LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

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

TENTANG : KEBIJAKAN *SKRINING* PASIEN dr. MURJANI SAMPIT

**PANDUAN SKRINING PASIEN**

**RSUD DR. MURJANI SAMPIT**

1. **PENDAHULUAN**

Rumah sakit sudah seharusnya mempertimbangkan bahwa pelayanan di rumah sakit adalah bagian pelayanan yang terintegrasi oleh para professional dibidang pelayanan kesehatan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan.

1. **PENGERTIAN**

Skrining adalah suatu cara atau metode yang dilakukan untuk menyelaraskan kebutuhan pasien dibidang pelayanan kesehatan dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit. Informasi diperlukan untuk membuat keputusan yang benar tentang kebutuhan pasien yang mana yang dapat dilayani rumah sakit, supaya tercipta peningkatan mutu pelayanan yang sesuai dengan misi dan tujuan rumah sakit.

1. **TUJUAN**

Maksud dan tujuan dilakukan pemulangan pasien adalah:

1. Menyelaraskan kebutuhan pasien dibidang pelayanan kesehatan dengan pelayanan yang dimiliki/ tersedia di rumah sakit
2. Mengkoordinasikan pelayanan supaya lebih efektif dan efisien.
3. Merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya sesuai kebutuhan pasien
4. Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber daya di rumah sakit
5. **RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup pelayanan di rumah sakit disesuaikan dengan fasilitas yang dimilikinya. Hal ini dimaksudkan supaya rumah sakit tidak asal dalam penerimaan dan memberipelayanan kesehatan terhadap pasien.

Pelayanan instalasi gawat darurat (IGD) meliputi:

1. Pasien dengan kasus True Emergency, yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalamkondisi gawat darurat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (menjadi cacat) bila tidak segera mendapat pertolongan.
2. Pasien dengan kasus False Emergency, yaitu pasien dengan keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat. Kondisi ini gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, tidak mengancam nyawa atau anggota badannya.
3. Pasien tidak gawat dan tidak darurat

Pelayanan rawat jalan, meliputi:

Pelayanan pada pasien yang hanya membutuhkan pelayanan kesehatan, tipe ketiga, yang tidak gawat dan tidak darurat.

1. **KLASIFIKASI**

Berdasarkan Permenkes RI no 986/ Menkes/ Per/ 1992 bahwa pelayanan di rumah sakit diklasifikasikan menjadi kelas/ tipe A, B, C, D dan E (Azwar, 1996):

* 1. RS tipe/ kelas D

Adalah RS umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan umum dan 2 (dua) pelayanan medis spesialis dasar

* 1. RS tipe/ kelas C

Adalah RS umum yang mempunyai fasilitas dan dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medis 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medis

* 1. RS tipe/ kelas B

Adalah RS umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medis, 8 (delapan) spesialis lainnya dan 2 (dua) sub spesialis dasar serta dapat menjadi RS pendidikan apabila telah memenuhi syarat dan standar

* 1. RS tipe/ kelas A

Adalah RS umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) Spesialis penunjang medis, 12 (dua belas) spesialis lainnya dan 13 (tiga belas) sub spesialis serta dapat menjadi RS pendidikan apabila telah memenuhi syarat dan standar .

1. **BATAS OPERASIONAL**

Skrining dilakukan pada saat kontak pertama, dapat terjadi di sumber rujukan, pada saat pasien ditransportasi emergensi atau apabila saat pasien tiba di rumah sakit. Skrining dilakukan menyesuaikan dengan misi dan sumber daya rumah sakit tergantungpada keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya.Hal ini sangatpenting bahwa keputusan untuk memberikan pelayanan kesehatan, pengobatan,mengirim atau merujuk hanya dibuat setelah ada hasil skrining dan evaluasi. Hanya rumah sakit yang mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan konsisten dengan misinya dapat dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau rawat jalan dan rujukan kepelayanan kesehatan yang lain yang mempunyai fasilitas kesehatan yang memadai sesuai kebutuhan pasien.

1. Skrining di unit emergency/ Instalasi gawat darurat (IGD) dilaksanakan melalui kriteria Triase, evaluasi visual dan pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil daripemeriksaan fisik, psikologi, laboratorium klinik, atau pemeriksaan diagnostic imaging sebelumnya. Instalasi gawat darurat (IGD) adalah unit di rumah sakit yangmemberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dankecacatan secara terpadu yang melibatkan berbagai multidisiplin.
2. Skrining di rawat jalan, poliklinik, SEC dan hemodialisa dilaksanakan hanya denganevaluasi visual dan pengamatan. Pemeriksaan penunjang seperti laboratorium,diagnostic imaging dapat dilakukan setelah pasien mendapatkan pemeriksaan fisikatau pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien.
3. Penerimaan pasien dilakukan sesuai kemampuan rumah sakit dan kebutuhan pasienmelalui proses skrining dan hasil pemeriksaan test diagnostik yang diperlukan

.

1. **PENUTUP**

Skrining yang dilakukan di pelayanan kesehatan sangat penting sebagai dasar dan menyesuaikan dengan misi dan sumber daya rumah sakit. Hal ini sangat penting bahwakeputusan untuk memberikan pelayanan kesehatan, pengobatan, mengirim atau merujuk hanya dibuat setelah ada hasil skrining dan evaluasi. Hanya rumah sakit yang mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan konsistendengan misinya dapat dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau rawat jalan dan rujukan kepelayanan kesehatan yang lain yang mempunyai fasilitas kesehatanyang memadai sesuai kebutuhan pasien. Skrining juga tergantung pada keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya saat awal pasien dating ke rumah sakit.

**DAFTAR PUSTAKA**

Uke Pemila.(2010). *Konsep Discharge Planning*. Jakarta

Birmingham J. (2010).*Discharge planning guide: tools for compliance*. Edisi ke-3. USA: HCPro, Inc.

Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team. (2003). *Discharge from hospital: pathway, process and practice*. Department of Health.

Department of Health and Human Services, Office of Inspector General.(1997). *Medicare hospital discharge planning*.June Gibbs Brown Inspector General.

Felong B. (2008). *Guide to discharge planning*. Western Govenors University, College of Health Professions, Healthcare Management, Office for the Public Domain.

Stable RL.(1998). *Guidelines for pre-admission processes, discharge planning, transitional care*.Queensland Health.

*Guidelines on discharge planning.* [diakses pada tanggal 25 Maret 2012] Diunduh dari <http://uzweb.uz.ac.zw/medicine/epidemiology/pdfs/guidelines/29.pdf>.

Department of Health & Human Services USA (2010).*Your discharge planning checklist: for patient and their caregivers preparing to leave a hospital, nursing home, or other health care setting*. USA: Centers for Medicare & Medicaid Services.

The Health Board Executive. (2003).*Admissions and discharge guidelines*: *health strategy implementation project 2003*.

iv