



PEMERINTAH KABUPATEN PADANG PARIAMAN

DINAS KESEHATAN

PUSKESMAS LUBUK ALUNG



**MANUAL BOOK INOVASI LIPAT URAT
PUSKESMAS LUBUK ALUNG TAHUN 2025**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Pelayanan kesehatan adalah upaya yang di selenggarakan oleh suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa, pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaranya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.

Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang dapat memberikan tindakan yang cepat dan tepat pada seorang atau kelompok orang agar dapat meminimalkan angka kematian dan mencegah terjadinya kecacatan yang tidak perlu.

Upaya peningkatan gawat darurat di tujukan untuk menunjang pelayanan dasar, sehingga dapat menanggulangi pasien gawat darurat baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana. Dengan semakin meningkatnya jumlah penderita gawat darurat, maka di perlukan peningkatan pelayanan gawat darurat baik yang di selenggarakan di tempat kejadian, selama perjalanan ke rumah sakit, maupun di rumah sakit.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka di instansi Gawat Darurat Perlu di buat standar pelayanan yang merupakan pedoman bagi semua pihak dalam tata cara pelaksanaan pelayanan yang di berikan ke pasien pada umumnya dan pasien Instansi Gawat Darurat khususnya. Berkaitan dengan hal tersebut di atas maka, dalam melakukan pelayanan gawat darurat di Instansi Gawat Darurat harus berdasarkan standar pelayanan gawat darurat.

B. TUJUAN

1. Untuk Mengetahui Program Lipat Urat
2. Untuk Mengetahui Visi dan Misi Lipat Urat
3. Untuk Mengetahui Landasan Hukum dalam Pembentukan Lipat Urat
4. Untuk Mengetahui TIM Lipat Urat
5. Untuk Mengetahui Alur Pelayanan Lipat Urat

C. MANFAAT

Manfaat yang dapat diperoleh dari penulisan makalah ini adalah semakin bertambahnya informasi mengenai pelayanan ruang tindakan di Puskesmas “Lipat Urat”

C. Landasan Hukum

1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 436 / Menkes / SK / VI / 1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit
2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 0701 / YANMED / RSKS / GDE / VII / 1991 Tentang Pedoman Pelayanan Gawat Darurat
3. Undang – undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
4. Undang -undang No 23 tahun 2014 tentang pemerintahan daerah
5. Undang -undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga Kesehatan
6. Peraturan menteri Kesehatan nomor 001 tahun 2012 tentang sistim rujukan layana Kesehatan perorangan
7. Peraturan menteri Kesehatan nomor 19 tahun 2016 tentang system penanganan kegawat daruratan

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Sejarah LIPAT URAT

LIPAT URAT Merupakan bagian dari system Penanganan Gawat Darurat dari Pasien datang sampai pasien di rujuk atau Pulang.

Dasar Berdirinya Lipat Urat yaitu permenkes no 19 tahun 2016 tentang system penanganan kegawat daruratan, Berawal tahun 2018 tentang pembentukan public servis center 119. System ini di bentuknya public servis center (PSC) 119 adalah Program Kesehatan berbasis call center yang ada di setiap kabupaten /kota a sedangkan di nasional bernama Nasional command center (NCC) dengan latar belakang angka kematian kecelakaan di nasional sangat tinggi sehingga perlud bentuk system penanganan kegawat daruratan. Walupun ada hubunganya dengan Tingkat kematian ibu dan anak namun tidak berkaitan lebih jauh

B. Program Lipat Urat

Lipat Urat merupakan sebuah Pelayanan IGD dalam penanganan kegawat daruratan yang ada di puskesmas Lubuk Alung sudah berjalan sejak 2024 dengan memakai Sistem Level ke gawat daruratan(Triase):

Level Kegawat Daruratan:

1. Pasien dengan kasus True Emergency
yaitu pasien yang berada dalam keadaan gawat darurat akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya (Label Biru)
2. Pasien dengan kasus False Emergency
 - a. Keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat (label Merah)
 - b. Keadaan gawat tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badanya (label Kuning)
 - c. Keadaan tidak gawat dan tidak darurat (label Hijau)
 - d. Meninggal (Label Hitam)

Ruang Lingkup

1. System Komunikasi Kegawat daruratan
2. Sytem Penaganan Pasien Gawat Darurat
3. System Transportasi gawat darurat yang terintegrasi

VISI

Terwujudnya Layanan kegawat daruratan di Puskesmas Lubuk Alung yang terintegrasi, terpadu, demokratis, berkeadilan dan berkeadilan

MISI

1. Melayani Pelayanan kegawat daruratan yang bermutu,merata,terjangkaudan professional
2. Meningkatkan kualitasdan kuantitassumber dayamanuasi dalam pelayan kegawat daruratan

. Lipat Urat memberikan pelayanan 24 jam tim yang bertugas di bagi 3 Shif (Pagi,Sore dan Malam)

Pola pengaturan ketenagaan instansi gawat darurat yaitu:

- a. Untuk dinas pagi jam 07 30-13.30wib

Kategori:

- Dokter 1 orang
- Kepala perawat 1 orang
- Perawat Mahir 1 orang
- Perawat Pelksana 1 orang

- b. Untuk dinas Sore 13.30-20.00wib

Kategori:

- Dokter 1 orang
- Perawat/Bidan pelaksana 2 orang

- c. Untuk dinas Malam 19.30-08.00 wib

Kategori:

- Dokter IGD 1 orang
- Perawat pelaksana bidan 2 orang

Jadwal Kegiatan

1. Pengaturan Jadwal Piket Dokter Jaga

- Pengaturan jadwal dokter jaga Pelayanan Gawat darurat menjadi tanggung jawab Dokter jaga pelayanan Gawat Darurat dan disetujui oleh kepala puskesmas
- Jadwal dokter jaga Pelayanan gawat darurat dibuat untuk jangka waktu 1 bulan serta sudah diedarkan ke unit terkait
- Apabila dokter jaga Pelayanan Gawat Darurat karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai dengan jadwal yang telah di tetapkan maka :
- Apabila dokter jaga berhalangan, dokter yang bersangkutan menunjuk dokter jaga pengganti, Apabila dokter jaga pengganti tidak bisa maka dokter jaga tersebut bersedia untuk oncol.

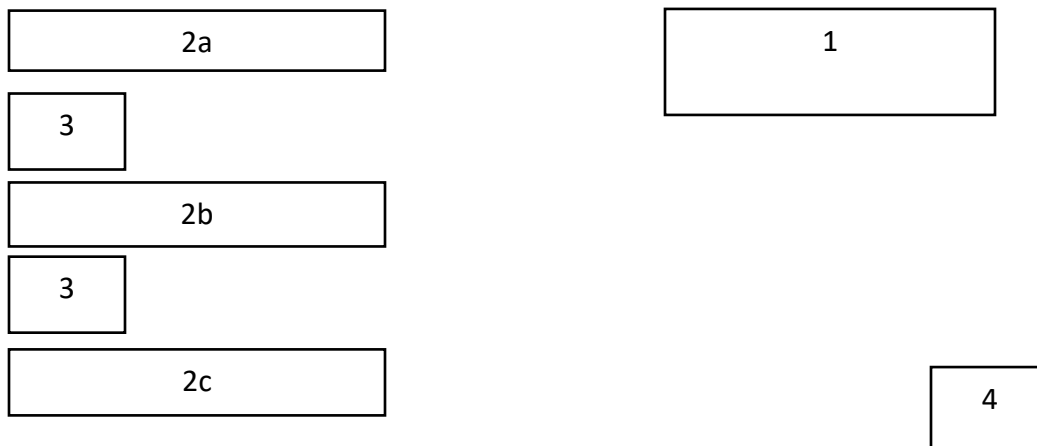
- Apabila dokter jaga pengganti tidak di dapatkan maka dokter jaga shift sebelumnya wajib untuk menggantikan jaga ruangan

2. Pengaturan Jadwal Piket Perawat/Bidan

- Pengaturan jadwal dinas perawat gawat darurat di buat dan di pertanggung jawabkan oleh Kepala Ruang (Karu) gawat darurat dan di setuju oleh pimpinan puskesmas
- Jadwal dinas di buat untuk jangka waktu 1 bulan
- Untuk tenaga perawat yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka perawat tersebut harus mencari penggantinya dan melaporkan kepada kepala ruangan
- Setiap tugas jaga shift harus ada perawat penanggung jawab shift (PJ Shift) dengan syarat pendidikan minimal D III Keperawatan dan masa kerja minimal 2 tahun
- Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi, dinas sore, dinas malam, libur dan cuti
- Apabila ada tenaga perawat jaga karena sesuatu hal sehingga tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah di tetapkan (terencana),maka perawat yang bersangkutan harus memberitahukan karu gawat darurat: 2 jam sebelum dinas pagi, 4 jam sebelum dinas sore/malam. Sebelum memberitahukan Karu gawat darurat diharapkan perawat yang bersangkutan sudah mencari pengganti,Apabila perawat yang bersangkutan tidak mendapatkan perawat pengganti,maka karu gawat darurat akan mencari tenaga perawat pengganti yaitu perawat yang hari itu libur
- Apabila ada tenaga perawat tiba-tiba tidak dapat jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan (tidak terencana) ,maka Karu gawat darurat akan mencari perawat pengganti yang hari itu libur

Standar Fasilitas

1. Denah Ruangan



5

6

7

KET:

- 1= Pintu masuk ruang tindakan
- 2a= Tempat tidur pasien Warna Kuning
- 2b= Tempat tidur warna merah
- 2c= Tempat tidur warna hijau
- 3= Tabung O2
- 4= Meja
- 5= Troly alat medis
- 6= Suction
- 7= Lemari Obat

II Standar Fasilitas

1. Fasilitas & Sarana Gawat Darurat

- Ruang pelayanan menyatu dengan system pelayanan lainnya,
- Mempunyai papan nama “Ruang Tindakan dan Gawat darurat” yang dapat terlihat jelas oleh pasien,
- Ruangan terdiri dari 3 tempat tidur dan 1 brankar
- Ada pemisah tempat pemeriksaan dan tindakan sesuai dengan kondisi penyakitnya
- Gawat Darurat di beri petunjuk yang jelas sehingga dapat dilihat dari jalan, di dalam maupun di luar
- Tersedia meja administrasi, komputer dan printer,
- Tersedia lemari obat
- Tersedia lemari arsip,

- Tersedia tempat sampah tertutup yang dilengkapi dengan injakan pembuka penutup : sampah medis, sampah non medis,sefti box spuit,dan sefti box ampul/flakon

BAB III

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Jenis Kasus Gawat Darurat

1. **Kategori merah** merupakan prioritas pertama (Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera). Contohnya seperti pasien dengan trauma kepala dengan ukuran pupil mata yang tidak sama, Penderita tidak sadar, Distress pernafasan ($RR > 30x/mnt$), Perdarahan internal vasa besar, Trauma berat, Akut MCI, Flail chest, Shock tipe apapun, Luka bakar dengan trauma inhalasi
2. **Kategori kuning** merupakan prioritas kedua (Pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera). Contohnya seperti pasien dengan Cedera tulang belakang, Patah tulang terbuka, Trauma capitis tertutup, Luka bakar $< 25 \%$, Apendisitis akut, Stroke.
3. **Kategori hijau** merupakan prioritas ketiga (Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan). Contohnya seperti pasien dengan Luka lecet, Luka memar, Fraktur Extremitas atas, Demam, Luka bakar superficial.
4. **Kategori hitam** merupakan Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

B. Jenis Kasus Tidak Gawat Darurat

1. Tindakan bedah ringan ,contoh eksisi clavus/ veruka
2. Sirkumsisi,
3. Pemasangan spalk ,
4. Insisi abses kecil dan sedang,
5. Perawatan luka
6. Perawatan luka robek
7. Tindik telinga
8. Buka jahitan kecil, sedang, besar
9. Nebulasi
10. Eksterpasi kuku
11. Penyuntikan ATS/ABU/VAR

12. Ekstraksi benda asing
13. Ekstraksi Cerumen Prop
14. Rujukan ke rumah sakit berdasarkan diagnosis dan kriteria yang telah ditetapkan dokter

C. Metode Kegiatan

Metode yang digunakan dalam pemeriksaan pasien dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panunjang, penegakkan diagnosis, dan membuat rencana layanan klinis.

D. Anamnesis oleh perawat

1. Anamnesis

Sebelum anamnesis dilakukan, sebaiknya dikonfirmasi dahulu identitas pasien. Anamnesis adalah wawancara terhadap pasien atau keluarganya tentang keluhan yang dirasakan (Subjektif). Anamnesis yang dilakukan oleh perawat adalah :

a. Keluhan utama

Adalah keluhan yang paling dirasakan atau yang paling berat, sehingga mendorong pasien datang berobat atau mencari pertolongan medis.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Merupakan informasi tentang riwayat penyakit dahulu yang harus digali secara lengkap dan runut, karena seringkali keluhan yang diderita sekarang merupakan kelanjutan atau komplikasi dari penyakit dahulu. Penggalan informasi termasuk riwayat pengobatan yang pernah diterimanya.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Merupakan penyakit yang berhubungan dengan faktor keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, asma, dan lain - lain. Petugas menanyakan riwayat penyakit orang tua, kakek, nenek dan lain - lain.

d. Riwayat Alergi

Riwayat apakah pasien pernah mengalami reaksi alergi setelah mengkonsumsi/memakai obat-obatan atau makanan tertentu.

e. Riwayat Kebiasaan/Sosial Budaya

Kebiasaan yang biasa dilakukan oleh pasien yang bisa mempengaruhi kondisi kesehatannya, seperti kebiasaan merokok, atau minum alkohol, sering melakukan ritual tertentu, dan lain lain.

2. Tanda tanda vital

Pemeriksaan tanda tanda vital meliputi pemeriksaan Tekanan Darah, Frekuensi Nadi, Frekuensi Nafas, Suhu, Berat Badan, Tinggi Badan, dan Lingkar Pinggang.

E. Kajian awal oleh dokter

1. Anamnesis Riwayat Penyakit Sekarang (Subjektif)

Adalah perjalanan penyakit dimulai saat pertama kali pasien merasakan munculnya keluhan atau gejala penyakitnya atau dengan kata lain mulai dari akhir masa sehat. Setelah itu ditanyakan bagaimana perkembangan penyakitnya apakah cenderung menetap, berfluktuasi atau bertambah lama bertambah berat sampai akhirnya datang mencari pertolongan medis.

2. Pemeriksaan fisik (Objektif)

Adalah pemeriksaan yang mencakup :

- a. Inspeksi : Keadaan umum pasien secara visual
- b. Palpasi : Pemeriksaan raba (perabaan benjolan)
- c. Perkusi : Pemeriksaan ketuk (batas jantung, paru hepar)
- d. Auskultasi : Periksa dengan menggunakan stetoskop

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, mulai dari kepala hingga kaki (head to toe) dan pemeriksaan fisik persistem tubuh)seperti system kardiovaskuler, pencernaan, musculoskeletal, pernafasan, endokrin, integument, neurologi, reproduksi, dan perkemihan.)

3. Pemeriksaan penunjang sederhana (Objektif)

Adalah pemeriksaan yang diperlukan untuk membantu menegaskan diagnosis penyakit, salah satunya yaitu Pemeriksaan Laboratorium.

4. Penegakan diagnosis (Assesment)

Adalah menetapkan jenis penyakit yang diderita oleh pasien berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh dokter atau oleh paramedik yang mendapat pendelegasian wewenang apabila dokter tidak ada

5. Rencana penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Bagian ini berisi rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien. Rencana penatalaksanaan dibuat oleh dokter atau oleh petugas yang sudah mendapat pendelegasian wewenang dari dokter. Rencana penatalaksanaan meliputi :

- a. Pengobatan/ terapi

Pengobatan diberikan sesuai dengan diagnosis. Pengobatan juga memberikan kesempatan kepada pasien untuk memilih menerima atau pun menolak akan tindak lanjut terapi yang akan diberikan kepada pasien.

b. Tindakan medis

Tindakan medis yang akan dilaksanakan meliputi perawatan luka, bedah minor, pemasangan infus, atau tindakan lain yang harus diberikan kepada pasien. Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kompetensi dokter yang melakukan tindakan dan disetujui oleh pasien atau keluarga pasien. Mekanisme informed consent dilaksanakan sebelum tindakan diambil.

c. Rujukan internal

Adalah rujukan yang ditujukan ke unit – unit pelayanan lain dalam lingkungan Puskesmas meliputi ; KIA- KB, Gigi, Kesling, Gizi, Laboratorium.

d. Rujukan Eksternal

Adalah rujukan ke fasilitas kesehatan di luar Puskesmas (Rumah Sakit)

Pengisian rekam medis

Harus diisi secara lengkap oleh petugas yang melaksanakan layanan klinis mulai dari anamnesis keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat alergi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang yang penting, diagnosis, terapi, konsultasi, tindakan medis, kunjungan ulang, serta rencana penatalaksanaan yang akan diberikan (S/subjektif, O/objektif, A/assessment, P/planning).

Setiap Rencana Pelayanan Klinis yang akan diberikan harus melibatkan pasien. Karena itu di rekam medis dibubuhkan nama, SIP, dan tanda tangan dokter pemberi pelayanan sebagai tanda bahwa rencana pelayanan tersebut sudah disetujui oleh pasien atau keluarga pasien.

F. Langkah Kegiatan

Tatalaksana kasus gawat darurat (Triase Ruang Tindakan)

1. PELAYANAN

Pelayanan Kegawatdaruratan yang dilaksanakan di Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi meliputi pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan.

Triase

2. Adalah proses khusus memilah Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan.

3. Prinsip Triase

adalah pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian Pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan:

- a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
- b) Dapat mati dalam hitungan jam
- c) Trauma ringan
- d) Sudah meninggal

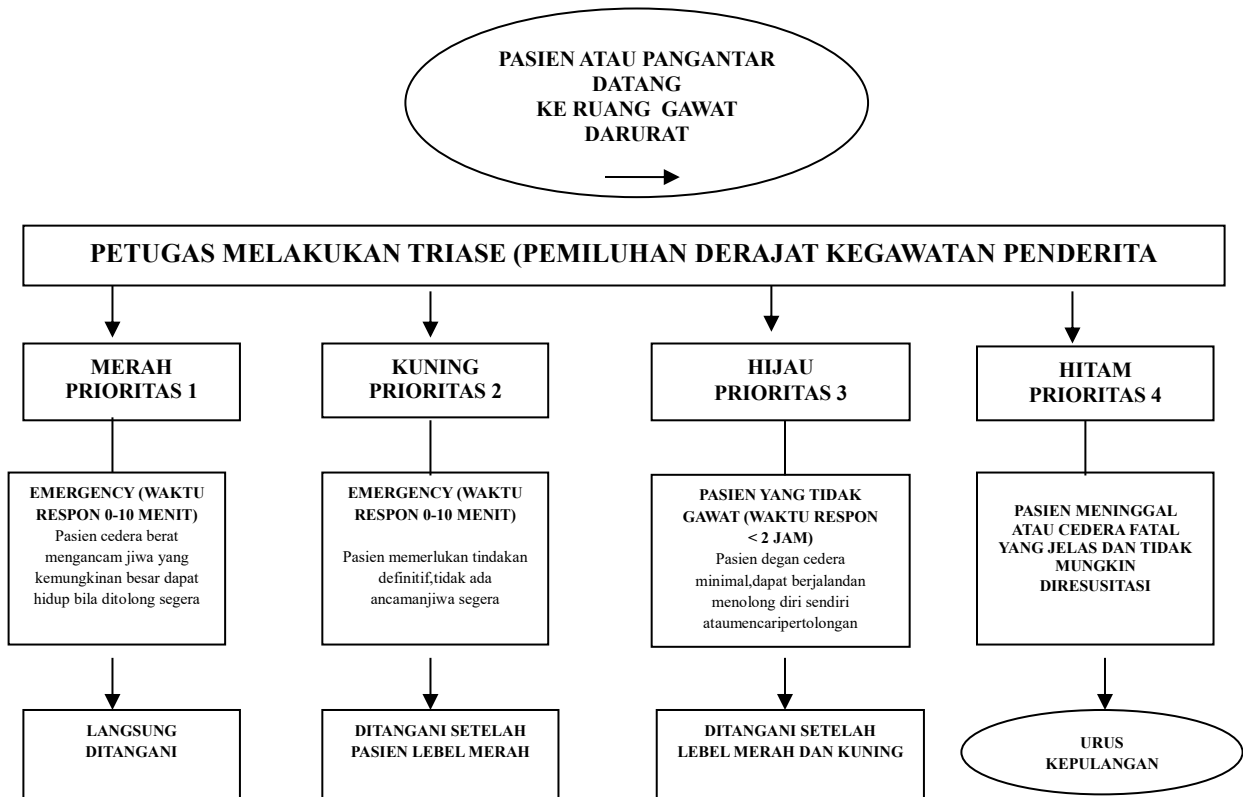
2. Prosedur triase:

- a. Pasien datang diterima tenaga kesehatan di ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan. Bila jumlah Pasien lebih dari kapasitas ruangan, maka triase dapat dilakukan di luar ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan.
- b. Penilaian dilakukan secara singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan kategori kegawatdaruratan Pasien oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - 1) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - 2) Menilai kebutuhan medis
 - 3) Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - 4) Menilai bantuan yang memungkinkan
 - 5) Memprioritaskan penanganan definitif
- c. Mengkategorikan status Pasien menurut kegawatdaruratannya, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment).

- 1) **Kategori merah** merupakan prioritas pertama (Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera). Contohnya seperti pasien dengan trauma kepala dengan ukuran pupil mata yang tidak sama, Penderita tidak sadar, Distress pernafasan ($RR > 30x/mnt$), Perdarahan internal vasa besar, Trauma berat, Akut MCI, Flail chest, Shock tipe apapun, Luka bakar dengan trauma inhalas
 - 2) **Kategori kuning** merupakan prioritas kedua (Pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera). Contohnya seperti pasien dengan Cedera tulang belakang, Patah tulang terbuka, Trauma capitis tertutup, Luka bakar $< 25 \%$, Apendisitis akut, Stroke.
 - 3) **Kategori hijau** merupakan prioritas ketiga (Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan). Contohnya seperti pasien dengan Luka lecet, Luka memar, Fraktur Extremitas atas, Demam, Luka bakar superficial.
 - 4) **Kategori hitam** merupakan Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Bagi Puskesmas atau Klinik yang melayani Pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang menyebabkan Pasien dalam jumlah banyak, penggunaan Tag Triase (pemberian label pada Pasien) perlu dilakukan.
4. Status Triase ini harus dinilai ulang terus menerus karena kondisi Pasien dapat berubah sewaktu-waktu. Apabila kondisi Pasien berubah maka dilakukan retriase.
5. Melakukan komunikasi dengan Rumah Sakit rujukan, bila diperlukan.
3. Survei Primer (Resusitasi dan Stabilisasi)
1. Tindakan resusitasi segera diberikan kepada Pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (airway), status pernafasan (breathing) dan sirkulasi ke jaringan (circulation) serta status mental Pasien yang diukur Alert Verbal Pain Unresponsive (AVPU).
 2. Batasan waktu (respon time) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya untuk Pasien yang membutuhkan pelayanan resusitasi adalah segera.
 3. Melakukan monitoring dan retriase terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi Pasien berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital, pemasangan kateter urine, dan penilaian ulang status mental Pasien.
4. Survei Sekunder

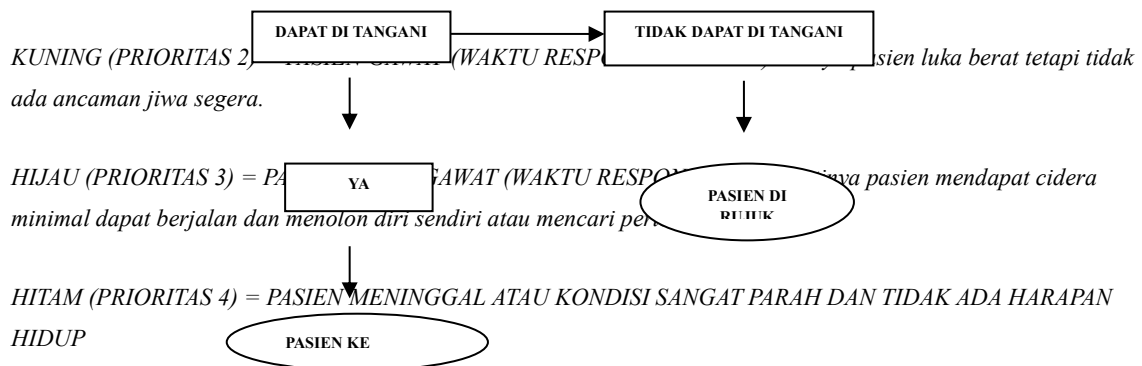
1. Survei sekunder tidak diwajibkan apabila kondisi pasien memerlukan tindakan definitif segera. Pada kondisi ini, pasien harus segera dilakukan rujukan sesuai prosedur tanpa melakukan survei sekunder.
 2. Melakukan anamnesa (alloanamnesa/autoanamnesa) untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami Pasien pada saat ini.
 3. Pemeriksaan fisik, neurologis dan status mental secara menyeluruh (head to toe) dengan menggunakan GCS (Glasgow Coma Scale).
 4. Bagi Puskesmas melakukan pemeriksaan penunjang sesuai dengan ketersediaan fasilitas yang dimiliki.
 - a) Pemeriksaan penunjang yang dilakukan seperti pemeriksaan laboratorium yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik.
 - b) Pemeriksaan penunjang dilakukan bila kondisi Pasien telah stabil, yaitu: tanda-tanda vital normal, tidak adalagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0,5-1 cc/kg/jam, dan atau tidak ada bukti kegagalan fungsi organ.
 5. Tindakan restraint sesuai indikasi dengan teknik terstandaryang aman, dengan tujuan untuk mengamankan Pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku Pasien yang tidak terkontrol.
 6. Apabila kondisi Pasien memerlukan tindakan definitif namun pada Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupunfasilitas yang memadai, maka harus dilakukan rujukansegera sesuai prosedur.
5. Tata Laksana Definitif
- a. Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien.
 - b. Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Yang berwenang melakukan tata laksana definitif adalah Dokter dan Dokter Gigi yang terlatih.
6. Rujukan
1. Rujukan dilaksanakan jika tindak lanjut penanganan terhadap Pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan di Puskesmas karena keterbatasan sumber daya.
 2. Sebelum Pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju mengenai kondisi Pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh Pasien.

- Proses pengiriman Pasien dilakukan bila kondisi Pasien stabil, menggunakan ambulans Gawat Darurat atau ambulans transportasi yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, didampingi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi dan membawa surat rujukan.



Ket:

- Pasien langsung datang keruang tindakan gawat darurat
- Petugas melakukan triase atau pemilihan derajat kegawatan penderita
- MERAH (PRIORITAS 1) = EMERGENCY (WAKTU RESPON 0-10 MENIT)** artinya pasien mengalami cedera mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera.



- 4) *Untuk prioritas 1 langsung ditangan Untuk prioritas 2 ditangani setelah pasien label merah Untuk prioritas 3 ditangani setelah pasien label merah dan kuning Untuk prioritas 4 urus kepulangan dengan keluarga*
- 5) *Apabila pasien dapat ditangani pasien akan mendapat resep obat jika tidak dapat ditangani pasien akan dirujuk*
- 6) *Pasien yang mendapatkan resep obat menuju apotek*

G.Tatalaksana kasus tidak Gawat darurat

1. Survei Sekunder

2. Melakukan anamnesa (alloanamnesa/autoanamnesa) untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami Pasien pada saat kejadian, mekanisme cedera, terpapar zat-zat berbahaya, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat obat yang dikonsumsi.
3. Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (head to toe), neurologis, dan status mental dengan menggunakan Glasgow Coma Scale(GCS).
4. Menginstruksikan agar dilakukan pemeriksaan penunjang saat Pasien sudah berada dalam kondisi stabil.
5. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik.
6. Tindakan restraint sesuai indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan Pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku Pasien yang tidak terkontrol.

2. Tata Laksana Definitif

1. Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien.
2. Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan atas hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, yang berwenang melakukan tatalaksana definitif adalah Dokter yang terlatih.

