

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
NOMOR : 017/PER-DIR/RSDN/VIII/2023**

**TENTANG  
EVALUASI PRAKTIK PROFESIONAL BERKELANJUTAN BAGI STAF MEDIS  
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

- Menimbang : a. bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien, dan mengutamakan keselamatan pasien;
- b. bahwa agar kegiatan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dapat dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku rumah sakit harus melakukan monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap sikap, perkembangan profesional, dan hasil layanan klinis staf medis di RS Dharma Nugraha;
- c. bahwa agar kegiatan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b dapat dilaksanakan secara optimal, maka dipandang perlu menetapkan Penilaian kinerja Praktik Profesional Berkelanjutan (EPPB) bagi Staf Medis RS Dharma Nugraha dalam Peraturan Direktur.
- Mengingat
1. Undang–Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
  2. Undang–Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
  3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan;
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;
  6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 Tahun 2010 tentang

Standar Pelayanan Kedokteran;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/ IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktek dan pelaksanaan Praktek Kedokteran
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

**MEMUTUSKAN;**

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RS DHARMA NUGRAHA TENTANG EVALUASI PRAKTIK PROFESIONAL BERKELANJUTAN (EPPB) BAGI STAF MEDIS RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA;

Pasal 1

Peraturan Direktur tentang penilaian kinerja Praktik Profesional Berkelanjutan atau Ongoing Professional Practice Evaluation yang selanjutnya disebut OPPE bagi Staf Medis Rumah Sakit Dharma Nugraha;

Pasal

OPPE bagi Staf Medis RS Dharma Nugraha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1 Evaluasi dilakukan terhadap staf medis yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien di Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah, dan Intensif Care Unit;
- 2 Unsur dan Indikator OPPE bagi Staf Medis meliputi:

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR
a.	Sikap / Perilaku	
	1. Pemahaman dan implementasi terkait kode etik dan disiplin profesi	Tidak ada pelanggaran etik dan disiplin profesi
	2. Pemahaman dan implementasi perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	Tidak ada laporan dan atau pengaduan tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR
b.	Perkembangan Profesional	
	1) Asuhan pasien	Pengaduan layanan dokter oleh pasien dan keluarga
	2) Pengetahuan medik/klinik	Tingkat kepatuhan penerapan Panduan Praktik Klinik
	3) Praktik belajar berdasar bukti	dokter mengikuti diklat atau seminar minimal 20 jam per tahun
	4) Kepandaian berkomunikasi antar personal	Pengaduan oleh pasien/ keluarga, staf medis dan PPA lainnya terkait komunikasi yang tidak efektif dalam pemberian asuhan pelayanan pasien
	5) Profesionalisme	(1) Waktu tunggu rawat jalan $\leq 60$ menit minimal 80 % (2) kepatuhan waktu visite pasien rawat inap minimal 80 %
	6) Praktik berbasis sistem	Tingkat kepatuhan pemberian obat sesuai formularium nasional minimal 80 %
c.	Kinerja Klinis	
	1) Dokter spesialis bedah dan non bedah	(1) Kelengkapan pengisian Rekam Medis Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap minimal 90 % (2) Ketepatan waktu pengisian Rekam Medis pengkajian Awal Pasien Ranap minimal 90 %
	2) Dokter spesialis anestesi	(1) kelengkapan pengisian Rekam Medis Pra Anestesi sebelum pelaksanaan operasi minimal 90 % (2) ketepatan waktu pengisian Rekam Medis Pra Anestesi sebelum pelaksanaan operasi minimal 90 %
	3) Dokter IGD	(1) Kelengkapan pengisian Pengkajian Pasien Gawat Darurat minimal 90 % (2) Ketepatan waktu pengisian Pengkajian Pasien Gawat Darurat minimal 90 %
	4) Dokter Gigi	Kelengkapan pengisian dan atau penandaan Odontogram Status Gigi Dan Rongga Mulut di klinik Rawat Jalan dengan benar minimal 90 %

### Pasal 3

1. OPPE bagi Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 dilaksanakan dengan menggunakan formulir penilaian sebagaimana tercantum dalam lampiran 1 peraturan ini;
2. Pengisian Formulir OPPE bagi Staf Medis Rumah Sakit Dharma Nugraha sebagaimana dimaksud Ayat 1 Pasal ini keputusan ini berpedoman pada Profil

Indikator OPPE Bagi Staf Medis RS Dharmas Nugraha sebagaimana tercantum dalam lampiran 2 peraturan ini

Pasal 4

Biaya yang timbul akibat pelaksanaan Peraturan ini dibebankan pada anggaran Rumah Sakit Dharma Nugraha;

Pasal 5

Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada Peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 21 Agustus 2023

**DIREKTUR**

  


**drg. Purwanti Aminingsih MARS, PhD**

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR  
NOMER 017/PER-DIR/RSDN/VIII/2023  
TENTANG FORMULIR  
EVALUASI PRAKTIK PROFESIONAL  
BERKELANJUTAN BAGI STAF MEDIS

FORMULIR OPPE BAGI STAF MEDIS  
RS DHARMA NUGRAHA

1. Formulir 1 OPPE Dokter Spesialis Bedah dan Non Bedah
2. Formulir 2 OPPE Dokter Spesialis Anestesi
3. Formulir 3 OPPE Dokter Umum di Instalasi Gawat Darurat
4. Formulir 4 OPPE Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis

**FORMULIR 1 OPPE DOKTER SPESIALIS BEDAH DAN NON BEDAH**  
**RS DHARMA NUGRAHA**

Periode Penilaian : .....-..... Tahun 2023

Nama Dokter : KSM / Unit :

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
<b>A</b>	<b>SIKAP / PERILAKU</b>				
	1. Pemahaman dan implementasi terkait kode etik dan disiplin profesi	Tidak ada pelanggaran etik dan disiplin profesi	0 (nol) kali		
	2. Pemahaman dan implementasi perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	Tidak ada laporan dan atau pengaduan tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	0 (nol) kali		
<b>B.</b>	<b>PERKEMBANGAN PROFESIONAL</b>				
	1. Asuhan pasien	Pengaduan layanan dokter oleh pasien dan keluarga	0 (nol) kali		
	2. Pengetahuan medik/klinik dan pengelolaan sumber daya	Tingkat kepatuhan penerapan PPK dan atau CP	90% -100%		
	3. Praktik belajar berdasar bukti	dokter mengikuti diklat atau seminar minimal 20 jam per tahun	100 %		
	4. Kepandaian berkomunikasi antar personal	Pengaduan oleh pasien/ keluarga dan PPA lain nya terkait komunikasi yang tidak efektif dalam pemberian asuhan pelayanan pasien	0 (nol) kali		
	5. Profesionalisme	a. Waktu tunggu rawat jalan $\leq$ 60 menit	minimal 80 %		
		b. kepatuhan waktu visite pasien rawat inap minimal 80 %	minimal 80 %		

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
	6. Praktik berbasis sistem	Tingkat kepatuhan penulisan resep sesuai formularium nasional	Minimal 80%		
C	<b>KINERJA KLINIS</b>	1. Kelengkapan pengisian Rekam Medis Assesmen Awal Pasien Rawat Inap	Minimal 90 %		
		2. Ketepatan waktu pengisian Rekam Medis Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap	Minimal 90 %		

Dokter yang dinilai

Manajer yanmed

Ketua komite medik

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )

**FORMULIR 2 OPPE DOKTER SPESIALIS ANESTESI  
DI RS DHARMA NUGRAHA**

Periode Penilaian : .....-..... Tahun 2023

Nama Dokter :

KSM / Unit :

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
<b>A</b>	<b>SIKAP / PERILAKU</b>				
	1. Pemahaman dan implementasi terkait kode etik dan disiplin profesi	Tidak ada pelanggaran etik dan disiplin profesi	0 (nol) kali		
	2. Pemahaman dan implementasi perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	Tidak ada laporan dan atau pengaduan tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	0 (nol) kali		
<b>B.</b>	<b>PERKEMBANGAN PROFESIONAL</b>				
	1. Asuhan pasien	Pengaduan layanan dokter oleh pasien dan keluarga	0 (nol) kali		
	2. Pengetahuan medik/klinik dan pengelolaan sumber daya	Tingkat kepatuhan penerapan PPK dan atau CP	90% -100%		
	3. Praktik belajar berdasar bukti	dokter mengikuti diklat atau seminar minimal 20 jam per tahun	100 %		
	4. Kepandaian berkomunikasi antar personal	Pengaduan oleh pasien/ keluarga dan PPA lain nya terkait komunikasi yang tidak efektif dalam pemberian asuhan pelayanan pasien	0 (nol) kali		
	5. Profesionalisme	a. Waktu tunggu rawat jalan $\leq$ 60 menit	minimal 80 %		
		b. kepatuhan waktu visite pasien rawat inap minimal 80 %	minimal 80 %		



NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
	6. Praktik berbasis sistem	Tingkat kepatuhan penulisan resep sesuai formularium nasional	Minimal 80%		
C	KINERJA KLINIS	1. Kelengkapan pengisian Rekam Medis Assesmen kelengkapan pengisian assesmen pra anestesi	Minimal 90 %		
		2. Ketepatan waktu pengisian Rekam Medis Assesmen kelengkapan pengisian assesmen pra anestesi (sebelum pelaksanaan operasi)	Minimal 90 %		

Dokter yang dinilai

Manajer yanmed

Ketua komite medik

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )

**FORMULIR 3 OPPE DOKTER UMUM DI INSTALASI GAWAT DARURAT**  
**DI RS Dharma Nugraha**  
 Periode Penilaian : .....-..... Tahun 2023

---

Nama Dokter : KSM / Unit :

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
A	SIKAP / PERILAKU				
	1. Pemahaman dan implementasi terkait kode etik dan disiplin profesi	Tidak ada pelanggaran etik dan disiplin profesi	0 (nol) kali		
	2. Pemahaman dan implementasi perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	Tidak ada laporan dan atau pengaduan tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	0 (nol) kali		
B.	PERKEMBANGAN PROFESIONAL				
	1. Asuhan pasien	Pengaduan layanan dokter oleh pasien dan keluarga	0 (nol) kali		
	2. Pengetahuan medik/klinik dan pengelolaan sumber daya	Tingkat kepatuhan penerapan PPK dan atau CP	90% - 100%		
	3. Praktik belajar berdasar bukti	dokter mengikuti diklat atau seminar minimal 20 jam per tahun	100 %		
	4. Kepandaian berkomunikasi antar personal	Pengaduan oleh pasien/ keluarga dan PPA lain nya terkait komunikasi yang tidak efektif dalam pemberian asuhan pelayanan pasien	0 (nol) kali		
	5. Profesionalisme	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat < 5 menit	minimal 90 %		
	6. Praktik berbasis sistem	Tingkat kepatuhan penulisan resep sesuai formularium nasional	Minimal 80%		

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
C	KINERJA KLINIS	1. Kelengkapan pengisian Rekam Medis Assesmen Awal Pasien Gawat Darurat	Minimal 90 %		
		2. Ketepatan waktu pengisian Rekam Medis Pengkajian Awal Pasien Gawat Darurat	Minimal 90 %		

Dokter yang dinilai

Manajer yanmed

Wadir Medis

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )

**FORMULIR 4 OPPE DOKTER GIGI**  
**DI RS DHARMA NUGRAHA**  
 Periode Penilaian : .....-..... Tahun 2023

---

Nama Dokter : KSM / Unit :

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
<b>A</b>	<b>SIKAP / PERILAKU</b>				
	1. Pemahaman dan implementasi terkait kode etik dan disiplin profesi	Tidak ada pelanggaran etik dan disiplin profesi	0 (nol) kali		
	2. Pemahaman dan implementasi perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	Tidak ada laporan dan atau pengaduan tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu	0 (nol) kali		
<b>B.</b>	<b>PERKEMBANGAN PROFESIONAL</b>				
	1. Asuhan pasien	Pengaduan layanan dokter oleh pasien dan keluarga	0 (nol) kali		
	2. Pengetahuan medik/klinik dan pengelolaan sumber daya	Tingkat kepatuhan penerapan PPK dan atau CP	90% - 100%		
	3. Praktik belajar berdasar bukti	dokter mengikuti diklat atau seminar minimal 20 jam per tahun	100 %		
	4. Kepandaian berkomunikasi antar personal	Pengaduan oleh pasien/ keluarga dan PPA lain nya terkait komunikasi yang tidak efektif dalam pemberian asuhan pelayanan pasien	0 (nol) kali		
	5. Profesionalisme	Ketepatan waktu pelayanan rawat jalan dimulai selambat-lambatnya sesuai dengan jam praktik.	minimal 80 %		

NO	UNSUR EVALUASI	INDIKATOR	STANDAR /TARGET	HASIL / CAPAIAN	EVALUASI
	6. Praktik berbasis sistem	Tingkat kepatuhan penulisan resep sesuai formularium nasional	Minimal 80%		
C	KINERJA KLINIS	Kelengkapan pengisian dan atau penandaan Odontogram Status Gigi Dan Rongga Mulut di klinik Rawat Jalan dengan benar	Minimal 90 %		

Dokter yang dinilai

Manajer yanmed

Komite Medik

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )

**PROFIL INDIKATOR EVALUASI PRAKTIK PROFESIONAL  
BERKELANJUTAN ATAU ON GOING PROFESSIONAL PRACTICE  
EVALUATION (OPPE)  
BAGI STAF MEDIS RS DHARMA NUGRAHA**

**A. SIKAP / PERILAKU**

Indikator : Pengaduan tentang perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dari staf medis atau PPA lainnya

Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan dari staf medis atau PPA lainnya kepada manajemen (Kepala Bidang Pelayanan Medik) atau Tim Pengelola Pengaduan Masyarakat atas sikap atau perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan;</li> <li>2 perilaku yang tidak layak (inappropriate) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki;</li> <li>3 perilaku yang mengganggu (disruptive) antara lain <ol style="list-style-type: none"> <li>a) perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau</li> <li>b) mengintimidasi staf lain/ Bullying.</li> <li>c) “celetukan maut” adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain, misalnya mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien,</li> <li>d) melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan,</li> <li>e) memarahi staf klinis lainnya di depan pasien,</li> <li>f) kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, atau membuang rekam medis di ruang rawat atau tindakan yang tidak menyenangkan lainnya;</li> </ol> </li> <li>4 perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender;</li> </ol>
------------	---

	5 pelecehan seksual.
Dimensi	Keselamatan dan keamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan sikap atau perilaku dokter dalam mendukung budaya keselamatan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah keluhan atau pengaduan atas perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dari staf medis atau PPA lainnya
Denominator	-
Sumber data	Laporan Manajemen (Kepala Bidang Pelayanan Medik) dan Tim Pengelola Pengaduan Masyarakat
Standar	0 kali
Penanggung jawab	Koordinator Tim Pengelola Pengaduan Masyarakat dan Kepala Bidang Pelayanan Medik

## B. PERKEMBANGAN PROFESIONAL

### 1. Asuhan pasien

Indikator : Pengaduan layanan dokter oleh pasien dan keluarga dalam melaksanakan asuhan pasien,

Pengertian	<p>a. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada petugas, manajemen atau pengelola pengaduan atas pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar Pelayanan, atau pengabaian kewajiban rumah sakit terhadap pasien<sup>[1][2]</sup></p> <p>b. Keluhan atau pengaduan dari pasien atau keluarga pasien terkait pelaksanaan asuhan pasien oleh dokter atau PPA lainnya</p> <p>c. Pengaduan yang dimaksud huruf a dan yang dijadikan indikator penilaian harus memenuhi kriteria sebagai berikut :</p> <p>1) Pengaduan sudah dilakukan penelaahan dan pengklasifikasian serta termasuk dalam kategori</p>
------------	---

	<p>pengaduan</p> <p>2) Pengaduan dimaksud sudah dilakukan penanganan dan staf medis yang dilaporkan (terlapor) dinyatakan telah melakukan penyimpangan atau pelanggaran dalam memberikan pelayanan meliputi:</p> <p>a) terjadinya penyalahgunaan wewenang, indiscipliner termasuk sikap arogansi staf medis</p> <p>b) terjadinya kesalahan prosedur pelayanan</p> <p>c) terjadinya pelanggaran etik dan atau disiplin profesi,</p> <p>d) Komunikasi yang tidak efektif, atau</p> <p>e) terjadi pengabaian kewajiban terhadap pasien</p>
Dimensi	Kualitas pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan dan kualitas dokter dalam memberikan pelayanan termasuk edukasi kepada pasien dan atau keluarga terkait pemberian asuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah keluhan atau pengaduan dari pasien atau keluarga pasien terkait pelaksanaan asuhan pasien oleh dokter atau PPA lainnya yang memenuhi kriteria dimaksud
Denominator	-
Sumber data	Laporan Pengaduan masyarakat atau Pelanggan
Standar	0 kali
Penanggung jawab	Koordinator Tim Pengelola Pengaduan Masyarakat

## 2. Pengetahuan medik/klinik dan pengelolaan sumber daya

Indikator : Tingkat Kepatuhan Penerapan Panduan Praktik Klinik

Pengertian	<p>a. Tingkat kepatuhan staf medis (dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis) dalam melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) yang diberlakukan untuk 5 PPK prioritas di setiap KSM</p>
------------	--



	<p>b. Penentuan tingkat kepatuhan dilakukan dengan mengukur kesesuaian terhadap 5 unsur yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) anamnesis, apakah sesuai dengan poin-poin yang harus dilakukan anamnesis yang tercantum dalam PPK kepada pasien atau keluarga</li> <li>2) pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan fisik sesuai dengan temuan yang harus ada (sesuai yang tercantum dalam PPK)</li> <li>3) pemeriksaan penunjang, dilakukan sesuai ketentuan dalam PPK</li> <li>4) penentuan terapi atau tindakan dengan diagnosis, sesuai dalam ketentuan dalam PPK</li> <li>5) Edukasi yang diberikan sesuai dalam ketentuan dalam PPK</li> </ol> <p>c. Pengukuran tingkat kepatuhan dengan menggunakan check list yang disusun untuk setiap PPK prioritas yang yang sudah ditentukan di setiap KSM</p> <p>d. Pengukuran tingkat kepatuhan PPK terhadap staf medis dilakukan setiap bulan dengan ketentuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jumlah pasien 5 pasien per dokter per bulan</li> <li>2) Diagnosis 5 pasien dimaksud harus sesuai dengan diagnosis 5 PPK prioritas di setiap KSM</li> </ol> <p>e. Apabila jumlah pasien yang memenuhi syarat atau ketentuan untuk dilakukan pengukuran tingkat kepatuhan sebagaimana dimaksud huruf c kurang dari 5 maka tetap dilakukan pengukuran pada pasien yang ada.</p>
Dimensi	Mutu dan keselamatan pasien
Tujuan	<p>a. Mengukur tingkat kepatuhan staf medis dalam penatalaksanaan pasien</p> <p>b. Tergambarnya mutu dan keselamatan dalam pelayanan pasien</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah unsur penilaian yang sesuai dengan PPK
Denominator	Jumlah seluruh unsur yang dinilai (5 kali jumlah pasien)
Sumber data	Hasil pengukuran tingkat kepatuhan setiap staf medis melalui check list yang sudah disusun untuk setiap PPK
Standar	90 % - 100 %
Penanggung jawab	Manajer Pelayanan Pasien

### 3. Praktik belajar berdasar bukti

Indikator: dokter mengikuti pendidikan, pelatihan, workshop dan atau seminar minimal 20 jam per tahun

Pengertian	<p>a. Pendidikan dan pelatihan (diklat) adalah penyelenggaraan proses belajar mengajar dalam rangka meningkatkan kompetensi (pengetahuan, ketrampilan dan sikap) staf medis dalam memberikan asuhan pelayanan medis</p> <p>b. Workshop adalah sebuah kegiatan atau acara yang dilakukan, di mana beberapa orang yang memiliki keahlian di bidang tertentu berkumpul untuk membahas masalah tertentu dan mengajari para peserta workshop untuk praktek.</p> <p>c. Seminar merupakan sebuah kegiatan bentuk pengajaran akademis, baik di sebuah universitas maupun diberikan oleh suatu organisasi komersial atau profesional. Seminar biasanya memiliki fokus pada suatu topik yang khusus, di mana mereka yang hadir dapat berpartisipasi secara aktif.</p>
Dimensi	Kompetensi teknis dan medis
Tujuan	Tersedianya staf medis yang kompeten sesuai spesialisasinya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah jam pelatihan yang diikuti staf medis selama 1 tahun (berdasarkan sertifikat yang dimiliki staf medis)

Denominator	20 jam
Sumber data	Sub Bagian PSDM
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Subbag PSDM

4. Kepandaian berkomunikasi antar personal

Indikator ; Pengaduan oleh pasien/keluarga, staf medis dan PPA lainnya terkait komunikasi yang tidak efektif dalam pemberian asuhan pelayanan pasien

Pengertian	<p>a. Pengaduan oleh pasien/keluarga, staf medis lainnya dan PPA lainnya adalah penyampaian keluhan yang disampaikan kepada manajemen (Kabid Pelayanan Medik) atau pengelola pengaduan terkait komunikasi yang tidak efektif staf medis dalam pemberian asuhan pelayanan pasien</p> <p>b. Pengaduan yang dimaksud huruf a dan yang dijadikan indikator penilaian harus memenuhi kriteria sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengaduan sudah dilakukan penelaahan dan pengklasifikasian serta termasuk dalam kategori pengaduan terkait komunikasi yang tidak efektif</li> <li>2) Pengaduan dimaksud sudah dilakukan penanganan dan staf medis yang dilaporkan (terlapor) dinyatakan telah melakukan komunikasi yang tidak efektif terhadap pasien / keluarga, staf medis lainnya atau PPA lainnya dalam pemberian asuhan pasien</li> </ol>
Dimensi	Mutu dan keselamatan
Tujuan	Tersedianya staf medis yang mampu berkomunikasi dengan efektif dan senantiasa meningkatkan ilmu pengetahuan dengan pertukaran informasi staf medis dengan manajemen atau staf medis lainnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah keluhan atau pengaduan dari pasien atau keluarga

	pasien terkait pelaksanaan asuhan pasien oleh dokter atau PPA lainnya yang memenuhi kriteria dimaksud
Denominator	-
Sumber data	Laporan pengaduan masyarakat atau pengaduan dari staf medis lainnya atau PPA lainnya
Standar	0 kali
Penanggung jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Tim Pengelola Pengaduan Masyarakat

## 5. Profesionalisme

1) Indikator : ketepatan waktu pelayanan rawat jalan dimulai sesuai dengan jadwal praktik dokter

Pengertian	Staf medis atau DPJP di klinik rawat jalan sesuai jadwal.
Dimensi	Efisiensi, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	a. Terselenggaranya pelayanan rawat jalan sesuai jadwal pelayanan yang ditetapkan atau janji pelayanan c. Tergambarnya efisiensi pelayanan dokter di klinik rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari dokter datang untuk melaksanakan pelayanan di klinik rawat jalan selambat-lambatnya jam sesuai jadwal praktik.
Denominator	Jumlah hari dokter melaksanakan pelayanan di klinik rawat jalan yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n sebanyak 5 hari)
Sumber data	SIM RS
Standar	90%-100%
Penanggung jawab	Kepala Subbidang Rawat Jalan

2) Indikator : ketepatan waktu pelaksanaan visite pasien rawat inap pada jam kerja

Pengertian	Staf medis atau DPJP di rawat inap melaksanakan visite pada
------------	---

	saat jam kerja yaitu; atau sesuaikan dg RS a. Senin – Kamis jam 07.00-21.00 WIB b. Jum'at jam 07.00-21.00 WIB c. Sabtu jam 07.00-21.00 WIB
Dimensi	Efisiensi, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	b. Terselenggaranya pelayanan rawat inap sesuai jadwal pelayanan yang ditetapkan atau janji pelayanan d. Tergambarnya efisiensi pelayanan dokter atau DPJP di ruang rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari dokter mulai melaksanakan visite pada saat jam kerja sesuai ketentuan
Denominator	Jumlah hari dokter mulai melaksanakan visite pada saat jam kerja/ ....., yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n sebanyak 10 hari)
Sumber data	SIM RS/ manual
Standar	90%-100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 6. Praktik berbasis sistem

Indikator : Tingkat kepatuhan penulisan resep sesuai formularium nasional

Pengertian	a. Penulisan resep (permintaan obat) adalah penulisan item obat bagi pasien BPJS yang diresepkan oleh staf medis yang kompeten dan berwenang sesuai dengan jenis obat dalam daftar formularium nasional b. Formularium nasional merupakan daftar obat terpilih yang ditetapkan Kementerian Kesehatan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan
Dimensi	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	a. Mengukur tingkat kepatuhan staf medis dalam penulisan resep bagi pasien BPJS b. Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien

	BPJS
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah item obat yang diresepkan bagi pasien BPJS yang sesuai formularium dalam satu bulan untuk seluruh pasien BPJS
Denominator	Jumlah seluruh item obat yang diresepkan dalam satu bulan untuk seluruh pasien BPJS
Sumber data	SIM RS
Standar	90%-100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### C. KINERJA KLINIS

#### 1. Indikator : Prosentase kelengkapan pengisian Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap

Pengertian	<p>a. Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap adalah rekam medis pasien rawat inap yang wajib diisi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) selambat-lambatnya 1X24 jam pada hari kerja sejak pasien datang</p> <p>b. DPJP adalah dokter penanggung jawab pelayanan untuk dokter bedah dan dokter non bedah di ruang rawat inap kecuali dokter spesialis anestesi dan dokter gigi spesialis</p>
Dimensi	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam pelayanan kepada pasien dan kelengkapan pengisian rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik assesmen awal pasien rawat inap yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi oleh DPJP yang memenuhi kriteria
Denominator	Jumlah rekam medik assesmen awal pasien rawat inap yang disurvei dalam 1 bulan (n sebanyak 10 rekam medis)
Sumber data	Rekam medis

Standar	90% - 100%
Penanggung jawab	Manajer Pelayanan Pasien

2. Indikator : kelengkapan pengisian assesmen pra anestesi sebelum pelaksanaan operasi

Pengertian	Pengkajian pra anestesi adalah kelengkapan pengisian RM Pra Anestesi yang wajib diisi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) anestesi sebelum pelaksanaan operasi elektif
Dimensi	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter spesialis anestesi dalam pelayanan kepada pasien dan kelengkapan pengisian rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik RM Pra Anestesi yang disurvei dalam 1 bulan yang memenuhi kriteria
Denominator	Jumlah rekam medik RM Pra Anestesi yang disurvei dalam 1 bulan/ seluruh populasi pasien (n sebanyak 10 rekam medik)
Sumber data	Rekam medis
Standar	90 % - 100 %
Penanggung jawab	Manajer Pelayanan Pasien

3. Indikator : Prosentase kelengkapan pengisian RM pengkajian Awal Pasien Gawat Darurat

Pengertian	RM Pengkajian Awal Pasien Gawat Darurat adalah rekam medis pasien gawat darurat yang wajib diisi lengkap sesuai ketentuan yang berlaku oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) di IGD
Dimensi	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam pelayanan kepada pasien di IGD dan kelengkapan pengisian rekam

	medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik RM Pengkajian Pasien Gawat Darurat pasien yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi sesuai ketentuan yang berlaku oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) di IGD
Denominator	Jumlah rekam medik RM Asesmen Pasien Gawat yang disurvei dalam 1 bulan (n sebanyak 10 rekam medis)
Sumber data	Rekam medis
Standar	90 % - 100 %
Penanggung jawab	Kepala Ruang IGD

4. Indikator : Prosentase pengisian dan atau penandaan Odontogram di RM Status Gigi Dan Rongga Mulut Rawat Jalan dengan benar

Pengertian	RM Status Gigi Dan Rongga Mulut Rawat Jalan adalah rekam medis pasien rawat jalan khusus untuk pasien di klinik gigi dan mulut yang wajib diisi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) secara lengkap di RS Dharma Nugraha
Dimensi	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter gigi dan dokter gigi spesialis dalam pelayanan pasien dan kelengkapan pengisian rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik RM Status Gigi dan Rongga Mulut Rawat Jalan yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap serta memenuhi kriteria
Denominator	Jumlah rekam medik RM Status Gigi dan Rongga Mulut Rawat Jalan yang disurvei dalam 1 bulan (n sebanyak 10 rekam medis)



Sumber data	Rekam medis
Standar	90 % - 100 %
Penanggung jawab	Kepala Unit Rekam Medis

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 21 Agustus 2023

DIREKTUR



**drg. Purwanti Aminingsih MARS, PhD**

