

3 Oct - 2005 -

25 hal



39/  
16.03-2006.

**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**NOMOR 1415/MENKES/SK/X/2005**

**TENTANG**

**KEBIJAKAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI KELUARGA**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut kepada individu, keluarga, dan masyarakat perlu diambil langkah-langkah kebijakan sejalan dengan kebijakan dan strategis pembangunan nasional menuju Indonesia Sehat 2010;
  - b. bahwa kebijakan pelayanan kedokteran keluarga sebagaimana dimaksud huruf a telah disusun dan perlu ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, tentang Kesehatan (Lembaran Negara tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 118, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
  3. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara tahun 2004 Nomor 22, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
  4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 916/ Menkes/Per/VIII/ 1997 tentang Surat Izin Praktek Tenaga Medis bagi Dokter atau Dokter Gigi Diarahkan untuk Melakukan Praktek Sebagai Dokter Keluarga;
  6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 850/Menkes/SK/V/ 2000 tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan 2000 - 2010;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/SK/II/2004, tentang Sistem Kesehatan Nasional;

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan :

Pertama : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI KELUARGA

Kedua : Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga dimaksud dalam Diktum Pertama sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.

Ketiga : Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga dimaksud Diktum Kedua digunakan sebagai landasan dan acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kedokteran gigi keluarga bagi aparatur kesehatan di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 3 Oktober 2005



**MENTERI KESEHATAN,**

*[Handwritten Signature]*  
**Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, SpJP(K) 2.**



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**LAMPIRAN**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN**

**NOMOR : 1415/MENKES/SK/X/2005**

**TANGGAL : 3 Oktober 2005**

**KEBIJAKAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI KELUARGA**

**I. PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah terciptanya masyarakat Indonesia yang hidup dan berperilaku dalam lingkungan sehat dan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Di pihak lain pelayanan kesehatan yang diberikan di seluruh wilayah Indonesia harus dilakukan secara adil, merata, dan optimal.

Untuk dapat mencapai tujuan tersebut, telah ditetapkan 4 (empat) misi pembangunan kesehatan, yaitu: (1) Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan; (2) Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat; (3) Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau; (4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat serta lingkungannya.

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Hasil studi morbiditas SKRT-SURKESNAS 2001 menunjukkan bahwa dari 10 (sepuluh) kelompok penyakit terbanyak yang dikeluhkan masyarakat, penyakit gigi dan mulut menduduki urutan pertama (60% penduduk). Kondisi ini tentunya mempengaruhi kualitas hidup jika dikaitkan dengan gangguan produktivitas kerja. Hasil Surkesnas 1998 menunjukkan bahwa 62,4% penduduk merasa terganggu pekerjaan/sekolah karena sakit gigi, selama rata-rata pertahun 3,86 hari. Kondisi ini menunjukkan bahwa penyakit gigi walaupun tidak menimbulkan kematian tetapi dapat menurunkan produktivitas kerja.

Perilaku masyarakat tentangelihara diri masyarakat terhadap kesehatan gigi diukur dengan variabel menyikat gigi dan motivasi berobat gigi (Surkesnas tahun 1998). Walaupun 77,2% telah menyikat gigi tetapi yang menyikat gigi sesuai anjuran (setelah sarapan dan sebelum tidur) hanya 8,1%, yang tidak menyikat gigi 23%.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Pada kelompok usia muda dan lansia masih banyak yang tidak menyikat gigi (71,3% pada usia 1-4 tahun, 62,2% pada usia di atas 75 tahun). Motivasi berobat gigi masih rendah, diantara penduduk yang mengeluh sakit gigi, hanya 13% yang berobat jalan.

Sebagian besar penduduk yang mengeluh sakit gigi (87%) tidak berobat dan 69,3% mengobati sendiri. Keadaan ini menunjukkan masih rendahnya kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk berobat ke sarana pelayanan yang tepat.

Langkah yang diambil oleh Pemerintah Indonesia dalam hal ini Departemen Kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut penduduk Indonesia melalui pelayanan di tingkat pertama yang dilaksanakan secara efisien, efektif dan berkualitas. Hal tersebut dapat dicapai melalui pendekatan pelayanan kedokteran gigi keluarga.

Pengertian Dokter Gigi Keluarga adalah dokter gigi yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi yang berorientasi pada komunitas dengan keluarga sebagai sasaran utama, dan memandang individu-individu baik yang sakit maupun sehat sebagai bagian dari unit keluarga serta komunitasnya. Dalam melaksanakan tugasnya dokter gigi keluarga merupakan kontak pertama yang harus proaktif memecahkan masalah kesehatan gigi dan mulut keluarga sesuai asuhan pelayanan kedokteran gigi dasar. Layanan dokter gigi keluarga yang diberikan seharusnya terjaga mutunya dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif serta menerapkan ilmu pengetahuan kedokteran gigi mutakhir secara rasional dengan memperhatikan sistem rujukan.

Pendekatan pencegahan primer yang menekankan pada pemeliharaan, peningkatan, dan perlindungan kesehatan gigi dan mulut, didukung deteksi dini, pelayanan medik gigi dasar prima, merupakan prinsip dasar pelayanan kedokteran gigi keluarga. Keluarga diberdayakan dan berperan sebagai subyek menuju kesehatan gigi dan mulut yang optimal bagi semua.

Dalam Sistem Kesehatan Nasional dinyatakan bahwa upaya kesehatan terdiri dari 2 (dua) unsur utama, yakni Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Di masa mendatang, pemerintah akan lebih berkonsentrasi pada upaya-upaya kesehatan yang bersifat *Public good* atau UKM, sedangkan UKP akan menjadi beban individu, keluarga, dan kelompok-kelompok masyarakat dalam suatu sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) yang akan memanfaatkan dokter



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

dan dokter gigi keluarga sebagai lini terdepan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uraian di atas perlu disusun Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga di Indonesia, guna memberi arah dan pedoman mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut di Indonesia. Dengan demikian program pelayanan dokter gigi keluarga dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat tahun 2010.

## **B. MAKSUD DAN KEGUNAAN**

Penyusunan kebijakan ini dimaksudkan pengembangan pelayanan kedokteran gigi keluarga untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Kebijakan ini dipergunakan sebagai landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut baik oleh masyarakat, swasta maupun pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota), serta pihak-pihak terkait lainnya.

## **II. ANALISIS SITUASI DAN KECENDERUNGAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI KELUARGA**

### **A. ANALISIS SITUASI DAN KECENDERUNGAN**

Prioritas penanggulangan masalah kesehatan di Indonesia terutama ditujukan pada penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi yang merupakan indikator makro keberhasilan program pembangunan pada umumnya dan pembangunan kesehatan pada khususnya. Namun dengan memperhatikan hasil studi morbiditas SKRT-SURKESNAS 2001, maka dapat dinilai bahwa besarnya masalah penyakit gigi dan mulut tidak hanya merupakan masalah kesehatan masyarakat tetapi sekaligus masalah sosial. Walaupun tidak menyebabkan kematian langsung, penyakit gigi dan mulut dapat menjadi faktor risiko penyakit lain, sebagai infeksi fokal misalnya tonsilitis, faringitis, otitis media, bakteremia, toksemia, bayi timbangan rendah (BBLR), diabetes melitus, dan bahkan penyakit jantung. Di samping itu penyakit HIV / AIDS, penyakit-penyakit sistemik lain juga dapat bermanifestasi di dalam mulut. Penyakit gigi dan mulut berpotensi menimbulkan gangguan bagi profesi kedirgantaraan maupun barotaksis



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

dan dapat menutup peluang untuk pekerjaan tertentu misalnya untuk menjadi anggota TNI pada umumnya, khususnya angkatan udara.

Penyakit gigi dan mulut dapat mengganggu dan menyerang fungsi sistem stomatognatik dan bersifat kronis dengan masa laten yang panjang. Bila dokter gigi hanya memberikan pelayanan atas dasar keluhan pasien atau menunggu rujukan dari dokter keluarga, biasanya penyakitnya sudah dalam tahap lanjut sehingga penanggulangannya menjadi lebih kompleks dan mahal.

Berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran gigi mutakhir, dimungkinkan adanya teknik-teknik penanggulangan penyakit gigi dan mulut secara dini dan non invasif. Hal ini tidak membutuhkan teknologi canggih dan biayanya relatif lebih murah dengan cara memberdayakan peran keluarga.

Kondisi saat ini penanganan pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada umumnya masih cenderung pada penyakit gigi, dan belum bersifat komprehensif serta holistik. Pemberi pelayanan cenderung pasif hanya menerima dan mengobati penderita yang datang berobat, sedangkan upaya-upaya promotif-preventif masih kurang diperhatikan. Di pihak lain sebenarnya paradigma sehat mengutamakan pada upaya pemeliharaan, peningkatan, dan perlindungan kesehatan, dengan klien sebagai subyek utama yang berperan, dan tidak semata-mata sebagai obyek eliminasi penyakit dan kecacatan. Sinergi peran pemberi pelayanan dengan klien merupakan kunci pemecahan masalah kesehatan gigi dan mulut yang menjamin pemerataan dan mutu pelayanan.

Pelayanan kesehatan gigi keluarga merupakan penjabaran operasional paradigma sehat yang menekankan pada upaya pemeliharaan, peningkatan, dan perlindungan kesehatan gigi dan mulut, serta pendayagunaan ilmu dan teknologi kedokteran gigi dasar. Dokter gigi keluarga mengarah kepada *the five star doctor* yaitu sebagai *care provider* (pemelihara kesehatan), *decision maker* (pengambil keputusan), *communicator* (komunikator), *community leader* (pemuka masyarakat) dan *manager* (manajer) dalam peningkatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan pengobatan dan rehabilitasi (di bidang kesehatan gigi dan mulut) sistem stomatognatik.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Kecenderungan ke depan, peran dokter gigi keluarga dapat mendorong kemitraan unsur terkait, termasuk masyarakat dan badan usaha di bidang kesehatan gigi dan mulut. Di samping itu akan memacu pelayanan holistik komprehensif, pendidikan dan riset, termasuk penyediaan alat kesehatan gigi dan mulut, obat, dan komoditas yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut.

Analisis situasi dan kecenderungan penyelenggaraan kedokteran gigi keluarga dari berbagai aspek yang mempengaruhi kinerja pelayanan kesehatan gigi keluarga meliputi :

**1. Status Kesehatan Gigi dan Mulut**

Upaya kesehatan gigi dan mulut di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Penyelenggaraan yang bersifat pemeliharaan, peningkatan, dan perlindungan kesehatan gigi dan mulut masih dirasa kurang. SKRT 2001 menunjukkan bahwa Prevalensi karies aktif pada penduduk umur 10 tahun ke atas adalah 52,3% (yang belum ditangani) dan penduduk yang pernah mengalami karies sebesar 71,20%.

Index DMF-T mencapai rata-rata 5,26 ini berarti jumlah kerusakan gigi rata-rata perorang adalah lebih dari 5 gigi. *Performance Treatment Index* atau motivasi untuk menumpatkan gigi yang karies pada umur 12 - 18 tahun sangat rendah sekitar 4 - 5% sedangkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan dan atau pencabutan (*Required Treatment Index*) pada usia ini sebesar 72,4% - 82,5 %. Sedangkan penyakit periodontal merupakan penyakit gigi dan mulut ke dua terbanyak diderita masyarakat  $\pm$  70%, dan sebesar  $\pm$  4-5% penduduk menderita penyakit periodontal lanjut yang dapat menyebabkan gigi goyang dan lepas, saat ini paling banyak di temukan pada usia muda. Salah satu faktor etiologinya adalah karang gigi dijumpai pada 46,2% penduduk dan prevalensinya pada penduduk desa lebih tinggi dari pada di kota, desa 48,9% dan di kota 42.5%.

Apabila kita perhatikan, data tersebut menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan gigi ditangani pada kondisi penyakit yang sudah lanjut. Hal ini dapat terjadi karena beberapa hal seperti masih kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan gigi, ketidaktahuan, mahalnya biaya dan perilaku dokter gigi yang masih bersifat pasif dan cenderung memberikan pelayanan kuratif saja.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**2. Jangkauan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut**

Jumlah sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut masih belum memadai. Hasil Profil Kesehatan 2001 menunjukkan jumlah Puskesmas di Indonesia sebanyak 7.236 unit dan jumlah Puskesmas dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut sebanyak 5.427 unit. Sementara itu rasio Puskesmas : Dokter Gigi hanya sekitar 3 : 1, sedangkan jumlah kunjungan ke BPG sebanyak 7.833.856 orang dengan angka rata-rata kunjungan per hari sebanyak 5,16.

Penyebaran sarana dan prasarana kesehatan gigi dan mulut juga belum merata. Pemanfaatan sarana kesehatan gigi (Puskesmas) oleh masyarakat tercatat rata-rata 5,6 % per tahun dari jumlah penduduk. Tetapi variasi antar wilayah sangat besar; ada sarana kesehatan gigi dan mulut yang terlalu sibuk, sebaliknya ada yang tidak sibuk. Penderita datang untuk berobat umumnya sudah dalam keadaan penyakit lanjut. Jumlah tumpatan gigi tetap sebanyak 515.284 orang. Jumlah pencabutan gigi tetap sebanyak 1.389.399 orang, dan rasio tambal dan cabut untuk gigi tetap 1 : 3.

**3. Pembiayaan Kesehatan**

Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu rata-rata hanya 2,2% Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata 12 – 18 USD per kapita/tahun, sementara WHO menganjurkan 5% dari PDB/tahun. Tiga puluh persen dari pembiayaan tersebut bersumber dari pemerintah, dan 70% bersumber dari masyarakat termasuk swasta.

Sementara itu pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah digunakan untuk mensubsidi semua lini pelayanan kesehatan sehingga tidak efektif dalam pencapalannya, sedang 70% dana dari sumber masyarakat masih bersifat tunai mandiri (*out of pocket*) dan belum termobilisasi dengan baik. Jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan hanya 27,9% termasuk bebas biaya untuk keluarga miskin (*gakin*).

**4. Sumber Daya**

**a. Sumber Daya Manusia**

Jumlah tenaga kesehatan belum memadai. Rasio tenaga dokter gigi terhadap jumlah penduduk masih rendah yaitu 1 : 21.500, masih jauh dari rasio ideal yaitu 1 : 2000. Produksi dokter gigi setiap tahun sekitar 600 dokter gigi baru. Produksi perawat gigi per tahun adalah 700 perawat gigi baru, sedang rasio perawat gigi terhadap jumlah



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

penduduk adalah 1 : 23.000. Penyebaran tenaga kesehatan gigi belum merata meskipun sejak tahun 1992 telah diterapkan kebijakan penempatan dengan sistem PTT. Rasio dokter gigi dan perawat gigi terhadap Puskesmas untuk kawasan Indonesia Bagian Barat, jauh lebih tinggi dibanding Indonesia bagian timur. Rasio tenaga dokter gigi terhadap Puskesmas di Propinsi Sumatera Utara adalah 0,82, Propinsi NTT 0,27 dan Propinsi Papua 0,21 sedangkan ratio untuk perawat gigi di Propinsi Sumatera Utara 0,58, Propinsi NTT 0,7, dan Propinsi Papua 0,36. Hal ini menunjukkan bahwa penyebaran tenaga dokter gigi dan perawat gigi belum merata di setiap Puskesmas seperti yang diharapkan yaitu 1 (satu) dokter gigi untuk 1 (satu) Puskesmas, dan begitu juga 1 (satu) perawat gigi untuk 1 (satu) Puskesmas.

Sistem penghargaan dan sanksi, peningkatan karier, pendidikan dan pelatihan berjenjang dan berkelanjutan, akreditasi pendidikan dan pelatihan serta sertifikasi, registrasi dan lisensi SDM kesehatan juga belum mantap.

**b. Sumber daya Obat dan Perbekalan Kesehatan Gigi**

Di seluruh Indonesia fasilitas kesehatan gigi dan mulut tersedia pada 63% Puskesmas dan 97% Rumah Sakit Umum. Tetapi sinkronisasi antara penyediaan sarana dan penempatan tenaga dalam hal ini belum baik. Sedang pemeliharaan sarana kurang memadai dan unit dental tidak standar.

Obat, perbekalan (bahan tumpatan, dll), dan instrumen hampir semuanya masih diimport dan dipasok oleh *agen penjualan/pebisnis* swasta. Variasi jenis dan mutu obat, perbekalan dan instrumen sangat besar bergantung pada minat *dental depot* (perlu standarisasi).

Obat dan perbekalan kesehatan gigi dan mulut belum mempunyai sistem pendistribusian yang menunjang kemudahan akses bagi daerah terpencil.

**c. Pemberdayaan Masyarakat**

Untuk mencapai keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia masih perlu meningkatkan partisipasi aktif masyarakat. Untuk itu berkembang berbagai bentuk upaya kesehatan gigi dan mulut berbasis masyarakat, antara lain dalam bentuk Usaha Kesehatan



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Gigi Masyarakat (UKGM) melalui Posyandu yang cakupannya 56% (1993) dan UKGS tahap II dan III mencapai 55,79% SD (2001). Dengan berlakunya undang-undang otonomi daerah, keberhasilan tersebut di masa depan menjadi sulit diramalkan.

**5. Manajemen Kesehatan Gigi**

Manajemen kesehatan gigi dan mulut sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi, dukungan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan gigi serta administrasi kesehatan gigi. Selama ini sistem informasi kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari manajemen Puskesmas (SIMPUS), sistem informasi di rumah sakit (SP2RS) dan sistem surveilans (SKRT, SURKESNAS).

Dengan berlakunya asas desentralisasi, sistem informasi ke pusat tidak berjalan baik sehingga perlu ditinjau dan ditata ulang.

**B. ISU STRATEGIS**

Berdasarkan semua analisis di atas, isu strategis yang dihadapi adalah:

1. Pemerataan sarana dan tenaga kesehatan gigi oleh pemerintah kurang memadai walaupun pelayanan kesehatan gigi dan mulut telah diselenggarakan secara lebih merata dengan ditempatkannya dokter gigi PTT serta tenaga kesehatan lainnya di Puskesmas, Rumah Sakit, dan praktik mandiri dokter gigi. Namun dampak penurunan penyakit dan kelainan gigi dan mulut masyarakat masih jauh dari harapan.
2. Biaya pelayanan kesehatan gigi dan mulut masih relatif tinggi sehingga kurang terjangkau oleh masyarakat yang pada umumnya berdaya emban rendah
3. Alasan berobat karena keluhan sakit gigi merupakan pendekatan yang tidak tepat untuk menurunkan angka penyakit dan kelainan gigi dan mulut masyarakat. Sikap dan perilaku pasien yang berobat karena alasan sakit gigi tersebut harus diubah menjadi memelihara kesehatan gigi dan mulut, dan direalisasi dalam kerangka konsep pelayanan kedokteran gigi keluarga.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### III. KONSEP DASAR PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI KELUARGA

#### A. PENGERTIAN

Pelayanan kedokteran gigi keluarga adalah suatu upaya pelayanan bidang kesehatan gigi dan mulut secara paripurna yang memusatkan layanannya kepada setiap individu dalam suatu keluarga binaan. Dengan pengertian tersebut pendekatan pelayanan harus dilakukan secara menyeluruh, mulai dari preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan memperhatikan faktor-faktor risiko serta sistem rujukan. Dalam hal ini tenaga kesehatan harus proaktif dalam menanggulangi masalah kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan teknologi tepat guna dan memperhatikan teknologi kedokteran gigi mutakhir yang sesuai, faktor biologik, serta lingkungan.

Dokter gigi keluarga adalah dokter gigi yang:

1. Mampu memberikan pelayanan kesehatan gigi yang berorientasi pada komunitas melalui unsur keluarga sebagai target utama; serta memandang individu-individu baik yang sakit maupun yang sehat sebagai bagian dari unit keluarga dan komunitasnya. Dokter gigi keluarga merupakan tenaga kesehatan yang proaktif mendatangi keluarga sesuai indikasi dan melakukan perawatan serta asuhan pelayanan kedokteran gigi dasar.
2. Melayani masyarakat melalui unit keluarga, yang berfungsi sebagai kontak pertama, menganalisis kebutuhan, rencana perawatan dan asuhan serta, melaksanakan pelayanan kedokteran gigi pada tingkat individu dan keluarganya sesuai lingkup kewenangannya. Dokter gigi keluarga juga harus melakukan rujukan untuk menjaga kesinambungan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif, penerapan IPTEKDOGI yang sesuai dan benar, terpadu, holistik dan berkesinambungan dengan memperhatikan pelayanan kesehatan gigi yang terkendali mutu dan biayanya.

#### B. VISI

Kemandirian dalam upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan tercapainya derajat kesehatan gigi dan mulut setinggi-tingginya, melalui pelayanan dokter gigi keluarga secara efisien, efektif, adil, merata, dan bermutu.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**C. MISI**

1. Mendorong kemandirian keluarga dalam menjaga dan memelihara kesehatan gigi dan mulut.
2. Mengusahakan tersedianya pelayanan dokter gigi keluarga yang merata, bermutu, dan terjangkau
3. Memberikan pelayanan, memelihara, dan meningkatkan kesehatan gigi perorangan serta masyarakat (keluarga binaan) sehingga tercapai derajat kesehatan gigi dan mulut yang diharapkan.
4. Meningkatkan profesionalisme dokter gigi keluarga dalam mengemban peran, tugas, dan fungsinya.
5. Meningkatkan kemitraan dengan profesi, institusi pendidikan, dan pihak-pihak terkait.

**D. TUJUAN**

1. Tercapainya kemandirian keluarga dalam menjaga dan memelihara kesehatan gigi dan mulut.
2. Terpenuhinya kebutuhan keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan gigi yang optimal, bermutu, terstruktur, dan berkesinambungan.
3. Tertatanya pembiayaan dalam pelayanan kedokteran gigi keluarga.
4. Tertatanya administrasi dan manajemen pelayanan kedokteran gigi keluarga.
5. Terbinanya profesionalisme dokter gigi keluarga secara berkesinambungan.

**E. SASARAN**

Pada tahun 2010:

- 1.) Jumlah keluarga yang dibina dokter gigi keluarga (tim) mencapai 28% dari penduduk dengan ketentuan bahwa:
  - a. 80% anggota keluarga binaan mampu mandiri menjaga dan memelihara kesehatan gigi dan mulut.
  - b. 80% anggota keluarga binaan dengan keluhan sakit/kelainan gigi, memperoleh pelayanan yang optimal termasuk rehabilitasi.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- c. 80% anak usia di bawah 12 tahun memperoleh tindakan pencegahan/perlindungan/diagnosis dini dan terapi yang tepat.
- 2.) 80% dokter gigi dan perawat gigi telah memperoleh pelatihan/pendidikan kedokteran gigi keluarga, sehingga sistem administrasi dan manajemen pelayanan dokter gigi keluarga memenuhi standar.

#### **F. PRINSIP PELAYANAN**

1. Pelayanan dilandasi kebutuhan seluruh anggota keluarga. Untuk itu perlu adanya pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut secara menyeluruh yang direkam dalam Kartu Rekam Medik Dental untuk setiap individu serta disimpan dalam satu arsip keluarga;
2. Rencana terapi dan asuhan yang komprehensif meliputi 5 tingkat pencegahan disusun secara rinci, termasuk rujukannya, dan dikomunikasikan kepada keluarga binaan untuk persetujuan tindakan medik gigi. Penjadwalan terapi/ tindakan dibuat bersama oleh pemberi dan penerima layanan . .
3. Tindakan/terapi dan asuhan pelayanan yang bersifat menyeluruh dengan memperhatikan kesehatan gigi dan mulut sebagai bagian dari kesehatan secara utuh untuk perawatan individu disertai dengan program asuhan kesehatan komunitas keluarga binaan;
4. Tindakan/terapi dan asuhan pelayanan dilaksanakan secara profesional dengan mengacu pada bukti- bukti klinik dan epidemiologik yang ada;
5. Tindakan/terapi harus sesuai prosedur standar baku, dan selalu diikuti oleh evaluasi untuk peningkatan mutu pelayanan.

#### **G. PERAN DAN FUNGSI DOKTER GIGI KELUARGA**

Dokter gigi keluarga seharusnya berperan sebagai;

1. Pemberi pelayanan dengan komitmen tinggi serta menunaikan tugasnya secara profesional dan etis.
2. Ujung tombak dalam sistim pelayanan kesehatan nasional dan berhadapan langsung dengan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Di samping itu berfungsi sebagai penapis rujukan upaya kesehatan gigi dan mulut keluarga ke fasilitas yang lebih mampu.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

3. Koordinator dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pasien dan keluarganya, serta bekerja sama secara harmonis dengan setiap individu dan institusi.
4. Sebagai mitra yang beretika bagi pasiennya dalam mengambil keputusan medis dengan memilih dan menggunakan teknologi kedokteran gigi secara rasional berdasarkan *evidence based Dentistry*.
5. Penggalang peran serta masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut.

#### H. BIDANG GARAPAN DOKTER GIGI KELUARGA

Sesuai dengan sebutannya, maka yang menjadi fokus pelayanan dokter gigi keluarga adalah unit keluarga dan komunitasnya. Selanjutnya dengan mengacu pada pengertian dokter gigi keluarga yang diuraikan pada Bab I, dapat diekstraksi beberapa aspek filosofis yang mendasari lingkup garapan dari Dokter Gigi Keluarga, yaitu :

1. Memandang individu baik yang **sakit** maupun **sehat** sebagai bagian dari unit keluarga dan komunitasnya;
2. Mengutamakan pendekatan promotif – preventif melalui analisis biopsikososial berdasarkan kebutuhan perawatan dan asuhan sesuai perkembangan IPTEKDOKGI
3. Pendekatan terpadu, holistik/menyeluruh , dan berkesinambungan.
4. Manajemen efisien, efektif- blaya, dan penjagaan mutu.

Pada sisi lain, perlu diidentifikasi juga lingkup substansi dokter gigi keluarga. Dengan mengacu bahwa unit keluarga merupakan obyek garapan dari dokter gigi keluarga, maka struktur anggota yang menjadi target adalah : Ibu, bapak, anak-anak mulai sejak janin– balita – remaja – dewasa muda, dan lansia. Apabila ditinjau dari fase tumbuh kembang yang ada dalam suatu keluarga, maka kebutuhan pelayanan dan asuhan secara spesifik dapat diidentifikasi melalui pertanyaan : masalah kesehatan gigi apa saja yang paling sering ditemui pada suatu keluarga ?

Ditinjau dari fase tumbuh kembang tersebut di atas maka lingkup masalah dari kesehatan gigi keluarga meliputi :

- Fase tumbuh kembang awal / janin : Gizi dan permasalahannya.
- Fase kanak-kanak : Gizi, kebiasaan buruk dan masalah pedodontia



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- Fase remaja : masalah kesehatan gigi – mulut terkait hormon, orthognatik dan estetik
- Ibu dan Ibu Hamil : masalah gigi-mulut terkait hormon dan sistemik, penyakit gigi mulut yang umum, gizi.
- Bapak : masalah gigi mulut umum dan terkait sistemik, stres, merokok
- Lansia : masalah terkait geriatri
- Komponen perilaku kesehatan : kebutuhan modifikasi perilaku dan konseling
- Komponen mutu dan kompetensi: masalah standar profesi yang terkait

#### I. KOMPETENSI DOKTER GIGI KELUARGA

Berdasarkan uraian Lingkup Garapan dan Lingkup Substansi Unit Keluarga tersebut di atas, dapat diturunkan kompetensi spesifik yang harus dipunyai seorang dokter gigi keluarga, yang selanjutnya dapat membedakannya dengan dokter gigi umum. Dalam menurunkan kompetensi alur pikir yang digunakan secara skematik dapat digambarkan sebagai berikut:





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Berdasarkan sifat dan hakekat dokter gigi keluarga, serta uraian Lingkup Garapan dan Lingkup Substansi, maka peta kompetensi dokter gigi keluarga dapat digambarkan sebagai berikut :

No	Bidang garapan (menurut fase tumbuh kembang keluarga & masalahnya)	Kompetensi yg diperlukan
1.	Fase janin: - tumbuh kembang, - diet, gizi	- analisis gizi dan diet, konseling
2.	Ibu / hamil: - Gangguan hormonal - Penyakit gigi mulut, - <i>Oral Hygiene</i> - Perilaku & motivasi calon ibu	- Identifikasi faktor-faktor risiko - Modifikasi perilaku dan kebiasaan
3.	Anak-anak: - Masalah klinis pedodontia - Kebiasaan buruk anak - Awal masalah maloklusi	Perubahan perilaku Penatalaksanaan pasien anak Diagnosis dini & perawatan yg tepat Identifikasi faktor-faktor risiko Orthodonti untuk diagnosis dini dan perawatan segera
4	Bapak: Penyakit sistemik - Penyakit gigi mulut - Merokok & stress - Pembiayaan kesehatan keluarga - Pengambilan keputusan keluarga	Intervensi klinik pasien dewasa Kontrol terhadap perokok Manajemen stress Manajemen faktor risiko Pengaturan dana kesehatan keluarga
5.	Hubungan dokter pasien: - Rasa takut & cemas - Ketidak puas - Ketidak percayaan - Persepsi biaya mahal	Manajemen ketakutan & cemas Komunikasi & edukasi Penataan klinik yang nyaman Perawatan sesuai S.O.P. Diagnosis dan perawatan klinik



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

No	Bidang garapan (menurut fase tumbuh kembang keluarga & masalahnya)	Kompetensi yg diperlukan
6.	Manajemen: - Data kepenyakit - Pembiayaan - Data SDM - Data Fasilitas dan logistik - Pengolahan limbah	Manajemen data epidemiologis klinis <i>Pembiayaan</i> Manajemen SDM Manajemen Logistik Manajemen limbah
7	Etika dan Hukum dalam kedokteran gigi keluarga masalahnya: Pelanggaran etik Malpraktik Pelanggaran perjanjian oleh pihak ke3 Pelanggaran hukum	Prinsip dasar etika Hukum kedokteran Kaitannya dgn UU praktik kedokteran, dll

Bagan di atas memperlihatkan adanya kompetensi yang tumpang tindih dengan kompetensi dokter gigi umum, namun tetap dapat dibedakan pada tingkat pendalamannya berupa materi khusus misalnya pada analisis diet dan konseling, analisis dan manajemen faktor risiko yang berbasis tidak hanya individu tetapi juga keluarga, analisis efektif – blaya, perencanaan pembiayaan kesehatan keluarga, perubahan perilaku keluarga, manajemen data, dan pengendalian mutu.

## J. STRATEGI

Untuk meningkatkan pemerataan pelayanan kedokteran gigi keluarga yang bermutu, disusun strategi sebagai berikut:

1. Mengembangkan kebijakan dan manajemen pelayanan kedokteran gigi keluarga;
2. Mengembangkan sumber daya dokter gigi;
3. Pemberdayaan profesi dan masyarakat;
4. Mengembangkan sistem pengawasan, pengendalian dan penilaian pelayanan kedokteran gigi keluarga yang mengacu pada kebijakan, standar, pedoman, dan indikator nasional.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## K. LANGKAH-LANGKAH

Dalam rangka pelaksanaan pelayanan kedokteran gigi keluarga telah disusun langkah-langkah sebagai berikut :

### 1. Pengembangan Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga

#### a. Pengembangan Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga

##### 1.) Penyusunan kebijakan pelayanan kedokteran gigi keluarga

Diharapkan berbagai instansi terkait menyusun bersama kebijakan ini dengan tujuan tercapainya misi pelayanan kedokteran gigi keluarga. Kebijakan ini hendaknya memungkinkan profesi, masyarakat (pemerhati masalah kesehatan), dan pemerintah menjalankan fungsi pengawasan di sektornya masing-masing.

##### 2.) Pelaksanaan regulasi

Perlu disusun regulasi oleh berbagai instansi yang terkait, meliputi antara lain :

a.) Perizinan, sertifikasi, dan akreditasi

b.) Pemantapan dan Penyusunan Standar perizinan dan standar akreditasi

c.) Sosialisasi standar perizinan dan standar akreditasi

#### b. Penyusunan berbagai pedoman dan standar pelayanan kedokteran gigi keluarga dan sistem pembiayaannya

Pedoman dan standar pelayanan kedokteran gigi keluarga disusun oleh tim khusus dari kelompok profesi dengan mengacu pada paradigma sehat yang mengutamakan promotif dan preventif serta prinsip pelayanan kesehatan gigi dan mulut berjenjang dengan dokter gigi keluarga sebagai komponen dalam pelayanan tingkat pertama.

Mengingat akan lebih banyak dokter gigi mandiri di masa depan, pedoman pembiayaan harus mempertimbangkan berbagai komponen pembiayaan dalam pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang komprehensif.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Upaya ini meliputi antara lain:

- 1.) Penyusunan dan Pemantapan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan kedokteran Gigi Keluarga
  - 2.) Penyusunan dan Pemantapan Standar Pelayanan kedokteran Gigi keluarga
  - 3.) Penyusunan dan Pemantapan Pedoman Pembiayaan
  - 4.) Penyusunan dan Pemantapan Standar Kompetensi Dokter Gigi Keluarga
2. Mengembangkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Dokter Gigi Keluarga
- a. Pelaksanaan Pelatihan dan Pendidikan Dokter Gigi Keluarga, yang meliputi antara lain:
    - 1.) Penyusunan Modul Pelatihan Dokter Gigi Keluarga
    - 2.) Pelatihan Tenaga Pelatih Dokter Gigi Keluarga (TOT)
    - 3.) Pelatihan Dokter Gigi Keluarga
    - 4.) Pelatihan Manajemen Dokter Gigi Keluarga
  - b. Pelaksanaan *Pilot Project* Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga, yang meliputi antara lain:
    - 1.) Uji Coba *Pilot Project*
    - 2.) Evaluasi *Pilot Project*
  - c. Pendayagunaan Dokter Gigi Keluarga, yang meliputi antara lain:
    - 1.) Penyusunan Konsep Pemanfaatan Dokter Gigi Keluarga
    - 2.) Penyusunan dan Pemantapan Standar Kompetensi Dokter Gigi Keluarga.
    - 3.) Penyusunan Model Pemerataan Dokter Gigi Keluarga
    - 4.) Pengembangan Sistem Pemeliharaan Mutu Pelayanan Dokter Gigi Keluarga
3. Pemberdayaan Profesi dan Masyarakat
- Upaya ini bertujuan untuk mensosialisasikan pelayanan kedokteran gigi keluarga kepada profesi, maupun pada masyarakat pada umumnya. Peran serta profesi dapat dimulai dari upaya sosialisasi pelayanan kedokteran gigi keluarga untuk membangkitkan aspirasi pada upaya



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

promotif-preventif. Peran serta masyarakat dapat berupa keterlibatan dalam pelayanan kedokteran gigi keluarga.

Mengingat kondisi masyarakat menganut paradigma sakit, maka upaya ini perlu mempertimbangkan kemampuan pasar dan sumberdaya masyarakat dan dilakukan oleh masing-masing sektor. Upaya ini terdiri dari:

- a. Penyuluhan bagi individu, keluarga dan masyarakat
  - b. Penyuluhan bagi organisasi kemasyarakatan, termasuk organisasi profesi.
  - c. Penyuluhan bagi Aparatur Pemerintah.
4. Pengawasan, pengendalian, dan penilaian
- Upaya ini sangat penting agar secara berkelanjutan pelayanan kedokteran gigi keluarga dapat semakin ditingkatkan, meliputi:
- a. Penyusunan dan Pemantapan Sistem Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian
  - b. Lokakarya Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian
  - c. Sosialisasi
  - d. Supervisi

#### **IV. KEDUDUKAN, ORGANISASI DAN TATA KERJA**

##### **A. KEDUDUKAN**

Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga adalah pelayanan kesehatan strata pertama, setingkat praktik dokter/praktik dokter gigi, dan menjadi mitra Puskesmas, khususnya dalam aspek kesehatan masyarakat.

Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga secara operasional berada di bawah pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.

Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga dapat bergabung menjadi bagian Dokter Keluarga, atau berdiri sendiri sebagai mitra dokter keluarga.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## B. ORGANISASI

Unit Pelayanan Kedokteran Gigi keluarga dilaksanakan oleh tim terdiri dari dokter gigi keluarga dan perawat gigi dengan diskripsi tugas yang jelas, namun tidak menutup kemungkinan pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga menjadi suatu organisasi yang lebih besar lengkap dengan organiogramnya.

## C. TATA KERJA

### 1. Dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Unit pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga (PKGK) adalah sarana kesehatan yang ijinnya dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga wajib melaporkan kegiatannya/hasil temuannya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Sebaliknya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus membina Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga dalam wilayahnya.

### 2. Dengan Puskesmas dalam wilayah kerjanya

Unit pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga wajib melaporkan kinerjanya, khususnya hasil temuan Informasi epidemiologis, sehingga dapat dibuat program Kesehatan masyarakat yang terintegrasi.

### 3. Dengan Jejaring Pelayanan Kesehatan Rujukan

Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga menjalin kerja sama yang erat dengan berbagai pelayanan kesehatan rujukan. Untuk kasus yang menyangkut kesehatan umum dapat dirujuk ke pelayanan dokter keluarga / Rumah Sakit. Untuk kasus gigi spesialis dirujuk ke dokter gigi spesialis / Rumah Sakit.

### 4. Dengan Rumah Sakit terdekat

Unit pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga menjalin kerja sama dengan Rumah Sakit terdekat untuk merujuk pasien terutama bila penderita dalam keadaan gawat darurat.

### 5. Dengan Lintas Sektor, khususnya institusi sekolah dasar

Menjalinkan kerjasama khususnya dengan UKS/UKGS pada sekolah yang muridnya adalah individu binaan dokter gigi keluarga.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## V. UPAYA DAN AZAS PENYELENGGARAAN

### A. UPAYA

Upaya pelayanan kedokteran gigi keluarga dikelompokkan menjadi dua lingkup yakni:

1. Upaya pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga wajib adalah paket dasar upaya yang harus dilakukan untuk mengatasi kebutuhan kesehatan gigi dan mulut esensial meliputi: a) Perawatan kegawatdaruratan; b) Asuhan pencegahan; dan c) Perawatan sederhana.
2. Upaya pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga pengembangan adalah paket tambahan upaya yang dilakukan berdasar permasalahan kesehatan gigi dan mulut yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan dokter gigi keluarga. Dalam hal ini adalah d) *moderate care* yaitu kemampuan pelayanan spesialisik tertentu dengan dukungan sarana penunjang / rujukan.

### B. AZAS PENYELENGGARAAN

Penyelenggaraan pelayanan dokter gigi keluarga untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan gigi dan mulut keluarga binaan harus menerapkan azas kewilayahan dan azas pemberdayaan masyarakat.

#### 1. Azas Pertanggungjawaban Wilayah

Azas penyelenggaraan dokter gigi keluarga adalah pertanggungjawaban wilayah. Dalam arti para dokter gigi keluarga yang berada di wilayah kerjanya bertanggung jawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya. Setiap dokter gigi keluarga membina 1800 KK atau 9000 penduduk (Indikator Derajat Kesehatan 2010).

#### 2. Azas Pemberdayaan Masyarakat

Azas penyelenggaraan dokter gigi keluarga yang kedua adalah pemberdayaan masyarakat. Dalam arti dokter gigi keluarga wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat agar berperan aktif dalam penyelenggaraan pelayanan kedokteran gigi keluarga antara lain melalui:

a.) Kader Posyandu,

b.) Upaya Kesehatan Gigi Sekolah : dokter kecil, penyertaan guru dan orang tua/wali murid,.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

- c.) Kader Posyandu Usila, Panti Wreda.
- d.) Kader Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK).
- e.) Tokoh Agama
- f.) Tokoh Masyarakat
- g.) Swasta dan Masyarakat

## **VI. PENGAWASAN, PENGENDALIAN DAN PENILAIAN**

Untuk lebih meningkatkan asas manfaat bagi berbagai pihak seyogyanya pelayanan kedokteran gigi keluarga perlu :

### **A. PENGAWASAN**

Adalah kegiatan untuk memastikan dan menjamin bahwa tujuan dan kegiatan pelayanan kedokteran gigi keluarga akan dan telah terlaksana sesuai dengan kebijakan, rencana, dan peraturan perundangan yang berlaku.

Tujuan pengawasan adalah agar tujuan pelayanan kedokteran gigi keluarga dapat tercapai secara berhasilguna dan berdayaguna, sesuai rencana dan peraturan perundangan yang berlaku. Pengawasan ini berguna untuk melindungi semua pihak supaya tetap menjaga kualitas layanannya, sehingga bila terdapat ketidaksesuaian segera dapat diketahui, dan diintervensi.

Agar pengawasan dapat berhasil guna dan berdayaguna, hasil pengawasan harus dijadikan bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk:

- a.) Menghentikan dan meniadakan kesalahan, penyimpangan, penyelewengan dan ketidaktertiban dalam pelayanan kedokteran gigi keluarga.
- b.) Mencegah terulangnya kembali kesalahan, penyimpangan dan penyelewengan, serta ketidak tertiban dalam pelayanan kedokteran gigi keluarga.
- c.) Mencari pemecahan dan cara yang lebih baik dalam meningkatkan kegiatan pelayanan kedokteran gigi keluarga.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Sasaran pengawasan adalah:

- a.) Pelaksanaan kebijakan pelayanan kedokteran gigi keluarga, terutama meliputi: pelaksanaan pelayanan kedokteran gigi keluarga secara keseluruhan, serta kerjasama lintas sektor dan lintas program
- b.) Pendayagunaan tenaga dokter gigi keluarga
- c.) Pelatihan dan pendidikan dokter gigi keluarga

**B. PENGENDALIAN**

Adalah tindakan koreksi yang bersifat preventif sebagai tindak lanjut kegiatan pengawasan, yang dilakukan oleh setiap atasan/pimpinan organisasi. Dengan demikian pelaksanaan pengembangan tenaga kesehatan gigi berjalan sesuai dengan rencana, kebijakan, dan peraturan perundangan yang berlaku.

**C. PENILAIAN**

Adalah kegiatan untuk mengetahui tingkat keberhasilan pencapaian tujuan pelayanan kedokteran gigi keluarga. Kegiatan yang dilakukan mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Menilai penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai, dibandingkan dengan rencana tahunan dan standar pelayanan.
2. Menyusun saran peningkatan penyelenggaraan kegiatan sesuai dengan pencapaian serta masalah dan hambatan yang ditemukan untuk rencana tahun berikutnya.

**VII. PENUTUP**

Upaya kesehatan keluarga yang diatur dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan perlu terus dikembangkan sesuai kebutuhan masyarakat untuk mencapai Indonesia Sehat 2010.

Untuk mencapai Indonesia Sehat 2010 diperlukan suatu perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Perubahan tersebut menjadi prinsip pelayanan kedokteran gigi keluarga. Keluarga diberdayakan dan berperan sebagai subjek menuju kesehatan gigi dan mulut bagi semua.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Pelaksanaan pelayanan kedokteran gigi keluarga dilakukan dengan kerja sama dan koordinasi antara Departemen Kesehatan, PDGI, dan FKG. Dengan demikian pelayanan kedokteran gigi keluarga diharapkan dapat segera dicapai secara bertahap seperti yang diharapkan.

Menyadari banyaknya faktor yang mempengaruhi penyelenggaraan pembangunan kesehatan, termasuk penyelenggaraan pelayanan kedokteran gigi keluarga, pelaksanaannya dapat dilakukan melalui pendekatan lintas sektor dan lintas program, serta pemberdayaan masyarakat. Dorongan dan pengaturan pemerintah diperlukan untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kedokteran gigi keluarga yang bermutu, merata, dan berdayaguna.



**Dr. Dr. SITI FADILAH SUPARI, SpJP (K)**