

**Survei Persepsi Dokter Gigi mengenai Special Needs
Dentistry (SND) / Special Care Dentistry (SCD) di DKI Jakarta**

Yth. Responden Penelitian

Sejawat dokter gigi anggota PDGI wilayah DKI Jakarta

Kami tim peneliti dari Departemen Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia (FKG UI) mengundang rekan sejawat dokter gigi anggota PDGI DKI Jakarta untuk berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul "Studi Persepsi Dokter Gigi mengenai Special Needs Dentistry (SND) / Special Care Dentistry (SCD) pada Dokter Gigi Umum dan Spesialis di DKI Jakarta".

Kami mohon kesediaan sejawat dokter gigi untuk melengkapi kuesioner di bawah ini. Mohon membaca setiap pertanyaan dengan seksama sebelum menjawab. Tidak ada jawaban yang salah atau benar.

Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan kuesioner adalah sekitar 15 menit. Seluruh data pribadi akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Partisipasi Anda akan sangat bermanfaat untuk pengembangan ilmu penyakit mulut dan kedokteran gigi, serta untuk kesehatan gigi dan mulut pasien SND/SCD.

Terima kasih atas perhatian dan kerja sama yang baik.

Hormat kami,

Tim Peneliti

Untuk keterangan lebih lanjut, responden dapat menghubungi peneliti:

drg. Masita Mandasari

Email: drg.masita@gmail.com

Hp. 08128154245

* Harus diisi

Saya bersedia menjadi responden kuesioner ini. *

Ya

BAGIAN A: DEMOGRAFI

Jenis kelamin *

- Laki-laki
- Perempuan

Tanggal lahir (tanggal-bulan-tahun) * _____

Usia dalam tahun _____

Anggota PDGI DKI Jakarta cabang: *

- Jakarta Timur
- Jakarta Selatan
- Jakarta Barat
- Jakarta Utara
- Jakarta Pusat
- Other:

Nomor Pokok Anggota (NPA) * _____

Cek NPA melalui <https://sertifikasi.pdgi.or.id/cek-dokter-gigi>

Tahun kelulusan dokter gigi * _____

Universitas tempat kelulusan dokter gigi *

- Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyaka
- Universitas Airlangga
- Universitas Andalas
- Universitas Baiturrahmah
- Universitas Brawijaya
- Universitas Diponegoro
- Universitas Gadjah Mada
- Universitas Hang Tuah
- Universitas Hasanuddin
- Universitas Indonesia
- Universitas Islam Sultan Agung
- Universitas Jember
- Universitas Jenderal Achmad Yani
- Universitas Jenderal Soedirman
- Universitas Kristen Maranatha
- Universitas Lambung Mangkurat
- Universitas Mahasaraswati
- Universitas Muhammadiyah Semarang
- Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Universitas Mulawarman
- Universitas Muslim Indonesia
- Universitas Padjadjaran
- Universitas Prima Indonesia
- Universitas Prof. Dr. Moestopo
- Universitas Sam Ratulangi
- Universitas Sriwijaya
- Universitas Sumatera Utara
- Universitas Syiah Kuala
- Universitas Trisakti
- Universitas Udayana
- Universitas Yarsi

Apakah Anda seorang dokter gigi spesialis? *

- Ya
- Tidak

Dokter gigi spesialis *

- Bukan dokter gigi spesialis
- Spesialis Ortodonti
- Spesialis Penyakit Mulut
- Spesialis Kedokteran Gigi Anak
- Spesialis Konservasi Gigi
- Spesialis Periodonsia
- Spesialis Radiologi Kedokteran Gigi
- Spesialis Prostodonsia
- Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial
- Spesialis Kedokteran Gigi Forensik
- Spesialis Patologi Mulut dan Maksilofasial

Tahun kelulusan dokter gigi spesialis. Ketik angka nol "0" bila bukan dokter gigi spesialis. *

Universitas tempat kelulusan dokter gigi spesialis *

- Bukan dokter gigi spesialis
- Universitas Airlangga
- Universitas Gadjah Mada
- Universitas Hasanuddin
- Universitas Indonesia
- Universitas Padjadjaran
- Universitas Sumatera Utara
- Universitas Trisakti
- Other:

Apakah Anda dokter gigi dengan gelar pascasarjana S2 dan/atau S3 (atau setara) kedokteran gigi? *

- Ya
- Tidak

Tahun kelulusan pascasarjana kedokteran gigi terakhir. Ketik angka nol "0" bila tanpa gelar pascasarjana kedokteran gigi. * _____

Universitas asal kelulusan pascasarjana S2 dan/atau S3 (atau setara) kedokteran gigi*

- Tanpa gelar pascasarjana S2 dan/atau S3 (atau setara) kedokteran gigi
- Perguruan Tinggi Negeri di Indonesia
- Perguruan Tinggi Swasta di Indonesia
- Perguruan Tinggi Asing

Masa praktik sebagai dokter gigi *

- 0-5 tahun
- 5-10 tahun
- 10-15 tahun
- 15-20 tahun
- lebih dari 20 tahun

11. Wilayah tempat praktik utama *

- Jakarta Timur
- Jakarta Selatan
- Jakarta Barat
- Jakarta Utara
- Jakarta Pusat
- Bogor
- Depok
- Tangerang
- Bekasi
- Other:

BAGIAN B: PERSEPSI MENGENAI SPECIAL NEEDS DENTISTRY (SND) / SPECIAL CARE DENTISTRY (SCD)

1. Apakah pendidikan dokter gigi Anda memiliki komponen Special Needs Dentistry (SND) / Special Care Dentistry (SCD)? *

- Ya
- Tidak

2. Jika ya, bagaimana Anda menilai kompetensi Anda dalam Special Needs Dentistry / Special Care Dentistry berdasarkan pelatihan yang Anda peroleh di pendidikan dokter gigi? *

- Tidak kompeten sama sekali
- Tidak kompeten
- Agak kompeten
- Kompeten
- Sepenuhnya kompeten
- Menjawab "Tidak" pada P.1

3. Dapatkah Anda mendefinisikan SND/SCD? *

- Ya
- Tidak

4. Jika ya, tuliskan pemahaman Anda mengenai SND/SCD. Ketik "Tidak" jika Anda menjawab "Tidak" pada P.3. *

5. Apakah Anda menangani pasien SND/SCD? *

- Ya
- Tidak

Jika ya, maka:

6. Pelayanan publik atau fasilitas kesehatan pemerintah (dalam seminggu) *

- 1-5 jam
- 6-10 jam
- 11-15 jam
- Lebih dari 15 jam
- Tidak menangani pasien SND/SCD di bidang pelayanan publik atau fasilitas kesehatan pemerintah

1. Praktik swasta (dalam seminggu) *

- 1-5 jam
- 6-10 jam
- 11-15 jam
- Lebih dari 15 jam
- Tidak menangani pasien SND/SCD di bidang praktik swasta

2. Jika tidak, apakah karena (apabila sesuai, mohon mencentang lebih dari satu kotak):- * (pilih lebih dari satu jawaban bila sesuai)

- Menjawab "Ya" pada P.5
- Kurang pengalaman dalam merawat pasien SND/SCD
- Tidak ada minat untuk menangani pasien SND/SCD
- Jumlah staf untuk melayani kebutuhan khusus pasien tersebut tidak memadai
- Staf membutuhkan lebih banyak waktu
- Merawat pasien SND/SCD memakan waktu lebih banyak
- Menangani masalah perilaku yang terkait pasien SND/SCD terlalu sulit
- Insidensi penundaan dan pembatalan perjanjian tinggi
- Fasilitas kesehatan yang tidak memadai (jumlah pembedahan atau tipe fasilitas)
- Kemudahan mengakses lokasi fasilitas dokter gigi (seperti lokasi praktik di lantai satu)
- Lainnya

3. Jika Anda mencentang "Lainnya", mohon sebutkan:

10. Terdapat kontroversi mengenai terminologi untuk Spesialisasi baru ini. Istilah mana yang Anda lebih suka? *

- Special Needs Dentistry (SND)
- Special Care Dentistry (SCD)
- Tidak yakin

11. Jika tidak yakin, mohon jelaskan:

BAGIAN C: PERSEPSI MENGENAI PASIEN SPECIAL NEEDS (SN) / SPECIAL CARE (SC)

Mohon berikan tanda centang pada kotak yang paling sesuai dengan pilihan Anda:-

12. Bagaimana perasaan Anda tentang memberikan perawatan bagi kelompok pasien ini? (Terdapat 6 pilihan jawaban dari "amat sangat negatif" sampai "amat sangat positif") * Pilih satu jawaban pada setiap baris

Kelompok Pasien	Amat sangat negatif	Sangat negatif	Negatif	Positif	Sangat positif	Amat sangat positif
Pasien perawatan lanjut usia						
Pasien keterbatasan fisik						
Pasien keterbatasan intelektual						
Pasien masalah medis kompleks						
Pasien penyakit menular						
Pasien masalah psikologis atau perilaku						

13. Seberapa nyaman Anda merawat pasien pada kelompok ini? (Terdapat 6 pilihan jawaban dari "amat sangat tidak nyaman" sampai "amat sangat nyaman") * Pilih satu jawaban pada setiap baris

Kelompok Pasien	Amat sangat tidak nyaman	Sangat tidak nyaman	Tidak nyaman	Nyaman	Sangat nyaman	Amat sangat nyaman
Pasien perawatan lanjut usia						
Pasien keterbatasan fisik						
Pasien keterbatasan intelektual						
Pasien masalah medis kompleks						
Pasien penyakit menular						
Pasien masalah psikologis atau perilaku						

BAGIAN D: PROGRAM DAN PRAKARSA PEMERINTAH BAGI SND/SCD

14. Apakah Anda mengetahui program dan prakarsa pemerintah bagi SND/SCD? *

- Ya
- Tidak

Jika ya, mohon sebutkan program-program yang Anda ketahui: _____

Jika ya, apakah menurut Anda program-program tersebut bermanfaat?

BAGIAN E: PROGRAM PELATIHAN UNTUK SND/SCD

15. Apakah sebaiknya mahasiswa kedokteran gigi mendapatkan pengajaran dan pelatihan klinis dalam SND/SCD? *

- Ya
- Tidak

16. Jika ya, di tahun berapa harus diajarkan? (apabila sesuai, mohon mencentang lebih dari satu kotak) * (pilih lebih dari satu jawaban bila sesuai)

- Tahun pertama
- Tahun kedua
- Tahun ketiga
- Tahun keempat
- Tahun kelima
- Tahun keenam
- Menjawab "Tidak" pada P.15

17. Apakah Anda mau menghadiri program-program pengembangan profesional berkelanjutan dalam SND/SCD? *

- Ya
- Tidak

18. Apakah Anda mau mempertimbangkan pelatihan pascasarjana SND/SCD jika Anda punya kesempatan untuk mengikutinya? *

- Ya
- Tidak

19. Apakah Anda tahu tentang Indonesian Society of Special Care in Dentistry (ISSCD)? *

- Ya
- Tidak

20. Apa yang Anda ketahui mengenai ISSCD?

21. Apakah Anda anggota ISSCD? * Mark only one oval.

- Ya
- Tidak

22. Apakah Anda pernah menghadiri acara yang diselenggarakan oleh ISSCD? *

- Pernah
- Tidak pernah
- Tidak tahu

23. Jika pernah, sebutkan acara ISSCD yang pernah Anda hadiri.

BAGIAN F: MERUJUK PASIEN SPECIAL NEEDS/SPECIAL CARE KE SPESIALIS SND/SCD

Kriteria apa yang Anda pertimbangkan ketika memutuskan untuk merujuk ke seorang spesialis SND/SCD? (Terdapat 6 pilihan jawaban dari "selalu" sampai "tidak pernah") * Pilih satu jawaban pada setiap baris

Kriteria	Selalu	Sangat sering	Sering	Kadang-kadang	Hampir tidak pernah	Tidak pernah
Mebutuhkan <i>second opinion</i>						
Tidak nyaman dalam melakukan prosedur yang diperlukan						
Tidak yakin dalam melanjutkan perawatan untuk pasien dengan masalah medis yang kompleks dan kompromis						
Pasien memiliki keterbatasan intelektual dan tidak mampu kooperatif						
Pasien memiliki keterbatasan fisik dan tidak ada fasilitasnya						
Pasien memiliki masalah psikologis yang menghambat perawatan gigi umum						
Pasien memiliki masalah perilaku yang menyulitkan pemberian perawatan						

24. Jika ada kriteria lain, mohon sebutkan: _____

25. Adakah komentar lain mengenai SND/SCD: * _____

TERIMA KASIH

Terima kasih atas partisipasi sejawat dokter gigi.