

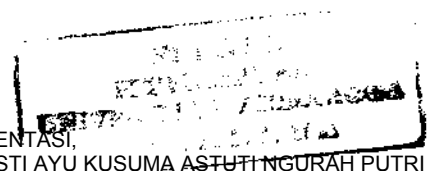
TESIS

**REVIEW MENGENAI KONSEP ISI, IMPLEMENTASI, DAN
HASIL KURIKULUM AKG 1997 DAN KESESUAIANNYA DENGAN
KEP.MEN.KES.RI NO. 1019/2000 BAGI PERAN MANDIRI
PERAWAT GIGI LULUSAN AKG SURABAYA
TAHUN 1998-2001**



I GUSTI AYU KUSUMA ASTUTI NGURAH PUTRI

**PROGRAM MAGISTER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2007**



**REVIEW MENGENAI KONSEP ISI, IMPLEMENTASI, DAN HASIL
KURIKULUM AKG 1997 DAN KESESUAIANNYA DENGAN
KEP.MEN.KES.RI NO. 1019/2000
BAGI PERAN MANDIRI PERAWAT GIGI LULUSAN AKG SURABAYA
TAHUN 1998-2001**

TESIS

Untuk memperoleh gelar Magister
Dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat Studi Manajemen Kesehatan
Pada Program Magister
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga

Oleh :

**I GUSTI AYU KUSUMA ASTUTI NGURAH PUTRI
099913495 M**

**PROGRAM MAGISTER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2007**

iii

Lembar pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 5 MARET 2007

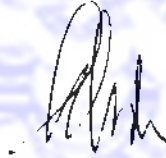
Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS
NIP. 131871470

Pembimbing



Widodo J. Pujirahardjo, dr., M.S., MPH., Dr. PH
NIP. 130610101

Mengetahui,
Ketua Program Studi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS
NIP. 131871470

Tesis diuji pada
Tanggal 28 Maret 2002
PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Prof. Dr. Moh. Rubianto, drg.,M.S
Anggota : 1. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., M.S
2. Widodo J.Pujirahardjo, dr., M.S., MPH., Dr.PH
3. Thinni Nurul R, Dra.Ec.,M.Kes
4. Betty Puspitawati, drg., MARS
5. A. Ratgono, dr.,M.Sc



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang telah melimpahkan rahmatNya, sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Pemerintah Republik Indonesia cq. Menteri Kesehatan Republik Indonesia yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan Pascasarjana, dan memberikan bantuan dana pendidikan, sehingga meringankan beban kami selama menjalani pendidikan.

Kepada Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan tempat dan kesempatan bagi kami mengenyam pendidikan di Pascasarjana.

Terima kasih yang tak terhingga kami sampaikan kepada pembimbing ketua Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS. sebagai pembimbing dalam penelitian tesis ini, beliau dengan kesabaran dan kelapangan hati meluangkan waktu untuk kunjungan konsultasi. Tak jarang beliau mencuri waktu diantara padatnya jadwal kegiatan beliau, bahkan dalam keadaan sakitpun pernah menyempatkan memberi bimbingan. Semoga Allah SWT menerima semua kemuliaan hari beliau.

Kepada Widodo J. Pudjirahardjo, dr., MS., MPH., Dr.PH. kami menghaturkan terima kasih dan rasa hormat yang dalam. Sebagai pembimbing beliau selalu mendorong untuk mencari sendiri pemecahan masalah yang kami hadapi dalam proses penulisan tesis, namun selalu siap dengan bantuannya bila kami sudah menemui jalan buntu.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kami sampaikan kepada yang terhormat :

1. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, beserta staf atas kesempatan menggunakan sarana dan prasarana dalam masa pendidikan.
2. Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
3. Ketua Minat Manajemen Kesehatan Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Thinni Nurul Rochmah, Dra.Ec., M.Kes, yang dengan sentuhan keibuannya mengayomi kami dan memberikan semangat untuk menyelesaikan pendidikan.
4. Direktur AKG Surabaya Herman Muljantoro, drg., M.Kes. dan mantan Direktur AKG Surabaya Sri Rumiwati, drg. yang memberikan kesempatan dan dorongan untuk mengikuti pendidikan pada Program Pascasarjana, dengan berbagai dispensasinya.
5. Sejawat dosen di AKG Surabaya yang penuh pengertian dan begitu banyak perannya dalam penelitian yang kami lakukan.

Kepada yang terkasih suamiku Respati Hari Winarno, Ir. yang sangat besar pengorbanannya dan dorongannya dalam masa pendidikan ini, membantu dengan doa dan semangatnya. Kepada putriku tersayang Ajeng Larasati Andhika Pradana Respati Putri, yang sering membantu mencetakkan bahan konsultasi tesis. Kepada putraku tercinta Bagus Erlangga Satriya Atiyasa Respati Putra, yang selalu mengganggu dengan kelucuannya namun mampu menghibur dan membahagiakan hati. Terima kasih atas pengertiannya untuk berbagi perhatian dengan tugas pendidikan. Kepada

Aji dan Ibu yang selalu mendorong dengan semangat dan doa meskipun jauh di Jakarta, terima kasih segalanya.

Kepada teman-teman seangkatan Nani Yuniar, Amir Faisol, dan Andjar Hari Purnomo, yang selalu kompak bersama dalam menjalani pendidikan Pascasarjana, dan selalu urunan biaya hidup, meski pada langkah terakhir kita harus berpacu dengan waktu.

Yang tak terlupakan adalah Bu Tutik, Sriyah, dan Inarotun yang membantu mengurus anak-anak dan urusan rumah tangga lainnya, yang tanpa mereka sangatlah berat beban dan kewajiban yang harus ditanggung dalam mengurus rumah tangga.

Akhirnya, semoga Allah SWT Yang Maha Kasih memberikan bimbingan dan petunjukNya kepada kita semua.

Surabaya, Maret 2002

Penulis



RINGKASAN

Review Mengenai Konsep Isi, Implementasi, Dan Hasil Kurikulum Akg 1997 Dan Kesesuaiannya Dengan Kep.Men.Kes. Ri No. 1019/2000 Bagi Peran Mandiri Perawat Gigi Lulusan Akg Surabaya Tahun 1998-2001

Pendidikan perawat gigi pada awalnya didirikan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan gigi yang bertugas di pelosok daerah di Indonesia, melalui institusi pendidikan Sekolah Pengatur Rawat Gigi (SPRG). Seiring dengan bertambah banyaknya dokter gigi diperkotaan, tenaga dokter gigi mulai banyak yang bersedia ditempatkan di pelosok Indonesia meskipun belum maksimal. Kenyataan ini menimbulkan pemikiran para pembuat kebijakan untuk mengembalikan fungsi perawat gigi kepada fungsi yang seharusnya sebagai seorang tenaga perawat. Kembali kepada filosofi keperawatan bahwa bidang keperawatan adalah “caring” atau merawat. Dalam hal ini yang menjadi fokus perhatian adalah semua respon pasien yang menyertai suatu penyakit, dan bukan menyembuhkan penyakitnya.

Pergeseran peran perawat gigi dari penekanan tugas pada bidang kuratif disertai promotif dan preventif, menjadi tenaga kesehatan gigi yang berkompeten dalam bidang promotif dan preventif dalam bentuk pelayanan asuhan kesehatan gigi. Tugas perawat gigi yang dikerjakan adalah menjadi tanggungjawabnya sendiri, dan tidak bertanggungjawab kepada profesi lain seperti dokter gigi. kondisi inilah yang dikatakan sebagai peran mandiri perawat gigi. Upaya pergeseran peran ini dilakukan melalui pendidikan pada institusi Akademi Kesehatan Gigi (AKG) dan menggunakan kurikulum AKG 1997.

Belum tampak adanya dampak nyata dari pendidikan perawat gigi menggunakan kurikulum AKG 1997, telah terbit kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, tentang registrasi dan ijin kerja perawat gigi. Kebijakan bertujuan memberi kekuatan hukum bagi perawat gigi dalam melaksanakan peran barunya sebagai perawat gigi dalam peran mandiri.

Penelitian ini bertujuan melakukan review mengenai konsep isi, implementasi, dan hasil pendidikan kurikulum AKG 1997 dan kesesuaiannya dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

Pengambilan sample dengan cara purposive sampling. Terdiri dari 10 orang dosen mata kuliah keahlian (MKK), 24 orang lulusan AKG yang tersebar di Surabaya, Jawa Timur, Kalimantan, Maluku, Irian Jaya, dan Nusa Tenggara Timur. Pengguna lulusan AKG Surabaya sebanyak 10 orang, dan pembuat kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 sebanyak 2 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan metode *indepth interview* dan *focus group discussion*.

Variable penelitian adalah pemahaman dari pembuat kebijakan mengenai tujuan dan peran mandiri yang dihasilkan oleh Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 ; Persepsi dan resistensi dari dosen AKG Surabaya, lulusan AKG Surabaya, serta pengguna lulusan AKG Surabaya ; Implementasi dari kurikulum AKG 1997.

Penelitian menghasilkan : bahwa konsep isi kurikulum mendukung pergeseran peran perawat gigi menjadi perawat gigi dengan peran mandiri. Implementasi yang melewati batas kewenangan perawat gigi telah menghambat proses pergeseran ke arah perawat gigi mandiri. Sebagai contoh implementasi materi mata kuliah dasar-dasar pencabutan gigi sampai dengan pencabutan gigi menggunakan anestesi

infiltrasi dan blok. Kondisi ini membawa dampak perawat gigi memiliki kemampuan melebihi kewenangannya, pencabutan gigi menggunakan topical anestesi. Kemampuan yang ditetapkan untuk peran mandiri telah dikuasai oleh lulusan. Kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 memiliki tujuan yang secara normatif adalah memberi perlindungan hukum bagi perawat gigi untuk bekerja dengan peran mandiri. Persepsi dari lulusan sangat besar pengaruhnya terhadap terlaksananya pergeseran peran menuju peran mandiri perawat gigi. Resistensi dari lulusan terhadap peran mandiri, dan terhadap tata cara pelaksanaan peran mandiri dalam Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, menghambat pergeseran peran mandiri perawat gigi secara nyata.

Saran bagi pembuat kebijakan adalah para aktor kebijakan mengikut sertakan perawat gigi dalam proses kebijakan, mulai dari proses kebijakan, mulai dari proses formulasi, implementasi, sampai ke evaluasi dalam suatu review kebijakan. Tujuan kebijakan dituliskan secara eksplisit agar masyarakat pelaku kebijakan mengerti dengan benar apa yang menjadi tujuan kebijakan. Segera melengkapi kebijakan dengan petunjuk teknis atau petunjuk pelaksanaan

Sebagai institusi penyelenggara pendidikan, AKG harus selalu melakukan evaluasi pelaksanaan pendidikan dengan mengacu kepada pencapaian tujuan pendidikan secara integral. Melakukan pemantauan di lapangan terhadap lulusan, dan kebutuhan pelayanan kesehatan gigi masyarakat, sebagai bahan masukan ke arah pembenahan pendidikan baik di tingkat institusi maupun tingkat departemen.

SUMMARY

The review of the Content Concept, Implementation , and Curriculum Result of AKG 1997 and its Conformity to Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000 for Independent Role of Dental Nurses AKG Surabaya year 1998-2001

Dental nursery academy was established to fulfill the demand on dental health staff working in remote areas in Indonesia through educational institution of Sekolah Pengatur Rawat Gigi (SPRG). As the number of dentists in urban areas increases, there are more dentists willing to be placed in remote areas. This fact inspired policy makers to re-function dental nurses to their own job as caring staffs. It refers to nursery philosophy that is nursery means “caring” or nursing. In this case, the focus is all patients’ response coming along with an illness, not curing it.

The role shifting of dental nurses that stresses on curative field along with promotion and prevention to competent dental health staff in promotion and prevention field in the form of dental health services. Dental nurses are in charge of their own responsibilities, not on that of other professions such as dentist. This condition is considered as dependent role of dental nurses. An effort on this role shifting was conducted through education in Akademi Kesehatan Gigi (AKG) using AKG curriculum 1997.

As the result on dental nursery academy using AKG curriculum 1997 was not obtained, a policy of Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000, containing registration and working license for dental nurses. This policy aimed to give law power for dental nurses in applying their new role as dental nurses independently.

The objective of this research is to review about the content of concept, implementation, and result of education using AKG curriculum 1997 and its conformity to Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000.

Purposive sampling method was used to take the samples comprising of 10 lecturers of skill courses (MKK), 24 graduates of AKG spread in Surabaya, Jawa Timur, Kalimantan, Maluku, Irian Jaya, and Nusa Tenggara Timur. Ten of them are those employing AKG Surabaya graduates, 24 graduates of AKG spread in Surabaya, Jawa Timur, Kalimantan, Maluku, Irian Jaya, and Nusa Tenggara Timur. Ten of them are those employing AKG Surabaya graduates, 2 policy makers of Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000. The data collection was conducted using *indepth interview method* and *focus group discussion*.

The research variable is the understanding of policy makers on objective and independent role resulted by Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000; perception and resistance from AKG Surabaya lecturers, AKG Surabaya graduates, and AKG Surabaya graduates employers; implementation of AKG curriculum 1997.

The research resulted that the concept of curriculum content supporting the role shifting of dental nurses to be dental nurses with independent role. The implementation out limited the authority of dental nurses has impeded the shifting process toward independent dental nurses. The example is the implementation of main courses' material of teeth extraction to teeth extraction using infiltration and block anesthesia. This case made dental nurses have ability beyond their authority, teeth extraction using topical anesthesia. The ability drawn up for independent role

has been mastered by the graduates. The policy Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000, obviously impeded independent role shifting of dental nurses.

The suggestion for the policy makers is that they should involve the presence of dental nurses in policy making, starting from the policy process; formulation process, implementation, up to evaluation in a policy review. The policy aim was explicitly written down in order that the society as the policy doers understand well the objective of a policy and soon equip it with technical and implementation guidelines.

As an educational institution, AKG should always evaluate the implementation of education following the achievement of integral educational objective. Doing an observation on graduates and the society need of dental health services are good information for educational improvement for both institutions and departments.

ABSTRACT

The review of the Content Concept, Implementation , and Curriculum Result of AKG 1997 and its Conformity to Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000 for Independent Role of Dental Nurses AKG Surabaya year 1998-2001

I Gusti Ayu Kusuma Astuti Ngurah Putri

The policy Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000, about registration and working license of dental nurses aiming to give law power for dental nurses in applying their new role as dental nurses in independent role. The research's objective was to review about content concept, implementation, and educational result of curriculum Akademi Kesehatan Gigi (AKG) 1997 and its conformity to Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000. Purposive sampling was used to take the samples. The samples of the research consists of 10 lecturers of skill courses (MKK), 24 graduates of AKG spread in Surabaya, Jawa Timur, Kalimantan, Maluku, Irian Jaya, and Nusa Tenggara Timur; ten of them are those employing AKG Surabaya graduates, 2 policy makers of Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000. The data collection was conducted using *indepth interview method* and *focus group discussion*.

The result obtained in the research showed that content concept of curriculum supports the role shifting of dental nurses to dental nurses with independent role. The implementation impeded the shifting process toward independent dental nurses. The example is main course material implementation of teeth extraction basis to teeth extraction using infiltration and block anesthesia. This condition drove the nurses have ability beyond their authority. The drawn up ability for independent role has been mastered by graduates. The policy Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000 had normative objective that gives law protection for dental nurses to work on independent role. Graduates' perception had a great influence to the implementation of role shifting toward independent role of dental nurses. The graduates' resistance against independent role and ways to implement this role in Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000 impeded the independent role shifting of dental nurses.

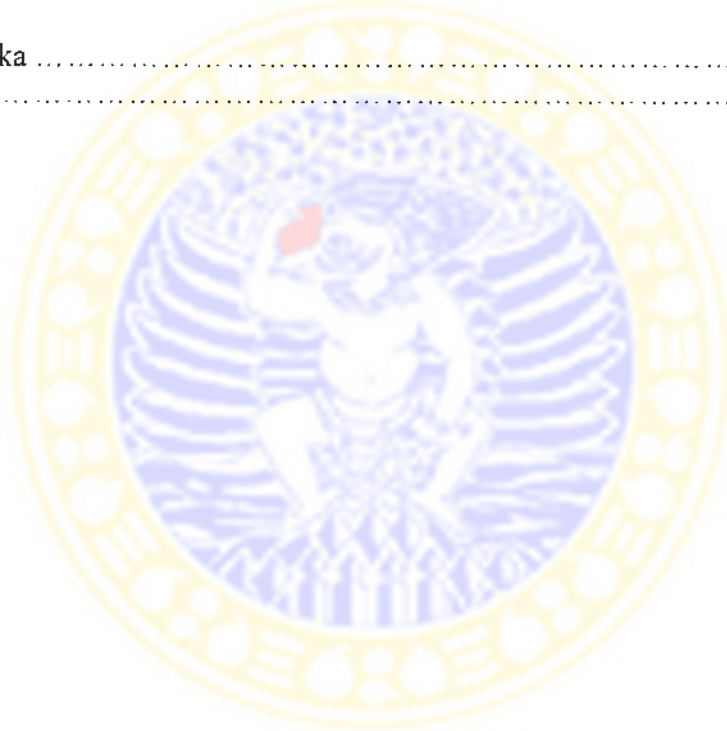
Key word : independent role of dental nurses, perception and resistance toward policy, policy review

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Pengesahan	iv
Panitia Penguji Tesis	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	viii
Summary	xi
Abstract	xiv
Daftar Isi	xv
Daftar Gambar	xviii
Daftar Tabel	xix
Daftar lampiran.....	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah.....	10
1.4 Justifikasi Tujuan Penelitian	10
1.5 Tujuan Penelitian.....	11
1.6 Manfaat Penelitian.....	12
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Keperawatan	
2.1.1 Pengertian keperawatan.....	14
2.1.2 Falsafah keperawatan	15
2.1.3 Paradigma keperawatan	15
2.2 Peran Mandiri Perawat Gigi	16
2.3 Kurikulum	
2.3.1 Pengertian Kurikulum	19
2.3.2 Fungsi Kurikulum.....	20
2.3.3 Komponen kurikulum	21
2.3.4 perubahan kurikulum	22
2.4 Kurikulum AKG 1997	23
2.5 Kebijakan	24
2.5.1 Pengertian Kebijakan	26
2.5.2 Siklus Kebijakan	29
2.6 Policy Formulation.....	30

2.7 Policy Impementation	34
2.7.1 Sosialisasi	37
2.8 Policy Review	37
2.9 Pengaruh Pemahaman, Persepsi dan Resistensi Aktor Kebijakan	40
2.9.1 Pemahaman dan Persepsi	40
2.9.2 Resistensi	42
2.10 Penelitian Kebijakan	43
2.10.1 Bentuk-bentuk penelitian kebijakan	46
2.10.2 Karakteristik Penelitian Kebijakan	43
2.10.3 Metode Penelitian Kebijakan	48
2.11 Penelitian Kebijakan kualitatif	49
2.11 Focus Group Discusion (FGD)	50
2.11.1 Pengertian FGD	51
2.11.2 Alasan filosofi dan metodologis penggunaan FGD	52
2.11.3 Rekrutmen peserta FGD	52
2.11.4 Proses FGD	54
2.12 Indept Interview	55
2.12.1 Prosedure wawancara	57
2.13 Eksekutif summary	58
2.14 Keberhasilan Kebijakan	59
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN	60
BAB 4. METODE PENELITIAN	65
4.1 Rancangan Penelitian	65
4.2 Lokasi Penelitian	65
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	66
4.4 Variabel Penelitian	66
4.5 Kerangka Operasional Penelitian	67
4.6 Definisi Operasional	69
4.7 Instrumen Penelitian	77
4.8 Prosedur Pengumpulan Data Penelitian	78
4.10 Pengolahan Data penelitian	79
4.11 Kendala Penelitian	80
BAB 5 HASIL PENELITIAN, HASIL, DAN PEMBAHASAN	82
5.1 Gambaran Umum	82
5.2 Hasil dan pembahasan review konsep isi kurikulum AKG 1997	85
5.3 Hasil dan pembahasan review implementasi Kerikulum AKG 1997	104
5.4 Hasil dan pembahasan review persepsi dan resistensi dosen, lulusan, dan pengguna lulusan terhadap lulusan hasil pendidikan kurikulum AKG 1997	112
5.5 Hasil dan Pembahasan review pemahaman pembuat kebijakan. mengenai Kep.Men.Kes.RJ No.1019/2000	125
5.6 Hasil dan pembahasan review kesesuaian kemampuan lulusan AKG	

Surabaya hasil Pendidikan menggunakan kurikulum AKG 1997 dengan tuntutan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.....	133
5.7 Hasil dan Pembahasan review persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000.	135
5.8 Hasil dan Pembahasan review kesesuaian antara konsep isi, implementasi, serta hasil pendidikan Kurikulum AKG 1997, dan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 dalam upaya mendukung peran mandiri perawat gigi	143
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	149
6.2 Saran	150
Daftar Pustaka	151
Lampiran	154



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Bagan identifikasi masalah penelitian.....	7
Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian	60
Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian	68



Tabel 5.10 Implementasi mata kuliah keahlian kurikulum AKG 1997 pada AKG Surabaya periode xiii 001.....	109
Tabel 5.11 Matriks hasil <i>indepth interview</i> mengenai persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap lulusan AKG dengan peran mandiri hasil pendidikan kurikulum AKG 1997	113
Tabel 5.12 Matriks kesimpulan <i>indepth interview</i> mengenai persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap lulusan AKG dengan peran mandiri hasil pendidikan kurikulum AKG 1997	117
Tabel 5.13 Matriks hasil <i>indepth interview</i> mengenai persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000.....	136
Tabel 5.14 Matriks kesimpulan <i>indepth interview</i> mengenai persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap lulusan AKG dengan peran mandiri hasil pendidikan kurikulum AKG 1997	139

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

- Lampiran 1 Pedoman pertanyaan FGD
- Lampiran 2 Pedoman wawancara mendalam pada dosen AKG Surabaya mengenai implementasi kurikulum AKG 1997
- Lampiran 3 Pedoman wawancara mendalam pada dosen, lulusan, dan pengguna lulusan mengenai persepsi, dan resistensi terhadap lulusan AKG Surabaya.
- Lampiran 4 Pedoman wawancara mendalam pada pembuat kebijakan
- Lampiran 5 Pedoman wawancara mendalam pada lulusan AKG Surabaya mengenai kemampuan yang dimiliki
- Lampiran 6 Pedoman wawancara mendalam pada dosen, lulusan, dan pengguna lulusan mengenai persepsi dan resistensi terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.
- Lampiran 7 SK rumpun perawat
- Lampiran 8 SK.Men.Kes.RI No.HK.00.06.1.1.3338 tentang penunjukkan AKG Dep.Kes, Surabaya Prop.Jatim untuk menyelenggarakan pendidikan.
- Lampiran 9 SK.Men.Kes.RI No.HK.00.06.1.3.1158 tentang Kurikulum Program Diploma III kesehatan Gigi di Lingkungan Dep.Kes.
- Lampiran 10 Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1019 tahun 2000 tentang Registrasi dan izin kerja perawat gigi
- Lampiran 11 Matrik tujuan penelitian dan hasil penelitian

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Melalui pencanangan pembangunan berwawasan kesehatan oleh pemerintah, telah disusun visi, misi, dan kebijakan pembangunan kesehatan yaitu Indonesia Sehat 2010. Operationalisasi dari misinya adalah empat pilar strategi yaitu paradigma sehat, profesionalisme, desentralisasi, dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM). Paradigma sehat yang mempunyai titik berat pada upaya promotif dan preventif tanpa mengurangi upaya kuratif dan rehabilitatif, dalam pelaksanaannya didukung oleh tenaga yang profesional dan bermutu, termasuk tenaga kesehatan gigi (Roesdal, 2000).

Upaya pelayanan kesehatan gigi adalah rentang pelayanan mulai dari promotif, preventif, kuratif sampai rehabilitatif yang merupakan satu siklus pelayanan tidak terputus. Para pelaksana pelayanan kesehatan gigi yang terlibat mulai dari perawat gigi, teknisi gigi, dokter gigi, sampai dokter gigi spesialis, yang semuanya merupakan satu tim (Roesdal, 2000). Perawat gigi yang merupakan salah satu jenis tenaga kesehatan dalam jajaran tenaga kesehatan di Indonesia (Peraturan Pemerintah nomor 32 tahun 1996), kemudian dikelompokkan ke dalam rumpun tenaga keperawatan melalui SK Men.Kes RI No.1035 tahun 1998.

Pendidikan perawat gigi di Indonesia pada awalnya diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan akan tenaga pelayanan kesehatan gigi masyarakat oleh pemerintah di daerah pelosok, yang tidak dapat dipenuhi oleh tenaga dokter gigi saja.

Dalam usaha mengatasi kekurangan tenaga ini diadakanlah pendidikan bagi perawat gigi berupa Sekolah Pengatur Rawat Gigi (SPRG) berdasarkan SK Men.Kes.RI No. 62 tahun 1951 (Roesdal,2000).

Menurut Sutopo (2001), karena pada awalnya perawat gigi dibentuk sebagai pengganti dokter gigi pada sarana pelayanan kesehatan pemerintah, maka perawat gigi saat itu perlu diberikan kemampuan dan kewenangan untuk melakukan tindakan medik esensial kepada pasien. Pendidikan lebih berorientasi pada tindakan kuratif, dengan perbandingan 60% : 40% antara kuratif dan preventif. Tindakan kuratif itu antara lain penambalan dan pencabutan gigi. Penambalan gigi yang dilakukan adalah pada semua permukaan, menggunakan bahan tambal amalgam maupun bahan sewarna gigi. Tindakan pencabutan gigi yang dilakukan menggunakan lokal anestesi baik infiltrasi anestesi maupun mandibular blok anestesi.

Perkembangan selanjutnya, pada tahun 1980-an telah banyak dokter gigi yang bertugas sampai ke pelosok daerah, sehingga mulailah tampak adanya duplikasi tugas dan wewenang dalam pelayanan kesehatan gigi antara dokter gigi dan perawat gigi. Menyadari keadaan di lapangan ini, diadakanlah pertemuan lintas program di lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Dep.Kes.RI), yaitu antara Direktorat Kesehatan Gigi (Dit.Kes.GI), Pusat Pendidikan Tenaga kesehatan (Pusdiknakes), dan SPRG. Pertemuan ini menghasilkan kesepakatan mengubah fungsi perawat gigi untuk lebih berorientasi pada bidang peningkatan kesehatan gigi (promotif) dan pencegahan penyakit gigi (preventif). Perubahan orientasi ini tertuang dalam kurikulum pendidikan SPRG tahun 1991 dengan perbandingan 40% : 60% antara kuratif dan preventif (Roesdal,2000).

Menurut Pusdiknakes (2000), tenaga kesehatan khususnya tenaga perawatan, dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2000 dinyatakan bahwa akan ditingkatkan menjadi tenaga ahli madya, yaitu dengan penambahan tiga tahun setelah SLTA. Menindaklanjuti kebijakan ini, Dep.Kes.RI melalui Dit.Kes.Gi dan Pusdiknakes membuat kebijakan peningkatan SPRG menjadi Program Diploma III Kesehatan Gigi yaitu Akademi Kesehatan Gigi (AKG).

Undang-Undang Republik Indonesia No.2 tahun 1989 pasal 16 menyatakan bahwa tujuan pendidikan tinggi adalah untuk menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik dan atau profesional, yang dapat menerapkan, mengembangkan, dan atau menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi, dan atau kesenian (Hartono, 2001).

Penyelenggaraan pendidikan AKG menggunakan kurikulum 1995, yang disahkan oleh Ka Pusdiknakes Dep.Kes RI, dan disahkan tahun 1997 melalui SK Men.Kes.RI no 1158 tahun 1997. Orientasi kurikulum AKG 1997 ini pada bidang promotif dan preventif yang merupakan tugas profesi perawat gigi. Menurut Kapusdiknakes (1995), pendekatan yang digunakan dalam penyusunan kurikulum ini adalah sesuai kompetensi perawat gigi lulusan AKG yaitu pada bidang promotif preventif. Dalam pelaksanaan tugas profesinya, perawat gigi mempertanggungjawabkan sendiri tugas sebagai peran mandiri dalam bentuk asuhan perawatan kesehatan gigi.

Keperawatan sebagai profesi mempunyai otonomi dan keahlian, serta pengawasan terhadap pendidikan dan praktek keperawatan. (Pusdiknakes, 1989). Bidang keperawatan adalah "*caring*" atau merawat. Dalam hal ini yang dirawat

adalah semua respon pasien yang menyertai suatu penyakit, dan bukan menyembuhkan penyakitnya (ANA, 2000)

Pendidikan AKG Surabaya dimulai pada tahun 1995, dengan peserta didik pada angkatan pertama berlatar belakang pegawai negeri sipil (PNS) yang mendapat tugas belajar dari instansi tempatnya bekerja. Angkatan ketiga, menerima PNS dan mulai menerima lulusan langsung dari SPRG (*fresh graduate*), angkatan keempat menerima peserta didik lulusan SMU. Dengan demikian, seharusnya tiga angkatan pertama lulusan AKG telah dapat menerapkan tugas perawat gigi yang berorientasi pada bidang promotif dan preventif, serta tidak lagi hanya bekerja membantu dokter gigi dalam *four handed dentistry*.

Penyebaran lulusan AKG Surabaya empat angkatan pertama berdasarkan latar belakang sesuai tahun kelulusan 1998 -2001 disajikan pada tabel 1.1, dan sesuai propinsi instansi asalnya dalam tabel 1.2 berikut ini.

Tabel 1.1 Distribusi latar belakang status pendidikan/ pekerjaan peserta didik AKG Surabaya berdasarkan tahun kelulusan 1998-2001

No.	Latar belakang status pendidikan/ pekerjaan peserta didik	Jumlah lulusan tahun 1998	Jumlah lulusan tahun 1999	Jumlah lulusan tahun 2000	Jumlah lulusan tahun 2001
1	PNS tugas belajar	20	17	24	18
2	SPRG (<i>fresh graduate</i>)	-	-	6	29
3	SMU	-	-	-	25
Total		20	17	30	72

Sumber : data sekunder dari AKG Dep.Kes RI Surabaya tahun 1998-2001.

Tabel 1.2 Penyebaran lulusan AKG Dep.Kes.RI Surabaya berdasarkan daerah asal instansi peserta didik pada tahun kelulusan 1998-2001.

No.	Daerah asal peserta didik	Jumlah lulusan tahun 1998	Jumlah lulusan tahun 1999	Jumlah lulusan tahun 2000	Jumlah lulusan tahun 2001
1	Jawa Timur	17	8	13	61
2	Bali	-	1	-	-
3	NTB	1	2	-	2
4	NTT	-	5	6	3
5	Timor Timur	1	-	-	-
6	Kalimantan	1	-	1	1
7	Maluku	-	1	1	5
8	Irian Jaya	-	-	3	1
Total		20	17	30	72

Sumber : data sekunder dari AKG Dep.Kes RI Surabaya tahun 1998-2001.

Berdasarkan data yang ada pada Persatuan Perawat Gigi Indonesia (PPGI) Cabang Jawa Timur, sejak 1998 belum ada lulusan yang melaksanakan tugas sebagai perawat gigi dengan peran mandiri karena berbagai alasan. Beberapa yang bertugas di Puskesmas kembali bekerja seperti semula membantu pekerjaan dokter gigi dalam *four handed dentistry*, atau ada yang mendapat jabatan struktural pada Dinas Kesehatan. Ada lulusan yang bertugas menggantikan tugas dokter gigi karena tidak ada dokter gigi di tempatnya bertugas. Lulusan yang berlatarbelakang SPRG nol tahun bekerja membantu praktek dokter gigi dalam *four handed dentistry*.

Pada tahun 2000 Departemen Kesehatan RI menerbitkan Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000 tentang registrasi dan izin kerja perawat gigi. Kebijakan ini berisi tentang pekerjaan perawat gigi dalam asuhan keperawatan sebagai peran mandirinya, dan disertai aturan pelaksanaannya. Perawat gigi yang telah lulus harus mengajukan permohonan kepada Kantor Wilayah Dep.Kes. setempat untuk mendapatkan surat ijin perawat gigi (SIPG) dan bagi yang ingin bekerja pada suatu sarana pelayanan kesehatan harus memiliki surat ijin kerja (SIK).

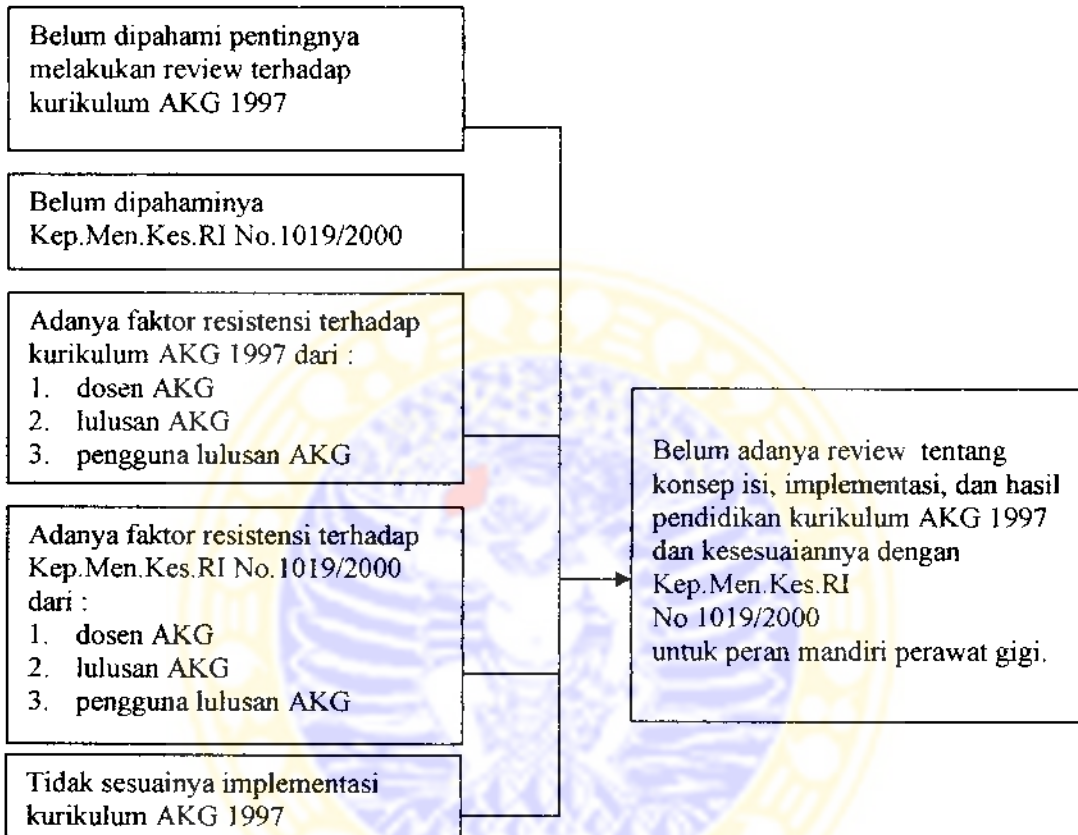
Berdasarkan kenyataan, telah dilaksanakannya pendidikan AKG Surabaya menggunakan kurikulum 1997 yang proyeksinya adalah perawat gigi yang memiliki peran mandiri dalam bidang pelayanan asuhan, promotif dan preventif serta kuratif dasar. Sejak berdirinya tahun 1995 AKG Surabaya telah meluluskan 4 angkatan yang tersebar di beberapa daerah di Jawa Timur, Bali, NTB, NTT, Tim-Tim, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Irian Jaya, yang sampai dengan tahun 2001 hasilnya di lapangan belum pernah dievaluasi.

Menindaklanjuti terbitnya Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 yang mengenai perawat gigi, semestinya AKG Surabaya sebagai institusi pendidikan pelaksana kurikulum melakukan *review* terhadap kurikulum AKG 1997, untuk kemudian melakukan penyesuaian terhadap kebijakan baru tersebut.

Berdasarkan alasan di atas, maka yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah, **belum adanya *review* tentang konsep isi, implementasi, dan hasil kurikulum AKG 1997, dan kesesuaiannya dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 bagi peran mandiri perawat gigi lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001.**

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan masalah penelitian di atas, maka dapat diidentifikasi beberapa faktor yang mungkin menyebabkan timbulnya masalah. Untuk memudahkan, berikut ini digambarkan bagan identifikasi masalah pada gambar 1.1.



Gambar 1.1 bagan identifikasi masalah penelitian

1. Belum dipahami pentingnya melakukan review terhadap kurikulum AKG 1997.

Pemahaman terhadap kurikulum pendidikan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan baik oleh pembuat kebijakan itu sendiri maupun oleh pelaksana. Dimaksudkan adalah pemahaman terhadap konsep isi dari kurikulum, penerapan kurikulum, dan arah tujuan kurikulum.

Kurikulum yang dibuat bagi pelaksanaan pendidikan AKG pada tahun 1997 seharusnya sesuai dengan tujuan perawat gigi yang ingin dihasilkan. Kurangnya pemahaman terhadap kurikulum menyebabkan tidak dilakukannya *review*.

2. Belum dipahaminya Kep.Men.Kes RI No.1019/2000.

Pemahaman mengenai konsep dan pelaksanaan suatu kebijakan adalah penting bagi aktor pelaku kebijakan itu. Setelah terjadi pemahaman, maka para aktor akan melaksanakan kebijakan sesuai dengan apa yang dipahaminya. Bila terjadi pemahaman yang berbeda dengan yang dimaksud oleh kebijakan, maka pelaksanaan kebijakan akan mengalami penyimpangan, atau kebijakan tidak dilaksanakan sama sekali. Demikian halnya dengan tidak adanya *review* mengenai kesesuaian kebijakan dengan kebijakan yang seharusnya saling mendukung, kemungkinan disebabkan oleh tidak dipahaminya suatu kebijakan.

3. Adanya faktor resistensi terhadap kurikulum AKG 1997 dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya.

Para pelaku kebijakan adalah semua aktor yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan kebijakan. Pemahaman terhadap suatu kebijakan dapat menyebabkan timbulnya penerimaan maupun penolakan (*resistensi*) dari pelaku kebijakan dalam berbagai bentuk.

Salah satu bentuk resistensi yang dapat timbul dari adanya kebijakan penggunaan kurikulum pendidikan AKG 1997 adalah tidak dilakukannya *review*, baik terhadap konsep isi, pelaksanaan, maupun hasil dari kebijakan ini. Dalam hal kurikulum 1997, resistensi mungkin datang dari dosen, lulusan AKG itu sendiri, dan pengguna lulusan AKG. Adanya resistensi dari pelaku kebijakan telah menyebabkannya tidak merasa

perlu memperhatikan pentingnya *review* guna menilai implementasi dan menilai hasil kurikulum AKG 1997.

4. Adanya faktor resistensi terhadap Kep.Men.Kes RI No.1019/2000 dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG.

Para aktor yang terlibat dalam kebijakan Kep.Men.Kes RI No.1019/2000 selain pembuat kebijakan adalah pelaku kebijakan, diantaranya adalah dosen AKG, lulusan AKG, dan pengguna lulusan AKG. Pada pelaksanaan kebijakan ini perlu adanya proses pemahaman para aktor. Bila tidak terjadi proses pemahaman yang baik, maupun terjadi pemahaman namun bertentangan dengan nilai yang dianut oleh para aktor, maka timbul kemungkinan timbul resistensi. Salah satu bentuk resistensi yang timbul adalah tidak dihiraukannya kebijakan ini, termasuk tidak melakukan *review* terhadap kebijakan, sehingga tidak diketahui apakah kebijakan ini sesuai atau tidak dengan kebijakan kurikulum yang ada sebelumnya yang seharusnya saling mendukung satu dengan yang lain.

5. Tidak sesuainya implementasi kurikulum AKG 1997.

Pelaksanaan kurikulum AKG 1997 melibatkan komponen pembuat kurikulum dan pelaksana (sasaran) kurikulum. Pada saat kurikulum telah dinyatakan berakut, maka proses pelaksanaan dimulai. Pelaksanaan kurikulum AKG 1997, seharusnya mendapat pemantauan dari pembuat kebijakan mengenai kesesuaian pelaksanaannya dengan tujuan yang telah direncanakan untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Pelaksana kurikulum yang mengalami proses pemahaman untuk melaksanakan kurikulum ini dapat saja memahami secara berbeda, sehingga pelaksanaannyapun menjadi berbeda dengan yang telah ditetapkan oleh pembuat kurikulum. Dapat juga

pelaksanaan yang tidak sesuai karena secara sadar dilakukan berbeda dari yang dimaksudkan dalam kurikulum AKG 1997, sehingga merasa tidak perlu adanya *review*.

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah konsep isi kurikulum AKG 1997 ?
2. Bagaimanakah implementasi kurikulum AKG 1997 ?
3. Bagaimanakah persepsi dan resistensi dari dosen AKG, lulusan AKG, dan pengguna lulusan AKG Surabaya, terhadap lulusan AKG Surabaya dengan peran mandiri hasil kurikulum 1997 ?
4. Bagaimanakah konsep isi kebijakan Kep.Men.Kes. RI No.1019/2000 ?
5. Apakah lulusan pendidikan AKG kurikulum 1997 memiliki kemampuan yang dituntut oleh Kep.Men.Kes RI No.1019/2000 ?
6. Bagaimanakah persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya, terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 untuk peran mandiri perawat gigi ?
7. Bagaimanakah kesesuaian antara kurikulum AKG 1997 dan Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000 ?

1.4 Justifikasi Tujuan Penelitian

Berdasarkan masalah yang dikemukakan di atas, maka peneliti pada penelitian ini dapat mengkaji melalui kajian determinan dengan tujuan mencari penyebab tidak dilakukannya *review* terhadap konsep isi, pelaksanaan, dan hasil pendidikan kurikulum AKG 1997. Pengkajian dapat juga dilakukan ke arah konsekuensi dari tidak dilakukannya *review*.

Pada penelitian ini dilakukan kajian ke arah konsekuensi dari belum dilakukannya review, karena ingin mengetahui kesesuaian antara pendidikan dengan kurikulum AKG 1997 dan Kep.Men.Kes.RI no. 1019/2000 untuk peran mandiri perawat gigi.

1.5. Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah melakukan review tentang konsep isi, implementasi, dan hasil pendidikan kurikulum AKG 1997 dan kesesuaiannya dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 dalam peran mandiri perawat gigi.

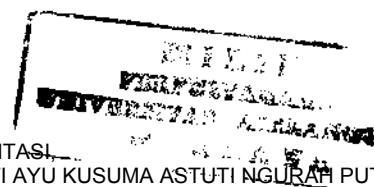
1.5.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan *review* terhadap konsep isi kurikulum AKG 1997.
2. Melakukan *review* terhadap implementasi kurikulum AKG 1997.
3. Menganalisis persepsi dan resistensi dari dosen AKG, lulusan AKG dan pengguna lulusan AKG Surabaya, mengenai lulusan AKG Surabaya dengan peran mandiri hasil kurikulum AKG 1997.
4. Melakukan *review* terhadap konsep isi kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.
5. Menganalisis kesesuaian kemampuan yang dimiliki oleh lulusan AKG dengan kemampuan yang dituntut oleh Kep.Men.Kes RI No.1019/2000 dalam peran mandiri.
6. Menganalisis persepsi dan resistensi dari dosen AKG, lulusan AKG, pengguna lulusan AKG Surabaya, mengenai Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

7. Merangkum hasil review mengenai konsep isi, implementasi, serta hasil pendidikan kurikulum 1997 dan kesesuaiannya dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 untuk peran mandiri perawat gigi.

1.6. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi pendidikan AKG sebagai pencetak tenaga perawat gigi dengan peran mandiri, hasil penelitian ini akan dapat digunakan sebagai salah satu dasar untuk menyamakan persepsi mengenai peran mandiri perawat gigi. Selanjutnya dapat digunakan sebagai acuan dalam pengembangan kurikulum pendidikan AKG, dalam upaya menghasilkan perawat gigi dengan peran mandiri yang sesungguhnya.
2. Bagi profesi perawat gigi, penelitian ini akan dapat digunakan sebagai rujukan mengenai beragam persepsi mengenai peran mandiri perawat gigi yang dapat menghambat ataupun menunjang tujuan peran mandiri perawat gigi. Dapat juga digunakan sebagai salah satu landasan berpikir ke arah kemandirian profesi perawat gigi lulusan AKG dan pengembangan profesinya.
3. Bagi para pembuat kebijakan, analisis kebijakan pada penelitian ini merupakan salah satu masukan mengenai kenyataan di lapangan setelah kebijakan dinyatakan berlaku. Mengantarkan para pembuat kebijakan untuk mengkaji kembali fase formulasi kebijakan yang telah dibuat, sebagai suatu siklus yang harus dilakukan guna menyempurnakan kebijakan. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi pembuat kebijakan dalam tugasnya membuat kebijakan, sehingga menelurkan kebijakan yang memang benar-benar dapat diimplementasikan dengan hasil baik.



4. Bagi profesi dokter gigi, penelitian ini akan memperjelas hubungan profesi antara dokter gigi dan perawat gigi, demikian juga halnya dengan kejelasan pola kemitraan dalam profesi dan hubungan kerja antara keduanya.
5. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan, penelitian ini akan turut mengembangkan pengetahuan dalam bidang analisis kebijakan, yang selama ini sangat sedikit dilakukan terhadap kebijakan publik yang telah diimplementasikan. Lebih khusus lagi, bagi kajian kebijakan bidang kesehatan, yang belum terdengar gaungnya, padahal sangat banyak kebijakan yang memerlukan pengkajian ulang.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keperawatan

2.1.1 Pengertian Keperawatan

Menurut *International Council of Nurses* dalam Effendy (1998), keperawatan adalah fungsi yang unik membantu individu yang sakit atau sehat, dengan penampilan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan atau penyembuhan (meninggal dengan damai), hingga individu dapat merawat kesehatannya sendiri apabila memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan. Sedangkan praktek keperawatan adalah pelayanan langsung, berorientasi pada tujuan, dapat diadaptasi oleh kebutuhan individu, keluarga, masyarakat dalam keadaan sehat dan sakit (*American Nurses Association* dalam Effendy, 1998).

Keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan yang merupakan pelayanan esensial dalam meningkatkan harkat hidup individu keluarga dan masyarakat. Keperawatan adalah unik, keunikannya antara lain cara mensintesakan ilmu sosial dasar, ilmu perilaku dasar, dan ilmu biologi dasar dalam fungsinya untuk meningkatkan kesehatan (Pusdiknakes, 1989).

2.1.2 Falsafah keperawatan

Menurut *American Nurse Assosiacion* (1995), keperawatan didefinisikan sebagai diagnosa dan treatment dari respon manusia, yang tampak maupun yang potensial dari masalah kesehatan. Definisi ini menempatkan fokus perawat lebih pada individu yang mengalami masalah kesehatan dari pada problem/penyakit itu sendiri,

berupa perawatan pada pasien sebagaimana memperlakukan masalah kesehatan. Menurut Canadian Nurse Association (1986), Keperawatan secara esensial adalah merawat (*caring*). Kesanggupan dan kemampuan untuk mengasuh atau memelihara pasien meskipun kelainannya tidak dapat disembuhkan. *Caring* tidak focus pada penyakit, tapi pada respon pasien terhadap penyakit. Sedangkan *curing* adalah membebaskan pasien dari penyakit atau ketidakmampuan.

2.2 Peran Mandiri Perawat Gigi

Upaya pelayanan kesehatan gigi adalah pelayanan dengan rentang upaya mulai dari promotif, preventif, kuratif, sampai dengan rehabilitatif yang merupakan siklus pelayanan yang tidak terputus. Para pelaksana pelayanan kesehatan gigi yang terlibat mulai dari perawat gigi, teknisi gigi, dokter gigi, sampai dokter gigi spesialis, yang semuanya merupakan satu tim (Roesdal, 2000).

Perawat gigi termasuk tenaga kesehatan dalam rumpun keperawatan, melalui penetapan Kep.Men.Kes.RI no. 1035/1999. Mengenai tugas dan kewenangan perawat gigi yang tertuang dalam Kep.Men.Kes RI No. 1019/2000 adalah pada bidang promotif dan preventif dalam bentuk pelayanan asuhan perawatan kesehatan gigi.

Dalam tugas dan kewenangan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien serta hubungannya dengan dokter dikenal beberapa peran perawat, yaitu peran independen, dependen, dan interdependen. Peran independen atau mandiri, adalah peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat itu sendiri secara mandiri tidak bertanggungjawab kepada dokter. Peran dependen atau tergantung, merupakan peran

perawat dalam melaksanakan program kesehatan dengan tanggungjawabnya berada di tangan dokter. Peran interdependen atau kolaborasi merupakan peran perawat untuk mengatasi permasalahan secara *team work* dengan tim kesehatan (Prihardjo,2000).

Masuknya perawat gigi ke dalam rumpun keperawatan membawa konsekuensi bahwa bagi perawat gigi juga terdapat peran mandiri. Berdasarkan adanya peran mandiri pada perawat gigi, maka tindakan dalam pelayanan asuhan perawatan kesehatan gigi yang menjadi tugas dan kewenangan perawat gigi adalah bentuk peran mandiri bagi perawat gigi.

Peran dan fungsi perawat gigi menurut Pusdiknakes (2000) adalah sebagai :

1. Pelaksana, yang mempunyai tugas mandiri, tugas kolaborasi dan konsultasi, tugas limpah dan tugas rujukan.
2. Pengelola, yang merencanakan, penyelia, supervisi, pengembang dan penilai.
3. Pendidik, menjadi penyuluh masyarakat, pelatih, pembimbing tenaga kesehatan, pengajar.
4. Peneliti, menjadi investigator terapan (mandiri maupun kelompok)

Pelayanan asuhan perawatan kesehatan gigi bagi perawat gigi adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab, wewenang dan hak profesi perawat gigi pada bidang peningkatan kesehatan gigi dan pencegahan penyakit gigi, dalam sistem pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Pusdiknakes DepKes RI, 2000). Dengan tugas dan kewenangannya, perawat gigi dimungkinkan untuk bekerja mandiri pada bidang promotif dan

preventif yang selanjutnya akan menjadi landasan dan titik tolak kemandirian perawat gigi dalam mengembangkan karier (Roesdal, 2000).

Tugas dan kewenangan perawat gigi yang terdapat pada Kep.Men.Kes.RI No.1019 / 2000, yang tertulis sebagai pekerjaan perawat gigi adalah :

1. Pelayanan asuhan perawatan kesehatan gigi meliputi :
 - 1.1 Upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut, yaitu :
 - a. penyuluhan kesehatan gigi dan mulut kepada individu, kelompok, dan masyarakat.
 - b. pelatihan kader.
 - c. pembuatan dan penggunaan alat peraga penyuluhan.
 - 1.2 Upaya pencegahan penyakit gigi, yaitu :
 - a. pemeriksaan plak gigi.
 - b. teknik sikat gigi yang baik.
 - c. skaling supra gingiva.
 - d. pencegahan karies gigi dengan fluor, dengan teknik kumur-kumur, dan pengolesan pada gigi.
 - e. pengisian *pit* dan *fissure* gigi dengan bahan *fissure sealant*.
 - f. pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pasien umum rawat inap.
 - 1.3 Tindakan penyembuhan penyakit gigi
 - a. pengobatan darurat sesuai dengan standar pelayanan
 - b. mencabut gigi susu dengan atau tanpa topikal anestesi.
 - c. penambalan gigi susu pada satu bidang dengan *glass ionomer* dan bahan amalgam.

bahwa kurikulum adalah segala pengalaman dan kegiatan belajar yang direncanakan dan diorganisir untuk diatasi oleh para siswa atau mahasiswa untuk mencapai tujuan pendidikan yang telah ditetapkan bagi suatu lembaga pendidikan. Association for Supervision Curriculum Development A Departement of The National Education Association tahun 1961 mengemukakan bahwa kurikulum adalah semua kesempatan belajar yang diberikan oleh sekolah sebagai bantuan demi pengembangan pelajar yang seimbang.

Berdasarkan beberapa pengertian mengenai kurikulum yang telah dikemukakan di atas, pengertian yang dirasakan cocok dengan penelitian ini adalah pengertian yang dikemukakan oleh Soedjiarto, karena di dalamnya terdapat unsur mencapai tujuan pendidikan yang ditetapkan oleh lembaga pendidikan. Demikian halnya dengan pendidikan AKG memiliki tujuan pendidikan yang ingin dicapai sebagai hasil proses belajar mengajar pada jenjang pendidikan tinggi. Kegiatan belajar yang direncanakan dan diorganisir untuk diatasi mahasiswa memiliki pengertian di dalam proses belajar mengajar terdapat peran guru atau dosen dan siswa atau mahasiswa.

2.3.2 Fungsi kurikulum

Dalam proses belajar mengajar jelas kedudukan kurikulum sangat penting, karena dengan kurikulum maka anak sebagai individu yang berkembang akan mendapat manfaat. Menurut Sutopo (1993), selain bagi anak, kurikulum juga berfungsi bagi kepentingan lain, yaitu :

1. Dalam rangka mencapai tujuan pendidikan.
2. Bagi anak
3. Bagi guru

4. Bagi kepala sekolah dan pembina sekolah
5. Bagi orang tua murid
6. Bagi sekolah pada tingkatan di atasnya.
7. Bagi masyarakat dan pemakai lulusan sekolah.

Dengan mengetahui suatu kurikulum pendidikan, masyarakat atau pemakai lulusan dapat melakukan setidaknya dua hal yaitu :

- a. turut memberikan bantuan untuk memperlancar pelaksanaan program pendidikan yang membutuhkan kerja sama dengan masyarakat.
- b. Turut memberikan saran atau kritik yang membangun dalam rangka penyempurnaan program pendidikan di sekolah, agar lebih serasi dengan kebutuhan masyarakat dan lapangan kerja.

2.3.3 Komponen kurikulum

Menurut Soetopo (1993), komponen kurikulum adalah :

1. Komponen tujuan, terdiri dari :
 - a. tujuan yang ingin dicapai oleh lembaga pendidikan, digambarkan dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang kita harapkan dimiliki peserta didik setelah menyelesaikan seluruh program pendidikan dari lembaga pendidikan tersebut.
 - b. tujuan yang ingin dicapai oleh setiap bidang studi, digambarkan dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang kita harapkan dimiliki peserta didik setelah mempelajari suatu bidang studi di lembaga pendidikan tersebut.

2. Komponen materi, terdiri dari :
 - a. isi kurikulum, yang berisi pokok-pokok bahasan, bahan pengajaran, sumber bahan, dan garis-garis besar program pengajaran (GBPP).
 - b. struktur program
3. Komponen organisasi dan strategi, terdiri dari :
 - a. Organisasi horisontal berkenaan dengan pengorganisasian kurikulum dalam bentuk mata ajaran, kelompok mata ajaran, atau kesatuan program. Organisasi vertikal berkenaan dengan pelaksanaan kurikulum dengan sistem kelas, tanpa kelas, atau kombinasi keduanya.
 - b. Strategi, adalah pelaksanaan kurikulum dalam pengajaran, cara penilaian, cara melaksanakan dan mengatur kegiatan pendidikan keseluruhan, termasuk metode pengajaran untuk mencapai tujuan pendidikan.
4. Komponen sarana terdiri dari sarana personal, material, kepemimpinan, dan administratif.
5. Komponen evaluasi.

Pendidikan merupakan keperluan masyarakat, sehingga harus peka terhadap perubahan yang terjadi dimasyarakat. Kurikulum sebagai konsumsi peserta didik dan masyarakat, maka harus terus menerus dinilai. Penilaian kurikulum juga dimaksudkan sebagai umpan balik terhadap tujuan, materi, metode, dan saran dalam rangka membina dan mengembangkan kurikulum lebih lanjut. Sedangkan penilaian dapat dilakukan oleh semua pihak, baik dari kalangan masyarakat luas maupun dari kalangan petugas pendidikan.

Ditinjau berdasarkan komponennya, maka kurikulum AKG 1997 memiliki tujuan pendidikan, materi, organisasi, sarana, dan evaluasi.

- A. Tujuan pendidikan AKG adalah menjadikan tenaga ahli madya sebagai tenaga profesional. Dalam lingkup tugasnya perawat gigi melayani pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut masyarakat yang lebih berorientasi kepada upaya promotif dan preventif dengan fokus kepada konsep bio-psiko-sosial terhadap individu, keluarga, dan masyarakat yang dilayaninya. Selain itu, melakukan pelayanan pengobatan dasar sebagai upaya preventif dan dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap kelainan yang berdampak kepada tindakan rehabilitasi (Kurikulum AKG, 1997).

Mengingat unsur-unsur dalam lingkup tugasnya, perawat gigi memerlukan keterampilan serta tanggung jawab moral yang tinggi. Untuk memperoleh tenaga kesehatan gigi yang demikian, maka diperlukan mutu jenjang pendidikan tinggi melalui jalur keahlian non gelar bagi perawat gigi. Menurut Pusdiknakes, lulusan AKG disebut Ahli Madya Kesehatan Gigi (Kurikulum AKG 1997).

- B. Organisasi kurikulum AKG 1997 dapat dilihat melalui pengelompokan menjadi tiga kelompok mata kuliah sebanyak 117 SKS. Apa bila diperlukan dapat dilakukan penambahan muatan lokal tanpa melebihi maksimal SKS program diploma III sebanyak 120 SKS, yaitu :

1. Mata Kuliah Umum (MKU) 12 SKS, terdiri dari mata kuliah :

- a. Agama
- b. Bahasa Indonesia
- c. Bahasa Inggris

- c. Ilmu Kesehatan gigi rehabilitasi
 - d. Ilmu Pencegahan Penyakit Gigi dan Mulut
 - e. Ilmu perawatan Pra dan pasca bedah mulut
 - f. Komunikasi Terapeutik
 - g. Manajemen kesehatan gigi dan Mulut-QA
 - h. Penggunaan dan pemeliharaan Alat Kesehatan Gigi.
 - i. Pendidikan Kesehatan Gigi
 - j. Teknik Media Pembelajaran
 - k. Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi
 - l. Epidemiologi
 - m. Praktek Kerja Lapangan
 - n. Karya Tulis
- C. Komponen materi dalam kurikulum AKG 1997, terdiri dari : isi kurikulum, yang berisi pokok-pokok bahasan, bahan pengajaran, sumber bahan, dan garis-garis besar program pengajaran (GBPP), serta struktur program.
- D. Komponen sarana
- E. Komponen evaluasi

Menurut Kepala Pusdiknakes pada Kurikulum AKG 1995, dalam penataan pendidikan kesehatan pada jenjang pendidikan tinggi, Pusdiknakes Dep.Kes.RI berpedoman kepada PP No.30/1990 tentang Pendidikan Tinggi, dan SK.Mendikbud No. 056/U/ 1994 tentang Pedoman penyusunan Kurikulum Pendidikan tinggi dan penilaian Hasil belajar Peserta Didik. Pendekatan yang digunakan dalam penyusunan kurikulum pendidikan Diploma III Kesehatan Gigi adalah berdasarkan kompetensi

dan disesuaikan dengan sistem upaya pelayanan kesehatan. Orientasi upaya pelayanan kesehatan adalah promotif dan preventif, dalam program kesehatan gigi dan mulut masyarakat, terutama untuk pemeliharaan kesehatan dengan mengupayakan penurunan dan atau menjaga angka karies gigi tidak melebihi angka standar yang ditentukan.

Pendidikan AKG dilaksanakan sesuai SK.Men.Kes.RI No.HK.00.06.1.1.3338 tentang penunjukkan AKG Dep.Kes. Surabaya untuk menyelenggarakan pendidikan program diploma III bidang kesehatan gigi, sejak pada tahun akademik 1995/1996. Pelaksanaan pendidikan menggunakan kurikulum AKG 1995 sebagai acuan utama. Pada perkembangan selanjutnya, bulan April 1997 kurikulum AKG disahkan melalui SK.Men.Kes.RI No.HK.00.06.1.3.1158.

Kurikulum AKG 1997 berupa satu berkas dokumen yang isinya terdiri dari :

1. Kata pengantar dari Kepala Pusdiknakes
2. Bab I Pendahuluan
3. Bab II Kerangka Dasar Pendidikan, yang memuat orientasi program pendidikan dan pendekatan dalam penyusunan kurikulum.
4. Bab III Tujuan Pendidikan dan Institusi
5. Bab IV Peran, Fungsi, dan Kompetensi, yang memuat peran, fungsi, dan kompetensi ahli madya kesehatan gigi.
6. Bab V Penjabaran Tujuan Pendidikan, yang memuat fokus dan tujuan tahap pendidikan, struktur program pendidikan, deskripsi, tujuan, dan garis besar mata kuliah.

7. Bab VI Kriteria Implementasi, yang memuat implementasi kurikulum dan penyelenggaraan pendidikan
8. Bab VII Penutup, dan
9. SK.Men.Kes.RI No.HK.00.06.1.3.1158 tahun1997.

Menurut kurikulum AKG 1997, pendidikan AKG bertujuan menghasilkan tenaga Ahli Madya Kesehatan Gigi yang bermoral Pancasila, mentaati UUD 1945, serta harus mempunyai kemampuan untuk :

1. melaksanakan upaya preventif, promotif dan upaya penurunan frekwensi penyakit gigi dan mulut.
2. memotivasi atau menggali peran serta masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan pada umumnya, dan kesehatan gigi pada khususnya.
3. melakukan pemeriksaan sederhana pada gigi dan mulut
4. melaksanakan rujukan atas penyimpangan sistem stomatognatik dan estetika, serta penyakit umum yang bermanifestasi di dalam mulut.
5. melaksanakan administrasi upaya pelayanan kesehatan
6. bekerja sama dengan petugas kesehatan lainnya di dalam melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut.
7. yakin bahwa kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan
8. mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan serta ketrampilan sesuai dengan kemajuan teknologi.

Mengenai peran, fungsi dan kompetensi ahli madya kesehatan gigi sajikan dalam bentuk matriks pada tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1 Matriks peran, fungsi, dan kompetensi Ahli Madya Kesehatan Gigi, pada kurikulum AKG 1997

No	Peran Ahli Madya Kesehatan Gigi	Fungsi Ahli Madya kesehatan Gigi	Kompetensi Ahli Madya kesehatan Gigi
1.	Pelaksana kegiatan kesehatan gigi dan mulut	Melaksanakan pelayanan asuhan pencegahan kerusakan gigi	Mengidentifikasi kebutuhan pelayanan asuhan pencegahan kerusakan gigi Menerapkan pelayanan asuhan pencegahan kerusakan gigi
		Melaksanakan pelayanan asuhan kebersihan karang gigi	Mengidentifikasi kebutuhan pelayanan asuhan pembersihan karang gigi Menerapkan prosedur pelayanan asuhan pembersihan karang gigi
		Melaksanakan pelayanan asuhan penambalan gigi susudan tetap	Mengidentifikasi kebutuhan pelayanan penambalan gigi susu dan tetap satu bidang Menerapkan teknik penambalan gigi susu dan tetap satu bidang
		Melaksanakan pelayanan asuhan pencabutan gigi susu	Mengidentifikasi kebutuhan pelayanan pencabutan gigi susu Menerapkan teknik pencabutan gigi susu
2.	Pelaksana pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut	Melaksanakan pelayanan rujukan	Mengidentifikasi masalah kebutuhan pasien yang memerlukan rujukan Menyiapkan upaya pelayanan rujukan
		Melaksanakan pemeliharaan dan sterilisasi alat-alat kesehatan gigi	Mengidentifikasi alat-alat kesehatan gigi dan mulut sesuai jenis/macam sterilisasi Menerapkan teknik sterilisasi alat-alat kesehatan gigidan mulut
		Memahami peran serta masyarakat dalam upaya menggerakkan kesehatan pada umumnya	Mengidentifikasi upaya-upaya penggerakkan kesehatan gigi yang dilakukan oleh masyarakat

		Melaksanakan pengelolaan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut	Menentukan perencanaan pengelolaan kesehatan gigi dan mulut Menentukan pelaksanaan pengelolaan kesehatan gigi dan mulut	
3.	Pengajar, Pelatih, dan Penyuluh kesehatan gigi dan mulut	Melaksanakan kegiatan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut	Mengidentifikasi kebutuhan penyuluhan	
			Menerapkan teknik penyuluhan	
			Mengidentifikasi upaya yang ada di masyarakat untuk dikembangkan dalam program / kegiatan kesehatan gigi dan mulut	
				Melaksanakan upaya-upaya tersebut untuk kesejahteraan masyarakat khusus dalam bidang kesehatan gigi dan mulut
		Melaksanakan pembuatan media pembelajaran	Memilih alat dan bahan sesuai kebutuhan Membuat media pembelajaran	
		Melaksanakan pelayanan konsultasi / bimbingan	Mengidentifikasi masalah kebutuhan pasien yang memerlukan konsultasi / bimbingan Melakukan teknik konsultasi dan bimbingan	
		Melaksanakan pembimbingan tenaga kesehatan atau calon tenaga kesehatan jenjang di bawahnya	Mengidentifikasi kebutuhan bimbingan Melaksanakan teknis bimbingan Mengevaluasi bimbingan	
4.	Pelaksanaan penelitian kesehatan gigi dan mulut	Melaksanakan penelitian sederhana di bidang kesehatan gigi	Mampu membuat usulan penelitian dalam bidang kesehatan gigi dan mulut	
			Mampu mengumpulkan dan mengolah data	
			Mampu menganalisa dan menyajikan data sederhana	
			Mampu menyiapkan laporan	

Sumber : Dokumen kurikulum AKG 1997

2.5 Kebijakan

2.5.1 Pengertian kebijakan

Dalam banyak literatur seringkali penggunaan kata kebijaksanaan (*wisdom*) dimaknai sama dengan kebijakan (*policy*), yang sebenarnya arti keduanya adalah sangat berbeda. Menurut Echols dalam kamus bahasa Inggris (1992), kebijaksanaan itu sendiri adalah suatu kearifan. Kearifan adalah suatu sikap dimiliki seseorang dalam menghadapi, menanggapi, dan memutuskan suatu masalah. Lain halnya dengan kebijakan yang oleh beberapa peneliti dirumuskan secara berbeda sesuai dengan sudut pandangnya, namun tampaknya dapat saling melengkapi sehingga membentuk suatu pengertian.

Kebijakan dirumuskan oleh Wahab (1997), sebagai suatu tindakan berpola yang mengarah pada tujuan tertentu dan bukan sekedar keputusan untuk melakukan sesuatu. Menurut Harold et al dalam Islamy (1997), kebijakan diartikan sebagai suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai, dan praktek-praktek yang terarah. Oleh Anderson dalam Islamy (1997), kebijakan diartikan sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah. Raksasataya dalam Islamy (1997), mengemukakan kebijakan sebagai suatu taktik dan strategi yang diarahkan untuk mencapai tujuan.

Kebijakan menurut United Nations dalam Pudjirahardjo (2000), adalah suatu aturan tertulis hasil keputusan Formal organisasi, yang mengatur nilai dan perilaku seluruh komponen dalam organisasi, yang bersifat mengikat untuk mencapai suatu tata nilai baru. Menurut Pudjirahardjo (2000), karena tujuan dari kebijakan adalah

adanya perubahan tata nilai, maka sifatnya adalah kualitatif. Tercapainya tujuan kebijakan dilihat dari adanya perubahan tata nilai, berbeda dengan program yang tujuannya terukur karena memiliki standar atau patokan.

Meskipun terdapat beberapa pengertian kebijakan, namun setidaknya menurut Raksasataya dalam Islamy (1997) di dalam suatu kebijakan terkandung elemen :

1. identifikasi dari tujuan yang ingin dicapai.
2. taktik atau strategi dari berbagai langkah untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
3. penyediaan berbagai input untuk memungkinkan pelaksanaan secara nyata dari taktik atau strategi.

Bentuk kebijakan itu sendiri dapat dikategorikan menjadi kebijakan makro dan kebijakan mikro. Yang termasuk kebijakan makro adalah undang-undang, peraturan pemerintah (PP), keputusan presiden (Keppres), dan keputusan menteri (Kepmen). Yang termasuk kebijakan mikro diantaranya adalah keputusan dirjen, dan peraturan organisasi (Pudjirahardjo, 2000).

Dewasa ini, kebijakan lebih sering dan secara luas dipergunakan dalam kaitannya dengan tindakan atau kegiatan pemerintah serta perilaku negara pada umumnya, sebagai kebijakan negara (Islamy, 1997) atau kebijakan publik (Wibawa dalam Mukijat 1995). Dye dalam Islamy (1997) mengatakan bahwa kebijakan negara adalah apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan ataupun untuk tidak dilakukan.

Ciri khusus yang dimiliki oleh kebijakan negara ialah dirumuskan oleh orang yang memiliki wewenang dalam sistem politik (Easton dalam Wahab, 1997). Dalam bentuknya yang positif, kebijakan dibuat berdasarkan hukum dan kewenangan

tertentu. Kebijakan negara memiliki daya ikat yang kuat terhadap masyarakat secara keseluruhan (*community as hole*) dan memiliki daya paksa tertentu yang tidak dimiliki oleh kebijakan yang dibuat oleh organisasi-organisasi swasta.

Melalui pernyataan di atas, kebijakan yang memiliki daya ikat dan daya paksa terhadap masyarakat, tampak bahwa kebijakan dipengaruhi oleh perilaku individu yang menjadi aktor dalam kebijakan, yaitu pembuat dan pelaku kebijakan. Jelas bahwa persepsi pembuat kebijakan mengenai masyarakat dan permasalahan yang dihadapinya, akan mempengaruhi sikapnya dalam membuat keputusannya dalam kebijakan. Demikian halnya dengan persepsi pelaku kebijakan akan mempengaruhi sikapnya dalam menanggapi suatu kebijakan. Dengan demikian dalam pembahasan kebijakan perlu diperhatikan mengenai persepsi dan sikap dari individu aktor kebijakan.

2.5.2 Siklus kebijakan

Pembuatan kebijakan adalah proses transformasi atau perubahan input politik menjadi output politik (Bauer dalam Wahab, 1997), pada proses pembuatan keputusan komitmen masyarakat seringkali masih kabur dan abstrak, sebagaimana nampak dalam nilai dan tujuan masyarakat, diterjemahkan oleh para aktor politik ke dalam komitmen yang lebih spesifik menjadi tindakan dan tujuan konkrit (Etzioni dalam Islamy, 1997).

Menurut Udoji dalam Wahab (1997), pembuatan kebijakan adalah keseluruhan proses yang menyangkut pengartikulasian dan pendefinisian masalah, perumusan kemungkinan pemecahan masalah dalam bentuk tuntutan politik, pengupayaan

pemberian sanksi atau legitimasi dari arah tindakan yang dipilih, pengesahan atau implementasi, monitoring, dan peninjauan kembali (umpan balik).

Kebijakan akan mengalami suatu siklus yang diawali dengan perumusan kebijakan (*policy formulation*), kemudian kebijakan itu dilaksanakan (*policy implementation*), dan kebijakan dikaji kembali (*policy review*). Ketiga tahap dalam siklus kebijakan ini saling tergantung satu sama lain sesuai urutan waktu (Dunn,2000). Pada tahap perumusan kebijakan akan dihasilkan kebijakan yang kemudian disahkan untuk dilaksanakan pada tahap implementasi kebijakan. Analisis kebijakan dilakukan untuk menghasilkan informasi yang relevan dengan kebijakan, pada satu atau beberapa tahap dari proses pembuatan kebijakan, yang kemudian dapat digunakan untuk memperbaiki proses pembuatan kebijakan dan kinerjanya.

2.6 Policy Formulation

Perumusan kebijakan atau *policy formulation* adalah tahap merumuskan masalah kebijakan dengan benar dan mengembangkan suatu kebijakan. Tahap perumusan kebijakan bukanlah proses yang sederhana dan mudah, karena banyak faktor atau kekuatan-kekuatan yang berpengaruh dalam proses pembuatan kebijakan negara. Tujuan dibuatnya kebijakan negara sebenarnya bukan untuk kepentingan politis, melainkan untuk meningkatkan kesejahteraan hidup anggota masyarakat secara keseluruhan (Islamy, 1997).

Merumuskan kebijakan negara menurut Islamy (1997), dilakukan melalui enam langkah berturutan, yaitu perumusan masalah kebijakan negara, proses memasukkan masalah kebijakan negara kedalam agenda pemerintah, perumusan usulan kebijakan

negara, proses legitimasi kebijakan negara, pelaksanaan kebijakan negara, dan penilaian kebijakan negara. Pendapat ini sesuai dengan pandangan Mazmanian dan Sabatier dalam Islamy (1997) yang tidak menarik garis tegas antara perumusan kebijakan dan implementasi kebijakan. Tampaknya pandangan ingin mengatakan bahwa kebijakan merupakan suatu siklus yang secara terus menerus dirancang kembali untuk penyesuaian terhadap berbagai kendala dan situasi yang senantiasa berubah. Pandangan pembuat kebijakan yang satu dengan yang lain dapat saja berbeda. Pandangan masyarakat juga dapat berbeda dengan pandangan pembuat kebijakan, terutama dalam menetapkan suatu masalah (Islamy, 1997). Mungkin saja menurut masyarakat suatu masalah perlu dipecahkan oleh pembuat kebijakan, namun karena pembuat kebijakan memiliki pandangan yang berbeda dengan masyarakat maka masalahnya tidak masuk ke dalam agenda pembuatan kebijakan. Perbedaan pandangan ini dapat mengakibatkan dibuatnya kebijakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat sebagai sasaran kebijakan.

Kebijakan yang dihasilkan sangat tergantung kepada sudut pandang atau pendekatan yang digunakan oleh pembuat kebijakan. Beberapa pendekatan atau model pada *policy formulation* dimaksudkan untuk memahami kehidupan politik berdasarkan beberapa sudut pandang, yang masing-masing memberi fokus perhatian yang spesifik. Menurut Henry dalam Islamy (1997), ada dua klasifikasi besar pendekatan perumusan kebijakan. Pertama, kebijakan negara dianalisis dari sudut proses yang lebih bersifat deskriptif, yaitu model institusional, elit-massa, kelompok, dan sistem-politik. Kedua, kebijakan negara dianalisis dari sudut hasil dan akibatnya

lebih bersifat preskriptif, yaitu *rational comprehensif*, *incremental*, dan *mixed-scanning*.

Beberapa pendekatan tersebut dapat dijelaskan seperti berikut ini.

a. Model institusional

Memusatkan perhatian pada struktur organisasi pemerintahan, sehingga menganggap bahwa kebijakan adalah kewajiban hukum, kebijakan disebarluaskan tanpa terkecuali, dan kebijakan memonopoli pemaksaan secara sah. Secara tradisional model ini menggambarkan struktur organisasi, tugas dan fungsi pejabat organisasi, serta mekanisme organisasi, kurang menganalisis hubungan antar lembaga negara dengan kebijakan negara.

b. Model elit massa

Model ini memandang masyarakat terdiri dua kelompok, yaitu elit dan massa. Kelompok elit, adalah kelompok kecil yang mapan, menguasai, merasa mampu bertindak, dan mempunyai nilai-nilai berbeda. Kelompok massa adalah kelompok besar yang apatis, buta terhadap informasi, sehingga pasif, dan dikuasai. Kebijakan negara yang dibuat dengan pandangan model elit-massa, akan menghasilkan kebijakan yang sesuai dengan kepentingan elit, kurang memperhatikan tuntutan kelompok massa atau rakyat. Kebijakan memang sering dikoreksi tapi tidak diubah. Perubahan baru dilakukan untuk melindungi sistem dan kedudukan kelompok elit. Namun demikian elitisme tidak berarti kebijakan bertentangan dengan kesejahteraan massa, hanya saja tanggung jawab kesejahteraan massa itu berada di tangan kelompok elit, bukan massa.

c. Model kelompok

Menurut paham ini interaksi diantara beberapa kelompok merupakan kenyataan politik. Kelompok dengan kepentingan sama akan bersatu secara formal dan non formal, dan akan memaksakan kepentingannya kepada pemerintah. Kebijakan negara menurut pandangan model kelompok merupakan perimbangan yang dicapai sebagai hasil perjuangan kelompok.

d. Model sistem politik

Model ini berdasarkan pada konsep teori informasi (*input, withinput, output, dan feedback*) dan memandang kebijakan sebagai respon suatu sistem politik terhadap kekuatan lingkungan (sosial, politik, ekonomi, kebudayaan, geografis, dan sebagainya) yang ada di sekitarnya. Kebijakan dipandang sebagai *output* dari sistem politik, dan sistem politik berfungsi mengubah *input* menjadi *output*. Dampak positif dan negatif dari kebijakan dipakai sebagai *input* baru bagi kebijakan proses sistem politik berikutnya.

e. Model *rational komprehensif*

Cara pandang model ini didasarkan atas teori konsep manusia ekonomi, yang berasumsi bahwa semua tingkah laku manusia bertujuan mencari kesenangan dan menghindari kesusahan. Kebijakan yang rasional adalah kebijakan yang sangat efisien dengan rasio nilai yang dicapai dan yang dikorbankan adalah positif dan lebih tinggi dibandingkan alternatif yang lain, sehingga menganalisis semua alternatif yang ada.

f. Model *incremental*

Model *incremental* menganut konsep *administrative man* yang memandang manusia memiliki keterbatasan informasi sehingga memilih alternatif yang cukup baik yang dijumpainya pertama kali tanpa harus mencari alternatif terbaik. Menurut Lindblom dalam Islamy (1997), pembuat keputusan selalu diliputi keterbatasan waktu, kecakapan, dan biaya, maka perhatiannya adalah dengan sedikit memodifikasi kebijakan yang ada sebelumnya.

g. Model *mixed-scanning*

Model ini adalah suatu model pendekatan kompromi, yang memadukan model *rational comprehensif* dan *incremental* secara fleksibel. Pendekatan ini digunakan sesuai kebutuhan masalah dan situasinya. Untuk suatu masalah yang memerlukan pengamatan menyeluruh maka diutamakan pendekatan rasional-komprehensif, pada masalah yang memerlukan pengamatan lebih rinci maka digunakan pendekatan inkremental.

2.7 Policy Implementation

Implementasi kebijakan tidaklah sekedar mekanisme penjabaran keputusan politik ke dalam prosedur rutin lewat saluran birokrasi, tetapi lebih dari itu, menyangkut masalah konflik, keputusan dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijakan (Grindle dalam Wahab, 1997). Tidaklah berlebihan bila dikatakan oleh Udoji dalam Wahab (1997), bahwa implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting bahkan jauh lebih penting dari keseluruhan proses pembuatan kebijakan, sehingga kebijakan akan sekedar impian bila tidak diimplementasikan.

Terdapat beberapa pengertian mengenai implementasi kebijakan. Kata implementasi menurut kamus Webster berarti menyediakan sarana untuk

melaksanakan sesuatu. Mazmanian dan Sabatier dalam Wahab (1997), menjelaskan bahwa fokus perhatian implementasi kebijakan adalah memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan, yaitu kegiatan dan kejadian yang timbul sesudah disahkannya pedoman kebijakan negara yang meliputi usaha untuk pengadministrasiannya maupun untuk menimbulkan dampak nyata pada masyarakat atau kejadian.

Lebih rinci dikemukakan oleh Mazmanian dan Sabatier dalam Wahab (1997), bahwa proses implementasi kebijakan adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah atau keputusan eksekutif yang penting atau badan peradilan. Biasanya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya. Proses ini berlangsung setelah melalui sejumlah tahapan tertentu, biasanya diawali dengan tahapan pengesahan undang-undang, kemudian output kebijakan dalam bentuk pelaksanaan keputusan oleh badan atau instansi pelaksana, kesediaan pelaksanaan keputusan tersebut oleh kelompok sasaran, dampak nyata yang dikehendaki maupun tidak, dampak keputusan sebagai hasil persepsi badan pengambil keputusan, dan akhirnya perbaikan penting terhadap undang-undang atau peraturan yang bersangkutan.

Menurut Hogwood dan Gunn dalam Wahab (1997), implementasi kebijakan apapun mengandung risiko untuk gagal. Pengertian kegagalan kebijakan ada dua kategori yaitu tidak terimplementasikan (*non implementation*), dan gagal diimplementasikan (*failure imlementation*). Kegagalan implementasi ini dapat

karena pelaksanaannya jelek (*bad execution*), atau karena kebijakan itu sendiri yang jelek (*bad policy*).

Menurut Wahab (1997), terdapat beberapa pendekatan dalam *policy implementation* menyandarkan diri pada *top-down approaches* atau pendekatan dari atas, yaitu :

- a. Pendekatan struktural (*structural approaches*), memandang bahwa rancang bangun kebijakan dan rancang bangun organisasi dipertimbangkan secara bersamaan, sehingga ketika akan implementasi kebijakan dilakukan pembentukan struktur organisasi tertentu.
- b. Pendekatan prosedural dan manajerial (*procedural and managerial approaches*), memandang bahwa upaya mengembangkan proses dan prosedur yang tepat lebih penting dari pada struktur yang cocok bagi implementasi. Termasuk dalam prosedur manajerial dan teknik manajemen yang relevan, adalah penjadwalan, perencanaan, dan pengawasan.
- c. Pendekatan berperilaku (*behavioral approaches*), memandang bahwa penerapan analisis berperilaku untuk menimbulkan perubahan yang diinginkan dalam suatu organisasi. Perilaku manusia beserta segala sikapnya harus dipengaruhi agar implementasi berjalan baik. Sejak awal, pelaku kebijakan sudah diinformasikan mengenai alasan, tujuan, dan sarana yang digunakan dalam perubahan. Selain itu, harus ada musyawarah yang ekstensif dengan pihak-pihak yang akan dipengaruhi oleh perubahan melalui kebijakan.

Pendekatan politik (*political approaches*), memandang bahwa implementasi kebijakan melalui pendekatan organisasi, prosedur dan manajemen, atau pengaruh-

pengaruhnya pada perilaku harus tetap memperhitungkan realita kekuasaan. Dalam arti memperhatikan kemampuan kelompok penentang kebijakan untuk memblokir usaha-usaha dari para pendukung kebijakan. Keberhasilan implementasi tergantung kemampuan kelompok yang dominan untuk memaksakan kehendaknya.

2.8 Sosialisasi

Satu tahap yang harus dijalani oleh kebijakan yang diimplementasikan adalah sosialisasi sebagai tahap pengkomunikasian kebijakan, yang memerlukan waktu yang cukup dan sarana yang memadai. Tujuan sosialisasi adalah memberi peluang terjadinya pemahaman terhadap kebijakan, dan menghilangkan atau mengurangi perbedaan pemahaman dan persepsi pembuat kebijakan dengan pelaku kebijakan. Berbagai strategi sosialisasi dapat dilakukan, mulai dengan penyebarluasan dokumen kebijakan sampai kepada komunikasi interaktif, dalam bentuk *briefing*, pertemuan, konferensi, dengar pendapat, serta bentuk presentasi lisan lainnya (Dunn, 2000).

Proses desiminasi (penyebarluasan) kebijakan yang baru kepada anggota masyarakat adalah satu tahap yang harus diperhatikan dalam implementasi kebijakan. Buruknya proses komunikasi ini akan menjadi titik lemah dalam pencapaian efektivitas pelaksanaan kebijakan. Untuk dapatnya dipatuhi kebijakan maka tindakan untuk menjadikan masyarakat tahu atau sosialisasi mutlak dilakukan (Islamy, 1997).

2.9 Policy Review

Penilaian kebijakan adalah merupakan langkah terakhir dalam suatu proses kebijakan. Dalam proses kebijakan tahap penilaian kebijakan atau evaluasi kebijakan (*policy evaluation*) disebut sebagai *policy review*. Sebagai salah satu aktivitas fungsional, *policy review* tidak hanya dilakukan dengan mengikuti aktivitas-aktivitas sebelumnya yaitu pengesahan (*policy formulation*) dan pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*). *Policy review* dapat terjadi pada seluruh aktivitas fungsional yang lain dalam proses kebijakan. Dengan demikian, *policy review* dapat mencakup aspek isi kebijakan, pelaksanaan kebijakan, dan dampak kebijakan. *Policy review* dapat dilakukan pada fase perumusan masalahnya, formulasi usulan kebijakan, implementasi, legitimasi kebijakan, dan seterusnya (Islamy, 1997).

Sebagian besar kegiatan *policy review* dilakukan oleh pembuat kebijakan formal seperti pejabat eksekutif, legislative, dan yudikatif, penilaiannya sering bersifat politis dan mempunyai kecenderungan tertentu (*value laden*). *Personal values*, *ideological values*, dan sebagainya seringkali sangat mempengaruhi penilaian, dan kriteria ilmiah yang cenderung mempertinggi tingkat obyektivitas malah sering terabaikan. *Policy review* juga dilakukan oleh unsur ahli politik, media massa, anggota masyarakat lainnya. Penilaiannya berdasarkan atas penglihatan mereka terhadap implementasi dan konsekuensi yang mengiringinya dan bersifat tajam karena mereka yang menjadi sasaran atau yang terkena pengaruh kebijakan tersebut.

Analisis kebijakan dalam aspek *policy review* menurut Dunn (2000), dapat dilakukan dalam bentuk prospektif, retrospektif, dan terintegrasi. Analisis prospektif menghasilkan informasi saat sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan.

Analisis retrospektif sebagai penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan dilakukan. Analisis terintegrasi merupakan bentuk analisis yang mengkombinasikan penciptaan dan transformasi informasi pada saat sebelum dan sesudah tindakan kebijakan diambil.

Analisis diharapkan dapat menghasilkan informasi mengenai nilai, fakta, dan tindakan. Nilai adalah sesuatu yang ingin dicapai, yang pencapaiannya menjadi tolok ukur utama apakah suatu masalah telah teratasi. Fakta adalah keadaan yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian nilai. Tindakan adalah penerapan yang dapat menghasilkan pencapaian nilai. Untuk menghasilkan ketiga informasi di atas dapat digunakan satu atau lebih pendekatan. Beberapa pendekatan tersebut adalah :

- a. Pendekatan empiris, ditekankan terutama pada penjelasan sebab dan akibat dari suatu kebijakan publik tertentu. Pertanyaan bersifat faktual, apakah sesuatu itu ada dan akankah sesuatu itu ada. Pendekatan empiris menghasilkan informasi yang bersifat deskriptif. Pendekatan empiris juga menghasilkan informasi prediktif, meramalkan apa yang terjadi dengan kebijakan.
- b. Pendekatan valuatif, terutama ditekankan pada penentuan bobot atau nilai dari beberapa kebijakan. Pertanyaan berkenaan dengan nilai dan tipe informasi yang dihasilkan mengenai nilai atau manfaat dari suatu kebijakan dibandingkan dengan kebijakan lain.
- c. Pendekatan normatif, ditekankan pada rekomendasi serangkaian tindakan di masa yang akan datang yang dapat menyelesaikan masalah-masalah publik. Tipe informasi yang dihasilkan adalah preskriptif.

Hasil kebijakan adalah hasil dari adanya proses perumusan kebijakan, sedangkan dampak kebijakan adalah akibat dan konsekuensi yang ditimbulkan dengan dilaksanakannya kebijakan. *Policy review* banyak dilakukan untuk mengetahui dampak kebijakan, meskipun juga untuk mengetahui hasil kebijakan.

2.10 Pengaruh Pemahaman, Persepsi, dan Resistensi dari Aktor Kebijakan

Kebijakan dibuat untuk tujuan mengatasi masalah yang timbul di masyarakat yang pelaksanaannya akan membuat suatu perubahan dan melibatkan serangkaian aktor. Penolakan terhadap perubahan (*resistance to change*) dapat menghambat keberhasilan implementasi kebijakan. Penyebab terjadinya penolakan diantaranya adalah kekhawatiran akan perubahan dan akan dampaknya, terjadi kebingungan akan hakikat kebijakan, pengalaman kebijakan sebelumnya yang tidak mengenakan, dan masa transisi yang terlalu pendek.

Untuk menghindari atau mengurangi penolakan, diperlukan informasi yang lengkap sejak awal meliputi alasan, tujuan, dan sarana yang digunakan untuk mengatasi masalah. Untuk menjembatani tujuan yang telah dirumuskan dengan implementasinya, diharuskan adanya proses interaktif yang didasarkan atas musyawarah dan sejauh mungkin atas persetujuan bersama. Proses untuk menimbulkan perubahan yang diinginkan adalah melalui penerapan ilmu perilaku (Wahab,1997).

Menurut Bloom dalam Elder, et al (1994), tiga bentuk perilaku adalah pengetahuan, sikap, dan praktek. Perilaku dalam bentuk pengetahuan dan sikap dapat diamati atau dipelajari dengan mengajukan pertanyaan, meminta penjelasan atau

pendapat. Perilaku yang dalam bentuk praktek dapat diamati langsung dengan panca indera

2.10.1 Pemahaman dan persepsi dari aktor kebijakan

Pemahaman adalah satu tahap dari enam tahap pengetahuan yang tersusun secara hirarkhis, yaitu : tahu, paham, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Tahap yang lebih tinggi berarti telah meliputi tahap sebelumnya (Winkel, 1987). Pemahaman atau *comprehension* juga diartikan menguasai sesuatu dengan pikiran, lebih dari sekedar mengetahui (Sardiman,1994). Dengan demikian, pemahaman berarti telah meliputi pengetahuan. Bila pengetahuan hanya mencakup ingatan akan hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan, maka pemahaman mencakup kemampuan untuk mengungkapkan makna dan arti dari sesuatu yang dipelajari (Winkel,1987).

Persepsi merupakan tahap pertama dari tujuh tahap praktek yaitu : persepsi, kesiapan dan kemauan, mencoba, mampu melakukan, trampil, membuat modifikasi, dan perilaku menetap (Winkel, 1987). Persepsi merupakan dasar untuk memahami perilaku seseorang (Kast, et al, 1991)

Menurut Gitosudarmo (2000), persepsi adalah suatu proses memperhatikan dan menyeleksi, mengorganisasikan dan menafsirkan stimulus lingkungan. Persepsi selain dipengaruhi oleh rangsangan fisis, juga ditentukan oleh hubungan rangsangan dengan medan sekelilingnya dan kondisi dalam diri individu. Kemampuan persepsi sebagian besar ditentukan oleh lingkungan dan merupakan hasil belajar dari lingkungan.

Sebagai sebuah konsep, makna persepsi tidak lain adalah proses seseorang atau sekelompok orang memberikan muatan makna tertentu atas pentingnya sesuatu peristiwa atau stimulus tertentu yang berasal dari luar dirinya. Singkatnya persepsi adalah lensa konseptual yang pada diri individu berfungsi sebagai kerangka analisis

Menurut Pudjirahardjo (2000), persepsi adalah pemahaman yang tidak memberikan respon yang biasanya di alam pikir, obyeknya bisa nyata maupun tidak nyata, meskipun belum pernah melihat tetapi dapat mengambarkannya, sehingga merupakan kesimpulan tentang suatu obyek. Untuk dapat mengetahui adanya persepsi perlu adanya stresor, sehingga persepsi seseorang dapat diketahui oleh orang lain. Dapat digambarkan bila dua orang yang dihadapkan pada situasi yang sama mungkin akan berbuat sesuatu yang berbeda, karena menanggapi situasi secara berbeda pula, sesuai dengan persepsinya sebagai hasil penafsiran stimulus lingkungan.

2.10.2 Resistensi

Resistensi dalam analisis kebijakan diartikan sebagai bentuk sikap individu atau kelompok, baik tampak maupun tidak, yang disadari maupun tidak disadari, yang nyata-nyata menentang atau tidak setuju dengan suatu kebijakan (Pudjirahardjo,2000). Penolakan terhadap perubahan (*resistance to change*) ini tidak sederhana seperti menerima atau menolak. Sebenarnya terbentang spektrum kemungkinan reaksi sikap, mulai dari penerimaan aktif hingga penerimaan pasif, acuh tak acuh, dan penolakan pasif hingga penolakan aktif (Wahab,1997).

akan mengkajinya melalui bidang keahliannya, sesuai latar belakang keilmuannya. Namun, tujuannya tetap terfokus pada pemberian bantuan kepada pembuat kebijakan (*helping policy maker*) untuk memecahkan masalah sosial.

Masing-masing bentuk ini melahirkan sosok perilaku dan ikatan yang berbeda antara peneliti dengan pengguna hasil penelitian, fokus kajian, dan *settingnya*. Inilah ciri khas penelitian kebijakan, jika dibandingkan dengan penelitian tradisional, meskipun perbedaan ini tak dapat ditonjolkan atau dirasakan setiap saat.

2.11.2 Karakteristik penelitian kebijakan

Penelitian kebijakan memiliki karakteristik khusus terutama dalam proses kerjanya, yang berbeda dengan penelitian tradisional umumnya. Menurut Majchrzak dalam Danim (2000), karakteristik penelitian kebijakan adalah :

a. Fokus penelitian yang bersifat multi dimensi.

Dalam terminology penelitian tradisional disebut sebagai pendekatan antar atau lintas bidang. Secara tipikal, kebijakan publik dimaksudkan untuk memecahkan masalah-masalah sosial yang kompleks yang munculnya disebabkan oleh banyak dimensi, faktor, efek, dan peristiwa. Dengan pengertian, suatu masalah kebijakan akan dikaji melalui banyak fokus, dipersepsi dari banyak sisi.

b. Orientasi penelitian bersifat empiris induktif.

Penelitian kebijakan menggunakan empiris induktif, karena penelitian ini diawali dengan pemahaman terhadap masalah-masalah sosial, dan usaha-usaha empiris untuk menyusun konsep serta teori-teori kausal sebagai kajian dari perkembangan masalah-masalah sosial (Danim, 2000). Penelitian kebijakan tidak

mendekati masalah-masalah sosial dengan teori yang telah ditetapkan sebelumnya (*predetermined theory*) menurut ancangan sebab akibat atau determinasi dan konsekuensi. Menurut Glaser dalam Danim (2000), peneliti dimungkinkan dalam sebuah proses iterative (*iterative process*), dengan informasi dan model yang dibangun secara konstan dapat dipertukarkan, atau menerapkan prinsip *constant comparative methode*.

c. Berfokus pada variabel lunak

Untuk mewujudkan penelitian kebijakan yang benar-benar menghasilkan orientasi tindakan dan rekomendasi yang dapat diimplementasikan, maka fokus penelitian pada aspek masalah sosial yang terbuka untuk mempengaruhi dan mengintervensi. Variabel yang terbuka untuk mempengaruhi dan mengintervensi disebut *variable lunak*. Memang sulit menentukan *variable lunak*, namun penelitian ini akan memberikan manfaat yang lebih, serta rekomendasi yang implementatif.

Cara yang paling mungkin adalah dengan melihat tendensi fokus primernya. Misalnya, penelitian kebijakan tentang mobilitas pembangunan pemukiman mempunyai tendensi fokus primer kepindahan segera atau alasan-alasan mengapa keluarga memutuskan untuk pindah.

d. Merespon kebutuhan pemakai hasil studi

Penelitian bersifat responsif terhadap kebutuhan pemakai hasil studi, terlepas dari siapa penyandang dananya. Karakteristik kritis penelitian kebijakan adalah mengidentifikasi dan mengenal calon pemakai hasil studi, yang suatu fase tersendiri dalam keseluruhan proses kerja penelitian kebijakan. Ada kalanya tuntutan, persepsi, dan disposisi kebutuhan pemakai hasil studi mengakibatkan konflik

kepentingan, sehingga peneliti harus mencoba mencari alternative solusi sebisa mungkin.

e. Menonjolkan dimensi kerja sama secara eksplisit.

Penelitian kebijakan mensyaratkan kerja sama, yang sarat nilai (*value-laden process*) dengan keterlibatan yang tinggi dari pembuat kebijakan. Keadaan ini seringkali menimbulkan konflik tata nilai. Nilai-nilai pengguna hasil studi akan merambah ke dalam rangkaian kerja penelitian kebijakan. Keterlibatan pemakai hasil studi ini mempunyai nilai negatif dan nilai positif. Perlu diusahakan agar kedua nilai tersebut menjadi nilai normative, yaitu nilai-nilai yang masuk ke dalam rangkaian proses penelitian kebijakan dikarenakan kenyataan mengharuskan demikian.

2.11.3 Metode penelitian Kebijakan

Metodologi yang digunakan pada penelitian kebijakan pada umumnya menggunakan metodologi yang komprehensif untuk melakukan analisis teknikal, dan tidak menggunakan metodologi tunggal (Coleman dalam Danim, 2000). Oleh karena itu, penelitian kebijakan akan memiliki kebebasan untuk mengikuti bermacam acuan metodologi dalam penganalisisan secara teknikal bagi masalah sosial. Namun demikian, Doty dalam Danim (2000) mengemukakan dua macam pendekatan metodologi dalam pelaksanaan penelitian kebijakan, yaitu pendekatan moral dan pendekatan empiris.

Karena tidak ada metode yang komprehensif, maka peneliti harus mengetahui variasi metode untuk merumuskan pertanyaan penelitian. Beberapa sampel metode penelitian yang relevan dengan penelitian kebijakan adalah : sintesis terfokus, analisis data sekunder, eksperimen lapangan, metode kualitatif, metode survai, penelitian

kasus, analisis biaya manfaat, analisis keefektifan biaya, analisis kombinasi, penelitian kebijakan, dan penelitian *grounded*.

2.12 Penelitian kebijakan kualitatif

Pada penelitian ini akan digunakan metode kualitatif yaitu pengumpulan informasi kualitatif yang digunakan pada studi kasus dan sintesis terfokus, dan ada beberapa metode kualitatif untuk mencari data primer (Patton dalam Danim, 2000). Penelitian menggunakan teknik kelompok fokus, dengan individu yang dicari secara terseleksi dalam kelompok dan diarahkan kepada diskusi yang terfokus pada topik pra spesifik (Coeder dalam Danim, 2000). Kelompok semacam ini sangat baik untuk membangun isu dan menjajaki faktor-faktor potensial sebagai penyebab suatu peristiwa.

Suatu metode kualitatif yang dapat dilakukan adalah wawancara mendalam (*in-dept interview*) secara satu persatu, wawancara semi terstruktur dengan individu yang terseleksi. Catatan hasil wawancara akan banyak, dan kemudian dianalisis.

Metode kualitatif lainnya adalah observasi atau survai partisipan yang melibatkan penelitian disamping sebagai partisipan dalam setting, juga bertindak sebagai pengamat dalam pengumpulan informasi saat proses sedang berjalan.

Dari tiga variasi di atas, diakui tidak satupun yang secara tunggal dapat memberi hasil-hasil yang konklusif, namun metode ini akan menghasilkan informasi yang bernilai bila dilakukan secara baik. Menurut Danim (2000), ada lima ciri utama penelitian kualitatif, yaitu :

- a. mempunyai *setting* alami sebagai sumber data langsung dan peneliti adalah instrument utamanya.
- b. bersifat deskriptif, dengan data yang berbentuk kata-kata, gambar, dan bukan angka-angka.
- c. menekankan pada proses kerja, dengan menerjemahkan seluruh fenomena yang dihadapi ke dalam bahasa sehari-hari, terutama yang berkaitan langsung dengan masalah sosial.
- d. cenderung menggunakan pendekatan induktif. Abstraksi-abstraksi disusun oleh peneliti atas dasar data yang telah terkumpul dan dikelompokkan bersama-sama melalui pengumpulan data selama kerja di lapangan pada lokasi penelitian.
- e. memberi tekanan pada makna, yang fokus penelaahannya terpaut langsung dengan masalah kehidupan manusia.

Aplikasi metode kualitatif dalam penelitian kebijakan dilakukan dengan menempuh langkah-langkah sebagai berikut :

- a. merumuskan masalah sebagai fokus studi penelitian kebijakan
- b. mengumpulkan data lapangan.
- c. menganalisis data.
- d. merumuskan hasil studi.
- e. menyusun rekomendasi untuk pembuatan kebijakan.

2.13 Focus Group Discussion (FGD)

Sejak dahulu orang bersama-sama secara alami telah belajar dari pengalaman orang lain dengan cara saling mendiskusikannya. Dalam diskusi akan terjadi interaksi

antara orang-orang yang terlibat. Interaksi yang terjadi antara orang-orang yang berbeda pandangan, akan dapat memperluas pandangan seseorang terhadap suatu masalah yang dihadapi. Dalam diskusi peserta diperbolehkan mengemukakan apa yang ada dalam pikirannya, sehingga dapat membantu dalam mengambil suatu keputusan (WHO,1988). Bagaimana mekanisme mengemukakan pendapat, karakteristik peserta diskusi, dan beberapa hal lain biasanya yang membedakan cara diskusi yang satu dengan yang lainnya.

Terdapat bermacam teknik atau cara dalam diskusi kelompok, salah satu diantaranya adalah *Focus Group Discussion* (FGD) yang akan diuraikan berikut ini. Pada penelitian ini akan digali pendapat dan tanggapan dari para aktor kebijakan dengan cara adanya interaksi diantara aktor kebijakan.

2.13.1 Pengertian FGD

Focus Group Discussion atau diskusi kelompok terfokus adalah sebuah metode penelitian. Menurut arti katanya, diskusi berarti bukan wawancara, kelompok berarti bukan individual, dan terfokus berarti bukan bebas. Dengan demikian, FGD merupakan suatu proses pengumpulan informasi mengenai suatu permasalahan tertentu, yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok (Irwanto, 1998).

Diskusi yang dilakukan bertujuan untuk memperoleh masukan (informasi) mengenai suatu permasalahan. Penyelesaian terhadap masalah ini ditentukan oleh pihak yang berbeda setelah semua masukan diperiksa dan dianalisa (Irwanto, 1998).

2.13.2 Alasan Filosofis dan Metodologis Penggunaan FGD

Menurut Irwanto (1998), terdapat alasan filosofis dan alasan metodologis dalam penelitian untuk menggunakan FGD sebagai suatu metode penelitiannya. Secara filosofis seseorang melakukan FGD karena beberapa hal, yakni karena :

1. Penelitian tidak selalu terpisah dengan aksi, dan diskusi sebagai proses pertemuan antar pribadi sudah merupakan aksi. Setelah pertemuan dalam FGD ini, para peserta sudah akan mengalami perubahan. Perubahan yang diharapkan adalah kearah yang positif, memberdayakan, membuat orang lebih enak karena pendapatnya telah keluar atau karena ternyata ada orang lain yang mempunyai pengalaman yang sama.
2. Penelitian yang bersifat aksi membutuhkan perasaan memiliki dari masyarakat yang diteliti, sehingga saat peneliti memberikan rekomendasi aksi, dengan mudah masyarakat mau menerima rekomendasi tersebut. Partisipasi dalam FGD memberikan jalan bagi tumbuhnya rasa seperti itu.

Secara metodologis, FGD dilakukan karena :

1. Adanya keyakinan bahwa masalah yang diteliti tidak dipahami tidak dapat dipahami dengan metode survei atau wawancara individu.
2. Untuk memperoleh data kualitatif yang bermutu dalam waktu yang relatif singkat.
3. Sebagai metode yang dirasakan cocok bagi permasalahan yang bersifat sangat lokal dan spesifik. Oleh karena itu FGD yang melibatkan masyarakat setempat dipandang sebagai pendekatan yang paling sesuai.

Selain itu, dapat dikemukakan bahwa FGD dilakukan dengan alasan waktu pelaksanaannya cepat dan murah, hanya memerlukan 1-2 jam saja. Meskipun persiapannya juga memakan waktu lama. Namun, ketika masalah yang akan dibicarakan sangat sensitif misalnya menyangkut SARA, perilaku seks dan lain sebagainya, maka FGD menjadi tidak cocok untuk digunakan. FGD juga sangat memerlukan kepiawaian moderator, serta memerlukan fasilitas khusus dan suasana khusus yang membuat peserta nyaman untuk bicara.

2.13.3 Rekrutmen peserta FGD

Maksud diskusi sebenarnya adalah ingin menggambarkan sejumlah kesimpulan mengenai populasi tertentu, sehingga peserta harus merupakan representasi dari populasi terkait. Homogenitas atau heterogenitas bersifat relatif, tergantung permasalahan yang akan dipahami (Stewart, 1990 dan Irwanto, 1998). Bila permasalahan berhubungan dengan tanggapan dari tipe individual tertentu misalnya laki-laki, anak-anak, atau tenaga kesehatan, dan sebagainya, maka komposisi peserta harus merepresentasikan tipe individual tersebut (Stewart 1990). Yang terpenting adalah pengalaman tentang materi yang akan dipahami sebaiknya ada heterogenitasnya (Irwanto, 1998).

Peserta FGD sangat terbatas, menurut Graef (1993) dan WHO (1987), peserta terdiri dari 6 sampai 10 orang, sedangkan menurut Dawson dalam Irwanto (1998), jumlah yang ideal adalah 7-11 orang. Menurut Stewart (1990), peserta anatar 6-12 orang. Bila kurang dari 6 peserta maka diskusi akan tumpul. Namun bila lebih dari 12 peserta maka fasilitator akan mengalami kesukaran mengelola diskusi.

Peserta saling kenal atau tidak, disesuaikan dengan permasalahan yang hendak dipahami. Untuk membicarakan masalah yang sehari-harinya tidak kita anggap sebagai masalah, maka peserta sebaiknya tidak saling kenal. Tetapi, pada banyak topik FGD peserta dapat diambil dari orang-orang yang saling mengenal.

2.13.4 Proses FGD

Diskusi dipimpin oleh seorang moderator atau fasilitator (Graeff, 1993 dan WHO,1987). Fasilitator terlebih dahulu menjelaskan masalah yang akan dibahas lengkap dengan latar belakangnya (Azwar, 1996). Berbeda dengan wawancara, dalam diskusi fasilitator tidak selalu bertanya. Tugas fasilitator justru bukan untuk bertanya, tetapi mengeluarkan suatu persoalan, suatu kasus, suatu kejadian sebagai bahan diskusi. Dalam prosesnya fasilitator memang akan sering bertanya, yang merupakan bagian dari ketrampilannya mengelola diskusi agar tidak didominasi oleh sekelompok orang atau macet.

Fasilitator menggunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan untuk mengumpulkan informasi dari peserta diskusi. Pada saat yang sama peserta diskusi diperbolehkan untuk bicara bebas dan spontan mengenai masalah yang tengah dibicarakan (Graeff, 1993 dan WHO,1987). Informasi yang dihasilkan berupa pendapat yang tidak dikuantitaskan, sehingga keputusan yang dihasilkan harus dibuat dengan sangat hati-hati. Namun demikian, FGD dapat membuat peserta saling mengerti alasan mengapa seseorang berpikir dan berbuat sesuatu (Graeff, 1993).

Diskusi dapat diulang pada kelompok lain, biasanya 2 sampai 4 kelompok lain, sampai semua informasi yang dimiliki peserta diskusi telah dikemukakan

(WHO,1987). FGD Sifatnya kualitatif, karena informasi yang digali oleh moderator berupa pendapat-pendapat yang dikemukakan oleh para peserta diskusi (Graeff, 1993 dan WHO,1987), kemudian hasilnya akan disimpulkan berdasarkan suara terbanyak yang secara umum bersifat subyektif, maka harus dibuat sangat hati-hati (Graeff, 1993).

2.14 *Indepth Interview*

Salah satu metode pengumpulan data adalah dengan jalan wawancara (*interview*), yaitu mendapatkan informasi dengan cara bertanya langsung kepada responden. Wawancara merupakan suatu proses interaksi dan komunikasi. Tanpa wawancara, peneliti akan kehilangan informasi yang hanya dapat diperoleh dengan cara bertanya langsung kepada responden (Singarimbun, 1989). Menurut Mulyana (2001), wawancara adalah bentuk komunikasi antara dua orang, melibatkan seseorang yang ingin memperoleh informasi dari seseorang lainnya dengan mengajukan beberapa pertanyaan, berdasarkan tujuan tertentu.

Pada wawancara beberapa faktor yang berinteraksi menentukan dan mempengaruhi arus informasi. Faktor tersebut adalah pewawancara, dan responden (Kartono, 1996; Hadi 2001). Ada faktor lain yang juga mempengaruhi arus informasi, yaitu topik penelitian yang tertuang dalam daftar pertanyaan, dan situasi wawancara (Singarimbun, 1989).

Menurut Allport,G.W, dalam Hadi (2001), bila kita ingin mengetahui bagaimana perasaan seseorang, apa yang diingatnya, seperti apa emosinya dan motivasinya, dan penyebab apa yang dilakukannya, mengapa tidak menanyainya secara langsung ?

“if we want to know how people feel, what they remember, what their emotions and motives are like, and the reasons for acting as they do- why not ask them ?”

Pernyataan itu menunjukkan penghargaan yang sangat tinggi dari Allport terhadap metode tanya jawab untuk menyelidiki pengalaman, perasaan, motif, serta motivasi rakyat.

Wawancara merupakan suatu proses tanya jawab lisan, dengan dua orang atau lebih berhadap-hadapan secara fisik, yang satu dapat melihat muka yang lain dan mendengarkan dengan telinga sendiri suaranya, tampaknya merupakan alat pengumpul informasi yang langsung tentang beberapa jenis data sosial, baik yang terpendam (*latent*) maupun yang nyata. Metode ini dipandang sebagai metode pengumpulan data dengan jalan tanya jawab sepihak yang dikerjakan dengan sistematis dan berlandaskan kepada tujuan penelitian. Umumnya, dua orang atau lebih hadir secara fisik, dan masing-masing dapat menggunakan saluran komunikasi secara wajar dan lancar (Hadi, 2001).

Wawancara memang bukan untuk mengukur perbuatan, tetapi merupakan alat yang sangata baik untuk mengetahui tanggapan, pendapat, keyakinan, perasaan, motivasi, serta proyeksi seseorang terhadap masa depannya. Mempunyai kemampuan yang cukup besar untuk menggali masa lalu seseorang serta rahasia hidupnya. Selain itu, dapat juga digunakan untuk menangkap aksi-reaksi seseorang dalam bentuk ekspresi dalam pembicaraan saat wawancara (Hadi, 2001).

Wawancara secara garis besar dibagi dua, yaitu wawancara tak terstruktur sering disebut wawancara mendalam, wawancara intensif, wawancara kualitatif, wawancara terbuka (*opened interview*), dan wawancara etnografis. Wawancara

terstruktur sering juga disebut wawancara baku (*standardized interview*). Yang susunan pertanyaannya sudah ditetapkan sebelumnya (biasanya tertulis) dengan pilihan jawaban yang biasanya sudah disediakan (Mulyana, 2001).

Indepth interview adalah wawancara mendalam yang menggali informasi lebih dalam dari responden, yang seringkali memberikan jawaban sepetah dua patah kata. Melalui *probing* (penggalan) jawabannya responden, ditelusuri mengapa responden menjawab demikian, apa alasan yang mendasari jawaban. Melalui *indept interview* dapat juga digali kerangka berpikir dari responden (Pudjirahardjo, 2001).

Indepth interview mirip dengan percakapan informal. Metode ini bertujuan memperoleh bentuk-bentuk tertentu informasi dari semua responden, tetapi susunan kata dan urutannya disesuaikan dengan ciri-ciri setiap responden. Melalui *Indepth interview* diperoleh informasi dibawah permukaan dan menemukan apa yang orang pikirkan dan rasakan mengenai peristiwa tertentu. Sebagai analoginya, adalah kuesioner dalam survei dapat memberitahu peneliti mengenai acara televisi mana yang paling disukai untuk ditonton bersama keluarga, tetapi melalui *Indepth interview* peneliti dapat memahami mengapa memilih dan bagaimana memilih acara untuk ditonton (Mulyana, 2001).

2.14.1 Prosedur wawancara

Indepth interview bersifat luwes, susunan pertanyaannya dan susunan kata-kata dalam setiap pertanyaannya dan susunan kata-kata dalam setiap pertanyaan dapat diubah pada saat wawancara sesuai kebutuhan dan kondisi saat wawancara, termasuk karakteristik sosial budaya dari responden. Melalui *Indepth interview* terjadi kreasi interaksional antara kedua belah pihak, sementara itu responden harus dianggap

subjek yang mengkonstruksi dunia kognitifnya, dan pewawancara harus berusaha menangkap alam makna tersebut (Mulyana, 2001).

Menurut Singarimbun (1989), acara kunjungan ke rumah responden diusahakan terencana, dan harus terjalin hubungan baik dengan responden untuk mencapai hasil yang maksimal. Beberapa pedoman yang perlu di ingat diantaranya adalah :

- a. Persiapkan kuesioner dengan baik.
- b. Lakukanlah persiapan diri dengan latihan untuk mewawancara.
- c. Perhatikan penampilan diri, yang akan lebih diingat oleh responden dari pada pertanyaan itu sendiri.
- d. Pilihlah waktu yang tepat, yang sesuai dengan kesempatan yang dimiliki responden, yang akan membuat suasana wawancara menjadi nyaman.
- e. Gunakanlah bahasa yang dimengerti oleh responden dalam wawancara, bila perlu gunakan penerjemah.
- f. Pertanyaan bersifat netral, tidak menggiring responden kepada suatu jawaban tertentu yang kita inginkan.

2.15 Eksekutif summary

Eksekutif summary adalah suatu ringkasan mengenai elemen-elemen pokok dari paper isu kebijakan, yang dibuat sepanjang satu atau beberapa halaman saja, menjelaskan dan memadukan isi, kesimpulan, dan rekomendasi. *Eksekutif summary* biasanya terdiri dari elemen-elemen sebagai berikut :

- a. Tujuan dari studi atau kebijakan yang diringkaskan.
- b. Latar belakang masalah dalam kebijakan

- c. Temuan-temuan utama tentang nilai-nilai yang terkandung dalam masalah kebijakan, aktor yang terlibat, pasal-pasal bermasalah, faktor resistensi, perilaku positif dan negatif yang timbul akibat adanya kebijakan, dan kesimpulan.
- d. Pendekatan dalam analisis
- e. Rekomendasi

Eksekutif summary merupakan sarana yang paling efektif untuk berkomunikasi dengan pembaca secara langsung.

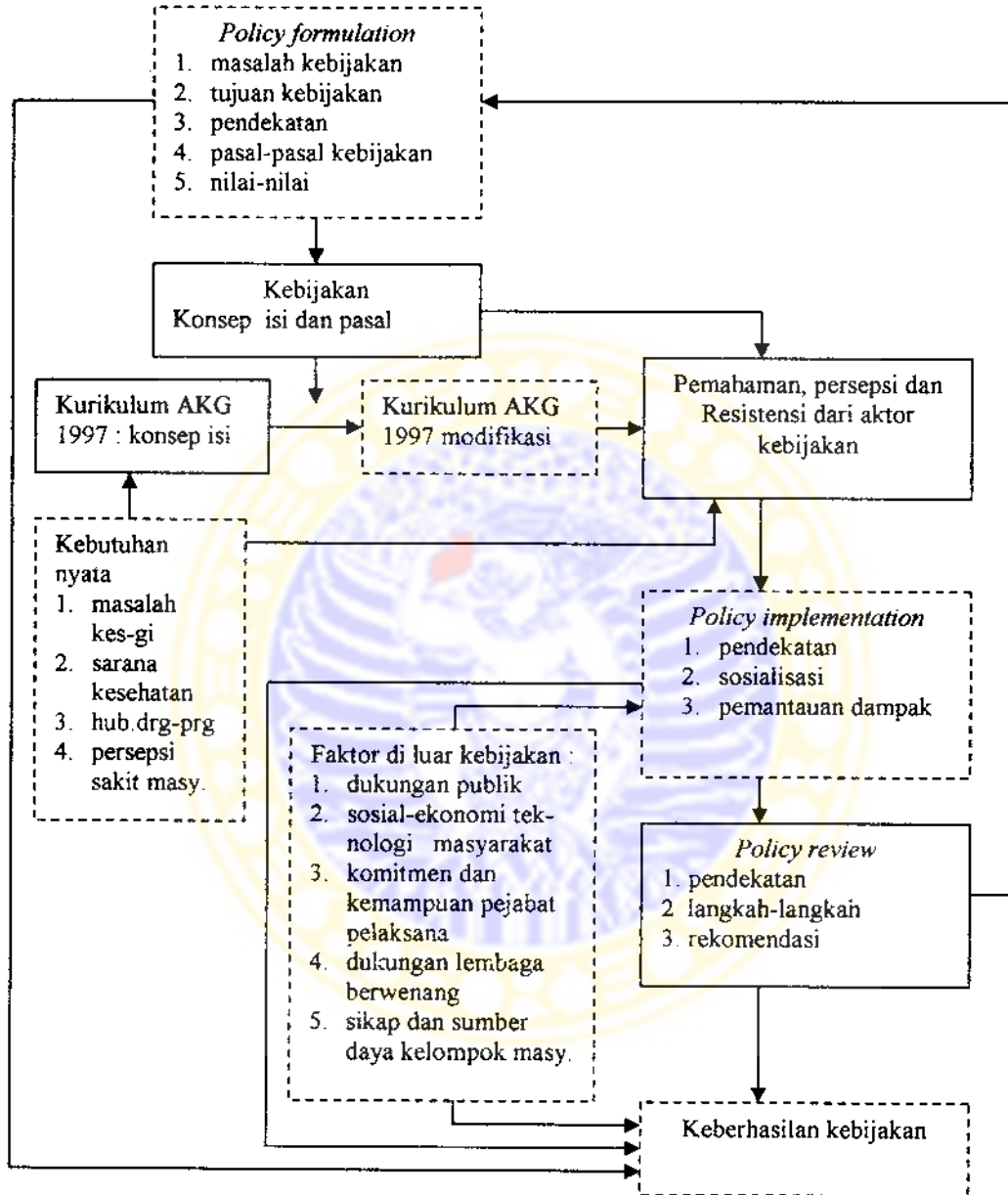
2.16 Keberhasilan kebijakan

Dengan mengetahui bahwa kebijakan tidak selalu berhasil diimplementasikan, maka dapat diidentifikasi faktor yang menyebabkan keberhasilan kebijakan, yang dapat berasal dari kebijakan itu sendiri dan dari luar kebijakan. Faktor dari kebijakan adalah semua variabel pada *policy formulation*, *policy implementation*, dan *policy review*.

Faktor dari luar kebijakan yang menyebabkan keberhasilan kebijakan adalah : kondisi sosial-ekonomi-teknologi dari masyarakat, adanya dukungan publik, komitmen dan kemampuan pejabat pelaksana, dukungan lembaga berwenang, serta sikap dan sumber daya dari kelompok masyarakat.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka konseptual penelitian



Gambar 3.1. Kerangka konsep penelitian

Keterangan gambar :

————— diteliti
 - - - - - tidak diteliti

Penelitian kebijakan ini dilandasi oleh konsep berpikir siklus kebijakan yang diawali dengan *policy formulation* kemudian *policy implementation*, dan *policy review*. Ketiga tahap ini akan berjalan sesuai urutannya dan terus berlangsung sebagai suatu siklus. *Policy review* menghasilkan informasi yang dapat digunakan untuk memperbaiki kebijakan.

1. *Policy formulation* dengan variabel terdiri dari :
 - a. masalah kebijakan yaitu masalah yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan.
 - b. tujuan kebijakan, yaitu keadaan yang ingin dicapai oleh adanya kebijakan.
 - c. pendekatan yang digunakan dalam kebijakan, yaitu dengan cara pandang apa keputusan dalam perumusan kebijakan ini dibuat. Beberapa pendekatan dalam *policy formulation* adalah : institusional, elit-massa, kelompok, sistem politik, *rational komprehensif, incremental, dan mixed scanning*.
 - d. pasal-pasal dalam kebijakan, yaitu menerjemahkan masalah, tujuan, cara, aktor, dan sangsi, yang dipakai oleh kebijakan untuk menyelesaikan masalah, dalam dalam bahasa hukum.
 - e. nilai dalam kebijakan yaitu nilai yang menjiwai kebijakan.

Policy formulation menghasilkan dokumen kebijakan, dalam penelitian ini adalah Kep.Men.kes 1019/2000, yang dalam implementasinya dipengaruhi oleh pemahaman, persepsi, dan resistensi dari aktor kebijakan.

2. Kebijakan dengan variabel :
 - a. konsep isi, merupakan hal inti yang menggambarkan arah dan tujuan kebijakan secara keseluruhan.

- b. Tujuan, adalah hal yang ingin dicapai oleh kebijakan baik tertulis maupun tersirat di dalam pernyataan pasal-pasal
- c. pasal-pasal, adalah bagian dari kebijakan yang memuat klausul ataupun aturan, kalimat-kalimat hukum.

Kebijakan ini mempengaruhi kurikulum pendidikan AKG 1997 sehingga menyebabkannya menjadi kurikulum AKG 1997 yang dimodifikasi.

3. Kurikulum AKG 1997 dengan variabel :

- a. konsep isi, adalah hal inti yang menggambarkan arah dan tujuan kurikulum secara keseluruhan.
- b. komponen kurikulum, adalah bagian dari kurikulum yang harus dimilikinya, yaitu : tujuan, materi ajar, organisasi dan strategi, sarana, dan evaluasi.

Implementasi kurikulum juga dipengaruhi oleh pemahaman, persepsi dan resistensi dari aktor kebijakan

4. kebutuhan nyata dengan variabel :

- a. masalah kesehatan gigi, adalah seberapa besar masalah kesehatan gigi yang nyata terjadi di masyarakat
- b. sarana kesehatan yang ada, keberadaan sarana kesehatan
- c. hubungan dokter gigi dan perawat gigi, hubungan dalam melaksanakan pekerjaan profesinya.
- d. persepsi masyarakat tentang sakit, yang pada umumnya berbeda dengan kalangan kesehatan.

Kebutuhan nyata, akan mempengaruhi kurikulum AKG 1997, dan juga mempengaruhi pemahaman, persepsi, dan resistensi, dari aktor kebijakan.

5. *Policy implementation*, dengan variabel terdiri dari :

- a. pendekatan yang digunakan dalam pelaksanaan kebijakan, terdiri dari pendekatan struktural, prosedural dan manajerial, behavior, dan politik.
- b. Sosialisasi kebijakan setelah kebijakan dinyatakan resmi, atau penerimaan di bawah oleh aktor kebijakan. Penerimaan secara teknis atau fisik dari kebijakan maupun pengertian secara substansial dari kebijakan untuk diterapkan.
- c. Pemantauan dampak kebijakan dilakukan untuk menilai lebih lanjut apa yang senyatanya terjadi setelah suatu kebijakan dinyatakan berlaku.

Pada tahap implementasi dipengaruhi juga oleh pemahaman dan persepsi dari aktor kebijakan, serta faktor resistensi dari aktor kebijakan , dan faktor di luar kebijakan.

6. *Policy review*

- a. Pendekatan, yaitu yang digunakan dalam analisis kebijakan. Terdapat beberapa pendekatan yaitu empiris, valuatif, normatif.
- b. Langkah-langkah dalam melakukan analisis kebijakan, terdiri dari merumuskan masalah kebijakan, pemantauan (deskripsi), meramal masa depan kebijakan (prediksi), evaluasi, rekomendasi aksi kebijakan.
- c. Rekomendasi, yaitu informasi akhir yang dihasilkan dari analisis kebijakan berupa kemungkinan tindakan yang dilakukan pada masa yang akan datang, yang mendatangkan kebaikan bagi kebijakan.

7. Faktor diluar kebijakan terdiri dari

- a. dukungan politik
- b. sosial ekonomi dan teknologi dari masyarakat
- c. komitmen dan kemampuan pejabat pelaksana

- d. dukungan lembaga berwenang
- e. sikap dan sumber kelompok masyarakat.

Faktor di luar kebijakan ini turut mempengaruhi proses implementasi dan keberhasilan kebijakan

8. Faktor perumusan kebijakan, faktor pelaksanaan kebijakan, faktor review kebijakan, dan faktor di luar kebijakan dapat mempengaruhi keberhasilan kebijakan secara bersama-sama maupun sendiri-sendiri.

Pada penelitian ini yang diteliti adalah :

1. tahap *policy review* :
 - a. Pendekatan yang digunakan adalah kombinasi pendekatan empiris, dan normatif.
 - b. Langkah-langkah yang dilakukan dalam *policy review* adalah menetapkan rumusan masalah, pemantauan (deskripsi), meramalkan masa depan kebijakan (prediksi), evaluasi, dan membuat rekomendasi.
 - c. Membuat rekomendasi melalui suatu forum diskusi kelompok.
2. Dalam *policy review* memperhatikan faktor pemahaman, persepsi dan resistensi dari aktor kebijakan pada tahap perumusan dan implementasi kebijakan, juga memperhatikan faktor sosialisasi, serta dampak kebijakan pada tahap implementasi kebijakan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah suatu bentuk penelitian kebijakan, dengan melakukan *review* terhadap kebijakan berdasarkan pemahaman, persepsi dan resistensi dari aktor kebijakan, dengan tujuan memperoleh informasi mengenai konsep isi, implementasi, dan hasil kurikulum AKG 1997 dan kesesuaiannya dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 untuk peran mandiri perawat gigi lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001.

Unit analisisnya adalah kurikulum AKG 1997 dan Kepmenkes RI no 1019 th 2000

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan pada beberapa lokasi, terdiri dari :

1. Penelitian pada dosen di institusi pendidikan AKG Surabaya.
2. Penelitian pada lulusan AKG Surabaya di Surabaya dan wawancara dengan lulusan yang berada di luar Surabaya dilakukan melalui telepon, yaitu di Kalimantan, Maluku, Irian Jaya, Nusa Tenggara Timur, Jawa Timur (di luar kota Surabaya).
3. Penelitian pada pengguna lulusan AKG Surabaya, di Surabaya.
4. Penelitian pada pembuat kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 yang bertempat di Jakarta dilakukan melalui telepon.

Lokasi FGD di AKG Surabaya dengan peserta dosen dan lulusan AKG Surabaya.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah aktor pelaku kebijakan kurikulum AKG 1997 dan aktor pembuat kebijakan Kep.Men.Kes RI No.1019/2000. Aktor pelaku kebijakan adalah dosen AKG Surabaya, lulusan AKG Surabaya 1998-2001, dan Pengguna Lulusan AKG Surabaya. Aktor pembuat kebijakan adalah dua orang yang terlibat dalam pembuatan kebijakan di Departemen Kesehatan RI Jakarta, yaitu saat proses pembuatan kebijakan menjabat sebagai Kepala Sub Direktorat peningkatan Kesehatan Gigi, yang juga Ketua Umum PB PDGI 1999-2002, dan salah seorang staf Direktorat Kesehatan Gigi.

Sampel penelitian ini menggunakan purposive sampel, yang terdiri dari :

1. dosen AKG Surabaya sebanyak 10 orang
2. lulusan AKG Surabaya sebanyak 24 orang
3. pengguna lulusan AKG Surabaya, sebanyak 10 orang
4. pembuat kebijakan Kep.Men.Kes. RI. No.1019/2000 sebanyak 2 orang.

4.4 Variabel Penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah :

- a. Pemahaman
- b. Persepsi
- c. Resistensi
- d. Implementasi kurikulum AKG 1997

4.5 Kerangka Operasional Penelitian

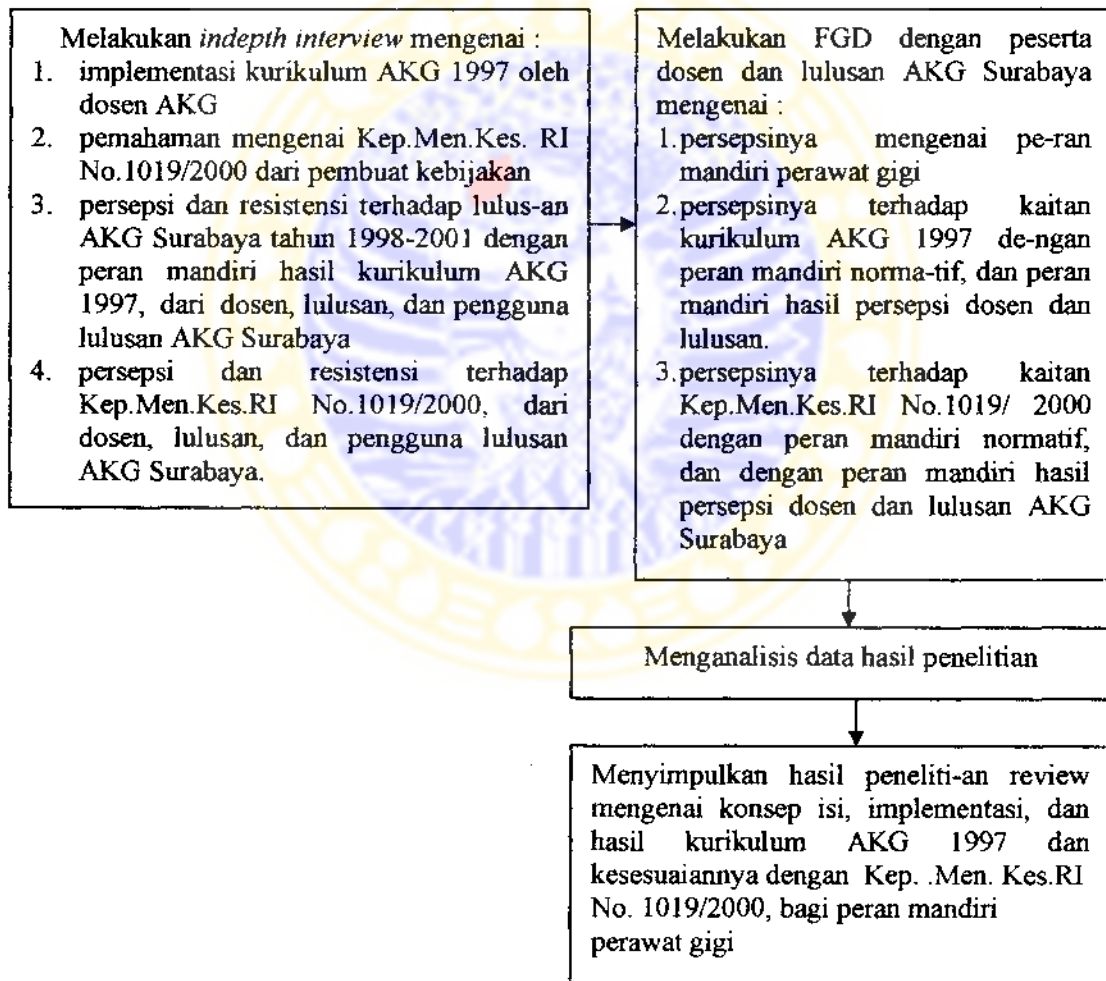
Penelitian ini akan diawali dengan melakukan *indepth interview* pada sampel yang terdiri dari dosen, lulusan AKG, pengguna lulusan AKG Surabaya, dan pembuat kebijakan, mengenai :

1. implementasi kurikulum AKG 1997 pada dosen AKG Surabaya
2. pemahaman dari pembuat kebijakan mengenai Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.
3. persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap lulusan AKG dengan peran mandiri hasil kurikulum AKG 1997.
4. persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

Pada tahap berikutnya dilakukan *focus group discusion* (FGD) pada sampel yang dipilih dari dosen dan lulusan AKG Surabaya, untuk mendapatkan informasi mengenai :

1. Persepsi dari dosen dan lulusan AKG Surabaya tentang peran mandiri perawat gigi.
2. Persepsi dari dosen dan lulusan AKG Surabaya mengenai kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri yang normatif, serta kaitannya dengan peran mandiri hasil persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya.
3. persepsi dari dosen dan lulusan AKG Surabaya mengenai kaitan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 dengan peran mandiri normative yang menjadi tujuan kurikulum AKG 1997.

Hasil yang diperoleh melalui *indepth interview* dan FGD disajikan, sesuai dengan tujuan khusus penelitian, kemudian hasilnya dianalisis. Pada tujuan khusus ketujuh, disajikan semua kesimpulan dari tujuan khusus kesatu sampai keenam, sehingga diperoleh hasil sesuai yang diinginkan pada tujuan umum. yaitu *review* konsep isi, implementasi, dan hasil pendidikan kurikulum AKG 1997 dan kesesuaiannya dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 bagi peran mandiri perawat gigi. Untuk mempermudah penjelasan mengenai kerangka operasional, digambarkan melalui bagan 4.1 berikut ini.



Gambar 4.1 Bagan kerangka operasional penelitian.

4.6 Definisi Operasional Penelitian

4.6.1 Review

Adalah penilaian atau evaluasi yang di dalam kajian kebijakan disebut sebagai *policy review* yang dilakukan terhadap suatu kebijakan, yang pada penelitian ini dilakukan terhadap dua kebijakan yaitu kebijakan mengenai kurikulum AKG 1997 dan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

Penilaian terhadap kurikulum AKG 1997 adalah mengenai konsep isi dari kurikulum, kemudian penerapan kurikulum oleh dosen AKG Surabaya, dan hasil pendidikan menggunakan kurikulum AKG 1997. Penilaian konsep isi berdasarkan pemahaman peneliti, persepsi dosen, dan lulusan AKG Surabaya, melalui FGD. Penilaian terhadap konsep isi diarahkan kepada kaitannya dengan peran mandiri perawat gigi.

Penilaian implementasi berdasarkan pemahaman peneliti, dan persepsi dosen, melalui *indepth interview*. Penilaian hasil pendidikan kurikulum AKG 1997 berdasarkan pemahaman peneliti, persepsi dosen, lulusan, dan pengguna lulusan melalui kemampuan yang dimiliki, resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya, melalui *indepth interview*. Penilaian pada Kep.Men.kes.RI No.1019/2000, mengenai maksud dan tujuan kebijakan, berdasarkan pemahaman aktor pembuat kebijakan, dan peneliti. Penilaian juga dilakukan oleh dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya. Mengetahuinya dengan *indepth interview*. Penilaian mengenai keterkaitan kurikulum AKG dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, berdasarkan dosen dan lulusan AKG Surabaya dilakukan dalam FGD, dan persepsi peneliti.

Penilaian mengenai konsep isi, implementasi, dan hasil pendidikan kurikulum AKG 1997 dikaitkan dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, disertai konsekuensi keterkaitan antara kedua kebijakan. Hasil penilaian akan dirangkum sebagai hasil penelitian.

4.6.2 Kurikulum AKG 1997

Adalah dokumen yang memuat SK Men.Kes.RI No.HK.00.06.1.3.1158, kerangka dasar pendidikan, tujuan pendidikan; peran, fungsi, dan kompetensi; penjabaran tujuan pendidikan; dan kriteria implementasi, yang digunakan sebagai acuan utama dalam penyelenggaraan pendidikan AKG Surabaya. Konsep isinya telah dilaksanakan sejak dimulainya pendidikan AKG tahun akademik 1995/1996, dalam kurikulum 1995, dan kemudian disahkan menjadi kurikulum AKG 1997 oleh Menteri Kesehatan RI pada tahun 1997.

4.6.3 Konsep isi Kurikulum AKG 1997.

Adalah arah utama proses pendidikan dalam kaitannya untuk menghasilkan peran mandiri perawat gigi. Mengetahuinya melalui pemaknaan peneliti berdasarkan arah orientasi pendidikan AKG pada naskah kurikulum, serta berdasarkan persepsi dosen AKG dan lulusan AKG Surabaya, melalui FGD. Langkah pertama dalam *review* adalah dengan mengetahui persepsi dosen dan lulusan mengenai konsep peran mandiri perawat gigi. Berdasarkan persepsinya ini maka dapat digali pendapatnya mengenai kurikulum AKG yang bertujuan mencetak perawat gigi dengan peran mandirinya.

Pemahaman peneliti, dosen, dan lulusan AKG akan dibandingkan dalam pembahasan hasil penelitian.

4.6.4 Implementasi kurikulum AKG 1997

Adalah kegiatan pengajaran yang dilakukan oleh dosen AKG Surabaya yang menerapkan kurikulum AKG 1997, pada kurun waktu tahun 1995-2001, untuk mata kuliah keahlian (MKK). Mengetahui implementasi kurikulum adalah dengan menanyakan langsung pada dosen yang mengampu mata kuliah yang bersangkutan dalam suatu *indepth interview*. Sebagai acuan penerapan kurikulum adalah penyampaian materi perkuliahan menggunakan GBPP. Berdasarkan GBPP, dosen diwawancarai mengenai penambahan dan pengurangan materi perkuliahan yang diampu oleh setiap dosen, serta kaitannya dengan peran mandiri perawat gigi.

4.6.5 Mata kuliah keahlian

Adalah mata kuliah yang berhubungan langsung dengan peran mandiri perawat gigi, yang terdapat dalam kurikulum AKG 1997 dan disampaikan dalam proses belajar mengajar di AKG Surabaya. Untuk mengetahui jenis mata kuliah keahlian tersebut adalah dengan melihat pada dokumen kurikulum AKG 1997.

Mata Kuliah Keahlian yang berkaitan langsung dengan peran mandiri perawat gigi terdiri dari :

1. Dasar-dasar Ilmu Konservasi Gigi
2. Dasar-dasar Ilmu Pencabutan Gigi
3. Ilmu Kesehatan Gigi Rehabilitasi

4. Ilmu pencegahan penyakit Gigi dan Mulut
5. Ilmu penyakit Gigi dan Mulut
6. Ilmu Perawatan Pra dan Pasca Bedah Mulut
7. Komunikasi Terapeutik
8. Manajemen Kesehatan Gigi dan Mulut- QA
9. Penggunaan dan Pemeliharaan Alat Kesehatan Gigi
10. Pendidikan Kesehatan Gigi
11. Teknik Media Pembelajaran
12. Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi Dan Mulut
13. Epidemiologi
14. Praktek Kerja Lapangan, dan
15. Karya tulis

4.6.6 Hasil pendidikan kurikulum AKG 1997

Adalah perawat gigi lulusan AKG Surabaya pada kurun waktu 1995-2001, dengan segala kemampuan ilmu dan ketrampilan yang dimilikinya sebagai hasil proses belajar menggunakan kurikulum AKG 1997. Mengetahui hasil pendidikan adalah dengan cara menanyakan langsung melalui *indepth interview* kepada perawat gigi lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001, mengenai ilmu dan kemampuan yang dimilikinya.

4.6.7 Kep.Men.Kes.RI. No.1019/2000.

Adalah kebijakan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI tentang registrasi dan ijin kerja perawat gigi, yang mengatur tugas dan pekerjaan perawat gigi dan aturan yang harus ditaati dalam melaksanakan

pekerjaannya. Mengetahuinya adalah dengan membaca naskah Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

4.6.8 Kesesuaian

Adalah keterkaitan antara konsep isi, implementasi, dan hasil pendidikan menggunakan kurikulum AKG 1997 dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000. merupakan hasil merangkum kesimpulan pada tujuan khusus penelitian. Mengetahui keterkaitannya adalah berdasarkan analisis hasil penelitian sesuai dengan 6 (enam) tujuan khusus penelitian. Hasil penelitian yang diperoleh dengan *indepth interview* pada dosen, lulusan dan pengguna lulusan lulusan AKG Surabaya, dan pembuat kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, serta berdasarkan hasil FGD pada pelaku kebijakan yang telah dipilih yaitu dosen dan lulusan AKG Surabaya.

4.6.9 Perawat gigi

Adalah ahli madya kesehatan gigi lulusan AKG Surabaya dalam kurun waktu kelulusan 1998-2001. Mengetahui data perawat gigi lulusan AKG Surabaya adalah melalui data lulusan yang tercatat pada bagian administrasi AKG Surabaya, dalam kurun waktu 1998-2001.

4.6.10 Peran mandiri

Adalah hubungan kerja perawat dengan dokter dalam melaksanakan pelayanan kesehatan kepada pasien atau masyarakat. Pada saat melaksanakan tugas pekerjaan perawat yang dipertanggungjawabkannya sendiri, tidak kepada profesi lain inilah dikatakan memiliki peran mandiri.

4.6.11 Peran mandiri perawat gigi

Adalah tugas pekerjaan perawat gigi yang dipertanggungjawabkan sendiri dalam pekerjaan profesinya, tidak bertanggungjawab kepada dokter gigi seperti pada peran lainnya. Peran mandiri perawat gigi adalah dalam bidang pelayanan asuhan perawatan kesehatan gigi, yang menjadi tugas profesinya. Mengetahui jenis pekerjaan perawat gigi dalam peran mandiri adalah dengan membaca pekerjaan perawat gigi pada naskah Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

4.6.12 Peran mandiri perawat gigi yang normatif

Adalah pekerjaan perawat gigi yang menjadi tugas dan kewenangan perawat gigi dalam peran mandirinya, yang ditetapkan dalam tujuan pendidikan AKG dengan menggunakan kurikulum AKG 1997. Peran mandiri perawat gigi yang normatif adalah memberikan pelayanan asuhan perawatan kesehatan gigi dan mulut, promotif dan preventif, serta kuratif dasar untuk mencegah tindakan rehabilitasi. Mengetahuinya adalah dengan membaca pada naskah kurikulum AKG 1997.

4.6.13 Dosen AKG Surabaya

Adalah dosen tetap yang melaksanakan proses belajar mengajar sejak tahun 1995-2001 pada AKG Surabaya yang mengampu mata kuliah keahlian, yang ditetapkan berdasarkan SK.Kanwil Dep.Kes RI Propinsi Jawa Timur tahun 1995-2001.

4.6.14 Lulusan AKG Surabaya

Adalah peserta didik yang telah mengikuti pendidikan dan lulus ujian akhir program di AKG Surabaya, serta memperoleh ijazah ahli madya kesehatan gigi pada kurun waktu 1998-2001. Mengetahui data lulusan adalah melalui data yang tercatat pada bagian administrasi AKG Surabaya dalam kurun waktu 1998-2001.

4.6.15 Pengguna lulusan AKG Surabaya

Adalah profesi dokter gigi yang bertugas di rumah sakit, Puskesmas, atau praktik swasta di kota Surabaya, yang menggunakan langsung dan yang potensial menggunakan profesi perawat gigi lulusan AKG sebagai sumber daya manusianya. Mengetahui pengguna langsung adalah melalui perawat gigi yang dipilih menjadi sampel penelitian, dan berdasarkan kesediaan dokter gigi untuk berpartisipasi dimintai pendapatnya dalam penelitian ini.

4.6.16 Aktor kebijakan

Adalah orang yang terlibat dalam proses kebijakan, sebagai pembuat kebijakan dan pelaku kebijakan. Mengetahui aktor kebijakan adalah dengan membaca naskah kebijakan dan hasil pemaknaan peneliti mengenai orang yang terkena kebijakan.

4.6.17 Pembuat kebijakan

Adalah orang yang terlibat dalam proses pembuatan kebijakan Kep.Men.Kes. RI No.1019/2000. Keterlibatan aktor kebijakan adalah karena kedudukannya di Dep.Kes RI atau karena kepakarannya, sehingga pada

proses kebijakan turut serta dalam membidani lahirnya kebijakan. Mengetahuinya adalah melalui informasi di Dep.Kes.RI. dan PB.PDGI.

4.6.18 Pelaku kebijakan

Adalah orang yang terkena, terlibat, ataupun tercakup di dalam kebijakan, baik secara nyata maupun tidak secara nyata tertera di dalam kebijakan. Orang yang terkena kebijakan dapat menyadari maupun tidak menyadarinya. Mengetahuinya adalah dengan membaca naskah kebijakan dan hasil pemaknaan peneliti.

4.6.19 Pemahaman pembuat kebijakan

Adalah maksud dari pembuat kebijakan menerbitkan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, dan juga peran mandiri perawat gigi yang ingin dibentuk oleh kebijakan. Mengetahui pemahaman pembuat kebijakan adalah melalui *indepth interview* pada aktor pembuat kebijakan.

4.6.20 Persepsi

Adalah pendapat pelaku kebijakan mengenai peran mandiri perawat gigi hasil kurikulum AKG 1997 dan Kep.Men.kes.RI No.1019/2000, yang diperoleh datanya melalui FGD dan *indept interview*. Mengetahui persepsi berdasarkan pendapat dosen, lulusan, dan pengguna lulusan melalui *indepth interview*.

4.6.21 Resistensi

Adalah suatu bentuk penolakan terhadap kebijakan oleh dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap peran perawat gigi mandiri hasil kurikulum AKG 1997 dan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000. Resistensi

yang disadari maupun tidak disadari oleh responden, tetapi tersirat penolakan terhadap kebijakan melalui tanggapannya. Mengetahui bentuk dan penyebab resistensi adalah melalui *indepth interview* pada dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya.

4.6.22 Focus Group Discussion (FGD)

Focus Group discussion adalah suatu teknik diskusi kelompok yang bertujuan memperoleh tanggapan dari pesertanya mengenai masalah yang menjadi topik. Peserta terdiri dari kelompok dosen MKK dan lulusan AKG Surabaya yang telah dipilih. Pemilihan peserta dosen berdasarkan kedudukannya sebagai pengampu mata kuliah keahlian, memiliki perhatian terhadap perkembangan AKG, serta kesediaannya berpartisipasi dalam diskusi. Pemilihan peserta dari lulusan AKG berdasarkan tempat tinggalnya di kota Surabaya dan di luar Surabaya yang bersedia datang ke Surabaya, memiliki perhatian terhadap perkembangan perawat gigi, serta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam diskusi.

Pada FGD tidak ada kesimpulan dan pemecahan masalah, peneliti hanya menjadi fasilitator yang menggali dan menampung semua tanggapan peserta FGD.

4.7 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Pedoman wawancara *indepth interview* untuk mendapatkan data primer mengenai :

- a. implementasi kurikulum AKG 1997 oleh dosen AKG
 - b. pemahaman pembuat kebijakan terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.
 - c. mengenai kemampuan lulusan AKG Surabaya
 - d. persepsi dan resistensi dari aktor kebijakan yaitu : dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya, terhadap lulusan AKG Surabaya dengan peran mandirinya hasil kurikulum AKG 1997.
 - e. persepsi dan resistensi dari pelaku kebijakan yaitu dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.
2. Pedoman FGD untuk mendapatkan data primer dari dosen dan lulusan untuk *review* mengenai pemahaman terhadap konsep peran mandiri perawat gigi, persepsi terhadap kurikulum AKG 1997, dan kaitan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 dengan peran mandiri perawat gigi.
 3. Dokumen pada bagian administrasi AKG Dep.Kes Surabaya dalam kurun waktu 1995-2001 untuk mendapatkan data sekunder, yang diperoleh dengan cara melihat data yang tercatat.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Data primer dikumpulkan melalui *indepth interview* dan FGD. Data FGD diperoleh melalui 3 sesi diskusi, yang dilaksanakan dalam satu hari.

Indepth interview dilakukan dengan tatap muka dengan responden yaitu dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya. *Indepth interview* juga dilakukan

melalui telepon dengan orang responden yang berada di luar kota Surabaya, yaitu lulusan AKG Surabaya dan dengan pembuat kebijakan.

Data sekunder dikumpulkan dengan melihat pada catatan administrasi AKG Surabaya.

A. Focus Group Discussion

Persiapan pelaksanaan FGD adalah mempersiapkan semua peserta, untuk mengenal dan memahami lebih jauh mengenai metode FGD, dengan penjelasan lisan. Bagi peserta dari lulusan AKG dijelaskan secara perorangan, dan bagi dosen AKG dijelaskan melalui forum rapat. Persiapan peserta ini penting karena peserta belum pernah terlibat di dalam suatu FGD, dan selain itu peneliti ingin memastikan bahwa semua peserta siap untuk berbicara dalam suatu forum diskusi yang hanya meminta tanggapan dan tidak melakukan perdebatan. Mengenai waktu pelaksanaan disesuaikan dengan kesempatan yang dimiliki oleh semua peserta, dan tempatnya adalah yang mudah dijangkau oleh semua peserta.

Satu hari menjelang pelaksanaan FGD, peneliti memeriksa kembali semua persiapan yang harus ada pada saat FGD. Kepada semua peserta diingatkan kembali mengenai undangan untuk hadir keesokan harinya pada tempat dan waktu sesuai dengan yang tertera pada undangan. Kepada tim yang terlibat dalam FGD, yaitu pencatat proses, urusan konsumsi, serta pengurus tempat dan kelistrikan dikonfirmasi kembali mengenai pelaksanaan FGD esok hari.

Pelaksanaan FGD pada tanggal 4 Februari 2002 bertempat di ruang rapat dosen AKG Surabaya, pada jam 10.00 WIB, mundur satu jam dari waktu yang telah disepakati karena keterlambatan kedatangan peserta lulusan AKG. Peserta yang hadir

terdiri dari lima orang dosen AKG Surabaya, dan empat orang lulusan AKG Surabaya (daftar hadir pada lampiran). Fasilitator FGD adalah peneliti, dengan pencatat proses adalah staf dosen Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya. Urusan di luar proses FGD ditangani oleh staf AKG terdiri dari satu orang untuk urusan konsumsi, satu orang untuk persiapan tempat dan satu orang mengurus kelistrikan termasuk *sound system* dan alat perekam. Dokumentasi dalam proses FGD ini menggunakan pencatatan oleh pencatat proses dan alat rekam (tape recorder) sebanyak dua buah, satu buah menggunakan tenaga listrik dan satu buah menggunakan baterai. Alasannya adalah untuk mengantisipasi bila dalam proses FGD terjadi pemadaman listrik oleh pihak diluar AKG.

FGD dilakukan dalam tiga sesi dengan dua kali jeda waktu untuk istirahat selama 10 menit dan 5 menit. Sesi pertama menggali persepsi peserta mengenai peran mandiri perawat gigi, hasilnya disajikan pada tabel 5.4. Sesi kedua, persepsi peserta mengenai kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri yang normatif, hasilnya disajikan pada tabel 5.6

Pada proses FGD mula-mula fasilitator memperkenalkan diri, dan menyampaikan terima kasih atas kesediaan peserta untuk hadir dan berpartisipasi dalam FGD. Fasilitator menjelaskan maksud dan tujuan diadakannya FGD, serta mengulas kembali aturan main atau rambu-rambu yang harus dipatuhi oleh semua peserta FGD. Pencatat proses yang berada bersama dalam ruangan FGD diperkenalkan kepada peserta. Kepada peserta juga dijelaskan bahwa selama pelaksanaan digunakan alat perekam untuk memudahkan peneliti untuk mengulang kembali proses FGD, guna penulisan laporan. Hal ini perlu dijelaskan karena alat

perekam dikhawatirkan dapat menghambat keluarnya pendapat yang murni dari peserta, dan menimbulkan ketidaknyamanan karena peserta takut salah bicara atau kecurigaan dari peserta bahwa hasil rekaman akan menjadi barang bukti atau barang publikasi yang tidak diketahuinya. Setelah FGD berakhir, disampaikan ucapan terima kasih atas kehadiran dan partisipasi peserta.

4.9 Pengolahan Data Penelitian

Data yang diperoleh dari penelitian ini akan disajikan dalam bentuk deskripsi terdiri dari *review* :

1. Konsep isi kurikulum AKG 1997 berdasarkan dari pemahaman dosen dan lulusan AKG Surabaya, melalui FGD
2. implementasi kurikulum AKG 1997 berdasarkan persepsi dosen AKG Surabaya, melalui *indepth interview*
3. Persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya 1998-2001, terhadap lulusan AKG dengan peran mandiri hasil pendidikan kurikulum AKG 1997, melalui *indepth interview*.
4. Pemahaman dari pembuat kebijakan terhadap Kep.Men.Kes. RI No.1019/2000, melalui *indepth interview*.
5. Kesesuaian kemampuan yang dimiliki oleh lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001 dengan kemampuan yang dituntut dalam Kep.Men.Kes. RI No.1019/2000.

Surabaya 1998-2001, terhadap Kurikulum AKG 1997 dan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000

Hasil yang diperoleh melalui *indepth interview* dan FGD disajikan, sesuai dengan tujuan khusus penelitian. Pada setiap tujuan penelitian akan disajikan hasilnya, dalam bentuk matriks. Peneliti membahas hasil tersebut, kemudian peneliti membahas pendapatnya sendiri. Melalui kedua pembahasan ini diperoleh kesimpulan dari tujuan khusus. Pada tujuan khusus ketujuh, disajikan semua kesimpulan dari tujuan khusus kesatu sampai ke enam, diperoleh hasil sesuai yang diinginkan pada tujuan umum.yaitu review konsep isi, penerapan, dan hasil pendidikan kurikulum AKG 1997 dan kesesuaiannya dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 bagi peran mandiri perawat gigi.

4.10 Kendala Penelitian

Pada penelitian ini responden yang digunakan sebagai sampel berada di Jakarta dan tersebar di beberapa pulau kawasan timur Indonesia. Penelusuran responden berdasarkan :

1. data alamat yang ada pada catatan AKG Surabaya mengenai pengiriman kembali lulusan dari mahasiswa berlatar belakang tugas belajar, dan
2. catatan pada buku induk mahasiswa.

Kendala yang dihadapi pada saat penelitian adalah sampel yang telah dipilih ternyata pindah alamat, dan tidak dapat ditelusuri kembali melalui alat komunikasi

BAB 5

HASIL PENELITIAN, ANALISIS DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum daerah Penelitian

Pada awal penyelenggaraan pendidikan tahun 1995, AKG Surabaya menerima mahasiswa tugas belajar dari pegawai negeri sipil (PNS) berlatar belakang lulusan SPRG, yang bertugas di kawasan timur Indonesia. Pada tahun ketiga penyelenggaraan pendidikan AKG mulai menerima mahasiswa *fresh graduate* (lulusan langsung dari SPRG) selain mahasiswa tugas belajar. Pada tahun keempat mulai menerima mahasiswa berlatar belakang lulusan SMU, sehingga pada angkatan keempat terdapat mahasiswa dengan latar belakang PNS, *Fresh graduate* SPRG, dan SMU.

Sampai dengan tahun 2001, AKG Surabaya telah meluluskan empat angkatan dengan jumlah keseluruhan adalah 139 (seratus tiga puluh sembilan) orang. Setelah menyelesaikan pendidikan, bagi mahasiswa tugas belajar akan dikirim kembali ke tempat propinsi asal yang menugaskannya. Penempatan lulusan AKG selanjutnya adalah sesuai dengan kebijakan dari instansi yang menugaskannya semula.

Dosen tetap AKG Surabaya berjumlah 20 orang, termasuk 1 orang direktur yang juga dosen. Pengampu mata kuliah keahlian (MKK) berjumlah 11 orang, terdiri dari dosen tetap 10 orang dan satu orang dosen tidak tetap. Latar belakang pendidikan dosen pengampu MKK adalah 8 orang dokter gigi, 2 orang Sarjana Ilmu Terapan, dan 1 orang Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Indept interview pada dosen AKG dilakukan melalui 2 sampai 3 sesi pertemuan, dengan waktu masing-masing pertemuan berkisar antara 30 menit sampai 45 menit. Bagi dosen yang tiba-tiba harus meninggalkan tempat pada saat wawancara, maka dilanjutkan pada waktu yang disepakati untuk pertemuan ke tiga. Pada pertemuan pertama, *Indept interview* mengenai persepsi dan resistensi dosen terhadap peran mandiri lulusan AKG Surabaya, implementasi kurikulum AKG 1997, dan memberikan naskah Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 untuk dipelajari. Pada pertemuan kedua, *Indept interview* mengenai persepsi dan resistensi dosen terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

Pengguna lulusan AKG Surabaya adalah dokter gigi di Surabaya baik sebagai pengguna langsung yaitu yang di tempatnya bekerja ada lulusan AKG Surabaya, maupun pengguna potensial yaitu yang berpotensi menggunakan lulusan AKG. Pengguna lulusan langsung, yang berhasil dihubungi sebanyak empat orang, terdiri satu orang pengguna di Puskesmas, satu orang pengguna di Rumah Sakit, dan dua orang pengguna pada sarana kesehatan pribadi (praktik pribadi dokter gigi). Keempat pengguna lulusan tersebut terdiri dari dua pengguna yang bekerja dengan dua lulusan berlatarbelakang perawat gigi tugas belajar, satu pengguna yang bekerja dengan lulusan berlatarbelakang *fresh graduate* SPRG, dan dua pengguna yang bekerja dengan lulusan berlatarbelakang SMU. Pengguna potensial perawat gigi lulusan AKG sebanyak enam orang, terdiri dari satu orang pengguna dari rumah sakit, satu pengguna dari Puskesmas, dan empat orang pengguna dari praktik pribadi.

Pada tabel 5.1 berikut ini disajikan pengguna lulusan AKG berdasarkan jenis pengguna lulusan dan sarana kesehatan tempatnya bertugas di Surabaya yang berhasil dihubungi untuk menjadi sampel penelitian.

Tabel 5.1 Distribusi pengguna lulusan AKG Surabaya berdasarkan jenis pengguna lulusan dan sarana kesehatan tempatnya bertugas di Surabaya pada tahun 2001.

Jenis pengguna	Sarana kesehatan			Jumlah
	Rumah sakit	Puskesmas	Praktik pribadi	
Pengguna langsung	1	1	2	4
Pengguna potensial	1	1	4	6
Jumlah	2	2	6	10

Sumber : data primer hasil wawancara

Indept interview yang dilakukan pada pengguna lulusan AKG Surabaya membutuhkan waktu dua kali pertemuan. Pada wawancara pertama, responden tidak mengetahui adanya Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, kemudian pembicaraan dihentikan untuk memberi kesempatan kepada responden untuk mempelajarinya. Selanjutnya, pertemuan kedua dilaksanakan setelah responden mempelajari Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

Pada rencana penelitian semula sampel lulusan sebanyak 30 orang, ternyata pada saat penelitian dilakukan hanya 24 orang lulusan yang berhasil dihubungi. Beberapa lulusan tak dapat dihubungi karena berpindah alamat, ada yang berpindah tugas dan tidak bisa ditelusuri, dan ada yang mengikuti pendidikan lanjutan di luar kota dan sulit untuk dihubungi. Pada tabel 5. 2 berikut ini disajikan distribusi lulusan yang berhasil dihubungi untuk menjadi sampel penelitian.

Tabel 5.2 Distribusi lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001, berdasarkan daerah asal dan latar belakang status pendidikan/pekerjaan. (n = 24)

Asal lulusan	Latar belakang lulusan		
	PNS	SPRG	SMU
Kalimantan	1	1	-
Ambon	2	-	-
Irian Jaya	1	-	-
Nusa Tenggara Timur	2	-	-
Surabaya	6	2	2
Jawa Timur (di luar Surabaya)	2	2	3
Jumlah	14	5	5

Sumber : data primer saat penelitian

5.2 Hasil dan Pembahasan *Review* Konsep Isi Kurikulum AKG 1997

Pada bagian ini akan dibahas mengenai penyajian hasil penelitian, pembahasannya berdasarkan pemahaman responden dan berdasarkan pemahaman peneliti.

5.2.1 *Review* mengenai konsep isi kurikulum AKG 1997

Review mengenai konsep isi kurikulum AKG 1997 berdasarkan persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya menggunakan metode FGD, untuk memperoleh informasi mengenai: peran mandiri perawat gigi, kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif.

Untuk itu, berikut ini berturut turut akan disajikan dalam bentuk matriks mengenai hasil FGD dan matriks kesimpulan FGD.

A. Persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya, mengenai peran mandiri perawat gigi, hasilnya disajikan dalam tabel 5.3 dan kesimpulannya dalam tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.3 Hasil FGD mengenai persepsi peran mandiri perawat gigi dari dosen dan lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001.

Persepsi dosen	Persepsi lulusan
<p>1. Dikemukakan oleh tiga orang dosen, bahwa peran mandiri perawat gigi adalah dapat menciptakan bidang pekerjaan sesuai dengan materi perkuliahan. Hubungan kerja perawat gigi dengan dokter gigi adalah dalam batas-batas pekerjaan yang tak dapat ditangani maka perawat gigi melakukan rujukan pasien ke dokter gigi.</p> <p>2. Satu orang dosen mengemukakan bahwa perawat gigi bertanggung jawab pada tugasnya tanpa intervensi dari pihak lain. Peran mandiri adalah sesuai dengan pengetahuan yang diperolehnya dan standar profesi. Hubungan perawat gigi-dokter gigi adalah sebagai mitra kerja, dan perbedaannya adalah dalam kewenangannya. Bidang kerjanya adalah promotif dan preventif, dan serta melakukan rujukan untuk kasus medis teknis.</p> <p>3. Satu orang dosen mengemukakan bahwa menurutnya peran mandiri tidak jelas, sehingga tidak dapat memberikan pendapatnya.</p>	<p>1. Dikemukakan oleh satu orang lulusan berlatar belakang SMU bahwa peran mandiri adalah bebas menjalankan pekerjaannya sesuai pengetahuannya, dengan pengetahuannya dapat mencari nafkah, dan dokter gigi sebagai konsultan untuk kasus yang tidak bisa ditangani.</p> <p>2. Dua orang lulusan berlatar belakang PNS tugas belajar mengemukakan bahwa peran mandiri adalah dapat mengatasi segala sesuatu sesuai ilmunya dan bertanggung jawab atas hasil pekerjaannya, dalam bidang promotif, preventif, serta tindakan kuratif yang lebih dari sekedar pengobatan dasar mencegah tindakan rehabilitatif. Maksudnya adalah perawat gigi juga berperan mandiri untuk tindakan penambalan gigi semua bidang menggunakan amalgam. Tindakan pencabutan gigi menggunakan topikal dan infiltrasi anestesi. Dalam melaksanakan peran mandiri, dokter gigi adalah hanya sebagai konsultannya saja.</p> <p>3. Satu orang lulusan berlatar belakang PNS tugas belajar mengemukakan bahwa perawat gigi dapat bertanggung jawab penuh terhadap tugas sesuai kewenangannya dalam bidang promotif dan preventif, serta kuratif sederhana. Dalam peran mandiri, dokter gigi adalah tempat rujukan jika mengalami kesulitan, tanpa pengawasan dari profesi lain seperti analogi bidan dengan ginekolog.</p>

Tabel 5.4 Kesimpulan hasil FGD mengenai persepsi peran mandiri perawat gigi dari dosen dan lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001.

Persepsi dosen	Persepsi lulusan AKG Surabaya
<p>1. Perawat gigi yang dalam pekerjaannya bertanggung jawab pada batas kewenangan yang dimilikinya pada bidang pelayanan asuhan, promotif dan preventif, serta pengobatan dasar. Dalam melaksanakan peran mandiri ini perawat gigi tidak boleh berdiri sendiri, dalam arti masih ada dokter gigi yang mendampingi.</p> <p>2. kewenangannya dalam bidang pelayanan asuhan, promotif dan preventif tanpa intervensi dari profesi lain, dalam arti bahwa tidak ada dokter gigi yang mendampinginya saat melakukan peran mandiri, serta melakukan rujukan untuk kasus medis teknis.</p>	<p>1. Perawat gigi yang dapat bertanggungjawab penuh terhadap tugas sesuai kewenangannya dalam bidang promotif dan preventif, serta kuratif sederhana. Dalam melaksanakan peran mandiri, dokter gigi adalah tempat rujukan jika mengalami kesulitan, tanpa pengawasan dari profesi lain seperti analogi bidan dengan dokter ahli kandungan.</p> <p>2. Model perawat gigi yang tugas dan kewenangannya dalam bidang promotif dan preventif, serta tindakan kuratif yang lebih dari sekedar pengobatan dasar mencegah tindakan rehabilitatif. Maksudnya adalah perawat gigi juga berperan mandiri untuk tindakan penambalan gigi semua bidang menggunakan amalgam. Tindakan pencabutan gigi menggunakan topikal dan infiltrasi anestesi. Dalam melaksanakan peran mandiri, dokter gigi adalah hanya sebagai konsultannya saja.</p>

Secara normatif peran mandiri perawat gigi yang diinginkan oleh Pusdiknakes adalah yang ingin dicapai sebagai hasil pendidikan AKG menggunakan kurikulum AKG 1997, yakni melakukan tugas pelayanan asuhan, bidang promotif, preventif, serta pengobatan dasar untuk mencegah penyimpangan yang menyebabkan tindakan rehabilitasi.

Pembangunan bidang kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah saat ini mempunyai titik berat pada upaya promotif (peningkatan kesehatan) dan preventif (pencegahan penyakit), tanpa mengurangi upaya kuratif dan rehabilitatif (Roesdal, 2000). Menurut peneliti, sejalan dengan itu adalah pemikiran bahwa tindakan pencegahan jauh lebih baik daripada tindakan pengobatan, dan biaya keseluruhan untuk pencegahan menjadi lebih murah dibandingkan dengan pengobatan.

Berdasarkan pertimbangan bahwa tindakan upaya promotif dan preventif harus ditangani secara khusus dan serius, maka diperlukan tenaga kesehatan yang bertugas khusus menanganinya. Pusdiknakes dalam upaya pelayanan kesehatan gigi, yang di dalamnya terkait beberapa jenis tenaga kesehatan gigi (Roesdal, 2000), memberikan tugas kepada perawat gigi dalam bidang promotif dan preventif tersebut.

Bila kita berpikir ke depan, bahwa adanya jenis tenaga perawat gigi yang memiliki tugas khusus dalam promotif dan preventif bidang kesehatan gigi adalah baik, seperti halnya peran mandiri perawat gigi dalam bidang pelayanan asuhan, promotif dan preventif. Perawat gigi mendapat pendidikan secara khusus menjadi profesional dalam bidang promotif dan preventif adalah ide yang bagus.

Mengenai kaitan peran mandiri perawat gigi dengan profesi dokter gigi, maka dalam hal ini dokter gigi merupakan tempat rujukan bagi kasus medis teknis yang

ditemui, yang bukan kewenangan perawat gigi. Pendapat ini berdasarkan bahwa dalam peran mandiri, semua tindakan yang dikerjakan oleh perawat gigi dipertanggungjawabkannya sendiri (Prihardjo, 2000). Bila dalam tugasnya terjadi gugatan atas tindakannya, maka yang bertanggungjawab sepenuhnya adalah perawat gigi itu sendiri, tidak perlu adanya pengawasan dari dokter gigi.

Adanya persepsi yang beragam mengenai peran mandiri perawat gigi dari dosen maupun lulusan AKG, dapat dimengerti bahwa persepsi tersebut dihasilkan oleh individu dengan latar belakang yang berbeda. Persepsi dosen yang memiliki latar belakang dokter gigi, dapat berbeda dengan dosen yang berlatar belakang perawat gigi. Persepsi lulusan AKG berlatar belakang perawat gigi PNS tugas belajar dapat berbeda juga dengan lulusan berlatar belakang SMU.

Persepsi merupakan kesimpulan tentang suatu obyek, yang dapat digambarkan oleh individu meskipun belum pernah melihatnya (Pudjirahardjo, 2000). Persepsi setiap individu dipengaruhi oleh pengalamannya, hasil belajar dari lingkungannya, dan merupakan lensa konseptual yang ada pada diri individu serta berfungsi sebagai kerangka analisis untuk memahami suatu masalah (Allison dalam Wahab, 1997).

Persepsi yang merupakan hasil dari proses pemaknaan yang terjadi di dalam individu dosen dan lulusan, dipengaruhi juga oleh pengalamannya dan keinginannya. Ditinjau dari latar belakang individu dosen yang dokter gigi telah tertanam dalam benaknya ataupun telah terbiasa dengan tugas perawat gigi sebagai pembantu langsung dokter gigi dalam *four handed dentistry*. Pergeseran hubungan kerja dokter gigi dan perawat gigi karena perubahan kewenangannya, dari dependen menjadi

independen atau mandiri masih sulit diterima. Dapat dipahami bahwa berdasarkan nilai yang dianutnya, maka persepsi peran mandiri perawat gigi dilaksanakan harus dalam pengawasan dokter gigi.

Dosen yang berlatar belakang perawat gigi, memiliki persepsi berbeda dengan dosen berlatar belakang dokter gigi, menyatakan bahwa peran mandiri harusnya dilaksanakan tanpa pengawasan dari dokter gigi. Pengaruh terbesar yang mungkin melatarbelakangi persepsinya adalah kesejawatan, sehingga cenderung untuk sependapat dengan lulusan dengan latar belakang perawat gigi tugas belajar.

Pada sisi lain, lulusan yang berlatar belakang perawat gigi tugas belajar, dipengaruhi oleh pengalamannya bahwa ia dapat melakukan tugasnya yang hampir menyerupai dokter gigi, tanpa adanya pengawasan. Sehingga hal itu mempengaruhi persepsinya tentang peran mandiri perawat gigi yang tidak menghendaki adanya intervensi profesi dokter gigi, dan menghendaki memiliki jenis tugas yang lebih jauh dari kuratif dasar. Lulusan yang berlatar belakang SMU, karena kemampuan dan pengalaman yang diperolehnya terbatas pada tujuan kurikulum AKG 1997, maka persepsinya tentang peran mandiri hanya dipengaruhi oleh pemahaman bahwa bekerja mandiri adalah tanpa pengawasan dokter gigi.

B. Kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif, hasilnya disajikan dalam tabel 5.6 dan kesimpulannya disajikan dalam tabel 5.7 berikut ini.

Tabel.5.5 Matriks hasil FGD mengenai kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif hasil persepsi dosen dan lulusan AKG 1998-2001

Persepsi dosen	Persepsi lulusan
<ol style="list-style-type: none"> 1. tiga orang dosen mengemukakan bahwa dipandang dari segi materi, kurikulum AKG 1997 secara garis besarnya, sudah sesuai dengan peran mandiri dari Pusdiknakes. 2. seorang dosen "IS" mengemukakan dari segi materi sudah sesuai, malahan tampaknya sudah berlebih untuk pekerjaan yang hanya dalam bidang promotif dan preventif. 3. seorang dosen "AK" mengemukakan kurikulum AKG 1997 hanya sesuai untuk peran mandiri yang dilaksanakan pada instansi pemerintah saja. Bila ingin bekerja dengan dokter gigi di luar pemerintahan maka masih belum memadai. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. seorang lulusan "W" mengemukakan kurikulum AKG 1997 telah sesuai dengan peran mandiri perawat gigi yang diinginkan Pusdiknakes. Terdapat materi yang dianggap berlebih adalah mengukir gigi menggunakan wax dan gips. 2. seorang lulusan mengemukakan kurikulum AKG 1997 telah sesuai dengan peran mandiri perawat gigi yang diinginkan Pusdiknakes. 3. seorang lulusan "T" berlatar belakang SMU mengemukakan kurikulum AKG1997 telah sesuai dengan peran mandiri perawat gigi yang diinginkan Pusdiknakes. Dalam hal yang mengenai medis kesehatan gigi sudah cukup, hanya dalam manajemen masih dirasakan kurang memadai. Diperlukan kreativitas dosen dalam pengembargan materi yang sesuai dengan kemajuan teknologi. Mata ajaran boleh tetap sama, hanya materinya lebih meng kuti perkembangan.

Tabel.5.6 Matriks kesimpulan kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif hasil persepsi dosen dan lulusan AKG 1998-2001

Persepsi dosen	Persepsi lulusan
<p>1. Untuk peran mandiri perawat gigi yang normatif, yang dilaksanakan masih di bawah pengawasan dokter gigi, maka kurikulum AKG 1997 dianggap telah sesuai. Muatan materi dalam kurikulum telah membuat perawat gigi dapat melakukan peran mandiri. Pelaksanaan peran mandiri perawat gigi masih dalam institusi pemerintah.</p> <p>2. ada kelebihan materi perkuliahan</p>	<p>1. Untuk peran mandiri perawat gigi yang normatif sudah dirasakan cukup. Jenis mata kuliah yang terdapat pada kurikulum sudah sesuai.</p> <p>2. Perlu adanya kreativitas dosen dalam pengembangan materi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.</p> <p>3. pengurangan materi praktek mengukir gigi.</p>

Berdasarkan alur pikir bahwa persepsi adalah lensa konseptual dan kerangka analisis bagi setiap individu (Allison dalam Wahab, 1997), maka persepsi individu mengenai peran mandiri perawat gigi akan mempengaruhi analisisnya mengenai kaitan kurikulum AKG dengan peran mandiri perawat gigi yang dihasilkan. Demikian halnya pada penelitian ini, melalui FGD digali persepsi dari dosen dan lulusan AKG mengenai peran mandiri perawat gigi. Melalui persepsi masing-masing individu dengan latar belakang yang berbeda, akan menghasilkan analisis yang beragam mengenai kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri perawat gigi, sehingga muncul beragam hasil analisis berupa persepsi mengenai kaitan kurikulum AKG dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif.

Menurut persepsi dari dosen AKG, konsep isi kurikulum AKG 1997 sesuai untuk mencetak lulusan perawat gigi dengan peran mandiri yang normatif. Berdasarkan hasil pemikirannya bahwa uraian mata kuliah keahlian, lebih ke arah pelayanan asuhan, promotif, dan preventif serta pengobatan dasar mencegah penyimpangan yang mengakibatkan tindakan rehabilitasi.

Menurut persepsi lulusan, kurikulum AKG 1997 juga lebih ke arah mencetak lulusan perawat gigi dengan peran mandiri yang normatif, hanya saja perlu ditambahkan adanya pengembangan untuk mengantisipasi perkembangan teknologi. Maksudnya adalah bahwa meskipun dalam jenis mata kuliah adalah tetap namun materi yang dikandung oleh mata kuliah tersebut berkembang sesuai dengan perkembangan teknologi. Misalnya saja mengenai perkembangan media komunikasi yang begitu cepat dapat diaplikasikan pada materi perkuliahan yang mengantisipasi perkembangan teknologi tersebut.

Berdasarkan persepsi dosen dan lulusan, konsep isi kurikulum AKG 1997 dinilai telah menuju ke arah tugas dan pekerjaan perawat gigi dengan peran mandiri yang normatif.

Ditinjau dari asas kurikulum yang mensyaratkan bahwa di dalam suatu kurikulum harus ada komponen kurikulum yang terdiri dari komponen tujuan dan sasaran, materi ajar, organisasi dan metode, serta adanya evaluasi (Nasution, 2001), maka kurikulum AKG 1997 memenuhi syarat tersebut. Pernyataan tujuan pendidikan terdapat pada bab III dalam dokumen kurikulum AKG 1997, dan telah disajikan pada bagian 5.1 di atas pada bagian mengenai kurikulum AKG 1997. Terdapat materi ajar, uraian mata ajar, serta organisasi dan metode pengajaran, dengan bentuk organisasi berdasarkan mata ajar. Komponen evaluasi terdapat pada bagian akhir dokumen kurikulum AKG 1997. Dengan demikian syarat minimal suatu kurikulum telah dipenuhi oleh kurikulum AKG 1997 sesuai dengan asas kurikulum.

Dalam pelayanan kesehatan gigi dapat dikelompokkan orientasi tindakan menjadi upaya meningkatkan derajat kesehatan (promotif), upaya pencegahan (preventif), upaya pengobatan (kuratif), dan upaya memperbaiki atau mengembalikan fungsi (rehabilitatif). Bila ditelaah berdasarkan orientasi dan uraian jenis MKK yang terdapat pada kurikulum AKG 1997, serta besarnya satuan kredit semester (SKS) dan persentasenya terhadap masing-masing orientasi, maka tampak bahwa pendidikan kearah perawat gigi yang mampu melakukan pelayanan asuhan, promotif dan preventif, serta pengobatan dasar yang mencegah tindakan rehabilitasi, yang disajikan pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Orientasi tiap jenis mata kuliah keahlian dalam kurikulum AKG 1997, jumlah SKS dan persentasenya diantara mata kuliah keahlian

No.	Orientasi Mata Kuliah Keahlian	SKS	
		Jlh	%
1.	Promotif , terdiri dari : a. Pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut, 9 SKS b. Pendidikan Kesehatan gigi, 8 SKS c. Teknik media pembelajaran, 8 SKS d. Penggunaan dan pemeliharaan alat kesehatan gigi, 7 SKS e. Praktek kerja lapangan, 5 SKS, dan f. Komunikasi Terapeutik, 3 SKS,	40	60.6
2.	Preventif, terdiri dari : Ilmu pencegahan penyakit gigi dan mulut, 2 SKS	2	3
3.	Kuratif sederhana, terdiri dari : a. Dasar-dasar ilmu konservasi gigi, 4 SKS b. Dasar-dasar ilmu pencabutan gigi, 2 SKS c. Ilmu penyakit gigi dan mulut, 3 SKS d. Ilmu perawatan pra-pasca bedah mulut, 4 SKS	13	19.7
4.	Rehabilitatif , terdiri dari : Ilmu kesehatan gigi rehabilitasi, 2 SKS.	2	3
5.	Manajerial kesehatan a. Manajemen kesehatan gigi dan mulut, 4 SKS b. Epidemiologi, 2 SKS c. Karya tulis, 3 SKS	9	13.6
6.	Jumlah total	66	99.9

Sumber : Kurikulum AKG 1997, Pusdiknakes Dep.Kes RI

Kurikulum lebih ke arah promotif tampak melalui besarnya SKS tiap mata kuliah yang berorientasi promotif dan persentasenya, dan hampir dua pertiga bagian dari keseluruhan MKK. Pada orientasi tindakan preventif, kuratif sederhana, rehabilitasi, dan kemampuan manajerial dalam bidang kesehatan gigi dan mulut,

terdistribusi merata antara 2-4 SKS tiap mata kuliah, menampakan tatanan yang terarah kepada peran mandiri perawat gigi yang normatif.

Ditinjau dari tujuan pendidikan AKG, yang lebih rinci diuraikan dalam peran, fungsi dan kompetensi ahli madya kesehatan gigi, yang dalam penelitian ini disebut sebagai perawat gigi lulusan AKG, maka peran sebagai :

1. pelaksana kesehatan gigi dan mulut, dipenuhi oleh pemberian mata kuliah berorientasi promotif dan preventif
2. pengelola pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut, dipenuhi oleh mata kuliah berorientasi kuratif dan rehabilitatif.
3. pengajar, pelatih, dan penyuluh kesehatan gigi dan mulut dipenuhi oleh mata kuliah berorientasi promotif.
4. peneliti kesehatan gigi dan mulut dipenuhi oleh mata kuliah berorientasi manajerial kesehatan.

Kesimpulan :

Berdasarkan persepsi dari dosen dan lulusan AKG Surabaya mengenai peran mandiri perawat gigi dan kaitan kurikulum AKG 1997 dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif, serta berdasarkan pemahaman peneliti, maka diperoleh kesimpulan mengenai konsep isi kurikulum AKG 1997 :

1. Berdasarkan analisis asas kurikulum, maka kurikulum AKG 1997 telah memenuhi syarat komponen yang harus ada pada suatu kurikulum, yaitu adanya komponen tujuan dan sasaran, materi ajar, organisasi dan metode, serta adanya evaluasi (Nasution, 2001).

2. Berdasarkan persepsi dosen, dan lulusan konsep isi kurikulum AKG 1997 ke arah tugas dan pekerjaan perawat gigi dengan peran mandiri yang normatif, yaitu pada pelayanan asuhan, promotif, dan preventif, serta pengobatan sederhana untuk mencegah tindakan rehabilitasi.
3. berdasarkan perbandingan persentase mata kuliah keahlian, maka menunjukkan persentase terbesar (60,6%) ke arah promotif, dengan 40 SKS dari keseluruhan 66 SKS mata kuliah keahlian.
4. Berdasarkan tujuan pendidikan yang dirinci dalam peran, fungsi, dan kompetensi lulusan, maka kurikulum AKG 1997 telah dapat dipenuhi oleh semua mata kuliah keahlian. Hal ini menunjukkan bahwa kurikulum AKG memenuhi tujuan pertama pendidikan yaitu menghasilkan tenaga yang mempunyai kemampuan melaksanakan upaya promotif ,preventif, dan upaya penurunan frekwensi penyakit gigi dan mulut.
5. Konsep pelaksanaan peran mandiri perawat gigi yang dihasilkan oleh kurikulum AKG 1997 sesuai untuk dilaksanakan pada instansi pemerintahan saja.

5.3 Hasil dan Pembahasan Review Implementasi Kurikulum AKG 1997

Review mengenai implementasi kurikulum AKG 1997 berdasarkan hasil *indept interview* pada dosen mata kuliah keahlian, untuk informasi mengenai implementasi kurikulum dengan acuan GBPP, dan kaitannya dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif. Hasilnya disajikan pada tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8 **Matriks hasil indept interview** mengenai implementasi kurikulum AKG 1997 oleh dosen AKG Surabaya dan kaitannya dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif.

No.	Implementasi MKK
1.	<p>Dasar-dasar ilmu konservasi gigi</p> <p>Penerapan sesuai dengan panduan yaitu GBPP karena materi itu yang ada. Mengenai isi dari materi yang diberikan sesuai dengan pengertian dosen tentang tiap poin GBPP. Tidak dilakukan penambahan ataupun pengurangan dari GBPP, karena tidak melihat urgensinya untuk melakukannya. Pemberian tambahan penambalan kelas V menggunakan amalgam dengan pemikiran bahwa ada tambalan kecil yang dapat dikerjakan tanpa mengganggu estetika dan menggunakan bahan tambal yang sederhana.</p>
2.	<p>Dasar-dasar ilmu pencabutan gigi</p> <p>Pada awalnya penerapan kurikulum AKG, dasar-dasar pencabutan gigi dan mulut yang sesuai GBPP dianggap sangat sederhana dan tidak memadai sehingga diberikan penambahan materi anestesi infiltrasi dan blok anestesi. Pertimbangannya adalah mahasiswa pada angkatan pertama adalah perawat gigi yang telah berpengalaman di lapangan dan dididik menggunakan kurikulum SPRG yang meliputi anestesi infiltrasi dan blok anestesi. Pada saat mahasiswa sudah berlatar belakang SMU materi infiltrasi anestesi hanya diberikan sebagai pengetahuan saja. Pemberiannya dalam teori perkuliahan dan dalam bentuk praktek dilakukan demo atau simulasi oleh dosen saja.</p>
3.	<p>Ilmu kesehatan gigi rehabilitasi</p> <p>Pemberian materi diberikan sesuai GBPP. Tidak ada penambahan karena perawat gigi lulusan AKG hanya sampai batas mengetahui adanya jenis perawatan rehabilitasi akibat kelainan di rongga mulut, dan tidak melakukan diagnosa kelainan apalagi merencanakan perawatan rehabilitasi.</p> <p>Rehabilitasi dalam bidang prostodonti maupun ortodonti tidak ada penambahan materi.</p>
4.	<p>Ilmu pencegahan penyakit gigi dan mulut</p> <p>Materi yang diberikan pada dasarnya sesuai dengan panduan GBPP, penambahan materi diberikan hanya dengan tujuan membantu meningkatkan pemahaman mengenai satu pokok bahasan. Sebagai contoh ditambahkan materi mengenai email pada struktur gigi, dengan tujuan membantu mahasiswa untuk memahami tindakannya yang bersentuhan dengan jaringan keras gigi. Penambahan materi dirasakan tidak mengganggu tujuan pengajaran dan tujuan pendidikan.</p>

No.	Implementasi MKK
5.	<p>Ilmu penyakit gigi dan mulut Materi yang diberikan sesuai dengan panduan pada GBPP, karena perawat gigi di klinik tidak lagi mendiagnosa klinis, tidak menyatakan dalam kalimat diagnosa klinis tetapi hanya menggambarkan keadaan klinis saja.</p>
6.	<p>Ilmu perawatan pra dan pasca bedah mulut Diberikan sesuai panduan pada GBPP. Tidak diberikan penambahan, karena apa yang telah ditetapkan oleh GBPP adalah telah memadai untuk dikuasai oleh seorang ahli madya kesehatan gigi yang bekerja pada bagian perawatan.</p>
7.	<p>Komunikasi terapeutik Panduan pemberian kuliah adalah GBPP, hanya materi yang diberikan adalah sesuai dengan pemahaman dosen mengenai komunikasi terapeutik yang sesuai dengan mahasiswa AKG. Materi yang diberikan banyak disadur dari materi kuliah di FKG, alasannya adalah pasien yang menjadi sasaran komunikasi adalah sama dengan pasien yang dihadapi oleh dokter gigi.</p>
8.	<p>Manajemen kesehatan gigi dan mulut-QA Materi perkuliahan yang disampaikan diberikan sesuai dengan acuan GBPP, memang agak sulit menentukan apakah materi ini telah sesuai atau belum. Beberapa buku digunakan sebagai bahan referensi, namun materi yang diterima, belum dapat dipastikan mencukupi, kurang, atau berlebih.</p>
9.	<p>Penggunaan dan pemeliharaan alat kesehatan gigi Penyampaian materi sesuai dengan garis besar mata ajar, karena di dalam naskah GBPP tidak terdapat uraian GBPP mengenai mata kuliah ini. Penambahan materi diberikan sebagai pelengkap pengetahuan modern yaitu perawatan kompresor, yang akan sering ditemukan dalam penggunaan peralatan dental di era modern ini. Penambahan materi bertujuan memberikan bekal atas perkembangan teknologi, bila setelah lulus harus menggunakan atau merawat jenis alat kompresor tersebut.</p>

No.	Implementasi MKK
10.	<p>Pendidikan kesehatan gigi dan mulut</p> <p>Penerapan sesuai dengan GBPP, tidak ada penambahan materi dari GBPP karena menurut dosen drg "AS" : materi yang harus diberikan sesuai GBPP dirasakan telah memadai untuk mampu melakukan tindakan promotif dan preventif bagi perawat gigi lulusan AKG.</p>
11.	<p>Teknik media pembelajaran</p> <p>Acuan dalam penyampaian materi perkuliahan adalah GBPP. Pada beberapa TIK diberikan tambahan pengetahuan yang sehubungan dengan teknik media pembelajaran hasil orientasi ke AKG lainnya. Tujuannya adalah agar mahasiswa dapat mengikuti perkembangan teknologi, dan menguasainya, namun tetap tidak menyimpang dari tujuan kurikuler.</p>
12.	<p>Pelayanan asuhan kesehatan gigi</p> <p>Dilakukan secara terpadu. Untuk pelayanan asuhan dalam bidang promotif dilaksanakan sesuai panduan GBPP, dalam bidang preventif dilaksanakan sesuai dengan panduan GBPP.</p> <p>Promotif dilakukan oleh bagian pendidikan kesehatan gigi dan mulut, sesuai dengan acuan GBPP.</p> <p>Preventif, melakukan sesuai dengan GBPP, pemeriksaan plak sampai pengolesan fluor secara topical, juga melakukan skaling supra gingiva. Penutupan pit dan fissure diberikan dalam bentuk demo, karena kesulitan mencari kasus, dan mahalnya bahan fissure sealant.</p> <p>Kuratif, pencabutan gigi sulung dengan kegoyangan 3-4 derajat menggunakan topical anestesi, sedangkan pada gigi persistensi yang tidak mengalami kegoyangan dilakukan pencabutan dengan infiltrasi anestesi. Alasannya adalah memberikan pengetahuan dan ketrampilan kepada mahasiswa, agar dapat menerima tugas limbah untuk tindakan infiltrasi anestesi. Penambalan gigi dilakukan sesuai panduan yaitu pada gigi sulung dengan kelas satu amalgam. Sedangkan untuk kasus yang diluar panduan GBPP di lakukan rujukan ke Puskesmas, atau ke klinik gigi AKG.</p>
13.	<p>Epidemiologi</p> <p>Dilakukan sesuai dengan acuan bukan GBPP tetapi uraian mata kuliah yang terdapat dalam kurikulum garis besar mata ajar, tidak dilakukan penambahan materi. Diberikan agar mahasiswa nantinya dapat menentukan angka kesakitan, sehingga dapat melakukan suatu perencanaan kegiatan dalam penanggulangan masalah kesehatan, khususnya kesehatan gigi.</p>

No.	Implementasi MKK
14.	<p>Praktek kerja lapangan Melaksanakan di Puskesmas, dalam pemantauan memang diharapkan sesuai dengan GBPP. Namun pada kenyataannya, sangat sulit untuk mencegah terjadinya penerapan praktek kerja di luar yang ditetapkan. Hal ini disebabkan pembimbing di lapangan adalah juga petugas pada sarana kesehatan yang dijadikan lahan praktek, sehingga seringkali terjadi perbedaan persepsi dengan pembimbing dari AKG.</p>
15.	<p>Karya tulis Diberikan sesuai GBPP, dan telah diwujudkan menjadi suatu karya ilmiah bagi lulusan AKG. Secara teori materi yang diberikan sesuai dengan GBPP. Karya tulis ini penting bagi mahasiswa AKG, karena sebagai masyarakat ilmiah yang dinamis dan peduli terhadap perkembangan, akan tidak terlepas dari dinamika berpikir untuk menghadapi dan menyelesaikan masalah yang ditemui. Melalui karya tulis ini setidaknya diharapkan lullusannya dapat menyampaikan idenya dalam bentuk ilmiah.</p>

Tabel 5.9 Implementasi mata kuliah keahlian kurikulum AKG 1997, pada AKG Surabaya periode 1995-2001

No	Mata kuliah keahlian	Implementasi
1.	Dasar-dasar Ilmu Konservasi Gigi	Melebihi GBPP
2.	Dasar-dasar Ilmu Pencabutan gigi	Melebihi GBPP
3.	Ilmu Kesehatan Gigi Rehabilitasi	Sesuai GBPP
4.	Ilmu Pencegahan Penyakit Gigi dan Mulut	Sesuai GBPP
5.	Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut	Sesuai GBPP
6.	Ilmu Perawatan Pra dan pasca Bedah Mulut	Sesuai GBPP
7.	Komunikasi Terapeutik	Sesuai GBPP
8.	Manajemen kesehatan gigi dan Mulut- Quality Assurance	Sesuai GBPP
9.	Penggunaan dan Pemeliharaan Alat Kesehatan Gigi	Sesuai GBPP
10.	Pendidikan Kesehatan Gigi	Sesuai GBPP
11.	Tehnik Media Pembelajaran	Sesuai GBPP
12.	Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi	Sesuai GBPP
13.	Epidemiologi	Sesuai GBPP
14.	Praktek Kerja Lapangan	Sesuai GBPP
15.	Karya Tulis	Sesuai GBPP

Penyampaian materi perkuliahan pada kurikulum AKG 1997, dilaksanakan dengan pedoman GBPP (Garis Besar Program Pengajaran) yang dikeluarkan oleh Pusdiknakes bersamaan dengan kurikulum. Untuk mata kuliah keahlian yang diteliti, ternyata 13 mata kuliah diterapkan sesuai dengan acuannya. Hanya 2 mata kuliah yang diterapkan sesuai GBPP dan ditambahkan materinya melebihi batasan acuannya yaitu mata kuliah dasar-dasar ilmu pencabutan gigi dan dasar-dasar ilmu konservasi gigi untuk penambalan gigi. Penambahan dilakukan juga pada beberapa mata kuliah lainnya, namun dengan tujuan memperjelas pengertian materi terkait, yang tidak mempengaruhi tujuan pengajaran dan tujuan pendidikan.

Pada mata kuliah dasar-dasar ilmu pencabutan gigi, penambahan materi dilakukan untuk teori anestesi menggunakan infiltrasi dan mandibular blok. Menurut dosen pengampu mata kuliah, pertimbangan awal penambahan ini adalah masih

rancunya pemahaman dosen mengenai tugas perawat gigi dan peran mandiri perawat gigi. Selain itu, karena pada mahasiswa angkatan pertama AKG adalah perawat gigi tugas belajar, yang pada kenyataannya telah mahir melakukan tindakan pencabutan gigi. Terdapat keraguan untuk memberikan materi sebatas tindakan pencabutan gigi dengan topikal anestesi yang sangat mudah bagi perawat gigi yang sudah berpengalaman. Pemberian mata kuliah teori berdampak kepada materi mata kuliah dalam praktek pelayanan asuhan, dengan melaksanakan tindakan pencabutan menggunakan infiltrasi anestesi. Pada tahun-tahun selanjutnya sampai dengan 2001, dalam penerapan kurikulum tetap disampaikan materi yang melebihi ketetapan acuan pengajaran yaitu GBPP.

Implementasi kurikulum yang merupakan implementasi kebijakan, tidaklah sekedar mekanisme penjabaran keputusan politik ke dalam prosedur rutin lewat saluran birokrasi, tetapi lebih dari itu, menyangkut masalah konflik, keputusan dan siapa memperoleh apa dari suatu kebijakan (Grindle dalam Wahab, 1997). Menurut Udoji dalam Wahab (1997), tidaklah berlebihan bila dikatakan implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting bahkan jauh lebih penting dari keseluruhan proses pembuatan kebijakan.

Menurut peneliti, penambahan materi perkuliahan pada dasar-dasar ilmu pencabutan gigi yang melebihi ketetapan kurikulum, penerapannya tidak sesuai dengan tujuan kurikulum yang ingin mencetak tenaga perawat gigi dalam peran mandiri dalam batasan kuratif sederhana, karena tindakan anestesi dengan infiltrasi adalah tindakan medis yang menjadi kewenangan dan tanggungjawab seorang dokter gigi. Hal ini membawa beberapa konsekuensi :

1. lulusan yang memiliki kemampuan lebih dari yang ditetapkan sebagai pekerjaan perawat gigi dalam peran mandiri, dapat menerima tugas limpah dari dokter gigi. Sebagaimana diketahui bahwa tugas limpah diberikan kepada perawat gigi sesuai pendidikan dan pengalamannya.
2. lulusan yang pernah tahu dan memperolehnya dalam bentuk materi perkuliahan teori dan praktik, merasa bahwa kewenangannya adalah sesuai kemampuannya yang telah diperoleh selama pendidikan AKG. Akibatnya makin sulitlah merintis jalan menuju pola pikir peran mandiri perawat gigi pada bidang promotif preventif dan pengobatan sederhana. Akibat kemampuan yang dimilikinya, perawat gigi kemungkinan dapat melakukan mal praktik dalam tindakan pencabutan gigi dengan infiltrasi anestesi.

Implementasi kurikulum AKG yang tidak sesuai menimbulkan beberapa konsekuensi, sebagai dampaknya. Menurut Mazmanian dan Sabatier dalam Wahab (1997), fokus perhatian implementasi kebijakan adalah memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan, yaitu kegiatan dan kejadian yang timbul sebagai dampak nyata dalam masyarakat. Demikian halnya dengan implementasi kurikulum yang membawa dampak pada persepsi lulusan mengenai kewenangannya, merupakan fokus perhatian dalam implementasi.

Kesimpulan :

Berdasarkan pemahaman dosen pengampu mata kuliah keahlian dan pemahaman peneliti, diperoleh kesimpulan bahwa :

1. Implementasi kurikulum AKG 1997 pada umumnya telah sesuai dengan GBPP yang mengacu kepada kurikulum AKG 1997. GBPP itu sendiri merupakan rangkaian dari kurikulum yang menjelaskan lebih rinci mengenai tujuan tiap mata kuliah, dan pelaksanaannya.
2. Implementasi pada mata kuliah keahlian yang sangat berhubungan dengan kewenangan perawat gigi, selama ini lepas dari pemantauan, sehingga selama diimplementasikan dalam empat angkatan tidak dilakukan evaluasi mengenai penerapan dan dampaknya. Tidak adanya evaluasi telah mengakibatkan penyimpangan dari tujuan pendidikan membentuk perawat gigi dengan peran mandiri yang berorientasi pada promotif dan preventif. Bisa jadi, inilah salah satu hal yang menyebabkan pendidikan ke arah pergeseran peran menjadi tenaga promotif preventif terhambat.

5.4 Hasil dan Pembahasan Review mengenai Persepsi dan Resistensi dari Dosen, Lulusan, dan Pengguna Lulusan AKG Terhadap Lulusan AKG dengan Peran Mandiri Hasil Pendidikan Kurikulum AKG 1997

Review mengenai persepsi dan resistensi terhadap lulusan AKG, diawali dengan menanyakan sikap responden terhadap peran mandiri yang normatif, akan muncul resistensinya. Kemudian muncul ide dari responden mengenai peran mandiri yang sesuai menurutnya. Berdasarkan persepsinya responden diminta menilai mengenai kesesuaian lulusan AKG dengan peran mandirinya, dengan tujuan pendidikan kurikulum AKG 1997. Melalui Persepsi dan resistensi responden, dapat diketahui persepsinya mengenai eksistensi lulusan AKG di lapangan. Hasilnya disajikan pada tabel 5.10. berikut ini.

Tabel 5.10 Matriks hasil indept interview mengenai persepsi dan resistensi dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap lulusan AKG dengan peran mandiri hasil pendidikan kurikulum AKG 1997.

Pendapat	Dosen	Lulusan	Pengguna lulusan
Peran mandiri lulusan AKG	Semua dosen berpendapat bahwa : bila ditinjau dari kemampuan yang harus dimiliki oleh lulusan AKG dalam bidang promotif dan preventif, maka lulusan AKG telah sesuai dengan tujuan pendidikan AKG. Bila kemudian kemampuan yang dimiliki oleh lulusan tersebut dikatakan sebagai peran mandiri yang normatif, maka hasil pendidikan AKG dapat dikategorikan telah sesuai.	<p>Pendapat lulusan berlatar belakang PNS dan <i>Fresh graduate</i> : Kami di SPRG telah menguasai ilmu yang lebih jauh dari promotif dan preventif, bahkan sampai kepada kuratif, yang sekarang tidak menjadi kewenangan kami. Seorang lulusan "TW" mengatakan bahwa kami sudah jauh dari promotif preventif, maka kalau itu yang diinginkan, maka kami telah menguasainya sejak dari SPRG, mungkin kami mendapat tambahan teknik baru dalam melaksanakan promotif.</p> <p>Pendapat lulusan berlatar belakang SMU : Kami dididik pada era perawat gigi dengan peraturan yang baru, yaitu perawat gigi dengan kemampuan dalam bidang promotif dan preventif. Maka kemampuan yang kami miliki sebagai hasil</p>	<p>Pendapat 1 pengguna lulusan langsung di Puskesmas : Melalui pengamatan terhadap lulusan selama bertugas di PKM, maka saya rasa lulusan AKG mampu untuk tugas bidang promotif dan preventif.</p> <p>Pendapat 1 pengguna lulusan langsung di RS : kami tidak tahu pasti bagaimana kurikulum AKG, tetapi bila bidang promotif dan preventif seperti yang peneliti jelaskan tadi, maka saya rasa lulusan AKG sesuai dengan yang disebut tugas dalam peran mandiri.</p> <p>Pendapat 2 pengguna lulusan langsung pada praktik pribadi : Kami tidak memanfaatkan kemampuan perawat kami sebagai tenaga promotif dan</p>

		<p>pendidikan AKG, sesuai untuk melaksanakan tugas bidang promotif dan preventif.</p>	<p>preventif seperti tujuan pendidikan AKG. Namun, bila kami diminta menilai lulusan yang mampu penyuluhan, pencabutan gigi sulung, dan penambalan kelas satu, maka kami rasa telah sesuai.</p> <p>Pendapat 6 pengguna lulusan yang potensial : Melalui penjelasan peneliti, mengenai kemampuan yang harus dimiliki oleh lulusan AKG, maka kami menilai sudah sesuai dengan gambaran peran mandiri perawat gigi.</p>
<p>Alasan setuju peran mandiri yang normatif</p>	<p>7 dosen mengatakan bahwa tugas perawat gigi yang selama ini begitu luas hampir menyamai dokter gigi, terutama yang bertugas di daerah pelosok, membuat tidak jelas batasan pekerjaan antara dokter gigi dan perawat gigi. Kemudian, pekerjaan promotif dan preventif seperti penyuluhan dikerjakan juga oleh dokter gigi bersama perawat gigi. Dengan peran mandiri ini, tugas</p>	<p>Satu orang lulusan belatar belakang <i>fresh graduate</i> SPRG berpendapat bahwa : Keterbatasan tugasnya dapat dimengerti karena kami lulusan jenjang pendidikan DIII yang tentu berbeda dengan S1. Kami memiliki keterbatasan kemampuan, dan kewenangan dengan sendirinya. Lagi pula biarlah bidang kami menjadi terbatas dan tak terlalu</p>	

	perawat gigi akan terbatas pada bidang promotif dan preventif, membuatnya semakin jelas bedanya dengan dokter gigi.	luas. Seorang lulusan berlatar belakang SMU berpendapat bahwa : Memang ilmu yang diperolehnya selama pendidikan terbatas pada pelayanan asuhan, promotif, dan preventif. Ketika perawat gigi dibedakan dengan dokter gigi berdasarkan perannya, sekarang orang tinggal memilih mau jadi perawat gigi atau dokter gigi.	
Alasan tidak setuju peran mandiri yang normatif	Ditinjau dari jenis pekerjaan yang menjadi kewenangannya, maka tampaknya tugasnya sangat terbatas. Menurut seorang dosen, "NY" tampaknya dengan peran mandiri saya ragu, apakah dapat dipakai sebagai mata pencaharian. Menurut dua dosen lainnya, tugasnya sangat terbatas, sehingga ketika ada pasien yang datang memerlukan tindakan sedikit melewati kewenangannya, maka perawat akan merujuk ke dokter gigi dan menjadi tergantung pada dokter gigi.	22 lulusan berpendapat bahwa : masyarakat umumnya belum mengenal tindakan pencegahan penyakit gigi, sehingga masyarakat tidak mencari tindakan pencegahan penyakit gigi. Yang mereka tahu adalah mengobati sakit gigi ke dokter gigi, sehingga lahan promotif sangat kurang. Untuk digunakan sebagai sumber pendapatan juga tampaknya belum dapat. Masyarakat yang datang ke pelayanan kesehatan gigi biasanya sudah dalam keadaan sakit, yang mengganggu aktifitasnya. Berarti	4 pengguna diantaranya mengatakan sulit untuk mengatakan setuju dan tidak setuju seperti hitam dan putih. Dalam jenis tugasnya saja setuju. Tetapi harus dipikirkan kembali dimana tempat tugasnya. Untuk di PKM, memang perlu tenaga promotif, tetapi harus juga tetap membantu pekerjaan dokter gigi di klinik. Untuk di Rumah sakit, sulit untuk menerapkan peran mandiri, karena lebih cenderung kepada tindakan

		<p>pasien yang memerlukan tindakan kuratif, yang tidak sederhana lagi. Dalam peran mandiri tindakan ini bukan kewenangannya lagi.</p> <p>5 lulusan yang di luar Jawa juga beralasan : di kota kecil dan di luar Pulau Jawa jumlah dokter giginya sangat terbatas, itupun di kota Propinsi kota kabupaten. Di daerah yang agak sulit transportasinya, sementara yang ada hanya perawat gigi, maka tidak memungkinkan melaksanakan peran mandiri. Kembali lagi perawat sebagai tenaga pelayanan kuratif yang menyerupai dokter gigi.</p>	<p>kuratif. Untuk di PKMRS sangat sedikit peluangnya. Kami bingung menempatkannya dengan perannya yang baru.</p> <p>Semua berpendapat bahwa untuk masyarakat umum lebih memilih dokter gigi untuk perawatan giginya, meskipun lebih mahal. masyarakat belum mengenalnya</p> <p>Mengapa harus meninggalkan pekerjaan yang jelas dapat menyerap tenaga perawat gigi, sementara peran perawat gigi yang baru belum dikenal masyarakat. Semua mengatakan "Kita para pengguna juga baru mengetahui peran baru itu"</p>
--	--	--	---

Tabel 5.11. Matriks kesimpulan *indept interview* mengenai persepsi dan resistensi dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap lulusan AKG dengan peran mandiri hasil pendidikan kurikulum AKG 1997.

Pendapat	Dosen	Lulusan	Pengguna lulusan
Peran mandiri lulusan AKG	lulusan AKG telah sesuai dengan peran mandiri yang normatif yang menjadi tujuan pendidikan AKG.	lulusan AKG telah sesuai dengan peran mandiri yang normatif yang menjadi tujuan pendidikan AKG	lulusan AKG telah sesuai dengan peran mandiri yang normatif yang menjadi tujuan pendidikan AKG
Setuju peran mandiri normatif	tugas perawat gigi akan terbatas atau tidak terlalu luas. Batasan ini akan membeda-kannya dengan tugas dokter gigi yang selama ini juga menjadi kewenangannya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan tugasnya dapat dimengerti karena jenjang pendidikan D III memang memiliki keterbatasan kemampuan dan kewenangan. 2. ilmu dan ketrampilan yang diperolehnya terbatas pada pelayanan asuhan, promotif dan preventif. 	
Tidak setuju peran mandiri normatif	Tugas sangat terbatas, sehingga perawat gigi tidak bisa melaksanakan peran mandirinya tanpa bantuan profesi dokter gigi atau peme-rintah. Dengan peran man-dirinya seharusnya sekaligus dapat dijadikan sebagai mata pencaharian.	1. Masyarakat belum mengenal tindakan pencegahan, lahan promotif preventif saat ini sangat kurang, dan tidak dapat dijadikan lahan mencari nafkah.	1. Perlu waktu lama dan kerja keras berbagai komponen untuk membuat masyarakat memilih perawat gigi untuk perawatan kesehatan giginya, meskipun dengan biaya sedikit lebih mahal.

Terdapat beberapa pendapat dosen mengenai penerapan peran mandiri perawat gigi lulusan AKG Surabaya, yaitu :

1. Penerapan peran mandiri perawat gigi normatif yang dimiliki oleh lulusan AKG di lapangan agak sulit. Alasannya adalah pasar memang belum terkondisikan untuk menerima perawat gigi dengan peran mandiri yang baru. Selama ini yang dikenal oleh masyarakat umum dan masyarakat pengguna lulusan, adalah dokter gigi sebagai orang nomor satu, dan perawat gigi adalah orang nomor dua yang bertugas membantu dokter gigi.
2. Penerapan peran mandiri yang normatif dapat saja dilakukan pada instansi pemerintah, sesuai dengan program yang telah disubsidi oleh pemerintah, dalam hal ini pada sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah. Pada keadaan ini, perawat gigi dengan perannya dapat bekerjasama lintas program dengan petugas kesehatan dan non kesehatan untuk memperkenalkan perannya yang baru. Pada instansi pemerintah, perawat gigi sebagai pegawai tetap tidak lagi harus memikirkan besarnya pendapatan. Pada instansi di lingkup BUMN dan swasta penerapan peran mandiri perawat gigi akan sangat sulit, karena instansi yang bersangkutan akan menghemat pengeluarannya hanya untuk mengobati penyakit, dan tidak untuk mencegah.
3. Penerapan peran mandiri yang normatif dalam suatu sistem jaminan pemeliharaan kesehatan (seperti JPKM) dirasakan agak menjanjikan, namun harus mengemasnya sedemikian rupa sehingga mampu dijual. Dewasa ini, masyarakat mulai diperkenalkan dengan pemeliharaan kesehatan melalui sistem asuransi,

yang bisa saja menekankan pada paket pencegahan untuk mengurangi biaya pengobatan.

Pendapat dari lulusan AKG Surabaya mengenai penerapan peran mandiri lulusan AKG di lapangan :

1. Penerapan peran mandiri perawat gigi yang normatif sangatlah sulit. Terutama di daerah yang masyarakatnya belum mengenal peran mandiri perawat gigi, dan beranggapan bahwa hanya dokter gigi yang dapat memberikan pertolongan untuk menyembuhkan keluhan penyakit giginya.
2. Untuk daerah pedesaan, perawat gigi tidak bisa menerapkan peran mandiri karena masyarakatnya tidak datang untuk tindakan pencegahan, melainkan tindakan pengobatan yang umumnya dalam keadaan telah parah.
3. Belum adanya lapangan pekerjaan yang mau menerimanya sebagai perawat gigi dengan peran mandiri, membuat banyak diantara lulusan yang kembali bekerja dan yang baru mendapat pekerjaannya, sebagai perawat gigi yang membantu pekerjaan dokter gigi. Lapangan kerja yang tersedia dan relatif lebih mudah diperoleh adalah membantu praktik dokter gigi dalam *four handed dentistry*.
4. Pada beberapa daerah di Indonesia di luar Jawa, perawat gigi bertugas hanya sendiri tidak ada dokter giginya, sehingga perawat gigi tidak dapat melaksanakan tugasnya dalam peran mandiri, dan harus menggantikan pekerjaan dokter gigi dalam bidang promotif, preventif, bahkan kuratif sesuai dengan pendidikan sebelumnya di SPRG.

Pendapat dari pengguna lulusan AKG Surabaya mengenai penerapan peran mandiri bagi lulusan AKG :

1. Bagi lulusan AKG dengan model normatif seperti yang telah dihasilkan oleh AKG, pada saat ini sulit untuk menerapkannya di lapangan. Selain masyarakatnya belum terkondisikan untuk itu, juga karena belum tersosialisasi peran mandiri profesi perawat. Dokter gigi sebagai tenaga kesehatan gigi yang merupakan satu tim dalam upaya kesehatan gigi masyarakat belum mengenal lebih jauh mengenai peran mandiri yang relatif baru.
2. Dalam hal menjalin kerjasama dengan dokter gigi untuk berbagi lahan promotif dan preventif, sampai sebatas penyuluhan dan pembersihan karang gigi masih dapat dilakukan. Namun, untuk tindakan yang lebih jauh lagi, dalam artian tindakan penambalan gigi, masih dirasakan keberatan karena berarti akan mengurangi lahan pendapatan dokter gigi, dan akan mengurangi kepercayaan pasien yang beranggapan bahwa pelayanan terbaik diperoleh dari dokter gigi.
3. Kemungkinan yang masih dapat dipikirkan adalah masuknya tipe perawat gigi dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif ke dalam suatu kelompok pengelola asuransi, yang menangani kelompok usia tertentu, misalnya anak-anak.

Menurut peneliti penerapan peran mandiri perawat gigi merupakan suatu perubahan orientasi pekerjaan perawat gigi, dari yang semula menyerupai dokter gigi kemudian beralih menjadi hanya bidang promotif dan preventif. Setiap perubahan dimasyarakat harus dipikirkan bahwa suatu nilai baru akan mengalami proses penyesuaian dengan nilai yang telah dianut di masyarakat. Bahkan menurut Wahab (1997), nilai yang baru mempunyai kemungkinan untuk ditolak oleh masyarakat,

karena ada kekhawatiran akan perubahan (*resistance to change*) dan dampaknya, juga masa trnsisi yang terlalu pendek.yang dikatakan sebagai resistensi.

Kebijakan semula dibuat dengan tujuan untuk mengatasi masalah yang timbul di masyarakat yang pelaksanaannya akan membuat suatu perubahan dan melibatkan serangkaian aktor (Wahab,1997). Untuk menjembatani tujuan kebijakan diharuskan adanya proses interaktif yang didasarkan atas musyawarah dan sejauh mungkin atas persetujuan bersama. Penerapan ilmu perilaku dibutuhkan untuk proses perubahan ini.

Suatu nilai mengenai sakit di masyarakat yang masih berbeda dengan kalangan kesehatan, membuat masyarakat memiliki orientasi mengobati bila sakit dan kalangan kesehatan memiliki orientasi tindakan pencegahan penyakit lebih utama dari pada pengobatan. Ini adalah dua orientasi yang berbeda, sehingga peran mandiri perawat gigi yang berorientasi pencegahan penyakit, akan sulit diterima begitu saja tanpa mengalami proses perubahan orientasi dari masyarakat sasaran. Demikian halnya tentang sakit gigi yang pada tahap dini sama sekali bukan halangan bagi masyarakat untuk beraktifitas, yang oleh kalangan kesehatan gigi sudah harus dilakukan tindakan pengobatan.

Dalam kesehatan gigi, nilai di masyarakat yang harus berubah tidak hanya nilai tentang sakit, tetapi nilai bahwa dokter gigi adalah orang pertama, dan perawat gigi adalah orang kedua (*handmaiden*) dari dokter gigi (Ellis, et al,1995). Mengubah dua nilai sekaligus adalah pekerjaan berat, bila tanpa perencanaan dan kerjasama yang matang antara aktor kebijakan. Sehingga, dapat dimengerti bila pada tahap awal

dibentuknya peran mandiri perawat gigi yang berorientasi pada pencegahan mengalami banyak kendala.

Dalam upaya menggali pemikiran dan ide mengenai peran mandiri perawat gigi, responden dimintai pendapatnya mengenai peran mandiri yang dapat diterapkan dilapangan menurut pandangan responden.

Penerapan peran mandiri dilapangan menurut pemikiran responden adalah :

1. menurut dosen AKG

Ada masukan dari seorang dosen mengenai peran mandiri yang normatif, sebaiknya diarahkan untuk ke arah menerima konsultasi kesehatan gigi masyarakat, dan lebih proaktif menangani pengelolaan perawatan gigi anak.

2. menurut lulusan AKG

Peran mandiri perawat gigi yang disarankan oleh lulusan adalah meliputi tugas perawat gigi dalam peran mandiri perawat gigi yang normatif, dan dengan tambahan kewenangan pada tindakan penambalan semua kelas dengan bahan tambal amalgam, pencabutan gigi dengan infiltrasi anestesi untuk semua gigi sulung dan gigi permanen akar tunggal.

3. menurut pengguna

Peran mandiri perawat gigi sesuai saja dengan yang normatif asalkan tersedia perawat gigi tipe yang langsung membantu dokter gigi. Disarankan harus ada beberapa macam perawat gigi yang sesuai kebutuhan pasar, seperti yang ada di luar negeri, misalnya *dental nurse*, *dental higienis*, *dental auxiliary*, *dental techniker*, dan sebagainya.

Kesimpulan mengenai persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan AKG, dan pengguna lulusan mengenai lulusan AKG dengan peran mandiri hasil kurikulum AKG 1997 :

1. Dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG berpendapat bahwa lulusan AKG sesuai untuk melaksanakan perawat gigi dengan peran mandiri yang normatif.
2. Dosen, dan lulusan AKG ada yang setuju dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif dengan alasan :
 - a. dengan peran mandiri membatasi kewenangan perawat gigi, dan menjadi pembeda dengan dokter gigi.
 - b. Untuk lulusan jenjang D III kemampuannya sudah memadai.
4. Dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG yang tidak setuju atau resistensi terhadap peran mandiri perawat gigi memberikan alasannya :
 - a. persepsi sakit di masyarakat berbeda dengan kalangan kesehatan
 - b. masyarakat belum mengenal tindakan promotif kesehatan gigi sehingga lahan promotif terbatas dan tidak dapat dijadikan sebagai pencaharian.
 - c. Di kota besar, masyarakat kurang memilih perawat gigi karena lebih kepercayaannya kepada dokter gigi lebih tinggi.
 - d. Di kota kecil dan terpencil, perawat gigi menjadi tenaga kuratif karena tidak ada dokter gigi.
 - e. Membantu dokter gigi masih merupakan peluang yang mudah diraih.
5. Penerapan peran mandiri perawat gigi lulusan AKG di lapangan :
 - a. agak sulit karena masyarakat pengguna jasa pelayanan belum terkondisikan baik masyarakat maupun dokter gigi.

- b. penerapan mandiri hanya memungkinkan pada instansi pemerintah, di luar dari instansi pemerintah menemui kesulitan.
 - c. Di kota besar masyarakat memilih dokter gigi, sedangkan di kota kecil terpaksa mengerjakan pekerjaan dokter gigi, sehingga lulusan tetap sulit menerapkan peran mandiri.
 - d. Peluang kerja membantu dokter gigi lebih mudah diraih.
 - e. Dianggap mengambil lahan dokter gigi.
6. Penerapan di lapangan melalui suatu organisasi pengelola asuransi
7. ide untuk menerapkan peran mandiri perawat gigi :
- a. menjadi konsultan kesehatan gigi masyarakat
 - b. adanya sedikit penambahan kewenangan mandiri dalam teknik anestesi infiltrasi dan penambalan semua kelas dengan amalgam.
 - c. Menyediakan beberapa jenis tenaga perawat gigi.

5.5 Hasil dan Pembahasan *Review* Pemahaman Pembuat Kebijakan Mengenai Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000.

Indept interview untuk memperoleh informasi mengenai pemahaman pembuat kebijakan mengenai tujuan dibuatnya kebijakan dan peran mandiri yang dihasilkan oleh kebijakan.

5.5.1 Tujuan dibuatnya Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000

Menurut "US", tujuan sebenarnya dibuatnya kebijakan adalah untuk memberikan kepastian hukum terhadap kehadiran perawat gigi dilingkungan kesehatan, dengan bekerja pada sarana pelayanan kesehatan.

Menurut “L”, tujuan sebenarnya adalah untuk memenuhi tuntutan profesi perawat gigi yang ingin dapat bekerja secara mandiri, tidak lagi bekerja sebagai pembantu dokter gigi dalam *four handed dentistry* atau *dental assistant*.. Melalui kebijakan ini diberikan kesempatan atau pilihan kepada perawat gigi untuk berperan mandiri dalam profesinya atau tetap bekerja sebagai pembantu dokter gigi dalam *four handed dentistry*.

5.5.2 Peran mandiri perawat gigi menurut Kep.Men.Kes.RI No. 1019/2000

Menurut “US”, peran mandiri perawat gigi menurut Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, adalah sebagai profesi maka perawat gigi mempunyai kemandirian dalam menjadi penanggungjawab dan penanggungugat apa bila terjadi mal praktik dan pelanggaran di bidang profesinya. Untuk itu, diperlukan batas-batas yang tegas tentang kemampuan dan kewenangan perawat gigi dalam melakukan pekerjaan profesinya. Melakukan profesi dalam lingkup kewenangannya itulah yang disebut peran mandiri perawat gigi. Apa bila melampaui batas kewenangannya, maka perawat gigi harus mendapat pendelegasian wewenang dari profesi lain, untuk tidak dikatakan sebagai melakukan pelanggaran atau mal praktik.

Mengenai peran mandiri perawat gigi yang diartikan dengan boleh dan dapat melakukan praktik swasta perorangan semata, maka untuk itu diperlukan sebuah sarana pelayanan kesehatan di bawah bimbingan dan pengawasan dokter gigi, sebagai tempat praktik perawat gigi. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat dari pelayanan kesehatan di bawah standar, apa bila pasien memerlukan tindakan medik yang menjadi kewenangan tenaga medis. Dengan

demikian, maka perawat gigi terlindungi pula dari kemungkinan melakukan pelanggaran kewenangan maupun melakukan malpraktik.

Selama melakukan pekerjaan profesi pada batas kewenangannya, perawat gigi dapat mempunyai peran mandiri dalam bekerja pada sarana pelayanan kesehatan tersebut.

Menurut "L", pelaksanaan peran mandiri perawat gigi hanya dapat dilakukan dalam satu sarana kesehatan dengan penanggungjawab seorang dokter gigi. Dapat juga beberapa perawat gigi membentuk satu yayasan yang bergerak dalam usaha promotif dan preventif dalam kesehatan gigi.

Eksekutif summary Kep.Men.Kes.RI No.1019/200

Tujuan dari kebijakan tidak tertulis secara eksplisit, namun menurut peneliti, tujuan kebijakan adalah ingin memberikan lahan kerja baru bagi perawat gigi yang selama ini menuntut untuk dapat bekerja mandiri, dan tidak lagi bekerja membantu dokter gigi.

Masalah yang ingin dihadapi oleh kebijakan ini adalah tuntutan eksistensi perawat gigi sebagai suatu profesi, yang selama ini keberadaannya menjadi bayang-bayang dokter gigi.

Perilaku positif yang mungkin timbul akibat adanya kebijakan adalah perawat gigi akan berhati-hati dalam melaksanakan pekerjaan di luar kewenangannya sebagai perawat gigi, menghindari terjadinya malpraktik.

Perilaku negatif yang mungkin timbul akibat kebijakan adalah perawat gigi menyalahafsirkan menjadi suatu legalitas untuk mendirikan praktik swasta menyerupai dokter gigi. Adanya tugas limpah yang diberikan oleh dokter gigi kepada

perawat gigi dapat menimbulkan perilaku negatif. Bagi dokter gigi dan perawat gigi yang bekerja pada instansi pemerintah seperti Puskesmas, atau Rumah sakit terutama yang di pedesaan, dapat terjadi pelimpahan tugas tanpa alasan yang tepat, karena penghasilan tetapnya tidak terpengaruh oleh banyaknya pekerjaan yang dilakukan. Ditinjau dari sisi perawat giginya, ada rasa sungkan untuk menolak pelimpahan tugas tersebut karena kedudukan dokter gigi selama ini adalah atasannya.

Resistensi dapat timbul dari perawat gigi karena tugasnya yang sangat terbatas terutama dalam bidang kuratif. Juga oleh karena tidak dapat praktik pribadi di suatu sarana kesehatan milik perawat gigi. Bentuk resistensi adalah membuka praktek pengobatan gigi tidak resmi.

Resistensi dari dokter gigi, karena sebagian lahan kewenangan dokter gigi beralih ke perawat gigi. Bentuk resistensinya adalah dengan tidak menerima perawat gigi yang ingin bekerja sesuai Kebijakan.

Masyarakat pasien dokter gigi akan kurang kepercayaannya kepada dokter gigi bila menyerahkan pekerjaan dokter gigi kepada perawat giginya. Bentuk resistensinya adalah menolak untuk ditangani oleh perawat gigi.

Resistensi dari masyarakat pengguna jasa perawat gigi, adalah karena selama ini nilai yang dianut dimasyarakat adalah dokter gigi sebagai pengobat keluhan sakit gigi. Instansi pengguna jasa pelayanan kesehatan gigi lebih baik menggunakan jasa dokter gigi yang lebih mampu melakukan tindakan kuratif, daripada seorang perawat gigi yang hanya melakukan tindakan promotif dan preventif. Juga karena instansi tidak memiliki cukup anggaran untuk tindakan selain kuratif. Bentuk resistensinya

3. Bab I pasal 4 : standar profesi digunakan sebagai petunjuk untuk melaksanakan profesi secara baik; bab IV pasal 19 juga mewajibkan pelaksanaan pelayanan asuhan mematuhi standar profesi. Pernyataan ini dipersepsi bahwa, selama standar profesi perawat gigi belum ada, maka tidak ada acuan untuk melaksanakan profesi keperawatan gigi dengan baik. Dapat juga berarti kebijakan ini belum dapat dilaksanakan selama belum adanya standar profesi, yang dalam kenyataannya sampai saat ini belum ada standar profesi keperawatan gigi. ditambah lagi pada bab VII pasal 33, mengenai pemberian sanksi bagi perawat gigi yang melaksanakan pelayanan asuhan yang tidak sesuai standar profesi.
4. Bab II pasal 6 (2) : pembaharuan SIPG dilakukan pada Kanwil Dep.kes dimana perawat gigi melaksanakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut. Pernyataan ini akan membingungkan bagi perawat gigi yang bekerja sebagai *dental assistan* yang tidak melaksanakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut. Padahal, seorang perawat gigi dapat saja menjadi *dental assistant* pada beberapa sarana kesehatan yang berada di kota berbeda yang berdekatan, sedangkan pelaksanaan pelayanan asuhan kesehatan gigi hanya dapat dilakukan pada satu sarana kesehatan saja.
5. Bab IV pasal 15 butir d ; pasal 16 butir a,b,c : pekerjaan perawat gigi ini masih tumpang tindih dengan kewenangan dokter gigi yang tertera pada standar professional kedokteran gigi (1992).
6. Bab VII pasal 34 : perawat gigi yang saat ini sedang melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut di sarana kesehatan wajib memiliki SIPG dan SIK. Pernyataan ini dapat menimbulkan kerancuan, mengenai kepemilikan SIPG dan

SIK. Bila saat ini tidak sedang melaksanakan sebagai *dental assistant* maka tidak diwajibkan memiliki SIPG dan SIK.

Pembahasan berdasarkan pemahaman pembuat kebijakan dan persepsi peneliti terhadap Kep.Men.Kes.RI 1019/2000 :

Menurut peneliti, tujuan dibuatnya kebijakan secara normatif memang menjadikan tugas perawat gigi yang semula hanya dalam bayangan, menjadi pasti dan kuat hukumnya karena dalam kebijakan ditegaskan sebagai pekerjaan perawat gigi. Melalui pernyataan pekerjaan perawat gigi, berarti jenis tindakan yang menjadi pekerjaan perawat gigi adalah hak profesi perawat gigi. Seiring dengan ini, maka dalam melaksanakan pekerjaannya tersebut perawat gigi dikatakan dalam peran mandiri.

Dalam kebijakan dikatakan bahwa dalam melaksanakan peran mandiri perawat gigi harus mendapat surat keterangan dari pimpinan sarana kesehatan pada salah satu sarana pelayanan kesehatan, bahwa telah diterima bekerja sejak tanggal tertentu. Tampaknya terjadi tarik ulur disini. Pada satu sisi peran mandiri perawat gigi diperjuangkan untuk eksis, namun dilain sisi untuk melaksanakan perannya yang mandiri masih harus mendapat izin dari dokter gigi. Menurut Puskidnakes (1989), salah satu ciri profesi adalah mempunyai otonomi dalam menentukan tindakan bahwa kegiatan professional mempunyai kebebasan dalam kegiatannya sesuai wewenang tanpa dikontrol oleh profesi lain. Pelaksanaan keperawatan bertanggungjawab dan bertanggungugat pada diri sendiri.

Alasan agar tidak terjadi malpraktik dalam pelaksanaan tugas mandiri, hanya dapat dilakukan pada perawat gigi yang memiliki kemampuan kuratif hasil pendidikan SPRG, yang hampir menyerupai dokter gigi. Sedangkan, lulusan AKG yang ideal adalah lulusan yang memiliki kemampuan melakukan tindakan pelayanan asuhan, promotif dan preventif, serta kuratif dasar mencegah tindakan rehabilitasi.

Pada kebijakan ditentukan bahwa dalam menjalankan profesi dengan baik digunakan standar profesi dalam hal ini bagi perawat gigi, sebagai pedoman. Sementara ini standar profesi perawat gigi tersebut belum disahkan, dan menurut ketua PPGI Jawa Timur dalam forum diskusi 4 februari 2002, masih dalam rancangan untuk disahkan.

Mengenai jenis tindakan dalam pekerjaan perawat gigi yang ditetapkan, tampaknya masih terdapat jenis tindakan yang tumpang tindih dengan jenis tindakan yang menjadi kewenangan dokter gigi. Pada dokumen standar profesional kedokteran gigi (1992), tindakan penutupan pit dan fissure, penambalan gigi sulung, pencabutan gigi susu goyang derajat 3 dan 4, adalah wewenang dokter gigi. Pernyataan ini sangat mengganggu kegiatan kedua profesi yang kini memiliki kompetensi masing-masing, yang seharusnya keduanya saling mendukung dalam setiap jenis pelayanan kesehatan gigi.

Sisi positif dari adanya batasan pekerjaan perawat gigi adalah masyarakat terlindungi secara hukum dari kemungkinan kerugian akibat penyimpangan wewenang oleh perawat gigi. Apa bila masyarakat menerima pelayanan yang tidak sesuai dapat meminta pertanggungjawaban perawat gigi. Bagi dokter gigi, ada

kejelasan hukum atas penyimpangan pekerjaan perawat gigi, dan bukan menjadi tanggungjawabnya bila terjadi gugatan dari masyarakat.

Kesimpulan :

1. Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 masih mengandung tujuan normatif kebijakan, yaitu memberikan kepastian hukum bagi perawat gigi dalam pelaksanaan peran mandiri.
2. Peran mandiri yang dibentuk oleh kebijakan adalah perawat gigi yang bekerja dalam pelayanan asuhan kesehatan gigi, promotif, preventif, dan pengobatan dasar, yang dalam pelaksanaannya harus pada satu sarana kesehatan dan atas ijin pimpinan sarana kesehatan seorang dokter gigi.
3. masih banyak pengertian ganda dari kalimat dalam pasal kebijakan, yang mungkin sangat berbeda dengan apa yang dimaksud oleh pembuat kebijakan, yang dapat menghambat tujuan kebijakan.

5.6 Hasil dan Pembahasan Review Kesesuaian Kemampuan Lulusan AKG Surabaya hasil Pendidikan Menggunakan Kurikulum AKG 1997 dengan Tuntutan Kep.Men.Kes RI No. 1019/2000.

Berdasarkan *indepth interview* pada lulusan AKG Surabaya tahun 1998-2001, diperoleh hasil :

1. Semua menyatakan kemampuan yang dimiliki oleh para lulusan adalah sesuai dengan kemampuan yang dituntut oleh Kep.Men.Kes RI No.1019/2000. Pernyataan dari responden tersebut telah diperkuat dengan lulusnya mereka dari

ujian akhir pendidikan AKG yang menguji semua jenis tindakan yang dinyatakan sebagai pekerjaan perawat gigi dalam Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

2. Umumnya mereka hanya mendengar adanya tugas limbah tetapi tidak mengetahui secara pasti jenis tindakan apa saja yang dapat diterimanya sebagai tugas limbah. Seandainya ada tugas limbah mereka tidak mengetahui apakah harus menerima ataukah menolaknya, karena di dalam Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, perawat gigi dapat menolak bila tidak sesuai dengan pengetahuan dan pendidikannya. Hal ini yang belum dipahaminya.
3. Kemampuan yang dimiliki oleh lulusan berlatar belakang PNS tugas belajar dan *fresh graduate*, melebihi kemampuan yang dituntut oleh pekerjaan perawat gigi dalam Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000. Kelebihan kemampuan yang dimiliki adalah dalam melakukan penambalan gigi, yaitu mampu menambal gigi pada karies semua bidang menggunakan bahan tambal amalgam. Bahkan mampu untuk melakukan perawatan pulpa. Kemampuan ini diperoleh semasa pendidikan di SPRG, dan di asah ketrampilannya melalui pengalaman kerja.
4. Kelebihan kemampuan yang dimiliki oleh lulusan berlatar belakang PNS tugas belajar dalam melakukan anestesi infiltrasi dan mandibular blok diperoleh melalui pendidikan SPRG. Bagi yang *fresh graduate*, mandibular blok diperoleh melalui pengalaman kerja di puskesmas ketika melakukan praktek kerja lapangan.

Menurut peneliti, jenis tugas perawat gigi yang dituntut oleh Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, telah dapat dikuasai oleh lulusan, karena jenis tindakannya telah termasuk di dalam mata kuliah keahlian. Dengan demikian, semua lulusan secara akademis telah dapat melakukan semua jenis tindakan yang dituntut oleh kebijakan.

Kesimpulannya adalah kemampuan yang dimiliki oleh lulusan AKG Surabaya telah sesuai dan dapat melaksanakan pekerjaan perawat gigi seperti yang dituntut oleh kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

5.7 Hasil dan Pembahasan Review Persepsi dan resistensi dari Dosen, Lulusan, dan Pengguna Lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

Review diawali dengan pengetahuan responden tentang adanya kebijakan. Bagi responden yang belum pernah mengetahui adanya kebijakan, diminta untuk mempelajari kebijakan. Kemudian diharapkan responden dapat memberikan pendapatnya mengenai peran mandiri perawat gigi, yang dipersepsinya melalui membaca pernyataan di dalam kebijakan. Responden juga diminta untuk mengemukakan sikapnya dalam menanggapi kebijakan Kep.Men.KesRI No.1019/2000.

Melalui hasilnya akan diperoleh informasi mengenai proses sosialisasi kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 pada sasaran kebijakan, dan hal-hal yang menghambat implementasi kebijakan menurut pemikiran responden.

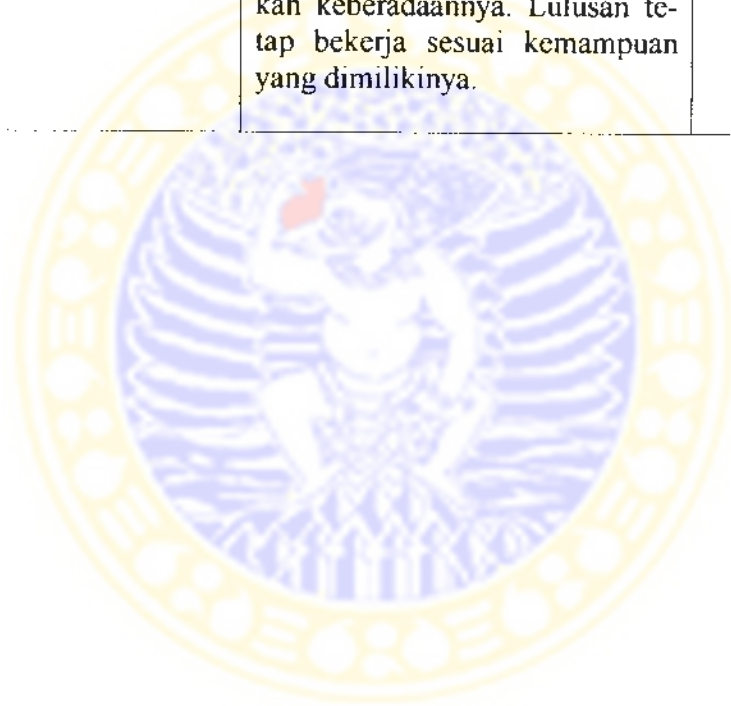
Hasilnya disajikan pada tabel 5.12 dan kesimpulannya pada tabel 5.13 berikut ini.

Tabel 5.12 **Matriks hasil indept interview mengenai persepsi dan resistensi dari Dosen, Lulusan, dan Pengguna Lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000**

Pendapat	Dosen	Lulusan	Pengguna lulusan
Mengetahui adanya Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000	<p>Dua dosen berlatar belakang perawat gigi dan empat dosen berlatar belakang dokter gigi pernah mendengar adanya kebijakan tersebut, tetapi belum pernah memahami lebih jauh.</p> <p>Dosen yang belum pernah mengetahui adanya kebijakan. Semua baru membacanya pada saat penelitian.</p>	<p>Satu lulusan yang sudah pernah membaca dan mendengar penjasannya pada saat reuni SPRG AKG, dan pada beberapa kali pertemuan profesi.</p> <p>17 lulusan lainnya belum pernah membaca naskahnya namun sudah pernah mendengarkan sedikit keterangannya pada saat reuni SPRG AKG, namun merasa kurang memaami isi keseluruhan isinya.</p> <p>2 lulusan tidak hadir pada acara reuni dan berada di luar Jawa, hanya pernah mendengar tetapi tidak pernah mendengar penjasannya lebih jauh.</p> <p>4 lulusan lain tidak sempat mendengarkan penjelasan saat reuni karena terlambat.</p>	<p>Semua pengguna lulusan yang menjadi responden belum pernah mengetahui adanya kebijakan dengan pasti.</p> <p>Dua orang pengguna yang pernah mendengar bahwa perawat gigi boleh praktek, namun tidak pasti pada kebijakan tentang apa hal itu di muat.</p>

<p>Persepsinya tentang peran mandiri dalam Kep.Men Kes RI No.1019/2000</p>	<p>Semua dosen berpendapat bahwa tugas peran mandiri perawat gigi dalam lingkup dalam suatu pelayanan asuhan, promotif dan preventif, serta pengobatan sederhana. Pelaksanaan peran mandiri memerlukan suatu sarana kesehatan dan naungan dokter gigi. Menurut dosen "AS" menunjukkan ketergantungan kepada keberadaan sarana kesehatan. Yang bila tidak ada sarana kesehatan yang memiliki dokter gigi maka peran mandiri tak terlaksana.</p>	<p>Semua lulusan berpendapat bahwa peran mandiri dalam bidang pelayanan asuhan, promotif, preventif, serta pengobatan sederhana. Pelaksanaan peran mandiri pada suatu sarana kesehatan yang diawasi oleh seorang dokter gigi.</p>	<p>Semua berpendapat bahwa peran mandiri yang diinginkan oleh kebijakan adalah yang bekerja dalam bidang pelayanan asuhan, promotif, preventif, dan kuratif dasar. Pelaksanaan peran mandiri perlu sarana kesehatan dan pengawasan dokter gigi.</p>
<p>Sikapnya menghadapi Kep.Men Kes RI No.1019/2000</p>	<p>Sangat mendukung kebijakan karena ada aturan yang membatasi, dan mengatur kewenangan perawat gigi. Tiga orang dosen tidak setuju dengan adanya pengawasan dari dokter gigi, karena seperti kurang memberi kepercayaan kepada perawat gigi saat melaksanakan peran mandiri. Dosen ini beranggapan pekerjaan yang sudah terbatas, dan tidak membahayakan sebaiknya diberikan tanpa pengawasan dokter gigi.</p>	<p>Dua orang menyatakan setuju dengan kebijakan karena ada batasan tugasnya yang sah menurut aturan hukum. Merasa diakui oleh masyarakat kesehatan secara nasional. Tetapi, kurang setuju dengan adanya pengawasan dari dokter gigi, padahal tugasnya sudah sangat terbatas. Seorang lulusan "OC" berpendapat tidakkah sebaiknya rekomendasi untuk bekerja mandiri berasal dari organisasi</p>	<p>1 pengguna langsung dan 3 pengguna potensial berpendapat bisa menerima kebijakan selama perawat giginya tidak melanggar kode etik profesi. Semua pengguna tidak dapat melakukan apapun kecuali menunggu adanya revisi kebijakan, atau diterbitkannya kebijakan baru yang mengatur ketenagaan perawat gigi yang sesuai dengan jenis pekerjaan yang ada.</p>

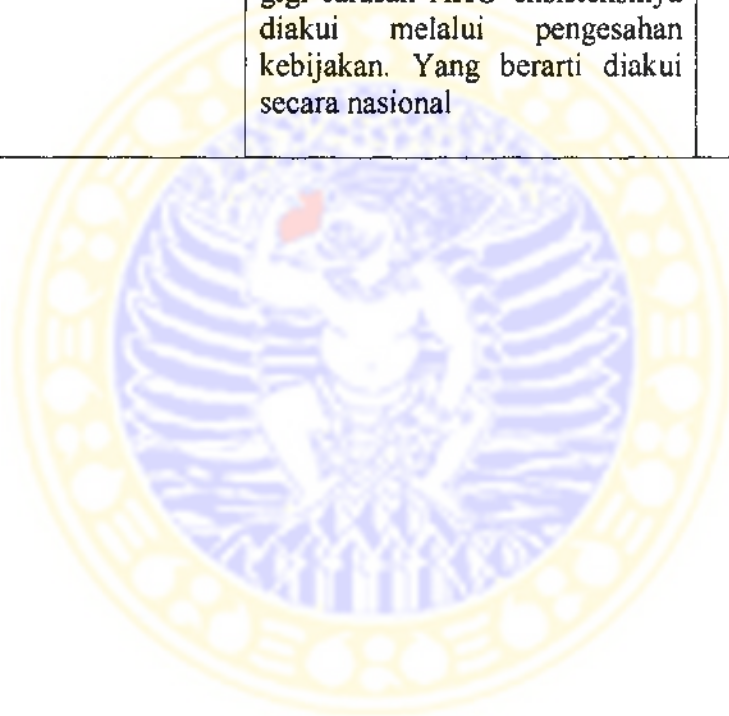
		<p>profesi perawat gigi sendiri, dan bukan dari dokter gigi. Responden lulusan yang lainnya menyatakan tidak setuju dengan kebijakan, dan tidak menghiraukan keberadaannya. Lulusan tetap bekerja sesuai kemampuan yang dimilikinya.</p>	
--	--	--	--



Tabel 5.13 **Matriks kesimpulan** persepsi dan resistensi dari Dosen, Lulusan, dan Pengguna Lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000.

Pendapat	Dosen	Lulusan	Pengguna lulusan
Mengetahui adanya Kep. Men.Kes.RI No.1019/2000	Baru pada saat penelitian	Sudah mengetahui sebelum penelitian. 18 lulusan mendengar penjelasannya dalam acara reuni, dan 6 lulusan tidak pernah mendengar penjelasannya.	Semua pengguna lulusan belum pernah mengetahui adanya Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000., dan baru mempelajarinya pada saat dilakukan penelitian ini
Persepsinya tentang peran mandiri dalam Kep.Men Kes RI No.1019/2000	tugas pelayanan asuhan, promotif dan prefentif, serta kuratif sederhana. Dalam pelaksanaan tugas mandiri memerlukan sarana kesehatan, dan naungan dokter gigi.	tugas pelayanan asuhan, promotif dan prefentif, serta kuratif sederhana. Dalam pelaksanaan tugas mandiri memerlukan sarana kesehatan, dan pengawasan dokter gigi.	Model peran mandiri yang diinginkan oleh kebijakan adalah perawat gigi dengan tugas pelayanan asuhan, promotif dan prefentif, serta kuratif sederhana. Dalam pelaksanaan tugas mandiri memerlukan sarana kesehatan, dan naungan dokter gigi
Sikapnya menghadapi Kep.Men Kes RI No.1019/2000	sangat mendukung, karena ada aturan yang membatasi tugas dan kewenangan perawat gigi, dan harus segera ditindaklanjuti dengan penyediaan lahan	Umumnya menyatakan tidak menyetujui peran mandiri yang sangat terbatas dan diawasi oleh dokter gigi. Mengapa rekomendasi tidak dari organisasi profesi perawat gigi itu sendiri.	pasif, menunggu adanya revisi kebijakan, atau adanya kebijakan baru yang mengatur ketenagaan perawat gigi yang sesuai dengan jenis pekerjaan yang ada.

		<p>Kebijakan tidak dihiraukan dengan tetap bekerja sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.</p> <p>Yang setuju, merasa perawat gigi lulusan AKG eksistensinya diakui melalui pengesahan kebijakan. Yang berarti diakui secara nasional</p>	
--	--	---	--



Semua pengguna lulusan merasa tidak mendapatkan jawaban dari hilangnya tenaga perawat gigi yang bekerja untuk membantu pekerjaan dokter gigi, karena di dalam kebijakan diuraikan tugas perawat gigi adalah tugas perawat gigi dalam perannya mandiri saja, dan tugas limpah yang berarti semacam pendelegasian wewenang, dan bukan kerja sama seperti yang selama ini ada.

Menurut peneliti secara empiris, dua profesi yang tadinya bekerjasama dalam satu kegiatan dengan pola yang satu membantu yang lain, dan kini harus berbagi lahan. Tampaknya akan menimbulkan kesulitan bagi kedua profesi, terutama profesi perawat gigi yang bekerja membantu pekerjaan dokter gigi. Pada kebijakan ditegaskan mengenai tugas perawat gigi yang berarti merupakan pekerjaannya dan hal ini tampaknya bagus. Tetapi mekanisme pelaksanaan tugasnya menjadi menimbulkan rintangan baru, karena tampaknya profesi perawat gigi menjadi memiliki peran mandiri, namun tetap saja ada tersirat ketidakelepasan dari profesi dokter gigi dalam pelaksanaan peran mandiri itu.

Pelaksanaan kebijakan di lapangan tampaknya dibiarkan berjalan sendiri, tanpa pernah ada tindak lanjut dari sosialisasi yang menurut pembuat kebijakan telah dilakukan. Informasi ini diperoleh dari ketua Persatuan Perawat Gigi Indonesia Cabang (PPGI) Jawa Timur. Sebagai suatu wadah profesi, PPGI yang seharusnya menjadi tempat rujukan untuk semua kebijakan yang menyangkut perawat gigi, dan tempat mencari informasi bagi anggota organisasi profesi, ternyata tampaknya juga mengalami ketidakjelasan mengenai penerapan kebijakan. Berdasarkan hal tersebut, kebijakan yang seharusnya diterapkan tampaknya mengalami hambatan dalam implementasinya.

Kesimpulan :

1. Secara nyata, naskah kebijakan menyatakan pekerjaan perawat gigi adalah dalam bidang pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut serta melaksanakan tindakan medik terbatas di bidang kedokteran gigi sesuai permintaan tertulis dari dokter gigi. Jenis pekerjaan yang menjadi pekerjaan perawat gigi dikelompokkan menjadi upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut, upaya pencegahan penyakit gigi, tindakan penyembuhan penyakit gigi, dan pelayanan hygiene kesehatan gigi. Jenis pekerjaan ini dipersepsi oleh semua responden sebagai peran yang berorientasi ke arah pelayanan asuhan, promotif, preventif, dan kuratif dasar.
2. Sikap responden terhadap kebijakan ada yang mendukung dan ada yang menolak. Dukungan dari pihak dosen dapat dimengerti karena sebagian besar dosen adalah dokter gigi, dan dua orang lulusan AKG. Penolakan datang dari sebagian besar lulusan adalah karena jenis pekerjaannya yang terbatas, dan karena pelaksanaan mandiri masih dalam pengawasan dokter gigi.
3. Dengan lulusan AKG yang tidak menghiraukan kebijakan, sebenarnya tidak berdampak negatif kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan, sejauh perawat gigi tidak bekerja malpraktik. Tidak melaksanakan peran mandiri lebih berdampak kepada institusi pendidikan yang tujuannya mencetak tenaga perawat gigi yang berorientasi pada promotif dan preventif, yang di dalam kebijakan dinyatakan sebagai pekerjaan perawat gigi dalam pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut. Dampak juga dirasakan bahwa usaha untuk pergeseran peran perawat gigi ke arah peran perawat dalam keperawatan yang sebenarnya mengalami hambatan dan berarti kebijakan mandul. Bila peran mandiri perawat

gigi tidak terlaksana, maka pendidikan AKG mencetak tenaga promotif dan preventif ternyata sia-sia karena lulusannya kembali kepada pola lama perawat gigi sebagai pembantu dokter gigi dalam *four handed dentistry* atau *dental assistant*.

4. Materi kebijakan mengenai pelaksanaan pelayanan asuhan pada sarana kesehatan atas ijin dokter gigi dipahami secara benar, namun esensi atau tujuan sebenarnya dari kebijakan dipersepsi secara berbeda dari yang sebenarnya seperti pada penjelasan pembuat kebijakan.

5.8 Hasil dan Pembahasan *Review* Konsep Isi, Implementasi, serta Hasil Pendidikan Kurikulum AKG 1997, dan Kesesuaian dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 Dalam Peran Mandiri Perawat Gigi

Berdasarkan kesimpulan review mengenai konsep isi kurikulum AKG 1997, bahwa ditinjau dari pemenuhan syarat komponen kurikulum, maka kurikulum AKG 1997 memenuhi syarat sebuah kurikulum pendidikan. Ditinjau dari komponen orientasi materi MKK pada kurikulum AKG 1997, lebih ke arah kemampuan pada bidang promotif, dengan sedikit preventif dan kuratif dengan sebaran SKS yang merata. Hasil persepsi dari dosen dan lulusan AKG adalah kurikulum AKG 1997 berkaitan dengan pelaksanaan peran mandiri perawat gigi pada bidang promotif, preventif, dan kuratif dasar untuk mencegah tindakan rehabilitatif.

Berdasarkan kesimpulan review implementasi kurikulum AKG 1997 melalui persepsi dosen, maka implementasi yang menggunakan pedoman GBPP, dengan GBPP yang mengacu pada kurikulum AKG 1997, pada umumnya sesuai untuk

membentuk perawat gigi dengan peran mandiri. Kelebihan materi perkuliahan yang justru merupakan titik krusial tidak mulusnya implementasi kebijakan. Pergeseran peran ke arah promotif preventif, yang di pandu oleh isi kurikulum AKG 1997 menjadi terhenti. Ilmu dan ketrampilan dalam bidang pencabutan gigi yang dimiliki oleh perawat gigi telah meninggalkan batas kewenangannya sebagai perawat, yang dalam filosofi keperawatan dinyatakan sebagai tenaga perawatan atau *caring*.

Berdasarkan persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG mengenai lulusan AKG dengan peran mandiri hasil pendidikan kurikulum AKG 1997, terdapat kesamaan persepsi bahwa lulusan AKG dengan kemampuan yang dimilikinya sesuai untuk melaksanakan peran mandiri perawat gigi. Meskipun peran mandiri perawat gigi mendapat tanggapan positif dari sedikit dosen dan lulusan, namun respon negatif cukup banyak diberikan oleh perawat gigi itu sendiri dan pengguna lulusan AKG. Respon negatif dalam istilah resistensi ini dalam bentuknya tidak melaksanakan peran mandiri, mungkin berdampak pada institusi sebagai penghasil tenaga yang sia-sia. Resistensi dalam bentuk melaksanakan peran mandiri secara salah dengan membuka praktik sendiri seperti layaknya dokter gigi, dapat berdampak terjadinya mal praktik. Pada akhirnya mal praktik akan merugikan masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan gigi. Dengan adanya resistensi dari lulusan dan pengguna lulusan, menyebabkan penerapan mandiri di lapangan sulit terlaksana, meskipun masih ada celah untuk melaksanakannya.

Berdasarkan pemahaman pembuat kebijakan mengenai Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, tujuan kebijakan adalah memberikan perlindungan hukum bagi perawat gigi untuk melaksanakan peran mandirinya. Kebijakan menghasilkan

pelaksanaan peran mandiri oleh perawat gigi dalam bidang pelayanan asuhan dengan penekanan pada bidang promotif dan preventif, serta kuratif dasar. Tujuan kebijakan tak tertulis, menimbulkan persepsi bahwa tujuan kebijakan adalah memberi kesempatan kepada perawat gigi untuk bekerja di luar pekerjaan membantu dokter gigi, namun tetap tak terlepas dari intervensi atau lisensi dokter gigi.

Berdasarkan review mengenai kesesuaian kemampuan lulusan AKG dengan tuntutan kemampuan dalam Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, maka semua lulusan AKG Surabaya memiliki kemampuan sesuai dengan yang dituntut oleh kebijakan sebagai pekerjaan perawat gigi. Berarti perawat gigi lulusan AKG Surabaya dapat melaksanakan pekerjaan perawat gigi dalam peran mandiri.

Berdasarkan persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG mengenai Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, maka semua mempersepsi bahwa kebijakan menghasilkan pelaksanaan pelayanan asuhan kesehatan gigi sebagai peran mandiri perawat gigi yang normatif, dalam pelayan asuhan bidang promotif, preventif, dan kuratif dasar. Resistensi terhadap kebijakan datangnya dari perawat gigi itu sendiri dan pengguna lulusan AKG. Bentuk resistensi dari lulusan berupa tetap bekerja sesuai kemampuan yang dimilikinya, dan bukan sesuai kewenangannya. Bentuk resistensi dari pengguna adalah tidak menerima perawat gigi yang bekerja dalam peran mandiri, dan menunggu revisi kebijakan.

Dengan demikian, berdasarkan FGD diperoleh hasil bahwa konsep isi kurikulum AKG 1997, menurut dosen dan lulusan AKG adalah tidak bertentangan, dan ada kesesuaian. Orientasi tugas perawat gigi menjadi pelayanan asuhan, promotif dan preventif dengan pengobatan dasar untuk mencegah kelainan yang memerlukan

rehabilitasi, sesuai dengan Kep.Men.Kes RI No.1019/2000 mengenai tugas perawat gigi. Keduanya mengandung makna dan maksud yang sama dalam hal kemampuan dan pekerjaan perawat gigi dalam peran mandiri.

Peran mandiri perawat gigi yang normatif yang ingin dicapai oleh kurikulum AKG 1997, sesuai dengan tuntutan peran mandiri yang dituntut oleh Kep.Men.Kes.RI No 1019/2000. Namun, dalam hal bagaimana peran mandiri tersebut dilaksanakan, terdapat beberapa persepsi dari dosen dan lulusan.

Implementasi kurikulum AKG 1997 yang di luar dari GBPP mengenai pencabutan gigi menggunakan anestesi infiltrasi dan mandibular blok anestesi, tampaknya mendatangkan ketidaksesuaian dengan batasan kemampuan yang menjadi kewenangan perawat gigi dalam Kep.Men.Kes RI No.1019/2000. Implementasi kurikulum memerlukan suatu perencanaan yang matang dan terpadu. di lingkungan institusi. Evaluasi terhadap implementasi kurikulum seharusnya selalu dilakukan pada setiap akhir semester. Bila dirasakan perlu pada saat implementasi berjalanpun dapat dilakukan evaluasi, untuk mencegah terjadinya penyimpangan dari tujuan kurikulum dan tujuan pendidikan lebih jauh.

Persamaan pandangan, persamaan pemahaman sangatlah diperlukan dalam rangka implementasi kurikulum. Tampaknya perbedaan pandangan mengenai peran mandiri perawat gigi, dapat berdampak pada penerapan arah kurikulum.

Hasil pendidikan AKG Surabaya menggunakan kurikulum AKG 1997 dapat dipandang dari dua sisi, yaitu hasil pendidikan secara normatif, dan hasil pendidikan secara nyata.

- a. secara normatif, semua kemampuan yang dituntut oleh Kep.men.Kes.RI No.1019/2000, dapat dipenuhi atau mampu dikerjakan oleh perawat gigi lulusan AKG Surabaya.
- b. Secara nyata, kemampuan yang dimiliki oleh perawat gigi lulusan AKG Surabaya telah melebihi batasan kemampuan sebagai tenaga promotif preventif, sehingga menjadi tidak sesuai karena kelebihannya itu. Berbagai dampak yang timbul akibat kelebihan kemampuan perawat gigi, yang menambah rintangan jalan menuju peran mandiri perawat gigi, yang dirintis oleh Kurikulum AKG 1997 dan kemudian dilanjutkan oleh terbitnya Kep.Men.Kes.RI .No1019/2000.

Melalui FGD diperoleh informasi persepsi dari dosen dan lulusan AKG mengenai Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif. Hasilnya adalah semua peserta FGD menyatakan adanya kesesuaian dalam hal kebijakan menghasilkan pelaksanaan peran mandiri perawat gigi yang normatif.

Tujuan kurikulum AKG 1997 yang ingin menghasilkan lulusan dengan pergeseran peran dari perawat gigi yang seperti dokter gigi ke arah peran mandiri perawat gigi dalam bidang promotif, preventif dan kuratif dasar dalam bentuk pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut. Melalui konsep isi kurikulum, dan implementasi kurikulum, dapat menunjang pergeseran peran ke arah peran mandiri.

Tujuan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 untuk melindungi secara hukum pelaksanaan pergeseran peran perawat gigi ke arah peran mandiri, ternyata sesuai secara tertulis. Namun berdasarkan persepsi peneliti, ternyata pergeseran peran mandiri tersebut tidak secara mantap dapat dilakukan melalui kebijakan ini.

Banyaknya materi kebijakan dalam pasal yang memungkinkan persepsi ganda, meyebabkannya tidak efektif sebagai sarana pergeseran peran mandiri perawat gigi. Persepsi dan resistensi dari lulusan AKG dan pengguna lulusan AKG sangat berpengaruh terhadap implementasi kebijakan ini.

Dengan demikian, kurikulum AKG 1997 memiliki kemampuan untuk menghasilkan perawat gigi dengan peran mandiri yang berarti pergeseran dari peran lamanya. Sejalan dengan itu kebijakan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 yang bertujuan sama dengan kurikulum AKG 1997, ternyata tidak mampu menghasilkan pergeseran perawat gigi ke arah peran mandiri, karena pengaruh pasal-pasal dalam kebijakan dan adanya resistensi dari perawat gigi itu sendiri dan pengguna.

Sebagai akhir dari pembahasan ini adalah rekomendasi kepada institusi AKG adalah :

Perlu ditekankan kembali kepada peserta didik, lulusan, dan organisasi profesi perawat gigi bahwa pergeseran peran perawat gigi ke arah promotif preventif adalah benar. Mengingat bahwa perawat berada pada wilayah wewenang pekerjaan memberikan perawatan terhadap pasien untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Tindakan kuratif adalah wilayah wewenang dokter dalam mengobati penyakit pasien.

1. Institusi AKG menjadi fasilitator agar segera tersusunnya standar profesi perawat gigi yang merupakan basis legal untuk semua tindakan dan kewenangan perawat gigi di Indonesia.
2. Penyusunan kurikulum pendidikan AKG dilakukan berdasarkan studi kelayakan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan gigi oleh tenaga perawat

- gigi. Menyertakan organisasi profesi perawat gigi dan organisasi profesi dokter gigi.
3. Proses implementasi kurikulum adalah fase yang sangat perlu diperhatikan dengan sosialisasi secara benar, penyamaan persepsi menuju arah tujuan pendidikan AKG, untuk memperoleh hasil pendidikan yang sesuai.
 4. Peninjauan kembali mata kuliah yang memuat materi mengukir gigi dari gips dan wax, yang menurut lulusan tidak relevan dengan pekerjaan mandiri perawat gigi di lapangan.
 5. Melakukan evaluasi terhadap kurikulum AKG setiap setelah melepas satu angkatan lulusan, untuk mementau kesesuaiannya dengan kondisi lapangan kerja terkini.
 6. Menyebarluaskan informasi kepada semua pengguna tenaga perawat gigi tentang peran perawat gigi mandiri, bekerja sama dengan organisasi profesi perawat gigi. menggunakan saluran komunikasi yang efektif, salah satunya adalah organisasi profesi dokter gigi.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian melakukan review mengenai kesesuaian antara konsep isi, implementasi, serta hasil pendidikan kurikulum AKG 1997 dan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, maka dapat diperoleh kesimpulan bahwa :

Menurut *review* konsep isi , maka terdapat kesesuaian antara kurikulum AKG 1997 dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000. Menurut *review* implementasi kurikulum AKG 1997, pada umumnya sesuai dengan kerangka acuan GBPP. Pada dua mata kuliah tampaknya telah terjadi penyimpangan implementasi yang berakibat keraguan untuk merintis jalan menuju peran mandiri perawat gigi. Penyimpangan dalam bentuk diberikannya materi pencabutan gigi menggunakan anestesi infiltrasi dan mandibular blok pada perawat gigi, serta bimbingan prakteknya, menyebabkan perawat gigi memiliki kemampuan kuratif melebihi kewenangannya. Dampaknya adalah perawat gigi menolak pembatasan pekerjaan pada bidang promotif dan preventif, yang berarti menghambat pergeseran peran ke arah perawat gigi mandiri.

Menurut *review* hasil pendidikan, secara akademis, lulusan AKG Surabaya menggunakan Kurikulum AKG 1997 telah memiliki kemampuan yang sesuai dengan tuntutan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000. Secara teori seharusnya tidak ada halangan mengenai implementasi kebijakan, namun pada kenyataannya terdapat faktor resistensi dari semua pihak terhadap pelaksanaan peran mandiri itu sendiri, baik dari dosen, lulusan AKG itu sendiri, dan pengguna lulusan AKG. Bentuk resistensi secara umum

adalah dengan tetap melakukan pelayanan sesuai pola *four handed dentistry* bagi perawat gigi yang membantu dokter gigi, dan tetap bekerja sebagai tenaga kuratif bagi perawat gigi yang telah menguasai ketrampilan kuratif. Pengguna lulusan dalam hal ini dokter gigi, tidak berkenan berbagi lahan promotif preventif, karena juga merupakan bidang pelayanan yang dikuasainya.

Secara normative, Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 memberi perlindungan hukum bagi perawat gigi yang tidak lagi bekerja membantu pekerjaan dokter gigi dalam *four handed dentistry*, tetapi melakukan semua tindakan promotif preventif secara mandiri di suatu sarana pelayanan kesehatan, yang berarti bertanggungjawab penuh secara profesional.

Adanya resistensi terhadap pergeseran peran perawat gigi dalam peran mandirinya, selayaknya kita kembali berpikir bahwa perawat gigi sebaiknya kembali kepada batasan keperawatan yaitu tindakan di dalam lingkup *caring*. Pembentukan ke arah peran mandiri akan berhenti, jika tidak disikapi secara positif oleh AKG sebagai pencetak tenaga perawat, organisasi profesi perawat gigi, dan organisasi dokter gigi sebagai pengguna, dengan mengikut sertakan masyarakat, untuk mencari rumusan yang tepat bagi peran mandiri perawat gigi.

6.2 Saran

1. Pada penyusunan kebijakan, para aktor kebijakan yang terkait harus selalu memiliki perhatian terhadap proses kebijakan, mulai dari proses formulasi, implementasi, sampai ke evaluasi dalam suatu review kebijakan. Mengikutsertakan perawat gigi dalam proses kebijakan.

2. Tujuan kebijakan di tuliskan agar masyarakat pelaku kebijakan mengerti dengan benar apa yang menjadi tujuan kebijakan.
3. Pengkajian pada saat formulasi kebijakan sebaiknya dilakukan, untuk mengetahui apakah materi dalam pasal-pasal kebijakan telah dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh kebijakan, atau masalah yang menyebabkan dibuatnya kebijakan.
4. Dep.Kes.RI segera menurunkan petunjuk teknis atau petunjuk pelaksanaannya kebijakan saat diimplementasikan.
5. AKG harus selalu melakukan evaluasi kurikulum, dan pelaksanaan pendidikan setiap melepaskan satu angkatan lulusan. Memantau dampak lulusan di lapangan serta kebutuhan tenaga pelayanan perawat gigi sebagai bahan masukan ke arah pembenahan pendidikan baik di tingkat institusi maupun tingkat departemen.
6. AKG melakukan review pada kebijakan, bersama dengan organisasi profesi mengenai materi dalam pasal kebijakan hendaknya diteliti benar, dan dilakukan pengkajian ulang sebelum di implementasikan atau di sosialisasikan Pasal yang bermasalah adalah : Bab I pasal 2, 3, dan 4. ; Bab II pasal 6 (2) ; Bab III pasal 8 (2) ; Bab IV pasal 15 butir d, 16 butir a,b, dan c ; Bab VII pasal 33 dan 34. untuk kemudian memberi rekomendasi kepada Dep.Kes.RI.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, edisi ketiga. Jakarta, Binarupa Aksara.
- Danim, S. (2000) *Pengantar studi Penelitian Kebijakan*. Jakarta, Bumi Aksara.
- Debus, M. (1995) *Methodological Review : A Hand Book For Excellence In Focus Group Research*. Washington D.C. Academi For Educational Development
- Departemen Kesehatan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (2000) *Pengembangan Pendidikan Perawat Gigi Program diploma IV* . Jakarta .
- Departemen Kesehatan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (1995) Kurikulum Akademi Kesehatan Gigi.
- Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal pelayanan Medik Direktorat Kesehatan Gigi (1992) *Standar Pelayanan Profesional Kedokteran Gigi Indonesia* . Jakarta.
- Dunn, W.N. (2000) *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, edisi kedua. Surabaya, Gajah Mada University Press.
- Effendi, N.(1998) *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Edisi 2. Jakarta. EGC.
- Elder, J.P. (1994) *Motivating Health Behavior* . New York, Delmar Publisher.
- Ellis, R.B., Gates,R.J., Kenworthy, N. (1995) *Interpersonal Communication in Nursing.Theory and Practice*. Tokyo, Churchill Livingstone.
- Gitosudarmo, I., Sudita, N. (2000) *Perilaku Keorganisasian*. Yogyakarta, BPFE-Yogyakarta.
- Graeff, J.A., Elder, J.P., Booth, E.M. (1993) *Communication for Health and Behavior Change, A Developing Country perspective*, San Fransisco, Jossey-Bass publisher.
- Hadi, S (2001) *Metodologi research*. Jilid dua. Yogyakarta, Penerbit Andi.
- Hartono, B (2001) Otonomi Institusi Pendidikan Milik Pemerintah dan Investasi SDM Kesehatan. Bina Diknakes, edisi nomor 41 Oktober 2001.

- Kartono, K (1996) *Pengantar Metodologi Riset sosial*. Bandung. Penerbit Mandar Maju.
- Irwanto (1998) *Focus Group Discussion (FGD) : sebuah pengantar praktis*. Jakarta, Pusat Kajian Masyarakat Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.
- Islamy, M.I. (1997) *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta, Bumi Aksara.
- Kast, E.F., Rosenweigh, J.E. (1991). *Organisasi dan Masyarakat*, edisi ke empat. Jakarta, Penerbit Bumi Aksara.
- Moekijat (1995) *Analisis Kebijaksanaan Publik*, cetakan ke satu. Bandung. Penerbit Mandar Maju.
- Muljana,D (2001) *Metodologi Penelitian Kualitatif : Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya*. Bandung. PT.Remaja Rosdakarya.
- Nasution, S. (2001) *Asas-asas kurikulum*. Jakarta. PT. Bumi Aksara.
- Prihardjo, R. (2000) *Pengantar Etika Keperawatan*. Yogyakarta, Penerbit Kanisius.
- Pudjirahardjo, W.J (2000). *Organisasi dan Manajemen Kesehatan. Disampaikan pada perkuliahan semester tiga. Pasca Sarjana , Universitas Airlangga, Surabaya.*
- Pudjirahardjo, W.J (2000). *Kebijakan Kesehatan Disampaikan pada perkuliahan semester dua. Pasca Sarjana , Universitas Airlangga, Surabaya.*
- Pusdiknakes Dep.Kes.RI. (1989). *Perawatan I (Dasar-dasar Keperawatan). Pandangan Kini Di Bidang Pendidikan perawatan. Perubahan Masalah. Edisi I*. Jakarta. Pusdiknakes.
- Roesdal, E.N. (2000). *Kemandirian Perawat Gigi Dalam Menunjang Pengembangan Karier Untuk Mewujudkan Pelayanan Kesehatan Gigi Yang Bermutu, Merata terjangkau, menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta. *Disampaikan pada lustrum I AKG dan SPRG VI Bandung 25 September 2000* Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Pelayanan Kesehatan Gigi.
- Santoso, A. (1998) *Analisis Kebijakan Publik : suatu pengantar*. Jurnal Ilmu Politik 3. Jakarta.
- Santoso, A. (1998) *Analisis Kebijakan Publik : Masalah dan Pendekatan*. Jurnal Ilmu Politik 4. Jakarta.

- Sardiman, A.M. (1994). *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta, PT.Raja Grafindo Persada.
- Singarimbun, M, Effendi, S (1989). *Metode Penelitian Survei*. Jakarta, LP3ES.
- Stewart, D., Shamdasani, P (1990) *Focus Group : Theory and Practice*. Sage Publications.
- Sue, C. DeLaune, Patricia K. Latner. (2002) *Fundamental of Nursing : Standard and Practice*, Second Edition. USA.
- Sutopo, H dan Soemanto,W. (1993) *Pembinaan dan Pengembangan Kurikulum : Sebagai Substansi Problem Administrasi Pendidikan*. Jakarta. Bumi Aksara.
- Sutopo, U (2001) Tugas, Hak Wewenang, tanggung Jawab Perawat Gigi Sebagai Mitra Dokter Gigi. *Disampaikan dalam rangka reuni SPRG dan Lustrum I AKG, Surabaya 24-24 Juni 2001*.
- Wahab, S.A. (1997) *Analisis Kebijakan, Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta , Bumi Aksara
- Winkel, W.S. (1991) *Psikologi Pengajaran*. Jakarta, Penerbit P.T. Grasindo.
- WHO, (1987) *Communication : A Guide for Managers of National Diarrhoeal Diseases*, Geneva.
- Zainuddin, M. (1999) *Metodologi Penelitian*. Surabaya.

Lampiran 1

**I. PEDOMAN PERTANYAAN PADA FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)
MENGENAI KONSEP ISI KURIKULUM AKG 1997**

Peserta diskusi kelompok dosen AKG Surabaya, dan lulusan AKG Surabaya.

Peran mandiri profesi perawat gigi yang digunakan sebagai acuan adalah :

Perawat gigi sebagai tenaga profesional yang dalam lingkup tugasnya melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut masyarakat, yang lebih lebih berorientasi kepada upaya promotif dan prefentif. Melakukan upaya pelayanan pengobatan dasar sebagai prefentif, dan tindakan pencegahan terhadap kelainan yang berdampak pada rehabilitasi. (Sesuai dengan pengantar dan kerangka dasar pendidikan AKG kurikulum AKG 1997, untuk selanjutnya dikatakan sebagai **peran normatif**)

Materi pertanyaan pada sesi 1

Mendiskusikan persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya tentang peran mandiri perawat gigi, ditinjau dari tugas dan hubungannya dengan dokter gigi sebagai mitra kerjanya.

(hasilnya diperoleh peran mandiri perawat gigi mandiri **hasil persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya**)

Materi pertanyaan pada sesi 2

Mendiskusikan persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya terhadap kurikulum AKG 1997 dikaitkan dengan tuntutan peran mandiri profesi perawat gigi untuk peran mandiri yang normatif dan peran mandiri hasil persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya

Materi pertanyaan pada sesi 3

Mendiskusikan persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya mengenai kaitan materi Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif dan peran mandiri hasil persepsi dosen dan lulusan AKG Surabaya

Lampiran 2

II. PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPT INTERVIEW*) PADA DOSEN AKG SURABAYA

Tujuan wawancara adalah untuk menggali secara mendalam mengenai **implementasi kurikulum AKG 1997** pada mata kuliah ketrampilan (MKK) yang berhubungan erat dengan peran mandiri profesi perawat gigi.

Pedoman wawancara ini sebagai acuan awal, kemudian wawancara diperdalam berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden.

Nama :

Jabatan :(th.....s/d.....)

Tempat kerja :

Pendidikan :

Mata kuliah yang diajarkan :

Materi yang ditanyakan :

1. Dalam satu mata kuliah yang saudara ampu, materi apa yang telah saudara tambahkan atau kurangkan dari GBPP, untuk menunjang peran mandiri profesi perawat gigi ? Mohon diberikan alasannya.
2. Apakah implementasi (penerapan) kurikulum AKG 1997, ke arah peran perawat gigi yang sesuai dengan Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 ?

Lampiran 3

III. PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPT INTERVIEW*) PADA DOSEN, LULUSAN, DAN PENGGUNA LULUSAN AKG SURABAYA

Tujuan wawancara adalah untuk menggali secara mendalam mengenai **persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap perawat gigi lulusan AKG hasil pendidikan kurikulum AKG 1997.**

Pedoman wawancara ini sebagai acuan awal, kemudian wawancara diperdalam berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden.

Nama :

Jabatan : (th.....s/d.....)

Tempat kerja :

Pendidikan :

Materi pertanyaan :

1. Apakah saudara setuju dengan peran perawat gigi yang ruang lingkup tugasnya adalah : melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut masyarakat, yang lebih berorientasi pada promotif dan preventif, dan pengobatan dasar serta mencegah kelainan yang berdampak pada rehabilitasi (peran mandiri yang normatif)
 - a. Mohon diberi alasan mengapa setuju atau tidak setuju
 - b. Mohon diberi masukan mengenai model yang sesuai menurut saudara.
2. Menurut saudara, apakah perawat gigi lulusan AKG Surabaya sesuai dengan peran mandiri perawat gigi yang normatif ?
3. Dengan peran mandiri perawat gigi seperti yang normatif menurut saudara, bagaimanakah perawat gigi lulusan AKG menerapkan peran mandirinya di lapangan ?

Lampiran 4

**IV. PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPT INTERVIEW*)
PADA PEMBUAT KEBIJAKAN**

Tujuan wawancara adalah untuk menggali secara mendalam mengenai pemahaman pembuat kebijakan pada Kep.Men.Kes RI No. 1019/2000.

Pedoman wawancara ini sebagai acuan awal, kemudian wawancara diperdalam berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden.

Nama :(bila tidak berkenan dapat diabaikan)

Jabatan :(bila tidak berkenan dapat diabaikan)

Tempat kerja :

Latar belakang pendidikan :

Materi yang ditanyakan :

1. Mohon dijelaskan bagaimana keterlibatan saudara dalam proses diterbitkannya Kep.Men.Kes RI No.1019/2000 ?
2. Apa tujuan sebenarnya dibuatnya Kep Men.Kes.RI No.1019/2000 ?
3. Bagaimanakah peran mandiri perawat gigi yang ingin dibentuk, menurut Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000,

Lampiran 5

**V. PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPT INTERVIEW*)
PADA LULUSAN AKG SURABAYA**

Tujuan wawancara adalah untuk menggali secara mendalam mengenai kemampuan yang dimiliki oleh lulusan AKG Surabaya yang berhubungan erat dengan peran mandiri profesi perawat gigi, dibandingkan dengan kemampuan yang dituntut oleh Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000, dan pelaksanaan kurikulum AKG 1997.

Pedoman wawancara ini sebagai acuan awal, kemudian wawancara diperdalam berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden.

Nama :

Jabatan :(th..... s/d.....)

Tempat kerja :

Pendidikan :

Materi pertanyaan :

1. Untuk kegiatan penyuluhan kesehatan gigi dan mulut dalam pelayanan asuhan, apakah saudara mampu :
 - a. melakukannya pada individu, kelompok, dan masyarakat ?
 - b. melakukan pelatihan kader ?
 - c. membuat alat peraga sendiri dan menggunakannya pada penyuluhan ?
 (pertanyaan pada poin a. sampai c. adalah kemampuan yang harusnya dimiliki oleh perawat gigi sesuai Kep.Men.kes.RI No.1019/2000)

2. Untuk mencegah timbulnya penyakit gigi pada masyarakat dalam pelayanan asuhan, apakah saudara mampu untuk melakukan :
 - a. pemeriksaan plak,
 - b. teknik sikat gigi yang baik
 - c. skaling *supra gingiva*
 - d. pencegahan karies dengan fluor, dengan teknik kumur-kumur, dan pengolesan pada gigi.
 - e. Pengisian *pit* dan *fissure* dengan bahan *fissure sealant*.
 - f. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada pasien umum rawat inap.
 (Pertanyaan pada poin a. sampai f. adalah kemampuan yang harusnya dimiliki oleh perawat gigi sesuai Kep.Men.kes.RI No.1019/2000).

3. Untuk **menyembuhkan** penyakit gigi pada masyarakat dalam pelayanan asuhan, apakah saudara mampu melakukan :
- a. pengobatan darurat sesuai dengan standar pelayanan
 - b. mencabut gigi susu dengan atau tanpa topikal anestesi
 - c. penambalan gigi susu pada satu bidang dengan *glass ionomer* dan bahan *amalgam*
 - d. perawatan *pasca tindakan*
- (Pertanyaan pada poin a. sampai d. adalah kemampuan yang harusnya dimiliki oleh perawat gigi sesuai Kep.Men.kes.RI No.1019/2000).
4. Untuk **higiene** kesehatan gigi dalam pelayanan asuhan, apakah saudara mampu melakukan :
- a. higiene petugas kesehatan gigi dan mulut
 - b. sterilisasi alat-alat kesehatan gigi
 - c. pemeliharaan alat-alat kesehatan gigi dan mulut
 - d. higiene lingkungan kerja
- (Pertanyaan pada poin a. sampai d. adalah kemampuan yang harusnya dimiliki oleh perawat gigi sesuai Kep.Men.kes.RI No.1019/2000).
5. Apakah saudara mengetahui adanya **tugas limpah** dari dokter gigi ? Bila tahu, kemampuan apa yang harus saudara miliki untuk menerima tugas limpah tersebut ?
- (Pertanyaan ini adalah kemampuan yang harusnya dimiliki oleh perawat gigi sesuai Kep.Men.kes.RI No.1019/2000).

Lampiran 6

**VI. PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*INDEPT INTERVIEW*)
PADA DOSEN, LULUSAN, DAN PENGGUNA LULUSAN AKG
SURABAYA**

Tujuan wawancara adalah untuk menggali secara mendalam mengenai **persepsi dan resistensi dari dosen, lulusan, dan pengguna lulusan AKG Surabaya terhadap Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000**. Pedoman wawancara ini sebagai acuan awal, kemudian wawancara diperdalam berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden.

Nama :

Jabatan : (th.....s/d.....)

Tempat kerja :

Pendidikan :

Materi pertanyaan :

1. Sejak kapan saudara mengetahui adanya Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 ?
(kemungkinan ada responden yang baru mempelajari Kep.Men.Kes.RI No 1019/2000 pada saat penelitian ini dilakukan, karena sebelumnya tidak pernah mengetahui, atau belum mencermati)
2. Menurut saudara, bagaimanakah model peran mandiri profesi perawat gigi yang diinginkan oleh Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 ?
3. Dalam kedudukan profesi saudara sekarang, bagaimana sikap saudara terhadap peran mandiri perawat gigi yang diinginkan oleh Kep.Men.Kes.RI No.1019/2000 ? Mohon diberi penjelasan mengenai alasan saudara bersikap demikian.

Bendahara D J u l i 1951.-

MENTERI KESKATAAN R. I.

- Mengingat : surat keputusan kasid ttgl. 30-12-50 No.27990/Kab., dengan surat keputusan mana ditentukan suatu panitia untuk mempelajari dan memberi pertimbangan tentang rencana pengadjaran perawat dokter gigi (dental nurse) ;
- Merasatja : peraturan pengadjar perawat-gigi yang direntjukan oleh Panitia tersebut diatas ;
- Menimbang : bahwa rencana pengadjaran tersebut dapat diestudjui oleh kasid ;

MEMUTUSKAN :

- Pertama : Mendirikan suatu kursus Pendidikan Perawat Gigi (Dental Nurse) dari Kementerian Kesehatan, menurut "Peraturan mengenai pendidikan perawat gigi" yang dilampirkan pada surat keputusan ini ;
 - Kedua : Menetapkan bahwa mereka yang hendak menjadi murid dalam kursus untuk perawat gigi (dental nurse) yang disebut dalam pasal pertama, harus melampirkan pada surat permohonanja :
 - a. suatu idjalah sekurang-kurangnya tamat Sekolah Menengah Pertama tiga tahun atau idjalah yang dapat disamakan dengan itu ;
 - b. suatu idjalah matri djururawat dengan sekurang-kurangnya telah bekerja dua tahun sesudahnya memperoleh idjalah tab. dengan tjjabatan, bahwa mereka dapat diterima sebagai murid kelas dua ;
 - c. suatu surat keterangan tentang kelakuan dan ahlak yang baik diberikan oleh yang berwajib ;
 - d. suatu surat keterangan ketabihan tentang kesehatannya, diberikan oleh seorang dokter dalam dinas Pemerintah yang menjjatakan, bahwa ia memenuhi syarat2 kelas tiga dari peraturan Pengadja Kesehatan ;
 - Ketiga : Menetapkan peraturan pendidikan untuk Perawat Gigi yang terlampir pada surat keputusan ini yang berlaku untuk seluruh Indonesia ;
 - Kesempat : Menetapkan bahwa Peraturan tab. mulai berlaku pada tanggal 1 Agustus 1951.
- BALIKAN surat keputusan ini akan diberikan kepada :

- Sekalian Inspektur Kesehatan,
- Sekalian Kepala Djawatan Kesehatan,
- Sekalian Dokter Kerodontologi,
- Direktur R.G.U.P. Djakarta, Semarang dan Surabaya,
- Menteri Pendidikan, Pengadjaran dan Kebudayaan,
- Menteri Sosial,
- Kepala Djawatan Urusan Umum Pegawai,
- Tambahan Lembaga Kogari d/o Kementerian Kelakiman (3 expl.),
- Bagian Urusan Pegawai Kementerian Kesehatan (3 expl.),
- Bagian Urusan Umum Kementerian Kesehatan,

untuk diteliti dan didjelaskan.-

Sesuai dengan bunjinja daftar tersebut :
Kepala Bagian Urusan Pendidikan,

Tjap t.t.d.
(dr. A s i r) .-

Djakarta, 2 Desember 1951.
Untuk salinan yang akan bawajnja :
Jans Rahajalin) z
[Signature]
KEMENTERIAN KESKATAAN R. I.

aPa/H-18-5-'69.-

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR : HK. 00.06.1.1. 3338.

T e n t a n g

Penunjukan Akademi Kesehatan Gigi Departemen -
Kesehatan Surabaya Provinsi Jawa Timur untuk -
menyelenggarakan Program Diploma III Bidang Ke-
sehatan Gigi.

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang : a. bahwa Sistem Kesehatan Nasional adalah suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum;
- b. bahwa salah satu kebijaksanaan pemerintah dalam pembaharuan bidang pendidikan tinggi adalah ditetapkannya program non gelar/diploma sebagai program pendidikan kejuruan/kedinasan di lingkungan sektor kesehatan;
- c. bahwa tersedianya ahli madya bidang keperawatan dalam jumlah yang cukup sehingga mampu melaksanakan tugas bidang kesehatan gigi yang akhirnya akan meningkatkan mutu pelayanan yang merupakan bagian dari tujuan program pendidikan tenaga kesehatan;
- d. bahwa yang dimaksud adalah menunjuk Akademi Kesehatan Gigi Departemen Kesehatan Surabaya Provinsi Jawa Timur untuk menyelenggarakan Program Diploma III Bidang Kesehatan Gigi.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (LN.R.I. tahun 1992 Nomor 100, TLN.RI. Nomor 3495);
2. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 15 tahun 1984 tentang Susunan Organisasi Departemen, terakhir diubah dengan Keputusan Presiden Nomor 14 tahun 1994;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 99a/MenKes/SK / III/1982 tentang Berlakunya Sistem Kesehatan Nasional;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35/Menkes/SK / II/1983 tentang Rencana Pokok Program Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (1983/1984-1998/1999);
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 241/Menkes/SK / II/1983 tentang Rencana Pokok Program Pendidikan dan Latihan Tenaga Kesehatan Jangka Panjang (1983/1984-1998/1999);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 558/Menkes/SK / II/1984 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 867/Menkes/SK / XI/1986 tentang Penyelenggaraan Program Diploma Bidang Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor H.K.00.06.1.2. 3058 tanggal 1 September 1995 tentang Berlakunya Kurikulum Program Pendidikan Diploma III Kesehatan Gigi di Lingkungan Departemen Kesehatan.

M E M U T B S K A N :

- Menetapkan : Menunjuk Akademi Kesehatan Gigi Departemen Kesehatan Surabaya Provinsi Jawa Timur untuk menyelenggarakan Program Diploma III Bidang Kesehatan Gigi, dengan ketentuan sebagai berikut :
- Pertama : Akademi Kesehatan Gigi tersebut menjalan konversi dari Sekolah Pengatur Rawat Gigi Departemen Kesehatan Surabaya yang akan diproses lebih lanjut melalui sektor lain.
- Kedua : Program Diploma III Bidang Kesehatan Gigi tersebut dimulai sejak tahun Ajaran 1995/1996.
- Ketiga : Sebelum ada ketentuan lebih lanjut penyelenggaraan Program Diploma III Bidang Kesehatan Gigi tersebut dipimpin oleh Kepala Sekolah Pengatur Rawat Gigi Departemen Kesehatan Surabaya.

- Keempat** : Pimpinan penyelenggara Program Diploma III Bidang Kesehatan Gigi tersebut wajib :
- Mentaati peraturan pendidikan yang telah digariskan oleh Departemen Kesehatan;
 - Berusaha untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan pendidikan melalui - kerjasama dengan pihak lain serta mengadakan konsultasi dengan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam rangka koordi - nasi pembinaan pendidikan;
 - Memberikan laporan perkembangan/kemajuan pendidikan dan pelaksanaan - kurikulum secara teratur sesuai dengan ketentuan sistem pelaporan yang berlaku.
- Kelima** : Biaya penyelenggaraan Program Diploma III Bidang Kesehatan Gigi tersebut sementara sebelum memperoleh anggaran rutin dibebankan kepada Proyek Pendidikan Tenaga Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Keenam** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta

Tanggal : 28 September 1995.

KEPALA BIDANG KESEHATAN R.I.
 Kepala Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan,
 Dr. Nongroho Santosa, SKM
 NIP. 140021911

Salinan keputusan ini disampaikan kepada Yth.

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
- Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Provinsi Jawa Timur;
- Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan;
- Inspektur Jenderal Departemen Kesehatan;
- Para Direktur Jenderal Departemen Kesehatan;
- Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan;
- Kepala Biro Perencanaan Departemen Kesehatan;
- Kepala Biro Kenegawain Departemen Kesehatan;
- Kepala Biro Keuangan Departemen Kesehatan;
- Kepala Pusat Data Departemen Kesehatan;
- Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Timur;
- Para Kepala Bidang dan Kepala Bagian Tata Usaha Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Dep. Kesehatan;
- Direktur Akademi Kesehatan Gigi di Surabaya;
- Arsip.

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR : 1035/MENKES/SK/IX/1998**

**TENTANG
PERAWAT GIGI**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan belum secara tegas mengatur jenis tenaga perawat gigi dalam tenaga keperawatan;
- b. bahwa sehubungan dengan huruf a di atas, dipandang perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Perawat Gigi;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 No. 100, Tambahan Lembaran Negara No. 3495);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 93, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3633).

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
Pertama : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG PERAWAT GIGI.**
- Kedua : Dalam keputusan ini yang dimaksud dengan perawat gigi adalah setiap orang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan perawat gigi yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.
- Ketiga : Perawat gigi merupakan salah satu jenis tenaga kesehatan dalam kelompok keperawatan, yang dalam menjalankan tugas profesinya harus berdasarkan standar profesi.
- Keempat : Selain ketentuan sebagaimana dimaksud dalam diktum ketiga perawat gigi dalam menjalankan tugas profesinya diarahkan untuk meningkatkan mutu dan kerjasama dengan profesi kesehatan terkait.

378

Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan tugas pengabdian profesi perawat gigi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

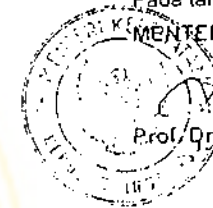
Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal : 24 September 1998

MENTERI KESEHATAN,

Prof. Dr. F.A. MOELOEK



379



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1019/MENKES/ISK/VII/2000
TENTANG
REGISTRASI DAN IZIN KERJA PERAWAT GIGI

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa sebagai pelaksanaan lebih lanjut Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, perlu diterapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Registrasi dan Izin Kerja Perawat Gigi;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3687);
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1035/Menkes/ISK/1993 tentang Perawat Gigi;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TENTANG REGISTRASI DAN IZIN KERJA PERAWAT GIGI

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan Menteri ini yang dimaksud dengan :

1. Perawat gigi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan perawat gigi sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku;
2. Surat izin perawat gigi selanjutnya disebut (SIGG) adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan keperawatan gigi di seluruh wilayah Indonesia yang diberikan oleh Departemen Kesehatan kepada tenaga perawat gigi;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Surat izin kerja selanjutnya disebut SIK adalah bukti tertulis yang diberikan kepada perawat gigi untuk melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut di sarana kesehatan;
4. Standar Profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik;
5. Direktur Jenderal adalah Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan;
6. Kakanwil adalah Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi;
7. Kakandep adalah Kepala Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten/Kota.

BAB II PELAPORAN DAN REGISTRASI

Pasal 2

- (1) Pimpinan penyelenggara pendidikan perawat gigi wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada Kakandep mengenai peserta didik yang baru lulus, selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah dinyatakan lulus.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Daftar nama lulusan perawat gigi;
 - b. Jenis kelamin;
 - c. Tempat dan tanggal lahir;
 - d. Lulus tahun;
 - e. Alamat;
 - f. Keterangan.
- (3) Bentuk dan isi laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) sebagaimana formulir I terlampir.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 3

- (1) Perawat gigi yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kakanwil di mana sekolah berada guna memperoleh SIPG, selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah menerima ijazah pendidikan perawat gigi.
- (2) Kelengkapan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi :
 - a. Fotokopi ijazah perawat gigi;
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - c. Pasfoto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.
- (3) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana formulir formulir II terlampir.

Pasal 4

- (1) Kakanwil atas nama Menteri Kesehatan melakukan registrasi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 untuk menerbitkan SIPG.
- (2) Kakanwil menerbitkan SIPG dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak permohonan diterima.
- (3) Bentuk isi SIPG pada ayat (2) sebagaimana formulir III terlampir.

Pasal 5

Kakanwil menyampaikan laporan secara berkala kepada Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan melalui Kepala Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan mengenai SIPG yang telah diterbitkan untuk kemudian secara berkala akan diterbitkan dalam buku register nasional.

Pasal 6

- (1) SIPG berlaku 5 (lima) tahun dan dapat diperbaharui kembali serta merupakan dasar untuk memperoleh SIK.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- (2) Pembaharuan SIPG sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada Kantor Wilayah Departemen Kesehatan dimana perawat gigi melaksanakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut, dengan melampirkan:
 - a. SIPG yang telah habis masa berlakunya;
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter.

BAB III PERIZINAN

Pasal 7

- (1) Perawat gigi dapat melaksanakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada sarana kesehatan.
- (2) Perawat gigi yang melaksanakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada sarana kesehatan harus memiliki SIK.
- (3) Bentuk dan isi SIK sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebagaimana formulir IV terlampir.

Pasal 8

- (1) SIK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kakandep setempat.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan dengan melampirkan :
 - a. Fotokopi kartu tanda penduduk ;
 - b. Fotokopi SIPG yang masih berlaku;
 - c. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - d. Pasfoto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
 - d. Surat keterangan dari pimpinan sarana kesehatan yang menyebutkan langgal mulai bekerja sebagai perawat gigi.
- (3) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana formulir V terlampir.

Pasal 9

Permohonan SIK sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, selambat-lambatnya diajukan dalam waktu 1 (satu) bulan setelah diterima bekerja.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 10

- (1) SIK berlaku sepanjang SIPG belum habis masa berlakunya.
- (2) Pembaharuan SIK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Kakandep setempat dengan melampirkan :
 - a. Fotokopi SIPG yang masih berlaku;
 - b. SIK yang lama.

Pasal 11

SIK hanya berlaku pada satu tempat sarana kesehatan

BAB IV
PEKERJAAN PERAWAT GIGI

Pasal 12

- (1) Perawat gigi dalam menjalankan pekerjaan sebagai perawat gigi harus sesuai dengan :
 - a. Pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut;
 - b. Melaksanakan tindakan medik terbatas dibidang kedokteran gigi sesuai permintaan tertulis dari dokter gigi.
- (2) Pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) butir a dilaksanakan sesuai dengan pendidikan dan pengalamannya.

Pasal 13

Pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) butir a meliputi:

- a. Upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut;
- b. Upaya pencegahan penyakit gigi;
- c. Tindakan penyembuhan penyakit gigi;
- d. Pelayanan higiene kesehatan gigi.

Pasal 14

Kegiatan upaya peningkatan kesehatan gigi dan mulut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 butir a meliputi:

- a. Penyuluhan kesehatan gigi dan mulut kepada individu, kelompok dan masyarakat;
- b. Pelatihan kader;
- c. Pembuatan dan penggunaan alat peraga penyuluhan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA.

Pasal 15

Kegiatan upaya pencegahan penyakit gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 butir b meliputi:

- a. Pemeriksaan plak;
- b. Teknik sikat gigi yang baik;
- c. Skaling supra gingival;
- d. Pencegahan karies gigi dengan fluor dengan teknik kumur-kumur, pengolesan fluor pada gigi;
- e. Pengisian pit dan fissure gigi dengan bahan fissure sealant;
- f. Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pasien umum rawat inap.

Pasal 16

Kegiatan penyembuhan penyakit gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 butir c meliputi:

- a. Pengobatan darurat sesuai dengan standar pelayanan;
- b. Pencabutan gigi susu dengan atau tanpa topikal anestesi;
- c. Penambalan gigi sulung satu bidang dengan glass ionomer dan bahan amalgam;
- d. Perawatan pasca tindakan.

Pasal 17

Kegiatan pelayanan higiene kesehatan gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 butir d meliputi:

- a. Higiene petugas kesehatan gigi dan mulut;
- b. Sterilisasi alat-alat kesehatan gigi;
- c. Pemeliharaan alat-alat kesehatan gigi;
- d. Lingkungan kerja.

Pasal 18

- (1) Perawat gigi dalam melakukan tindakan medik terbatas dibidang kedokteran gigi sesuai permintaan tertulis dari dokter gigi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) butir b harus didasarkan pada kemampuan sesuai pendidikan dan pengalaman.
- (2) Perawat gigi dapat menolak permintaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 ayat (1) butir b apabila bertentangan dengan ilmu dan pendidikannya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 19

- (1) Perawat gigi dalam melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien.
- (2) Perawat gigi dalam menjalankan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut berkewajiban melaksanakan program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 20

Dalam menjalankan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut, perawat gigi berkewajiban meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya, baik yang diselenggarakan oleh Pemerintah maupun organisasi profesi.

Pasal 21

Keentuan lebih lanjut penyelenggaraan pelayanan asuhan kesehatan oleh perawat gigi ditetapkan oleh Direktur Jenderal.

BAB V PEJABAT YANG BERWENANG MENGELUARKAN DAN MENCABUT IZIN KERJA

Pasal 22

- (1) Pejabat yang berwenang mengeluarkan dan mencabut SIK adalah Kakandep.
- (2) Dalam hal tidak ada pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kakanwil dapat menunjuk pejabat lain.

Pasal 23

- (1) Permohonan SIK yang disetujui atau ditolak harus disampaikan oleh Kakandep kepada pemohon dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak tanggal permohonan diterima.
- (2) Apabila permohonan disetujui, Kakandep harus menerbitkan SIK.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- (3) Apabila permohonan SIK ditolak, Kakandep harus membuat alasan penolakan tersebut.
- (4) Bentuk surat penolakan SIK sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sebagaimana formulir VI terlampir.

Pasal 24

Kakandep menyampaikan laporan secara berkala kepada Kakanwil setempat tentang pelaksanaan pemberian atau penolakan SIK diwilayahnya dengan tembusan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Organisasi profesi setempat.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 25

- (1) Direktur Jenderal, Kakanwil, Kakandep dan/atau organisasi profesi melakukan pembinaan untuk peningkatan keahlian dan keterampilan bidang profesi tenaga perawat gigi di wilayahnya.
- (2) Kegiatan pembinaan yang dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan antara lain melalui pendidikan berkelanjutan, seminar, kursus, pelatihan, pelatihan jarak jauh.

Pasal 26

Pimpinan sarana kesehatan wajib melaporkan perawat gigi yang melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada sarana kesehatannya kepada Kakandep dengan tembusan kepada organisasi profesi.

Pasal 27

Perawat gigi selama menjalankan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut harus menaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 28

Ketentuan lebih lanjut penyelenggaraan pembinaan dan pengawasan perawat gigi ditetapkan oleh Direktur Jenderal.



BAB VII SANKSI

Pasal 29

- (1) Kakandep dapat menjatuhkan sanksi administratif kepada perawat gigi yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan keputusan ini.
- (2) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui :
 - a. Peringatan lisan atau;
 - b. Peringatan tertulis dan;
 - c. Pencabutan surat izin kerja.
- (3) Organisasi profesi dapat mengusulkan sanksi administratif kepada Kakandep terhadap perawat gigi yang melakukan pelanggaran ketentuan keputusan ini.

Pasal 30

Kakandep dalam mengambil tindakan administratif sebagaimana di maksud dalam Pasal 29 ayat (2) butir c terlebih dahulu mendengar pertimbangan dari Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK).

Pasal 31

Kakandep memberikan tembusan kepada organisasi profesi setempat untuk setiap pencabutan SIK.

Pasal 32

Pimpinan sarana kesehatan yang tidak melaporkan perawat gigi yang melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut sebagaimana dimaksud dalam pasal 25 dan/atau mempekerjakan perawat gigi tanpa izin dikenakan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan yang berlaku.

Pasal 33

Terhadap tenaga perawat gigi yang sengaja:

- a. Melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut tanpa izin sebagaimana dimaksud Pasal 7 ayat (2).
- b. Melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut yang tidak sesuai dengan standar profesi atau tidak menghormati hak pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (1) dipidana sesuai ketentuan Pasal 35 Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.



BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 34

- (1) Perawat gigi yang saat ini sedang melakukan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut di sarana kesehatan wajib memiliki SIPG dan SIK.
- (2) SIPG sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dengan mengajukan permohonan secara kolektif kepada Kakanwil ditempat dimana bekerja.
- (3) SIK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dengan mengajukan permohonan secara kolektif kepada Kakandep ditempat dimana bekerja.
- (4) Permohonan SIPG sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dengan melampirkan:
 - a. Fotokopi ijazah pendidikan perawat gigi;
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - c. Pasfoto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
- (5) Permohonan SIK sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dengan melampirkan:
 - a. Fotokopi ijazah pendidikan perawat perawat gigi;
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - c. Pasfoto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar
 - d. Surat keterangan dari pimpinan sarana kesehatan yang menyatakan masih bekerja sebagai perawat gigi pada institusi bersangkutan.
- (6) Perawat gigi yang saat ini tidak melakukan pekerjaan asuhan kesehatan gigi dan mulut dapat memperoleh SIPG dengan mengajukan permohonan kepada KaKanwil setempat dengan melampirkan:
 - a. Fotokopi ijazah pendidikan perawat gigi;
 - b. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - c. Pasfoto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 35

Apabila terjadi penghapusan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan dan Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten/Kota karena penerapan peraluran perundang-undangan baru, maka unit kerja atau unit organisasi yang menggantinya di provinsi, kota dan kabupaten akan melaksanakan peran, tugas dan fungsi yang diatur dalam keputusan ini.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 36

Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan keputusan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 11 Juli 2000

MENTERI KESEHATAN,



Dr. Achmad-Sujudi

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Laporan Lulusan Pendidikan
Perawat Gigi

Kepada Yth,
Kepala Kantor Wilayah Departemen
Kesehatan Provinsi.....
Di

Dengan ini kami laporkan lulusan pendidikan perawat gigi sebagai berikut.

No	Nama lengkap	L/P	Tempat dan Tanggal Lahir	Lulus Tahun	Alamat	Keterangan

.....200.....
Pimpinan.....
(.....)

- Tembusan :
- 1. Dirjen Yanmedik Depkes RI c/q Dit. Yankes Gigi
 - 2. Karo Kepegawaian Seljen Depkes RI
 - 3. Kapusdiknakes Depkes RI

Formulir II

Perihal : Permohonan Surat Izin
Perawat Gigi

Kepada Yth.
Kepala Kantor Wilayah Departemen
Kesehatan Provinsi.....
di

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Perawat Gigi
sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1019/Menkes/SK/VII/2009
Tentang Registrasi dan Izin Kerja Perawat Gigi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- Fotokopi ijazah perawat gigi;
- Surat keterangan sehat dari dokter;
- Pasfoto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....
Yang memohon,

LOGO BAKTI HUSADA

DEPARTEMEN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

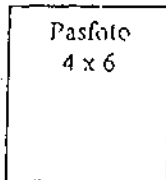
SURAT IZIN PERAWAT GIGI

Nomor:

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1019/Lenkes/SK/VII/2000 tentang Registrasi dan Izin Kerja Perawat Gigi, maka kepada :

Nama :
Tempat, tanggal lahir :
Lulusan : Tahun.....

Dinyatakan telah terdaftar sebagai perawat gigi pada Departemen Kesehatan dengan Nomor registrasi dan diberi kewenangan untuk dapat melakukan pekerjaan sebagai perawat gigi di seluruh wilayah Republik Indonesia.
Surat Izin Perawat Gigi ini berlaku sampai dengan tanggal



Dikeluarkan Pada tanggal :

An. Menteri Kesehatan
Kepala Kantor Wilayah Departemen
Kesehatan Provinsi.....

.....Nama.....
NIP.

LOGO BAKTI HUSADA

KEPALA KANTOR DEPARTEMEN KESEHATAN KABUPATEN-KOTA

SURAT IZIN KERJA

Nomor:

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1019/Menkes/SK/VII/2000 tentang Registrasi dan Izin Kerja Perawat Gigi, maka kepada :

(nama)

Tempat/Tgl. Lahir :

Alamat Rumah :

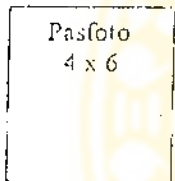
Surat Izin Perawat Gigi Nomor :

Dikeluarkan Oleh :

Pada Tanggal :

Diberikan izin kerja untuk melakukan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada:..... (sebut nama sarana kesedatannya alamat, nama kota, Kabupaten/Kota)

Surat Izin Kerja ini berlaku sampai dengan tanggal..... (sebut Tgl. STPG)



Dikeluarkan pada tanggal

Kepala Kantor Departemen Kesehatan
Kabupaten/Kota

..... Nama

..... NIP.

Tembusan :

1. Kepala Kantor Wilayah Kesehatan Kabupaten
2. Direktur Kesehatan Gigi Dijen. danmed
3. Ketua Organisasi Profesi

Formulir V

Perihal : Permohonan Surat Izin Kerja Perawat Gigi

Kepada Yth,
Kepala Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten/Kota
.....
di
.....

Dengan hormat,
Yang berlandas tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja pada:..... (sebut nama sarana kesihatannya, alamat, nama kota, Kabupaten/Kota), sesuai Dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1019/Menkes/SK/VII/2000 tentang Registrasi dan Izin Kerja Perawat Gigi.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi KTP
- b. Fotokopi SIPG yang masih berlaku;
- c. Surat keterangan sehat dari dokter;
- d. Pasfoto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
- e. Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyebutkan tanggal mulai bekerja sebagai perawat gigi.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....
Yang memohon,

Nama

Formulir V

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Penolakan Permohonan Surat
izin Kerja (SIK) Perawat Gigi

Kepada Yth.

.....
di
.....

Sehubungan dengan surat permohonan Saudara, perihal Permohonan izin Kerja Perawat Gigi, setelah dilakukan penilaian atas permohonan tersebut, diberitahukan bahwa permohonan saudara tidak dapat disetujui karena:

- 1.
- 2.
- 3.

Selanjutnya saudara diminta untuk.....

Demikian untuk dimaklumi.

..... 200
Kepala Kantor Departemen Kesehatan
Kabupaten/Kota

..... Nama

Nip.

