

Penerapan Multi-Source Feedback (MSF) Dalam Penilaian Perilaku Profesional Mahasiswa Kedokteran

Amelia Dwi Fitri

Bagian Ilmu Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi

Email : dwifitri.amelia@yahoo.co.id

ABSTRAK

Latar belakang : Profesionalisme merupakan salah satu factor penting yang harus dimiliki oleh seorang dokter. Organisasi profesi di Amerika Serikat seperti the *American Board of Internal Medicine* (ABIM) telah menetapkan beberapa aspek yang termasuk dalam profesionalisme seperti altruisme, empati, saling menghormati, integritas, etika dan moral, tanggung jawab, dan komitmen untuk belajar sepanjang hayat. *General Medical Council* (GMC) di Inggris menetapkan tujuh aspek profesionalisme yang harus dimiliki oleh dokter, Di Indonesia, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) telah menetapkan bahwa salah satu area kompetensi dokter adalah aspek Etika, Moral, Medikolegal dan Profesionalisme serta Keselamatan Pasien. Oleh karenanya, dalam Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) yang saat ini diterapkan oleh sebagian besar Fakultas Kedokteran di Indonesia, aspek profesionalisme harus menjadi perhatian baik dalam proses pembelajaran maupun dalam system penilaian. Metode penilaian terhadap perilaku profesional sebaiknya tidak hanya dilakukan di akhir proses pembelajaran saja namun harus berkelanjutan dalam seluruh proses pembelajaran yang dijalani mahasiswa kedokteran.

Tujuan : pemaparan secara komprehensif mengenai *Multi-Source Feedback (MSF)* atau *360^o evaluation* sebagai metode penilaian yang dapat diterapkan untuk menilai aspek profesionalisme dalam pendidikan dokter.

Metode : studi literature mengenai MSF meliputi tujuan penggunaan, prosedur, kekuatan, kelemahan dan keterbatasan, validitas dan reliabilitas serta kredibilitas penilai

Kesimpulan : MSF merupakan salah satu metode penilaian yang valid dan reliable dalam menilai perilaku profesional mahasiswa kedokteran, namun dalam penerapannya ada banyak factor yang harus dipertimbangkan agar tujuan pembelajaran yang diinginkan dapat tercapai.

PENDAHULUAN

Profesionalisme merupakan salah satu faktor penting yang harus dimiliki oleh seorang dokter. Organisasi profesi di Amerika Serikat seperti the *American Board of Internal*

Medicine (ABIM) telah menetapkan beberapa aspek yang termasuk dalam profesionalisme seperti altruisme, empati, saling menghormati, integritas, etika dan moral, tanggung jawab, dan komitmen untuk belajar sepanjang hayat.¹ *General Medical Council* (GMC) di Inggris

menetapkan tujuh aspek profesionalisme yang harus dimiliki oleh dokter, yaitu: melaksanakan praktek kedokteran sesuai standar dengan tetap memperhatikan keterbatasan yang dimiliki, memastikan pasien terhindar dari risiko yang merugikan; mempertahankan praktek kedokteran agar senantiasa sesuai dengan perkembangan zaman, memelihara keterampilan mereka; membangun dan memelihara hubungan saling menghormati dengan pasien; bekerja secara efektif dengan teman sejawat, menunjukkan kemampuan dalam memimpin dan manajemen perubahan; membangun keterampilan, perilaku dan praktek kedokteran sesuai kompetensi; jujur dan tidak menempatkan kondisi kesehatannya menjadi risiko bagi pasiendan orang lain.¹

Di Indonesia, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) telah menetapkan bahwa salah satu area kompetensi dokter adalah aspek Etika, Moral, Medikolegal dan Profesionalisme serta Keselamatan Pasien. Seorang dokter harus memiliki sikap profesional dalam dirinya dengan menunjukkan sikap yang sesuai dengan kode etik dokter, menjaga kerahasiaan pasien, menunjukkan kepercayaan dan saling menghormati dalam hubungan dokter pasien, menunjukkan sikap empati. Seorang dokter juga harus memiliki sikap profesional dalam bekerja sama seperti menghormati setiap orang tanpa membedakan status sosial, mampu bekerjasama dengan berbagai profesi kesehatan, memberi tanggapan yang konstruktif terhadap masukan dari orang lain dan seorang dokter juga harus mampu melakukan praktik kedokteran dalam masyarakatmultikultural di Indonesia, menghargai perbedaan karakter individu, gaya hidup, danbudaya daripasiendan sejawat.²

Oleh karena itu, dalam Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) yang saat ini diterapkan oleh sebagian besar Fakultas Kedokteran di Indonesia, aspek profesionalisme harus menjadi perhatian baik dalam proses pembelajaran maupun dalam sistem penilaian. Metode penilaian terhadap perilaku profesional sebaiknya tidak hanya dilakukan di akhir proses pembelajaran saja namun harus berkelanjutan dalam seluruh proses pembelajaran yangdijalanimahasiswa kedokteran.²

Ada beberapa metode penilaian yang dapat diterapkan untuk menilai aspek profesionalisme, antara lain *direct observation of clinical behaviour*, "*physicianship*" forms, *videotape of clinical encounter* dan *Multi-Source Feedback (MSF)* atau *360^o evaluation*.³ Saat ini *MSF* merupakan salah satu metode yang dianggap sesuai untuk menilai perilaku profesionalmahasiswakedokteran.⁴ metode ini merupakan instrumen yang valid dan reliabel dalam menilai perilaku profesional.^{5,6,7}

Multi-Source Feedback (MSF) sebagai sistem penilaian perilaku profesional

Multi-Source Feedback (MSF) atau yang lebih dikenal dengan *360^o-degree feedback* pada awalnya dikembangkan sebagai sistem penilaian pada para pelaku bisnis untuk meningkatkan performans karyawan mereka, terutama para pimpinan. Penilaian ini dilakukan sebagai respon terhadap meningkatnya daya saing di lingkungan bisnis tersebut.

Multi-Source Feedback (MSF) merupakan instrumen penilaian terhadap perilaku atau performans individu yang

disertai pemberian umpan balik (*feedback*) oleh beberapa orang yang berinteraksi dan melakukan observasi terhadap individu tersebut.^{4,6,8} Metode ini merupakan suatu metode evaluasi observasional yang komprehensif dan dapat memberikan triangulasi data dari banyak pihak.³

Dalam dunia kedokteran, ada banyak area kompetensi yang dapat dinilai dengan menggunakan MSF ini, antara lain kemampuan komunikasi dengan pasien, kemampuan kolaborasi dan komunikasi dengan teman sejawat serta profesionalisme. Dalam MSF, penilaian dilakukan oleh beberapa orang yang melakukan observasi langsung terhadap seorang mahasiswa antara lain oleh teman sekelas, tutor, instruktur keterampilan klinik, perawat, staf administrasi, pasien dan juga oleh mahasiswa itu sendiri.^{8,9}

Penggunaan MSF

MSF dapat digunakan sebagai *formative assessment* dan juga *summative assessment*. Berdasarkan level mahasiswa yang diobservasi, MSF dapat digunakan pada mahasiswa kedokteran pada fase preklinik ataupun pada rotasi klinik dan dapat juga digunakan pada pendidikan dokter spesialis.^{8,10} Program pendidikan dokter spesialis di Amerika Serikat dan Inggris telah menggunakan MSF sebagai salah satu metode evaluasi residen. Di Belanda dan Amerika Serikat, MSF juga digunakan untuk mengevaluasi mahasiswa kedokteran pada rotasi klinik.⁸

Penggunaan MSF sebagai *formative assessment* telah diterapkan di fakultas kedokteran di Inggris pada rotasi klinik tahun pertama kedua. Penilai terdiri dari delapan

orang yang terdiri dari dosen pembimbing klinik, residen, perawat dan profesi kesehatan lainnya. Penilaian dilakukan dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang menilai lima kompetensi yang telah ditetapkan oleh General Medical Council (GMC) yaitu kemampuan dalam pelayanan klinik, kemampuan dalam mempertahankan praktek kedokteran yang baik, kemampuan dalam pengajaran dan pelatihan, penilaian dan hubungan baik dengan pasien dan teman sejawat. Mahasiswa juga melakukan self-assessment dengan menggunakan kuesioner yang sama, hasil penilaian kemudian dikumpulkan dan masing-masing mahasiswa mendapatkan laporan hasil mereka dalam bentuk grafik perbandingan antara hasil yang telah mereka capai dengan standar yang ditetapkan, mereka kemudian masing-masing mendapatkan feedback naratif dan dapat mengkonsultasikan hasilnya kepada dosen pembimbing klinik untuk mendapatkan masukan tentang tindakan yang dapat dilakukan untuk perbaikan.⁹

PROSEDUR

Penilaian dengan MSF biasanya menggunakan kuesioner. Kuesioner yang dibuat bervariasi dalam hal tujuan yang ingin dicapai, jumlah orang yang akan memberi penilaian, isi dari kuesioner, dan mekanisme pemberian *feedback* pada mahasiswa.⁸

Idealnya, MSF digunakan untuk mengumpulkan informasi dari orang-orang terpilih yang memiliki kredibilitas untuk menilai proses pembelajaran, antara lain orang yang lebih "superior" dalam bidang keahlian yang dinilai, orang-orang yang sejawat atau berada dalam posisi yang sama dan melakukan kegiatan yang sama, diluar bidang keahlian

yang ikut terlibat dalam kegiatan yang dilakukan. Bila diterapkan pada mahasiswa kedokteran pada rotasi klinik, maka penilai yang cocok adalah dosen pembimbing klinik atau dokter yang bertugas dalam suatu bagian, teman sesama mahasiswa kedokteran yang menjalani rotasi bersama-sama, tim yang terlibat dalam praktek kesehatan di rumah sakit seperti perawat, bidan, atau staf administrasi dan pasien yang berinteraksi dengan mahasiswa.⁸

Selain itu, MSF dapat juga melibatkan mahasiswa yang dinilai, sehingga MSF dapat menjadi bagian dari *self assessment* mahasiswa. dengan cara ini dapat terlihat perbandingan antara penilaian oleh orang lain dan penilaian yang dilakukan oleh mahasiswa itu sendiri. Hal ini akan membantu melatih proses refleksi mahasiswa untuk melihat kekurangan mereka, kesulitan yang dihadapi dan bagaimana tindakan selanjutnya untuk mengatasihaltersebut.⁸

Tidak ada pedoman khusus mengenai isi kuesioner yang akan digunakan sebagai instrumen MSF, item-item dalam kuesioner disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai, Isi kuesioner untuk masing- masing penilai pun bisa dibuat berbeda satu sama lain . Hal ini disesuaikan dengan kondisi yang paling mungkin dapat diamati dengan baik oleh masing- masing penilai. Kuesioner yang diisi oleh pasien lebih diarahkan pada kemampuan komunikasi mahasiswa, sementara kuesioner untuk staff administrasi atau perawat lebih mengarahkan pada kemampuan kolaborasi. Isi kuesioner bisa berupa pernyataan tertutup yang menggunakan *check list*, *likert scale* atau *point-scale* dan pernyataan terbuka untuk memberikan *feedback*.⁸

Pendidikan residen ilmu kebidanan & kandungan di Inggris menggunakan MSF sebagai salah satu metode penilaian terhadap performans residen, empat domain yang dinilai dalam kuesioner yaitu hubungan dengan teman sejawat, hubungan dengan pasien, kemampuan dalam mengumpulkan informasi dan manajemen waktu/ ketekunan. Penilaian diberikan dalam four point-scale yaitu :

1. perlu perhatian khusus (*need serious attention*)
2. Beberapa kekurangan, perlu perbaikan (*some deficiency, progress needed*)
3. Baik- baik saja, tidak ada masalah (*fine, no problem*)
4. Luar biasa (*outstanding. Well done*)

Keempat skala tersebut kemudian dibagi lagi menjadi dua kategori besar yaitu kurang memuaskan (skala 1 & 2) dan memuaskan (skala 3 & 4). Kuesioner ini juga dilengkapi dengan pernyataan terbuka tentang kekuatan dan kelemahan spesifik yang dimiliki oleh masing- masing individu yang dinilai.^{4,10}

Penelitian yang dilakukan Overeemat al menunjukkan bahwa dengan penambahan *constructive feedback* dalam bentuk komentar naratif, mahasiswa yang dinilai akan mendapatkan penjelasan yang lebih spesifik tentang hasil penilaian mereka dan bisa mendapat masukan tentang hal- hal yang harus dilakukan untuk memperbaiki dan meningkatkan performans mereka. *Constructive Feedback* yang diberikan akan lebih diperhatikan oleh mahasiswa dibanding nilai numerik yang diberikan.^{8,11}

Setelah kuesioner selesai dibuat dan penilai telah ditetapkan, maka prosedur selanjutnya adalah menetapkan waktu observasi dan waktu pengumpulan kuesioner, setelah itu kuesioner dapat dibagikan dan proses penilaian MSF dapat dilakukan. Di akhir proses penilaian, kuesioner tersebut dikumpulkan dan masing-masing penilaian digabungkan menjadi satu kesimpulan untuk komponen penilaian perilaku profesional.

Kekuatan, kelemahan dan keterbatasan MSF

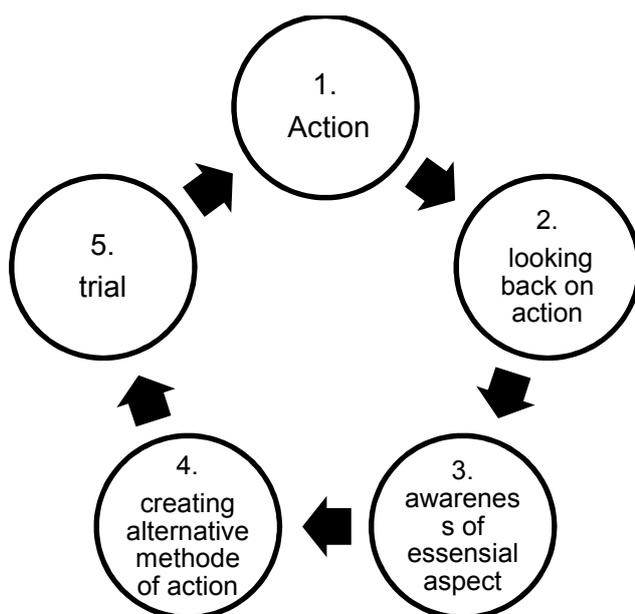
Kekuatan

Apabila diterapkan dengan metode yang baik dan tujuan yang sesuai, MSF terbukti dapat meningkatkan kualitas kerja dalam kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi dan rasa.^{4,10} MSF sebagai suatu metode penilaian perilaku yang dilakukan oleh

banyak penilai lebih terpercaya jika dibandingkan dengan penilaian yang hanya dilakukan oleh satu orang, pada MSF penilaian dari beberapa orang digabungkan menjadi satu penilaian terhadap satu orang. Selain itu, dalam MSF penilaian dilakukan setelah para penilai melakukan observasi selama periode tertentu, hal ini mengurangi subjektivitas pada penilaian yang hanya dilakukan berdasarkan pengamatan satu waktu saja dan meningkatkan validitas MSF sebagai instrumen penilaian terhadap perilaku profesional mahasiswa kedokteran.^{4,10}

Apabila MSF ini dilakukan dengan pemberian *feedback* yang efektif, maka dapat meningkatkan kemampuan refleksi mahasiswa. Korthagen et al. mengembangkan suatu model perkembangan sikap profesional, yaitu *ALACT model* seperti tampak pada gambar 1. Model ini dapat digunakan untuk membantu menstimulasi refleksi mahasiswa dari pengalaman yang mereka alami.⁸

Gambar 1. *The ALACT model* (Korthagen et al., 2001 cit Driessen et al., 2011)



Penggunaan MSF disertai dengan pemberian feedback yang efektif dapat meningkatkan kemampuan refleksi mahasiswa. kemampuan refleksi yang baik sendiri dapat meningkatkan self directed learning, melatih critical thinking dan profesionalisme mahasiswa. MSF dapat memberikan informasi kepada mahasiswa tentang performans mereka dan menimbulkan kesadaran terhadap kekuatan dan kelemahan mereka (tahap 2 dan 3 dari ALACT model).⁸

Kekuatan lain adalah MSF tidak memerlukan *pre-identification of material (clinical cases)* dan waktu tertentu untuk melakukan penilaian, berbeda dengan penilaian dalam performans test lain seperti DOPS atau mini-CEX yang memerlukan perencanaan dalam hal kasus klinis yang akan dinilai atau waktu penilaian.⁹

Penilaian dengan menggunakan MSF sebagai *formative assessment* pada mahasiswa kedokteran fase prelinik dapat membantu mengarahkan proses pembelajaran dan perilaku mahasiswa ke arah yang positif. Melalui MSF, mahasiswa dapat mengetahui kekurangan mereka dan berusaha melakukan perubahan ke arah yang lebih baik, mereka lebih termotivasi untuk mengatur diri mereka misalnya dalam manajemen waktu, interaksi dengan teman, tutor, instruktur klinik dan jugapadapasiensimulasi.¹

Kelemahan dan keterbatasan

Metode penilaian dengan MSF memerlukan banyak waktu dan banyak sumber daya manusia, metode ini juga memerlukan adanya pelatihan pada para

penilai dan banyak pertimbangan dalam pemilihan penilai. Evaluasi yang harus dilaksanakan juga tidak memiliki pedoman khusus karena masing- masing institusi memiliki kekhasan masing- masing.³

Hasil penilaian yang didapat melalui MSF dianggap dapat benar- benar mencerminkan keadaan dan kemampuan dari mahasiswa sesuai dengan dimensi yang dinilai. Faktor yang mendasarinya antara lain bahwa dalam MSF penilaian dilakukan oleh banyak orang dan penilaian dilakukan berdasarkan hasil observasi langsung oleh penilai. Namun hal ini masih memerlukan penelitian lebih lanjut, penelitian yang dilakukan oleh Mount & Scullen menunjukkan adanya "hallo effect" atau "*rater leniency*" dalam metode MSF ini, masing- masing penilai memiliki persepsi yang berbeda tentang aspek yang paling penting dalam item penilaian, sehingga mereka memfokuskan penilaian pada satu aspek tersebut dan cenderung mengabaikan atau mentoleransi aspek lain.⁸

Faktor lain yang dapat menjadi kelemahan dalam MSF adalah adanya faktor emosional baik dari penilai maupun dari mahasiswa. biasanya masalah ini muncul ketika ada penilaian yang sangat buruk (*largely negative feedback*), adanya perbedaan mencolok antara penilaian yang dilakukan oleh mahasiswa sendiri dengan penilaian oleh orang lain, feedback yang diberikan lebih mengarah pada karakter personal dibanding perilaku profesional atau *feedback* yang menghakimi.⁸

Rees & Sheperd (2005) melakukan penelitian persepsi mahasiswa tentang

penerapan *MSF* sebagai metode penilaian perilaku profesional mahasiswa kedokteran fase preklinik, beberapa mahasiswa ternyata menganggap *MSF* dapat memberikan efek negatif pada perilaku mahasiswa, dengan adanya penilaian *MSF* ada mahasiswa merasa kenyamanan dalam proses belajar mengajar menjadi terganggu karena mereka merasa diawasi sepanjang waktu, mahasiswa menjadi kaku dan berpikir berulang kali untuk bercanda dengan teman sekelas atau satu kelompok karena khawatir perilaku tersebut dianggap kurang pantas dilakukan dan mengurangi penilaian terhadap mereka. Selain itu ada juga mahasiswa yang “bermain peran”, mencoba menjadi orang lain dengan perilaku seideal mungkin dan sangat berbeda dengan perilaku mereka di luar lingkungan fakultas, timbul persaingan diantara mahasiswa untuk mendapatkan nilai yang baik dalam penilaian perilaku profesional mereka.¹

Kualitas penilaian dengan MSF

Validitas dan reliabilitas

Instrumen yang digunakan dalam *MSF* harus diuji untuk memastikan bahwa instrumen tersebut reliabel dan valid.¹² *Content validity* dari *MSF* dapat dibangun dengan memetakan item-item dalam kuesioner menggunakan kerangka teori yang sudah ada bagi standar pendidikan dokter. Sementara untuk *construct validity*, hasil penelitian menyatakan bahwa dengan kemampuan instrumen *MSF* untuk membedakan antara berbagai keahlian dan pengalaman, mampu membedakan antara dokter atau mahasiswa yang memiliki perilaku atau performans yang buruk, maka *MSF* memiliki *construct validity*.⁸

Dalam hal *predictive validity*, belum ada penelitian yang menunjukkan bahwa mahasiswa yang mendapat penilaian baik dalam *MSF*, juga memiliki performans yang baik dalam melakukan praktek kedokteran di masyarakat menyatakan bahwa performans dokter lebih dipengaruhi oleh faktor kognitif dibandingkan faktor non kognitif.^{4,10}

Reliabilitas dari *MSF* tergantung pada instrumen/ kuesioner yang digunakan dan jumlah serta karakteristik penilai. Reliabilitas instrument assessment difokuskan pada internal konsistensi dan stabilitas (*inter-rater reliability, intra-rater reliability, generalisability*). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, secara umum instrumen yang digunakan dalam *MSF* memiliki internal konsistensi dengan Cronbach alpha yang bervariasi antara 0,83- 0,98. Batas ambang yang diterima untuk high-stakes assessment adalah 0,8. Bila digunakan sebagai *formative assessment*, maka nilai 0,7 masih dianggap sesuai. Untuk mencapai angka ini, ada beberapa faktor yang menentukan, antara lain jumlah orang dalam satu grup yang melakukan penilaian, semakin banyak dosen pembimbing klinik, perawat, pasien atau anggota kelompok yang melakukan penilaian, maka hasil yang didapat makin reliabel.^{8,9}

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, salah satu kelemahan dalam *MSF* adalah adanya *rater error* atau *rater bias* atau *rater leniency*. Oleh karena itu penentuan jumlah penilai merupakan faktor yang harus dipertimbangkan. Butterfield & mazzafferri memperkirakan bahwa lima atau enam penilai dapat memberikan data yang representatif untuk setiap individu. Apabila penilaian melibatkan perawat dalam suatu rotasi klinik, maka jumlah yang dianggap dapat dipercaya

untuk mendapatkan hasil yang representatif adalah 10-15 orang perawat. Secara umum, untuk penerapan pada rotasi klinik, maka jumlah minimum penilai yang diperlukan adalah 8-12 anggota kelompok atau tim kesehatan yang terlibat dan 15-25 pasien.^{4,8,10}

Joshi et al., (2004) melakukan penelitian tentang realibilitas penilai dengan MSF pada kemampuan interpersonal dan kemampuan komunikasi residen ilmu kebidanan dan kandungan di fakultas kedokteran Universitas Drexel, Philadelphia dan hasil penelitiannya menunjukkan bahwa instrument MSF yang digunakan dapat dipercaya (reliable) dalam menilai kemampuan interpersonal dan kemampuan komunikasi.⁶

Penelitian terhadap validitas dan reliabilitas instrument MSF juga dilakukan oleh Allerup et al., (2007) pada penilaian residen ilmu penyakit dalam di Fakultas kedokteran Universitas Southern Denmark dan hasilnya menunjukkan bahwa MSF merupakan metode yang reliabel dan valid untuk menilai profesionalisme residen, hasil penilaian dapat membedakan antara dosen yang memiliki performans yang baik dan buruk.⁷

Kredibilitas penilai

Salah satu manfaat dari MSF adalah adanya *constructive feedback* yang mereka terima dari orang-orang yang melakukan penilaian tentang performans mereka. Untuk memastikan bahwa para penilai yang terpilih memiliki kredibilitas dalam melakukan penilaian terhadap perilaku mahasiswa dalam kurun waktu tertentu, maka mahasiswa sebaiknya juga dilibatkan dalam pemilihan penilai, meskipun ada aspek *counter-intuitive*, namun bukti menunjukkan hal ini tidak akan mengganggu proses penilaian.⁸

Selain itu, untuk menghindari "*hallo effect*" atau "*rater leniency*", seperti telah dijelaskan sebelumnya, salah satu solusi yang dapat dilakukan untuk memastikan kredibilitas penilai adalah dengan melakukan pelatihan pada para penilai yang terlibat dalam MSF. Melalui pelatihan, para penilai dapat membuat suatu konsensus atau kesepakatan mengenai item-item dalam penilaian, sehingga mereka memiliki persepsi yang sama terhadap berbagai aspek yang ada dalam penilaian, mampu menggunakan *checklist* atau *ratingscales* secara akurat dan konsisten. Para penilai juga harus mengetahui tentang bagaimana cara memberikan umpan balik yang membangun (*constructive feedback*) karena salah satu komponen penting dalam MSF adalah kualitas *feedback* yang diberikan pada mahasiswa.⁸

Faktor lain yang mempengaruhi kredibilitas MSF adalah kerahasiaan. Penilaian MSF sebaiknya dilakukan tanpa mencantumkan nama penilai dan hasil penilaian dijaga kerahasiaannya dan hanya boleh diketahui oleh mahasiswa yang bersangkutan dan dosen pembimbing.⁸

KESIMPULAN

MSF merupakan salah satu metode yang valid dan reliabel dalam menilai perilaku profesional mahasiswa kedokteran, namun dalam penerapannya ada banyak faktor yang harus dipertimbangkan agar tujuan pembelajaran yang diinginkan dapat tercapai.

Driessen et al., (2011) mengemukakan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keefektifan MSF, setiap faktor memerlukan solusi yang berbeda seperti tampak dalam tabel 1.⁸

Tabel 1. *Factors promoting the succes of MSF*(Driessen *et al.*, 2011)

Faktor	Rekomendasi
Implementasi	Prosedur feedback bersifat anonim, hanya diketahui oleh mahasiswa dan dosen pembimbing (klinik atau preklinik) Pastikan semua pihak yang terlibat mengetahui tentang prosedur <i>MSF</i> dan kerahasiaannya Pastikan ketersediaan waktu dan sumber daya
Materi dalam <i>MSF</i>	Masukkan komponen komentar naratif dalam kuesioner Berikan mahasiswa umpan balik terhadap hasil <i>MSF</i> dalam bentuk data statistik dan komentar naratif tentang hasil mereka
Kredibilitas & spesifisitas <i>MSF</i>	Berikan informasi yang jelas kepada para penilai tentang kriteria penilaian dan cara pemberian <i>feedback</i> Beri kesempatan pada mahasiswa untuk ikut terlibat dalam memilih penilai yang mereka anggap termasuk dalam pihak-pihak yang memang telah melakukan observasi terhadap performans mereka
Pengawasan	Berikan mahasiswa pembimbingan oleh dosen atau supervisor klinik Pastikan bahwa pembimbing memiliki kemampuan untuk memfasilitasi refleksi dan membantu pencapaian tujuan belajar, sensitif terhadap masalah yang melibatkan emosi
Tindak lanjut	Fokus pada tujuan yang ingin dicapai melalui penerapan <i>MSF</i> Formulasikan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk proses perbaikan dan pengembangan

Wood *et al.*, (2006) mengemukakan 10 tips yang dapat dilakukan agar penilaian dengan *MSF* bisa menjadi lebih efektif yaitu:

1. Ciptakan kultur yang mendukung
2. Tentukan tujuan pembelajaran dengan jelas
3. Deskripsikan dengan jelas perilaku yang diinginkan
4. Usahakan item yang digunakan dalam kuesioner tidak terlalu banyak
5. Usahakan agar skala penilaian yang digunakan sederhana dan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai
6. Gunakan 10 orang penilai
7. Bandingkan hasil penilaian dengan *self assessment*

8. Lakukan pelatihan pada mereka yang akan memberikan *feedback*
9. Libatkan mahasiswa dalam perencanaan dan pelaksanaan penilaian
10. Satukan berbagai masukan untuk pengembangan^{4,10}

DAFTAR PUSTAKA

1. Rees C, shepherd M. 2005. The acceptability of 360-degree judgement as a method of assessing undergraduate medical students' professional behaviours. *medical Education*; 39: 49-57
2. KonsilKedokteran Indonesia. 2006. *Standar Kompetensi Dokter Indonesia*. Jakarta
3. McGaghie W.C, Butter J, Kaye M, 2009. *Observational Assessment*, in: Downing S.M, Yudkowsky R. *Assessment in Health Professional Education*, New York: Routledge Taylor & Francis Group. p 185-215
4. Wood I, Hassel A, Whitehouse A, Bullock A, Wall d. 2006. A literature review of multi-source feedback systems within and without health services, leading to 10 tips for their successful design. *Medical Teacher*; Vol 28, No. 7,; 185–191
5. Swanwick T, Chana N. 2007. Workplace-based assessment for general practice training. In Jackson N, Jamieson A, Khan A. *Assessment in medical Education and training, a practical guide*, New York: Radcliffe Publishing, p 74-85
6. Joshi R, Ling F.W, Jaer J. 2004. Assessment of 360-degree instrument to evaluate resident's Competency in Interpersonal and Communication Skills. *Academic Medicine* ; vol 79, No 5: 458-463
7. Allerup P, Aspergen K, Ejlersen E, Jorgensen G, Moller A.M, Moller M.K, Pedersen K.K, Rasmussen O.B, Rohold A, Sorensen B. 2007. Use of 360-degree assessment of residents in internal medicine in a Danish setting: a feasibility study. *Medical Teacher*; 29: 166-170
8. Driessen E, Overeem K, Tartwijk J.V, 2009. Learning from practice: mentoring, feedback, and portfolios, in: Dornan T, Mann K, Scherpbier A, Spencer J. *Medical Education theory and practice*, Edinburg: Churchill Livingstone Elsevier Ltd. p 211-21
9. Davis M.H, Ponnampereuma G.G, Wall D, 2009. Workplace-based assessment. In Dent J.A, Harden R.M. *A Practical Guide for medical teachers*, Edinburg: Churchill Livingstone Elsevier Ltd. p 345-48
10. Wood I, Wall D, Bullock A, Hassell A, Whitehouse A, Campbell I. 2006. "team observation": a six-year study of the development and use of multi-source feedback (360-degree assessment) in obstetrics and gynaecology training in the UK. *Medical Teacher*; vol 28, No 7: 177-184
11. Burford B, illing J, Kergon C, Morrow G, Livingston M. 2010. Use perception of multi-source feedback tools for junior doctors. *medical Education*; 44: 165-176
12. Lockyer J. 2003. Multisource Feedback in the Assessment of Physician Competencies. *Journal of Continuing education in the Health Professions*. ; vol 23: 4-12