

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Wabah penyakit Coronavirus 2019 (COVID 19) dimulai dari Wuhan, China, Desember lalu dan sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama, tidak hanya Cina tetapi juga negara-negara di seluruh dunia. Pada 30 Januari 2020, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengumumkan bahwa wabah ini telah menyebabkan darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional (Mahase, 2020). Novel Coronavirus awalnya bernama 2019-nCoV dan secara resmi sebagai Coronavirus 2 (SARS CoV-2) sindrom pernapasan akut parah. Pada 26 Februari, COVID-19 telah diakui di 34 negara, dengan total 80.239 kasus terkonfirmasi laboratorium dan 2.700 kematian (WHO 2020). Penyakit saluran pernafasan akut yang disebabkan oleh beta-coronavirus yang sebelumnya tidak diketahui muncul di kota Wuhan, provinsi Hubei, dan menular dengan cepat di seluruh Tiongkok Pada 11 Februari, Komisi Internasional Klasifikasi Virus menyatakan virus itu bernama sindrom pernapasan akut parah coronavirus-2 (SARS-CoV-2). WHO mengumumkan penyakit itu yang disebabkan oleh infeksi itu bernama penyakit coronavirus 2019 (COVID-19) (Wang *et al.*, 2020).

Corona virus disease 2019 (COVID-19) menyebar dengan cepat ke berbagai negara. Pada tanggal 2 Maret 2020, telah ditemukan kasus COVID-19 pertama di Indonesia (Kemenkes RI, 2020). Hingga 31 Maret 2020, menurut data Kemenkes terdapat 1.528 kasus COVID-19 yang dikonfirmasi di Indonesia dan 136 kematian terkait penyakit tersebut. Fasilitas kesehatan di Indonesia belum siap untuk menghadapi COVID-19. Persiapan besar-besaran seharusnya ditanggapi dengan serius pada awal penyebaran penyakit di Republik Rakyat Tiongkok. Rencana kesiapsiagaan harus disiapkan dengan memastikan ketersediaan obat-obatan, alat pelindung diri (APD) serta sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk menghadapi wabah global. Menurut data terbaru Kementerian Kesehatan RI, hanya ada 309.100 tempat tidur rumah sakit di Indonesia, sebagian besar berlokasi di pulau Jawa. Selain itu, terdapat kurang dari 6.000 tempat tidur *Intensive Care Unit* (ICU) di seluruh negeri. Jumlahnya tampak banyak, tetapi kenyataannya, Indonesia hanya memiliki 2,7 tempat tidur ICU per 100.000 penduduk dan dengan demikian negara tersebut termasuk yang terendah di Asia. Selain itu, ventilator mekanis tidak tersedia secara luas di daerah pedesaan dan terdapat kekurangan alat pelindung. Untuk petugas kesehatan, skrining massal dipilih oleh Istana Negara untuk dilaksanakan pada Maret 2020. Pada akhir Maret 2020, Presiden Indonesia akhirnya memutuskan untuk

menerapkan pembatasan sosial skala besar / Pembatasan Sosial Berskala Besar di kota dan provinsi, bukan di daerah. karantina. Karantina wilayah merupakan salah satu dari empat jenis karantina kesehatan menurut Undang-Undang Karantina Kesehatan 2018. Pemerintah juga menekankan perlunya tinggal di rumah bagi seluruh WNI.

Gejala paling umum yang penderita COVID-19 terlihat adanya demam dan batuk,, sakit kepala, hemoptisis dan diare. Selain itu, dua gejala utama yang berhubungan dengan mulut, mulut kering dan amblygeustia, telah ditemukan pada pasien COVID-19 yang relatif tinggi, menunjukkan bahwa gejala oral juga dapat dianggap sebagai gejala awal infeksi COVID-19. (Wang *et al.*, 2020).

Protokol menjaga jarak social (*social distancing*) mengharuskan individu untuk membatasi kelompok dan menjaga jarak fisik. Beberapa negara yang telah menerapkan jarak sosial menunjukkan pengaruh terhadap penyebaran penyakit ini. Bukti dari Singapura, Cina, dan Korea Selatan menunjukkan penurunan tingkat penularan dengan penerapan jarak sosial. Jarak sosial sangat penting untuk COVID-19. Orang yang terinfeksi virus COVID-19 dilaporkan mengalami tanpa gejala hingga 14 hari sehingga mengakibatkan penyebaran virus yang cepat. Akibatnya, beberapa tenaga kesehatan merekomendasikan karantina sendiri selama 2 minggu setelah kemungkinan terpapar virus. Perubahan ini berpotensi

meningkatkan keadaan darurat terkait kunjungan ke praktik pelayanan gigi dan selanjutnya berkontribusi pada penularan virus yang lebih besar (Long *et al.*, 2020). Selama pandemi COVID-19, angka kejadian penyakit gigi akan terus berlanjut terus menerus. Namun, untuk mencegah penyebaran penyakit pernafasan yang mematikan ini kemungkinan besar akan menyebabkan berkurangnya akses pengobatan karena adanya pembatasan aktivitas penduduk (Long *et al.*, 2020).

Selama pandemi COVID-19, baik pasien gigi maupun tenaga kesehatan gigi berisiko tinggi terinfeksi dalam praktik. Profesi dokter gigi tidak terlepas dari kemungkinan untuk berkontak secara langsung dan tidak langsung dengan mikroorganisme dalam darah dan saliva pasien sehingga penyebaran infeksi ini dapat terjadi. Hal ini menyebabkan tindakan dalam praktek dokter gigi menempatkan dokter gigi berisiko tinggi terhadap penyakit menular (Khader Y *et al.*, 2020). Terlebih lagi, dokter gigi mengalami tantangan dalam mencegah penularan karena seringnya prosedur yang menghasilkan aerosol (Long *et al.*, 2020). Hal ini menyebabkan ruang praktik dan berbagai permukaan alat gigi terkontaminasi sehingga meningkatkan risiko infeksi bagi tenaga pelayanan kesehatan gigi dan pasien gigi berikutnya (Peng *et al.*, 2020). Untuk mengurangi risiko infeksi silang antara pasien dan pasien dan petugas kesehatan gigi dibutuhkan tindakan pengendalian infeksi untuk

melindungi pasien dan tenaga kesehatan pelayanan gigi (Prospero, Savini and Annino, 2003).

Protokol klinis perlu dibuat untuk diterapkan di lingkungan kerja untuk menghindari infeksi baru dan penyebaran virus yang progresif. Dalam praktek sehari-hari cairan mulut pasien, kontaminasi bahan, dan permukaan unit gigi dapat bertindak sebagai sumber penularan baik untuk dokter gigi dan asisten, dan untuk pasien itu sendiri. Air liur dan darah tetesan yang mengendap di permukaan atau inhalasi aerosol yang dihasilkan oleh instrumen yang berputar dan alat genggam ultrasonik merupakan risiko bagi mereka yang menempati atau akan menempati lingkungan tersebut. Oleh karena itu, penggunaan disinfektan dan alat pelindung diri (APD) tetap penting untuk pengembangan yang tepat dari profesi gigi (Luzzi *et al.*, 2020).

Penularan COVID-19 di rumah sakit antara pasien dan penyedia layanan kesehatan sudah banyak dilaporkan. Dibutuhkan strategi untuk mengurangi penyebaran COVID-19 dalam pengaturan layanan kesehatan. Studi di Amerika Serikat dan negara berpenghasilan tinggi (HIC) telah menunjukkan bahwa risiko terkait penularan di rumah sakit rendah ketika tindakan pengendalian infeksi selalu diterapkan. Pada negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC) dengan terbatasnya ketersediaan sumber daya dan staf kesehatan yang terbatas dapat

menimbulkan tantangan karena kasus COVID-19 yang terus meningkat. Rekomendasi untuk meminimalkan risiko penyebaran infeksi nosokomial di fasilitas dengan terbatas sumber daya di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC) sangat diperlukan. Tinjauan Cochrane 2020 menemukan bahwa kurangnya ruang isolasi yang memadai juga dianggap sebagai penghalang utama untuk praktik IPC oleh petugas kesehatan, khususnya di negara LMIC. (Cobb et al., 2021).

Suatu penelitian menunjukkan bahwa adanya penutupan praktik juga terkait dengan tingkatan suatu negara. Negara LMIC dengan negara HIC yang memiliki sistem perawatan kesehatan lebih baik, dimungkinkan memiliki kapasitas yang lebih baik untuk mengelola komplikasi COVID-19, yang mengakibatkan tingkat kematian, kepanikan, dan kecemasan yang lebih rendah, serta kemungkinan adanya penutupan praktik dokter gigi lebih kecil. Dalam penelitian ini menemukan bahwa lebih sedikit penutupan praktik swasta di HIC daripada di LMIC. Hal ini terjadi karena HIC memberikan dukungan keuangan untuk praktek gigi untuk menghindari penutupan karena kerugian ekonomi dengan menawarkan dana, pinjaman, dan kredit untuk membantu pembayaran gaji dan perlengkapan. Selain itu, dokter gigi di HIC juga umumnya memiliki pendapatan per kapita yang lebih tinggi, yang berarti stabilitas keuangan yang lebih baik meskipun pendapatan menurun. Pada negara LMIC tidak

ada laporan tentang rencana dukungan ekonomi untuk membantu sektor kedokteran gigi tedalam memenuhi kebutuhan dalam praktik (Abdelrahman *et al.*, 2021).

Tantangan yang terjadi di LMIC adalah memastikan ketersediaan APD yang memadai untuk digunakan oleh pengunjung dan memastikan instruksi yang memadai dan pengawasan mengenai kebersihan tangan, penggunaan APD yang tepat, dan perhatian pada permukaan kontaminasi juga dapat menimbulkan tantangan. Dalam sebuah studi fasilitas kesehatan di Tanzania, kepatuhan terhadap kebersihan tangan dan praktik disinfeksi rendah di antara petugas kesehatan. Kurangnya kepatuhan petugas kesehatan dapat meningkatkan risiko kesehatan terkait penularan infeksi (Cobb *et al.*, 2021).

Beban global untuk penyakit kesehatan mulut menjadi 2 kali lipat baik di negara maju maupun negara berkembang. Muncul kekhawatiran besar bahwa layanan perawatan gigi tidak dapat diakses oleh sebagian besar penduduk karena naiknya biaya berobat. Di sebagian besar negara berkembang keadaan ini terjadi dikarenakan perawatan kesehatan tidak diatur dengan baik dan bahkan tidak dianggap sebagai salah satu komponen penting pada sistem perawatan kesehatan primer (Pethani, Allana and Hussain, 2020).

Kepatuhan terhadap pedoman dan peraturan ditentukan tidak hanya dengan tersedianya berbagai pelindung diri peralatan (APD) tetapi keterjangkauan dan ketersediaannya, terutama di negara berpenghasilan menengah bawah, seperti Afrika Selatan (McMahon *et al.*, 2020).

Mirip dengan banyak yurisdiksi lain, Afrika Selatan memiliki kesenjangan besar dalam kapasitas tanggapan pandemi, terutama dalam penyediaan alat pelindung diri (APD) karena kurang sumber daya keuangan, peraturan, atau infrastruktur yang sedikit (Blignaut, Nemutandani and Samaranayake, 2020). Banyak negara menunda perawatan hanya perawatan darurat yang dilakukan. Pasien yang mendapatkan perawatan gigi hanya 10%. Hanya (7%) dokter gigi berpendapat bahwa tetap harus melakukan perawatan gigi secara teratur, tetapi 59% dokter gigi berpikir bahwa mereka harus melakukan perawatan gigi darurat untuk mencegah terinfeksi COVID-19.

Penyakit kesehatan mulut meningkat 2 kali lipat baik di negara maju maupun berkembang. Hal ini menjadi perhatian besar bahwa layanan perawatan gigi tidak dapat diakses oleh sebagian besar penduduk karena sifat modalitas pengobatan yang mahal. Di sebagian besar negara katagori berpenghasilan menengah bawah saat pandemi, didapatkan fakta bahwa perawatan gigi tidak diatur dengan baik dan bahkan tidak dianggap sebagai salah satu komponen penting dalam sistem perawatan

kesehatan primer. Selain itu, juga timbul pertanyaan apakah tenaga kesehatan pelayanan kesehatan gigi akan patuh melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi saat praktik (Pethani, Allana and Hussain, 2020).

Pada negara-negara berpenghasilan menengah bawah dengan staf medis terbatas dan banyaknya rangkaian perawatan kesehatan gigi sangatlah penting untuk melakukan tindakan sesuai protokol pencegahan dan pengendalian infeksi (Pethani, Allana and Hussain, 2020). Saat melakukan tindakan perawatan harus memperhatikan pengendalian penyebaran infeksi. Mengidentifikasi faktor risiko yang terkait dengan infeksi dan kemudian mengambil tindakan yang tepat untuk mengurangi risiko infeksi (El-Sokkary *et al.*, 2021).

Ada pedoman praktis yang direkomendasikan untuk dokter gigi dan staf gigi oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC), American Dental Association (ADA), dan Organisasi Kesehatan Dunia untuk mengendalikan penyebaran COVID-19. Seperti infeksi menular lainnya, rekomendasi ini mencakup alat pelindung diri, mencuci tangan, evaluasi pasien secara rinci, isolasi rubber dam, berkumur sebelum prosedur perawatan gigi, dan desinfeksi klinik. Selain itu, beberapa pedoman dan laporan telah memberikan informasi yang berguna tentang tanda dan gejala penyakit, cara penularan, dan mekanisme rujukan untuk

meningkatkan pengetahuan dokter gigi dan praktik pencegahan, sehingga dapat berkontribusi, di tingkat populasi, dalam pengendalian penyakit dan pencegahan (Khader *et al.*, 2020).

Karena tingginya resiko infeksi silang di pelayanan gigi, antara tenaga kesehatan pelayanan gigi dan pasien, maka penting menerapkan protokol pengendalian infeksi yang ketat dan efektif pada praktik gigi di negara-negara berpenghasilan menengah bawah. Literature review ini bertujuan untuk memberikan pengetahuan tentang strategi negara-negara dengan penghasilan menengah bawah dalam melakukan praktik pencegahan dan pengendalian infeksi selama pandemi Covid-19.

B. Pertanyaan Review

Bagaimana strategi pencegahan dan pengendalian infeksi praktik pelayanan kesehatan gigi selama pandemi Covid-19 di negara berpenghasilan menengah kebawah?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui strategi pencegahan dan pengendalian infeksi praktik pelayanan kesehatan gigi selama pandemi Covid-19 di negara-negara berpenghasilan menengah bawah.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui strategi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) saat skrining, pre-treatment (sebelum tindakan), treatment (tindakan) dan post-treatment (paska tindakan) pada pelayanan pasien gigi selama pandemi Covid-19
- b. Mengetahui strategi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) pelayanan gigi dalam pengaturan ruang pelayanan gigi selama pandemi Covid-19

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pemangku Kepentingan

Penelitian ini dapat menjadi dasar dalam suatu penelitian yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi praktik pelayanan kesehatan gigi selama pandemi Covid-19 di negara berpenghasilan menengah bawah, untuk agenda riset dimasa yang akan datang dan sebagai kajian yang dapat memberikan masukan terhadap perencanaan dan implementasi dalam praktik pelayanan kesehatan gigi.

2. Bagi Profesi Dokter Gigi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi profesi kedokteran gigi terkait pencegahan dan pengendalian infeksi praktik pelayanan kesehatan gigi selama

pandemi Covid-19 di Negara berpenghasilan menengah bawah. Dokter gigi lebih memahami pencegahan dan pengendalian infeksi saat praktik sehingga mengurangi terjadinya infeksi silang.