



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. 6711500, Fax. 6717755 Semarang - 50272

KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG

NOMOR 923 TAHUN 2023

TENTANG
PANDUAN TRIASE RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO KOTA SEMARANG

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dan mengoptimalkan pelaksanaan tugas dan fungsi triase diperlukan satu panduan triase Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro sebagai dasar pelaksanaan kegiatan triase;
 - b. bahwa untuk melaksanakan sebagaimana yang dimaksud di atas, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Panduan Triase Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nornor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 45);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ((Lembaran Negara Republik Indonesia 2009 Nomor 144 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);



5. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5678);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 1992 tentang Pembentukan Kecamatan di wilayah Kabupaten-Kabupaten Daerah Tingkat II Purbalingga, Cilacap, Wonogiri, Jepara dan Kendal serta Penataan Kecamatan di wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang dalam wilayah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 89);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;



14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 148/Menkes/SK/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/ Menkes/ Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif 24 jam di Rumah Sakit;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit;
24. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 13 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Badan Pelayanan Perijinan Terpadu Kota Semarang (Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2008 Nomor 16, Tambahan Lembaran Daerah Kota Semarang Nomor 23);
25. Peraturan Walikota Semarang Nomor 19 C Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang;



26. Peraturan Walikota Semarang Nomor 7 Tahun 2019 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro (Berita Daerah Kota Semarang Tahun 2019 Nomor 7);
27. Peraturan Walikota Semarang Nomor 36 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang (Berita Daerah Kota Semarang Tahun 2021 Nomor 36);
28. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/0174 Tahun 2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang sebagai Badan Layanan Umum (BLU);
29. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 tentang Penetapan “K.R.M.T. Wongsonegoro” sebagai Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

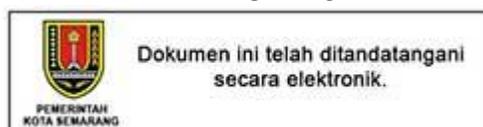
MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU** : Panduan triase sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro.
- KEDUA** : Panduan Triase sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, digunakan sebagai acuan pelaksanaan triase untuk mengkoordinasikan pelayanan supaya lebih efektif dan efisien di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro.
- KETIGA** : Dengan ditetapkannya keputusan ini maka Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Nomor 81 Tahun 2022 tentang Panduan Triase Pasien di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro dinyatakan tidak berlaku lagi.
- KEEMPAT** : Segala biaya yang timbul sebagai akibat diterbitkannya keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro.
- KELIMA** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang
Pada tanggal 22 Mei 2023

**DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG**



SUSI HERAWATI



LAMPIRAN: KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG
Nomor : 923 TAHUN 2023
Tanggal : 22 Mei 2023

**PANDUAN TRIASE RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

**BAB I
DEFINISI**

A. Pengertian

Triase adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya (Kathleen dkk, 2008).

Triase adalah usaha pemilahan korban sebelum ditangani, berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada.

Triase adalah suatu sistem pembagian/klasifikasi prioritas klien berdasarkan berat ringannya kondisi klien/kegawatannya yang memerlukan tindakan segera. Dalam triage, perawat dan dokter mempunyai batasan waktu (respon time) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu ≤ 5 menit.

Triase adalah adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya.

Triage officer adalah petugas yang bertanggung jawab melakukan *triage* pasien yang datang memerlukan pelayanan IGD

Gawat adalah suatu keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepat dan tepat.

Darurat adalah suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tapi memerlukan penanganancepat dan tepat seperti kegawatan



Gawat darurat adalah suatu keadaan yang mengancam jiwa disebabkan oleh gangguan ABC (*Airway*/ jalan nafas, *Breathing*/ pernafasan, *Circulation*/ sirkulasi), jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal/cacat.

True emergency adalah kondisi gawat darurat yang memerlukan pertolongan cepat, dan tepat, karena mengancam kehidupan pasien.

False emergency adalah kondisi kondisi gawat darurat palsu, dimana pasien dalam kondisi yang tidak ada kegawatdaruratan, sehingga pelayanan dapat ditunda.

Bencana adalah Peristiwa atau rangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam dan atau manusia yang mengakibatkan korban dan penderitaan manusia. kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, kerusakan sarana dan prasarana umum serta menimbulkan gangguan terhadap tata kehidupan dan penghidupan masyarakat dan pembangunan nasional yang memerlukan pertolongan dan bantuan.

Respon time adalah respon kecepatan pelayanan terhadap pasien oleh dokter, setelah kedatangan pasien.

Ponek 24 jam (pelayanan obstetri neonatal emergency komprehensif) adalah pelayanan emergency yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, pasca melahirkan dan neonatus secara komprehensif dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi.

ESI (Emergency Saverity Indek) adalah sistem triase dari Amerika dengan menggunakan kriteria emergency menggunakan 5 kategori.

Emergency Severity Index (ESI) adalah sistem triase dengan metode mengelompokkan pasien ke dalam 5(lima) level berjenjang dari prioritas 1 (P1) resusitasi sampai prioritas 5 (P5) tidak emergensi. Triase pada dasarnya adalah proses kategorisasi, Mace & Mayer (2008) menulis bahwa triase adalah prioritisasi pasien berdasarkan penyakit, keparahan, prognosis, dan ketersediaan sumberdaya. Dalam kegawatdaruratan sehari-hari, triase lebih tepat dikatakan sebagai metode untuk secara cepat menilai keparahan kondisi, menetapkan prioritas, dan memindahkan pasien ke tempat yang paling tepat untuk perawatan.

Retriase status klinis merupakan kondisi yang dinamis. Jika terjadi perubahan status klinis yang akan berdampak pada perubahan kategori triase, atau jika didapatkan informasi tambahan tentang kondisi pasien yang akan mempengaruhi urgensi, maka triase ulang harus dilakukan kembali.



B. Klasifikasi Triase

Triase dibagi menjadi dua macam, yaitu :

1. Triase kondisi biasa
2. Triase kejadian luar biasa (KLB) atau bencana

C. Latar Belakang

RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang, merupakan rumah sakit pemerintah tipe B Non Pendidikan di Kota Semarang. Kunjungan penderita yang mencari pertolongan ke rumah sakit ini, semakin lama semakin meningkat, hal ini pula terjadi pada kunjungan penderita ke Instalasi Gawat Darurat yang semakin meningkat.

Atas kecenderungan pertumbuhan jumlah kunjungan di Instalasi Gawat Darurat ini, sangat perlu adanya standarisasi triase. Standarisasi skala triase berguna dalam mengembangkan strategi untuk mengelola instalasi gawat darurat. Dalam konteks ini dapat digunakan untuk memberikan informasi tentang perkembangan pelayanan kesehatan, manajemen risiko klinis dan keselamatan pasien.

Dokter atau perawat IGD adalah sumberdaya yang mampu dalam menentukan prioritas penanganan pasien melalui triase. Dengan adanya panduan dalam proses triase ini, diharapkan dapat dipergunakan sebagai acuan dalam melakukan proses triase bagi dokter maupun perawat triase.

D. Tujuan

1. Untuk memastikan bahwa tingkat dan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sesuai dengan kriteria klinis, bukan didasarkan pada kebutuhan organisasi atau administrasi.
2. Untuk mengoptimalkan keselamatan dan efisiensi pelayanan darurat berbasis rumah sakit.
3. Menjamin kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan diseluruh lapisan masyarakat



BAB II

RUANG LINGKUP

A. Ruang Lingkup

1. Instalasi Gawat Darurat
2. Instalasi Rawat Jalan

B. Pelaksana

Petugas yang bertanggung jawab dalam proses triase adalah dokter jaga dan atau perawat yang terlatih. Sedangkan proses re-triase dilakukan oleh dokter jaga.

C. Mekanisme Triase

Sistem triase di dunia ini, ada beberapa sistem triase berbasis bukti yang bisa diacu. Sistem tersebut antara lain, CTAS (Canadian Triage And Actuity Scale) dari Canada. MST (Manchester Triage Scale) dari Inggris, ATS (Australasian Triage Scale) dari Australia dan ESI (Emergency Saverity Index) dari Amerika.

Sistem ESI bersandar pada perawat dengan pelatihan triase secara spesifik. ESI ini lebih mudah diterapkan di Indonesia karena tidak ada batas waktu spesifik yang ditentukan secara ketat untuk masing-masing level.

Instalasi Gawat Darurat RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang, menggunakan sistem triase ESI dalam kondisi biasa maupun dalam kondisi bencana/massal dengan maksud :

1. Perawat triase lebih mudah melihat kondisi dan keparahan, dibandingkan dengan bekerja sama dengan dokter dalam menegakkan diagnosa
2. Perawat dan dokter jaga akan lebih mudah melihat keparahan kondisi dan mempertimbangkan sumberdaya apa saja yang akan digunakan untuk menangani pasien.

Pada saat pasien/korban dimasukkan ke ruang triase, dokter dan perawat melakukan triase secara visual dan verbal, serta jika dibutuhkan maka akan melakukan pemeriksaan nadi dan pernafasan. Hal yang dilakukan oleh dokter dan perawat, adalah memilah kasus penyakit pasien (kasus bedah, non bedah, anak, PONEK, atau KTPA/KDRT dan isolasi). Kemudian



akan memilih dalam tingkat kegawatdaruratan pasien dengan menggunakan Triase ESI (*Emergency Severity Index*).

Triase ESI bersandar pada empat pertanyaan dasar saat petugas berhadapan dengan pasien. Hal ini dilakukan secara cepat, saat visual /verbal triase, dan pelaksanaannya dapat dilakukan secara bersamaan. Empat dasar pertanyaan tersebut adalah untuk diri petugas, saat melakukan triase, empat pertanyaan tersebut adalah :

1. Pertama: Apakah pasien membutuhkan intervensi penyelamatan jiwa/ life saving? Tanda dan gejala pasien yang membutuhkan tindakan life saving adalah; henti nafas, henti jantung, dehidrasi berat, perdarahan masif, kegagalan pernafasan, hipopervusi, reaksi anafilaksis dg onset waktu yang cepat, pasien mengalami penurunan kesadaran. Bila ya...masuk dalam ESI 1 dan pasien dimasukkan ke ruang resusitasi,(pada form triase, dokter/perawat memberi tanda centrang(√) pada ESI 1) bila tidak lanjutkan pertanyaan selanjutnya..
2. Ke dua: Apakah pasien tidak bisa menunggu (karena risiko tinggi perubahan kesadaran akut, atau nyeri hebat) ?tanda dan gejala pada pasien ini antara lain:pasien gelisah, kesadaran somnolen...bila ya ...masuk kategori ESI 2, bila tidak....pikirkan pertanyaan ke tiga...
3. Ketiga: Berapa sumberdaya yang diperlukan pasien ?
 - a. Bila tidak ada, masuk ketegori ESI 5.
 - b. Bila ada satu misalnya perlu pemeriksaan laboratorium, maka masuk kategori ESI 4
 - c. Bila lebih dari satu, misal perlu laborat,dan perlu pemeriksaan radiologi, maka masuk ESI 3
4. Khusus ESI 3
 - a. Ukurlah tanda vital (nadi dan pernafasan)
 - b. Berdasarkan algoritma, pertimbangkan apakah pasien dimasukkan ke ESI 2, atau ESI 3.
 - c. Algoritma ESI sebagai berikut :



Figure 2-1. Emergency Severity Index Conceptual Algorithm, v. 4

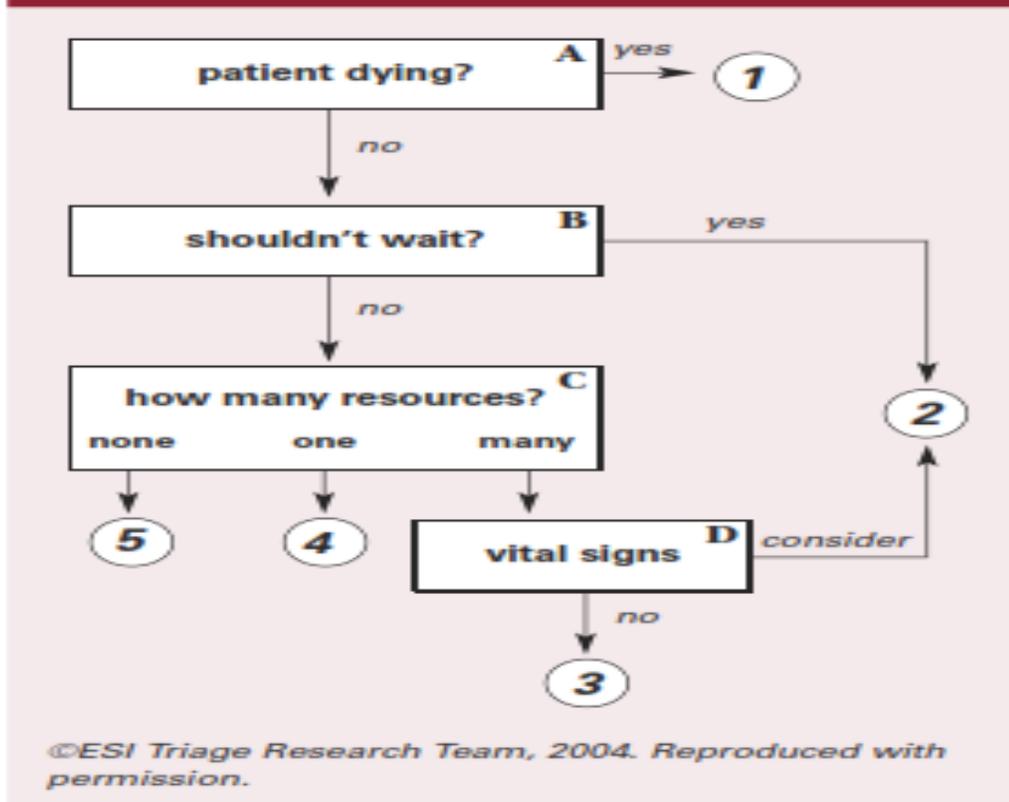
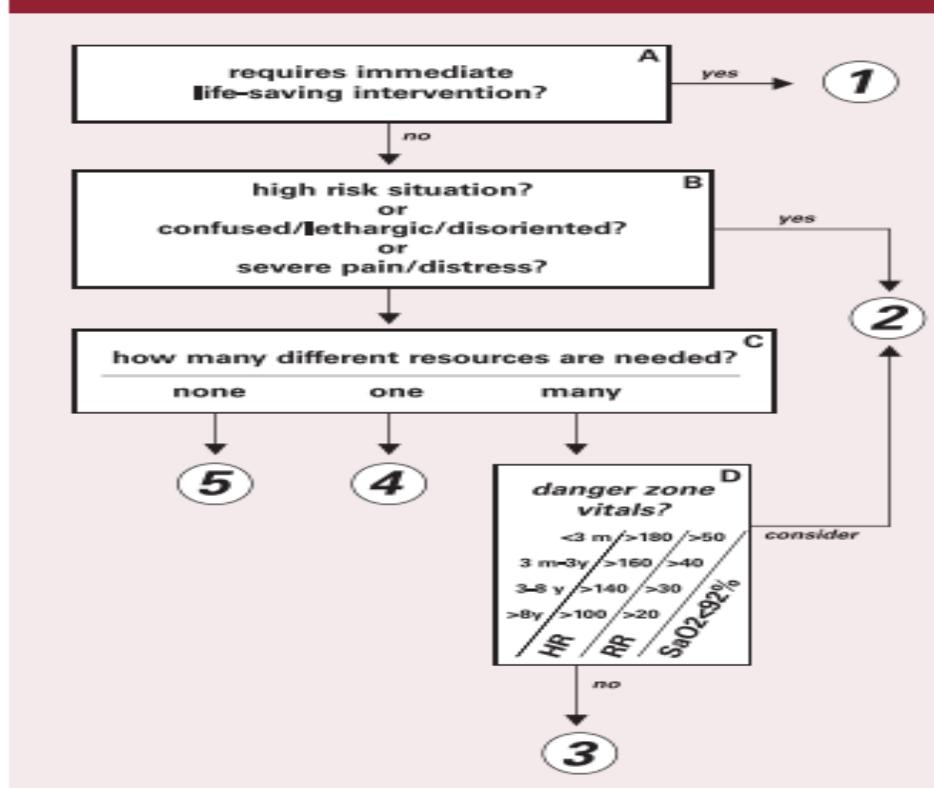


Figure 2-1a. ESI Triage Algorithm



5. Kategori skor ESI

- a. ESI 1, (Resusitasi) (Prioritas 1) pasien perlu perhatian segera dengan penggunaan sumber daya semaksimal mungkin untuk mencegah kematian, kehilangan anggota badan dan penglihatan



digolongkan dalam label *merah*, respon time medis ≤ 5 menit.

Contoh kondisi ini adalah :

1) Kasus ESI 1

Table 6-2. Examples of ESI Level-1 Conditions
Respiratory arrest
Cardiopulmonary arrest
Major head trauma with hypoventilation
Active seizures
Unresponsiveness
Petechial rash in a patient with altered mental status (regardless of vital signs)
Respiratory failure <ul style="list-style-type: none"> • Hypoventilation • Cyanosis • Decreased muscle tone • Decreased mental status • Bradycardia (late finding, concerning for impending cardiopulmonary arrest)
Shock/sepsis with signs of hypoperfusion <ul style="list-style-type: none"> • Tachycardia • Tachypnea • Alteration in pulses: diminished or bounding • Alteration in capillary refill time >3-4 seconds • Alteration in skin appearance: cool/mottled or flushed appearance • Widened pulse pressure • Hypotension (often a late finding in the prepubescent patient)
Anaphylactic reaction (onset in minutes to hours) <ul style="list-style-type: none"> • Respiratory compromise (dyspnea, wheeze, stridor, hypoxemia) • Reduced systolic blood pressure • Hypoperfusion (eg, syncope, incontinence, hypotonia) • Skin and/or mucosal involvement (hives, itch-flush, swollen lips, tongue or uvula) • Persistent gastrointestinal symptoms

2) Tindakan life saving

Table 2-1. Immediate Life-saving Interventions	Life-saving	Not life-saving
Airway/breathing	<ul style="list-style-type: none"> • BVM ventilation • Intubation • Surgical airway • Emergent CPAP • Emergent BiPAP 	Oxygen administration <ul style="list-style-type: none"> • nasal cannula • non-rebreather
Electrical Therapy	<ul style="list-style-type: none"> • Defibrillation • Emergent cardioversion • External pacing 	Cardiac Monitor
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> • Chest needle decompression • Pericardiocentesis • Open thoracotomy • Intraosseous access 	Diagnostic Tests <ul style="list-style-type: none"> • ECG • Labs • Ultrasound • FAST (Focused abdominal scan for trauma)
Hemodynamics	<ul style="list-style-type: none"> • Significant IV fluid resuscitation • Blood administration • Control of major bleeding 	<ul style="list-style-type: none"> • IV access • Saline lock for medications
Medications	<ul style="list-style-type: none"> • Naloxone • D50 • Dopamine • Atropine • Adenocard 	<ul style="list-style-type: none"> • ASA • IV nitroglycerin • Antibiotics • Heparin • Pain medications • Respiratory treatments with beta agonists

b. ESI 2, (Gawat Darurat) (Prioritas 2)

Pasien dengan kondisi risiko tinggi terjadinya kondisi perburukan dengan segera, hilang kesadaran penglihatan, anggota badan jika intervensi /terapi terlambat :.masuk label *merah*



Table 6-3. Examples of ESI Level-2 Conditions

Syncope
Immunocompromised patients with fever
Hemophilia patients with possible acute bleeds <ul style="list-style-type: none"> • Joint pain or swelling • History of fall or injury • Vital signs and/or mental status outside of baseline
Febrile infant <28 days of age with fever $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ rectal
Hypothermic infants <90 days of age with temperature $< 36.5^{\circ}\text{C}$ rectal
Suicidality
Rule out meningitis (headache/stiff neck/fever/lethargy/irritability)
Seizures—prolonged postictal period (altered level of consciousness)
Moderate to severe croup
Lower airway obstruction (moderate to severe) <ul style="list-style-type: none"> • Bronchiolitis • Reactive airway disease (asthma) • Respiratory distress <ul style="list-style-type: none"> – Tachypnea – Tachycardia – Increased effort (nasal flaring, retractions) – Abnormal sounds (grunting) – Altered mental status

c. ESI 3, (Mendesak) (P3)

Apabila mendapatkan pasien dg gejala dan faktor risiko penyakit serius, dimana kemungkinan dapat menyebabkan kematian pada masa yang akan datang, respon penanganan 30-60 menit dan masuk label *kuning*.

Apabila pada pemeriksaan didapatkan tanda-tanda vital yang abnormal untuk pasien yang meragukan (daerah abu-abu) mungkin diperbaharui atau diturunkan prioritasnya

d. ESI 4 (mendesak sedikit) (prioritas 4)

Adalah jika pasien merupakan keluhan kronis, kontrol kesehatan, perlu pemeriksaan penunjang, perlu disikapi dengan tindakan pengobatan atau tidak, tidak mengancam kehidupan maupun hilangnya anggota badan atau hilangnya penglihatan, respon penanganan 60-120 menit dan masuk label *hijau*.

e. ESI 5 (tidak mendesak) prioritas 5

Pasien kondisi stabil, tidak memerlukan pemeriksaan penunjang. Bila pada jam kerja diarahkan ke klinik rawat jalan dan bila diluar jam kerja dilayani di IGD dengan respon penanganan sama dengan ESI 4 dan masuk label *hijau*.



BAB III

TATALAKSANA TRIASE

A. Petugas

Klasifikasi kompetensi petugas

1. Dokter jaga dengan sertifikasi minimal ATLS atau GELS
2. Perawat minimal PK 2 : telah pelatihan minimal BTCLS, dengan masa kerja ≥ 5 tahun.

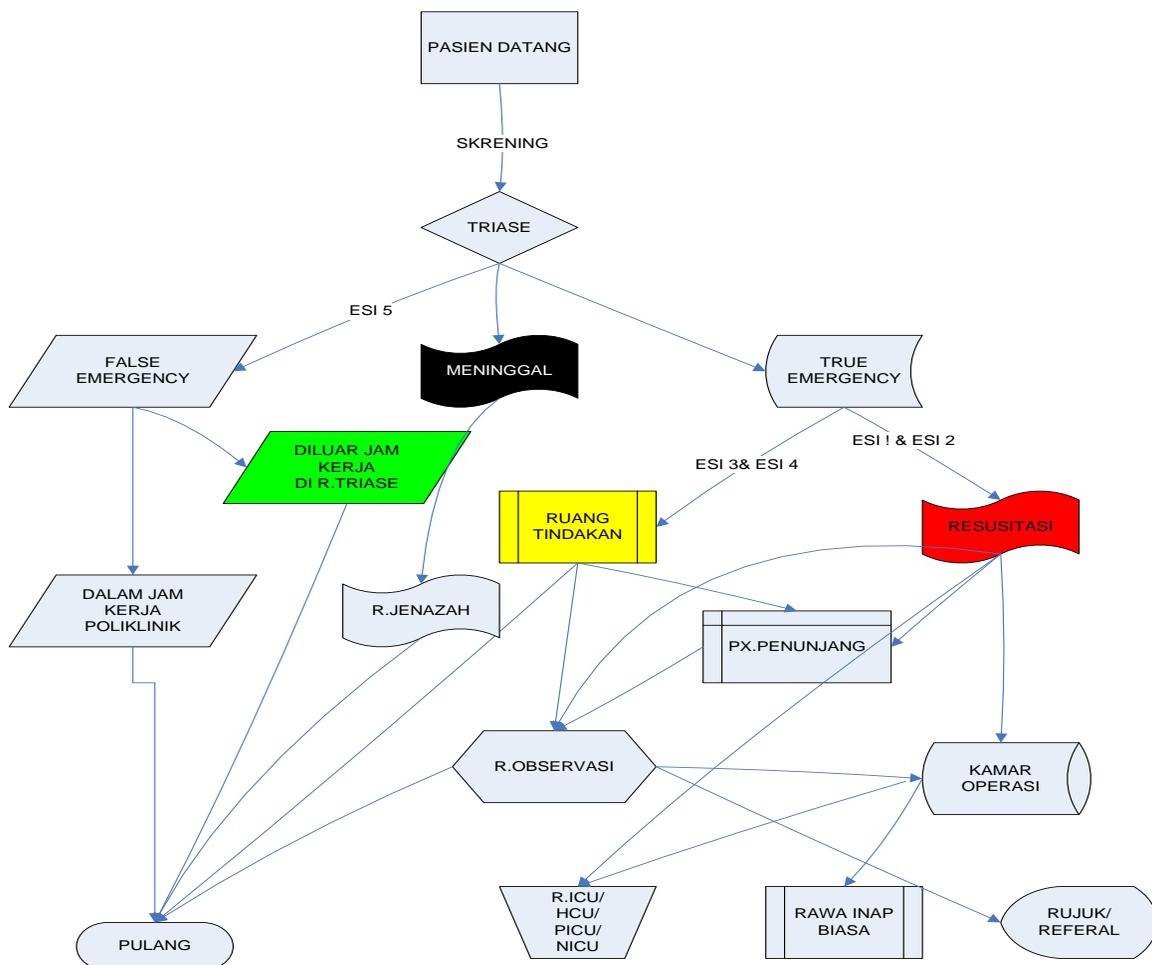
B. Tatalaksana

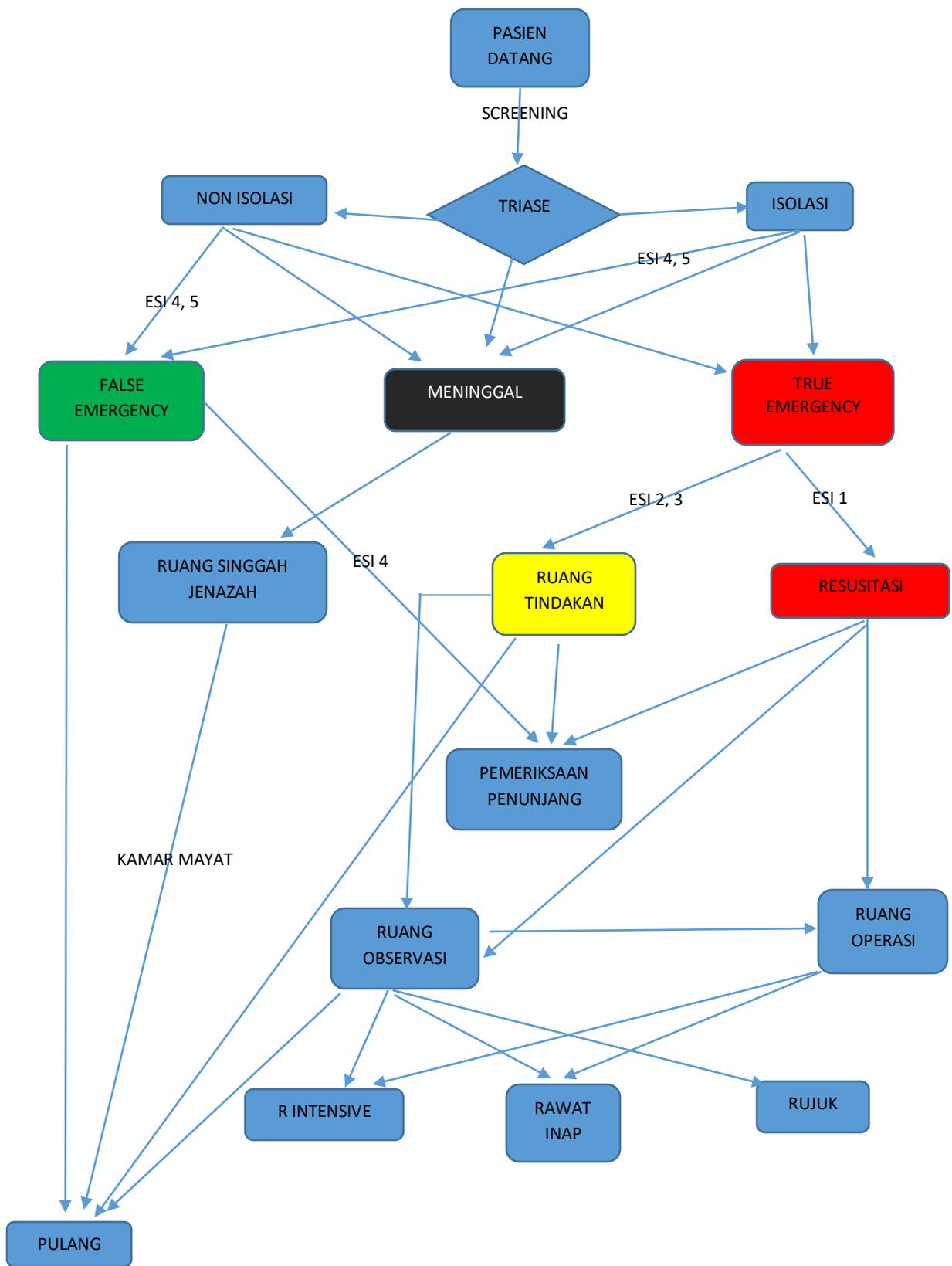
1. Pasien yang datang di loby, diterima petugas (Perawat/Porteir/Satpam), kemudian dilakukan proses skrening oleh penerima.
2. Skrening yang dilakukan berkaitan dengan tujuan pasien, membawa surat rujukan/tidak, dan hasil pemeriksaan diagnostik yang dibawa, kemudian pasien dibawa masuk ke ruang triase, atau jika bawa hasil penunjang harus isolasi maka masukkan keruang kohorting/ isolasi
3. Diruang triase oleh dokter /perawat dilakukan visual triase, dilihat keadaan umumnya, apakah pasien terlihat sadar?, tampak bernafas? Kenali kasusnya, apakah pasien trauma? non trauma? Ataukah kasus kebidanan?
4. Kemudian dilakukan verbal triase dengan menanyakan keluhan pasien, saat pasien menjawab, cari data obyektif dengan mendengarkan suara pasien. Dapatkan data adanya sumbatan jalan nafas dan gangguan pernafasannya. Jika dibutuhkan raba dan hitung nadi serta hitung pernafasannya.
5. Jika pasien didapatkan data penurunan kesadaran, pertimbangkan apakah diperlukan penyelamatan jiwa (life saving)? Jika ya...masukkan ke ruang resusitasi (golongkan dalam ESI 1)
6. Jika tidak memerlukan resusitasi, perkirakan apakah pasien tidak bisa menunggu? Pastikan bahwa pasien akan kehilangan kesadaran, kehilangan penglihatan, atau kehilangan anggota badan jika intervensi di tunda. Periksa pula tanda-tanda vital (RR dan nadi) jika tanda-tanda vital tidak stabil (Takikardia /bradikardia, dyspnoe/takipnea/bradipnea)Golongkan dalam ESI 2. Dan masukkan pasien ke ruang tindakan sesuai masing-masing kasus.
7. Jika tanda-tanda vital stabil, masukkan dalam ESI 3, dengan label kuning, bawa ke ruang tindakan, sesuai masing-masing kasus.



8. Jika pasien dengan kondisi stabil, perkirakan apakah pasien memerlukan pemeriksaan penunjang? Jika ya, golongan dalam ESI 4, dengan label hijau.
9. Jika stabil dan tidak memerlukan pemeriksaan penunjang, masukkan dalam golongan ESI 5, prioritas penanganan terakhir
10. Tentukan scoring isolasi
11. Retiase dilakukan setelah pasien mendapatkan pelayanan, atau saat menunggu proses pelayanan

C. Bagan Alur Triase





BAB V

PENUTUP

Dengan telah tersusunnya panduan triase ini, diharapkan proses pelayanan di instansi gawat darurat RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang, dapat berjalan dengan baik dan lancar.

Petugas (dokter jaga dan perawat triase) dapat memprioritaskan pelayanan kepada pasien berdasarkan tingkat emergensinya, sehingga dapat meminimalkan angka kematian ataupun angka kecacatan yang tidak diperlukan.

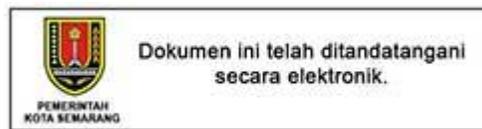
Panduan ini, masih jauh dari sempurna, untuk itu akan selalu dilakukan evaluasi secara berkala, untuk perbaikan yang lebih sempurna. Semoga panduan ini bermanfaat. Amin.



DAFTAR PUSTAKA

- Travers D, Waller A, Katznelson J, Agans R (2009) Reliability and Validity of The Emergency Saverity Index for pediatric triage, Acad Emerg Med. 16 (9):843-849
- Gilboy Nicki ed all (2012) Emergency Saverity Index (ESI) a Triage tool for emergency department care, AHRQ Publication No.12-0014. Rockville,MD, Agency for healhcare Research and Quality, November 2011

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG



SUSI HERAWATI

