

**MODUL** PELATIHAN  
IDENTIFIKASI LESI  
RONGGA MULUT DAN  
PENATALAKSANAAN  
KESEHATAN GIGI DAN  
MULUT PADA **ODHA**  
BAGI TENAGA  
KESEHATAN GIGI DI  
FASILITAS PELAYANAN  
**KESEHATAN**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
TAHUN 2012**

617  
Ind  
m

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat  
Jenderal Bina Upaya Kesehatan

**Modul pelatihan identifikasi lesi rongga mulut  
dan penatalaksanaan kesehatan gigi dan mulut  
pada ODHA bagi tenaga kesehatan gigi di fasilitas  
pelayanan kesehatan,-- Jakarta : Kementerian  
Kesehatan RI. 2012**

ISBN 978-602-235-193-1

1. Judul      I. ORAL HEALTH  
II. DENTISTRY      III. ACQUIRED  
IMMUNO DEFICIENCY SYNDROME      IV. HAEALTH  
CARE

**MODUL PELATIHAN  
IDENTIFIKASI LESI  
RONGGA MULUT DAN  
PENATALAKSANAAN  
KESEHATAN GIGI DAN  
MULUT PADA ODHA  
BAGI TENAGA  
KESEHATAN GIGI  
DI FASILITAS PELAYANAN  
KESEHATAN**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
TAHUN 2012**





# **KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

## **DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN**

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Kotak Pos 3097, 1196 Jakarta 12950

Telepon : (021) 5201590 (Hunting) Faximile : (021) 5261814, 5203872

Surat Elektronik : yanmed@depkes.go.id, seyanmed@depkes.go.id, mailing list : buk3@yahoogroup.com

---

### **KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN**

**NOMOR: HK.02.04/II/960/2012**

### **T E N T A N G**

### **MODUL PELATIHAN IDENTIFIKASI LESI RONGGA MULUT DAN PENATALAKSANAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ODHA BAGI TENAGA KESEHATAN GIGI DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

**DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN,**

- Menimbang :**
- a. bahwa pembangunan kesehatan diarahkan pada peningkatan kualitas sumber daya manusia, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat.
  - b. bahwa pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang professional, terjangkau, bermutu, dan aman dalam rangka penanganan/penatalaksanaan masalah kesehatan gigi dan mulut.
  - c. bahwa dalam mendukung pelaksanaan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang akan dilakukan di daerah diperlukan pelatihan bagi tenaga kesehatan gigi dan mulut yang menangani orang dengan HIV-AIDS (ODHA).
  - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b dan c perlu menetapkan Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut

dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

- Mengingat :**
1. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  2. Undang-Undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125);
  3. Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Tambahan Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
  4. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009, tentang Kesehatan (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82);
  6. Peraturan Presiden RI nomor 75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional;
  7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah;

8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Stándar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1211/Menkes/SK/IX/2002 tentang Pembentukan Komite Koordinasi Penanggulangan AIDS, Tuberkulosis dan Malaria di Indonesia;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual;
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
13. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 374/Menkes/ SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
14. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1144/Menkes/ Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 021/Menkes/SK/I/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014.

## **MEMUTUSKAN**

**Menetapkan :** KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN TENTANG MODUL PELATIHAN IDENTIFIKASI LESI RONGGA MULUT DAN PENATALAKSANAAN

KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ODHA BAGI  
TENAGA KESEHATAN GIGI DI FASILITAS PELAYANAN  
KESEHATAN

- KESATU** : Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.
- KEDUA** : Berlakunya Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, sebagai pegangan bagi tenaga kesehatan gigi dan mulut di fasilitas pelayanan kesehatan,
- KETIGA** : Dengan modul ini diharapkan, peserta pelatihan mampu mengenali manifestasi HIV dan AIDS dalam rongga mulut dan penatalaksanaan kasus pelayanan kesehatan gigi pada ODHA,
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : JAKARTA  
Pada tanggal : 14 Juni 2012

DIREKTUR JENDERAL

  
SUPRIYANTORO  
NIP 195408112010061001



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas tersusunnya buku Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Modul Pelatihan ini sebagai panduan tenaga kesehatan gigi dalam proses pembelajaran pendidikan dan pelatihan untuk lebih dapat mengelola pemahaman dan pelaksanaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi penderita ODHA di tanah air kita.

Modul Pelatihan ini disusun oleh Kementerian Kesehatan R.I. bersama organisasi profesi Persatuan Dokter Gigi Indonesia, Fakultas Kedokteran Gigi, Poltekkes Jurusan Kesehatan Gigi, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota serta unsur-unsur bagian gigi dan mulut di Puskesmas dan Rumah Sakit.

Akhir kata semoga buku Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Usulan, kritik dan saran yang membangun amat kami harapkan demi perbaikan buku Modul Pelatihan ini, terima kasih.

Jakarta, November 2012

Direktur Bina Upaya Kesehatan Dasar



dr. H.R. Dedi Kuswenda, M.Kes

## **SAMBUTAN**

### **DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN DASAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas nikmat dan karunia-Nya yang diberikan maka Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat diselesaikan dengan baik.

Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007-2010 telah menggambarkan secara komprehensif segala hal yang diperlukan untuk suksesnya penanggulangan AIDS di Indonesia. Hal ini terlihat jelas dalam penetapan program prioritas yang meliputi : Pencegahan infeksi baru HIV, Perawatan, Dukungan dan Pengobatan terhadap Orang dengan HIV-AIDS (ODHA), Surveilens HIV dan AIDS serta Infeksi Menular lainnya, Penelitian, Lingkungan yang Kondusif, Koordinasi Multipihak, serta Kesenambungan Penanggulangan.

Seiring dengan meningkatnya epidemi HIV di Indonesia maka pelayanan kesehatan gigi dan mulut terhadap ODHA perlu mendapat perhatian khusus terkait upaya pengendalian infeksi HIV. Pemberian pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang tepat untuk ODHA sekaligus harus dapat memberikan perlindungan kepada pasien lain di fasilitas kesehatan terhadap bahaya infeksi HIV serta melindungi petugas kesehatan, sehingga tidak perlu khawatir dalam memberikan pelayanan kepada semua pasien termasuk pasien yang diketahui menderita HIV-AIDS.

Mengingat saat ini belum ada kebijakan tertulis formal khusus untuk penanganan kesehatan gigi dan mulut bagi ODHA, sehingga pemahaman dan kemampuan petugas kesehatan khususnya dalam penanganan kesehatan gigi dan mulut belum memadai dan tidak merata, maka diperlukan suatu Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Saya menyambut baik dan menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih pada berbagai pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Semoga ini dapat memberikan kontribusi kepada masyarakat luas dalam memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara optimal.

Jakarta, November 2012

Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by a horizontal line and a small mark at the end.

dr. Supriyantoro, Sp. P, MARS

## **TIM PENYUSUN**

dr. Bambang Sardjono, MPH

drg. Sudono, M.Kes

drg. Dewi Kartini Sari, M.Kes

drg. Ellya Farida, M.Kes

drg. Nurindah.K,M.Kes

drg. Yunnie Adisetyani

drg. Aditia Putri

drg. Leslie Nur Rahmani

## KONTRIBUTOR

DR. drg. Harum Sasanti, Sp.PM  
drg. Desiana Radhitia, Sp.PM  
drg. Gus Permana, Sp.PM, PhD  
drg. Yulia S.B.Widyastuti, Sp.KGA  
drg. Andriana Nani Julifa  
Costy Pandjaitan, CVRN, SKM, Mars  
Rahmad Nur Kurniawan, S.Psi  
drg. Lisya Anggria Nazahar  
drg. Tiwi Ambarwati, MM  
drg. Bagus Ario Wibowo, MM  
drg. Rachmi Amtha, MDS, PhD  
Rina Luciawaty, S.Pd, M.Kes  
dr.H.Susatyo Triwilopo, MPH  
drg. Sri Mulyanti, M.Kes  
Dr.drg.Andi Jimmy, Sp.BM, MBA  
drg. Etty Sofia, Sp.KGA  
drg. Tenny Setiani Dewi, M.Kes, Sp.PM  
Pantjawidi D, SKM, M.Kes  
dr. Dyah Agustina Waluyo  
drs. R. Julianto  
Endang Purwaningsih, SH, S.SiT  
Emma Ningrum, SH  
Dewi Esty Saptanti, BSc

## DAFTAR ISI

<b>KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN NOMOR: HK.02.04/II/960/2012 TENTANG MODUL PELATIHAN IDENTIFIKASI LESI RONGGA MULUT DAN PENATALAKSANAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ODHA BAGI TENAGA KESEHATAN GIGI DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN</b>	<b>..... i</b>
<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>..... v</b>
<b>SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN</b>	<b>..... vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>..... x</b>
<b>I. DESKRIPSI SINGKAT</b>	<b>..... 1</b>
<b>II. TUJUAN PEMBELAJARAN</b>	<b>..... 3</b>
A. Tujuan Pembelajaran Umum	..... 3
B. Tujuan Pembelajaran Khusus	..... 3
<b>III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN</b>	<b>..... 4</b>
A. Materi Dasar	..... 4
B. Materi Inti	..... 4
<b>IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN</b>	<b>..... 6</b>
<b>V. URAIAN MATERI</b>	<b>..... 12</b>
A. Materi Dasar	..... 12
B. Materi Inti	..... 12
1. Kecenderungan di Masa Mendatang HIV dan AIDS	..... 12
2. Dampak Sosial dan Ekonomi	..... 13

3. Gambaran Umum Infeksi HIV dan AIDS .....	16
4. Manifestasi HIV dan AIDS dalam Rongga Mulut .....	17
5. Penatalaksanaan Kasus Pelayanan Kesehatan Gigi ..... dan Mulut pada ODHA	34
6. Rujukan, Pencatatan dan Pelaporan .....	61
<b>VI. PENUTUP .....</b>	<b>62</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>63</b>
<b>Lampiran 1</b>	
Laporan Bulanan Kegiatan Penatalaksanaan HIV dan AIDS Dalam ..... Rongga Mulut Bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Kesehatan	65
<b>Lampiran 2</b>	
Form Rujukan Pasien .....	66
<b>Lampiran 3</b>	
Kurikulum Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan ..... Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	67
<b>Lampiran 4</b>	
GBPP Pelatihan Penatalaksanaan HIV dan AIDS Dalam Rongga ..... Mulut bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Kesehatan	68

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Kandidiasis Pseudomembran .....	21
Gambar 2.	Erythematous Candidiasis .....	22
Gambar 3.	Hiperplastik Kandidiasis .....	22
Gambar 4.	Angular Cheilitis .....	22
Gambar 5.	Hairy Leukoplakia .....	24
Gambar 6.	Linear Gingival Erythema .....	25
Gambar 7.	Necrotizing Ulcerative Periodontitis .....	25
Gambar 8.	Necrotizing Ulcerative Gingivitis (NUG) .....	26
Gambar 9.	HIV-Necrotizing Oral Ulcerative .....	27
Gambar 10.	Sarkoma Kaposi .....	28
Gambar 11.	Non-Hodgkin's Lymphoma .....	29
Gambar 12.	Recurrent Aphthous Ulcerations .....	30
Gambar 13.	Infeksi Herpes Simplex .....	31
Gambar 14.	Infeksi Herpes Zoster .....	32
Gambar 15.	Human Papiloma .....	33
Gambar 16.	Cara mencuci tangan yang tepat dengan air mengalir .	38
Gambar 17.	Cara mencuci tangan dengan menggunakan handrub/ cairan berbasis alkohol .....	38
Gambar 18.	Alat Pelindung Diri (APD) .....	42
Gambar 19.	Wadah pembuangan instrumen tajam disposable .....	47
Gambar 20.	Menutup jarum suntik dengan teknik satu-tangan .....	47
Gambar 21.	Etika Batuk .....	48
Gambar 22.	Pembagian Zona dalam Pelayanan Kedokteran Gigi ....	54



Gambar 23.	Alur Alat/Instrumen dalam Pelayanan Kedokteran Gigi	54
Gambar 24.	Sterilisasi menggunakan autoklaf .....	57
Gambar 25.	Sterilisasi menggunakan panci tekan .....	57
Gambar 26.	Pembungkusan alat setelah dilakukan sterilisasi .....	58
Gambar 27.	Wadah-wadah dalam upaya kontrol infeksi di UKGS ...	61
Gambar 28.	Penyimpanan alat-alat saat melakukan UKGS .....	61



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang antara lain diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Di tahun-tahun mendatang tantangan yang dihadapi dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS semakin besar dan rumit sehingga diperlukan strategi baru untuk menghadapinya. Strategi Nasional 2007-2010 (STRANAS 2007-2010) menjabarkan paradigma baru dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dari upaya yang terfragmentasi menjadi upaya yang komprehensif dan terintegrasi diselenggarakan dengan harmonis oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholder*) (*Stranas HIV dan AIDS 2007-2010*).

Strategi ini akan terus mengembangkan kemajuan yang telah dicapai oleh strategi-strategi sebelumnya. Akselerasi upaya perawatan, pengobatan dan dukungan pada orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA) dijalankan bersamaan dengan akselerasi upaya pencegahan baik dilingkungan sub-populasi berperilaku risiko tinggi maupun dilingkungan sub-populasi berperilaku risiko rendah dan masyarakat umum.

Untuk mencapai pembangunan kesehatan, maka kebijakan dalam bidang kesehatan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi kepentingan masyarakat, oleh itu Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan beberapa kebijakan dibidang kesehatan antara lain melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 374/Men.Kes/SK/V2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional Bentuk dan Cara Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan, dinyatakan Masalah strategis SDM Kesehatan yang dihadapi dewasa ini dan di masa depan adalah: a) Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan belum

dapat memenuhi kebutuhan SDM untuk pembangunan kesehatan; b) Perencanaan kebijakan dan program SDM Kesehatan masih lemah dan belum didukung sistem informasi SDM Kesehatan yang memadai; c) Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan berbagai jenis SDM Kesehatan. Kualitas hasil pendidikan SDM Kesehatan dan pelatihan kesehatan pada umumnya masih belum memadai; d) Dalam pendayagunaan SDM Kesehatan, pemerataan SDM Kesehatan berkualitas masih kurang. Pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi belum sebagaimana mestinya. Regulasi untuk mendukung SDM Kesehatan masih terbatas; serta e) Pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan serta dukungan sumber daya SDM Kesehatan masih kurang.

Ada sekitar 30-80% ODHA mengalami kelainan di rongga mulut. Manifestasi mulut tertentu merupakan penanda dini infeksi, dimana manifestasi infeksi HIV di mulut merupakan salah satu *entry point* pemberian TAR.

Mengingat bahwa HIV lebih banyak menjangkiti orang muda dan mereka yang berada pada umur produktif utama (94% pada kelompok usia 19 sampai 49 tahun), epidemi HIV dan AIDS memiliki dampak yang besar pada angkatan kerja, hal ini terjadi di Papua (*Stranas HIV DAN AIDS 2007-2010*).

WHO mempunyai berbagai kegiatan untuk mengontrol HIV dan Aids yang berhubungan dengan kondisi di mulut. Hasil dari "*The Phuket Declaration on Oral Health in HIV/AIDS 2004, a Commitment to Action*" adalah manajemen prosedur untuk melindungi pasien dan tenaga kesehatan terutama kesehatan gigi, penanganan yang spesifik pada lesi oral mukosa, pengurangan insidensi infeksi oral fasial yang oportunistik, meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang kompeten dalam mendiagnosa dan mengelola manifestasi oral dari infeksi HIV serta meningkatkan jumlah pembuat keputusan (*policy maker*) yang sadar akan implikasi infeksi HIV pada mulut. Begitu pula pada target WHO 2020 tentang manifestasi infeksi HIV di rongga mulut yaitu berkurangnya persentasi prevalensi infeksi oportunistik oro-fasial, peningkatan persentasi jumlah penyedia layanan kesehatan yang kompeten dalam perawatan

manifestasi oral dari infeksi HIV dan peningkatan persentasi jumlah pembuat kebijakan yang memperhatikan implikasi oral dari infeksi HIV. Pada WHA A 60/16 WHO 2007 menyatakan bahwa pencegahan penyakit mulut yang berhubungan dengan HIV dan AIDS serta meningkatkan kesehatan mulut dan kualitas hidup orang dengan HIV.

Agar hal tersebut dapat berjalan sesuai tujuan yang ingin dicapai, maka perlu dibuat **Modul Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan** sebagai pegangan bagi daerah untuk pelatihan terhadap pelaksana program dan kegiatan serta pelayanan kesehatan, yang disusun sesuai dengan kebijakan pelatihan dibidang kesehatan serta tertuang dalam Pedoman Penyusunan Kurikulum Modul Pelatihan Berorientasi Pembelajaran, Departemen Kesehatan tahun 2003.

## **II. TUJUAN PEMBELAJARAN**

### **A. Tujuan Pembelajaran Umum**

Pada akhir sesi ini, peserta mampu memahami masalah HIV dan AIDS di Indonesia, mengidentifikasi lesi rongga mulut dan melakukan penatalaksanaan kesehatan gigi-mulut pada ODHA bagi tenaga kesehatan gigi di fasilitas pelayanan kesehatan.

### **B. Tujuan Pembelajaran Khusus**

Pada sesi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan kecenderungan dimasa datang HIV dan AIDS.
  - Sebaran kasus HIV dan AIDS; epidemiologi, kelompok masyarakat yang berisiko, gaya hidup berisiko.
2. Menjelaskan dampak sosial dan ekonomi.
  - Dampak Terhadap Demografi.
  - Dampak Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan.

- Dampak Terhadap Ekonomi Nasional.
  - Dampak Terhadap Tatahan Sosial.
3. Menjelaskan gambaran umum infeksi HIV dan AIDS.
  4. Menjelaskan manifestasi HIV dan AIDS dalam rongga mulut.
    - Kelainan yang terkait erat dengan infeksi HIV dan AIDS.
    - Kelainan yang tidak terkait erat dengan infeksi HIV dan AIDS.
  5. Melakukan penatalaksanaan kasus pelayanan kesehatan gigi pada ODHA.
    - Prosedur penatalaksanaan pengendalian infeksi.
    - Prosedur perawatan kasus konservasi gigi, periodonti, ortodonti, prostodonti, bedah mulut.
    - Prosedur sterilisasi dan penatalaksanaan limbah/sampah medis.
  6. Rujukan, pencatatan dan pelaporan.

### **III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN**

#### **A. Materi Dasar**

Pengenalan Singkat Kebijakan Bidang Terkait HIV dan AIDS.

#### **B. Materi Inti**

1. Kecenderungan di Masa Mendatang HIV dan AIDS.
  - a. Kecenderungan Epidemi.
  - b. Kecenderungan Respon.

2. Dampak Sosial dan Ekonomi.
  - a. Dampak Terhadap Demografi.
  - b. Dampak Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan.
  - c. Dampak Terhadap Ekonomi Nasional.
  - d. Dampak Terhadap Tatahan Sosial.
3. Menjelaskan Gambaran Umum infeksi HIV dan AIDS.
4. Menjelaskan Manifestasi HIV dan AIDS dalam Rongga Mulut.
  - a. Kondisi HIV dan AIDS.
  - b. Sebaran Kasus HIV dan AIDS.
  - c. Manifestasi HIV dan AIDS dalam Rongga Mulut.
5. Melakukan Penatalaksanaan Kasus Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA.
  - a. Prosedur Penatalaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
  - b. Prosedur Perawatan Kasus Konservasi Gigi, Periodonti, Ortodonti, Prostodonti, Bedah Mulut.
  - c. Prosedur Sterilisasi Dan Penatalaksanaan Limbah/Sampah Medis.
6. Rujukan, Pencatatan dan Pelaporan.
  - a. Rujukan.
  - b. Pencatatan.
  - c. Pelaporan.

## **IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN**

Pada sesi ini, peserta akan mempelajari identifikasi lesi rongga mulut dan penatalaksanaan kasus kesehatan gigi-mulut pada ODHA bagi tenaga kesehatan gigi di fasilitas kesehatan yang terdapat pada pokok bahasan dan sub pokok bahasannya. Berikut ini disampaikan kegiatan fasilitator dan peserta dengan lembar kerja masing-masing. Fasilitator mempergunakan lembar kerja fasilitator. Peserta pelatihan mempergunakan lembar kerja peserta.

### **Langkah 1**

#### **Kegiatan fasilitator:**

Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi sesuai kurikulum dan garis-garis besar proses pembelajaran.

### **Langkah 2**

#### **Kegiatan fasilitator:**

Pokok bahasan materi dasar ke sub pokok bahasan pengenalan secara singkat terkait kebijakan tentang kesehatan terkait dengan HIV dan AIDS, antara lain sistem kesehatan nasional dan kebijakan HIV dan AIDS serta membagi peserta dalam beberapa kelompok.

1. Memfasilitasi kegiatan diskusi tentang sistem kesehatan nasional dan kebijakan HIV dan AIDS.
2. Pergunakan lembar kerja yang tersedia.
3. Memberikan klarifikasi atas hasil diskusi peserta.



**Kegiatan peserta :**

Meminta peserta peran aktif untuk:

1. Mendiskusikan dengan kelompok mengenai kebijakan bidang kesehatan dengan menggunakan lembar kerja yang tersedia.
2. Presentasikan hasil diskusi kelompok peserta.
3. Memberikan respon atas diskusi kelompok peserta dari kelompok lain.

**Langkah 3****Kegiatan fasilitator :**

Pokok bahasan materi dasar ke sub pokok bahasan gambaran umum HIV dan AIDS. Memfasilitasi kegiatan diskusi tentang gambaran umum HIV dan AIDS .

1. Penggunaan lembar kerja yang tersedia.
2. Memberikan klarifikasi atas hasil diskusi peserta.

**Kegiatan peserta :**

Meminta peserta peran aktif untuk:

1. Mendiskusikan dengan kelompok mengenai gambaran umum HIV dan AIDS dan lain-lain dengan menggunakan lembar kerja yang tersedia.
2. Presentasikan hasil diskusi kelompok peserta.
3. Memberikan respon atas diskusi kelompok peserta dari kelompok lain.

#### **Langkah 4**

Pokok bahasan materi Kecenderungan Dimasa Datang HIV dan AIDS, sub pokok bahasan Kecenderungan Epidemi dan Kecenderungan Respon.

##### **Kegiatan fasilitator :**

1. Menyampaikan pokok bahasan Kecenderungan Dimasa Datang HIV dan AIDS, sub pokok bahasan bagian Kecenderungan Epidemi dan Kecenderungan Respon.
2. Mengatur acara berbagai pandangan dan bertukar pengalaman antar peserta.
3. Meminta peserta untuk melengkapi bagan pada lembar kerja.
4. Bersama peserta mencocokkan bagan lembar kerja dengan pokok bahasan dan sub pokok bahasan secara interaktif.

##### **Kegiatan peserta :**

Meminta peserta untuk menuliskan pendapat masing-masing mengenai:

1. Keterkaitan antara pokok bahasan dan sub pokok bahasannya dan antara sub pokok bahasan.
2. Bila ada kaitannya, maka peserta dapat menjelaskan mengapa hal tersebut dapat terjadi.
3. Sampaikan pandangan dan pendapatnya serta berbagi pengalaman terkait dengan point 1 dan 2.
4. Melengkapi bagan pada lembar kerja yang tersedia.
5. Bersama fasilitator mencocokkan antara pokok bahasan dan sub pokok bahasan sesuai materi yang diberikan.

#### **Langkah 5**

Pokok bahasan 2 mengenai Dampak Sosial dan Ekonomi terhadap HIV dan AIDS, sub pokok bahasan Dampak Terhadap Demografi, Dampak Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan, Dampak Terhadap Ekonomi Nasional dan Dampak Terhadap Tatahan Sosial.

**Kegiatan fasilitator :**

1. Mengalihkan ke sub pokok bahasan antara lain Dampak Terhadap Demografi, Dampak Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan, Dampak Terhadap Ekonomi Nasional dan Dampak Terhadap Tatahan Sosial terhadap HIV dan AIDS, dengan membagi peserta dalam beberapa kelompok.
2. Memfasilitasi kegiatan diskusi.
3. Menggunakan lembar kerja yang tersedia.
4. Memberikan klarifikasi atas hasil diskusi peserta.

**Kegiatan peserta :**

Meminta peserta peran aktif untuk:

1. Mendiskusikan dengan kelompok mengenai Dampak Terhadap Demografi, Dampak Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan, Dampak Terhadap Ekonomi Nasional dan Dampak Terhadap Tatahan Sosial terhadap HIV dan AIDS dengan lembar kerja yang tersedia.
2. Presentasikan hasil diskusi kelompok peserta.
3. Memberikan respon atas diskusi kelompok peserta dari kelompok lain.

**Langkah 6**

Pokok bahasan 3 mengenai gambaran HIV dan AIDS dalam rongga mulut, sub pokok bahasan mengenai kondisi HIV dan AIDS, sebaran AIDS, manifestasi AIDS dalam rongga mulut.

**Kegiatan fasilitator :**

1. Mengalihkan ke sub pokok bahasan mengenai kondisi HIV dan AIDS, sebaran AIDS dan manifestasi AIDS dalam rongga mulut.
2. Memfasilitasi kegiatan diskusi tentang materi pada poin 1.
3. Menggunakan lembar kerja yang tersedia.
4. Memberikan klarifikasi atas hasil diskusi peserta.

**Kegiatan peserta :**

Meminta peserta berperan aktif untuk :

1. Mendiskusikan dengan kelompok mengenai pada sub pokok bahasan pada poin 1.
2. Presentasikan hasil diskusi kelompok peserta.
3. Memberikan respon atas diskusi kelompok peserta dari kelompok lain.

**Langkah 7**

Pokok bahasan 4 mengenai penatalaksanaan HIV dan AIDS, sub pokok bahasan gambaran penatalaksanaan dan penatalaksanaan HIV dan AIDS dalam rongga mulut.

**Kegiatan fasilitator :**

1. Mengalihkan ke sub pokok bahasan mengenai gambaran penatalaksanaan dan penatalaksanaan HIV dan AIDS dalam rongga mulut.
2. Memfasilitasi kegiatan diskusi peserta tentang sub pokok bahasan.
3. Menggunakan lembar kerja yang tersedia.
4. Memberikan klarifikasi atas hasil diskusi peserta.

**Kegiatan peserta :**

Meminta peserta berperan aktif untuk :

1. Mendiskusikan dengan kelompok mengenai gambaran penatalaksanaan dan penatalaksanaan HIV dan AIDS dalam rongga mulut.
2. Presentasikan hasil diskusi kelompok peserta.
3. Memberikan respon atas diskusi kelompok peserta dari kelompok lain.

## **Langkah 8**

Pokok bahasan 5 mengenai rujukan, pencatatan dan pelaporan.

### **Kegiatan fasilitator :**

1. Mengalihkan ke sub pokok bahasan rujukan pada pasca penatalaksanaan HIV dan AIDS di fasilitas kesehatan, pencatatan dan pelaporannya.
2. Memfasilitasi kegiatan diskusi tentang rujukan, pencatatan dan pelaporan.
3. Menggunakan lembar kerja yang tersedia.
4. Memberikan klarifikasi atas hasil diskusi peserta.

### **Kegiatan peserta :**

Meminta peserta peran aktif untuk:

1. Mendiskusikan dengan kelompok mengenai ibu hamil dan balita yang rawan terhadap penyakit gigi dan mulut.
2. Presentasikan hasil diskusi kelompok peserta.
3. Memberikan respon atas diskusi kelompok peserta dari kelompok lain.

## **V. URAIAN MATERI**

### **A. Materi Dasar**

#### **Pengenalan Singkat Kebijakan Bidang Kesehatan**

Pengenalan secara singkat tentang kebijakan kesehatan termasuk kebijakan, peraturan/keputusan kementerian kesehatan, pedoman dan lain-lain terkait HIV dan AIDS.

### **B. Materi Inti**

#### **1. Kecenderungan di Masa Mendatang HIV dan AIDS**

##### **a. Kecenderungan Epidemi**

Para ahli epidemiologi Indonesia dalam kajiannya tentang kecenderungan epidemi HIV dan AIDS memproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan yang bermakna, maka pada tahun 2010 jumlah kasus AIDS menjadi 400.000 orang dengan kematian 100.000 orang dan pada tahun 2015 menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang. Penularan dari sub-populasi berperilaku berisiko kepada isteri atau pasangannya akan terus berlanjut. Diperkirakan pada akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38,500 anak yang dilahirkan dari ibu yang sudah terinfeksi HIV.

Kecenderungan ini disebabkan meningkatnya jumlah sub-populasi berperilaku berisiko terutama penyalahgunaan narkoba dan karena masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Keterbatasan kesediaan obat dan resistensi terhadap obat anti retroviral (ARV) lini pertama sangat berperan terhadap peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS.

##### **b. Kecenderungan Respon**

Peraturan Presiden No. 75 Tahun 2006 mengamanatkan perlunya peningkatan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di

seluruh Indonesia. Respons harus ditujukan untuk mengurangi semaksimal mungkin peningkatan kasus baru dan kematian.

Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkat diharapkan semakin kuat dan ditunjang oleh anggaran dari pemerintah yang sejalan dengan masalah yang dihadapi. Sektor lain dari masyarakat sipil, termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) diharapkan dapat berperan serta sebagai mitra pemerintah yang cakupannya hingga ke tingkat desa.

Sementara itu mitra internasional diperkirakan akan terus membantu pemerintah setidaknya sampai tahun 2010. Akan tetapi disamping sikap optimis, pelaksanaan respons nasional akan menghadapi tantangan yang tidak kecil yang harus dicermati.

## **2. Dampak Sosial dan Ekonomi**

### **a. Dampak Terhadap Demografi**

Salah satu efek jangka panjang endemi HIV dan AIDS yang telah meluas, seperti yang telah terjadi di Papua, sangat berdampak pada demografi penyakit AIDS di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh tingginya proporsi kelompok umur produktif yang terkena penyakit yang membahayakan ini, sehingga akan menurunkan angka harapan hidup. Semakin banyak orang dengan usia produktif yang terkena infeksi HIV dan AIDS, maka semakin kecil kontribusi mereka pada ekonomi nasional dan perkembangan sosialnya.

Hal ini menjadi masalah yang penting karena hilangnya individu yang terlatih dalam jumlah besar tidak akan mudah dapat digantikan. Pada tingkat makro, biaya yang berhubungan dengan kehilangan seperti itu, seumpama meningkatnya pekerja yang tidak hadir, meningkatnya biaya pelatihan, pendapatan yang berkurang, dan sumber daya yang seharusnya dipakai untuk aktivitas produktif terpaksa dialihkan pada perawatan

kesehatan, waktu yang terbuang untuk merawat anggota keluarga yang sakit, dan lainnya, juga akan meningkat.

**b. Dampak Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan**

Tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS pada setiap kelompok umur, menyebabkan tingginya kebutuhan jasa pelayanan kesehatan. Lambatnya perjalanan infeksi HIV serta sulitnya mendeteksi secara dini penyakit ini, menyebabkan pasien sering ditemukan pada stadium yang sudah AIDS. Hal ini berarti semakin meningkatkan kebutuhan dana untuk perawatannya.

Selain meningkatnya waktu yang dihabiskan oleh anggota keluarga untuk merawat pasien, yang cenderung tidak dapat melakukan aktivitas yang produktif. Waktu dan sumber daya yang diberikan untuk merawat pasien HIV dan AIDS sedikit demi sedikit dapat mempengaruhi program lainnya dan menghabiskan sumber daya untuk aktivitas kesehatan lainnya.

Penelitian yang dilakukan oleh John Kaldor dkk pada tahun 2005 memprediksi bahwa pada tahun 2010, bila upaya penanggulangan tidak ditingkatkan maka 6% tempat tidur akan digunakan oleh penderita AIDS dan di Papua mencapai 14% dan pada tahun 2025 angka-angka tersebut akan menjadi 11% dan 29%. Meningkatnya jumlah penderita AIDS berarti meningkatnya kebutuhan ARV.

Rusaknya sistem kekebalan tubuh telah memperparah masalah kesehatan masyarakat yang sebelumnya telah ada yaitu tuberkulosis. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa kejadian TB telah meningkat secara nyata di antara kasus HIV. TB masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia dimana setiap tahunnya ditemukan lebih dari 300.000 kasus baru, maka perawatan untuk kedua jenis penyakit ini harus dilakukan secara bersamaan.



### **c. Dampak Terhadap Ekonomi Nasional**

Mengingat bahwa HIV lebih banyak menjangkiti orang muda dan mereka yang berada pada umur produktif utama (94% pada kelompok usia 19 sampai 49 tahun), epidemi HIV dan AIDS memiliki dampak yang besar pada angkatan kerja, terutama di Papua. Epidemi HIV dan AIDS akan meningkatkan terjadinya kemiskinan dan ketidak seimbangan ekonomi yang diakibatkan oleh dampaknya pada individu dan ekonomi.

Dari sudut pandang individu HIV dan AIDS berarti tidak dapat masuk kerja, jumlah hari kerja yang berkurang, kesempatan yang terbatas untuk mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang lebih baik dan umur masa produktif yang lebih pendek. Dampak individu ini harus diperhitungkan bersamaan dengan dampak ekonomi pada anggota keluarga dan komunitas. Dampak pada dunia bisnis termasuk hilangnya keuntungan dan produktivitas yang diakibatkan oleh berkurangnya semangat kerja, meningkatnya ketidakhadiran karena izin sakit atau merawat anggota keluarga, percepatan masa penggantian pekerja karena kehilangan pekerja yang berpengalaman lebih cepat dari yang seharusnya, menurunnya produktivitas akibat pekerja baru dan bertambahnya investasi untuk melatih mereka. HIV dan AIDS juga berperan dalam berkurangnya moral pekerja (takut akan diskriminasi, kehilangan rekan kerja, rasa khawatir) dan juga pada penghasilan pekerja akibat meningkatnya permintaan untuk biaya perawatan medis dari pusat pelayanan kesehatan para pekerja, pensiun dini, pembayaran dini dari dana pensiun akibat kematian dini, dan meningkatnya biaya asuransi.

Pengembangan program pencegahan dan perawatan HIV di tempat kerja yang kuat dengan keikutsertaan organisasi manajemen dan pekerja sangatlah penting bagi Indonesia.

Perkembangan ekonomi akan tertahan apabila epidemi HIV menyebabkan kemiskinan bagi para penderitanya sehingga

meningkatkan kesenjangan yang kemudian menimbulkan lebih banyak lagi keadaan yang tidak stabil.

Meskipun kemiskinan adalah faktor yang paling jelas dalam menimbulkan keadaan resiko tinggi dan memaksa banyak orang ke dalam perilaku yang beresiko tinggi, kebalikannya dapat pula berlaku – pendapatan yang berlebih, terutama di luar pengetahuan keluarga dan komunitas – dapat pula menimbulkan resiko yang sama. Pendapatan yang besar (umumnya tersedia bagi pekerja terampil pada pekerjaan yang profesional) membuka kesempatan bagi individu untuk melakukan perilaku resiko tinggi yang sama: berpergian jauh dari rumah, pasangan sex yang banyak, berhubungan dengan PSK, obat terlarang, minuman keras, dan lainnya.

#### **d. Dampak Terhadap Tatanan Sosial**

Stigma dan diskriminasi pada penderita AIDS akan berdampak pada tatanan sosial masyarakat, yaitu kehilangan kasih sayang, pergaulan, pekerjaan dan keretakan rumah tangga yang berakhir dalam perceraian atau kerawanan sosial. Oleh sebab itu keterbukaan dan hilangnya stigma dan diskriminasi sangat perlu mendapat perhatian dimasa mendatang.

### **3. Gambaran Umum Infeksi HIV dan AIDS**

AIDS merupakan salah satu penyakit yang sangat menular dengan angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi. AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit yang ditandai dengan rusaknya sistem kekebalan tubuh sehingga mudah diserang berbagai macam infeksi oportunistik yang disebabkan oleh virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).

Penyakit AIDS tidak ditularkan melalui kontak biasa, namun ditularkan melalui hubungan seksual, kontak darah yang tercemar HIV dan melalui jarum suntik atau alat kedokteran lainnya yang tercemar HIV. Sebaliknya AIDS tidak dapat ditularkan melalui berciuman, berjabat tangan, gigitan serangga, minuman, atau kontak biasa

dalam keluarga, sekolah, kolam renang, WC umum atau tempat kerja dengan penderita AIDS.

AIDS mempunyai gambaran klinis yang amat bervariasi. Pada stadium awal, gejalanya bersifat asimtomatik, pasien hanya merasakan seperti terkena flu dan merasa mudah lelah. Stadium ini disebut stadium asimtomatik atau periode jendela. Gejala selanjutnya timbul pembengkakan kelenjar getah bening pada ketiak dan pangkal paha yang menetap dan nafsu makan menurun/hilang. Stadium ini disebut *persisten generalized lymphadenopathy* (PGL). Stadium yang lebih lanjut atau *AIDS Related Complex* (ARC) ditandai dengan demam yang terus menerus mencapai 39°C atau berkeringat pada malam hari, diare, berat badan turun, bercak hitam pada kulit dan selaput lendir yang tidak bisa sembuh, batuk-batuk yang berkepanjangan, mudah memar, radang paru (*pneumocystis carinii*), kandidiasis oral dan oesophagus, infeksi *cytomegalovirus* atau herpes dan sarcoma kaposi. (Scully, 2010)

#### **4. Manifestasi HIV dan AIDS dalam Rongga Mulut**

##### **a. Kondisi HIV dan AIDS**

Infeksi HIV atau pemakaian obat anti HIV tidak berpengaruh pada pertumbuhan gigi. Kemungkinan yang ada adalah pada perkembangan tulang pendukung gigi yang semakin berkurangnya kepadatannya.

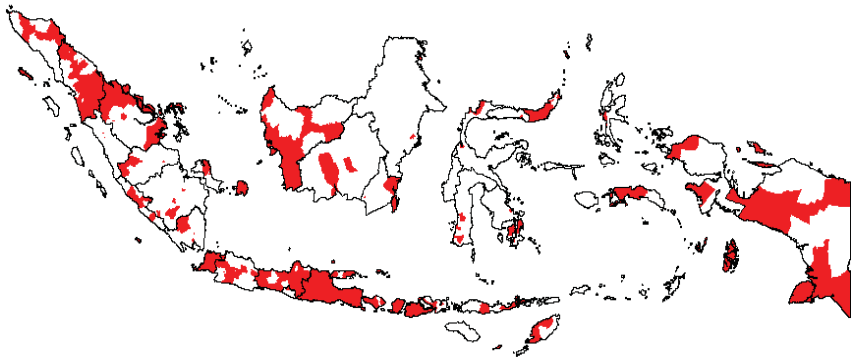
Pada dasarnya, tidak ada kontraindikasi pengobatan gigi dan mulut pada penderita HIV dan AIDS. Namun asumsi yang berkembang sekarang ini dikalangan tenaga kesehatan adalah bahwa mereka dapat tertular HIV secara langsung. Hal ini disebabkan karena adanya laporan awal epidemik AIDS yang menyatakan prosedur perawatan saluran akar tidak dapat dilakukan pada penderita HIV. Begitu juga perawatan gigi sebaiknya ditunda apabila memiliki jumlah CD4 dibawah 200 sel/mm<sup>3</sup>. Walaupun laporan ini tidak akurat, tetapi dampaknya dapat terus dirasakan sampai saat ini.

Seluruh prosedur dan tindakan di bidang kedokteran gigi seperti bedah periodontal, perawatan saluran akar, orthodonti, implant, bleaching, dan bridges dapat dengan aman dan efektif dilakukan dalam tim.

Penularan HIV dan mikroba lainnya sebetulnya secara efektif dapat dihindarkan dengan menerapkan secara ketat prinsip-prinsip kontrol infeksi melalui pengendalian infeksi atau kewaspadaan standar. Akan tetapi tidak berarti para praktisi tidak perlu berhati-hati ini karena kegagalan menerapkan teknik aseptis mungkin saja terjadi. Pengetahuan akan bermacam penyakit menumbuhkan kesadaran perlunya penerapan tindakan pencegahan/kewaspadaan standar secara konsisten kepada tiap pasien yang dirawat, tidak memandang apakah dia seorang pasien yang tampak sehat atau seseorang pasien yang jelas diketahui mengidap penyakit infeksi.

**b. Sebaran Kasus HIV dan AIDS**

**Sebaran Kabupaten/Kota yang Sudah Melaporkan Kasus AIDS Hingga September 2008.**



Di Indonesia menurut data Kementerian Kesehatan hingga akhir September 2008, secara kumulatif jumlah kasus AIDS yang dilaporkan berjumlah 15.136 kasus. Data didapat dari laporan 32 Propinsi dan 214 Kabupaten/kota.

Rasio laki laki dan perempuan dari kasus AIDS yang dilaporkan adalah 3 : 1, sebanyak 11.367 kasus adalah laki-laki, 3.684 kasus adalah perempuan dan 85 kasus tidak diketahui jenis kelaminnya. Berdasarkan penularan sebanyak 42.8% melalui penggunaan Napza suntik, 46.6% melalui penularan hubungan heteroseksual, 3.9% melalui hubungan homoseksual, 1.9% melalui prenatal, 0.3% melalui tranfusi darah dan hemofilia, dan 4.5% tidak diketahui.

Kasus AIDS terbanyak dilaporkan oleh Propinsi Jakarta sebanyak 2.727 kasus, diikuti Jawa Barat 2.603 kasus, Jawa Timur 2.525 kasus, Papua 2.294 kasus, Bali 869 kasus, Kalimantan Barat 730 kasus, Sumatera Utara 670 kasus, Jawa Tengah 409 kasus, Riau 364 kasus, dan Kepulauan Riau 271 kasus.

Hasil Pemodelan epidemi di Indonesia memproyeksikan jumlah ODHA usia 15-49 tahun yang terus meningkat dari 277.700 pada tahun 2008 menjadi 501.400 pada tahun 2014. Hasil tersebut dengan asumsi bahwa tidak ada perubahan yang signifikan dari upaya pengendalian HIV dan AIDS pada kurun waktu tersebut.

Sebagai dampaknya, kebutuhan pengobatan ARV untuk populasi usia 15-49 tahun juga meningkat dari 30.100 pada tahun 2008 hingga hampir tiga kali lipat pada tahun 2014. Begitu juga dengan jumlah kematian terkait AIDS pada populasi 15-19 tahun meningkat hingga lebih tiga kali lipat dari 10.400 pada tahun 2008 menjadi 32.900 di tahun 2014. Proyeksi kematian terkait AIDS tersebut dihasilkan dengan asumsi cakupan pengobatan ARV tahun 2009 hingga 2014 sama dengan tahun 2008.

Untuk mengakomodir kebutuhan layanan pengobatan dan perawatan HIV dan AIDS di seluruh Indonesia, dari 8.114 Puskesmas dan 1.292 Rumah Sakit (baik milik pemerintah maupun swasta) yang terdata pada tahun 2008, baru 234 rumah sakit yang ditunjuk untuk menjadi rumah sakit rujukan ART dan

148 diantaranya telah aktif memberikan layanan pengobatan ARV.

**c. Manifestasi HIV dan AIDS dalam Rongga Mulut**

Sekitar 95% penderita AIDS mengalami manifestasi pada daerah kepala dan leher sebagaimana juga menurut Shiod dan Pinborg 1987. Manifestasi di mulut seringkali merupakan tanda awal infeksi HIV.

**Terkait Erat dengan Infeksi HIV dan AIDS**

**1. Infeksi karena jamur (Oral Candidiasis)**

Kandidiasis mulut sejauh ini merupakan tanda di dalam mulut yang paling sering dijumpai baik pada penderita AIDS dan merupakan tanda dari manifestasi klinis pada penderita kelompok resiko tinggi pada lebih 59% kasus.

Kandidiasis mulut pada penderita AIDS dapat terlihat berupa oral thrush, acute atrophic candidiasis, chronic hyperplastic candidiasis, stomatis angularis (Perleche) serta *deep fungal mycosis* (seperti mucormycosis).

- **Pseudomembranous Candidiasis (Kandidiasis Pseudomembran)**

**Tanda dan Gejala:**

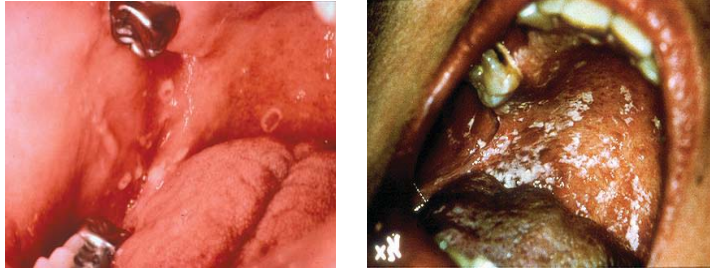
- Bercak atau plak putih kekuningan mukosa mulut.
- Jika plak diangkat meninggalkan permukaan yang kemerahan atau berdarah.

**Pemeriksaan:**

Deteksi dengan tes pemeriksaan langsung hapusan (smear) dengan potasium hidroksida dan kultur jamur atau biopsi.

**Pengobatan:**

- Dengan anti jamur Topikal (nystatin) 4 x 2 ml dikulum 3–5 menit lalu ditelan, selama 2 minggu .
- Obat kumur chlorhexidin gluconat 0,12%.
- Dirujuk ke SpPM atau jika tidak ada ke SpPD atau SpKK.



Gambar 1. Kandidiasis Pseudomembran

- **Erythematous Candidiasis (Kandidiasis Eritema)**

**Tanda dan Gejala:**

- Warna lesi kemerahan sampai merah, datar dan halus, terdapat di daerah palatum, mukosa pipi dan permukaan lidah.
- Keluhan rasa panas di mulut, terutama saat memakan makanan yang asin, pedas atau minum asam.
- Sering muncul pada mulut ODHA, namun jarang terdiagnosis.

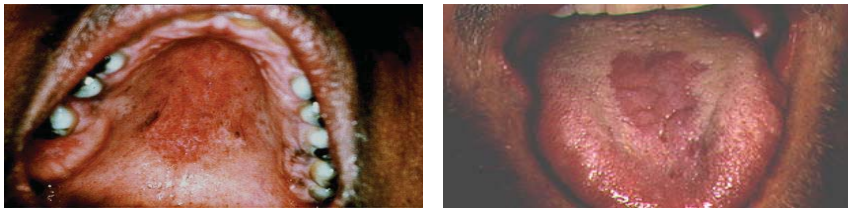
**Pemeriksaan:**

Gejala klinis dan riwayat kesehatan ODHA serta status virologisnya.

**Pengobatan:**

- Topikal (nystatin) 4 x 2 ml dikulum 3–5 menit lalu ditelan, selama 2 minggu.

- Obat kumur chlorhexidin gluconat 0,12%.
- Dirujuk ke SpPM atau jika tidak ada ke SpPD atau SpKK.



Gambar 2. Erythematous Candidiasis (Kandidiasis Eritema)



Gambar 3. Hiperplastik Kandidiasis

- **Angular Cheilitis**

- Eritema atau luka berupa celah di sudut mulut.
- Dapat terjadi dengan atau tanpa adanya kandidiasis eritema atau kandidiasis pseudomembran. Angular cheilitis dapat berlangsung lama jika dibiarkan tanpa perawatan.

**Pengobatan:**

Menggunakan mikonazol krim anti jamur secara topikal. 4 Kali sehari selama 2 minggu.



Gambar 4. Angular Cheilitis



- **Oral Kandidiasis**

**Pengobatan:**

Pengobatan berdasarkan keparahan infeksi. Untuk ringan hingga sedang menggunakan nystatin. Kasus berat yang membutuhkan pengobatan dengan anti jamur sistemik dirujuk ke SpPM atau jika tidak ada SpKK atau SpPD.

Terapi anti jamur selama dua minggu berfungsi untuk :

- Mengurangi pembentukan koloni.
- Mengurangi risiko kekambuhan.

Topikal dengan menggunakan:

- Nystatin oral suspension 100,000 units/ml.

## **2. Hairy Leukoplakia**

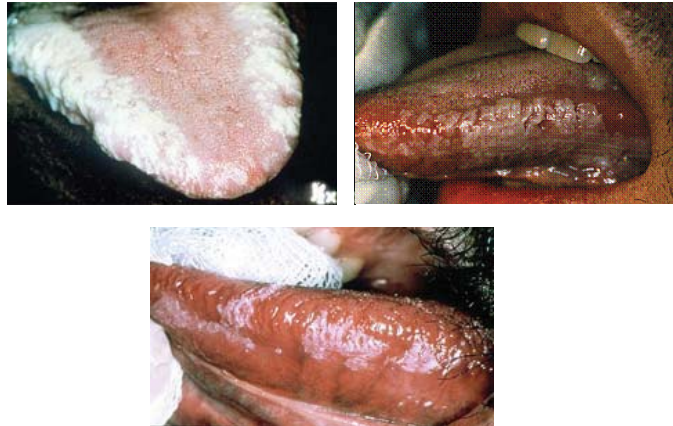
Penyebab: virus Epstein-Barr (EBV).

**Tanda dan gejala:**

- Plak keputihan dengan permukaan kasar seperti rambut. Biasanya pada lateral lidah.
- Sulit untuk diangkat.
- Lesi dapat meluas ke permukaan lidah.
- Tidak menunjukkan gejala spesifik.
- CD4 kurang dari 350 sel/mm<sup>3</sup>.

**Pengobatan:**

- Umumnya tidak membutuhkan pengobatan (pada ODHA yang mendapat terapi ARV), kecuali karena pertimbangan kosmetik.
- Acyclovir krim untuk herpes labialis 5 kali sehari selama 10 - 14 hari.
- Acyclovir tablet 200-400 mg, 5 kali sehari selama 10 - 14 hari.



Gambar 5. Hairy leukoplakia

### 3. Penyakit Periodontal

- **Infeksi Bakteri Linear Gingival Erythema**

Penyakit periodontal, yang disebabkan oleh bakteri.

**Tanda dan gejala:**

- Garis seperti pita merah dengan lebar 2-3 mm sepanjang tepi gusi.
- Dapat timbul pada ODHA dengan oral hygiene yang baik.
- Rasa tidak nyaman dan disertai perdarahan gusi.
- Biasanya pada gigi anterior, tetapi dapat meluas ke gigi posterior.

**Pengobatan:**

- Debridement, oleh Dokter Gigi.
- Kumur dua kali sehari dengan chlorhexidine gluconate 0,12% atau H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 3% 3 kali sehari selama kurang lebih 1 menit sampai lesi mengalami perbaikan.
- Peningkatan oral hygiene.



Gambar 6. Linear Gingival Erythema

- **Necrotizing Ulcerative Periodontitis (NUP)**

**Tanda dan gejala:**

- Merupakan tanda dari penurunan kekebalan yang serius.
- Ulserasi dan nekrosis pada jaringan gusi dan periodontal yang progresif.
- Hilangnya perlekatan jaringan penyangga gigi dan tulang alveolar dengan cepat.
- Tidak dapat sembuh sendiri.
- Sangat sakit, perdarahan, bau busuk.
- Sakit rahang hebat.
- Dapat disertai lepasnya gigi.



Gambar 7. Necrotizing Ulcerative Periodontitis

- **Necrotizing Ulcerative Gingivitis (NUG)**

- Kemerahan sepanjang tepi gingiva yang meluas ke gingiva cekat dan mukosa alveolar
- Terjadi ulserasi pada papila interdental sampai marginal gingiva
- Tertutup jaringan nekrotik, mudah berdarah dan sakit
- Bau mulut busuk sangat jelas karena nekrotik



Gambar 8. Necrotizing Ulcerative Gingivitis (NUG)

- **HIV-Necrotizing Oral Ulceration**

- Necrotizing stomatitis.
- Ukuran: 2-5 mm to 2 -3 cm.
- Frekuensi meningkat pada ODHA.
- Ulserasi dan nekrosis dapat meluas hampir pada seluruh jaringan mulut.
- Sangat sakit dan dapat persisten.

**Pengobatan:**

- *Surface protecting agents.*
- Topical steroids.
- Thalidomide



Gambar 9. HIV-Necrotizing Oral Ulcerations

#### **Pengobatan NUP, NUG dan HIV-Necrotizing Oral Ulcerations**

- Konsultasi Dokter Gigi untuk pembersihan karang gigi, dan jaringan nekrotik/kuretase radikal.
- Irigasi dan kompres larutan H2O2 1.5 - 3% pada lesi 3 kali sehari sampai lesi mengalami perbaikan.
- Pemberian antibiotik yang efektif untuk gram negatif seperti metronidasol 500 mg tiga kali sehari, klindamisin 300 mg dua kali sehari, amoksisilin/asam klavulamat 500 mg tiga kali sehari selama 5 hari.
- Perhatikan pengelolaan rasa sakit, dan nutrisi.
- Untuk kasus NUG dan NUP yang luas dan progresif dirujuk ke spesialis perio untuk dilakukan Sequestrektomi.

#### **4. Sarkoma Kaposi**

- Merupakan penyakit mulut yang paling sering dijumpai berkaitan dengan infeksi HIV, meskipun prevalensi menurun dalam masa HAART.
- Merupakan neoplasma ganas sel endotel.

- Intra oral dan ekstra oral.
- Diagnosis definitif: dengan biopsy.

**Gambaran klinis:**

- Berupa makula, papula, atau nodula.
- Warna ungu kemerahan atau ungu kebiruan (warna makin gelap dengan bertambahnya waktu).
- Awal: datar, merah, dan tanpa gejala.
- Intra oral dapat terjadi di palatum dan gingiva.

**Pengobatan:**

Dirujuk ke Sp.PM atau Sp.BM untuk dilakukan.

- Pembedahan, kemoterapi.
- Radiasi.
- Sklerosing.



Gambar 10. Sarkoma Kaposi

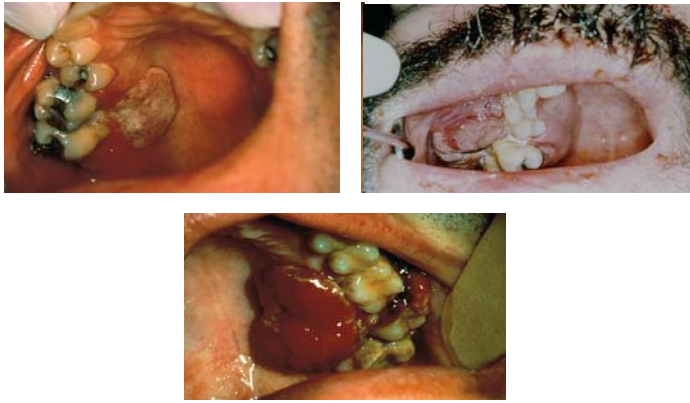
## 5. Limfoma Non-Hodgkin's

**Gambaran klinis:**

- Neoplasma kelenjar limfe.
- Pembesaran masa nekrotik dengan cepat.
- Ulserasi atau nonulserasi.
- Pada palatum atau gingival.
- Prognosis buruk.

**Pengobatan:**

Dirujuk ke Sp.PM dan Sp.PD.



Gambar 11. Non-Hodgkin's Lymphoma

**Tidak Terkait Erat dengan Infeksi HIV dan AIDS****1. Necrotizing (Ulcerative) Stomatitis**

Terjadi kurang lebih 17 % populasi.

**Tanda dan gejala:**

- Ulser tunggal atau multiple.
- Ukuran kecil atau besar pada mukosa mulut(dasar mulut, labial/buccal, ventral lidah, posterior oropharynx, vestibulum mandibula dan maxilla.
- Nyeri.
- Frekuensi kekambuhan lebih sering dan tingkat keparahannya lebih berat.

**Pengobatan:**

- Mengatasi rasa sakit: dengan anestesi topical (benzokain dalam borax gliserin atau lidokain).

- Tetrasiklin kumur (250 mg dilarutkan dalam 2 sdm makan air (30 ml) tiga kali sehari selama 4-5 hari).
- Pengobatan sesuai penyebab (misalnya menghilangkan stress, menghilangkan iritasi dll).



Gambar 12. Recurrent Aphthous Ulcerations

## 2. Cystic Salivary Gland Disease

- Pembengkakan kelenjar saliva mayor, terutama kelenjar parotis.
- Biopsi kelenjar liur parotis yang membesar menunjukkan adanya peningkatan infiltrasi limfosit terutama sel CD8.
- Kondisi ini terjadi sebagai pembesaran bilateral dari kelenjar liur parotis.
- Disertai gejala mulut kering.

## 3. Infeksi Virus

Infeksi karena virus golongan herpes paling sering dijumpai pada penderita AIDS. Infeksi virus pada penderita dapat terlihat berupa stomatis herpetiformis, herpes zoster, hairy leukoplakia, cytomegalovirus dan papiloma (warts).



- **Herpes Simplex**

- Disebabkan virus HSV.
- Dapat merupakan infeksi kambuhan pada bibir (herpes labialis) atau pada mukosa mulut.

**Tanda dan gejala:**

- Rasa gatal/terbakar pada daerah yang terkena.
- Diikuti lepuh kecil-kecil bergerombol dengan tepi kemerahan.
- Setelah pecah menjadi luka (ulcer) yang dapat mengering dalam 7-10 hari.
- Didahului gejala seperti flu ringan, atau tidak enak badan.
- Dapat menular melalui luka/lecet di tangan/jari orang yang merawat.

**Pengobatan:**

- Acyclovir krim untuk herpes labialis 5 kali sehari selama 10 - 14 hari
- Acyclovir tablet 200-400 mg, 5 kali sehari selama 10 - 14 hari



Gambar 13. Infeksi Herpes Simplex

- **Herpes Zoster**

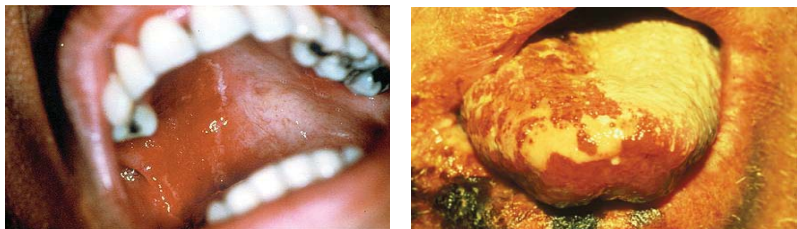
- Suatu reaktivasi virus varicella zoster (VZV).
- Dapat terjadi sepanjang syaraf trigeminal.
- Dapat terjadi intra oral atau ekstra oral.

**Tanda dan gejala:**

- Lepuhan kecil-kecil bergerombol pada satu sisi kulit wajah atau mukosa mulut (unilateral).
- Karena syaraf trigeminal, keluhan sangat sakit pada daerah wajah yang dipersyarafi.
- Lepuhan mudah pecah dan menjadi ulcer, di kulit menimbulkan krusta.

**Pengobatan:**

Acyclovir dosis tinggi 800 mg, 5 kali sehari selama 10-14 hari.



Gambar 14. Infeksi Herpes Zoster

- **Human Papilloma Virus**

- Oral warts disebabkan oleh human papilloma virus (HPV), prevalensi meningkat selama masa HAART.
- Tampak klinis adanya benjolan kecil (tunggal atau banyak) dengan permukaan kasar seperti bunga kol, kaku, dan meninggi dari permukaan sekitarnya.
- Dirujuk ke Sp.PM untuk dilakukan cryoterapi, eksisi, atau laser CO2.

- Merupakan upaya problematis karena lesi cenderung kambuh lagi.



Gambar 15. Human Papiloma

#### **Manajemen Pasien Diduga HIV (+):**

- Dicurigai HIV dan AIDS, maka dapat dirujuk ke layanan VCT (Voluntary Counseling and Testing) Konseling dan Testing Sukarela.
- Klinik VCT memberikan layanan konseling dan test untuk HIV dan AIDS.
- Bila hasil HIV positif rujuk ke tim khusus untuk memperoleh Anti Retroviral Therapy (ART) dan klinik spesialis untuk mendapatkan terapi infeksi oportunistik yang diperlukan pasien.

#### **Efek Terapi ARV:**

- Menurunkan prevalensi penyakit mulut karena HIV seperti: Oral Hairy Leukoplakia, dan Necrotizing Ulcerative Periodontitis, dari 47,6% menjadi 37,5% selama terapi ARV.
- Tidak ada perubahan signifikan pada Kandidiasis mulut, Oral Ulcers, dan sarkoma Kaposi.
- Peningkatan prevalensi kelainan kelenjar liur, dan Oral Warts/Human papiloma.
- Signifikan menurunkan kekambuhan dan keparahan kelainan-kelainan mulut.

## **5. Penatalaksanaan Kasus Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA**

### **a. Prosedur Penatalaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut tidak hanya akan melindungi pasien yang mempunyai kecenderungan rentan terhadap segala macam infeksi silang yang mungkin terjadi, namun juga petugas pelayanan kesehatan dari risiko terpajan infeksi. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan seperangkat prosedur dan pedoman yang dirancang untuk mencegah terjadinya penularan infeksi. Prosedur tersebut merupakan upaya yang harus diterapkan secara standar. Meningkatnya kesadaran tentang pentingnya kewaspadaan standar tidak dapat dipisahkan dengan merebaknya epidemi AIDS di dunia sejak awal tahun delapan puluhan yang juga telah menyerang Indonesia.

Prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi mencakup enam hal, yaitu:

1. Cuci tangan dengan baik dan benar guna mencegah infeksi silang.
2. Pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksius yang lain.
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai.
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan.
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.
6. Penyuntikan yang aman.

Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan langkah pencegahan penyebaran berbagai infeksi yang dapat ditularkan melalui darah dan cairan tubuh yang dapat terjadi :

- dari pasien ke petugas dan/atau pengunjung sarana.
- dari petugas ke pasien dan/atau pengunjung sarana.
- dari satu pasien ke pasien lainnya.
- dari satu petugas ke petugas lainnya.
- dari pasien dan/atau petugas ke lingkungan sarana kesehatan.
- dari lingkungan sarana kesehatan ke pasien, petugas dan/atau ke pengunjung sarana kesehatan.

Dalam menjalankan profesinya dokter gigi tidak lepas dari kemungkinan untuk berkontak secara langsung atau tidak langsung dengan mikroorganisme dalam rongga mulut (termasuk *saliva* dan darah) pasien. Sebagai hasil pemajanan yang berulang kali terhadap mikroorganisme yang ada dalam rongga mulut, insidensi terjangkit penyakit infeksi lebih tinggi pada praktek kedokteran gigi. Mengabaikan prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif dapat mengakibatkan orang lain, termasuk keluarga tenaga pelayanan kedokteran gigi dan pasien lain, menghadapi resiko terkena penyakit infeksi. Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi yang wajib dilaksanakan oleh dokter gigi di Indonesia meliputi:

#### **i. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terhadap Pasien**

Tata Laksana Penanganan Pasien :

- a) Lakukan kebersihan tangan.
- b) Pakai Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker).
- c) Berkumur antiseptik sebelum diperiksa.
- d) Pemberian antiseptik pada daerah operasi untuk tindakan invasif.
- e) Penggunaan suction sekali pakai yang berdaya hisap tinggi.
- f) Penggunaan gelas kumur *disposable* (sekali pakai).
- g) Jumlah alat diagnosa set yang tersedia minimal  $\frac{1}{2}$  jumlah rata-rata jumlah kunjungan pasien per hari.

- h) Perjelas area yang dikhususkan bagi bahan dan alat yang telah disterilkan dari bahan dan alat yang belum dibersihkan.
- i) Buat SOP untuk pemrosesan instrumen: mulai dari penerimaan instrumen terkontaminasi, pembersihan, sterilisasi/disinfeksi tingkat tinggi dan penyimpanan.
- j) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan untuk perawatan sebelum memulai suatu perawatan.
- k) Penempatan posisi pasien dengan benar sehingga memudahkan kerja operator dan mencegah timbulnya kecelakaan kerja.
- l) Dianjurkan pemakaian isolator karet (*rubberdam*) untuk mencegah terjadinya percikan dari mulut pasien dan mereduksi kontak yang tidak perlu antara tangan dan mukosa pasien.

## ii. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terhadap Tenaga Pelayanan Kesehatan Gigi.

Karena status infeksi pasien terkadang tidak diketahui, untuk mencegah infeksi silang baik pada pasien atau tenaga pelayanan kesehatan gigi, penting untuk beranggapan bahwa setiap darah dan cairan tubuh pasien berpotensi penyakit infeksi dan dapat menular, maka penting untuk dilakukan Kewaspadaan Standar. Meliputi upaya-upaya berikut :

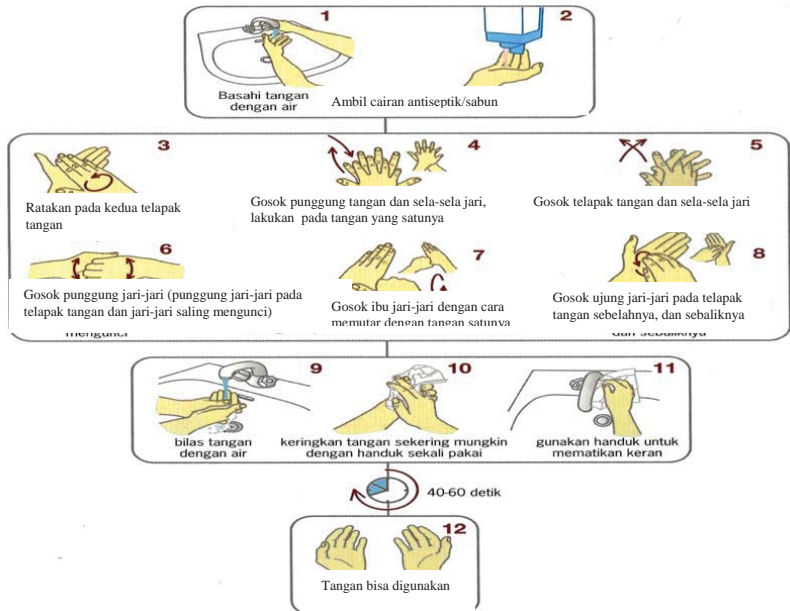
### a) Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan merupakan hal yang paling penting dan merupakan pilar untuk Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Tenaga pelayanan kesehatan gigi harus melakukan kebersihan tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir jika tangan terlihat kotor (termasuk keadaan terkena serbuk/*powder* dari sarung tangan), terkontaminasi cairan tubuh, kontak langsung dengan individu pasien, setelah kontak dengan permukaan dalam ruang praktik termasuk peralatan, gigi palsu, cetakan gips, lamanya 40-60 detik. Jika tangan tidak tampak kotor lakukan

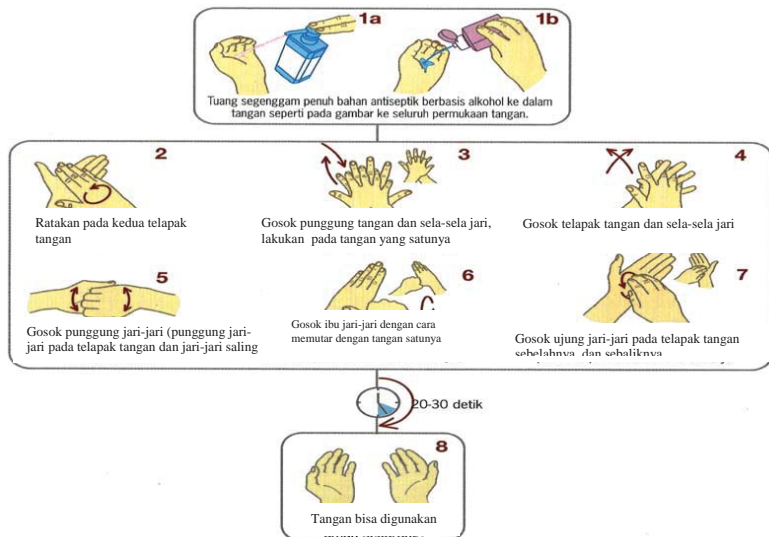
kebersihan tangan dengan cara gosok tangan dengan *handrub*/ cairan berbasis alkohol, lamanya 20-30 detik. Metoda dan tata cara mencuci tangan dalam "*hand hygiene*" tergantung pada beberapa tipe dan prosedur, tingkat keparahan dari kontaminasi dan persistensi melekatnya antimikroba yang digunakan pada kulit. Untuk pelaksanaan rutin dalam praktik dokter gigi dan prosedur non bedah, mencuci tangan dan antiseptik dapat dicapai dengan menggunakan sabun detergent antimikroba yang standar. Untuk prosedur pembedahan, sabun antimikroba (bedah) yang mengandung *chlorhexidin gluconate* 4% harus digunakan. Sebagai alternatif pengganti bagi yang sensitif terhadap *chlorhexidin gluconate*, dapat menggunakan *iodophor* (Depkes, 2005).Tempatkan produk cairan kebersihan tangan dalam tempat yang disposable atau yang diisi ulang, dicuci dan dikeringkan terlebih dahulu sebelum diisi ulang.Jangan diisi ulang cairan antiseptik sebelum dibersihkan dan dikeringkan terlebih dahulu.

Hal – hal yang harus diperhatikan mengenai kebersihan tangan :

- 1) Sebelum kebersihan tangan : cincin, jam dan seluruh perhiasan yang ada di pergelangan tangan harus dilepas.
- 2) Kuku harus tetap pendek dan bersih.
- 3) Jangan menggunakan pewarna kuku atau kuku palsu karena dapat menjadi tempat bakteri terjebak dan menyulitkan terlihatnya kotoran di dalam kuku.
- 4) Selalu gunakan air mengalir, apabila tidak tersedia, maka harus menggunakan salah satu pilihan sebagai berikut:
  - Ember berkeran yang tertutup.
  - Ember dan gayung, dimana seseorang menuangkan air sementara yang lainnya mencuci tangan.
- 5) Tangan harus dikeringkan dengan menggunakan paper towel atau membiarkan tangan kering sendiri sebelum menggunakan sarung tangan (Yee, 2006).



Gambar 16. Cara mencuci tangan yang tepat dengan air mengalir



Gambar 17. Cara mencuci tangan dengan menggunakan handrub/cairan berbasis alkohol



Indikasi kebersihan tangan termasuk :

- 1) Bila tangan terlihat kotor.
- 2) Setelah menyentuh bahan/objek yang terkontaminasi darah, cairan tubuh, ekskresi dan sekresi.
- 3) Sebelum memakai sarung tangan.
- 4) Segera setelah melepas sarung tangan.
- 5) Sebelum menyentuh pasien.
- 6) Sebelum melakukan prosedur aseptik.
- 7) setelah kontak dengan permukaan dalam ruang praktik termasuk peralatan, gigi palsu, cetakan gips.

#### **b) Penggunaan Alat Pelindung Diri**

Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dibawah ini. Penyediaan peralatan dan bahan perlindungan diri bagi tenaga di puskesmas wajib dipenuhi dan untuk pengadaan dikoordinasikan dengan dinas kesehatan kota/kabupaten.

##### **(1) Sarung tangan**

Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan sarung tangan ketika melakukan perawatan yang memungkinkan berkontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya. Sarung tangan harus diganti tiap pasien, lepaskan sarung tangan dengan benar setelah digunakan dan segera lakukan kebersihan tangan untuk menghindari transfer mikroorganisme ke pasien lain atau permukaan lingkungan. Lepaskan sarung tangan jika sobek, atau bocor dan lakukan kebersihan tangan sebelum memakai kembali sarung tangan. Disarankan untuk tidak mencuci, mendisinfeksi atau mensterilkan ulang sarung tangan yang telah digunakan.

Prosedur pemakaian sarung tangan :

- (a) Ambil salah satu sarung tangan dengan memegang sisi sebelah dalam lipatannya.
- (b) Posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai, sehingga bagian lubang jari-jari tangannya terbuka, lalu masukkan tangan.
- (c) Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatan (bagian yang tidak bersentuhan dengan kulit tangan).
- (d) Pasang sarung tangan kedua dengan cara memasukkan jari-jari tangan yang belum memakai sarung tangan, kemudian luruskan lipatan dan atur posisi sarung tangan sehingga terasa pas di tangan.

Selain sarung tangan yang digunakan untuk pemeriksaan, ada jenis sarung tangan yang digunakan untuk mencuci alat serta membersihkan permukaan meja kerja, yaitu sarung tangan rumah tangga (*utility gloves*) yang terbuat dari lateks atau vinil yang tebal.

## (2) Masker

Tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut wajib menggunakan masker pada saat melakukan tindakan untuk mencegah potensi infeksi akibat kontaminasi aerosol serta percikan *saliva* dan darah dari pasien dan sebaliknya. Masker harus sesuai dan melekat dengan baik dengan wajah sehingga menutup mulut dan hidung dengan baik. Ganti masker diantara pasien atau jika masker lembab atau basah dan ternoda selama tindakan ke pasien. Masker akan kehilangan kualitas perlindungannya jika basah. Lepaskan masker jika tindakan telah selesai.

### (3) Kacamata Pelindung

Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan kacamata pelindung untuk menghindari kemungkinan infeksi akibat kontaminasi aerosol dan percikan saliva dan darah. Kacamata ini harus didekontaminasi dengan air dan sabun kemudian didisinfeksi setiap kali berganti pasien.

### (4) Gaun/baju Pelindung

Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan gaun/baju pelindung yang digunakan untuk mencegah kontaminasi pada pakaian dan melindungi kulit dari kontaminasi darah dan cairan tubuh. Gaun pelindung ini harus dicuci setiap hari. Gaun pelindung terbuat dari bahan yang dapat dicuci dan dapat dipakai ulang (kain), tetapi dapat juga terbuat dari bahan kertas kedap air yang hanya dapat sekali pakai (*disposable*). Lepaskan gaun/baju pelindung jika tindakan telah selesai.

Sebelum melakukan perawatan bagi pasien, gunakan baju pelindung, lalu masker bedah dan selanjutnya kacamata pelindung sebelum mencuci tangan. Setelah tangan dikeringkan, ambil sarung tangan, kenakan dengan cara seperti tertera di atas.

Setelah selesai perawatan dan seluruh instrumen kotor telah disingkirkan, lepaskan sarung tangan yang telah terkontaminasi dengan memegang sisi bagian luar dan menariknya hingga terlepas dari dalam ke luar. Setelah salah satu sarung tangan terlepas, lepaskan sarung tangan lainnya dengan memegang sisi bagian dalam sarung tangan dan menariknya hingga terlepas. Apabila seluruh alat pelindung diri telah dilepaskan, hindari menyentuh area terkontaminasi.

Selalu lakukan kebersihan tangan dan keringkan tangan sebelum memasang kembali sarung tangan.



Gambar 18. Alat Pelindung Diri (APD)

**c) Manajemen Limbah dan Benda Tajam**

- a. Peraturan pembuangan limbah sesuai peraturan lokal yang berlaku.
- b. Pastikan bahwa tenaga pelayan kesehatan gigi yang menangani limbah medis di training tentang penanganan limbah yang tepat, metode pembuangan dan bahaya kesehatan.
- c. Gunakan kode warna dan label kontainer, warna kuning untuk limbah infeksius dan warna hitam untuk limbah non infeksius.
- d. Tempatkan limbah tajam seperti jarum, *blade scapel*, orthodontic bands, pecahan instrumen metal dan bur pada kontainer yang tepat yaitu tahan tusuk dan tahan bocor, kode warna kuning.
- e. Darah, cairan suction atau limbah cair lain dibuang ke dalam drain yang terhubung dengan sistem sanitary.
- f. Buang gigi yang dicabut ke limbah infeksius, kecuali diberikan kepada keluarga.

#### **d) Manajemen Lingkungan**

- a. Ikuti instruksi pabrik untuk pemakaian yang tepat bahan disinfektan untuk pembersihan permukaan lingkungan.
- b. Jangan menggunakan disinfektan tingkat tinggi untuk disinfeksi permukaan lingkungan.
- c. Pakai Alat Pelindung Diri saat melakukan pembersihan dan disinfeksi permukaan lingkungan.
- d. Pasang pelindung permukaan untuk mencegah permukaan kontak klinik terkontaminasi, khususnya yang sulit dibersihkan seperti *switches on dental chair* dan ganti pelindung permukaan setiap pasien.
- e. Bersihkan dan disinfeksi permukaan kontak klinik yang tidak dilindungi dengan pelindung setelah kegiatan satu pasien, gunakan disinfeksi tingkat sedang jika kontaminasi dengan darah.
- f. Bersihkan seluruh permukaan lingkungan (lantai, dinding, meja, trolley) dengan detergen dan air atau disinfektan, tergantung dari permukaan, tipe dan tingkat kontaminasi.
- g. Bersihkan kain pembersih setelah digunakan dan keringkan sebelum dipakai ulang, atau gunakan yang sekali pakai, disposable kain.
- h. Sediakan cairan pembersih atau cairan disinfektan setiap hari.
- i. Bersihkan dinding, pembatas ruangan, gordyn jendela di area perawatan pasien jika terlihat kotor, berdebu dan ternoda.
- j. Segera bersihkan tumpahan darah atau bahan infeksius lainnya menggunakan cairan disinfektan.
- k. Hindari penggunaan karpet dan furniture dari bahan kain yang menyerap di daerah kerja, laboratorium dan daerah pemerosesan instrumen.

**e) Penanganan Linen (Kain Alas Instrumen, Kain Sarung Dental Unit)**

- a. Segera ganti linen yang terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh atau bahan infeksius lainnya.
- b. Ganti linen diantara pasien.

**f) Peralatan Perawatan Pasien**

- a. Bersihkan dan sterilkan peralatan kritis sebelum digunakan.
- b. Bersihkan dan sterilkan peralatan semi kritis sebelum digunakan.
- c. Biarkan pembungkus alat mengering di sterilisator sebelum ditangani untuk menghindari kontaminasi.
- d. Area pemrosesan instrumen meliputi area penerimaan, pembersihan dan disinfeksi, persiapan dan pembungkusan, sterilisasi dan penyimpanan.
- e. Gunakan alat pembersih otomatis (*Ultrasonic cleaner* atau *washer –disinfector*).
- f. Pakai sarung tangan rumah tangga untuk membersihkan instrumen dan prosedur disinfeksi.
- g. Pakai Alat Pelindung Diri (APD) selama melakukan pembersihan peralatan.
- h. Gunakan sistem kontainer atau pembungkus yang cocok dengan tipe proses sterilisasi yang digunakan.
- i. Sebelum instrumen kritis dan semi kritis di sterilisasi, periksa kebersihan instrumen, kemudian bungkus atau tempatkan instrumen dalam kontainer yang tepat untuk mempertahankan kesterilan selama penyimpanan.
- j. Jangan sterilisasi alat implan tanpa dibungkus.
- k. Jangan simpan instrumen kritis tanpa dibungkus.

## **g) Perlindungan Kesehatan Karyawan**

### **a. Immunisasi.**

Berdasarkan pada beberapa penelitian bahwa tenaga pelayanan kesehatan gigi mempunyai risiko tinggi terhadap penularan hepatitis B, influenza, measles, mumps, rubella dan varicella. Pada saat ini sudah ditemukan vaksin untuk mencegah infeksi dari penyakit-penyakit tersebut.

Tenaga pelayanan kesehatan gigi harus diberikan imunisasi atau memperoleh *booster* terhadap infeksi yang umum terjadi: tetanus, difteri, poliomyelitis, tifoid, meningococcal, hepatitis A, hepatitis B, rubella, tuberkulosis, *measles*, batuk rejan, mumps (Yee, 2006). Dokter gigi di Indonesia direkomendasikan untuk melakukan vaksinasi tersebut dan mencatat/mendokumentasikan imunisasi yang telah dilakukan.

Institusi pendidikan kedokteran gigi di Indonesia diwajibkan melaksanakan program pendidikan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi, dan dihimbau untuk pemeriksaan dan vaksinasi hepatitis B kepada mahasiswanya.

Bagi karyawan yang tidak bersinggungan dengan pasien (pegawai administratif, *cleaning service*, dll) dapat dimasukkan dalam program tersebut tergantung pada risiko mereka berkontak dengan darah atau saliva. Apabila ditemukan karyawan yang tidak bersedia untuk mendapatkan vaksinasi hepatitis B, diwajibkan menandatangani surat pernyataan tidak bersedia yang dibuat oleh institusi dan diketahui oleh pimpinan.

### **b. Manajemen pasca pajanan.**

- c. Pencegahan pajanan darah dan bahan infeksius lainnya.
- Tempatkan limbah tajam dalam kontainer tahan tusuk, tahan air dan anti bocor.
  - Jangan memanipulasi jarum syringe atau benda tajam setelah digunakan.
  - Jangan membengkokkan, mematahkan atau melepas jarum setelah digunakan.
  - Gunakan teknik satu tangan atau peralatan lain jika harus menutup kembali jarum setelah digunakan.
  - Jangan pernah menerima limbah jarum atau benda tajam dari orang lain.

d. Pencegahan Kecelakaan Kerja.

Instrumen tajam yang digunakan dalam memberikan perawatan kedokteran gigi (misalnya, sonde, jarum dan ampul anestesi yang telah digunakan) memiliki potensi mengakibatkan luka dan menyebarkan penyakit menular.

Luka tersebut dapat dicegah dengan:

- (1) Penanganan minimal jarum, syringe dan instrumen tajam lainnya setelah penggunaan.
- (2) Tangani instrumen tajam dengan hati-hati.
- (3) Buang instrumen/alat tajam dalam wadah yang tidak dapat robek segera setelah digunakan. Apabila wadah tersebut penuh, keluarkan isinya dan bakar atau diisi dengan semen selanjutnya dikubur.
- (4) Selalu gunakan *utility gloves* ketika mencuci instrumen yang tajam.
- (5) Apabila instrumen tajam harus diberikan dari asisten ke operator selama perawatan maka instrumen tersebut tidak boleh dipegang secara bersamaan oleh keduanya. Asisten meletakkan instrumen tajam dalam



baskom atau baki yang telah didisinfeksi, beritahukan pada operator bahwa instrumen tersebut telah siap untuk digunakan.

- (6) Gunakan 'teknik satu-tangan' apabila perlu menutup kembali jarum suntik. Letakkan tutup jarum suntik di atas permukaan datar. Dengan satu tangan memegang *syringe* dan jarum dimasukkan ke tutupnya. Apabila tutup jarum suntik telah menutup jarum, tekan tutup jarum suntik pada permukaan datar jangan menggunakan tangan yang lainnya untuk mengencangkan tutup.



Gambar 19. Wadah pembuangan instrumen tajam disposable



Gambar 20. Menutup jarum suntik dengan teknik satu-tangan

## h) Penyuntikan yang Aman

- a. Jangan memberikan obat-obatan dari satu jarum suntik ke beberapa pasien walaupun jarumnya diganti.
- b. Gunakan single dose vial untuk parenteral obat-obatan jika memungkinkan.

## i) Etika Batuk

Terapkan etika kebersihan pernapasan/batuk (lihat gambar) :

- Tutup mulut & hidung saat batuk/bersin dengan tisu.
- Buang tisu ke tempat limbah.
- Lakukan kebersihan tangan.
- Jika tisu tidak tersedia, bersin atau batukkan ke lengan bagian dalam.



Gambar 21. Etika Batuk

**b. Prosedur Perawatan Kasus Konservasi Gigi, Periodonti, Ortodonti, Prostodonti, Bedah Mulut**

Rongga mulut merupakan organ penting yang menjadi bagian paling awal dari sistem pencernaan. Kebutuhan zat gizi makanan setiap orang akan dipenuhi melalui makanan yang masuk melalui mulut dan proses pencernaan awal juga di mulut. Oleh karena itu apabila mulut mengalami gangguan fungsi karena adanya suatu kelainan atau penyakit, maka fungsi mengunyah dan menelan makanan akan terganggu, sehingga akibat selanjutnya akan menghambat pemasukan makanan secara normal. Pada ODHA hal ini sedapat mungkin dihindari, karena kuantitas dan kualitas zat gizi yang masuk harus mencukupi dan lancar.

Dengan mempertimbangkan hal-hal tersebut diatas, maka kondisi kesehatan dan kebersihan gigi serta mulut ODHA harus selalu terjaga dengan baik. Dengan gigi-mulut yang selalu terpelihara kebersihan dan kesehatannya, maka infeksi oportunistik yang akan timbul pada mulut ODHA tidak akan mudah terjadi. Perlu diketahui bahwa pada ODHA risiko infeksi oleh kuman, virus, dan jamur di mulut sangat tinggi, sehingga untuk menghindarinya perlu bagi ODHA dan pendampingnya untuk berkonsultasi ke dokter gigi, agar mendapat penjelasan dan pengarahan serta perawatan apa yang diperlukan sebagai terapi pencegahan.

Tindakan sebagai terapi pencegahan pada gigi dan mulut meliputi:

- (1) Pembersihan karang gigi.
- (2) Pencabutan sisa akar gigi dan gigi-gigi yang karies parah dan yang tidak mungkin untuk ditambal.
- (3) Merestorasi gigi-gigi yang masih dapat diperbaiki.
- (4) Merawat radang gusi dan radang pada jaringan penyangga gigi.
- (5) Memperbaiki bila ada gigi tiruan yang sudah tidak baik..
- (6) Menghaluskan gigi tajam yang dapat menjadi trauma mekanis bagi mulut.

- (7) Melatih ODHA bagaimana menyikat gigi yang benar, juga cara membersihkan lidah.
- (8) Menganjurkan untuk sekali dalam sehari kumur-kumur dengan air garam hangat selama 1 menit. Saat yang terbaik setelah sikat gigi sehabis makan.
- (9) Apabila timbul gejala di mulut yang mungkin terkait dengan HIV dan AIDS segera berkonsultasi dengan dokter gigi agar secepatnya mendapat penanganan yang tepat.

Identifikasi lesi oral dan perioral yang sering terjadi pada pasien yang telah terinfeksi oleh HIV dapat membantu memberikan dugaan adanya infeksi HIV. Keberadaan *Oral Candidosis* atau *Hairy Leukoplakia* memiliki nilai prediktif bagi infeksi HIV sebanyak 85%, oleh karena itu di tempat-tempat tertentu terutama di daerah dengan prevalensi infeksi HIV yang tinggi, keberadaan dari lesi-lesi tersebut memberikan dugaan kuat bahwa seseorang tersebut telah terinfeksi oleh HIV. Beberapa lesi oral tertentu dapat membantu menentukan progresifitas infeksi HIV. Karena alasan tersebut diatas, pemahaman mengenai lesi-lesi oral dapat memberikan kontribusi ke arah usaha pencegahan dan pengendalian infeksi HIV, serta menentukan langkah-langkah penatalaksanaan selanjutnya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya manifestasi di mulut tersebut antara lain:

- CD4 sangat menurun (  $< 200$  sel/mm<sup>3</sup> ).
- Viral load padat (  $> 3\,000$ /ml ).
- Pengguna narkoba.
- Mulut kering/xerostomia.
- Oral hygiene buruk.
- Merokok dan alkohol.

Sebagian besar lesi mulut yg dijumpai pada ODHA juga dapat terjadi pada bukan ODHA. Perbedaannya adalah :

- Lesi yang terjadi pada ODHA lebih parah, lebih luas, gambaran klinis tidak khas, dan lebih persisten dibandingkan pada bukan ODHA.
- Perlu pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosisnya.

Kerusakan gigi atau karies merupakan masalah umum, yang dapat dicegah dengan pemberian fluoride dan menjaga kebersihan mulut termasuk menyikat gigi pada gigi dan gusi. Namun demikian, pengobatan pada penderita HIV dengan obat anti-HIV seperti indinavir (Crixivan) dan ddl (didanosine) dapat menyebabkan mulut kering dan berdampak pada terjadinya rampan karies. Demikian pula dengan pengobatan lain seperti interferon alpha (digunakan untuk pengobatan hepatitis B dan C kronis) sama seperti obat antidepresi, antihipertensi, antihistamin, antipsikotik dan diuretik. Setiap orang yang melakukan pengobatan ini harus waspada kemungkinan menderita mulut kering (mulut kering juga merupakan predisposisi terjadinya *oral candidiasis*). Mulut kering dapat diobati dengan menggunakan pengobatan sederhana. Produk saliva buatan dapat efektif bagi pengguna obat yang dapat menyebabkan mulut kering yang memiliki kerusakan gigi. Sebagai pilihan dapat menggunakan permen citrus bebas gula seperti lemon yang dapat merangsang produksi saliva. Sebagai catatan lubang yang kecil dapat dengan cepat menjadi lubang yang besar dan menjadi abses.

Kerusakan gigi atau karies seringkali terjadi pada daerah servikal gigi, dimana lapisan gigi yang tertutup oleh tulang alveolar (sementum) lebih mudah terserang karies dengan cepat. Hal tersebut dapat menjadi awal terjadinya infeksi pada pulpa dan terbentuknya abses. Oleh karena itu penting dilakukan perawatan pada tahap awal agar tidak berlanjut menjadi abses. Perawatan meliputi teknik membersihkan kavitas dan menambalnya tanpa menggunakan anastesi dan hanya menggunakan *hand instrumen* serta ditambal dengan bahan tambalan yang mengandung fluor untuk mencegah

kerusakan lebih lanjut. Adapun pilihan bahan tambalan yang digunakan adalah *glass ionomer*. Infeksi pada pulpa sebaiknya dilakukan perawatan saraf.

Prinsip perencanaan terapi untuk pelayanan kesehatan gigi bagi ODHA adalah :

- Pilih perawatan untuk mengatasi masalah utama secara tuntas dan cepat.
- Hindari rencana perawatan yang berlebihan terutama dalam hal penggunaan alat.
- Hindari perawatan yang bersifat estetika dan perawatan dengan prosedur yang sulit.

Batasan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi ODHA sangat tergantung pada kondisi pasien. Pertimbangan utamanya adalah:

- Hitung CD4+.
- Level immunosupresi pasien.
- Viral load.
- Infeksi oportunistik yang diderita.

Bila pasien pernah terpapar HIV tetapi belum HIV(+), pasien seropositif namun masih asimtomatis, hitung CD4+ masih lebih dari 400 dan tidak terjadi immunosupresi berat (muncul infeksi oportunistik), neutropenia dan trombositopenia maka boleh semua perawatan gigi dan mulut sebagaimana pasien sehat tanpa perlu *pre-treatment* khusus.

Bila hitung CD4+ diatas 200 tetapi dibawah 500 maka perawatan yang dapat dilakukan adalah perawatan yang bersifat mendesak dan terus dilakukan pemantauan CD4+. ODHA dengan CD4+ kurang dari 200 biasanya memiliki kondisi umum yang buruk dan adanya infeksi oportunistik yang berat. Pada kondisi seperti ini, masalah gigi dan mulut tidak menjadi prioritas. Maka lakukan perawatan gigi dan mulut yang bersifat darurat untuk membuang fokus infeksi berdasarkan kepentingan pasien.

Untuk tindakan skaling, kuretase, ekstraksi dan prosedur bedah lainnya, hanya dapat dilakukan bila CD4+ baik. Lakukan pemeriksaan laboratorium sebelum tindakan untuk mengetahui jumlah sel darah putih dan pemeriksaan platelet atau waktu perdarahan. Bila neutropenia maka diberikan antibiotik profilaksis. Bila trombositopenia maka hindari tindakan yang menyebabkan perdarahan.

### c. **Prosedur Sterilisasi dan Penatalaksanaan Limbah/Sampah Medis**

Penanganan instrumen dan alat pelayanan kedokteran gigi

#### i. **Pembatasan Kontaminasi**

##### a) **Peralatan kritis**

Peralatan kritis adalah alat yang masuk ke dalam pembuluh darah atau jaringan mulut. Semua peralatan kritis wajib dilakukan sterilisasi dengan menggunakan panas. Sebagai contoh peralatan yang dimasukkan dalam kategori kritis adalah semua instrumen bedah, *periodontal scaler*, *scalpel*, bur diamond, bur tulang, dll.

##### b) **Peralatan semi kritis**

Peralatan semi kritis adalah alat yang masuk ke dalam rongga mulut tetapi tidak masuk ke dalam jaringan mulut. Semua peralatan semi kritis wajib dilakukan minimal desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau apabila terdapat alat yang dapat bertoleransi terhadap panas, maka dapat dilakukan sterilisasi dengan menggunakan panas. Sebagai contoh peralatan yang dimasukkan dalam kategori semi kritis adalah instrumen diagnosa, kondensor, sendok cetak, *handpiece* dll.

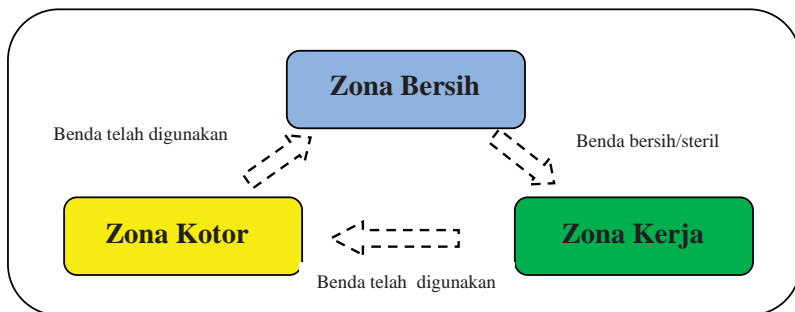
##### c) **Peralatan non kritis**

Peralatan non kritis adalah alat yang tidak masuk ke dalam rongga mulut dan dapat dilakukan dengan menggunakan

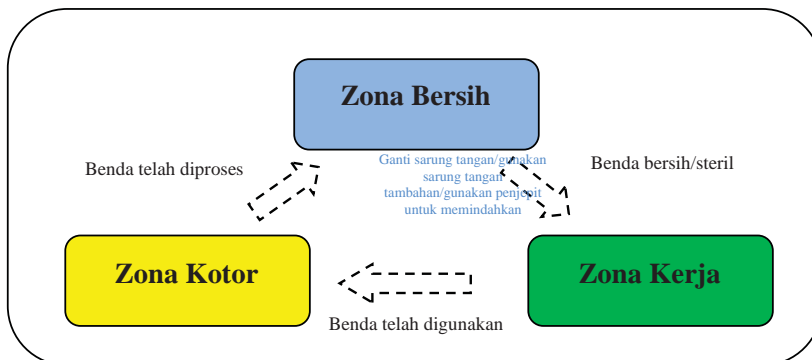
Disinfektan tingkat rendah. Sebagai contoh peralatan yang dimasukkan dalam kategori nonkritik adalah tensimeter, *occipital calipers*, *radiograph cone*, *glass plate*, semen spatel, dll. Dental unit masuk kedalam katagori semi non kritis tetapi harus dilakukan disinfeksi karena sering terpapar percikan darah maupun air liur.

## ii. Penentuan zona (Basic Protocol HKSAR, 2008)

Area pembersihan dan pemrosesan instrumen yang telah digunakan (Zona Kotor), dan area sterilisasi dan penyimpanan instrumen bersih (Zona bersih), serta area perawatan pasien (Zona Kerja) harus terpisah satu sama lain. Zona kotor jangan berdekatan dengan zona bersih dan zona kerja.



Gambar 22. Pembagian Zona dalam Pelayanan Kedokteran Gigi



Gambar 23. Alur Alat/Instrumen dalam Pelayanan Kedokteran Gigi



### iii. Pre-Cleaning

*Pra-cleaning* dilakukan dengan cara merendam alat dengan larutan enzimatis/detergen dengan tujuan untuk melepas noda, darah, lemak dan cairan tubuh lainnya dari suatu benda sehingga memudahkan untuk pengelolaan selanjutnya. Untuk meminimalkan pajanan terhadap petugas, pemilahan alat-alat terkontaminasi dilakukan langsung oleh si pemakai sebelum melepaskan alat pelindung diri (APD). Proses ini dilakukan selama berkisar 5-10 menit atau sesuai produk yang digunakan.

### iv. Pembersihan instrumen

Seluruh instrumen yang digunakan dalam proses perawatan harus dibersihkan/digosok menggunakan sabun dan air. Larutan deterjen harus disiapkan setiap hari, dan diganti lebih sering jika nampak kotor. Operator harus selalu menggunakan sarung tangan khusus, celemek, masker dan kacamata ketika membersihkan instrumen. Gunakan selalu sikat atau sikat gigi yang berbulu lunak untuk menggosok instrumen dan alat lainnya untuk menghilangkan seluruh materi organik (darah dan saliva) dan kotoran lainnya. Hal ini harus dilakukan dibawah permukaan air untuk menghindari terjadi cipratan. Seluruh permukaan instrumen dan alat harus digosok. Penanganan bagi alat-alat yang memiliki engsel (misalnya *forceps*) dan lekukan (misalnya *bone file*) harus ditangani secara khusus.

Setelah dibersihkan, seluruh instrumen dan alat harus dibilas menggunakan air mengalir atau air yang disimpan dalam wadah (diganti secara berkala) untuk membersihkan seluruh larutan deterjen dan kemudian dikeringkan dengan handuk bersih.

### v. Disinfeksi Tingkat Tinggi

Apabila memungkinkan, instrumen yang bersentuhan dengan tulang atau jaringan lunak atau telah kontak dengan

darah harus disterilisasi. Apabila tidak tersedia panci tekan atau autoklaf, instrumen dapat didisinfeksi dengan direbus dalam panci berisi air selama 20 menit setelah dibersihkan dengan menggunakan air dan sabun. 20 menit dihitung sejak air mulai mendidih. Setelah air dalam panci mulai mendidih, jangan tambahkan air ataupun instrumen selama proses disinfeksi berlangsung.

Alkohol dan yodofora tidak dipakai untuk disinfeksi tingkat tinggi (DTT) tetapi dapat untuk disinfeksi tingkat rendah dengan cara merendam alat tersebut selama 20 menit.

#### **vi. Sterilisasi**

Instrumen dengan engsel seperti *forceps* untuk ekstraksi harus terbuka sebelum diletakkan dalam alat sterilisasi. Instrumen harus diletakkan sehingga uap dapat berputar mengelilinginya. Apabila menggunakan panci tekan, instrumen diletakkan pada wadah di atas permukaan air. Pertahankan temperatur sampai 121°C (250°F) dengan tekanan 15 pound selama 20 menit untuk instrumen yang tidak dibungkus dan 30 menit untuk instrumen yang dibungkus. Mulai penghitungan waktu ketika uap nampak terlihat dan turunkan panas sampai batas temperatur tetap menghasilkan uap panas. Pada akhir proses sterilisasi, biarkan uap keluar lalu buka tutup panci tekan untuk membiarkan instrumen mendingin secara perlahan.

Bila menggunakan autoklaf digunakan temperature 121°C, tekanan 15 psi (*pressure per square inch*) selama 30 menit. Metode sterilisasi panas kering dilakukan dengan menggunakan oven dengan panas yang tinggi, adapun temperatur dan waktunya adalah sesuai petunjuk pabrik.



Gambar 24. Sterilisasi menggunakan autoklaf



Gambar 25. Sterilisasi menggunakan panci tekan

Setelah melewati seluruh proses sterilisasi atau disinfeksi tingkat tinggi, instrumen yang tidak dibungkus dapat segera digunakan atau disimpan dalam wadah yang juga telah disterilisasi atau didisinfeksi yang telah diberi tanda yang mengindikasikan bahwa instrumen didalamnya telah disterilkan. Instrumen harus disimpan dalam tempat tertutup (lemari, laci atau kontainer) dan harus digunakan lagi dalam waktu kurang dari satu minggu.

Penyimpanan adalah hal yang penting. Sterilitas alat yang dibungkus dapat bertahan lebih lama kecuali apabila pembungkus sobek atau basah, yang dapat mengakibatkan kontaminasi (CDC, 2003 ; Mayworm, 1984). Instrumen dalam pembungkus yang rusak harus dibersihkan, dibungkus dan disterilkan kembali.



Gambar 26. Pembungkusan alat setelah dilakukan sterilisasi

### vii. Penatalaksanaan Dental Unit

Dental unit dan dental chair adalah benda utama yang menjadi perhatian pasien yang memasuki suatu ruangan pelayanan kedokteran gigi. Jadi alat-alat tersebut harus selalu dalam keadaan bersih dan siap pakai.

Tempat-tempat yang harus mendapat perhatian pada dental unit:

- a) Meja instrument, harus bersih dan diulas dengan alkohol 70%.
- b) *Handpiece* harus bersih dan diberi pelumas sesudah digunakan.
- c) *Three way syringe*.
- d) Penghisap saliva.
- e) Penghisap darah (*vacuum tip*).
- f) *Spittoon cuspidor bowl*.  
*Spittoon bowl*, disiram dengan lisol kemudian disiram dengan air bersih lalu disikat dengan deterjen dan dibilas kembali.
- g) Pegangan lampu harus bersih dan diulas dengan alkohol 70%.

Pada *dental chair* :

- a) Sandaran kepala/*head rest* bersih.
- b) Sandaran tangan/*arm rest* bersih.
- c) Tempat duduk bersih.
- d) Tempat menaruh kaki/*foot rest* bersih.

Apabila akan melakukan tindakan :

- 1) Lapisi dengan plastik (*wrapping*).
  - (a) Engsel-engsel di dental unit.
  - (b) Pegangan lampu.
  - (c) Meja.
  - (d) Pegangan kursi.
  - (e) Sandaran kepala.
- 2) Disinfeksi permukaan: siapkan larutan klorin 0,05%, semprotkan ke semua permukaan, tunggu sampai 10 menit, lap dengan lap basah dan keringkan dengan lap/handuk kering.

Cara Sterilisasi di RS, Puskesmas dan Praktik Swasta :

- a) *Pre-cleaning* : perendaman alat bekas pakai dalam cairan enzimatis/ detergen selama 5-10 menit atau sesuai produk yang digunakan.
- b) Pencucian dengan menyikat alat di dalam baskom (alat terendam dalam air).
- c) Dibilas dengan air mengalir kemudian tiriskan dan keringkan.
- d) Didisinfeksi dan disterilkan, dengan cara salah satu dibawah ini:
  - 1. Direbus, yaitu mendisinfeksi alat dalam air mendidih selama 15 sampai 20 menit, misalnya alat dari logam, kaca.

2. Dengan autoklaf selama 15 menit pada suhu 121°C
3. Dengan panas kering pada suhu 180°C selama 1 jam atau 160°C selama 2 jam
4. Disinfeksi dengan bahan kimia (misal larutan klorin 0,5%) untuk bahan yang cepat rusak bila terkena panas misalnya sarung tangan karet (*utility gloves*)

e) Disimpan di bak instrumen tertutup

KATEGORI ALAT	DIREBUS	PANCI TEKAN	PANAS KERING	AUTOKLAF	DESINFEKSI
Alat Kritis	✓	✓	✓	✓	
Alat Semi Kritis	✓	✓			
Alat Non Kritis	✓				✓

Cara sterilisasi di UKGS/lapangan :

- a) *Pre-cleaning* : perendaman alat bekas pakai dalam cairan enzimatik/ detergen selama 5-10 menit atau sesuai produk yang digunakan.
- b) Pencucian: dengan menyikat alat di dalam baskom (alat terendam dalam air).
- c) Dibilas dengan air mengalir kemudian tiriskan dan keringkan.
- d) Disterilkan menggunakan panci tekan dan sejumlah alat (non kritis) didisinfeksi dengan alkohol 70%.
- e) Disimpan dibak instrumen tertutup.



Gambar 27. Wadah-wadah dalam upaya kontrol infeksi di UKGS



Gambar 28. Penyimpanan alat saat melakukan UKGS

## 6. Rujukan, Pencatatan dan Pelaporan

### a. Rujukan

Apabila ditemukan kelainan pada rongga mulut, pada saat diadakan pemeriksaan dapat dikirim/dirujuk ke rujukan yang lebih tinggi terdekat agar dapat dilakukan pengobatan secara cepat.

### b. Pencatatan

Kegiatan-kegiatan yang perlu dicatat oleh tenaga kesehatan gigi:

- Penyuluhan
- Pemeriksaan dan Pengobatan sederhana
- Rujukan

**c. Pelaporan**

- Catatan kegiatan sesuai form
- Laporan kegiatan bulanan disesuaikan form

**VI. PENUTUP**

Modul ini diharapkan dapat menjadi acuan pada pelaksanaan pelatihan untuk tenaga kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat yang dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan.



## DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang RI nomor 36 tahun 1992 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang RI nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional.
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 374 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Bentuk dan Cara Pembangunan Kesehatan..
4. Samsuridjal et al, Penatalaksanaan Infeksi HIV Di Pelayanan Kesehatan Dasar, Pokdisus AIDS FKUI/RSUPN CM Kerja Sama Dengan Yayasan Pelita Ilmu, Penerbit FK UI, Jakarta, 2002.
5. Kep.Men.Kes No. 725 tahun 2003 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Modul Pelatihan Berorientasi Pembelajaran.
6. Kep.Men.Kes No. 331 tahun 2006 tentang Rencana Strategi Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009.
7. Kep.Men.Kes No. 1468 tahun 2006 tentang Rencana Pembangunan Kesehatan Tahun 2004-2009.
8. Buku Pedoman Penyusunan Kurikulum Modul Pelatihan Berorientasi Pembelajaran, Dep.Kes, Jakarta, 2003.
9. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat, Cetakan Ketiga, Jakarta, 2004.
10. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Penyelenggaraan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah, Jakarta, 2004.
11. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Pengobatan Dasar Di Puskesmas, Jakarta, 2007.
12. Scully C, Cawson R.A, Alih Bahasa Yuwono L, Atlas Kedokteran Gigi : Penyakit Mulut, Penerbit Hipokrates, Jakarta, 2010.
13. Prima L, Paparan Pengendalian Infeksi di Puskesmas Kecamatan Cilandak, Jakarta 2011.

14. World Health Organization. (2009).WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary. Switzerland.
15. Sasanti, H. (2011). Paparan Penyakit Infeksi Yang Dapat dan Perlu Dicegah Penularannya di Saryankesgilut. Departemen Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia.
16. Mulyanti, S. (2011). Paparan Pengendalian Infeksi Silang di Klinik Gigi. Politeknik Kesehatan Bandung Jurusan Kesehatan Gigi. Bandung
17. Megananda, HP. (2011). Paparan Sudahkah Kita Bertindak Asepsis di Klinik Gigi Kita ?. Politeknik Kesehatan Bandung Jurusan Kesehatan Gigi. Bandung
18. Mulyanti & Megananda. (2005). Pengendalian Infeksi Silang di Bidang Kedokteran Gigi. Politeknik Kesehatan Bandung Jurusan Kesehatan Gigi. Bandung.

## Lampiran 1

### LAPORAN BULANAN KEGIATAN PENATALAKSANAAN HIV DAN AIDS DALAM RONGGA MULUT BAGI TENAGA KESEHATAN GIGI DI FASILITAS KESEHATAN

Bulan : ..... Tahun .....

Fasyankes : Puskesmas ..... / RS .....

Kelurahan : .....

Kecamatan : .....

Kabupaten/Kota : .....

NO	Kegiatan	Anak	Dewasa	Bumil	Lansia	Lain-Lain
1	Penyuluhan					
2	Pemeriksaan					
3	Pengobatan					
4	Rujukan					

, .....

(.....)

## Lampiran 2

### FORM RUJUKAN PASIEN

SURAT PENGIRIMAN PENDERITA (RUJUKAN)	
Nama	: .....L/P
Umur	: ..... tahun
Alamat:	..... .....
Fasyankes :	.....
Diagnosa	:
Dirujuk	: .....  .....  ( ..... )

### Lampiran 3

#### KURIKULUM PELATIHAN IDENTIFIKASI LESI RONGGA MULUT DAN PENATALAKSANAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ODHA BAGI TENAGA KESEHATAN GIGI DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

NO.	MATERI	JUMLAH JPL	JAM PELAJARAN			
			T	P	PL	JUMLAH
<b>A.</b>	<b>Materi Dasar</b>	0	0			15%
1.	Pengenalan Sekilas Kebijakan Bidang Kesehatan Terkait HIV dan AIDS	4	4	0	0	
2.	Aspek Hukum dan Etik pada ODHA	2	2	0	0	
<b>B.</b>	<b>Materi Inti</b>	0		0	0	75%
1.	Kecenderungan Dimasa Mendatang HIV DAN AIDS	4	4	0	0	
2.	Dampak Sosial dan Ekonomi	8	8	0	0	
3.	Gambaran Umum HIV DAN AIDS	2	2	0	0	
4.	Manifestasi HIV dan AIDS dalam Rongga Mulut	9	4	5	0	
5.	Penataksanaan Kasus Pelayanan Kesehatan Gigi-Mulut	18	7	5	6	
7.	Rujukan, Pencatatan dan Pelaporan	8	0	8	0	
<b>C.</b>	<b>Materi Penunjang</b>	0	0			15%
1.	BLC ( <i>Building Learning Commitment /</i> Dinamika Kelompok)	4	0	0	4	
2.	RTL	4	0	0	4	
	<b>TOTAL</b>	63	0	0	0	100%

## Lampiran 4

### GBPP

Materi Inti	:	<b>Pelatihan Identifikasi Lesi Rongga Mulut Dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Odha Bagi Tenaga Kesehatan Gigi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</b>
Tujuan Pembelajaran Umum	:	Setelah mengikuti sesi ini, peserta mampu melakukan penatalaksanaan HIV dan AIDS dalam rongga mulut di fasilitas kesehatan.
Tujuan Pembelajaran Khusus	:	Setelah mengikuti sesi ini, peserta mampu: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjelaskan kecenderungan HIV dan AIDS dimasa mendatang</li><li>2. Menjelaskan dampak sosial dan ekonomi</li><li>3. Menjelaskan gambaran umum infeksi HIV dan AIDS</li><li>4. Menjelaskan manifestasi HIV dan AIDS dalam rongga mulut</li><li>5. Melakukan penatalaksanaan kasus pelayanan kesehatan gigi dan mulut</li><li>6. Melakukan rujukan, pencatatan dan pelaporan</li></ol>
Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjelaskan Kecenderungan Dimasa Datang HIV dan AIDS<ul style="list-style-type: none"><li>- Kecenderungan Epidemi</li><li>- Kecenderungan Respon</li></ul></li><li>2. Menjelaskan Dampak Sosial dan Ekonomi<ul style="list-style-type: none"><li>- Dampak Terhadap Demografi</li><li>- Dampak Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan</li><li>- Dampak Terhadap Ekonomi Nasional</li></ul></li></ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dampak Terhadap Tatanan Sosial</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjelaskan gambaran umum HIV dan AIDS</li> <li>4. Menjelaskan Manifestasi HIV dan AIDS Dalam Rongga Mulut <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondisi HIV dan AIDS</li> <li>- Sebaran Kasus HIV dan AIDS</li> <li>- Manifestasi HIV dan AIDS di Rongga Mulut</li> </ul> </li> <li>5. Menjelaskan Penatalaksanaan Kasus Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosedur Penatalaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi</li> <li>- Prosedur Perawatan Kasus Konservasi gigi, Periodonti, Ortodonti, Prostodonti, Bedah Mulut</li> <li>- Prosedur Sterilisasi dan Penatalaksanaan Limbah</li> </ul> </li> <li>6. Rujukan, Pencatatan dan Pelaporan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujukan</li> <li>- Pencatatan</li> <li>- Pelaporan</li> </ul> </li> </ol>
Waktu	:	Jpl (T = , P = )
Metode	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ceramah tanya jawab</li> <li>▪ Simulasi</li> <li>▪ Praktek</li> </ul>
Media	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tayangan powerpoint/transparansi</li> <li>▪ Modul</li> <li>▪ Petunjuk simulasi</li> </ul>
Alat bantu	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LCD/OHT</li> <li>▪ Komputer/laptop</li> <li>▪ Whiteboard/flipchart</li> <li>▪ ATK</li> </ul>

Referensi	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang RI nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang RI nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional.</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 374 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Bentuk dan Cara Pembangunan Kesehatan.</li> <li>4. Kep.Men.Kes No. 725 tahun 2003 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Modul Pelatihan Berorientasi Pembelajaran.</li> <li>5. Kep.Men.Kes No. 331 tahun 2006 tentang Rencana Strategi Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009.</li> <li>6. Kep.Men.Kes No. 1468 tahun 2006 tentang Rencana Pembangunan Kesehatan Tahun 2004-2009.</li> <li>7. Buku Pedoman Penyusunan Kurikulum Modul Pelatihan Berorientasi Pembelajaran, Dep.Kes, Jakarta, 2003.</li> <li>8. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat, Cetakan Ketiga, Jakarta, 2004.</li> <li>9. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Penyelenggaraan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah, Jakarta, 2004.</li> <li>10. Departemen Kesehatan RI, Buku Pedoman Pengobatan Dasar Di Puskesmas, Jakarta, 2007.</li> <li>11. Scully C, Cawson R.A, Alih Bahasa Yuwono L, Atlas Kedokteran Gigi : Penyakit Mulut, Cetakan II, Penerbit Hipokrates, Jakarta, 1992.</li> </ol>
-----------	---	---





