

PANDUAN TRIAGE



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya Panduan Triage di Rumah Sakit Dharma Nugraha dapat diselesaikan sesuai dengan kebutuhan.

Panduan Triage disusun sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit serta sebagai acuan bagi petugas triage di Rumah Sakit Dharma Nugraha

Panduan Triage di Rumah Sakit Dharma Nugraha adalah dalam rangka pemberian pelayanan yang cepat dan tepat di Instalasi Gawat Darurat, dengan melakukan identifikasi kondisi pasien dan menetapkan tingkat derajat kegawatan yang memerlukan pertolongan kedaruratan

Panduan ini akan dievaluasi kembali untuk dilakukan perbaikan / penyempurnaan bila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai lagi dengan kondisi dan ketentuan triage di rumah sakit.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Tim Penyusun, yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun Panduan Triage untuk dijadikan acuan dalam pelayanan kegawatdaruratan di RS Dharma Nugraha

Jakarta, 12, April 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
KEPUTUSAN DIREKTUR	Error! Bookmark not defined.
BAB I DEFINISI DAN TUJUAN.....	1
BAB II RUANG LINGKUP.....	3
BAB III TATA LAKSANA PROSEDUR TRIAGE.....	5
A. Kategori <i>Triage</i>	5
B. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Prioritas	8
C. Proses <i>Triage</i>	9
D. Alur dalam Proses <i>Triage</i> :.....	10
E. Skema <i>Triage</i> di Instalasi Gawat Darurat.....	11
BAB IV DOKUMENTASI	12

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 020/PER-DIR/RSDN /2023
TENTANG AKSES DAN
KONTINUITAS PELAYANAN DI
RUMAH SAKIT DHARMA
NUGRAHA

**PANDUAN TRIAGE
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA.**

**BAB I
DEFINISI DAN TUJUAN**

A. DEFINISI

1. ***Triage*** adalah suatu sistem pembagian/ klasifikasi prioritas pasien berdasarkan berat ringannya kondisi pasien/ kegawatannya yang memerlukan tindakan segera.
2. ***Triage Level I (kritis/ resusitasi)*** adalah pasien berada dalam keadaan kritis dan mengancam nyawa atau anggota badannya menjadi cacat bila tidak segera mendapat pertolongan atau tindakan darurat segera.
3. ***Triage level II (emergensi/ gawat darurat)*** adalah pasien berada dalam keadaan gawat, akan kritis, dan mengancam nyawa bila tidak segera mendapatkan pertolongan atau tindakan darurat dalam waktu ≤ 10 menit.
4. ***Triage level III (urgensi)*** adalah pasien berada dalam keadaan tidak stabil, dapat berpotensi menimbulkan masalah serius, tetapi belum memerlukan tindakan darurat dan tidak mengancam nyawa. Pasien harus diperiksa/ ditangani oleh dokter dalam waktu ≤ 30 menit.
5. ***Triage level IV (less urgent)*** adalah pasien datang dengan keadaan stabil, tidak mengancam nyawa, dan tidak memerlukan tindakan segera tetapi masih berpotensi menyebabkan perburukan atau komplikasi apabila tidak ditangani dalam waktu 1-2 jam. Pasien harus diperiksa/ ditangani oleh dokter dalam waktu ≤ 60 menit.
6. ***Triage level V (non-urgent)*** adalah pasien datang dengan keadaan stabil, tidak mengancam nyawa, tidak memerlukan tindakan segera, dan tidak berpotensi menyebabkan perburukan atau komplikasi. Pasien harus diperiksa/ ditangani oleh dokter dalam waktu ≤ 120 menit.

7. **Bencana** atau *disaster* menurut WHO merupakan segala kejadian yang menyebabkan kerugian, gangguan ekonomi, kerugian jiwa manusia, dan kemerosotan kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan skala yang cukup besar sehingga memerlukan penanganan lebih besar dari biasanya dari masyarakat atau daerah luar yang tidak terkena dampak.
8. **Pelabelan *Triage*** adalah merupakan rangkaian kegiatan untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan kondisi pasien agar segera dilakukan tindakan pertolongan oleh petugas kesehatan.
9. **Triage yang digunakan** adalah Skala Triage Australia (ATS) dirancang untuk digunakan di rumah sakit berbasis layanan darurat. Skala ini digunakan untuk menilai kegawatan klinis. ATS juga digunakan untuk menilai kasus, disebut dengan triase kode. ATS dapat memberikan parameter kinerja di Instalasi Gawat Darurat (IGD) baik dilihat dari kasus, operasional yang efisien, pemanfaatan hasil, efektifitas hasil dan biaya.

B. TUJUAN TRIAGE

1. Memastikan bahwa pasien ditangani berdasarkan kegawatan klinis
2. Memastikan pengobatan yang tepat dan cepat waktu
3. Mengalokasikan pasien untuk penilaian yang paling sesuai akan kebutuhan pengobatan dan perawatan
4. Untuk mengidentifikasi kondisi pasien yang mengancam nyawa.
5. Tujuan *triage* selanjutnya adalah untuk menetapkan tingkat atau derajat kegawatan yang memerlukan pertolongan kedaruratan. ngumpulkan informasi kebutuhan akan pelayanan bagian khusus

BAB II

RUANG LINGKUP

Pasien dengan kebutuhan darurat, sangat mendesak, atau yang membutuhkan pertolongan segera diberikan prioritas untuk pengkajian dan tindakan.

Pasien dengan kebutuhan gawat dan/atau darurat, atau pasien yang membutuhkan pertolongan segera diidentifikasi menggunakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan kebutuhan pasien, dengan mendahulukan dari pasien yang lain.

Pada kondisi bencana, dapat menggunakan triase bencana. Sesudah dinyatakan pasien darurat, mendesak dan membutuhkan pertolongan segera, dilakukan asesmen dan menerima pelayanan secepat mungkin.

Kriteria psikologis berbasis bukti dibutuhkan dalam proses triase untuk kasus kegawatdaruratan psikiatrik.

Pelatihan bagi staf diadakan agar staf mampu menerapkan kriteria triase berbasis bukti dan memutuskan pasien-pasien yang membutuhkan pertolongan segera serta pelayanan yang dibutuhkan.

Tingkat kegawatan pasien dibagi dalam 5 level sesuai *ATS (Australian Triage Scale)* :

KATEGORI TRIASE	KETERANGAN	RESPON TIME
ATS 1	Resusitasi	Segera
ATS 2	Emergency/ gawat darurat	10 menit
ATS 3	Urgent/ Darurat	30 menit
ATS 4	Semi Urgent/ Darurat	60 menit
ATS 5	False Emergency/ Tidak Darurat	120 menit

Kriteria pasien yang dilayani di IGD berdasarkan sistem *triage*, meliputi :

1. Pasien level I, II, III (*true emergency*) dan
2. Pasien level IV dan V (*false emergency*)

Pada kondisi bencana dalam keadaan *disaster*, tim *triage* melakukan seleksi berdasarkan kelompok sesuai dengan label warna seperti merah untuk pasien yang memerlukan prioritas pertama (resusitasi / segera level I dan II), warna kuning untuk prioritas ke 2 (triage level III), warna hijau untuk prioritas ke 3 (triage level IV) dan warna hitam untuk

prioritas terakhir yaitu pada pasien yang sudah meninggal, proses triage yang dilakukan berbasis bukti.

Penilaian dalam triage meliputi :

1. *Primary survey* (Airway, Breathing, Circulation, Disability / A-B-C-D) untuk menghasilkan prioritas I dan seterusnya
2. *Secondary survey (Head to Toe)* untuk menghasilkan prioritas I, II, III, dan selanjutnya
3. Monitoring korban akan kemungkinan terjadinya perubahan-perubahan pada A,B,C, D derajat kesadaran dan tanda vital lainnya
4. Perubahan prioritas karena perubahan kondisi korban

Kriteria triage dan kategori

Pelaksanaan triage untuk menetapkan kriteria Triage serta menetapkan kategori yang akan digunakan untuk tata laksana yang sesuai untuk keselamatan pasien dan mutu pelayanan di unit gawat darurat antara lain:

Kriteria Triage	ATS 1	ATS 2	ATS 3	ATS 4	ATS 5
Kategori	Resusitasi	Emergency	Urgent	Semi Urgent	False emergency
Warna					
Waktu	Segera	10 menit	30 menit	60 menit	120 menit

Pada kondisi bencana, dapat menggunakan triase bencana dengan label warna seperti **merah untuk pasien yang memerlukan prioritas pertama** (resusitasi/segera level I dan II), **warna kuning untuk prioritas kedua** (triase level III), **warna hijau untuk prioritas 3** (triase level IV) dan **warna hitam untuk prioritas terakhir**, yaitu untuk pasien yang sudah meninggal

BAB III

TATA LAKSANA PROSEDUR TRIAGE

Pasien dengan kebutuhan gawat dan/atau darurat, atau pasien yang membutuhkan pertolongan segera diidentifikasi menggunakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan kebutuhan pasien, dengan mendahulukan dari pasien yang lain.

Pada kondisi bencana, dapat menggunakan triase bencana. Sesudah dinyatakan pasien darurat, mendesak dan membutuhkan pertolongan segera, dilakukan asesmen dan menerima pelayanan secepat mungkin.

Kriteria psikologis berbasis bukti dibutuhkan dalam proses triase untuk kasus kegawatdaruratan psikiatri pada kasus-kasus tertentu yang membutuhkan penanganan pada pasien dan keluarga dengan kegawat daruratan psikiatri.

Pelatihan bagi staf diadakan agar staf mampu menerapkan kriteria triase berbasis bukti dan memutuskan pasien-pasien yang membutuhkan pertolongan segera serta pelayanan yang dibutuhkan.

- a. Triage dilakukan anamnesa dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas untuk menentukan derajat kegawatannya oleh dokter jaga/ tim triage, menggunakan form triage
- b. Bila jumlah pasien/ korban > 20 maka triage dilakukan dihalaman depan IGD dengan mempertimbangkan factor keamanan dan privasi.
- c. Pasien dibedakan amenurut kegawatannya sesuai dengan ATS (Australia Triase Scale)

A. **Kategori Triage**

Tingkat kegawatan pasien dibagi dalam 5 level sesuai *Australian Triage Scale (ATS)*:

1. **Kategori triage ATS I (resusitasi) Segera (warna merah)**



Kondisi yang mengancam kehidupan (atau risiko besar akan kerusakan) dan memerlukan **tindakan segera**.

Diskripsi ATS 1 :

- a. Sumbatan jalan nafas
- b. Henti nafas
- c. Nafas ,10 x/ menit
- d. Sianosis

- e. Distres pernafasan (Nafas $\geq 32x/$ mnt
- f. Henti jantung
- g. Nadi tidak teraba
- h. Pucat/ akral dingin
- i. Kejang berkepanjangan
- j. GCS < 9

2. Kategori ATS Level 2 (emergensi/ gawat darurat) (warna merah) ■
penilaian dan pengobatan dalam waktu 10 menit

Kondisi pasien cukup serius atau memburuk sangat cepat sehingga ada potensi ancaman terhadap kehidupan, atau kegagalan sistem organ, jika tidak diobati dalam waktu sepuluh menit dari potensi untuk waktu-kritis pengobatan (misalnya trombolisis) untuk membuat dampak yang signifikan terhadap klinis hasilnya tergantung pada pengobatan dimulai dalam waktu beberapa menit kedatangan pasien di IGD.

Diskripsi ATS 2 :


- a. Risiko gangguan nafas –stridor/ distress
- b. Distress pernafasan berat $\geq 32x/$ mneit
- c. Wheezing
- d. Nadi teraba lemah
- e. Nadi $< 50x/$ menit
- f. Nadi $> 150x/$ menit
- g. Pucat/ akral dingin
- h. Hemiparise/ afasia
- i. CRT > 2 detik
- j. TD Sistolik < 100 mmHg
- k. TD diastolic < 60 mmHg
- l. Nyeri akut > 8
- m. Perdarahan akut
- n. Multiple trauma/ fraktur
- o. Suhu $> 39^{\circ} C$
- p. GCS 9-12

3. Kriteria ATS Level 3 (urgensi/ darurat) penilaian dan mulai pengobatan dalam waktu 30 menit berpotensi mengancam hidup pasien

Kondisi pasien dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam ekstremitas, atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu tiga puluh menit kedatangan atau kegawatan situasional. Ada potensi untuk hasil yang merugikan jika waktu-kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu tiga puluh menit. Menghilangkan ketidaknyamanan berat atau tekanan dalam waktu tiga puluh menit.

Pasien berada dalam keadaan tidak stabil, dapat berpotensi menimbulkan masalah serius, tetapi belum memerlukan tindakan darurat dan tidak mengancam nyawa → pasien harus diperiksa/ ditangani oleh dokter dalam waktu ≤ 30 menit.


Diskripsi ATS 3 :

- a. Pernafasan bebas
 - b. Nafas 24-32 x/menit
 - c. Wesehing
 - d. Nadi 120-150x/ menit
 - e. TD sistolik > 160 mmHg.
 - f. TD diastolic > 100 mmHg
 - g. Perdarahan sedang
 - h. Muntah persisten
 - i. Dehidrasi
 - j. Kejang tapi sadar
 - k. Nyeri sedang sampai berat
 - l. GCS > 12
4. **Kriteria ATS Level IV (*less urgent/ Semi urgen*) penilaian dan memulai pengobatan dalam waktu 60 menit berpotensi mengancam hidup (warna kuning)** 

Pasien datang dengan keadaan stabil, tidak mengancam nyawa, dan tidak memerlukan tindakan segera tetapi masih berpotensi menyebabkan perburukan atau komplikasi apabila tidak ditangani dalam waktu 1-2 jam.

Diskripsi ATS 4 :

- a. Pernafasan bebas
- b. Nafas normal 21-24x/ menit
- c. Nadi antara 100 - < 120 x/ mny

- d. TD sistolik ≥ 120 - 140 mmHg
 - e. TD diastolic ≥ 80 -100 mmHg
 - f. Perdarahan ringan
 - g. Cidera kepala ringan
 - h. Nyeri ringan sampai sedang
 - i. Muntah/ diare tanpa dehidrasi
 - j. GCS 15
- 5. Kriteria ATS Level 5 (false emergency/ non-urgent) dalam wakt ≤ 120 menit (Warna hijau)** 

Pasien datang dengan keadaan stabil, tidak mengancam nyawa, tidak memerlukan tindakan segera, dan tidak berpotensi menyebabkan perburukan atau komplikasi
 → pasien harus diperiksa / ditangani oleh dokter dalam waktu ≤ 120 menit.

Diskripsi ATS Level 5 :

- a. Pernafasan bebas
- b. Nafas normal 12-20 x/ menit
- c. Nadi normal 60-100x/ menit
- d. TD Normal (sistolik120, diastolik80 mmHg)
- e. Luka ringan
- f. GCS 15 dll

B. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Prioritas

Menurut Brooker (2008), dalam prinsip triage diberlakukan sistem prioritas. Prioritas adalah penentuan mana yang harus didahulukan penanganan dan pemindahan pasien yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul, yaitu :

1. Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
2. Dapat meninggal dalam hitungan jam
3. Trauma ringan
4. Sudah meninggal

Pasien dikelompokkan sesuai dengan tingkat kegawatannya, terutama pada keadaan bencana/ disaster dan diberikan label yaitu :

1. Label Merah (segera/ immediate)

Diberikan pada pasien level I dan II yang merupakan **prioritas pertama** pada penanganan. Pertolongan diberikan segera pada saat ditemukan atau saat pertama pasien diterima.

2. Label Kuning (*tunda/ delayed*)

Diberikan pada pasien level III yang merupakan **prioritas kedua** pada penanganan. Pasien kemungkinan memerlukan tindakan definitif dalam 4-6 jam tetapi tidak ada ancaman jiwa segera.

3. Label Hijau

Diberikan pada pasien level IV yang merupakan **prioritas ketiga** pada penanganan. Pasien hanya mendapat cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan.

4. Label Hitam

Diberikan pada pasien yang sudah meninggal, merupakan **prioritas terakhir** yang dilakukan pada penanggulangan pasien gawat darurat.

C. Proses *Triage*

Proses *triage* dimulai ketika pasien masuk ke pintu IGD. Dokter jaga IGD dan perawat *triage* harus mulai memperkenalkan diri kemudian menanyakan riwayat singkat dan melakukan asesmen singkat.

1. Pengumpulan data subjektif dan objektif harus dilakukan dengan cepat, **tidak lebih dari 5 menit** karena asesmen ini tidak termasuk asesmen oleh perawat utama.
2. Perawat *triage* bertanggung jawab untuk menempatkan pasien di area pengobatan yang tepat; misalnya bagian trauma dengan peralatan khusus, bagian jantung dengan monitor jantung dan tekanan darah, dll.
3. Semua pasien tersebut harus dilakukan asesmen ulang oleh perawat utama sedikitnya sekali setiap 60 menit tanpa memikirkan dimana pasien pertama kali ditempatkan setelah *triage*.
4. Untuk pasien yang dikategorikan sebagai pasien yang mendesak atau gawat darurat, pengkajian dilakukan setiap 5 - 15 menit/ lebih bila perlu.
5. Setiap pengkajian ulang harus didokumentasikan dalam rekam medis. Informasi baru dapat mengubah kategorisasi keakutan dan lokasi pasien di area pengobatan, misalnya kebutuhan untuk memindahkan pasien yang awalnya berada di area pengobatan minor ke tempat tidur bermonitor ketika pasien tampak mual atau mengalami sesak nafas, *sinkope* atau diaforesis. (Iyer, 2004)
6. Bila kondisi pasien ketika datang sudah tampak tanda - tanda objektif bahwa ia mengalami gangguan pada *airway*, *breathing*, dan *circulation*, maka pasien ditangani terlebih dahulu.

7. Pengkajian awal hanya didasarkan atas data objektif dan data subjektif sekunder dari pihak keluarga.
8. Setelah keadaan pasien membaik, data pengkajian kemudian dilengkapi dengan data subjektif yang berasal langsung dari pasien (data primer).

D. Alur dalam Proses *Triage* :






1. Pasien datang dan dilakukan skrining non medis oleh petugas RS (satpam/ *security*, bagian *admission* / informasi, dll)
2. Pasien diterima petugas/ staf klinis IGD
3. Di ruang *triage* dilakukan anamnesis dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya oleh dokter jaga atau perawat IGD.
4. Bila jumlah penderita/ korban yang ada lebih dari 50 orang, maka *triage* dapat dilakukan di luar ruang *triage* (di depan gedung IGD), di area lorong IGD/ RJ
5. Pasien ditentukan tingkat kegawatannya yaitu level ATS I, II, III, IV, V
6. Pasien dilakukan penanganan sesuai dengan tingkat kegawatannya yaitu dengan urutan level ATS I, II, III, IV, dan V
7. Dalam keadaan bencana, pasien diseleksi dengan memberikan label berwarna merah/ kuning/ hijau/ hitam
8. Penderita/ korban kategori *triage* merah dapat langsung diberikan pengobatan di ruang resusitasi IGD. Tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, penderita/ korban dapat dipindahkan ke ruang operasi maupun ruang perawatan intensif. Jika ruangan atau tempat tidur tidak tersedia di RS, maka RS mencari alternatif tempat rujukan sesuai dengan kebutuhan pasien. Dan apabila RS rujukan tidak ada tempat, maka pasien dilakukan observasi di IGD serta *informed consent* kepada pasien/ keluarga.
9. Penderita dengan kategori *triage* kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang tindakan IGD, setelah selesai dilakukan tindakan di IGD pasien diantarkan ke ruang perawatan yang sesuai.
10. Berikan pelayanan pendukung untuk pasien seperti pelayanan kerohanian apabila dibutuhkan.
11. Kecepatan transfer pasien IGD ke ruangan < 30 menit setelah pasien selesai registrasi rawat inap untuk menghindari terjadinya penumpukan pasien di IGD.
12. Penderita dengan kategori *triage* hijau dapat dipindahkan ke ruang observasi di IGD atau ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka penderita/ korban dapat diperbolehkan untuk pulang.

13. Penderita kategori *triage* hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah.
(Rowles, 2007).

E. Skema *Triage* di Instalasi Gawat Darurat

Skema *triage* disesuaikan dengan *layout* IGD di RS Dharma Nugraha penggunaan label sesuai dengan ruang/ area IGD yaitu :

a. Pelabelan

WARNA	SKALA TRIASE	KETERANGAN	RESPON TIME
	Skala 1	Resusitasi	Segera
	Skala 2	Emergensi/ Gawat Darurat	10 menit
	Skala 3	Urgent/ Darurat	30 menit
	Skala 4	Semi Darurat	60 menit
	Skala 5	Tidak Darurat	120 menit



Untuk pasien yang datang sudah dalam keadaan meninggal diberi label warna HITAM. Beri tanda (✓) pada WARNA diatas

BAB IV

DOKUMENTASI

- b. Pada tahap pengkajian proses *triage sesuai dengan ATS*, mencakup dokumentasi :
 - 1. Nama , tanggal lahir, No RM, tgl dan waktu kedatangan pasien sementara ditulis tangan, setelah ada label identitas boleh dipasangkan
 - 2. Hasil pemeriksaan TTV awal saat datang
 - 3. Kriteria triage sesuai dengan ATS 1,2,3,4,5
 - 4. Kategori merah resusitasi dan emergency pada ATS 1 dan 2
 - 5. Kategori kuning urgent dan semi urgent pada ATS 3 & 4
 - 6. Kategori hijau false emergency pada ATS 5
 - 7. Pelabelan pada pasien kondisi yang sudah meninggal menggunakan label warna hitam
- c. Asesmen Gawat darurat medis dan keperawatan/ Asesmen RJ jika pasien dari rawat jalan.
- d. CPPT untuk melakukan asesmen ulang pasien gawat darurat
- e. Formulir observasi pasien Gadar
- f. Dokumen informed consent jika ada tindakan kedokteran yang memerlukan IC.
- g. Bukti permintaan pemeriksaan penunjang / diagnostic
- h. Tindakan dan evaluasi keperawatan
- i. Formulir transfer/ rujukan sesuai kebutuhan pasien
- j. Resume pasien pulang dari IGD jika pasien pulang/ rujuk
- k. Pelabelan : Merah, kuning, hijau dan hitam

Ditetapkan di : Jakarta
Pada tanggal : 12, April 2023

DIREKTUR



The logo of Dharma Nugraha Hospital, established in 1996, is a blue circular emblem with a stylized flower or sunburst design. A handwritten signature in black ink is written over the logo.

dr. Agung Darmanto Sp.A