

Emergency Department

EMERGENCY ONLY

Emergency



KARAKTERISTIK PASIEN GADAR

PASIEN DAN KELUARGA

CEMAS, PANIK, TAKUT

SEDIH VS GEMBIRA

MARAH, KOMPLAIN

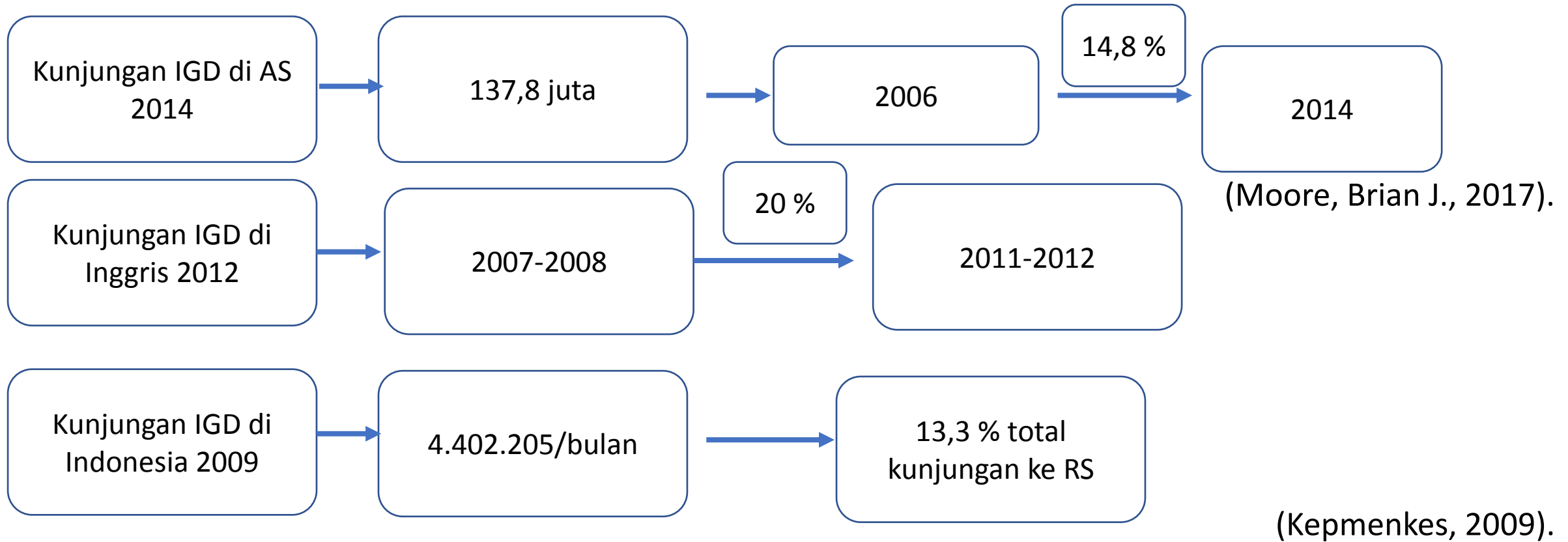
Kondisi kegawatan seringkali tidak terprediksi

Sumber Daya

Waktu

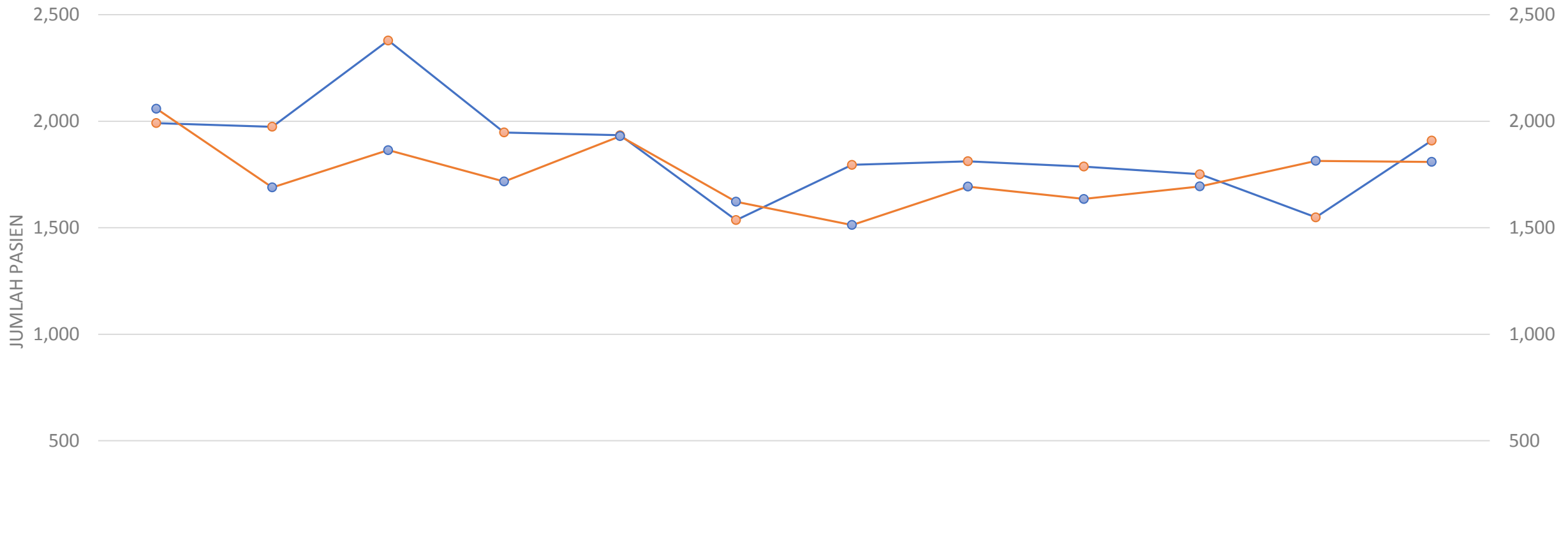


DATA KUNJUNGAN GAWAT DARURAT



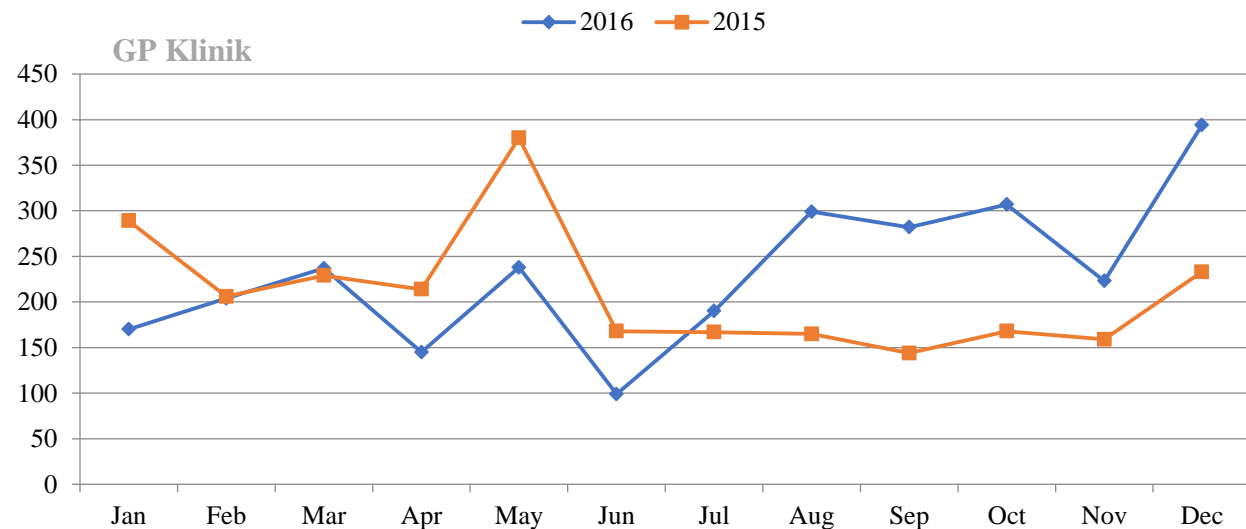
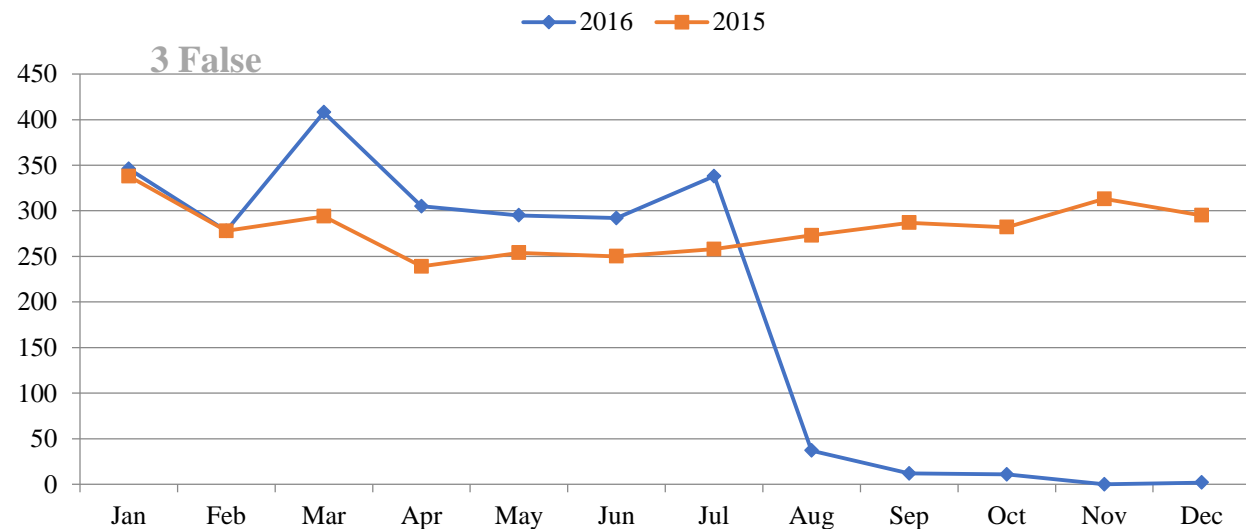
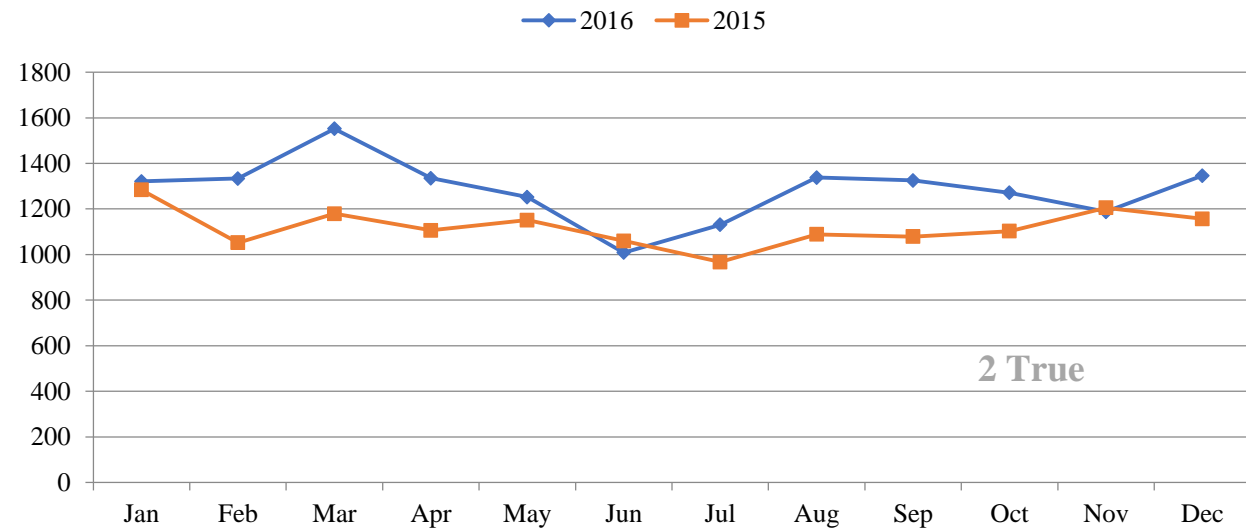
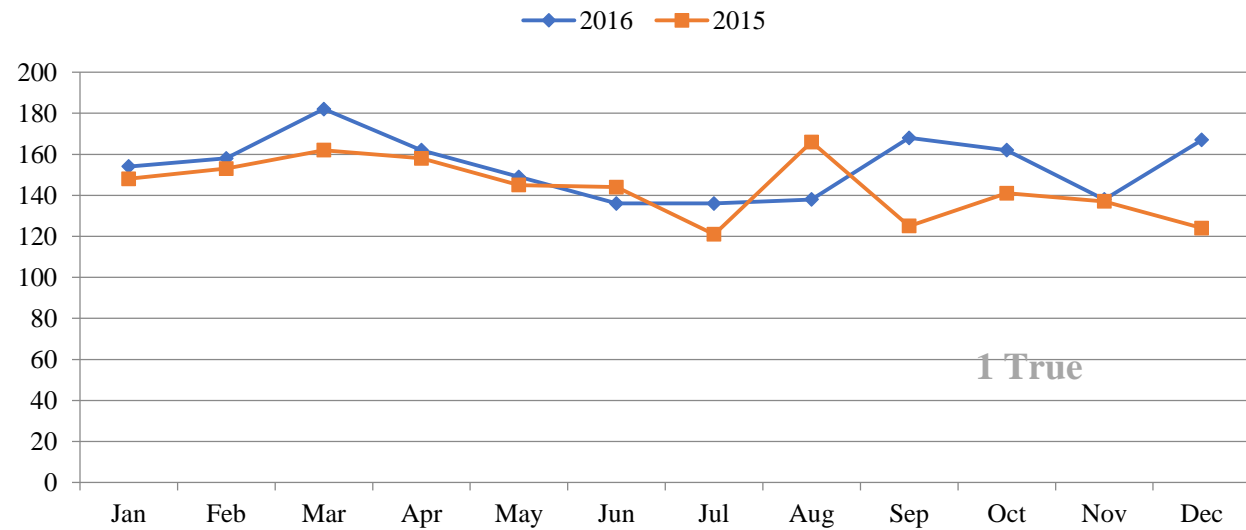
Kunjungan Pasien Ke Emergency Siloam Karawaci

Jumlah Kunjuran ED SHLV 2015-2016

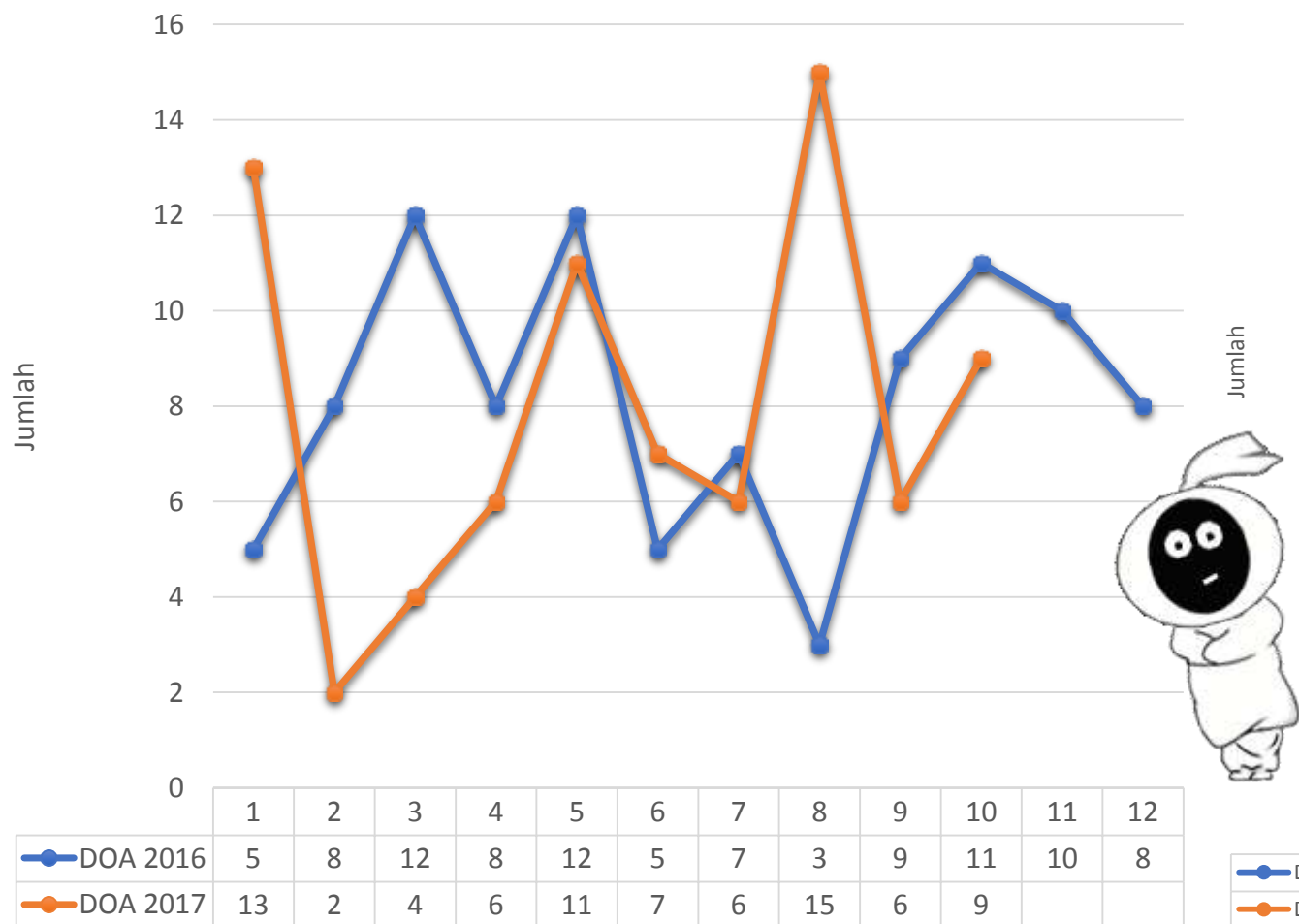


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2016	1,991	1,974	2,379	1,947	1,934	1,536	1,795	1,812	1,787	1,751	1,549	1,909
2015	2,059	1,689	1,864	1,717	1,930	1,622	1,513	1,693	1,635	1,694	1,814	1,809

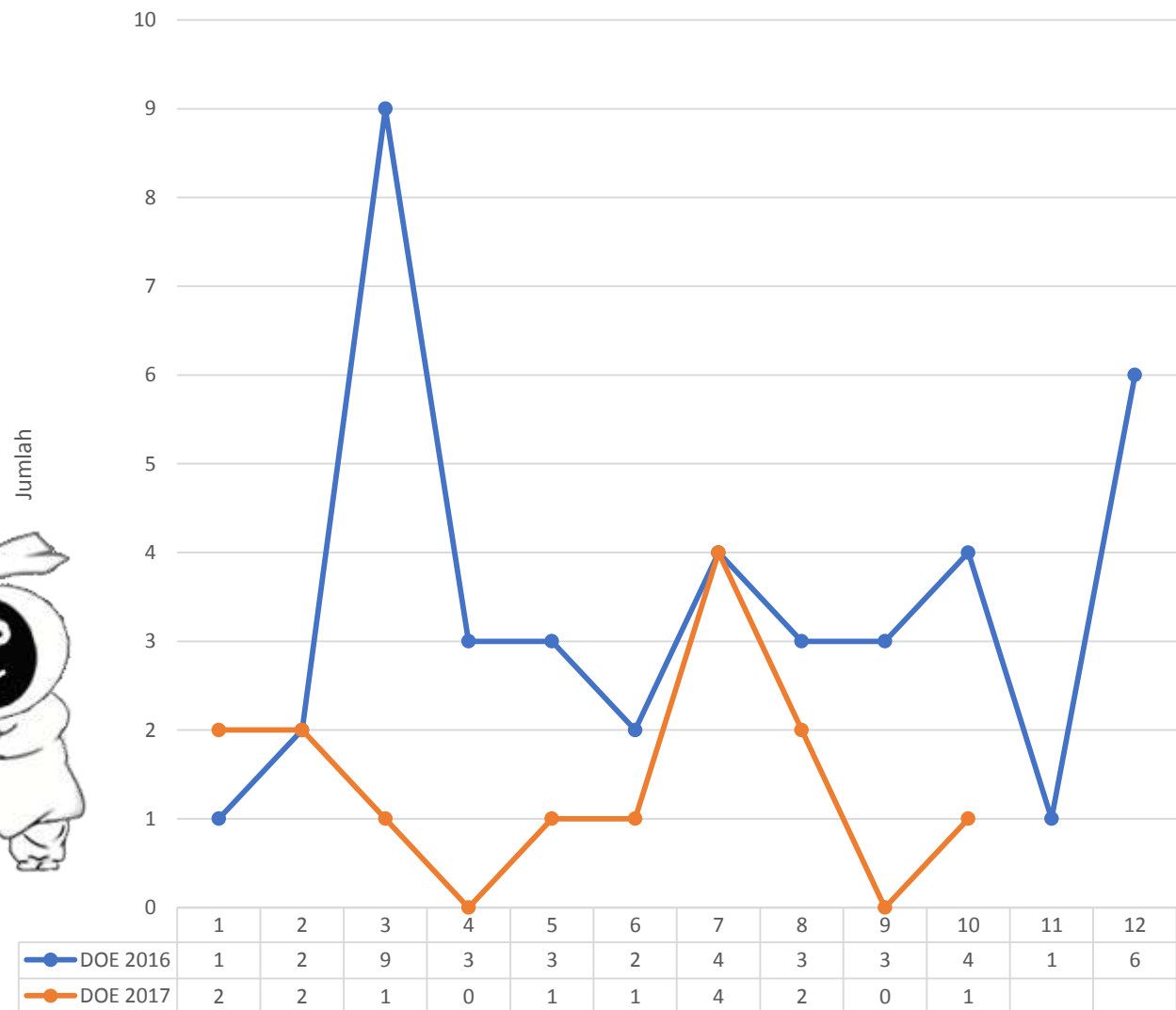
DATA KUNJUNGAN BERDASARKAN TRIAGE TAHUN 2015-2016



Perbandingan Angka DOA di ED SHLV 2016-2017



Perbandingan Angka DOE di ED SHLV 2016-2017



Perbandingan Angka DOA & DOE di ED SHLV Tahun 2016-2017

Seseorang bisa meninggal??



Emergency

- Instalasi pelayanan Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan multi disiplin ilmu (Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI, 2011).
- Rumah sakit harus memiliki Standar Instalasi Gawat Darurat sehingga dapat memberikan pelayanan dengan respon cepat dan penanganan yang tepat (Kepmenkes nomor 856/Menkes/ SK/IX/2009).

TUJUAN PELAYANAN EMERGENCY DEPARTMENT

- Mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan “*To save life and limb*”.
- Melakukan pelayanan referral
- Penanggulangan korban bencana “Code Yellow => SHLV”

Fasilitas di Emergency Department:

- Ambulance 24 jam
- Ruang Triase
- Ruang Isolasi
- Ruang Resusitasi
- Ruang Observasi
- Bedah Minor



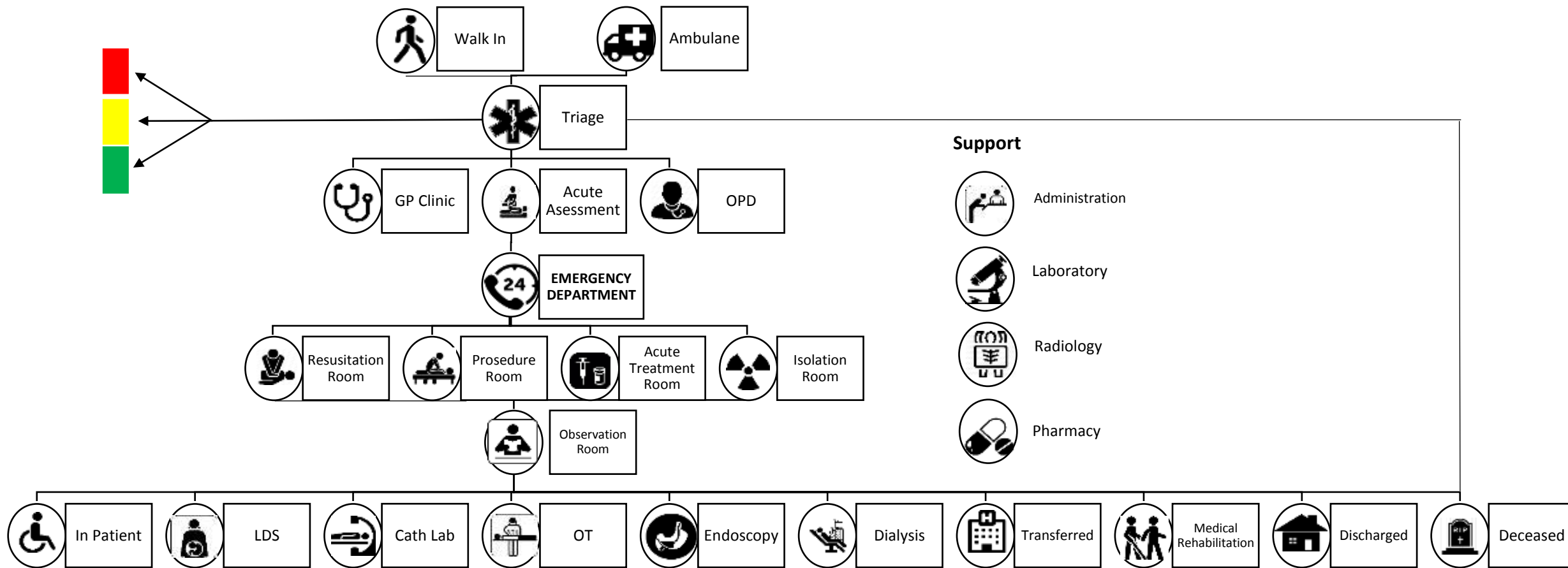
Prinsip Umum

- Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan :
 1. Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat
 2. Melakukan resusitasi dan stabilitasi (life saving).
- Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
- Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.

Jenis Pelayanan

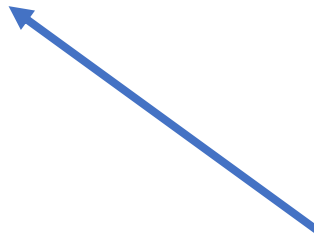
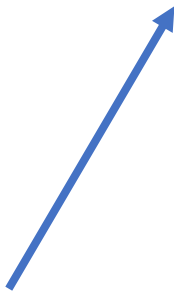
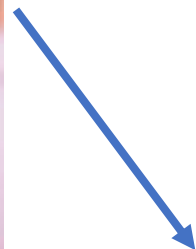
Level IV	Level III	Level II	Level I
<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pd A, B, C dgn alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i>, Penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/R. Resusitasi-ICU 4. Bedah <i>cito</i> 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pd A, B, C dgn alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i>, Penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/R. Resusitasi 4. Bedah <i>cito</i> 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pd A : Jalan nafas (airway problem), B : Pernafasan (Breathing problem) dan C : Sirkulasi pembuluh darah (Circulation problem) 2. Penilaian Disability, Penggunaan obat, EKG, defibrilasi (observasi HCU) 3. Bedah <i>cito</i> 	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan Permasalahan pd A : Jalan nafas (airway problem), B : Pernafasan (Breathing problem) dan C : Sirkulasi pembuluh darah (Circulation problem) 2. Melakukan Stabilisasi dan evakuasi

Alur Pasien Emergency Department SHLV



TRIAGE







**KEEP
CALM
AND
TRIAGE**



Triage:

Suatu system seleksi dan pemilihan pasien untuk menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien (Depkes, 2005)

Suatu cara untuk menseleksi atau memilah korban berdasarkan tingkat kegawatan (Diah, Maria, 2016).

Baron Dominique Jean Larrey (1766-1842) mengenalkan system triage pertama kalinya pada jaman Napoleon → Pada PD 1 dan PD 2

→ Kemudian diadopsi dalam system Rumah Sakit

SIAPA YANG MELAKUKAN TRIAGE??

DOKTER

PERAWAT TRIAGE

WAKTU ??

KURANG DARI 2 MENIT

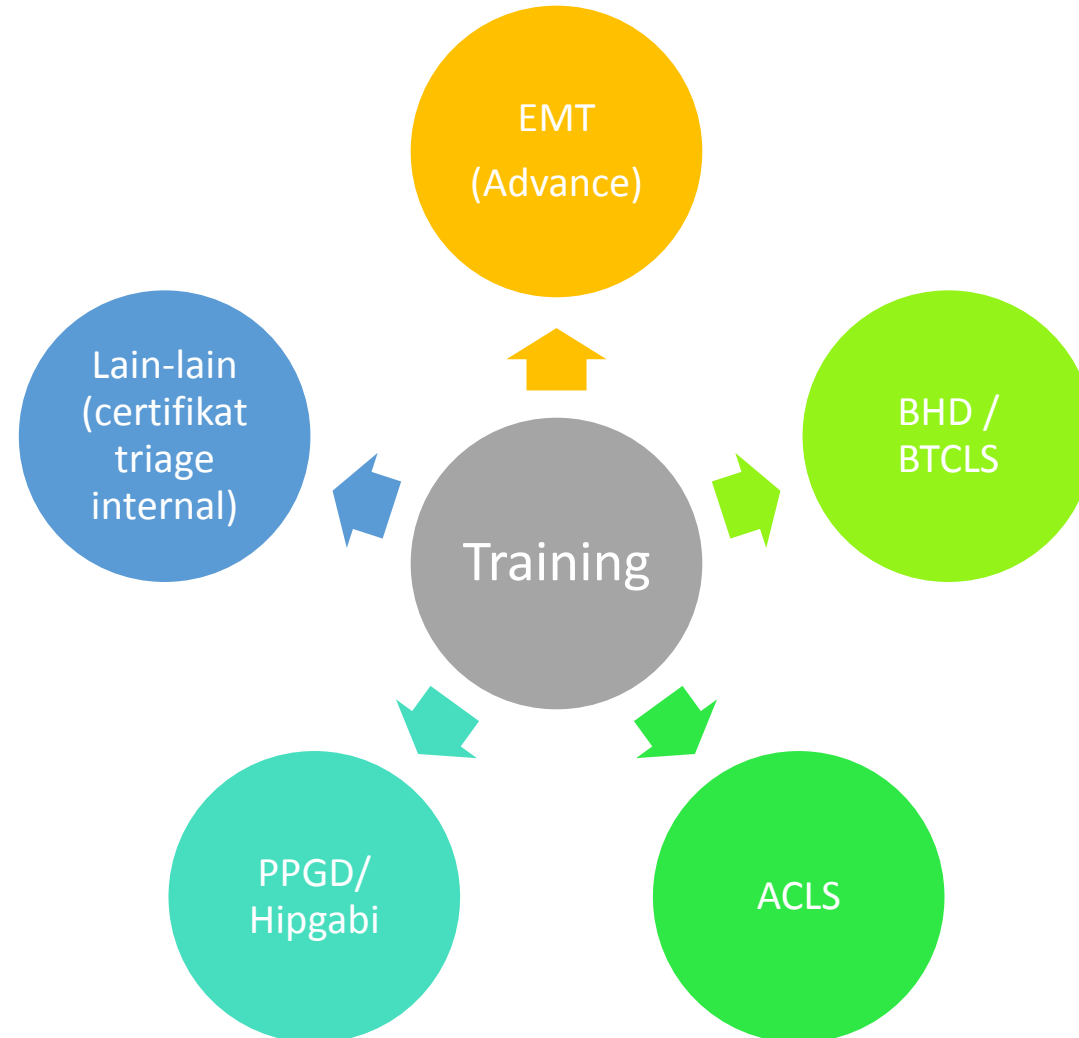
KOMPETENSI UMUM

PPGD (Depkes,2006)

ACLS

BTCLS

Kompetensi Perawat TRIAGE di SHLV



TRIAGE

Tujuan

Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa

Menempatkan pasien menurut keakutannya berdasarkan pengkajian yang tepat dan akurat

Mengenali data yang lengkap tentang keadaan pasien

Bukan mencari diagnose

Prinsip Triage

Triage harus dilakukan dengan segera dan singkat.

Pengkajian harus dilakukan secara adekuat dan akurat.

Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.

Melakukan intervensi berdasarkan keakutan dari kondisi

Tercapainya kepuasan pasien

PRIORITAS

PRIMARY SURVEY prioritas (A B C)

- *Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit.*
 - *Dapat mati dalam hitungan jam*
 - *Trauma ringan.*
 - *Sudah meninggal*

SECONDARY SURVEY (HEAD TO TOE)

Monitoring korban akan kemungkinan perubahan pada A B C, derajat kesadaran dan tanda vital

Triage

Pelayanan diutamakan bagi pasien dalam keadaan gawat darurat (emergency) bukan berdasarkan antrian. *“Time Saving is Life Saving (waktu keselamatan adalah keselamatan hidup), The Right Patient, to The Right Place at The Right Time, with The Right Care Provider.*

Sistem triage dunia

- Australasian Triage Scale (ATS)
- Manchester Triage Scale (MTS)
- Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)
- Emergency Severity Index (ESI)

<i>Australasian</i>		<i>Manchester (United Kingdom)</i>		<i>Canadian</i>		<i>Emergency Severity Index</i>	
Level	Physician/ Staff Response Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Time (min)
1 = Resuscitation	0 (Immediate)	1 = Immediate (Red)	0 (Immediate)	1 = Resuscitation	0 (Immediate)	1 = Unstable	0 (Immediate)
2 = Emergency	≤10	2 = Very Urgent (Orange)	≤10	2 = Emergent	≤15	2 = Threatened	Minutes
3 = Urgent	≤30	3 = Urgent (Yellow)	≤60	3 = Urgent	≤30	3 = Stable	≤60
4 = Semi-Urgent	≤60	4 = Standard (Green)	≤120	4 = Less Urgent	≤60	4 = Stable	Could be delayed
5 = Nonurgent	≤120	5 = Nonurgent (Blue)	≤240	5 = Nonurgent	≤120	5 = Stable	Could be delayed

Australian Triage Scale

Kategori ATS	Respon	Deskripsi Kategori	Deskripsi klinis
Kategori 1	Segera, penilaian dan tatalaksana diberikan secara simultan	Kondisi yang mengancam nyawa atau berisiko mengancam nyawa bila tidak segera di intervensi	<p>Henti Jantung Henti nafas</p> <p>Sumbatan jalan nafas mendadak yang berisiko menimbulkan henti jantung Pernafasan < 10x/menit Distres pernafasan berat Tekanan darah sistole < 80 (dewasa) atau anak dengan klinis shock berat Kesadaran tidak ada respon atau hanya berespon dengan nyeri Kejang berkelanjutan Gangguan perilaku berat yang mengancam diri pasien dan orang lain</p>
Kategori 2	Penilaian dan tatalaksana diberikan secara simultan dalam waktu 10 menit	Risiko mengancam nyawa, dimana kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat, dapat segera menimbulkan gagal organ bila tidak diberikan tatalaksana dalam waktu 10 menit setelah datang atau Pasien memiliki kondisi yang memiliki periode terapi efektif seperti trombolitik pada ST Elevation Myocard Infark (STEMI), trombolitik pada stroke iskemik baru, dan antidotum pada kasus keracunan	<p>Jalan nafas : ada stridor disertai distres pernafasan berat</p> <p>Gangguan sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral dingin - Denyut nadi < 50 kali per menit atau lebih dari 150x/menit pada dewasa - Hipotensi dengan gangguan hemodinamik lain - Banyak kehilangan darah <p>Nyeri dada tipikal Nyeri hebat apapun penyebabnya</p> <p>Delirium atau gaduh gelisah</p>

		<p>Atau</p> <p>Nyeri hebat (VAS 7-10) nyeri harus diatasi dalam waktu 10 menit setelah pasien datang</p>	<p>Defisit neurologis akut (hemiparesis, disfasia)</p> <p>Demam dengan letargi</p> <p>Mata terpercik zat asam atau zat basa</p> <p>Trauma multipel yang membutuhkan respon tim</p> <p>Trauma lokal namun berat (traumatic amputation, fraktur terbuka dengan perdarahan)</p> <p>Riwayat medis berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat tertelan bahan beracun dan berbahaya - Riwayat tersengat racun binatang tertentu - Nyeri yang diduga berasal dari emboli paru, diseksi aorta, kehamilan ektopik <p>Gangguan perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku agresif dan kasar - Perilaku yang membahayakan diri sendiri dan orang lain dan membutuhkan tindakan restraint
--	--	--	---

<p>Kategori 3</p>	<p>Penilaian dan tatalaksana dapat dilakukan dalam waktu 30 menit</p>	<p>Kondisi potensi berbahaya, mengancam nyawa atau dapat menambah keparahan bila penilaian dan tatalaksana tidak dilaksanakan dalam waktu 30 menit Atau Kondisi segera, dimana ada pengobatan yang harus segera diberikan dalam waktu 30 menit untuk mencegah risiko perburukan kondisi pasien</p>	<p>Hipertensi berat Kehilangan darah moderat Sesak nafas Saturasi oksigen 90-95% Paska kejang Demam pada pasien immunokompromais (pasien AIDS, pasien onkologi, pasien dalam terapi steroid) Muntah menetap dengan tanda dehidrasi Nyeri kepala dengan riwayat pingsan, saat ini sudah sadar Nyeri sedang apapun</p>
		<p>Atau Nyeri sedang yang harus diatasi dalam waktu 30 menit</p>	<p>penyebabnya Nyeri dada atipikal Nyeri perut tanpa tanda akut abdomen Pasien dengan usia > 65 tahun Trauma ekstremitas moderat (deformitas, laserasi, sensasi perabaan menurun, pulsasi ekstremitas menurun mendadak, mekanisme trauma memiliki risiko tinggi Neonatus dengan kondisi stabil Gangguan perilaku yang sangat tertekan, menarik diri, agitasi, gangguan isi dan bentuk pikiran akut, potensi menyakiti diri sendiri</p>

<p>Kategori 4</p>	<p>Penilaian dan tatalaksana dapat dimulai dalam waktu 60 menit</p>	<p>Kondisi berpotensi jatuh menjadi lebih berat apabila penilaian dan tatalaksana tidak segera dilaksanakan dalam waktu 60 menit</p> <p>Kondisi segera, dimana ada pengobatan yang harus segera diberikan dalam waktu 60 menit untuk mencegah risiko perburukan kondisi pasien</p> <p>Kondisi medis kompleks, pasien membutuhkan pemeriksaan yang banyak, konsultasi dengan berbagai spesialis dan tatalaksana diruang rawat inap</p> <p>Nyeri ringan</p>	<p>Perdarahan ringan</p> <p>Terhirup benda asing tanpa ada sumbatan jalan nafas dan sesak nafas</p> <p>Cedera kepala ringan tanpa riwayat pingsan</p> <p>Nyeri ringan-sedang</p> <p>Muntah atau diare tanpa ehidrasi</p> <p>Radang atau benda asing di mata, penglihatan normal</p> <p>Trauma ekstremitas minor (keseleo, curiga fraktur, luka robek sederhana, tidak ada gangguan neurovaskular ekstremitas) sendi bengkak</p> <p>Nyeri perut non spesifik</p>
			<p>Gangguan perilaku</p> <p>Pasien riwayat gangguan yang merusak diri dan mengganggu orang lain, saat ini dalam observasi</p>

<p>Kategori 5</p>	<p>Penilaian dan tatalaksana dapat dimulai dalam waktu 120 menit</p>	<p>Kondisi tidak segera, yaitu kondisi kronik atau minor di mana gejala tidak berisiko memberat bila pengobatan tidak segera diberikan</p> <p>Masalah klinis administratif</p> <p>Mengambil hasil lab dan meminta penjelasan, meminta sertifikat kesehatan, meminta perpanjangan resep</p>	<p>Nyeri ringan</p> <p>Riwayat penyakit tidak berisiko dan saat ini tidak bergejala</p> <p>Keluhan minor yang saat berkunjung masih dirasakan</p> <p>Luka kecil (luka lecet, luka robek kecil)</p> <p>Kunjungan ulang untuk ganti verban, evaluasi jahitan</p> <p>Kunjungan untuk imunisasi</p> <p>Pasien kronis psikiatri tanpa gejala akut dan hemodinamik stabil</p>
-------------------	--	--	---

Triage di Indonesia

- Belum ada keseragaman dari masing-masing rumah sakit, dan belum ada literature Nasional yang mengidentifikasi metode-metode triage yang digunakan oleh tiap instalasi gawat darurat di Indonesia.
- Standar Triage dalam AKREDITASI RS

Tidak ada kriteria Triage yang baku yang ditetapkan oleh standart, namun tergantung daripada kondisi Rumah Sakit dan berdasarkan referensi yang diambil serta EBP



Komisi Akreditasi Rumah Sakit



Istilah-istilah dalam system Triage

- Beberapa hal yang mendasari klasifikasi pasien dalam system triage adalah kondisi klien yang meliputi:
 - A. Gawat, adalah suatu keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepat dan tepat.
 - B. Darurat, adalah suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tapi memerlukan penanganan cepat dan tepat seperti kegawatan.
 - C. 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 atau cacat (Wijaya, 2010)

Berdasarkan Klasifikasi

KLASIFIKASI	KETERANGAN
Gawat darurat (P1)	Keadaan yang mengancam nyawa / adanya gangguan ABC dan perlu tindakan segera, misalnya cardiac arrest, penurunan kesadaran, trauma mayor dengan perdarahan hebat
Gawat tidak darurat (P2)	Keadaan mengancam nyawa tetapi tidak memerlukan tindakan darurat. Setelah dilakukan resusitasi maka ditindaklanjuti oleh dokter spesialis. Misalnya : pasien kanker tahap lanjut, fraktur, sickle cell dan lainnya
Darurat tidak gawat (P3)	Keadaan yang tidak mengancam nyawa tetapi memerlukan tindakan darurat. Pasien sadar, tidak ada gangguan ABC dan dapat langsung diberikan terapi definitive. Untuk tindak lanjut dapat ke poliklinik, misalnya laserasi, fraktur minor / tertutup, otitis media dan lainnya
Tidak gawat tidak darurat (P4)	Keadaan tidak mengancam nyawa dan tidak memerlukan tindakan gawat. Gejala dan tanda klinis ringan / asimtomatis. Misalnya penyakit kulit, batuk, flu, dan sebagainya.

Berdasarkan Prioritas

KLASIFIKASI	KETERANGAN
Prioritas I (MERAH)	Mengancam jiwa atau fungsi vital, perlu resusitasi dan tindakan bedah segera, mempunyai kesempatan hidup yang besar. Penanganan dan pemindahan bersifat segera yaitu gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi. Contohnya sumbatan jalan nafas, tension pneumothorak, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, combutio (luka bakar tingkat II dan III > 25 %)
Prioritas II (KUNING)	Potensial mengancam nyawa atau fungsi vital bila tidak segera ditangani dalam jangka waktu singkat. Penanganan dan pemindahan bersifat jangan terlambat. Contoh : patah tulang besar, combutio (luka bakar) tingkat II dan III < 25 %, trauma thorak / abdomen, laserasi luas, trauma bola mata.
Prioritas III (HIJAU)	Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Contoh luka superficial, luka-luka ringan.
Prioritas 0 (HITAM)	Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala kritis.

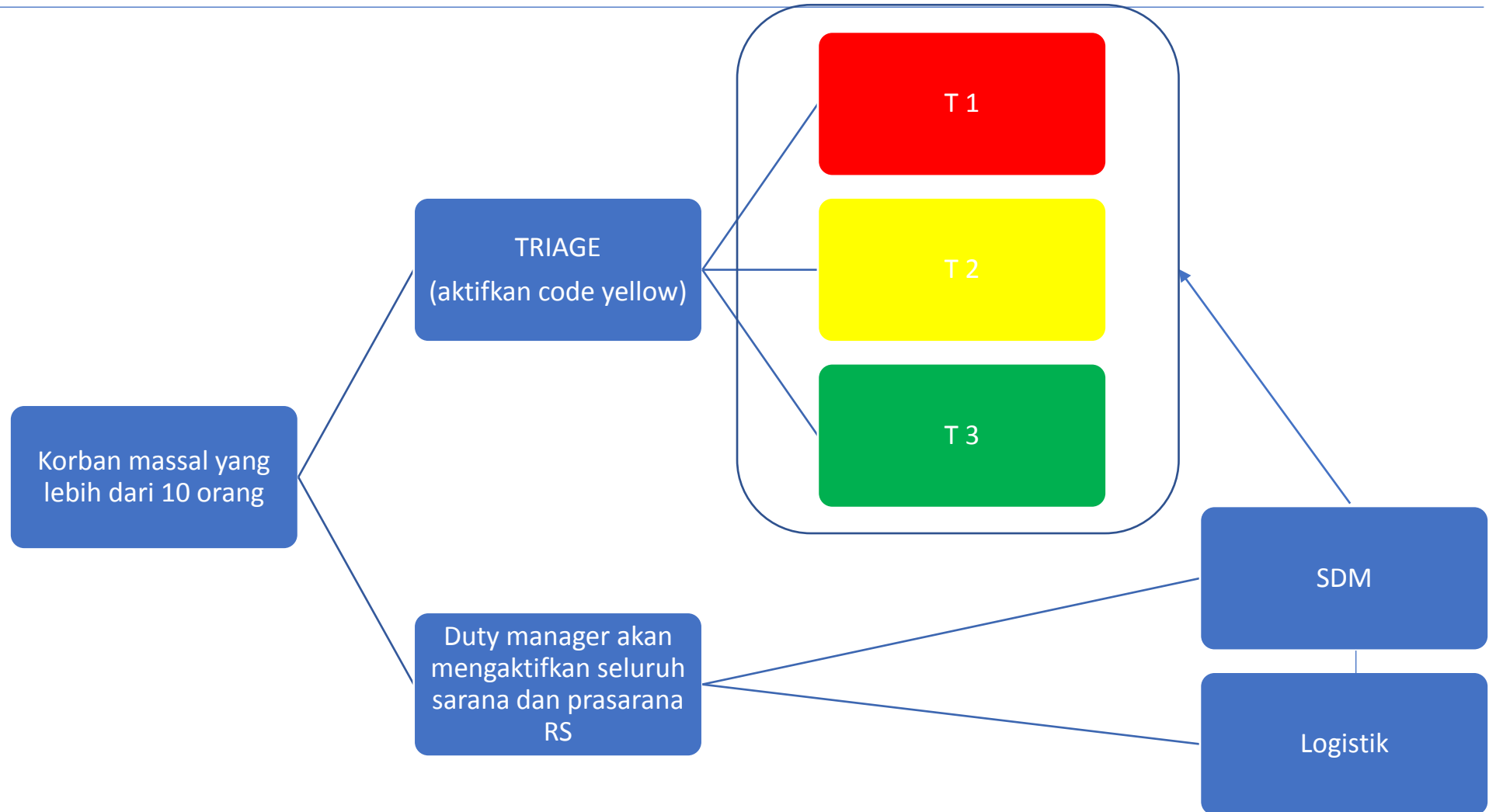
Berdasarkan Tingkat Keakutan

TINGKAT KEAKUTAN	KETERANGAN
Kelas I	Pemeriksaan fisik rutin (misalnya memar minor) dapat menunggu lama tanpa bahaya
Kelas II	Nonurgen / tidak mendesak (misalnya ruam, gejala flu) dapat menunggu lama tanpa bahaya
Kelas III	Semi-urgen / semi mendesak (misalnya otitis media) dapat menunggu sampai 2 jam sebelum pengobatan
Kelas IV	Urgen / mendesak (misalnya fraktur panggul, laserasi berat, asma); dapat menunggu selama 1 jam
Kelas V	Gawat darurat (misalnya henti jantung, syok); tidak boleh ada keterlambatan pengobatan ; situasi yang mengancam hidup

Triage Siloam



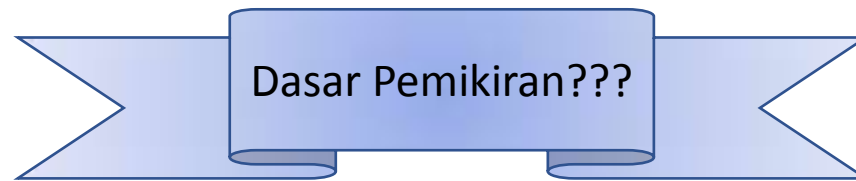
Code Yellow



Triage di Siloam Hospitals

Terbagi dalam 3 kriteria, dimodifikasi dari:

- Guidelines on The Implementation of The Australian Triage Scale In Emergency Departments, July 2016
- Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, 2012



1. VALIDASI
2. Reabilitas
3. Sistem triage menganut aspek utilitas

TRIAGE

TRIAGE	Kriteria Klinis	Tanda-tanda Vital
1 Respon time 0 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Henti nafas, Henti jantung • Gangguan <i>Airway Breathing Circulation</i> • Sesak nafas berat • Sianosis • Nyeri dada • Penurunan kesadaran akut • Kejang • Perdarahan hebat • Muntah / diare hebat dengan dehidrasi berat • Kelemahan pada anggota tubuh, kesulitan bicara, bicara pelo • Sakit kepala berat disertai gangguan penglihatan • Neonatus dengan kelainan bawaan berat • Trauma multipel / berat • Demam tinggi disertai letargi • Luka bakar >10% dengan gangguan ABC • Keracunan dengan gangguan ABC 	Dewasa <ul style="list-style-type: none"> • Nadi > 150 x/menit atau < 50x/menit • Tekanan darah sistolik < 80 mmHg • Frekuensi nafas < 10 x/menit • SpO2 < 90% • Skor nyeri > 8 (*sesuai klinis) • GCS < 13 Anak <ul style="list-style-type: none"> • SpO2 < 92 % • Nadi < 3 bulan : > 180 x/menit, 3 bulan – 3 tahun : > 140 x/menit, 3 – 8 tahun : > 140 x/menit, > 8 tahun : > 100 x/menit, • Frekuensi Nafas < 3 bulan : > 50 x/menit 3 bulan – 3 tahun : > 40 x/menit 3 – 8 tahun : > 30 x/menit > 8 tahun : > 20x/menit
2 Respon time < 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri perut • Cedera kepala ringan dengan atau tanpa riwayat kehilangan kesadaran • Hipertensi • Perdarahan tanpa gangguan ABC • Muntah, diare dengan dehidrasi sedang • Demam tidak disertai kejang • Semua kasus trauma tanpa gangguan ABC. • Benda asing pada orifisium dan mata • Trauma kimia pada mata • Pasien dengan gangguan psikiatri • Pusing/ berkeringat 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanpa adanya gangguan tanda-tanda vital seperti triage 1 • Skor nyeri 4-7 (*sesuai klinis) • Suhu > 39°C
3 Respon time < 15 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Cedera ringan • Muntah, diare tanpa / dengan dehidrasi ringan • Kriteria diluar Triase 1 dan 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda - tanda vital tanpa ada gangguan • Skor Nyeri 0 - 3 (*sesuai klinis)

Triage 1 → Respon Time 0 menit

Kriteria Klinis

- Henti nafas, henti jantung
- Gangguan A, B, C
- Sesak nafas berat
- Sianosis
- Nyeri dada
- Penurunan kesadaran akut
- Kejang
- Perdarahan hebat
- Muntah/diare hebat dengan dehidrasi berat
- Kelemahan pada anggota tubuh, kesulitan bicara, bicara pelo
- Sakit kepala berat disertai gangguan penglihatan
- Neonatus dengan kelainan bawaan berat

Tanda-tanda Vital

Dewasa

- Nadi > 150 x/mnt atau < 50 x/mnt
- Tekanan darah sistolik < 80 mmHg
- Frekuensi nafas < 10 x/mnt
- SPO2 < 90 %
- Skor nyeri > 8 (Sesuai klinis)
- GCS < 13

Anak

- SPO2 < 92 %
- Nadi
 - < 3 bulan : > 180 x/mnt
 - 3 bulan – 3 tahun : >140 x/mnt

-
- Trauma multiple/berat
 - Demam tinggi disertai letargi
 - Luka bakar > 10 % dengan gangguan ABC
 - Keracunan dengan gangguan ABC

- 3 – 8 tahun : < 140 x/mnt
- > 8 tahun : < 100 x/mnt

Frekuensi nafas:

- < 3 bulan : > 50 x/mnt
- 3 bulan – 3 tahun : > 40 x/mnt
- 3 – 8 tahun : > 30 x/mnt
- > 8 tahun : > 20 x/mnt

Reference:

- Guidelines on The Implementation of The Australian Triage Scale In Emergency Departments, July 2016
- Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, 2012

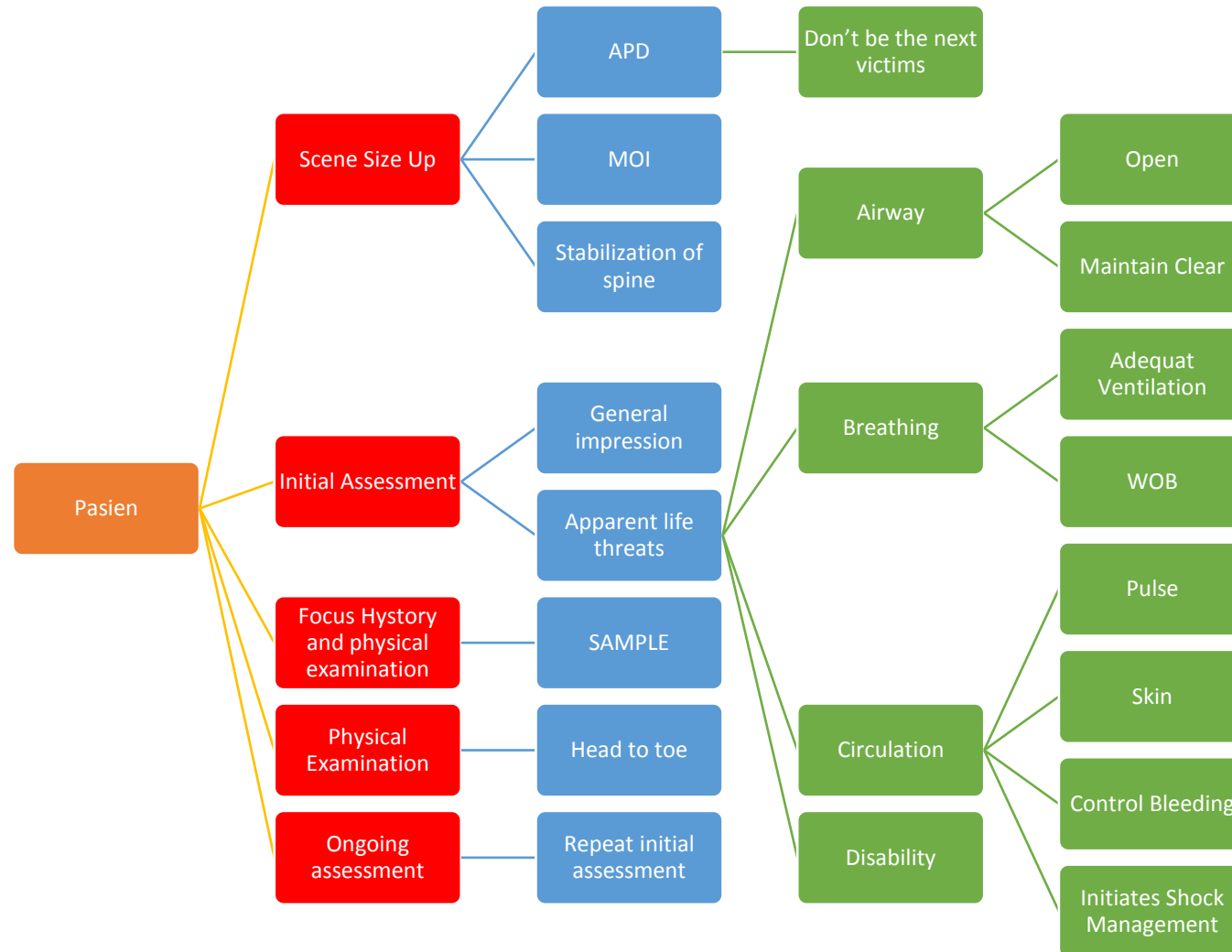
Ruang Resusitasi



Ruang Resusitasi



Prinsip Penanganan Resusitasi



Triage 2 → Respon time < 5 mnt

Kriteria Klinis:

- Nyeri perut
- Cedera kepala ringan dengan atau tanpa riwayat kehilangan kesadaran
- Hipertensi
- Perdarahan tanpa gangguan ABC
- Muntah, diare dengan dehidrasi sedang
- Demam tidak disertai kejang
- Semua kasus trauma tanpa gangguan ABC
- Benda asing pada mata dan orifisium
- Trauma kimia pada mata
- Pasien dengan gangguan psikiatri
- Pusing/berkeringat

Tanda – Tanda Vital

- Tanpa adanya gangguan tanda-tanda vital seperti triage I
- Skor nyeri 4-7 (Sesuai klinis)
- Suhu > 39°C

Reference:

- Guidelines on The Implementation of The Australian Triage Scale In Emergency Departments, July 2016
- Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, 2012

Ruang Observasi



Triage 3 → Respon Time < 15 menit

Kriteria Klinis

- Cedera ringan
- Muntah, diare tanpa / dengan dehidrasi ringan
- Kriteria diluar triage 1 dan 2

Tanda-Tanda Vital

- Tanda-tanda vital tanpa ada gangguan
- Skor nyeri 0-3 (Sesuai Klinis)

Reference:

- Guidelines on The Implementation of The Australian Triage Scale In Emergency Departments, July 2016
- Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, 2012

Poliklinik/OPD



PROSES TRIAGE DALAM KEPERAWATAN

Pengkajian

Kaji keluhan utama pasien, riwayat penyakit sebagai informasi subyektif
Kaji data obyektif KU, A-B-C-D, (vital sign ,suhu,), data fokus sesuai keluhan

Diagnosa

Diagnosa sebagai ukuran yang mendesak, tentukan masalah mengancam

Perencanaan

Kolaboratif

Intervensi

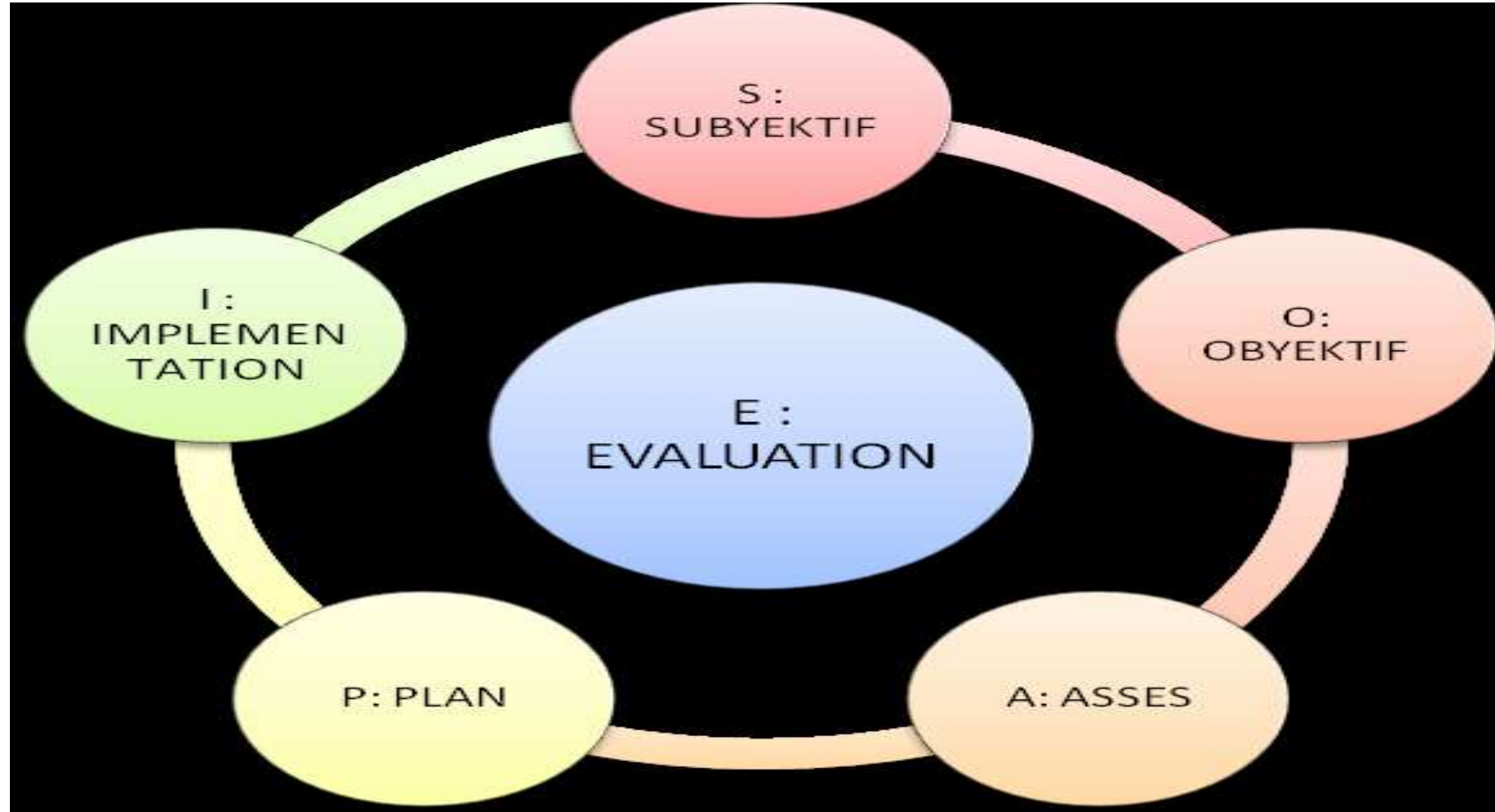
Kolaboratif

EVALUASI

Ukuran dalam menentukan keefektifan tindakan dan mengarah kepada patient safety
(Rutenberg, 2009).


SIMULTAN !!!!!

S-O-A-P-I-E SYSTEM



DOKUMENTASI

1. Waktu pasien dilakukan triage
2. Keluhan utama dan dihubungkan dengan gejala
3. Riwayat kesehatan lalu
4. Alergi
5. Tanda vitall
6. Data Subyektif dan Obyektif
7. Prioritas korban
8. Intervensi
9. Tes diagnostic
10. Obat obatan
11. Evaluasi
12. Tanda tangan perawat
13. Cara tiba ke IGD



Siloam Hospitals Lippo Village

Silur Pasien / Patient Desk

CATATAN MEDIS GAWAT DARURAT

TRIAGE

Triage 1 2 3 Dikap oleh : _____ TRAUMA
 NON-TRAUMA

Cara pasien datang Sendiri Diturunk oleh : _____ Lain - lain : _____

PENGAJIAN PERAWAT

1. Data Subyektif

Auto Anamnesa Anamnesa Nama : _____ Hubungan dengan pasien : _____

Riwayat alergi obat Tidak ada / tidak tahu Ada : _____
 Riwayat penyakit dahulu Tidak ada / tidak tahu Diabetes / Hipertensi / Jantung / Asma / _____
 Riwayat berkunjung ke daerah endemis dalam 3 bulan terakhir Tidak Ya, ke : _____
 Kewaspadaan Standard Contact Airborne Droplet


2. Data Objektif

Kondisi umum Baik Sedang Buruk

Airway : _____ Circulation : _____
 Breathing : _____ Disability : _____

TD : _____ mmHg N : _____ x/mnt S : _____ °C
 P : _____ x/mnt SpO₂ : _____ % BB / TB : _____ kg / _____ cm

PENGAJIAN NYERI



0 Tidak nyeri
1-2 Nyeri Ringan
3-4 Nyeri Sedang
5-10 Nyeri Berat

<input type="checkbox"/> NUMERIS	<input type="checkbox"/> Wong-Baker	<input type="checkbox"/> CRPS	<input type="checkbox"/> FLACC	<input type="checkbox"/> COMFORT
0-10	0-10	0-10	0-10	0-10
Asses	Asses	Asses	Asses	Asses
Asses	Asses	Asses	Asses	Asses

COMFORT PAIN SCALE

0-10 Nyeri Ringan
 11-20 Nyeri Sedang
 21-30 Nyeri Berat

Nyeri Tidak Ya, Lokasi : _____
 Skala Nyeri : _____ Kategori : Ringan / Sedang / Berat

Risiko Jatuh *)

Kondisi yang memerlukan perhatian khusus terkait risiko jatuh (Khusus triage 2 dan 3) :

Pasien yang akan menjalani prosedur yang menggunakan sedasi
 Pasien dengan keletatanan fisik
 Pasien dengan alat bantu gerak
 Pasien dengan gangguan keseimbangan
 Pasien puasa yang akan menjalani pemeriksaan radiologi atau laboratorium

Masalah Utama Keperawatan : _____

PERAWAT YANG MENGAJARI

Tanggal : _____ Jam : _____ Nama jnsd / Parsif : _____

*) Demam pasien triage 1 berisiko jatuh, triage 2 dan 3 : allewasikan dengan timda pasien

SNED 1512.012

Pengalaman perawat dan kendala Triage

[http : // jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id](http://jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id)

Pengalaman Perawat Dalam Pengambilan Keputusan TRIAGE di Instalasi Gawat Darurat RSUD RAA SOEWONDO PATI

*“ Pada pasien tidak sadar, kita periksa fisiknya, terus paling cepat untuk tahu penyebab kita periksa GDS, tapi kadang kendalanya dokternya sih...”ah ndak usah, kadang gitu sudah juga sih..”, mosok (masak) pasien gini nggak di GDS, ya sudah kta GDS sendiri, **tanpa sepengetahuan dokternya**, ternyata emang hipoglikemia “ (p4)*

*“Pasien datang dengan nyeri dada banget, ini pasien gawat, e...dokternya bilang, “ah ndak...pasien Cuma gastritis, pasien Cuma maag kok “ perasaan kita **sepertinya** nggak Cuma gastritis.....sampai ruangan perawat ruangan mengkomplain, karena pasiennya jelek, di ECG hasilnya iskhemik” (p1)*

“Menurut kita gawat, kita tentukan gawat, terus kita usulkan apa ndak gini, gini,.. (ah ndak usah), gitu ya ada dokter yang seperti itu, gamau terima masukan”

Kurangnya pengakuan dokter akan kompetensi perawat, standart SOP /keseragaman ??



Terimakasih



SOAL

- Urutkan berdasarkan prioritas..?!

Pasien 1	Pasien 2	Pasien 3	Pasien 4
Tuan W, 22 th, terlihat lemas, GCS 13 TD 85/60 mmHg N 114x/m RR 17x/m berlumuran darah setelah kecelakaan lalu lintas	ibu X 31 tahun, hamil aterm, TD 110/70 mmHg N 94 x/m, RR 32x/m sedang berteriak kesakitan tidak ada tanda- tanda perdarahan	ibu Y, 42 tahun TD 110N/70 mmHg, N 100x/m, RR 32 x/m sesak dan nyeri dada setelah tabrakan	Z (L) 5 th GCS 13, TD 90/60mmHg N 120x/m, RR 24 x/m luka bakar di daerah wajah dan dada (lebih kurang 15 % permukaan tubuh)