



## Persyaratan & Permohonan Pendanaan Ortodontik

*Dokumen ini menyediakan informasi rinci mengenai persyaratan dan protokol Program Ortodontik Smile Train, serta permohonan pendanaannya secara offline. Calon mitra harus meninjau informasi ini sebelum mengajukan permohonan pendanaan Ortodontik dan harus mematuhi protokol ini jika dikabulkan.*

### 1. TUJUAN PENDANAAN ORTODONTIK SMILE TRAIN

- Terapi Smile Train ditujukan untuk membantu implementasi, perbaikan, dan/atau pertumbuhan perawatan sumbing ortodontik yang komprehensif dan terkoordinasi. Perawatan yang berkualitas dan aman adalah prioritas utama, pendanaan Smile Train akan mempermudah proses dan menunjang program penyediaan perawatan yang baik.
- Pendanaan ortodontik bukan ditujukan untuk mengganti atau menutupi biaya perawatan ortodontik yang sudah ada, atau membantu gaji.
- Sebelum mengajukan permohonan, calon mitra Smile Train dianjurkan untuk memeriksa protokol perawatan sumbing yang mereka miliki untuk mengidentifikasi perubahan yang diperlukan untuk meningkatkan akses dan/atau kualitas layanan.

### 2. PRINSIP-PRINSIP PENYEDIAAN PERAWATAN ORTODONTIK

Pasien-pasien yang terlahir dengan bibir sumbing dan langit-langit mulut mengalami perubahan pada gigi dan tulang-tulang maksilofasial yang mempengaruhi bentuk, struktur, jumlah, dan posisi yang dapat mempengaruhi jaringan gusi. Biasanya kondisi ini dialami pada tulang kraniofasial, dari maloklusi yang ringan hingga perbedaan maksila-mandibula yang parah. Intervensi ortopedi/ortodontik yang berkualitas tinggi dan tepat pada waktunya akan mencegah atau mengurangi keparahan maloklusi dan dampaknya pada kesehatan oral dan kesejahteraan.

Harus diketahui pentingnya untuk menginformasikan dan mengedukasi para pasien dan keluarganya tentang pentingnya perawatan sumbing yang komprehensif, dan intervensi yang mungkin dilakukan selama masa pertumbuhan untuk membantu mempersiapkan dan memastikan kepatuhan mereka yang penuh dalam perawatan.

Diagnosis yang baik dan pencatatannya sangat diperlukan dalam merencanakan perawatan yang sesuai dengan pertumbuhan untuk memberi perawatan yang efisien dan menguntungkan. Komunikasi yang baik dengan tim komprehensif sangat penting untuk mengkoordinasi lajunya perawatan dan untuk menghindari perawatan berlebihan dan mengurangi beban dalam perawatan.

#### **Prabedah Ortopedik**

Selama bulan-bulan awal kehidupan, beragam alat aktif dan pasif seperti pelat dapat membantu mempersempit sumbing dengan mengarahkan pertumbuhan langit-langit mulut dan alveolar ke arah posisi yang lebih fisiologis, sangat penting untuk mencegah runtuhnya segmen langit-langit mulut, dan peralatan tersebut dapat membantu bayi agar bisa makan dengan baik. Selain ini, nasal conformer

menstimulasi jaringan untuk memperbaiki ukuran kolumela, bentuk lubang hidung, dan posisi septum yang menyimpang dalam persiapan operasi bibir primer.

### **Gigi Campuran**

Antara umur 6-12, pengawasan pada pertumbuhan orofasial pasien sangat diperlukan untuk mengidentifikasi keperluan bantuan stimulasi dengan ekspander dan masker (pada kasus tertentu) untuk memastikan pertumbuhan struktur tulang wajah yang seimbang. Selain itu, perangkat-perangkat yang ditanam dapat dipakai untuk merapikan gigi dan membentuk lengkungan alveolar maksila yang benar dalam persiapan pencangkokan tulang alveolar.

### **Gigi Permanen**

Saat gigi permanen sudah terlihat di mulut, bracket dan perangkat lainnya dapat ditanam untuk merapikan gigi pada bidang horizontal, transversal dan vertikal agar bisa berfungsi dengan baik dan tampak estetik. Dalam kasus-kasus tertentu, perawatan ini dapat diberikan untuk mempersiapkan operasi rahang pada pasien di masa yang akan datang. Kerjasama yang baik dengan tim operasi sangat penting untuk menganalisis kapan pasien siap dioperasikan dan meninjau lanjut setelah prosedur operasi untuk menetapkan perawatan ortodontik.

Mengingat kerentanan dalam kesehatan oral pada pasien sumbing, evaluasi ahli-ahli yang berbeda sangat diperlukan sebelum perawatan ortodontik dimulai, pelaksanaan evaluasi pada gusi, khususnya gigi-gigi yang dekat dengan sumbing, tingkat karies gigi, dan rehabilitasi yang diperlukan sebelum penanaman perangkat tetap. Model pencegahan harus diimplementasikan dengan memprioritaskan edukasi pada kebiasaan makan, kebersihan mulut, dan teknik non-invasif atau perawatan invasif yang minimal untuk memperbaiki kesehatan oral dan mengurangi biaya dan beban perawatan.

## **3. CAKUPAN LAYANAN DAN PERMOHONAN PENDANAAN**

Permohonan pendanaan nutrisi Smile Train yang lengkap meliputi:

- Permohonan Pendanaan Ortodontik (di bawah)
- Contoh Rencana Anggaran Pendanaan Ortodontik Smile Train

Persediaan dan aktivitas yang diadakan beragam dan tergantung pada keperluan yang teridentifikasi oleh pemohon untuk mengimplementasi perawatan ortodontik atau meningkatkan kualitas bantuan perawatan yang sedang diberikan pada pasien bibir sumbing dan langit-langit mulut. Pendanaan dapat kemungkinan disetujui untuk membayar biaya alat-alat, biaya persediaan seperti akrilik, sekrup, kawat, dll; biaya X-Ray sebelum dan sesudah operasi (bukan dari pihak internal), biaya materi-materi edukatif, dll. Bila bantuan hanya satu kali diperlukan untuk alat-alat, pemohon dapat menghubungi wakil Smile Train untuk mendiskusikan potensi pendanaan tambah alat.

## **4. SYARAT-SYARAT MITRA ORTODONTIK**

### **4.1 Persyaratan Umum**

Mitra yang menerima manfaat dari pendanaan ortodontik harus:

- Menggunakan dana hanya untuk biaya langsung program ortodontik sumbing (alat-alat, persediaan dan/atau aktivitas-aktivitas yang dijelaskan dalam surat permohonan).
- Menjadi bagian dari koordinasi dan komunikasi yang kuat dengan tim perawatan sumbing yang komprehensif

- Memberikan layanan ortodontik sumbing kepada pasien Smile Train secara gratis.
- Mengelola catatan keuangan dana bantuan untuk keperluan audit.
- Menyerahkan dokumen pasien penerima manfaat dari pendanaan ortodontik ke *database* Smile Train Express (STX).
- Mengumpulkan kisah pasien yang menunjukkan manfaat dari pendanaan.
- Menyerahkan Laporan Pendanaan (FR) pada akhir periode pendanaan.
- Bersedia untuk dikunjungi oleh staf dan penasihat Smile Train.
- Responsif terhadap email, survei, dan pertanyaan mengenai pemberian perawatan nutrisi.

#### 4.2 Syarat Pelaporan Smile Train Express (STX)

- Pusat mitra ST dianjurkan untuk mengajukan semua dokumentasi perawatan ortopedi/ortodontik melalui database rekam medis Smile Train Express (STX).
- Semua dokumentasi harus lengkap, akurat, dan diajukan pada waktunya.
- Semua praktisi harus merujuk pada Petunjuk Dokumentasi STX Rekam Orthodontik untuk mempelajari kebijakan dan syarat pelaporan Smile Train, serta teknik yang sesuai untuk mengumpulkan foto, x-ray dan data pasien.

#### 4.3 Persyaratan Infrastruktur

Fasilitas kesehatan yang memohon pendanaan ortodontik harus memiliki:

- Ruang/kantor perawatan gigi yang khusus untuk melaksanakan prabedah ortopedik dan/atau perawatan ortopedik/ortodontik.
- Laboratorium (bila perangkat dibuat oleh pihak internal) dan ruang untuk pencatatan, gips gigi, dll.
- Semua pemohon harus mengirim foto semua ruangan yang berbeda (kantor perawatan gigi, ruang tunggu, laboratorium, dll)

#### 4.4 Perangkat, Alat-alat dan Persediaan

Pentingnya mempunyai perangkat yang diperlukan dan pemasokan untuk memberikan perawatan yang berkualitas tinggi dan aman:

- Ruang Praktik Dokter Gigi dengan kursi dental
  - ✓ Pengisapan
  - ✓ Handpiece micro-motor berfrekuensi rendah
  - ✓ Handpiece berfrekuensi tinggi
  - ✓ Jarum suntik udara dan air
  - ✓ Penampakan stainless steel
  - ✓ Bangku operator dental
- Kompresor udara
- Autoklaf/pembersih ultrasonik untuk sterilisasi alat-alat
- Set tang ortodontik (weingart, 139 kawat ringan, 139 kawat berat, pemotong kawat berat, pemotong ujung distal, pemotong pengikat, pembuluh darah, penempatan modul, tang pengangkat bracket, dll.)
- Set pengikat (semua ukuran retraktor pipi, agen pengikat, penjepit pegangan bracket, dll)
- Kit dasar pemeriksaan gigi
- Handpiece micromotor/dental freedom dan bor trimming yang diperlukan untuk akrilik

- Perlengkapan catatan fotografis klinis: Cermin intraoral, retraktor intraoral, lampu ring, latar belakang polos, dll.)
- X-Ray Sefalometri, Panoramik, dan periapikal (dari pihak internal atau pihak eksternal)

#### 4.5 Syarat-Syarat Karyawan

Seluruh penyedia layanan ortodontik dan/atau PSIO harus disetujui oleh ST melalui proses permohonan praktisi. Seluruh praktisi yang mengajukan diri harus menyerahkan dokumen sebagai berikut:

- CV mencakupi:
  - ✓ Informasi kontak
  - ✓ Informasi pelatihan dental dan nomor lisensi
  - ✓ Pelatihan ortodontik dan nomor lisensi
  - ✓ Edukasi terkait sumbing
  - ✓ Pengalaman kerja menangani sumbing
  - ✓ Publikasi
  - ✓ Pengalaman Riset
- Kasus-Kasus Sumbing Ortodontik: Dokumen berupa Power Point, PDF atau Word dengan 3-5 kasus sumbing yang lengkap, deskripsi penanganan, harus mencakup foto berkualitas sebelum dan sesudah (silakan rujuk pada dokumentasi pencatatan fotografis ortodontik), foto-foto bisa menunjukkan evaluasi hasil akhir dan penanganan kasus-kasusnya.
- Sertakan kasus tahap perawatan yang diajukan untuk pendanaan (misal, PSIO, Gigi Campuran dan/atau Gigi Permanen)

Silakan menghubungi kontak Smile Train setempat jika ada pertanyaan tentang proses atau persyaratan persetujuan praktisi.

#### 4.6 Protokol Perawatan

Buat dokumen yang berisi penjelasan tentang jalur ortopedik/ortodontik yang sedang dialami pasien di pusat layanan kesehatan Anda. Silakan merujuk pada dokumen Pedoman Global Pengobatan Ortodontik yang mencakup seleksi pasien, tahap perawatan, tujuan, jangka waktu perawatan, dan pencatatan yang diperlukan untuk pelaporan yang benar.

#### 4.7 Perawatan & Rujukan Tim Sumbing

ST berupaya untuk mendukung semua pusat mitra dalam menyediakan layanan perawatan sumbing komprehensif (*Comprehensive Cleft Care/CCC*) yang berkualitas tinggi. Perawatan sumbing yang komprehensif memerlukan Tim Sumbing interdisipliner yang terdiri dari berbagai profesional medis yang bekerja sama secara erat untuk menyediakan perawatan penting bagi pasien sumbing. Semua area CCC harus dipertimbangkan saat membuat keputusan evaluasi dan pengobatan, dan semua penyedia Tim Sumbing (ahli bedah, ahli gizi, terapis bicara, dll.) harus mengetahui rencana dan tujuan pengobatan pasien. Semua materi dan kebijakan Smile Train harus ditinjau bersama praktisi Tim Sumbing yang memberikan perawatan dengan pendanaan ini.

#### 4.8 Persyaratan Penyelesaian dan Pembaruan Pendanaan

Mengingat beberapa perawatan membutuhkan waktu lebih lama daripada yang lain (misalnya, pertumbuhan gigi permanen membutuhkan waktu lebih lama daripada PSIO), ada kemungkinan untuk meminta pendanaan guna mendukung perawatan pasien baru hanya dengan mengunggah catatan

"awal perawatan" dan "penilaian menengah" di platform kasus-kasus yang perawatannya masih berlangsung.

Mitra yang menerima pendanaan harus menyerahkan Laporan Pendanaan (LP) melalui Portal Mitra Smile Train, dengan tenggat waktu 30 hari setelah akhir periode anggaran yang diberikan. Jangka waktu pendanaan dapat disesuaikan jika diperlukan. Mitra harus menghubungi kontak Smile Train setempat untuk meminta perubahan jangka waktu pendanaan.

Tidak ada pendanaan lebih lanjut yang akan dipertimbangkan kapan:

- Laporan Pendanaan belum diselesaikan dan diserahkan melalui Portal Mitra Smile Train
- Informasi yang diberikan dalam Laporan Pendanaan tidak mencerminkan informasi yang dikumpulkan dalam basis data STX
- Catatan STX hilang atau tidak lengkap
- Analisis catatan STX menunjukkan kualitas perawatan yang buruk dan/atau tidak ada peningkatan kualitas perawatan

Pendanaan lebih lanjut dapat dipertimbangkan jika target utama penyediaan perawatan yang berkualitas terpenuhi dan kebutuhan terhadap pendanaan tambahan dapat dibenarkan. Proses permintaan pendanaan tambahan serupa dengan permintaan pendanaan awal, tetapi mitra harus memberikan alasan kebutuhan pendanaan lanjutan.

## 5. AUDIT

- Seluruh program tergantung pada audit medis dan audit keuangan
- Pendanaan dapat dihentikan sewaktu-waktu atas kebijakan Smile Train tanpa memberikan alasan apa pun

## Aplikasi Pendanaan Ortodontik

*Permohonan offline ini akan membantu Anda dalam mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk mengajukan pendanaan Smile Train. Jika organisasi Anda belum pernah menerima pendanaan sebelumnya, dokumentasi hukum tambahan dan informasi transfer bank mungkin akan diminta. Permohonan ini akan ditinjau oleh Smile Train dan umpan balik akan diberikan.*

<b>PENDAFTARAN INFORMASI ORGANISASI</b> Dilengkapi hanya jika organisasi Anda baru terdaftar di Smile Train	
<b>Nama Organisasi</b>	
<b>Informasi Kontak</b> Alamat, telepon, email, situs web	
<b>Jenis Organisasi</b> misal: rumah sakit, nonprofit, universitas, individu	
<b>Kepemilikan</b> misal: swasta, pemerintah, keagamaan	

<b>INFORMASI KONTAK UTAMA</b> Hal ini harus diselesaikan untuk individu yang mengawasi pendanaan ortodontik	
<b>Nama Kontak Utama</b>	
<b>Alamat Email</b>	
<b>Jabatan &amp; Profesi</b>	

PERMINTAAN PENDANAAN	
Jumlah yang Diminta dalam Dolar AS: atau Smile Train menerima mata uang lokal	
Berapa persen dari total biaya proyek yang akan didukung oleh Smile Train dengan pendanaan ini?	
Dari sumber lain apa pusat Anda akan menerima dukungan pendanaan untuk proyek ortodontik ini? Pilih semua yang berlaku.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemerintah</li> <li>• Pembayaran pasien</li> <li>• Sumber daya pusat perawatan sendiri</li> <li>• Organisasi nirlaba lain yang berfokus pada sumbing</li> <li>• Organisasi lain</li> <li>• Tidak ada</li> </ul>
Tanggal mulai periode pendanaan yang diusulkan:	
Tanggal akhir periode pendanaan yang diusulkan:	
Wilayah Geografis Utama yang Dilayani:	

PERMINTAAN PENDANAAN	
Jumlah yang Diminta dalam Dolar AS: atau Smile Train menerima mata uang lokal	
Berapa persen dari total biaya proyek yang akan didukung oleh Smile Train dengan pendanaan ini?	

<p><b>Dari sumber lain apa pusat Anda akan menerima dukungan pendanaan untuk proyek ortodontik ini?</b> Pilih semua yang berlaku.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemerintah</li> <li>• Pembayaran pasien</li> <li>• Sumber daya pusat perawatan sendiri</li> <li>• Organisasi nirlaba lain yang berfokus pada sumbing</li> <li>• Organisasi lain</li> <li>• Tidak ada</li> </ul>
<p><b>Tanggal mulai periode pendanaan yang diusulkan:</b></p>	
<p><b>Tanggal akhir periode pendanaan yang diusulkan:</b></p>	
<p><b>Wilayah Geografis Utama yang Dilayani:</b></p>	

<b>LATAR BELAKANG MITRA</b>	
<p><b>Rata-rata, berapa banyak pasien dengan sumbing yang memulai perawatan ortodontik per bulan di pusat kesehatan Anda?</b></p>	
<p><b>Secara total, berapa banyak pasien sumbing yang menerima perawatan bedah di pusat kesehatan Anda dalam 12 bulan terakhir?</b></p>	
<p><b>Secara total, berapa banyak operasi Cangkok Tulang Alveolar yang dilakukan di pusat Anda dalam 12 bulan terakhir?</b></p>	

<p>Satu atau lebih dokter bedah sumbing harus berafiliasi dengan semua program ortodontik yang didanai Smile Train untuk memastikan bahwa perawatan selaras dengan operasi sumbing yang berkualitas. Harap sebutkan nama dokter bedah sumbing yang berafiliasi dengan program ortodontik sumbing ini:</p>	
<p>Apakah pusat Anda saat ini memiliki semua bahan dan peralatan yang diperlukan untuk mendukung program ortodontik sumbing, seperti yang dinyatakan dalam Persyaratan &amp; Aplikasi Pendanaan Ortodontik Smile Train?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>
<p>Jika tidak, jelaskan sumber daya yang tersedia secara rinci:</p>	
<p>Berapa banyak pasien dengan sumbing yang diharapkan mendapat manfaat dari pendanaan ortodontik ini selama periode pendanaan yang diusulkan?</p>	
<p>Harap nyatakan jumlah pendanaan yang diminta dari Smile Train PER PASIEN untuk setiap tahap perawatan berikut.</p> <p>Tarif yang dinyatakan di bawah ini harus sesuai dengan tarif yang diminta dalam anggaran yang diajukan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi Bayi Prabedah (<i>Presurgical Infant Orthopedics/PSIO</i>):</li> <li>• Gigi Campuran:</li> <li>• Gigi Permanen:</li> </ul>
<p>Mohon berikan ringkasan proyek Anda dalam satu kalimat:</p>	

## KEBUTUHAN & TUJUAN MITRA

**Silakan sebutkan kebutuhan pendanaan ini:**

- Bagaimana pendanaan ini akan mengatasi kesenjangan dalam penyediaan perawatan ortodontik sumbing di pusat Anda?
- Bagaimana pendanaan ini akan meningkatkan kualitas penyediaan perawatan ortodontik dan/atau aksesibilitas layanan bagi pasien dengan sumbing di pusat kesehatan Anda?
- Bagaimana pendanaan ini akan membantu Anda meningkatkan jumlah pasien dengan celah bibir yang menerima perawatan ortodontik di pusat Anda?
- Tujuan apa yang akan Anda capai dengan pendanaan ini?

**Jelaskan secara rinci bagaimana Anda berencana untuk memanfaatkan pendanaan ortodontik Smile Train, jika diberikan:**

- Bagaimana Anda akan merekrut dan memilih pasien?
- Tahapan perawatan ortodontik apa yang akan diberikan kepada pasien?
- Bagaimana Anda akan memfasilitasi tindak lanjut dan penyesuaian?
- Jelaskan protokol ortodontik/ortopedi yang Anda ikuti di pusat Anda. Tentukan kelompok usia, teknik perawatan, perangkat yang digunakan, dan lama perawatan.

**Jelaskan secara rinci program pendidikan kebersihan mulut yang akan Anda berikan kepada pasien dan pengasuh selama perawatan ortopedi/ortodontik mereka, termasuk materi, sumber daya pendidikan, dan peralatan.**

## PRAKTIKI PERAWATAN ORTODONTIK

Harap sertakan semua praktisi yang akan bertanggung jawab atas salah satu dari tiga tahap perawatan ortodontik sumbing (Ortodontik Bayi Prabedah/Gigi Campuran/Gigi Permanen). Jika praktisi baru ditambahkan di kemudian hari, informasi mereka harus dikirim ke manajer Smile Train untuk persetujuan dan pendaftaran di Smile Train Express.

<b>Nama praktisi:</b>					
<b>*Menyediakan perawatan ortodontik berikut (pilih semua yang berlaku)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedi Bayi Prabedah</li> <li>• Gigi Campuran</li> <li>• Gigi Permanen</li> </ul>				
<b>Apakah orang ini merupakan staf penuh waktu di pusat ini?</b>					
<b>Jika ya, sudah berapa lama dia bekerja?</b> <b>Jika tidak, berapa hari dan jam per minggu ia akan bersedia mengabdikan diri untuk merawat pasien sumbing?</b>					
<b>Jenis Tenaga Medis</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Dokter Gigi Ortodontis</td> <td style="width: 50%; border: none;">Dokter Gigi</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Dokter Bedah</td> <td style="border: none;">Lainnya</td> </tr> </table>	Dokter Gigi Ortodontis	Dokter Gigi	Dokter Bedah	Lainnya
Dokter Gigi Ortodontis	Dokter Gigi				
Dokter Bedah	Lainnya				
<b>Gelar Tertinggi yang Diberikan</b>					
<b>Catatan tentang pengalaman dengan pasien sumbing di langit-langit mulut</b>					
<b>Jika ada lebih dari satu dokter gigi ortodontis yang bertanggung jawab atas program perawatan ortodontis sumbing di pusat ini, silakan isi bagian ini untuk masing-masing secara terpisah, di bawah.</b>					

## DOKUMEN TAMBAHAN

### **Dokumentasi tambahan berikut ini DIPERLUKAN:**

#### **Anggaran Terperinci**(dalam mata uang AS atau mata uang lokal)

Harap lengkapi Templat Anggaran Pendanaan Ortodontik Smile Train untuk memberikan rincian pendanaan yang Anda ajukan. Anggaran harus menunjukkan bagaimana dana yang diminta akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan ortodontik pasien sumbing di program Anda.

#### **Contoh Kasus**

Semua praktisi ortodontik yang mengajukan persetujuan Smile Train harus menyerahkan tiga contoh kasus, termasuk foto sebelum dan sesudah perawatan pasien yang terkena sumbing, untuk setiap tahap perawatan yang pendanaannya diajukan.

#### **Foto Infrastruktur**

Calon mitra harus menyerahkan foto fasilitas, peralatan, dan instrumen yang tersedia untuk menyediakan perawatan ortopedi/ortodontik di pusat tersebut.

#### **Protokol Perawatan Ortodontik**

Calon mitra harus menyerahkan deskripsi tertulis dan terperinci tentang protokol perawatan ortodontik yang dilakukan di pusat tersebut.