LAMPIRAN : PERATURAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : / PER/ DIR/ P02/ RSUD-DM/I/ 2018

TENTANG : KEBIJAKAN PELAYANAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

dr. MURJANI SAMPIT

**BAB I**

**DEFINISI**

1. PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi tempat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tujuan menyembuhkan penyakit serta terhindar dari kematian atau kecacatan. Dalam melaksanakan fungsinya Rumah Sakit harus pula mengendalikan atau meminimalkan resiko baik klinis maupun non klinis yang mungkin terjadi selama proses pelayanan kesehatan berlangsung, sehingga terlaksana pelayanan yang aman bagi pasien.

Oleh karena itu keselamatan pasien di Rumah Sakit merupakan prioritas utama dalam semua bentuk kegiatan di Rumah Sakit. Untuk mencapai kondisi palayanan yang efektif, efisien dan aman bagi pasien itu diperlukan komitmen dan tanggung jawab yang tinggi dari seluruh personil pemberi pelayanan di Rumah Sakit sesuai dengan kompetensi dan kewenanganya.

Selanjutnya kerjasama tim para pemberi asuhan pasien merupakan prasyarat untuk mencapai tujuan tersebut, dan dilengkapi dengan komunikasi yang baik. Serta tidak dapat dipungkiri bahwa peranan dokter sebagai ketua tim sangat besar dan sentral dalam menjaga keselamatan pasien, karena semua proses pelayanan berawal dan ditentukan oleh dokter.

Sebagai intrumen monitoring dan evaluasi maka tidak kalah pentingnya faktor catatan medis yang lengkap dan baik, dimana semua proses pelayanan terhadap pasien direkam medis secara real time dan akurat. Sehingga apabila terjadi sengketea medis rekam medis ini benar-benar dapat menjadi alat bukti bagi Rumah Sakit bahwa proses pelayanan telah dijalankan dengan benar dan sesuai prosedur, atau kalau terjadi sebaliknya dapat pula berfungsi sebagai masukan untuk memperbaiki proses pelayanan yang ada.

Salah satu elemen dalam pemberi asuhan kepada pasien (Patient Care) adalah asuhan medis. Asuhan medis diberikan oleh dokter yang dalam standar keselamatan pasien disebut DPJP : Dokter Pananggung Jawab Pelayanan. Panduan ini disusun untuk memudahkan Rumah Sakit mengelola penyelenggaraan asuhan medis oleh DPJP.

1. PENGERTIAN
2. DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) : adalah seorang dokter memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi / penyakit sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan Rumah Sakit dari awal sampai dengan akhir perawatan di Rumah Sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Asuhan medis lengkap artinya melakukan asesmen medis sampai dengan implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien.
3. DPJP adalah dokter spesialis, dokter umum dan dokter gigi spesialis.
4. Pasien dengan lebih dari satu penyakit dikelola oleh lebih dari satu DPJP sesuai kewenangan klinisnya, dalam pola asuhan secara tim atau terintegrasi. Contoh : pasien dengan Diabetes Mellitus, Katarak dan Stroke, dikelola oleh lebih dari satu DPJP : Dokter Spesialis Penyakit Dalam, Dokter Spesialis Mata dan Dokter Spesialis Saraf.
5. DPJP utama : bila pasien dikelola oleh lebih dari satu DPJP, maka asuhan medis tersebut dilakukan secara terintegrasi dan secara tim diketahui seorang DPJP Utama. Peran DPJP utama adalah sebagai koordinator proses pengelolaan asuhan medis bagi pasien yang bersangkutan (“kapten tim”), dengan tugas menjaga terlaksanya asuhan medis komprehensif – terpadu – efektif, keselamatan pasien, komunikasi efektif, membangun sinergisme, dengan mendorong penyesuaian pendapat (adjustment) antar anggota, mengarah agar tindakan masing-masing DPJP bersifat kontributif (bukan intervensi), serta mencagah duplikasi.
6. Dokter yang memberikan pelayanan interpretative, misalnya memberikan uraian/data tentang hasil laboratorium atau radiologi, tidak dipakai istilah DPJP, karena tidak memberikan asuhan medis yang lengkap.
7. Asuhan pasien (patient care) diberikan dengan pola Pelayanan Berfokus pada Pasien (Patient Centered Care) dan DPJP merupakan ketua (Team Leader) dari tim yang terdiri dari praprofesional pemberi asuhan pasien/ staf klinis dengan kompetensi dan kewenangan yang memadai, yang antara lain terdiri dari dokter, perawata, ahli gizi, apoteker, fisioterapis dan sebagainya.
8. Manajer Pelayanan Pasien : adalah Professional di Rumah Sakit yang melaksanakan manajemen pelayanan pasien, yaitu proses kolaboratif mengenai asesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi asuhan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif, melaui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberikan hasil (outcome) yang bermutu dengan biaya – efektif.

**BAB II**

**RUANG LINGKUP**

Pedoman ini berlaku pada semua lini pelayanan Rumah Sakit yang meliputi : Rawat Jalan, Emergensi, Rawat Inap, Ruang Perawatan Khusus (ICU,PICU, Hemodialisa) dan ruang tindakan. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) bertanggung jawab untuk koordinasi selama pasien dirawat diketahui dan tersedia dalam seluruh fase asuhan rawat.

1. **DASAR**

Yang menjadi dasar dalam penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah :

1. UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 5 : Rumah Sakit mempunyai fungsi : huruf b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang pari purna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
2. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 29 Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban : huruf r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit *(Hospital by laws)*.
3. UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 3 pengaturan praktik kedokteran bertujuan untuk :
4. Memberikan perlindungan kepada pasien.
5. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi, dan
6. Memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi.
7. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 43 menyatakan Rumah Sakit wajib menerapkan sasaran keselamatan pasien.
8. Permenkes 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan pasien Rumah Sakit.
9. Pasal 7 Permenkes 1691 Tahun 2011 mengatur hal berikut :
10. Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien
11. Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
12. Hak Pasien
13. Medidik pasien dan keluarga
14. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
15. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
16. Mendidik staf tentang keselamatan pasien dan
17. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
18. Pada lampiran Permenkes 1691 Tahun 2011 pengaturan tentang standar I. Hak pasien, adalah sebagai berikut.

Standar : pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

1. Kriteria :
2. Harus ada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
3. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
4. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.
5. Permenkes 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik Rumah Sakit.
6. Permenkes 1438 Tahun 2010 tentang standar pelayanan kedokteran.
7. Kode etik kedokteran indonesia, PB IDI, 2012.
8. SK Pengurus Besar IDI no. 111/PB/A.4/02/2013 tentang Penerapan Kode Etik Kedokteran Indonesia.
9. Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia No. 21A/KKI/KEP/IX/2006 tentang Pengesahan Standar Kompetensi Dokter dan Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia No. 23/KKI/KEP/XI/2006 tentang Pengesahan Standar Kompetensi Dokter Gigi.
10. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia.
11. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 48/KKI/PER/XII/2010 tentang Kewenangan Dokter Indonesia.
12. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi.
13. Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia No. 19/KKI/PER/IX/2006 tentang Buku Kemitraan Dalam Hubungan Dokter-Pasien.
14. Keputusan Konsil Kedokteran No. 18/KKI/KEP/IX/2006 tentang Buku Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Yang Baik di Indonesia.
15. Konsil Kedokteran Indonesia : Komunikasi Efektif Dokter – Pasien, 2006.

1. **PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT**

Dalam UU 44/2009 pasal 5 huruf b. Dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan di Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

Pada penjelasan pasal 5 huruf b. Disebutkan : yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik. Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik. Dengan demikian asuhan medis kepada pasien diberikan oleh dokter spesialis.

1. **ASUHAN MEDIS**

Asuhan pasien *(patient care)* dapat terdiri dari antara lain asuhan medis, asuhan keperawatan, asuhan obet, asuhan gizi dan sebagainya. Asuhan pasien dalam konteks Pelayanan Fokus pada Pasien *(Patient Centered Care)* , dilakukan oleh semua professional pemberi asuhan, antara lain dokter, perawata, ahli gizi, apoteker dan sebagainya. Disebut sebagai Tim Interdisiplin. Asuhan medis diselenggarakan berdasarkan kesepakatan antara dokter dengan pasien (UU No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 39). Asuhan pasien yang dilakukan oleh masing-masing pemberi asuhan, terdiri dari dua blok kegiatan : Asesment Pasien dan Implementasi Rencana.

1. Terdiri dari tiga langkah :
2. Pengumpulan informasi, antara lain, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan sebagainya.
3. Analis informasi menghasilkan diagnosis, masalah atau kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan pasien.
4. Menyusun rencana (care plan) pelayanan dan pengobatan, untuk memenuhi kebutuhan pelayanan.
5. Implementasi rencana dan monitor

Asuhan medis di Rumah Sakit diberikan oleh dokter spesialis, disebut sebagai DPJP. Di unit/instalasi gawat darurat dokter jaga yang telah menjalani pelatihan – bersertifikat kegawat daruratan antara lain, ATLS, SCLS, PPGD, menjadi DPJP pada saat asuhan awal pasien gawat – darurat. Saat pasien di konsul/rujuk dokter spesialis dan meberikan asuhan medis, maka dokter spesialis tersebut menjadi DPJP tersebut sebelumnya.

Asas, Dasar, Kaidah dan Tujuan Praktik Kedokteran di Indonesia intinya adalah sebagai berikut :

* Asas : nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindugan dan keselamatan pasien.
* Kaidah dasar moral : Menghormati martabat manusia *(respect for person)* . berbuat baik *(beneficence).* Tidak berbuat yang merugikan *(non-maleficence).* Keadilan *(justice).*
* Tujuan : memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu palayanan medis, memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter, dan dokter gigi.

1. **KEWENANGAN KLINIS DAN EVALUASI KINERJA**
2. Setiap dokter yang berkerja di Rumah Sakit yang melakukan asuhan medis, termasuk pelayanan interpretative, harus memiliki STR,SIP, SK dari Direktur/ Kepala Rumah Sakit berupa Surat Penugasan Klinis/SPK *(Clinical Appointment).* Dengan lampiran Rincian Kewenangan Klinis / RKK *(Clinical Privilege).* Penerbitan SPK dan RKK tersebut harus melalui proses kredensial dan rekredensial yang mengacu kepada Permenkes 755/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
3. Regulasi tentang evaluasi kinerja professional DPJP ditetapkan Direktur dengan mengacu ke Permenkes 755/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit dan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Khususnya Bab KPS (Kualifikasi dan Pendidikan Staf).
4. **PENUNJUKAN DPJP DAN PENGELOMPOKAN STAF MEDIS**
5. Regulasi tentang penunjukan seorang DPJP untuk mengelola seorang pasien, pergantian DPJP, selesainya DPJP karena asuhan medisnya telah tuntas, ditetapkan Direktur / Kepala Rumah Sakit. Penunjukan DPJP dapat antara lain berdasarkan permintaan pasien, jadwal praktek, jadwal jaga, konsul/rujukan langsung, pergantian DPJP perlu pengaturan rinci tentang alih tanggung jawabnya. Tidak dibenarkan pergantian DPJP yang rutin, contoh : pasien A ditangani setiap minggu dengan pola hari senin oleh DrSp PD X, hari Rabu DrSp Y, hari Sabtu DrSp PD Z.
6. Regulasi tentang pelaksanaan asuhan medis oleh lebih dari satu DPJP dan penunukan DPJP Utama, tugas dan kewenanganya ditetapkan Ditektur/Kepala Rumah Sakit.
7. Kriteria penunjukan DPJP Utama untuk seorang pasien dapad digunakan butir-butir sebagai berikut :
8. DPJP utama dapat merupakan DPJP yang pertama kali mengelola pasien pada awal perawatan.
9. DPJP utama dapat merupakan DPJP yang mengelola pasien dengan penyakit dalam kondisi (relatif) terparah.
10. DPJP utama dapat ditentukan melalu kesepakatan antar para DPJP terkait.
11. DPJP utama dapat merupakan pilihan dari pasien.
12. Pengaturan tentang Pengelompokan Staf Medis ditetapkan oleh Direktur sesuai kebutuhan. Pengelompokan dapat dilakukan antara lain dengan kategori perdisiplin (Kelompok Staf Medis Bedah, Penyakit Dalam, Radiologi, Mata, dsb). Kategori penyakit (Kelompok Kerja/Tim Kanker Payudara, Kanker Cerviks, dsb). Kategori organ (Kelompok Kerja / Tim Cerebrovasculer, Cardiovasculer, hati, dsb).

**BAB III**

**TATA LAKSANA DPJP**

1. Setiap pasien yang mendapat asuhan medis di Rumah Sakit baik rawat jalan maupun rawat inap harus memiliki DPJP.
2. Di unit / instalasi gawat darurat. Dokter jaga menjadi DPJP pada pemberian asuhan medis awal / penanganan kegawat – daruratan. Kemudian selanjutnya saat dikonsul/dirujuk ditempat *(on site)* atau lisan ke dokter spesialis, dan dokter spesialis tersebut memberikan asuhan medis (termasuk intruksi secara lisan) maka dokter spesialis tersebut telah menjadi DPJP pasien yang bersangkutan. Sehingga DPJP berganti.

Jika pasien datang tanpa membawa rujukan, DPJP sesuai dengan daftar konsulen di ruan IGD. Sedangkan jika membawa rujukan, DPJPdalah pemberi rujukan.

1. Apabila pasien mendapat asuhan medis lebih dari satu DPJP, maka harus ditunjuk DPJP utama yang berasal dari para DPJP pasien terkait. Kesemua DPJP tersebut bekerja secara tim dalam tugas mandiri maupun kolaboratif, berinteraksi dan berkoordinasi (dibedakan dengan “bekerja sendiri-sendiri”).
2. Peran DPJP utama adalah sebagai koordinator proses pengelolaan asuhan medis bagi pasien yang bersangkutan (sebagai “kapten tim”). Dengan tugas menjaga terlaksananya asuhan medis komprehensif terpadu – efektif, keselamatan pasien, komunikasi efektif, membangun sinergisme dengan mendorong penyesuaian pendapat *(adjustment)* antar anggota, mengarahkan agar tindakan masing-masing DPJP bersifat kontributif (bukan intervensi). Dan juga mencegah duplikasi.
3. DPJP dalam pelaksanaanya dibantu oleh dokter jaga untuk menjelaskan kepada pasien atau keluarga tentang :
4. Rencana / usulan pelayanan.
5. Kondisi medis dan diagnosa.
6. Hasil pelayanan dan pengobatan.
7. Termasuk hasil yang tidak diharapkan.
8. Nama individu yang memberikan pengobatan.
9. Potensi manfaat dan kekuranganya.
10. Kemungkinan alternatif.
11. Kemungkinan keberhasilan.
12. Kemungkinan timbulnya masalah selama masa pemulihan serta kemungkinan yang terjadi apabila tidak diobati.

Informasi pelayanan dan pengobatan termasuk hasil yang tidak diharapkan dari pelayanan akan disampaikan kepada pasien saat awal pasien masuk, saat ada perubahan kondisi pasien dan daat pasien akan dilakukan tindakan.

1. Tim membuat keputusan melalui DPJP Utama, termasuk keinginan DPJP mengkonsultasikan ke dokter spesialis lain agar dikoordinasikan melalui DPJP utama. Kepatuhan DPJP terhadap jadwal kegiatan dan ketepatan waktu misalnya antara lain kehadiran atau menjanjikan waktu kehadiran, adalah sangat penting bagi pemenuhan kebutuhan pasien serta untuk kepentingan koordinasi sehari-hari.
2. Setiap penunjukan DPJP harus diberitahu kepada pasien dan / keluarga, dan pasien dan/ keluarga dapat menyetujuinya ataupun sebaliknya. Rumah Sakit berwenang mengubah DPJP bisa terjadi pelanggaran prosedur.
3. Koordinasi dan transfer informasi antar DPJP dilakukan secara lisann dan tertulis sesuai kebutuhan. Bila ada pergantian DPJP pencatatan di Rekam Medis harus jelas tentang alih tanggung jawabnya.
4. Di unit pelayanan intensif DPJP Utama adalah dokter intensifies. Koordinasi dan tingkatan keukut sertaan para DPJP terkait, tergantung kepada system yang ditetapkan misalnya system tebuka/tertutup/semi terbuka. Bila Rumah Sakit mamakai system terbuka, gunakan kriteria DPJP Utama tersebut diatas (lihat BAB VII).
5. Di kamar operasi DPJP Bedah adalah ketua dalam seluruh kegiatan pada saat di kamar operasi tersebut.
6. Pada keadaan khusus musalnya seperti konsul saat diatas meja operasi/sedang dioperasi, dokter yang dirujuk tersebut melakukan tindakan/memberikan intruksi, maka otomatis menjadi DPJP juga bagi pasien tersebut.
7. Dalam pelaksanaan pelayanan dan asuhan pasien, bila DPJP dibantu oleh dokter lain (antara lain : dokter ruangan), maka DPJP yang bersangkutan harus memberikan supervise, dan melakukan validasi berupa pemberian paraf/tanda tangan pada setiap catatan kegiatan tersebut di Rekam Medis.
8. Asuhan pasien dilaksanakan oleh para professional pemberi asuhan yang bekerja secara tim (“Tim Interdisiplin”) sesuai konsep Pelayanan Fokus pada Pasien *(Patient Centered Care).* DPJP sebagai ketua tim *(Team Leader)* harus proaktif melakukan koordinasi dan mengintegrasikan asuhan pasien, serta berkomunikasi intensif dan efektif dengan tim. Termasuk dalam kegiatan ini adalah perencanaan efektif dalam tim. Termasuk dalam kegiatan ini adalah perancanaan pulang *(Discharge Plan)* yang dapat dilakukan pada awal masuk rawat inap atau pada akhir rawat inap (Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012, BAB APK – Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan BAB AP – Asesmen Pasien).
9. DPJP harus aktif dan intensif dalam pemberian edukasi/informasi kepada pasien dan keluarganya. Gunakan dan kembangkan teknik komunikasi yang berempati. Komunikasi merupakan elemen yang penting dalam konteks Pelayanan Fokus pada Pasien *(Patient Centered Care)*, selain juga merupakan kompetensi kompetensi dokter dalam area kompetensi ke 3 (Standar Kompetensi Dokter Indonesia,KKI 2012; Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik Indonesia, KKI 2006).
10. Pendokumentasian yang dilakukan oleh DPJP di Rekam Medis harus mencantumkan nama dan paraf/ tanda tangan. Pendokumentasian tersebut dilakukan antara lain di Form asesmen awal medis. Catatan perkembangan pasien terintegrasi/CPPT *(Integrated Note)*. Form asesmen pra anestesi/ sedasi, intruksi passca bedah, form edukasi / informasi ke pasien dan sebagainya. Termasuk juga pendokumentasian keputusan hasil pembahasan tim medis, hasil ronde bersama multi kelompok staf medis/departemen, dan sebagainya.
11. Resume Medis adalah tanggung jawab DPJP. Bila dirawat bersama oleh beberapa DPJP maka resume yang merupakan rangkuman dan komplikasi dari resume setiap DPJP, menjadi tanggung jawab DPJP Utama.
12. Pada setiap Rekam Medis harus ada pencatatan (kumulatif, bila lebih dari satu) tentang DPJP, dalam bentuk satu formulir yang diisi secara periodik sesuai kebutuhan/ penambahan/ pengurangan / penggantian, yaitu nama dan gelar setiap DPJP, tanggal mulai dan akhir penanganan pasien, DPJP Utama nama dan gelar, tanggal mulai dan akhir sebagai DPJP Utama, daftar ini bukan berfungsi sebagai daftar hadir.
13. Keterkaitan DPJP dengan alur perjalanan klinis/*Clinical Pathway,* setiap DPJP bertanggung jawab mengupayakan proses asuhan pasien (baik asuhan medis maupun asuhan keperawatan atau asuhan lainya) yang diberikan kepada pasien patuh pada Alur Perjalanan Klinis/Clinical Pathway yang telah diterapkan oleh Rumah Sakit. Tingkat kepatuhan pada Alur Pelayanan Klinis/ *Clinical Pathway* ini akan menjadi objek Audit Klinis dan Audit Medis.
14. Bila DPJP cuti atau berhalangan hadir, DPJP dapat melimpahkan ke dokter spesialis lain yang mempunyai kewenagnan klinis untuk menangani pasien tersebut. Dalam hal ini DPJP tersebut disebut sebagai DPJP pengganti.

**BAB IV**

**DOKUMENTASI**

Regulasi yang kuat tentang DPJP dalam pelaksanaan asuhan medis, dan panduan ini merupakan acuan utama bagi Rumah Sakit. Regulasi mencerminkan pengelolaan risiko klinis dan pelayanan berfokus kepada pasien *(Patient Centered Care).* Regulasi tersebut diatas agar dapat diterpkan oleh para memberi asuhan, termasuk DPJP, sehingga terwujud asuhan pasien yang bermutu dan aman.

Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. MURJANI SAMPIT pendokumentasian dalam menetapkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah dengan menggunakan formulir surat pengantar rawat inap. Bagi pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) penetapan DPJP mengacu kepada jadwal On Call yang ditetapkan oleh General Manager Medis.

Bila seorang DPJP menemukan masalah lain dari pasien yang dirawat olehnya dan bukan bagian dari kewenangan klinisnya, maka DPJP melakukan konsul/rawat bersama/alih rawat kepada dokter spesialis lain yang mempunyai kewenangan klinis terhadap masalah pasien tersebut. Pendokumentasian hal ini dengan menggunakan formulir Permohonan Konsultasi.

Bila DPJP Cuti atau berhalangan hadir, DPJP dapat melimpahkan ke dokter spesialis lain yang mempunyai kewenangan klinis untuk menangani pasien tersebut. Dalam hal ini DPJP tersebut disebut sebagai DPJP pengganti. Informasi cuti di isi melalui formulir cuti dokter dan menunjuk dokter pengganti untuk pelayanan di Rawat Jalan dan Rawat Inap.

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT,

**dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp. Rad**

NIP. 19621121 199610 1 001