, 2002)

c. Percikan

Percikan darah, saliva atau sekresi nasofaringeal dalam bentuk *spatter dan aerosol* yang dihasilkan pada waktu menggunakan henpis, skeler ultrasonik, dan semprotan air. Percikan tersebut dapat mengenai luka yang terdapat pada kulit atau mukosa, mata, dan mulut dari tim dental atau terhirup melalui pernapasan. Risiko ini sering terabaikan karena sebagian percikan dari rongga mulut pasien tidak mudah dilihat. Percikan tersebut akan mengering berupa lapisan bening pada kulit dan permukaan lainnya. (Meganada, 2002)

4. Metode Pengendalian Infeksi Silang

Metode pengendalian infeksi silang yang paling tepat adalah dengan penggunaan alat pelindung diri atau disebut The use of personal protective equipment (PPE) yaitu, seperti pakaian pelindung, kacamata, masker dan sarung tangan sekali pakai, yang memberikan dapat perlindungan terhadap benda asing, percikan dan aerosol yang mungkin timbul selama operasi kedokteran gigi dan jangan lupa untuk pembersihan instrument.

Pada tahun 2003, Center for Disease Control and Prevention (CDC) dan Hospital Infection Control Practise Advisory Committee (HICPAC) memperkenalkan standar tindakan pencegahan. Pada tahun 2003, CDC menerbitkan garis

pedoman tentang pelatihan perlindungan diri tenaga kedokteran gigi, pencegahan transmisi patogen bloodborne (termasuk penatalaksanaan bila terpapar), kebersihan tangan, dermatitis kontak dan hipersensitif lateks, sterilisasi dan disinfeksi alat, kontrol infeksi lingkungan, jalur air dental unit, biofilm, kualitas air, radiologi, teknik aseptis, perangkat sekali pakai, prosedur bedah mulut, penanganan spesimen biopsi, kontrol infeksi lab dental, tuberkulosis dan program evaluasi. (Setiawan, 2000)

Standard precaution terdiri dari dua yaitu standar tindakan pencegahan dan transmission based precautions. yaitu standar tindakan pencegahan yang diaplikasikan terhadap semua pasien dirancang untuk mereduksi resiko transmisi mikroorganisme dari sumber infeksi yang diketahui dan tidak diketahui (darah, cairan tubuh, ekskresi dan sekresi). Pencegahan ini diterapkan terhadap semua pasien tanpa mempedulikan diagnosis atau status infeksi yang pasti. Adapun beberapa pengendalian infeksi silang yang harus dilakukan, yaitu :

a. Imunisasi

Pekerja pada bidang kedokteran gigi memiliki risiko pemaparan dan terinfeksi oleh organisme penginfeksi. Imunisasi bertujuan untuk mengurangi jumlah pekerja terinfeksi penyakit infeksi dan mengurangi terjadinya

transmisi penyakit terhadap pekerja lain dan pasien. Imunisasi merupakan bagian penting dari program pencegahan dan proteksi diri pekerja kesehatan, dan peraturan imunisasi menyeluruh harus diberlakukan pada semua fasilitas yang menyediakan perawatan dental.

b. Mencuci Tangan

Kebersihan tangan merupakan salah satu hal yang paling penting dalam kontrol infeksi silang karena tangan adalah salah satu tempat dari penularan patogen. Mencuci tangan secara benar sebelum dan sesudah perawatan pada setiap pergantian pasien dengan menggunakan sabun pencuci tangan yang mengandung antimikroba sebelum memakai sarung tangan. Untuk cuci tangan bedah biasanya diperlukan paling tidak penggosokan 5-7 menit menggunakan sikat disposibel. Sedangkan untuk prosedur non bedah penggunaan sabun biasa sudah cukup. Tangan juga harus dicuci ketika keluar dari ruang bedah atau perawatan untuk suatu keperluan, dan ketika masuk kembali. (Depkes, 2005)



Gambar 2.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan

c. Menggunakan sarung tangan

Sarung tangan harus selalu dipakai pada saat melakukan tindakan yang kontak dengan saliva, darah, secret, kulit yang tidak utuh, dan benda yang terkontaminasi. Mikroorganisme patogen yang ada dalam darah, saliva, dan plak gigi dapat mengontaminasi tangan personel tim kesehatan gigi. Mikroorganisme ini dapat menginfeksi operator melalui luka kulit. Kuku jari tangan adalah daerah yang umum tempat menempelnya darah yang berasal dari pasien dan ada bukti kuat yang menunjukkan bahwa darah ini tidak mudah dibersihkan dengan cuci tangan yang biasa. Beberapa hal berikut yang harus diperhatikan dalam penggunaan sarung tangan sebagai berikut :

- 1) Cuci tangan harus selalu dilakukan pada saat sebelum memakai dan sesudah melepas sarung tangan

- 2) Pada waktu pemeriksaan pasien, gunakan sarung tangan yang berbeda untuk setiap pasien, segera lepas sarung tangan apabila telah selesai dengan satu pasien dan diganti dengan sarung tangan lain apabila akan menangani pasien.
- 3) Tidak dianjurkan memakai sarung tangan rangkap bila tidak benar-benar diperlukan karena tidak meningkatkan perlindungan bahkan akan meningkatkan risiko kecelakaan karena menurunkan kepekaan raba.



Gambar 2.3 Penggunaan sarung tangan saat melakukan tindakan
d. Masker

Masker digunakan untuk melindungi dokter gigi dan tenaga medis dari percikan yang berasal dari hennis berkecepatan tinggi yang digunakan bila sebuah gigi dipreparasi atau penggunaan skeler ultrasonik. Pada pemakaian peralatan tersebut di atas, selalu disertai

semprotan air. Air yang tersemprot keluar dari alat bor tadi akan segera tercampur dengan saliva dan darah pasien, karena putaran alat tersebut sangat cepat maka akan terbentuk aerosol yang patogen.

Masker yang menutupi mulut dan hidung dapat mengurangi terhirupnya partikel aerosol. Juga melindungi terkontaminasinya membran mukosa dari hidung dan mulut. Dianjurkan masker diganti pada setiap pasien atau sekurang-kurangnya sekali setiap jam dan lebih sering lagi pada keadaan kontaminasi aerosol yang hebat.



Gambar 2.4 Penggunaan masker saat ingin melakukan tindakan

e. Kacamata Pelindung

Selama prosedur perawatan gigi, saliva dan partikel kotoran yang besar berasal dari mulut pasien akan menyemprot ke arah wajah personel gigi. Partikel-partikel ini mengandung sejumlah besar konsentrasi bakteri dan secara fisik membahayakan mata. Sebagai contoh, virus hepatitis B dapat masuk ke dalam tubuh melalui mata.

Kacamata juga melindungi mata dari partikel-partikel seperti pecahan gigi yang berukuran besar maupun kecil hasil dari preparasi. Selain itu juga melindungi dari cahaya ultraviolet, percikan cairan kimia yang digunakan pada waktu membersihkan alat dan permukaan.



Gambar 2.5 Penggunaan kacamata pelindung saat ingin melakukan tindakan

f. Pakaian Pelindung

Aerosol gigi dan percikan dapat mengkontaminasi pakaian yang digunakan dokter gigi dan stafnya. Untuk mencegah penyebaran infeksi ke anggota keluarganya, pakaian kerja harus dibuka diruang praktek dan dicuci terpisah dari pakaian biasa. Pakaian pelindung juga harus dilepas ketika meninggalkan klinik dan jangan digunakan di ruang makan atau kantor. Pakaian pelindung harus melapisi atau melindungi pakaian di dalamnya.



Gambar 2.6 Penggunaan jas pelindung saat ingin melakukan tindakan

g. Sterilisasi

Sterilisasi adalah Sterilisasi adalah proses yang menghancurkan semua bentuk kehidupan. Suatu benda steril dipandang dari sudut mikrobiologi, artinya bebas dari semua bentuk kehidupan. Suatu benda atau substansi hanya dapat steril atau hampir steril, tidak akan pernah mungkin setengah steril atau hamper steril. (Mulyanti S, 2011)

Terdapat 3 macam proses sterilisasi yang digunakan di kedokteran gigi yaitu :

- 1) Sterilisasi panas, contohnya autoklaf, pemanasan kering, *chemiclave*
- 2) Sterilisasi gas, contohnya gas oksida etilen
- 3) Sterilisasi dengan cairan kimia, contohnya larutan glutaraldehid 2%.

Selain dari beberapa pencegahan diatas, hal lain yang tak kalah pentingnya adalah komunikasi yang baik antara Dokter Gigi dan pasien. Hubungan dokter dan pasien yang baik dapat dicapai dengan komunikasi yang efektif. Komunikasi mempunyai peranan besar dalam keberhasilan dalam praktek Dokter Gigi. Salah satu cara Dokter Gigi untuk lebih mengefektifkan komunikasi adalah dengan cara memahami sepenuhnya cara yang digunakan berkomunikasi. Hal tersebut dapat membantu Dokter Gigi dalam melakukan anamnesis dan memeriksa keluhan pasien.



Gambar 2.7 Sterilisasi alat

5. Perlindungan Tenaga Kesehatan Gigi

Vaksinasi melawan virus hepatitis B (HBV) sangat direkomendasikan bagi semua tenaga kedokteran gigi termasuk dokter gigi, perawat gigi, asisten, ahli kesehatan gigi, mahasiswa. Perlindungan juga dilakukan untuk melawan

penyakit seperti Tuberculosis, Varicella, Poliomyelitis, Measles, Mumps, difteri dan tetanus. Perempuan dalam usia subur yang tidak hamil dan belum diimunisasi juga diimunisasi melawan Rubella. Vaksinasi Rubella dilarang diberikan saat menjelang kehamilan.

Ventilasi yang baik diperlukan dalam menata ruangan tak hanya untuk mengatur suhu ruangan yang nyaman dan menghilangkan bau atau uap kimia. Kipas angin tidak boleh digunakan dalam ruangan. Penggunaan filtrasi udara digunakan bagi ruangan yang tidak memiliki sistem ventilasi. Selain itu, udara yang telah disaring disirkulasikan ke area lain atau disirkulasikan kembali pada ruangan tanpa sistem ventilasi. Rubber dam sebaiknya dipakai untuk mencegah percikan darah atau saliva dan aerosol jika memungkinkan karena memiliki keuntungan. Tipe rubber dam yang dipakai adalah tipe non lateks.

Penutupan kembali jarum suntik harus dengan teknik penutupan dengan satu tangan (teknik Bayonet), jangan memegang instrumen tajam pada ujung yang tajam. Jarum tidak boleh dibengkokkan, dipotong, ditutup dipindahkan dari jarum suntik satu kali pakai atau dimanipulasi dengan tangan sebelum dibuang.

C. Tinjauan Umum Tentang Dokter Gigi

Dokter Gigi merupakan suatu profesi yang memberikan pelayanan kesehatan khusus pada bagian gigi dan mulut. Profesi ini memiliki peran penting dalam menciptakan masyarakat yang sehat karena penyakit di area dan mulut merupakan tempat masuknya makanan sehingga perlu dijaga kesehatannya. (Lugito, 2013)

Seorang Dokter Gigi memiliki berbagai tugas dalam pekerjaan profesionalnya. Tugas tersebut meliputi pelaksanaan layanan kesehatan gigi preventif, melakukan penjadwalan penanganan pasien, serta perawatan gigi lainnya seperti pembersihan karang gigi, restorasi gigi, hingga pencabutan gigi yang bermasalah.

Dalam menjalankan profesinya, dokter gigi tidak terlepas dari kemungkinan untuk berkontak secara langsung ataupun tidak langsung dengan mikroorganisme dalam saliva dan darah penderita. Penyebaran infeksi dapat terjadi secara inhalasi yaitu melalui proses pernafasan atau secara inokulasi atau melalui transmisi mikroorganisme dari serum dan berbagai substansi lain yang telah terinfeksi. Bukti menunjukkan bahwa tingkat resiko dokter gigi berkaitan langsung dengan kontakannya terhadap darah dan saliva penderita. Hal ini disebabkan tindakan dalam praktek dokter gigi menempatkan dokter gigi beresiko tinggi terutama

terhadap penyakit menular berbahaya yang disebabkan oleh bakteri dan virus.

D. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

1. Definisi Perilaku

Perilaku merupakan apa yang dikerjakan oleh organisasi, baik yang dapat diamati langsung maupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2010). Perilaku manusia bersal adari dorongan yang ada pada diri manusia itu sendiri, sedangkan dorongan adalah usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia. Dalam kehidupan sehari-hari manusia selalu berperilaku dalam segala aktivitas. Perilaku manusia tidak terjadi secara sporadis (timbul dan hilang saat tertentu), tetapi ada kelangsungan kontinuitas antara satu perbuatan dengan perbuatan berikutnya.

2. Domain Perilaku

Notoatmodjo (2010) menjelaskan dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Perilaku terdiri dari tiga domain yang meliputi domain perilaku pengetahuan (*knowing behavior*), domain perilaku sikap (*feeling behavior*), dab domain perilaku keterampilan (*doing behavior*).

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tentang penginderaan penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagai pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

- 1) Tahu (*know*), diartikan hanya sebagai *recall* (mengingat) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu
- 2) Memahami (*comprehension*), memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
- 3) Aplikasi (*application*), diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
- 4) Analisis (*analysis*), yaitu kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat

dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

- 5) Sintesis (*synthesis*), menunjuk pada kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki
- 6) Evaluasi (*evaluation*), berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

b. Sikap (*attitude*)

Notoadmodjo (2010) menyatakan sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Chambel (1950) dalam Notoatmodjo (2010) mendefinisikan sikap dengan sangat sederhana yaitu

“an individual’s attitude is syndrome of response consistency with regard to object”.

c. Tindakan (*practice*)

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam bentuk tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu tindakan diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, seperti fasilitas atau sarana dan prasarana. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2010), praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya yakni:

1) Praktik terpimpin (*guided response*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau panduan

2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis

3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan maupun perilaku yang berkualitas.

3. Strategi Perubahan Perilaku

Beberapa strategi agar diperoleh perubahan perilaku, menurut WHO dalam Notoadmodjo (2010) dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

a. Menggunakan kekuatan (*enforcement*)

Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran sehingga sasaran atau masyarakat mau melakukan perubahan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh menggunakan cara-cara kekuatan baik fisik maupun psikis, misalnya dengan cara mengintimidasi atau ancaman-ancaman agar masyarakat mematuhi. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan ini belum tentu akan berlangsung lama karena

perubahan perilaku yang terjadi belum didasari oleh kesadaran sendiri.

b. Menggunakan kekuatan peraturan atau hukum (*regulation*)

Perubahan perilaku masyarakat melalui peraturan, perundang-undangan atau peraturan-peraturan tertulis ini sering juga disebut "*law enforcement*" atau "*regulation*". Artinya masyarakat diharapkan berperilaku, diatur melalui peraturan atau undang-undang secara tertulis.

c. Pendidikan (*education*)

Dengan memberikan informasi tentang cara-cara mencapai sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Perubahan ini memerlukan waktu yang sangat lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri. Perubahan perilaku dengan pendidikan akan menghasilkan perubahan yang efektif bila dilakukan melalui metode "diskusi partisipasi" yaitu dalam memberikan informasi tidak bersifat searah saja tetapi dua arah. Hal ini berarti masyarakat aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi

tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian pengetahuan yang diperoleh lebih mendalam dan mantap. Ini membutuhkan waktu yang lebih lama dan hasilnya pun jauh lebih baik.

E. Tinjauan Umum Tentang Teori *Health Belief Model* (HBM)

Teori *Health Belief Model* (HBM) adalah teori yang dikemukakan oleh (Janz and Becker, 1984), merupakan pengembangan dari teori lapangan (Rosenstock, Strecher and Becker, 1988). Teori ini muncul didasarkan adanya masalah kesehatan yang ditandai oleh kegagalan masyarakat menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh layanan kesehatan. *Health Belief Model* memiliki kerangka konseptual yang mudah dipahami, variable yang terbatas dan focus pada motivasi seseorang terhadap keinginan untuk sehat. Konstruksi HBM terdiri dari persepsi rentan terhadap penyakit, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan dan *self efficacy*.

Teori *Health Belief Model* menyatakan bahwa perilaku individu untuk melawan atau mengobati penyakitnya serta perilaku sehat lainnya dipengaruhi oleh empat variable kunci (Edberg, 2013) yaitu:

1. Persepsi terhadap kerentanan (*Perceived susceptibility*)

Individu akan berperilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit apabila ia merasa rentan (*susceptible*) terhadap masalah penyakit tersebut

2. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Seriousness*)

Individu akan berperilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit apabila ia merasa bahwa penyakitnya tersebut parah sehingga apabila ia terkena penyakit tersebut, maka konsekuensinya yang diterima juga berat

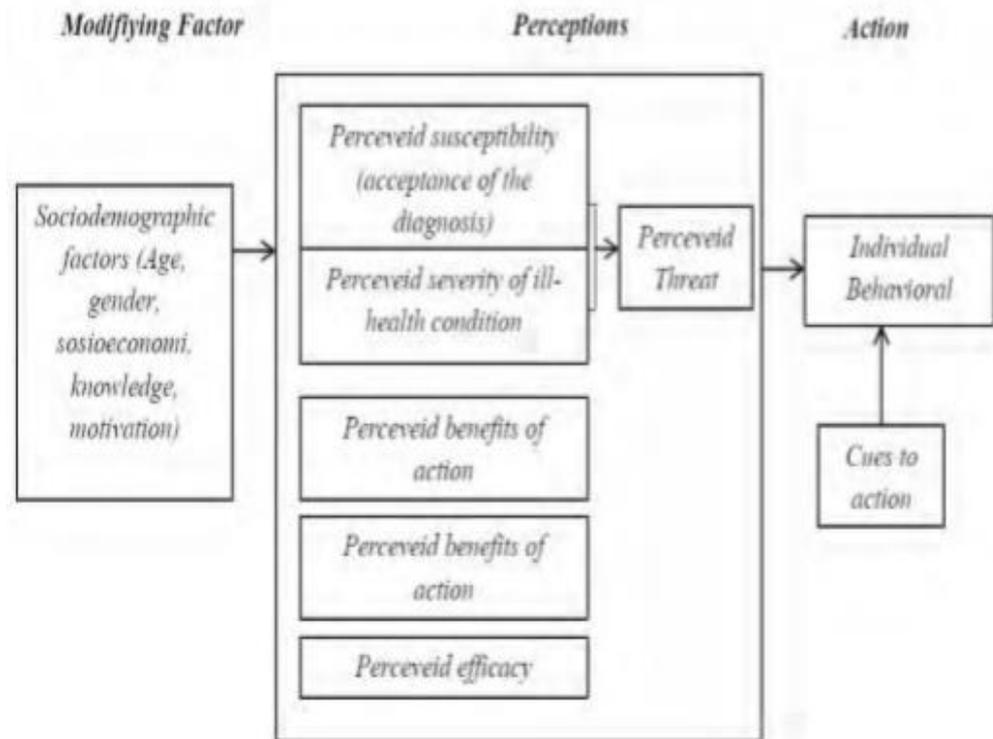
3. Manfaat dan hambatan yang dirasakan (*Perceived benefits and barriers*)

Apabila individu merasa rentan dengan penyakit yang dianggap gawat, maka ia akan melakukan suatu tindakan tindakan ini tergantung dari pemikiran adanya manfaat (*benefits*) yang dirasakan dan juga hambatan (*barriers*) yang mungkin akan dijumpai selama melakukan tindakan

4. Dorongan melakukan tindakan (*Cues to action*)

Individu akan melakukan tindakan berdasar variabel-variabel yang telah dijelaskan sebelumnya dipengaruhi oleh dorongan eksternal yang dapat diperoleh dari pesan-pesan di media massa, nasihat atau anjuran dari teman dan juga keluarga yang pernah menderita sakit sebelumnya.

Dibawah ini merupakan kerangka konsep teori *Health Belief Model*



Bagan 2.2 Kerangka Konsep Teori Health Belief Models

Kerangka model diatas menjelaskan dan memprediksi kemungkinan terjadinya perubahan yang dihubungkan dengan pola keyakinan (*belief*) atau perasaan (*perceiveid*) tertentu. Model tersebut menjelaskan bahwa persepsi individu dipengaruhi oleh beberapa faktor pemodifikasi yaitu faktor sosiomegrafi yang terdiri dari umur, jenis kelamin, dukungan, pengetahuan, pekerjaan, dan tingkat pendidikan; faktor social psikologis terdiri dari *peer group*, kepribadian, dan pengalaman sebelumnya; serta faktor structural yang terdiri dari kelas sosial dan akses menuju layanan kesehatan. Persepsi dibedakan menjadi dua persepsi secara umum yaitu perasaan terancam dan adanya harapan.

Perasaan terancam dirasakan oleh individu apabila dirinya merasa rentan dan merasa adanya keparahan tentang kondisi kesehatannya. Persepsi kerentanan merupakan perasaan individu dimana mereka berisiko untuk terkena suatu penyakit yang spesifik (Rosenstock, Strecher and Becker, 1988).

Persepsi keseriusan individu dapat dilihat dari derajat keparahan baik secara klinis maupun emosional akibat perkembangan suatu penyakit. Dampak yang ditimbulkan berupa ketidaknyamanan, kecacatan, atau bahkan kematian. Dampak lain yang mungkin ditimbulkan mencakup dampak social, lingkungan, pekerjaan, dan teman sebaya. Persepsi manfaat merupakan perasaan dimana individu akan mendapat keuntungan dari tindakan yang akan timbul untuk mencegah ancaman dari suatu penyakit. Efek kemanfaatan dipengaruhi oleh pertimbangan terhadap tingkat ancaman yang dirasakan, apabila ancaman yang dirasakan tinggi namun tidak ada manfaat yang dirasakan maka kemungkinan tidak akan ada tindakan yang diambil. Tingginya tingkat ancaman dan manfaat yang dirasakan menyebabkan seseorang bertindak. Persepsi hambatan dapat dianggap suatu kemauan individu untuk mengambil suatu tindakan. Persepsi

hambatan mungkin dapat disebabkan oleh adanya biaya, risiko cedera, kesulitan, dan waktu (Janz and Becker, 1984).

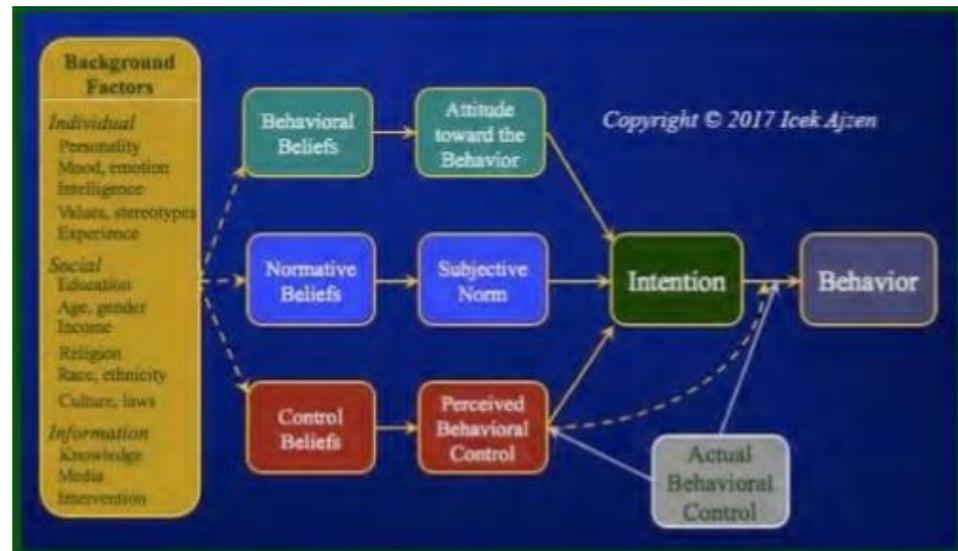
F. Tinjauan Umum Tentang *Theory Planned Behavior*

Theory of Planned Behavior atau teori perilaku terencana merupakan penyempurnaan dari *reason action theory* yang dikemukakan oleh Fishbein dan Ajzen sebelumnya pada tahun 1975. Teori perilaku terencana ini hampir sama dengan teori *reason action* yaitu berfokus pada intense individu yang dapat menghasilkan suatu perilaku tertentu. Teori perilaku terencana menambahkan satu faktor lagi yang tidak ada pada teori *reason action* yaitu *perceived behavioral control* (PBC) (Ajzen,2005).

Teori *reason action* memiliki dua komponen utama penentu intensi yaitu sikap individu dan norma subjektif. Sikap merupakan evaluasi positif atau negatif individu terhadap perilaku tertentu individu. Norma subjektif merupakan persepsi individu terhadap tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu. Pada penyempurnaan teori perilaku terencana, Ajzen menambahkan *perceived behavioral control* yaitu persepsi individu terhadap kontrol yang dimilikinya dalam melakukan perilaku tertentu. Menurut Ajzen (2005) ketiga faktor yaitu sikap, norma subjektif dan persepsi kontrol dapat memprediksi suatu intense individu dalam melakukan perilaku tertentu.

Theory of Planned Behavior (TPB) menyampaikan bahwa perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya *intention* atau niat untuk berperilaku. Sementara itu munculnya niat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu:

1. *Behavioral Belief*, yaitu keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku (*belief streng*) dan evaluasi atas hasil tersebut (*outcome evaluation*)
2. *Normative beliefs*, yaitu keyakinan tentang harapan normative orang lain (*normative belief*) dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*motivation to comply*)
3. *Control beliefs*, yaitu keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan (*control beliefs*) dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut (*perceived power*). Hambatan yang mungkin timbul pada saat perilaku ditampilkan dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun dari lingkungan.



Bagan 2.3 Konseptual *Theory Planned Behavior*

Bagan dari *Theory of Planned Behavior* menyebutkan bahwa dalam teori ini terdapat *background factors* yang meliputi faktor personal, Sosial dan informasi. *Background factors* dapat mempengaruhi dari komponen *beliefs*. Komponen *beliefs* meliputi *behavioral belief* yang dapat menentukan sikap (*attitude toward the behavioral*), *normative belief* yang dapat menentukan norma subjektif, dan *control belief* yang dapat mempengaruhi persepsi kontrol perilaku. Ketiga komponen *beliefs* dapat mempengaruhi intense dari individu untuk melakukan suatu perilaku. Jika intensi untuk melakukan suatu perilaku semakin besar maka intensi dapat menimbulkan suatu perilaku.

Teori TPB mempunyai dua fitur yaitu: Teori ini mengansumsi bahwa control persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) mempunyai implikasi motivasional terhadap *intention*. Orang-

orang yang percaya bahwa mereka tidak mempunyai sumber-sumber daya yang ada atau tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu mungkin tidak akan membentuk *intention* berperilaku yang kuat untuk melakukannya walaupun mereka mempunyai sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan perilaku tersebut. Dengan demikian diharapkan terjadi hubungan antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan *intention* yang tidak dimediasi oleh sikap dan norma subjektif. Dimodel ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan control perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) ke *intention*.

Fitur kedua adalah kemungkinan hubungan langsung antara control persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan perilaku. Dari berbagai contoh, kinerja dari suatu perilaku tergantung tidak hanya pada motivasi untuk melakukannya tetapi juga kontrol yang cukup terhadap perilaku yang dilakukan. Dengan demikian, kontrol perilaku persepsian (*perceived behavioral control*) dapat mempengaruhi perilaku secara tidak langsung lewat *intention*, dan juga dapat memprediksi perilaku secara langsung. Dimodel hubungan langsung ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) langsung ke perilaku (*behavior*).

Kontrol perilaku yang dirasakan dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan seseorang mengenai sulit atau tidaknya untuk melakukan perilaku tertentu (Azwar, 2007). TPB menganggap bahwa teori sebelumnya mengenai perilaku yang tidak dapat dikendalikan sebelumnya oleh individu melainkan juga dipengaruhi oleh faktor mengenai faktor non motivasional yang dianggap sebagai kesempatan atau sumber daya yang dibutuhkan agar perilaku dapat dilakukan. Sehingga dalam teorinya, Ajzen menambahkan satu determinan lagi yaitu kontrol persepsi perilaku mengenai mudah atau sulitnya perilaku yang dilakukan. Oleh karena itu menurut TPB, intense dipengaruhi oleh tiga hal yaitu: sikap, norma subjektif, control perilaku (Jogiyanto, 2007).

4. Intensi

Intensi atau niat merupakan suatu hal yang belum menghasilkan perilaku, namun masih berupa keinginan untuk melakukan perilaku. Menurut (Ajzen, 2005) intense dapat meramalkan berbagai kecenderungan perilaku. Intensi memiliki empat aspek menurut (Ajzen, 1989) yaitu:

- a. Perilaku adalah perilaku yang nantinya akan diwujudkan
- b. Sasaran adalah objek yang menjadi sasaran perilaku yang digolongkan menjadi tiga yaitu orang tertentu, kelompok tertentu, dan objek umum

- c. Situasi yang dimaksud adalah situasi yang mendukung suatu perilaku untuk dilakukan
- d. Waktu yang dimaksud adalah waktu terjadinya perilaku, meliputi waktu tertentu atau jangka waktu yang tidak terbatas.

Pengukuran intensi terbaik agar dapat memprediksi perilaku adalah dengan memperhatikan keempat aspek intense yaitu perilaku, target, situasi, dan waktu. Variabel lain yang dapat mempengaruhi intensi selain beberapa faktor utama yaitu variabel yang berhubungan dengan *belief*. Beberapa variabel lain tersebut adalah sebagai berikut

a. Faktor personal

Faktor personal merupakan sikap umum dari seorang individu terhadap sesuatu, meliputi: kepribadian, nilai hidup, emosi, dan kecenderungan yang dimilikinya

b. Faktor sosial

Faktor sosial meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, dan agama

c. Faktor informasi

Faktor informasi dapat berupa pengalaman, pengetahuan, dan paparan media.

Menurut Ajzen (2005), ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku, yaitu:

a. Kesesuaian antara intensi dan tingkah laku

Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilakunya dalam hal konteks dan perilaku

b. Ketidakstabilan intensi

Ketidakstabilan intensi seseorang terjadi jika ada jarak waktu yang lama sehingga memungkinkan dapat mengubah intensi seseorang. Semakin panjang interval waktunya maka akan semakin besar pula kemungkinan intensi akan berubah

c. *Literal inconsistency*

Terkadang individu tidak konsisten dengan intensi yang akan diaplikasikan ketingkah lakunya. Lupa akan apa yang diucapkan merupakan salah satu penyebab tidak konsistennya individu dalam mengaplikasikan intensi. Antisipasi yang dapat dilakukan yaitu dengan meminta individu merinci bagaimana intensi dapat diaplikasikan dalam tingkah laku.

d. *Base rate*

Tingkah laku dengan *base rate* yang tinggi adalah tingkah laku yang biasa orang lakukan, misalnya makan. Sedangkan

tingkah laku dengan *base rate* rendah adalah tingkah laku yang tidak dilakukan oleh banyak orang, misalnya bunuh diri. Intense dapat memprediksi perilaku dengan baik jika memiliki *base rate* sedang, misalnya mempelajari pelajaran yang besok akan diajarkan,

e. Sikap

Sikap merupakan pernyataan evaluative untuk merespon hal positif dan negatif suatu perilaku. Sikap adalah evaluasi kepercayaan (*belief*) atau perasaan positif maupun negatif dari seseorang jika harus melakukan perilaku yang akan ditentukan. Sikap (*attitude*) merupakan jumlah dari *afeksi* (perasaan) yang dirasakan seseorang untuk menerima atau menolak suatu objek atau perilaku dan diukur dengan suatu prosedur yang menempatkan individual dalam skala evaluative, misalnya baik dan buruk, setuju atau menolak, dan lain sebagainya (Ajzen and Fishbein, 2008).

Sikap adalah kondisi mental dan *neural* yang diperoleh dari pengalaman, yang mengarahkan dan secara dinamis mempengaruhi respon-respon individu terhadap semua objek dan situasi yang terkait. Menurut Baron, Byrne dan Branscombe (2003) terdapat beberapa aspek penting dalam sikap yaitu:

- a. Sumber suatu sikap (*attitude origin*). Faktor inilah yang mempengaruhi bagaimana pertama kali sikap terbentuk. Bukti yang ada mengindikasikan bahwa sikap yang terbentuk berdasarkan pada pengalaman langsung seringkali memberikan pengaruh yang lebih kuat pada tingkah laku daripada sikap yang terbentuk berdasarkan pada pengalaman tidak langsung atau pengalaman orang lain. Tampaknya, sikap yang terbentuk berdasarkan pengalaman langsung lebih mudah diingat, hal ini meningkatkan dampak mereka terhadap tingkah laku
- b. Kekuatan sikap (*attitude strength*). Faktor lain salah satu faktor yang paling penting melibatkan apa yang disebut sebagai kekuatan sikap yang dipertanyakan. Semakin kuat sikap tersebut, semakin kuat pula dampaknya pada tingkah laku
- c. Kekhusukan sikap (*attitude specificity*). Aspek yang ketiga yang mempengaruhi sikap dengan tingkah laku adalah kekhusukan sikap yaitu sejauh mana terfokus pada objek tertentu atau situasi dibandingkan hal yang umum.

5. Norma Subjektif

Norma subjektif didasarkan pada *normative beliefs*, yaitu keyakinan antara setuju dan tidak setuju berasal dari orang lain atau suatu kelompok yang berpengaruh terhadap individu. Norma subjektif bisa didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Norma subjektif dapat ditentukan oleh kombinasi dari *normative beliefs* individu dan *motivation to comply*. *Normative belief* merupakan suatu keyakinan mengenai setuju atau tidak setuju yang berasal dari orang lain atau kelompok yang berpengaruh bagi individu. *Motivation to comply* merupakan motivasi dari individu untuk mematuhi harapan orang lain atau kelompok yang berpengaruh pada dirinya.

6. Persepsi kontrol perilaku

Ajzen (2005) menjelaskan bahwa persepsi control perilaku didasarkan pada *control belief*, yaitu keyakinan individu mengenai ada atau tidaknya faktor yang mendukung atau menghambat individu untuk melakukan perilaku. Keyakinan ini didasarkan pada pengalaman, informasi dan beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi perasaan individu mengenai tingkat kesulitan dalam melakukan suatu perilaku.

Persepsi kontrol perilaku merupakan persepsi individu terhadap kemudahan atau kesulitan yang akan dihadapi jika melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 2005). Persepsi kontrol

perilaku ditentukan oleh kombinasi antara *control belief* dan *perceived power control*. *Control belief* merupakan keyakinan individu terhadap faktor pendukung atau penghambat untuk melakukan perilaku. *Perceived power control* merupakan kekuatan persepsi individu untuk mengontrol faktor pendukung atau penghambat tersebut.

G. Penelitian-Penelitian Terkait Perilaku Pencegahan Infeksi Silang

Dalam mendukung teori yang dijelaskan diatas, berikut beberapa penelitian-penelitian terkait yang telah dilakukan oleh beberapa orang atau peneliti.

Tabel 2.2 Sintesa Penelitian

NO	PENELITI	JUDUL	MASALAH UTAMA	METODE PENELITIAN	KESIMPULAN	KETERANGAN
1	Meilan M. Suleh, Vonny N.S. Wowor, Christy N. Mintjelungan	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Silang pada Tindakan Ekstraksi Gigi di Rumah Sakit Gigi dan Mulut PSPDG FK UNSRAT	Ekstraksi gigi merupakan salah satu tindakan berisiko tinggi menyebabkan terjadinya infeksi silang.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subjek : Pasien ekstraksi gigi 2. Desain : <i>Deskriptif Observasional</i> desain potong lintang 3. Sampel : 44 orang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pencegahan dan pendendalian infeksi silang pra tindakan ekstraksi 2. Pencegahan dan pengendalian infeksi silang selama tindakan ekstraksi gigi dilakukan sebesar 60,26%. 3. Pencegahan dan pengendalian infeksi silang paska tindakan ekstraksi gigi dilakukan sebesar 47,16%. 4 4. Secara umum pencegahan dan pengendalian infeksi silang pada tindakan ekstraksi gigi di RSGM PSPDG FK Unsrat hanya dilakukan sebesar 48,23%. 	Jurnal e-GiGi (eG), Volume 3, Nomor 2, Juli-Desember 2015
2.	Manuel DH Lugito	Kontrol infeksi dan keselamatan kerja dalam praktek	Pengendalian infeksi gigi dan keselamatan kerja dalam praktik gigi diperlukan untuk	1.Subjek : Seluruh tenaga kesehatan gigi	Disimpulkan bahwa tenaga kesehatan termasuk dokter gigi dan staf bertanggung jawab memberikan	Jurnal PDGI Vol. 62, No. 1, Januari-April 2013, Hal 24-30 ISSN 0024-9548

		kedokteran gigi	<p>mengendalikan penularan penyakit menular antara pasien, dokter gigi, asisten gigi, perawat gigi, teknisi gigi, pelajar dan sukarelawan.</p> <p>Banyak pasien terinfeksi human immunodeficiency virus (HIV), virus hepatitis B (HBV) dan penyakit menular lainnya tanpa diketahui sendiri, oleh karena itu semua pasien diperlakukan sebagai berpotensi menular.</p>		<p>pelayanan kepada pasien tanpa tertular dan menularkan penyakit kepada pasien dan lingkungan. Setiap pasien harus dianggap berpotensi menular dan standard precautions harus diterapkan. Kontrol infeksi melalui proses sterilisasi merupakan komponen penting dalam proses kontrol infeksi dan keselamatan pasien. Proses sterilisasi dan pengaturan tempat praktek yang tepat dapat menghasilkan proses sterilisasi lebih efisien, meminimalisasi kontaminasi lingkungan, mengurangi kesalahan, menjaga alat tetap steril dan keselamatan pasien dan staf.</p>	
3.	Akio Tada DDS, PhD, Masaomi	Factors Affecting Changes in	Dokter gigi sering terpapar melalui jalur darah dan saluran	Untuk menganalisis hubungan antara ICP dan item lainnya, lihat	Studi kami menunjukkan bahwa spesialisasi dalam	American Journal of Infection Control xxx 2014

	Watanabe DDS, PhD, Hidenobu Senpuku DDS, PhD	Compliance with Infection Control Practices by Dentist in Japan	pernapasan., melalui air liur, darah, cipratan, dan inhalasi aerosol.	model regresi gistic digunakan. Umur dan jumlah pasien dikategorikan secara dikotomasi sebagai 49 tahun dan 50 tahun dan melihat 35 pasien per hari dan melihat 36 pasien per hari, masing-masing. Variabel dependen adalah ICP, dan variabel dependen terdiri dari karakteristik, sikap, dan pengetahuan. Analisis statistik dilakukan menggunakan versi SPSS 12 (SPSS Inc, Chicago, IL). Perbedaan pada tingkat 0,05 adalah dianggap signifikan secara statistik.	bedah mulut, kemauan untuk mengobati pasien dengan HIV dan AIDS, dan pengetahuan tentang kewaspadaan universal dan standar adalah faktor penting untuk peningkatan kepatuhan dengan ICP. Peningkatan proporsi dokter gigi dengan kesediaan untuk merawat pasien dengan HIV dan AIDS dan dengan pengetahuan tentang tindakan pencegahan universal dan standar, yang masih rendah (20% - 30%), dapat membawa peningkatan lebih lanjut dalam kepatuhan ance dengan ICP.	
4.	Nahla K. Ibrahim, <i>et al</i>	Cross-Infection and Infection Control in Dentistry :	Pemberian perawatan gigi tidak lepas dari risiko.	Desain <i>cross sectional</i> . Metode sampel kenyamanan non-probabilitas	Sikap yang baik terhadap pengendalian infeksi di Tistry berlaku di antara	Jornal of Infection and Public Health 2016

		<p>knowledge, attitude and practice of patients attended dental clinics in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia</p>	<p>Infeksi silang selama praktik klinis dapat terjadi dengan penularan agen infeksius antara pasien dan petugas kesehatan di lingkungan klinis rumah sakit. Penularan infeksi gigi bisa terjadi melalui tetesan udara yang terinfeksi, darah, air liur, dan instrumen yang terkontaminasi dengan sekresi</p>	<p>digunakan. Data dianalisis menggunakan paket statistik Ilmu Sosial (SPSS)</p>	<p>pasien yang hadir klinik gigi KAUH. Pengetahuan dan diri praktik yang dilaporkan perlu sedikit perbaikan. Itu sumber utama informasi pasien adalah sosial media. Pasien harus menghadiri klinik gigi dilengkapi dengan pengetahuan yang lebih baik tentang lintas infeksi dalam kedokteran gigi melalui program pendidikan yang dapat mencakup penyedia dan konsumen. Itu dapat melalui media sosial untuk meningkatkan kesadaran akan infeksi silang di antara yang besar jumlah populasi. Itu bisa dilakukan juga melalui Program TV, tempat umum, universitas, sekolah</p>	
--	--	---	--	--	--	--

					<p>dan pusat perbelanjaan. Program-program ini dapat membantu penghapusan infeksi gigi melalui peningkatan kesadaran konsumen dan penyedia tentang langkah-langkah perlindungan yang dibutuhkan.</p>	
5.	Sarwo Edy, Rasmidar Samad	Upaya Pencegahan Terhadap Bahaya Infeksi Silang Saat Melakukan Perawatan Oleh Dokter Gigi Di Makassar	Seorang dokter gigi mempunyai risiko terkena dan menularkan infeksi dari pasien ke pasien lainnya (infeksi silang).	<p>1.Subjek : Dokter Gigi Indonesia cabang Makassar 2.Desain : Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif. 3.Sampel : Jumlah sampel digenapkan menjadi 100 orang yang diambil secara systematic random sampling. Pemilihan 100 sampel dari 258 orang dilakukan dengan cara memilih nomor kelipatan 2 sampai diperoleh 100 orang.</p>	<p>Dapat disimpulkan bahwa dokter gigi kota Makassar yang telah mengupayakan pencegahan bahaya infeksi silang sebanyak 98% dan telah memenuhi standar dalam melakukan perawatan di tempat praktiknya. Dokter gigi di kota Makassar sebaiknya lebih memperhatikan upayanya dalam mencegah bahaya infeksi silang saat melakukan perawatan di tempat praktiknya, serta bekerja sama dengan organisasi</p>	Dentika Dental Journal Vol 17, No. 2, 2012: 157-161

					profesi setempat dalam melakukan sosialisasi pencegahan terhadap bahaya infeksi silang.	
6.	Abrar Ahmad Chughtai, Wasiq Khan	Use of Personal Protective Equipment to Protect Against Respiratory Infections in Pakistan : A Systematic Review	Beberapa wabah infeksi baru penyakit telah terjadi dalam beberapa dekade terakhir, seperti wabah koronavirus sindrom pernafasan akut yang parah (SARS-CoV) pada 2002-2003 pandemi influenza (H1N1) pada tahun 2009 Tengah Timur pernafasan syndrome coronavirus (Mers-CoV) 2012 dan Penyakit virus ebola pada 2014-2016 Banyak petugas kesehatan terinfeksi dan mati selama wabah ini karena kekurangan pengendalian infeksi.	Dilakukan dengan menggunakan laporan yang disukai untuk tinjauan sistematis dan meta-analisis.	Pemilihan dan penggunaan APD bervariasi sesuai dengan jenis kesehatan-pekerja perawatan dan lingkungan kerja. Masker wajah dan sarung tangan APD yang paling umum digunakan untuk melindungi dari pernapasan dan lainnya infeksi. Secara keseluruhan, kepatuhan dengan penggunaan APD rendah, dan tidak tersedianya dan penggunaan kembali APD dilaporkan. Sebagian besar penelitian penelitian prospektif observasional dan skala besar diperlukan untuk mengumpulkan Ceramah lebih banyak	Journal of Infection and Public Health 12(2019) 522-527

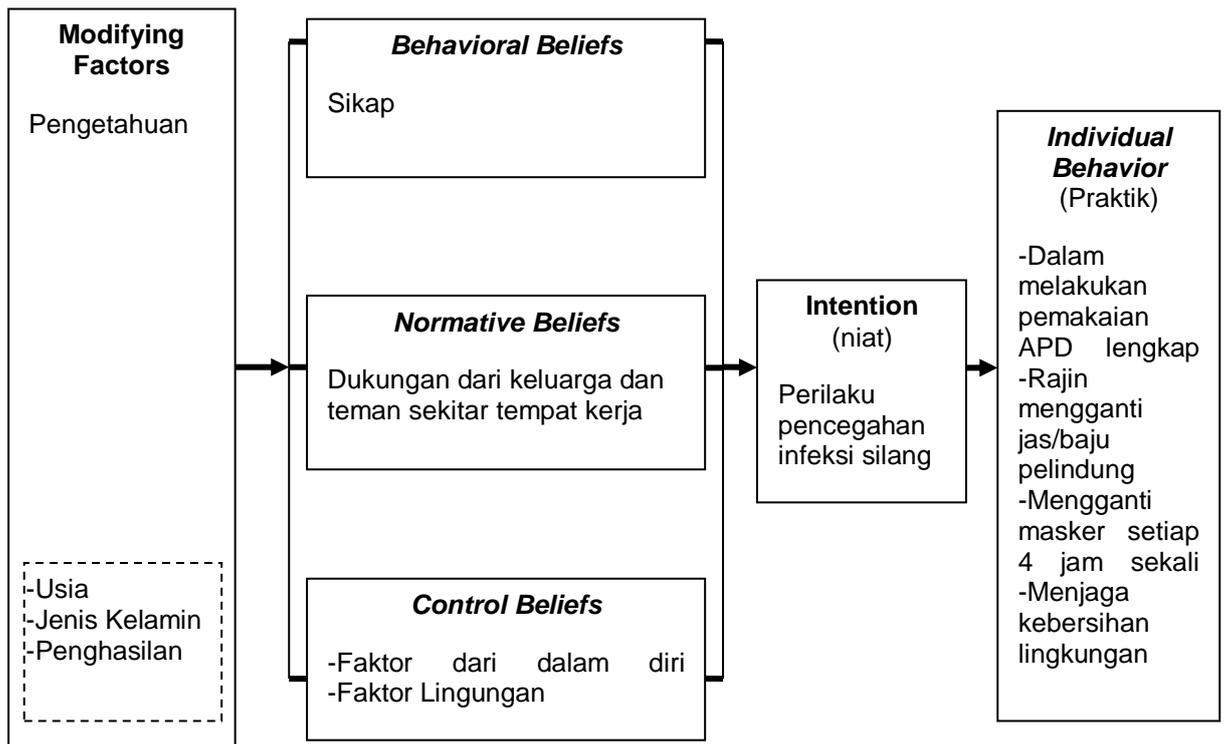
					bukti tentang penggunaan APD dalam pengaturan kesehatan di Pakistan.	
8.	Novita PL, Vonny NS Wowor, Damajanty	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Silang pada Tindakan Ekstraksi Gigi di Poli Gigi Puskesmas Kakaskasen Tomohon	Pencegahan dan pengendalian infeksi dibutuhkan dalam setiap tindakan perawatan di bidang kedokteran gigi. Tindakan ekstraksi gigi merupakan salah satu jenis tindakan invasif sehingga berisiko tinggi dalam penularan infeksi.	1.Subjek : Pasien yang berkunjung 2.Desain : deskriptif observasional dengan desain potong lintang. 3. Sampel : 40 orang diperoleh dengan teknik purposive sampling.	Secara umum pencegahan dan pengendalian infeksi silang pada tindakan ekstraksi gigi baik sebelum, selama, dan sesudah tindakan di Poliklinik Gigi Puskesmas Kakaskasen Tomohon belum maksimal.	Jurnal e-Gigi (eG), Volume 7 Nomor 1, Januari-Juni 2019
9.	Junaidi, Rina Kurnianti, Pahrur Razi	Penerapan Metode Infection Control Risk Assesment (Icra) Untuk Mencegah Infeksi Silang Di Klinik Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi	Pasien yang berkunjung dan merawat gigi sangat rentan terhadap infeksi klinik yang dapat terjadi karena tindakan scaling, pencabutan gigi dan pemakaian alat yang tidak steril. Selain itu mikroorganismе disekitar klinik,	1.Subjek : Mahasiswa semester VI Program Studi DIV Keperawatan Gigi Tahun 2017, memenuhi syarat masuk klinik dan bersedia menjadi responden. 2.Desain : Desain Penelitian adalah experimental pre test and post test desain. 3.Sampel : seluruh	1. Nilai rata-rata yang berbeda antara kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi silang kondisi pre-test (4,92) dan kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi silang kondisi post-test (9,58). Menunjukkan ada perbedaan kepatuhan pencegahan dan	Jurnal Kesehatan gigi Vol. 05 No.2, Desember 2018 p-ISSN2621-3664

			praktek pengendalian infeksi, dan daya tahan tubuh pasien juga merupakan faktor risiko infeksi)	Mahasiswa semester VI Program Studi DIV Keperawatan Gigi Tahun 2017.	pengendalian infeksi silang sebelum dan sesudah perlakuan penerapan metode ICRA di Klinik Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi. 2. Penerapan metode ICRA efektif terhadap peningkatan kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi silang di Klinik Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi ditunjukkan dengan nilai signifikansi pada 0,000 ($p < 0,05$).	
10	Stefano Petti	Tuberculosis: Occupational Risk Among dental Healthcare workers and Risk For Infection among Dental Patients. A meta Narrative Review	Penularan TB umumnya terjadi ketika mikroorganisme itu aerosol oleh orang dengan penyakit TB paru aktif selama batuk produktif dan, kadang-kadang, melalui bersin, berteriak dan berbicara. <i>M.</i>	Meta-naratif	infeksi <i>M. tuberculosis</i> tertentu berisiko masuk pengaturan kesehatan gigi ada pada tahun-tahun sebelum implementasi dan penyebaran pengendalian infeksi CDC pedoman, tidak ada bukti bahwa risiko seperti itu ada	Jornal of Dentistry 2015

			<p><i>tuberculosis</i> dilakukan melalui partikel udara, disebut droplet nuclei</p>		<p>sekarang, asalkan pedoman diakui. Risiko TB aktif dalam pengaturan kesehatan gigi di era pra-pedoman dan pedoman era itu tidak lebih besar dari risiko pada umumnya populasi dan berada dalam lingkup risiko yang dapat diterima. Oleh karena itu, langkah-langkah tambahan spesifik tidak diperlukan, kecuali di antara para DHCW yang secara rutin merawat pasien dengan TB aktif.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

H. Kerangka Konsep dan Hipotesis Penelitian

1. Kerangka Konsep



Bagan 2.4 Kerangka Konsep Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar Menggunakan Pendekatan Teori *Health Belief Models* dan *Theory Planned Behavior*

Keterangan :

 : Diteliti

 : Tidak diteliti

Pada uraian kerangka konsep, perilaku kesehatan individu berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) dan teori perilaku *Planned Behavior* yang dipengaruhi oleh beberapa faktor perilaku pencegahan infeksi silang oleh Dokter Gigi, yaitu *modifying factor* merupakan faktor yang menjadi penghubung antara kebiasaan (*behavioral belief*) dan lingkungan (*control belief*) dengan kejadian infeksi silang. Faktor usia merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian infeksi silang, faktor perilaku, yang berasal dari dorongan yang ada pada diri manusia, sedang dorongan adalah usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia, dalam hal ini dorongan untuk menjaga kebersihan diri dan menjaga lingkungan agar tetap bersih sehingga meminimalisir kejadian infeksi silang, faktor pengetahuan adalah tingkat pendidikan seseorang yang mempengaruhi pemahaman seseorang tentang kesehatan dan seberapa penting menjaga kesehatan, faktor sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek tertentu, seperti kecenderungan seseorang akan mengikuti alur lingkungan baru ketika di tempat yang baru.

Faktor lingkungan juga sangat mempengaruhi kejadian infeksi silang karena lingkungan yang sempit, panas, padat, dan

kotor atau kebersihan lingkungan sangat mempengaruhi kejadian infeksi silang.

Faktor lain yang menyebabkan adanya perubahan perilaku menurut *Theory of Planned Behavior* (TPB) yaitu sumber informasi yang diperoleh seseorang tentang infeksi silang. Pada uraian kerangka konsep tersebut terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian infeksi silang.

Karakteristik dan pengalaman individu memiliki efek langsung dan tidak langsung terhadap perilaku kesehatan yakni perilaku Dokter Gigi dalam pencegahan infeksi silang. Sumber informasi menurut teori TBP juga mempengaruhi perilaku Dokter Gigi dalam melakukan pencegahan infeksi silang dengan sumber informasi yang tepat dan media penghantar informasi yang tepat dapat meningkatkan pengetahuan Dokter Gigi dengan mudah.

Perilaku Dokter Gigi dalam pencegahan infeksi silang dapat diidentifikasi dengan pendekatan *Health Beliefs Model* dan *Theory of Planned Behavior*.

2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sementara dari penelitian yang masih perlu diuji kebenarannya (Sabri dan Hastono, 2006). Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah:

- a. Ada pengaruh *modifying factor* terhadap *behavioral beliefs*, *normative beliefs*, dan *control belief*.
- b. Ada pengaruh *modifying factor* terhadap *normative beliefs*.
- c. Ada pengaruh *modifying factor* terhadap *control beliefs* (dalam diri).
- d. Ada pengaruh *modifying factor* terhadap *control beliefs* (lingkungan).
- e. Ada pengaruh *behavioral belief* (sikap) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang
- f. Ada pengaruh *normative beliefs* (dorongan) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang
- g. Ada pengaruh faktor *control belief* (dalam diri) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang
- h. Ada pengaruh faktor *control belief* (lingkungan) terhadap *intention* perilaku pencegahan infeksi silang
- i. Ada pengaruh *intention* terhadap perilaku (praktik) pencegahan infeksi silang
- j. Terdapat temuan Model Perilaku Pencegahan Infeksi Silang pada Dokter Gigi di Kota Makassar

I. Definisi Operasional

Tabel 2.3 Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Modifying Factor = Karakteristik Dokter Gigi yang dapat mempengaruhi persepsi Dokter Gigi						
Variabel Independen						
1	Pengetahuan	Tingkat pengetahuan Dokter Gigi tentang infeksi silang, pencegahan, dampak, dan cara pengobatan infeksi silang	Diharapkan Dokter gigi dapat 1. Mengetahui tentang infeksi silang 2. Mengetahui siklus infeksi silang 3. Mengetahui cara penularan infeksi silang 4. Mengetahui dampak infeksi silang 5. Mengetahui cara pencegahan infeksi silang 6. Mengetahui pengobatan infeksi silang	Modifikasi kuesioner KAP (<i>knowledge, attitude, and practice</i>)	Ordinal	Baik= 56%-100% Buruk= ≤55%
Behavioral Belief = Keyakinan Dokter Gigi dari suatu hasil perilaku						
1	Sikap	Pernyataan tertutup dari Dokter Gigi terhadap perilaku pencegahan infeksi silang	Skala belief subjek terhadap perilaku pencegahan infeksi silang	Modifikasi kuesioner sikap dari TPB <i>Questionnaire</i>	Nominal	positif= $T \geq$ mean negatif= $T <$ mean
Normative Belief = Keyakinan Dokter Gigi terhadap dorongan atau motivasi dari sekitar						
1	Dorongan	Dukungan dari sekitar seperti teman seprofesi, keluarga, dan petugas kesehatan lainnya	Adanya bentuk dukungan dari keluarga, teman ataupun dari tenaga kesehatan	Modifikasi Kuesioner dari TPB <i>Questionnaire (normative belief)</i>	Nominal	positif= $T \geq$ mean negatif= $T <$ mean
Control Belief = Keyakinan Dokter Gigi tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat						
1	Dalam diri	Keadaan diri	1. Menggunakan	Modifikasi	Nominal	positif= $T \geq$

	sendiri	sendiri yang akan mempengaruhi perilaku hidup aman Dokter Gigi	n APD 2.Sterilisasi alat 3.Menggunakan jarum suntik sekali pakai 4.Menjaga kebersihan lingkungan	kuesioner dari TPB <i>Questionnaire (control belief)</i>		mean negatif= $T < \text{mean}$
2	Lingkungan	Keadaan sekitar seperti suhu, cuaca, dan kondisi kebersihan lingkungan sekitar	1.Tempat kerja terasa aman dan nyaman 2.Membuang sampah medis di tempat yang sudah disediakan 3.Melakukan pembersihan ruangan setelah pakai	Modifikasi kuesioner dari TBP <i>Questionnaire (control belief)</i>	Nominal	positif= $T \geq \text{mean}$ negatif= $T < \text{mean}$
Variabel Dependen						
1	Intensi perilaku pencegahan infeksi silang	Kemampuan individu dalam melakukan keinginan praktik mencegah kejadian infeksi silang	Niat perilaku pencegahan	Modifikasi kuesioner <i>intention</i> perilaku pencegahan infeksi silang	Nominal	positif= $T \geq \text{mean}$ negatif= $T < \text{mean}$
2	Praktik Dokter Gigi	Tingkah laku Dokter Gigi dalam melakukan pencegahan infeksi silang	1.Menggunakan APD 2.Sterilisasi alat 3.Melakukan dan menjaga kebersihan lingkungan	Modifikasi kuesioner KAP (<i>knnowledge, attitude, and practice</i>) perilaku pencegahan infeksi silang	Ordinal	Baik= 56%-100% Buruk= $\leq 55\%$