

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 084/PER/DIR/RSIH/IX/2022**

**TENTANG  
PANDUAN EVALUASI KINERJA  
BERKELANJUTAN STAF MEDIS**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

# LEMBAR VALIDASI

## PANDUAN EVALUASI KINERJA BERKELANJUTAN STAF MEDIS NOMOR: 084/PER/DIR/RSIH/IX/2022

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Atri Fitri Rahmi, S.S	Kepala Unit SDM & Diklat		4-9-2022
	:	dr. Johnson Manurung, Sp.PD	Ketua Subkomite Mutu Profesi		4-9-2022
Verifikator	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		4-9-2022
	:	Maya Anggraini, S.Pd	Manajer Umum & SDM		4-9-2022
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		4-9-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		4-9-2022
	:	dr. Nasir Okbah, Sp.N.	Direktur Utama PT. RS Intan Husada		4-9-2022

**LEMBAR PENGESAHAN  
PERATURAN DIREKTUR RS INTAN HUSADA**

**NOMOR : 084/PER/DIR/RSIH/IX/2022**

**TENTANG**

**PANDUAN EVALUASI KINERJA BERKELANJUTAN STAF MEDIS**

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit perlu melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis;
- b. bahwa rumah sakit perlu menetapkan proses yang seragam, objektif, dan berdasar bukti (*evidence based*) untuk memberikan wewenang kepada tenaga medis untuk memberikan layanan klinis kepada pasien sesuai dengan kualifikasinya;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Panduan Evaluasi Kinerja Berkelanjutan Staf Medis;

Mengingat :

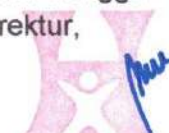
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
7. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada.
8. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

9. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*);
10. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3706/A000/XI/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Unit SDM dan Diklat;

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN EVALUASI KINERJA BERKELANJUTAN STAF MEDIS**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Utama Nomor 084/PER/DIR/RSIH/IX/2022 tentang Panduan Evaluasi Kinerja Berkelanjutan Staf Medis
- Kedua : Panduan Evaluasi Kinerja Berkelanjutan Staf Medis di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan evaluasi kinerja seluruh anggota staf medis di Rumah Sakit Intan Husada
- Ketiga : Panduan Evaluasi Kinerja Berkelanjutan Staf Medis sebagaimana tercantum dalam Lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur Utama yang tidak dipisahkan
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 4 September 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI .....	i
BAB I. DEFINISI .....	1
BAB II. RUANG LINGKUP .....	2
BAB III. TATA LAKSANA .....	3
BAB IV. DOKUMENTASI .....	6
DAFTAR PUSTAKA .....	25



## BAB I DEFINISI

1. Evaluasi Kinerja Berkelanjutan Staf Medis merupakan suatu proses dengan kegiatan terus menerus untuk mengumpulkan data, menganalisa data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional, dan hasil dari layanan klinis anggota staf medis yang bertujuan untuk:
  - a. Meningkatkan praktik individual terkait mutu dan asuhan pelayanan pasien yang aman.
  - b. Menjadi dasar dalam mengurangi variasi didalam KSM/unit layanan dengan cara membandingkan antara kolega, penyusunan panduan praktik klinis (*clinical practical guideline*), dan alur klinis (*clinical pathway*).
  - c. Menjadi dasar memperbaiki kinerja KSM/unit layanan dengan cara membandingkan acuan praktik diluar RSIH, publikasi riset dan indikator kinerja klinis nasional yang ada.
2. Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (OPPE/*On Going Professional Practice Evaluation*) adalah proses pengumpulan data dan informasi secara berkesinambungan untuk menilai kompetensi klinis dan perilaku profesional tenaga medis. Informasi tersebut akan dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan untuk mempertahankan, merevisi, atau mencabut kewenangan klinis sebelum berakhirnya 3 (tiga) tahun untuk pembaharuan kewenangan klinis.
3. Evaluasi Praktik Profesional Terfokus (FPPE/*Focused Professional Practice Evaluation*) adalah alat yang digunakan untuk menindaklanjuti sekaligus memvalidasi (memastikan) temuan-temuan yang diperoleh lewat OPPE

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup Panduan Evaluasi Kinerja Berkelanjutan Staf Medis RS Intan Husada, terdiri dari :

- A. Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (*On Going Professional Practice Evaluation/OPPE*)
- B. Evaluasi Praktik Profesional Terfokus (*Focused Professional Practice Evaluation/FPPE*)

### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Tata Laksana Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (*OPPE/On Going Professional Practice Evaluation*)

1. Manajer Pelayanan Medik, Sub Komite Mutu Profesi Komite Medik dan Ketua Kelompok Staf Medik (KSM) bertanggung jawab mengintegrasikan data dan informasi Staf Medis dan mengambil kesimpulan dalam memberikan penilaian.
2. Jika terjadi kejadian insiden keselamatan pasien atau pelanggaran perilaku etik maka dilakukan tindakan terhadap Staf Medis tersebut secara adil (*just culture*) berdasarkan hasil analisis terkait kejadian tersebut.
3. Tindakan jangka pendek dalam bentuk konseling, menempatkan kewenangan tertentu di bawah supervisi, pembatasan kewenangan, atau tindakan lain untuk membatasi risiko terhadap pasien, dan untuk meningkatkan mutu serta keselamatan pasien.
4. Tindakan jangka panjang dalam bentuk membuat rekomendasi terkait kelanjutan keanggotaan tenaga medis dan kewenangan klinis.
5. Monitor dan evaluasi berkelanjutan Staf Medis menghasilkan informasi kritikal dan penting terhadap proses mempertahankan Staf Medis dan proses pemberian kewenangan klinis.
6. Penilaian Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (OPPE) Staf Medis mencakup 3 (tiga) indikator penilaian yaitu:

##### a) **Behavior (Perilaku)**

Evaluasi *behavior* memuat:

- 1) Evaluasi apakah staf medik mengerti dan mendukung kode etik disiplin profesi rumah sakit serta dilakukan identifikasi perilaku yang dapat diterima maupun perilaku yang mengganggu.
- 2) Tidak ada laporan dari anggota Staf Medis lain tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu.
- 3) Mengumpulkan, analisis serta survei lainnya tentang budaya aman di RSIH.
- 4) Evaluasi *behavior* dilaksanakan secara kolaboratif antara subkomite etik dan disiplin, Kepala Unit SDM, Manajer Pelayanan Medik serta Ketua KSM/unit layanan di Rumah Sakit Intan Husada.

##### b) **Professional Growth (Pengembangan Profesional)**

Evaluasi *Professional Growth* memuat:

- 1) *Patient Care* (Asuhan Pasien), yaitu penyediaan asuhan penuh kasih, tepat dan efektif dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan asuhan diakhir hidup.
- 2) *Medical/Clinical Knowledge* (Pengetahuan Medik/Klinik), yaitu pengetahuan biomedik, klinik, epidemiologi, ilmu pengetahuan sosial budaya, dan pendidikan kepada pasien.
- 3) *Practice Based Learning and Improvement* (Praktik Berdasar Bukti dan Pengembangan), yaitu penggunaan bukti ilmiah dan metode pemeriksaan, evaluasi serta perbaikan asuhan pasien berkelanjutan berdasar atas evaluasi dan belajar terus menerus.
- 4) *Interpersonal Communication Skills* (Kepandaian Komunikasi Antarpersonal),



yaitu menjaga dan meningkatkan pertukaran komunikasi dengan pasien, keluarga pasien, dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya.

- 5) *Professionalism* (Profesionalisme), yaitu komitmen untuk mengembangkan profesionalisme terus-menerus, praktik etik, pengertian terhadap perbedaan, serta perilaku bertanggung jawab terhadap pasien, profesi, dan masyarakat.
- 6) *System Based Practice* (Praktik Berbasis Sistem), yaitu staf medis sadar dan tanggap terhadap jangkauan sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas.
- 7) *Stewardship of Resources* (Pengelolaan Sumber Daya), yaitu pemahaman staf medis tentang pentingnya melaksanakan asuhan yang efisien, serta menghindari penyalahgunaan pemeriksaan untuk diagnostik dan terapi yang tidak ada manfaatnya bagi pasien serta meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

c) **Clinical Result (Kinerja Klinis)**

Yaitu hasil dari asuhan pelayanan pasien menjadi indikasi apakah staf medis mendukung budaya aman/keselamatan pasien.

Evaluasi Kinerja Berkelanjutan Staf Medis, berdasar atas berbagai sumber data termasuk data cetak, data elektronik, observasi serta interaksi teman sejawat, PPA lain, dan staf lain.

7. Evaluasi hasil pemantauan kinerja Staf Medis setiap 12 (dua belas) bulan dan dimasukkan dalam file kredensial dan file kepegawaian.
8. Ketua KSM dibantu oleh Komite Medik dan Pelayanan Medik melakukan pengumpulan data dan informasi dari unit layanan dan Komite Medik sesuai indikator penilaian yang telah ditetapkan pada masing-masing KSM.
9. Data dan informasi yang sudah diterima, akan dimasukkan kedalam Formulir OPPE.
10. Ketua KSM melakukan analisis sesuai data dan informasi yang ada. Apabila Staf Medis merangkap sebagai Ketua KSM, maka analisis dilakukan oleh Manajer Pelayanan Medik.
11. Ketua KSM memanggil Staf Medis yang dievaluasi untuk diminta tanggapan atas hasil OPPE. Apabila ada yang tidak sesuai, Staf Medis dapat melakukan klarifikasi berdasarkan bukti yang sah.
12. Apabila sesuai, Ketua KSM mengirimkan hasil OPPE kepada Komite Medik untuk dilakukan verifikasi.
13. Komite Medik melakukan verifikasi untuk menentukan Staf Medis yang dilakukan evaluasi apakah tidak bermasalah, perlu dilakukan FPPE atau perlu dilakukan rekredensial.
14. Formulir OPPE yang telah diverifikasi oleh Komite Medik diserahkan kepada Manajer Pelayanan Medik untuk ditandatangani lalu diserahkan kembali ke Komite Medik untuk dimasukkan dalam file kredensial serta rangkapnya ke Unit SDM dan Diklat untuk didokumentasikan di file kepegawaian.
15. Bila ada temuan yang berdampak pada pemberian kewenangan Staf Medis, temuan tersebut didokumentasikan ke dalam file kepegawaian dan diinformasikan serta disimpan rangkapnya di unit tempat Staf Medis memberikan pelayanan.

**B. Tata Laksana Evaluasi Praktik Profesional Terfokus (FPPE/*Focused Professional Practice Evaluation*)**

1. Evaluasi Praktik Profesional Terfokus dapat dilakukan dalam 3 (tiga) situasi antara lain:

- a) Saat awal dokter diberikan RKK
  - b) Ketika ada tambahan kompetensi
  - c) Bila teridentifikasi adanya ketidaksesuaian kinerja dokter (trigger).
2. Evaluasi Praktik Profesional terfokus dilaksanakan dengan melibatkan pemantauan lebih spesifik dan waktu terbatas.
  3. Apabila perlu dilakukan FPPE dan rekredensial, Ketua Komite Medik akan memberikan laporan melalui surat tertulis kepada Direktur.
  4. Apabila dilakukan FPPE maka Ketua KSM dan Manajer Pelayanan Medik harus:
    - a) Menentukan kriteria dan rencana pemantauan (harus dapat didefinisikan dengan jelas serta terdokumentasi)
    - b) Menentukan jangka waktu pelaksanaan
    - c) Menentukan data pemantauan yang diambil (setiap bulan, setiap 3 (tiga) bulan, atau setiap 6 (enam) bulan).
  5. Proses FPPE yang dilaksanakan harus:
    - a) Secara jelas didefinisikan dan didokumentasikan
    - b) Memiliki jangka waktu yang tetap
    - c) Memiliki langkah-langkah yang telah ditentukan/kondisi kinerja yang dapat diterima
  6. Penentuan Trigger berdasarkan penentuan level kinerja yang tidak dapat diterima dibandingkan dengan level kinerja yang telah ditetapkan.



## BAB IV DOKUMENTASI


### A. Kelengkapan Dokumen

Kelengkapan dokumen pada setiap kegiatan evaluasi kinerja berkelanjutan staf medis adalah sebagai berikut:

1. Formulir OPPE
2. Formulir FPPE
3. Dokumen Pendukung, seperti Formulir Kepuasan Pasien, berkas Rekam Medis, dll.

### B. Formulir OPPE

#### 1. Formulir OPPE Dokter Klinisi



RS INTAN HUSADA

**FORMULIR OPPE STAF MEDIS**

**TAHUN .....**

**PENILAIAN KINERJA DOKTER KLINISI**

Nama Dokter : .....

KSM : .....

Area Penilaian	Indikator Penilaian	Elemen Penilaian	Rentang Nilai	Nilai
<b>On Going Professional Practice Evaluation (OPPE)</b>				
<b>A. BEHAVIOR</b>	<i>Behavior</i>	Komplain dari pasien/keluarga pasien/teman sejawat/perawat/PPA lain/staf	5. Tidak ada komplain 4. 1 komplain 3. 2 komplain 2. 3 komplain 1. >3 komplain	
<b>B. PROFESSIONAL GROWTH</b>	<i>Patient Care</i>	Kepatuhan cuci tangan	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
		Assesmen awal medis selesai 1 x 24 jam	5. Tercapai 100% 4. Tidak Tercapai 1x 3. Tidak Tercapai 2x 2. Tidak Tercapai 3x 1. Tidak Tercapai > 3x	
	<i>Medical / Clinical Knowledge</i>	Kepatuhan terhadap Panduan Praktik Klinis dan Panduan Medis lainnya	5. Sesuai Panduan 100% 4. Sesuai Panduan 91-99% 3. Sesuai Panduan 81-90% 2. Sesuai Panduan 71-80% 1. Sesuai Panduan <70%	
	<i>Practice based learning and improvement</i>	Berkas perpanjangan SIP lengkap diterima unit SDM dan Diklat sebelum habis masa berlaku.	5. > 3 bulan sebelum 4. > 2 bulan sebelum 3. > 1 bulan sebelum 2. > 2 minggu sebelum 1. < 2 minggu sebelum	
	<i>Interpersonal Communication Skills</i>	Melaksanakan upaya peningkatan informasi dengan PPA lain, manajemen dan masyarakat ( <i>Clinical meeting</i> , Siang Klinik, <i>Meeting</i> Komdik, <i>Meeting</i> Direksi, siaran radio, sosialisasi ke masyarakat dll)	5. > 10 kali/tahun 4. 8 – 10 kali/tahun 3. 5 – 7 kali/tahun 2. 2 – 4 kali/tahun 1. 1 kali/tahun	

Hal. 1

# FORMULIR OPPE STAF MEDIS

TAHUN .....

	<i>Interpersonal Communication Skills</i>	Melaksanakan upaya peningkatan informasi dengan PPA lain, manajemen dan masyarakat ( <i>Clinical meeting</i> , Siang Klinik, <i>Meeting Komdik</i> , <i>Meeting Direksi</i> , siaran radio, sosialisasi ke masyarakat dll)	5. > 10 kali/tahun 4. 8 – 10 kali/tahun 3. 5 – 7 kali/tahun 2. 2 – 4 kali/tahun 1. 1 kali/tahun	
	<i>Professionalism</i>	Ketepatan waktu praktik poliklinik	5. Tepat waktu 100% 4. Tidak tepat waktu 1x 3. Tidak tepat waktu 2x 2. Tidak tepat waktu 3x 1. Tidak tepat waktu > 3x	
	<i>System based practice</i>	Kepatuhan pengisian rekam medis lengkap dalam 24 jam	5. Selalu 100% 4. Tidak lengkap 1x 3. Tidak lengkap 2x 2. Tidak lengkap 3x 1. Tidak lengkap >3x	
	<i>Stewardship of Resources</i>	Kepatuhan terhadap Formularium/ peraturan rumah sakit	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
<b>C. CLINICAL RESULTS</b>	<i>Clinical Results</i>	Kejadian Re-Admisi	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah > 3x	
<b>Jumlah Nilai</b>				

## HASIL PENILAIAN

Jumlah Elemen Penilaian	10
Nilai Maksimum (Jumlah Elemen Penilaian x 5)	50
Rata-Rata = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Nilai Maksimum}} \times 100\%$	



# FORMULIR OPPE STAF MEDIS

TAHUN .....

<b>Predikat</b> 100% = Istimewa 91-99% = Sangat Baik 81-90% = Baik ≥71-80 = Cukup <70% = Kurang	
Tanggapan dari Staf Medis (jika ada)	
Tanggapan dari Ketua KSM (jika ada)	

Staf Medis Yang Dinilai	Verifikasi Ketua KSM	Validasi Ketua Sub Komite Mutu Profesi	Mengetahui Manajer Pelayanan Medik
Tgl:	Tgl:	Tgl:	Tgl:

Hal. 3

## 2. Formulir OPPE Dokter Penunjang

### a. Dokter Anastesi



#### FORMULIR OPPE STAF MEDIS

TAHUN .....

##### PENILAIAN KINERJA DOKTER ANASTESI

Nama Dokter : .....

Area Penilaian	Indikator Penilaian	Elemen Penilaian	Rentang Nilai	Nilai
<b>On Going Professional Practice Evaluation (OPPE)</b>				
<b>A. BEHAVIOR</b>	<i>Behavior</i>	Komplain dari pasien/keluarga pasien/teman sejawat/perawat/PPA lain/staf	5. Tidak ada komplain 4. 1 komplain 3. 2 komplain 2. 3 komplain 1. >3 komplain	
<b>B. PROFESSIONAL GROWTH</b>	<i>Patient Care</i>	Kepatuhan cuci tangan	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
		Kepatuhan assesment pra anastesi	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh > 3x	
	<i>Medical / Clinical Knowledge</i>	Kepatuhan terhadap Panduan Praktik Klinis dan Panduan Medis lainnya	5. Sesuai Panduan 100% 4. Sesuai Panduan 91-99% 3. Sesuai Panduan 81-90% 2. Sesuai Panduan 71-80% 1. Sesuai Panduan <70%	
	<i>Practice based learning and improvement</i>	Berkas perpanjangan SIP lengkap diterima unit SDM dan Diklat sebelum habis masa berlaku.	5. > 3 bulan sebelum 4. > 2 bulan sebelum 3. > 1 bulan sebelum 2. > 2 minggu sebelum 1. < 2 minggu sebelum	
	<i>Interpersonal Communication Skills</i>	Melaksanakan upaya peningkatan informasi dengan PPA lain, manajemen dan masyarakat ( <i>Clinical meeting</i> , Siang Klinik, <i>Meeting</i> Komdik, <i>Meeting</i> Direksi, siaran radio, sosialisasi ke masyarakat dll)	5. > 10 kali/tahun 4. 8 – 10 kali/tahun 3. 5 – 7 kali/tahun 2. 2 – 4 kali/tahun 1. 1 kali/tahun	

Hal. 1

	<i>Professionalism</i>	Tidak ada pembatalan operasi yang disebabkan oleh tidak terlaksananya asesmen awal anestesi	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah > 3x	
	<i>System based practice</i>	Resume medik pasien terbaca, lengkap dan tepat waktu (nama, tanggal, jam dan tanda tangan jelas)	5. Selalu 100% 4. Tidak lengkap 1x 3. Tidak lengkap 2x 2. Tidak lengkap 3x 1. Tidak lengkap >3x	
	<i>Stewardship of Resources</i>	Kepatuhan terhadap peraturan rumah sakit	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
<b>C. CLINICAL RESULTS</b>	<i>Clinical Results</i>	Disparitas Kebutuhan ICU post operasi (asesmen pra anestesi tidak membutuhkan ICU)	5. Tidak pernah 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah > 3x	
<b>Jumlah Nilai</b>				

#### HASIL PENILAIAN

Jumlah Elemen Penilaian	10
Nilai Maksimum (Jumlah Elemen Penilaian x 5)	50
Rata-Rata = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Nilai Maksimum}} \times 100\%$	

Hal. 2


<b>Predikat</b> 100% = Istimewa 91-99% = Sangat Baik 81-90% = Baik ≥71-80 = Cukup <70% = Kurang	
Tanggapan dari Staf Medis (jika ada)	
Tanggapan dari Ketua KSM (jika ada)	

Staf Medis Yang Dinilai	Verifikasi Ketua KSM	Validasi Ketua Sub Komite Mutu Profesi	Mengetahui Manajer Pelayanan Medik
Tgl:	Tgl:	Tgl:	Tgl:

Hal. 3



**b. Dokter Radiologi**



**RUMAH SAKIT**  
**INTAN HUSADA**

**FORMULIR OPPE STAF MEDIS**

**TAHUN .....**

**PENILAIAN KINERJA DOKTER RADIOLOGI**

Nama Dokter : .....

Area Penilaian	Indikator Penilaian	Elemen Penilaian	Rentang Nilai	Nilai
<b>On Going Professional Practice Evaluation (OPPE)</b>				
<b>A. BEHAVIOR</b>	<i>Behavior</i>	Komplain dari pasien/keluarga pasien/teman sejawat/perawat/PPA lain/staf	5. Tidak ada komplain 4. 1 komplain 3. 2 komplain 2. 3 komplain 1. >3 komplain	
<b>B.PROFESSIONAL GROWTH</b>	<i>Patient Care</i>	Kepatuhan cuci tangan	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
		Kepatuhan pelaporan hasil kritis	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh > 3x	
	<i>Medical / Clinical Knowledge</i>	Kepatuhan terhadap Panduan Praktik Klinis dan Panduan Medis lainnya	5. Sesuai Panduan 100% 4. Sesuai Panduan 91-99% 3. Sesuai Panduan 81-90% 2. Sesuai Panduan 71-80% 1. Sesuai Panduan <70%	
	<i>Practice based learning and improvement</i>	Berkas perpanjangan SIP lengkap diterima unit SDM dan Diklat sebelum habis masa berlaku.	5. > 3 bulan sebelum 4. > 2 bulan sebelum 3. > 1 bulan sebelum 2. > 2 minggu sebelum 1. < 2 minggu sebelum	
	<i>Interpersonal Communication Skills</i>	Melaksanakan upaya peningkatan informasi dengan PPA lain, manajemen dan masyarakat ( <i>Clinical meeting</i> , Siang Klinik, <i>Meeting</i> Komdik, <i>Meeting</i> Direksi, siaran radio, sosialisasi ke masyarakat dll)	5. > 10 kali/tahun 4. 8 – 10 kali/tahun 3. 5 – 7 kali/tahun 2. 2 – 4 kali/tahun 1. 1 kali/tahun	

Hal. 1

	<i>Professionalism</i>	Ketepatan waktu hasil ekspertise	5. Tepat waktu 100% 4. Tidak tepat waktu 1x 3. Tidak tepat waktu 2x 2. Tidak tepat waktu 3x 1. Tidak tepat waktu > 3x	
	<i>System based practice</i>	Tidak ada kejadian salah pasien saat pemeriksaan radiologi	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah >3x	
	<i>Stewardship of Resources</i>	Kepatuhan terhadap peraturan rumah sakit	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
<b>C. CLINICAL RESULTS</b>	<i>Clinical Results</i>	Tidak ada kesalahan pembuatan ekspertise	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah > 3x	
<b>Jumlah Nilai</b>				

<b>HASIL PENILAIAN</b>	
Jumlah Elemen Penilaian	10
Nilai Maksimum (Jumlah Elemen Penilaian x 5)	50
Rata-Rata = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Nilai Maksimum}} \times 100\%$	
Predikat 100% = Istimewa 91-99% = Sangat Baik 81-90% = Baik ≥71-80 = Cukup <70% = Kurang	

Hal. 2

Tanggapan dari Staf Medis (jika ada)

Tanggapan dari Ketua KSM (jika ada)

Staf Medis Yang Dinilai	Verifikasi Ketua KSM	Validasi Ketua Sub Komite Mutu Profesi	Mengetahui Manajer Pelayanan Medik
Tgl:	Tgl:	Tgl:	Tgl:

Hal. 3

### c. Dokter Laboratorium



#### FORMULIR OPPE STAF MEDIS

TAHUN .....

#### PENILAIAN KINERJA DOKTER LABORATORIUM

Nama Dokter : .....

Area Penilaian	Indikator Penilaian	Elemen Penilaian	Rentang Nilai	Nilai
<i>On Going Professional Practice Evaluation (OPPE)</i>				
<b>A. BEHAVIOR</b>	<i>Behavior</i>	Komplain dari pasien/keluarga pasien/teman sejawat/perawat/PPA lain/staf	5. Tidak ada komplain 4. 1 komplain 3. 2 komplain 2. 3 komplain 1. >3 komplain	
<b>B.PROFESSIONAL GROWTH</b>	<i>Patient Care</i>	Kepatuhan cuci tangan	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
		Kepatuhan pelaporan hasil kritis	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh > 3x	
	<i>Medical / Clinical Knowledge</i>	Kepatuhan terhadap Panduan Praktik Klinis dan Panduan Medis lainnya	5. Sesuai Panduan 100% 4. Sesuai Panduan 91-99% 3. Sesuai Panduan 81-90% 2. Sesuai Panduan 71-80% 1. Sesuai Panduan <70%	
	<i>Practice based learning and improvement</i>	Berkas perpanjangan SIP lengkap diterima unit SDM dan Diklat sebelum habis masa berlaku.	5. > 3 bulan sebelum 4. > 2 bulan sebelum 3. > 1 bulan sebelum 2. > 2 minggu sebelum 1. < 2 minggu sebelum	
	<i>Interpersonal Communication Skills</i>	Melaksanakan upaya peningkatan informasi dengan PPA lain, manajemen dan masyarakat ( <i>Clinical meeting</i> , Siang Klinik, <i>Meeting</i> Komdik, <i>Meeting</i> Direksi, siaran radio, sosialisasi ke masyarakat dll)	5. > 10 kali/tahun 4. 8 – 10 kali/tahun 3. 5 – 7 kali/tahun 2. 2 – 4 kali/tahun 1. 1 kali/tahun	

Hal. 1



	<i>Professionalism</i>	Ketepatan waktu hasil ekspertise	5. Tepat waktu 100% 4. Tidak tepat waktu 1x 3. Tidak tepat waktu 2x 2. Tidak tepat waktu 3x 1. Tidak tepat waktu > 3x
	<i>System based practice</i>	Tidak ada kehilangan sampel	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah >3x
	<i>Stewardship of Resources</i>	Kepatuhan terhadap peraturan rumah sakit	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x
<b>C. CLINICAL RESULTS</b>	<i>Clinical Results</i>	Tidak ada kesalahan pembuatan ekspertise	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah > 3x
<b>Jumlah Nilai</b>			

<b>HASIL PENILAIAN</b>	
Jumlah Elemen Penilaian	10
Nilai Maksimum (Jumlah Elemen Penilaian x 5)	50
Rata-Rata = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Nilai Maksimum}} \times 100\%$	
Predikat 100% = Istimewa 91-99% = Sangat Baik 81-90% = Baik ≥71-80 = Cukup <70% = Kurang	

Hal. 2

Tanggapan dari Staf Medis (jika ada)
Tanggapan dari Ketua KSM (jika ada)

Staf Medis Yang Dinilai	Verifikasi Ketua KSM	Validasi Ketua Sub Komite Mutu Profesi	Mengetahui Manajer Pelayanan Medik
Tgl:	Tgl:	Tgl:	Tgl:

#### d. Dokter Rehab Medik



#### FORMULIR OPPE STAF MEDIS

TAHUN .....

##### PENILAIAN KINERJA DOKTER REHAB MEDIK

Nama Dokter : .....

Area Penilaian	Indikator Penilaian	Elemen Penilaian	Rentang Nilai	Nilai
<b>On Going Professional Practice Evaluation (OPPE)</b>				
<b>A. BEHAVIOR</b>	<i>Behavior</i>	Komplain dari pasien/keluarga pasien/teman sejawat/perawat/PPA lain/staf	5. Tidak ada komplain 4. 1 komplain 3. 2 komplain 2. 3 komplain 1. >3 komplain	
<b>B.PROFESSIONAL GROWTH</b>	<i>Patient Care</i>	Kepatuhan cuci tangan	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
		Tidak ada kesalahan tindakan rehab	5. Tidak pernah salah 4. Pernah salah 1x 3. Pernah salah 2x 2. Pernah salah 3x 1. Pernah salah > 3x	
	<i>Medical / Clinical Knowledge</i>	Kepatuhan terhadap Panduan Praktik Klinis dan Panduan Medis lainnya	5. Sesuai Panduan 100% 4. Sesuai Panduan 91-99% 3. Sesuai Panduan 81-90% 2. Sesuai Panduan 71-80% 1. Sesuai Panduan <70%	
	<i>Practice based learning and improvement</i>	Berkas perpanjangan SIP lengkap diterima unit SDM dan Diklat sebelum habis masa berlaku.	5. > 3 bulan sebelum 4. > 2 bulan sebelum 3. > 1 bulan sebelum 2. > 2 minggu sebelum 1. < 2 minggu sebelum	
	<i>Interpersonal Communication Skills</i>	Melaksanakan upaya peningkatan informasi dengan PPA lain, manajemen dan masyarakat ( <i>Clinical meeting</i> , Siang Klinik, <i>Meeting</i> Komdik, <i>Meeting</i> Direksi, siaran radio, sosialisasi ke masyarakat dll)	5. > 10 kali/tahun 4. 8 – 10 kali/tahun 3. 5 – 7 kali/tahun 2. 2 – 4 kali/tahun 1. 1 kali/tahun	

Hal. 1

	<i>Professionalism</i>	Ketepatan waktu pemeriksaan	5. Tepat waktu 100% 4. Tidak tepat waktu 1x 3. Tidak tepat waktu 2x 2. Tidak tepat waktu 3x 1. Tidak tepat waktu > 3x	
	<i>System based practice</i>	Tidak ada kejadian salah pasien saat pemeriksaan	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah >3x	
	<i>Stewardship of Resources</i>	Kepatuhan terhadap peraturan rumah sakit	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
<b>C. CLINICAL RESULTS</b>	<i>Clinical Results</i>	Kejadian <i>dropout</i> tidak pernah lebih dari 50%	5. Tidak pernah 100% 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah > 3x	
<b>Jumlah Nilai</b>				


HASIL PENILAIAN	
Jumlah Elemen Penilaian	10
Nilai Maksimum (Jumlah Elemen Penilaian x 5)	50
Rata-Rata = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Nilai Maksimum}} \times 100\%$	
Predikat 100% = Istimewa 91-99% = Sangat Baik 81-90% = Baik ≥71-80 = Cukup <70% = Kurang	



Tanggapan dari Staf Medis (jika ada)
Tanggapan dari Ketua KSM (jika ada)

Staf Medis Yang Dinilai	Verifikasi Ketua KSM	Validasi Ketua Sub Komite Mutu Profesi	Mengetahui Manajer Pelayanan Medik
Tgl:	Tgl:	Tgl:	Tgl:

### 3. Formulir OPPE Dokter Umum



**RUMAH SAKIT**  
**INTAN HUSADA**

**FORMULIR OPPE STAF MEDIS**

**TAHUN .....**

**PENILAIAN DOKTER UMUM**

Nama Dokter : .....

Area Penilaian	Indikator Penilaian	Elemen Penilaian	Rentang Nilai	Nilai
<b>On Going Professional Practice Evaluation (OPPE)</b>				
<b>A. BEHAVIOR</b>	<i>Behavior</i>	Komplain dari pasien/keluarga pasien/teman sejawat/perawat/PPA lain/staf	5. Tidak ada komplain 4. 1 komplain 3. 2 komplain 2. 3 komplain 1. >3 komplain	
<b>B.PROFESSIONAL GROWTH</b>	<i>Patient Care</i>	Kepatuhan cuci tangan	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
		Assesmen awal dilakukan dalam waktu 1 x 24 jam	5. Dilakukan 100% 4. Tidak dilakukan 1x 3. Tidak dilakukan 2x 2. Tidak dilakukan 3x 1. Tidak dilakukan > 3x	
	<i>Medical / Clinical Knowledge</i>	Kepatuhan terhadap Panduan Praktik Klinis dan Panduan Medis lainnya	5. Sesuai Panduan 100% 4. Sesuai Panduan 91-99% 3. Sesuai Panduan 81-90% 2. Sesuai Panduan 71-80% 1. Sesuai Panduan <70%	
	<i>Practice based learning and improvement</i>	Berkas perpanjangan SIP lengkap diterima unit SDM dan Diklat sebelum habis masa berlaku.	5. > 3 bulan sebelum 4. > 2 bulan sebelum 3. > 1 bulan sebelum 2. > 2 minggu sebelum 1. < 2 minggu sebelum	
	<i>Interpersonal Communication Skills</i>	Melaksanakan upaya peningkatan informasi dengan PPA lain, manajemen dan masyarakat ( <i>Clinical meeting</i> , Siang Klinik, <i>Meeting</i> Komdik, <i>Meeting</i> Direksi, siaran radio, sosialisasi ke masyarakat dll)	5. > 10 kali/tahun 4. 8 – 10 kali/tahun 3. 5 – 7 kali/tahun 2. 2 – 4 kali/tahun 1. 1 kali/tahun	

Hal. 1

	<i>Professionalism</i>	Keterlambatan Jam Praktik Poliklinik/ Keterlambatan jadwal jaga	5. Tidak pernah terlambat 4. Terlambat 1 - 3x 3. Terlambat 4 - 6x 2. Terlambat 7 - 10x 1. Terlambat > 10 kali	
	<i>System based practice</i>	Resume medik pasien terbaca, lengkap dan tepat waktu (nama, tanggal, jam dan tanda tangan jelas)	5. Selalu 100% 4. Tidak lengkap 1x 3. Tidak lengkap 2x 2. Tidak lengkap 3x 1. Tidak lengkap >3x	
	<i>Stewardship of Resources</i>	Kepatuhan terhadap peraturan rumah sakit	5. Patuh 100% 4. Tidak patuh 1x 3. Tidak patuh 2x 2. Tidak patuh 3x 1. Tidak patuh >3x	
<b>C. CLINICAL RESULTS</b>	<i>Clinical Results</i>	Kejadian Re-Admisi	5. Tidak pernah 4. Pernah 1x 3. Pernah 2x 2. Pernah 3x 1. Pernah > 3x	
<b>Jumlah Nilai</b>				
<b>HASIL PENILAIAN</b>				
Jumlah Elemen Penilaian		10		
Nilai Maksimum (Jumlah Elemen Penilaian x 5)		50		
Rata-Rata = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Nilai Maksimum}} \times 100\%$				
Predikat				
100% = Istimewa				
91-99% = Sangat Baik				
81-90% = Baik				
≥71-80 = Cukup				
<70% = Kurang				

Tanggapan dari Staf Medis (jika ada)

--

Tanggapan dari Ketua KSM (jika ada)


--

Staf Medis Yang Dinilai	Verifikasi Ketua KSM	Validasi Ketua Sub Komite Mutu Profesi	Mengetahui Manajer Pelayanan Medik
Tgl:	Tgl:	Tgl:	Tgl:

Hal. 3



### C. Formulir FPPE



PT INTAN HUSADA

**FORMULIR FPPE STAF MEDIS**

PERIODE ..... S/D.....

Nama Dokter : .....

KSM : .....

No.	Indikator Penilaian	SPM	Triger	Keterangan

Staf Medis Yang Dinilai	Verifikasi Ketua KSM	Validasi Ketua Sub Komite Mutu Profesi	Mengetahui Manajer Pelayanan Medik
Tgl:	Tgl:	Tgl:	Tgl:

## **BAB V DAFTAR PUSTAKA**

- Apsden, P., Corrigan, J.M., Wolcott, J., Erickson, S.M.(Ed). *Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Service*. 2004. *Patient Safety: Achieving a New Standard For Care*. Washington DC: The National Academy Press.
- Cahyono, B. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Depkes RI. 2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2008. *Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. (konsep dasar dan prinsip)*. Jakarta: Depkes RI.
- Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 2018.