



Nama Pasien :ITA NURLITA
 No. Rekam Medis :00-00-80-45
 Tanggal. Lahir :19-06-1998
 Dokter :dr. Shalma Destiany Ganar

TRIASE ☐ TRIASE ANAK
☒ TRIASE DEWASA

JAM 13-05-2025 05:13
 KEDATANGAN

CARA DATANG

KELUHAN UTAMA demam sejak malam ini keluhan disertai nyeri kepala mual muntah

JENIS KASUS

TRIASE DEWASA				
PEMERIKSAAN	Resusitasi	Emergency	Urgent	Less Urgent
JALAN NAPAS (AIRWAY)	<input type="checkbox"/> Sumbatan jalan natas total / Sumbatan Jalan Nafas sebagian dengan adanya stridor	<input type="checkbox"/> Bebas	<input checked="" type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Bebas
PERNAPASAN (BREATHING)	<input type="checkbox"/> Henti napas <input type="checkbox"/> RR < 10 X/ menit <input type="checkbox"/> Distress pernapasan berat	<input type="checkbox"/> Distres pernapasan <input type="checkbox"/> Saturasi oksigen < 90%	<input type="checkbox"/> Sesak Nafas <input type="checkbox"/> Saturasi oksigen < 90 - 95%	<input type="checkbox"/> Tidak Sesa <input type="checkbox"/> Saturasi oksigen > 95%

<p>SIRKULASI (CIRCULATION)</p>	<p><input type="checkbox"/> Henti jantung</p> <p><input type="checkbox"/> Tekanan darah systole < 80 mmHg atau > (dewasa) atau anak dengan klinik syok berat</p>	<p><input type="checkbox"/> Gangguan Sirkulasi</p> <p><input type="checkbox"/> Akral Dingin</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensi dengan gangguan hemodinamik lain</p> <p><input type="checkbox"/> Banyak kehilangan darah</p> <p><input type="checkbox"/> CRT > 2 detik</p> <p><input type="checkbox"/> HR < atau > 150 (Dewasa)</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri Dada Tipikal</p> <p><input type="checkbox"/> Demam dengan letargi</p>	<p><input type="checkbox"/> Hipertensi berat</p> <p><input type="checkbox"/> Kehilangan darah moderat</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri kepala dengan riwayat pingsan saat ini sadar</p>	<p><input type="checkbox"/> Pendarahan ringan</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri perut spesifik nyeri ringan - sedang</p>
<p>KEMAMPUAN (DISABILITY)</p>	<p><input type="checkbox"/> Kesadaran tidak ada response atau hanya berespon dengan nyeri</p> <p><input type="checkbox"/> Kejang Berkelanjutan</p> <p><input type="checkbox"/> GCS ≤ 9</p>	<p><input type="checkbox"/> Delirium atau gelisah</p> <p><input type="checkbox"/> Defisit neurologis akut (hemiparesis / disfagia)</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri Berat (skala 7 - 10)</p> <p><input type="checkbox"/> Hemiparese / disfagia akut</p> <p><input type="checkbox"/> GCS 9 - 12</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nyeri Sedang apapun penyebabnya (Skala 4 - 6)</p> <p><input type="checkbox"/> Paska Kejang</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri perut tanpa tanda akut</p> <p><input type="checkbox"/> GCS : > 12 - < 15</p>	<p><input type="checkbox"/> Nyeri Ringan (Skala 1-3)</p> <p><input type="checkbox"/> GCS 15</p>

PEMERIKSAAN LAINNYA	<input type="checkbox"/> Gangguan perilaku berat yang mengancam diri dan orang lain	<input type="checkbox"/> Riwayat tersengat racun binatang tertentu	<input type="checkbox"/> Demam pada pasien immunokompromais (pasien AIDS, pasien onkologi, pasien dalam terapi streoid)	<input type="checkbox"/> Radang ata benda asin mata, penglihatar normal
	<input type="checkbox"/> GDS < 36 mg/dl	<input type="checkbox"/> Mata terpercik zat asam atau basa	<input type="checkbox"/> Trauma ekstremitas moderat (deformitas,laserisasi, sensasi perabaan menurun, pulsasi ekstermitas menurun mendadak,mekanisme trauma memiliki risiko tinggi)	<input type="checkbox"/> Trauma ekstremitas minor (keseleo, cu fraktur, luka robek sederhana, tidak ada gangguan neurovasku
		<input type="checkbox"/> Trauma lokal/ multiple (traumatic amputation, fraktur terbuka dengan perdarahan	<input type="checkbox"/> Muntah menetap dengan tanda dehidrasi	<input type="checkbox"/> Muntah menetap dengan tan dehidrasi
		<input type="checkbox"/> Riwayat tertelan bahan beracun dan Berbahaya	<input type="checkbox"/> Gangguan perilaku yang sangat tertekan, menarik diri, agitasi, gangguan isi dan bentuk pikiran akut, potensi menyakiti diri sendiri	<input type="checkbox"/> Cedera ke ringan tanp riwayat pingsan
		<input type="checkbox"/> Perilaku agresif dan kasar; Perilaku yang membahayakan diri sendiri dan orang lain dan membutuhkan tindakan restraint	<input type="checkbox"/> GCS > 300	<input type="checkbox"/> Riwayat merusak di dan menggangu orang lain
	<input type="checkbox"/> GDS < 50 mg/ dl			
KATEGORI ATS	<input type="checkbox"/> Resusitasi	<input type="checkbox"/> Emergency	<input checked="" type="checkbox"/> Urgent	<input type="checkbox"/> Less Urgent
RESPONSE TIME	0 MENIT	≤ 10 MENIT	≤ 30 MENIT	≤ 60 MENIT
Label / Kategori Prioritas di IGD	<input type="checkbox"/> MERAH	<input type="checkbox"/> KUNING	<input checked="" type="checkbox"/> KUNING	
Bila Terjadi KLB :		<input type="checkbox"/> KUNING	<input type="checkbox"/> KUNING	
Kategori kegawatan	TRUE EMERGENCY			F

Tanggal, 13 Mei 2025

Petugas Triase



()

-90

Nama & tanda tangan