



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



MODUL

PERTOLONGAN PERTAMA PENANGANAN PENYAKIT JANTUNG OLEH KADER DI DESA MENTANGOR



Oleh; Ns.Ardenny, S.Kep.,M.Kep

POLTEKES KEMENKES RIAU
JURUSAN KEPERAWATAN
PEKANBARU



KATA PENGANTAR

Atas berkat rahmat dan izin Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa, penyusunan buku “Modul Pertolongan Pertama Penanganan Penyakit Jantung Oleh Kader di Desa Mentangor ini akhirnya dapat diselesaikan. Tujuan utama modul ini adalah sebagai acuan praktik laboratorium dalam pencapaian kompetensi mata kuliah oleh mahasiswa dan dosen keperawatan.

Masukan, dukungan dan persamaan pemahaman tentang modul ini akan diterima dengan sebaiknya, dan nantinya tidak menutup kemungkinan untuk dipublikasi kembali dalam edisi revisi. Karena saya menyadari bahwa buku ini masih diperlukan untuk kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran membangun akan kami terima dengan senang hati.

Kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dan membantu sampai tersusunnya modul ini, kami sampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya. Semoga apa yang telah kita usahakan dapat berguna bagi kita semua.

Pekanbaru, Februari 2022

Ns. Ardenny, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 4004087801

DAFTAR ISI

Cover	Hal
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Gambar	iii
Ringkasan Eksekutif	iv
1. Praktikum 1	
Resusitasi Jantung Paru (RJP)	1
2. Praktikum 2	
Manajemen Jalan Nafas (Airway); Head Tilt Chin Lift	4
3. Praktikum 3	
Manajemen Jalan Nafas (Airway); Jaw Thrust	6
4. Praktikum 4	
Praktikum Pemasangan Oropharingeal (OPA)	7
5. Praktikum 5	
Heamlich Manuever, Abdominal Thrust	8
6. Praktikum 6	
Triage	11
7. Praktikum 7	
Pemasangan Servikal Collar	13
8. Praktikum 8	
Penilaian Kesadaran	15
9. Praktikum 9	
Menghentikan Perdarahan	17
Daftar Referensi	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Cek Kesadaran	1
Gambar 1.2	Aktifkan EMS	2
Gambar 1.3	Cek Nadi Karotis	2
Gambar 1.4	Lakukan RJP	2
Gambar 1.5	Pasang dan Lakukan AED	3
Gambar 1.6	Posisi Pemulih (Recovery)	3
Gambar 2.1	Hed Tilt Chin Lift	4
Gambar 3.1	Jaw Thrust	6
Gambar 4.1	Pemasangan OPA	7
Gambar 5.1	Healich Manuecer	8
Gambar 5.2	Abdominal Thrust	9
Gambar 5.3	Back Slap	9
Gambar 5.4	Back Blow	10
Gambar 6.1	Triage	11
Gambar 7.1	Servikal Collar	13
Gambar 7.2	Pemasangan Servikal Collar	14
Gambar 8.1	Penilaian Kesadaran	15

RINGKASAN EKSEKUTIF

Modul ini akan membahas tentang bagaimana memberikan bantuan hidup dasar pada pasien dengan henti jantung dewasa dan pada bayi atau anak-anak. Praktikum didesign dalam laboratorium dengan menggunakan pantom RJP. Anda akan diminta untuk mendemonstrasikan bantuan hidup dasar pada pasien dewasa. Kompetensi yang dicapai pada pertemuan ini diharapkan mahasiswa mampu mendemonstrasikan bantuan hidup dasar pada pasien dengan korban kecelakaan dan terdampak bencana

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat mahasiswa dan dosen mencoba mempraktikkan atau mendemonstrasikan tindakan bantuan hidup dasar. Modul ini berisi Petunjuk Praktik yang akan disajikan berdasarkan langkah-langkah dari setiap tindakan yang dilakukan sehingga akan memberikan pengalaman kepada Anda dalam melakukan tindakan bantuan hidup dasar. Adapun hal-hal yang harus dipersiapkan sebelum melakukan praktikum adalah:

1. Review materi dan pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
2. Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa telah memahami.
3. Baca petunjuk praktikum dengan teliti
4. Baca setiap langkah yang tercantum dalam instruksi kerja atau prosedur pelaksanaan.
5. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/keterampilan yang akan dipraktikkan.
6. Perhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
7. Praktikkan/demonstrasikan setiap tindakan sesuai dengan prosedur
8. Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.


Semoga modul ini dapat menjadi pedoman dalam pencapaian kompetensi KGD MB selama praktikum di laboratorium Institusi Pendidikan.

PRAKTIKUM 1

RESUSITASI JANTUNG PARU (RJP)

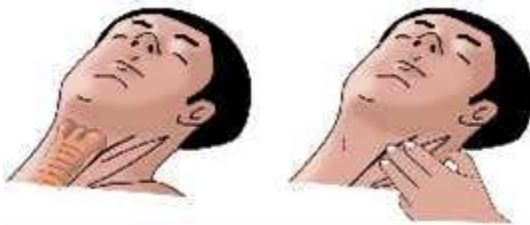
Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa telah memahami konsep Bantuan Hidup Dasar (BHD) yang sudah dipelajari secara teoritis. Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) pada pasien henti jantung. Setelah mempelajari kegiatan praktikum ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menyebutkan pengertian BHD
2. Menyebutkan Indikasi dan Kontraindikasi BHD
3. Menjelaskan prosedur BHD
4. Mendemonstrasikan BHD

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	PENEJELASAN MATERI
<p>Persiapan Alat: Set Pantom RJP, AED, Handschoen, Matras, Masker Barrier.</p> <p>Rekomendasi berdasarkan <i>American Heart Association (AHA)</i> 2015 untuk pemberian RJP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. C-A-B sebagai pengganti A-B-C untuk RJP dewasa, anak dan bayi. 2. Pengecualian hanya untuk RJP neonatus 3. Tidak ditekankan lagi looking, listening, feeling. Kunci untuk menolong korban henti jantung adalah aksi (action) tidak lagi penilaian (assesment)  <p>Gambar 1.1. Cek Kesadaran</p>	<p>Pengertian: Resusitasi Jantung Paru adalah suatu usaha untuk mengembalikan fungsi pernafasan dan atau fungsi jantung serta menangani akibat-akibat berhentinya fungsi-fungsi tersebut pada orang yang tidak diharapkan mati pada saat itu.</p> <p>Tata laksana RJP memerlukan pengaturan yang sistematis untuk menentukan keberhasilan resusitasi tersebut. Oleh karena itu diperlukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktifkan SPGDT 2. Terapkan DRCAB (Danger, Respons, Circulasi-Compresi-Airway-Breathing) 3. Lakukan RJP yang terfokus pada kompresi jantung 4. Defibrilasi segera 5. Tindakan advance life support yang efektif 6. Penanganan pasca cardiac arrest yang terintegrasi <p>Tindakan RJP ini hanya boleh dihentikan bila :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Korban sadar <p>Penolong kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bantuan Datang (Ambulance) 3. Korban meninggal (cek pupil) <p>Indikasi: Henti Napas dan Henti Jantung</p>



Gambar 1.2. Aktifkan EMS



Gambar 1.3. Cek Nadi Karotis



Gambar 1.4a. Lakukan RJP



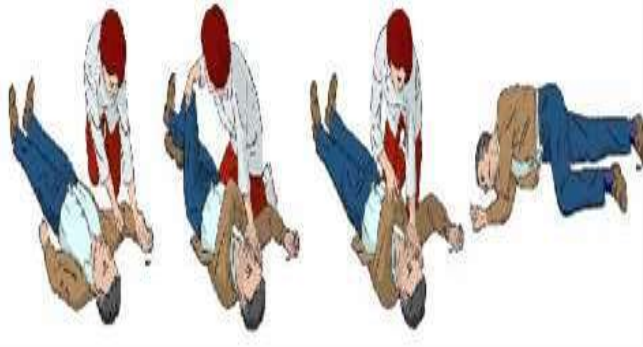
Gambar 1.4b. Penjelasan RJP

Kontra Indikasi:

1. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)
2. Adanya tanda kematian (Rigormortis, lebam, dekapitasi, dekomposisi, pucat).



Gambar 1.5. Pasang dan Lakukan AED



Gambar 1.6. Posisi Pemulihan (Recovery)

4. Tekan lebih dalam (Push Hard). Dulu antara 3-5 cm. Saat ini AHA
5. menganjurkan penekanan dada sampai 5-6 cm
6. Tekan lebih cepat (push fast). Untuk frekuensi penekanan, dulu AHA menggunakan kata-kata sekitar 100x/m. Saat ini AHA menganjurkan frekuensi 100-120x/m.
7. Full recoil beri kesempatan dada mengembang dengan sempurna.
8. Kenali tanda-tanda henti jantung akut
9. Jangan berhenti memompa/menekan dada semampunya (no interupstion), sampai AED dipasang dan menganalisis ritme jantung.
10. Untuk awam, AHA tetap menganjurkan: Hands only CPR untuk yang tak terlatih

PRAKTIKUM 2

MANAJEMEN JALAN NAFAS (*AIRWAY*): *HEAD TILT CHIN LIFT*

Kegiatan praktikum 2 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan manajemen jalan nafas dengan head tilt chin lift. Setelah mempelajari kegiatan praktikum ini, diharapkan anda dapat:

1. Menyebutkan cara pembebasan jalan nafas dengan head tilt chin lift
2. Mendemonstrasikan cara pembebasan jalan nafas dengan head tilt chin lift

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<p>Persiapan Alat: Pantom/Probandus, Handshoen Matras</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meletakkan 1 telapak tangan pada dahi pasien, Pelan-pelan tengadahkan kepala pasien dengan mendorong dahi ke arah belakang sehingga kepala menjadi sedikit tengadah (slight Extention). 2. Menggunakan jari tengah dan jari telunjuk untuk memegang tulang dagu pasien, 3. Kemudian angkat dan dorong tulangnya ke depan. Jika korban anak-anak, gunakan hanya jari telunjuk dan diletakkan di bawah dagu, jangan terlalu menengadahkan kepala. 4. Chin lift dilakukan dengan maksud mengangkat otot pangkal lidah ke depan. Tindakan ini sering dilakukan bersamaan dengan tindakan head tilt.  <p style="text-align: center;">Gambar 2.1. Head Tilt Chin Lift</p>	<p>Pengertian: Manajemen jalan nafas selalu menjadi prioritas pertama ketika merawat pasien. Manajemen jalan nafas dapat sederhana memposisikan pasien untuk mengoptimalkan pertukaran udara atau memerlukan intervensi yang lebih kompleks seperti krikotiroidotomi.</p> <p>Membuka jalan napas dengan benar adalah langkah kritis dan berpotensi menyelamatkan nyawa. Penyebab umum penyumbatan jalan nafas pada korban yang tidak sadar adalah oklusi orofaring oleh lidah dan kelemahan epiglottis. Dengan hilangnya tonus otot, lidah atau epiglottis dapat dipaksakan kembali ke orofaring pada inspirasi. Hal ini dapat menciptakan efek katup satu arah di pintu masuk trakea, yang menyebabkan tersumbatnya obstruksi jalan napas sebagai stridor.</p> <p>Setelah memposisikan korban, mulut dan orofaring harus diperiksa untuk sekresi atau benda asing. Jika ada sekresi, dapat dikeluarkan dengan penggunaan isap orofaringeal. Benda asing dapat dikeluarkan dengan menggunakan finger sweep dan kemudian dikeluarkan secara manual.</p> <p>Setelah orofaring dibersihkan, dua manuver dasar untuk membuka jalan napas dapat dicoba untuk meringankan obstruksi jalan napas bagian atas, yang terdiri dari head tilt-chin lift dan jaw thrust. Manuver ini membantu membuka jalan napas dengan cara menggeser mandibula dan lidah secara mekanis</p> <p>Tehnik Head Tilt dan Chin Lift ini bertujuan membuka jalan napas secara maksimal. Head tilt-chin lift biasanya merupakan manuver</p>

	<p>pertama yang dicoba jika tidak ada kekhawatiran akan cedera pada tulang belakang servikal.</p> <p>Head tilt dilakukan dengan ekstensi leher secara lembut, yaitu menempatkan satu tangan di bawah leher korban dan yang lainnya di dahi lalu membuat kepala dalam posisi ekstensi terhadap leher. Ini harus menempatkan kepala korban di posisi "sniffing position" dengan hidung mengarah ke atas. Hal ini dilakukan dengan hati-hati meletakkan tangan, yang telah menopang leher untuk head tilt, di bawah simfisis mandibula agar tidak menekan jaringan lunak segitiga submental dan pangkal lidah. Mandibula kemudian diangkat ke depan sampai gigi hampir tidak menyentuh. Ini mendukung rahang dan membantu memiringkan kepala ke belakang.</p>
--	--

PRAKTIKUM 3

MANAJEMEN JALAN NAFAS (*AIRWAY*): *JAW THRUST*

Kegiatan praktikum 3 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan manajemen jalan nafas dengan jaw thrust. Setelah mempelajari kegiatan praktikum ini, diharapkan anda dapat:

1. Menyebutkan cara pembebasan jalan nafas dengan jaw thrust
2. Mendemonstrasikan cara pembebasan jalan nafas dengan jaw thrust

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Berlututlah disisi atas kepala korban, letakkan kedua siku penolong sejajar dengan posisi korban 2. Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri pipi (rahang) korban. Jika korban anak atau bayi, gunakan dua atau tiga jari pada sisi rahang bawah. 3. Mendorong sudut rahang kiri dan kanan ke arah atas sehingga barisan gigi bawah berada di depan barisan gigi atas. Pegang pada angulus mandibula, dorong mandibula ke depan (ventral). 4. Tetap pertahankan mulut korban sedikit terbuka, bisa dibantu dengan ibu jari. 5. Jangan memberikan bantal pada pasien karena kan menyebabkan kepala fleksi. 	<p>Tujuan dari pengelolaan jalan nafas adalah menjamin pertukaran udara dapat terjadi secara normal baik dnegan manual maupun dnegan menggunakan alat. Pada seluruh pasien tidak sadarkan diri dan pasien dnegan sumbatan jalan nafas, manajemen jalan nafas harus dilakukan. Jika dengan <i>head tilt</i> dan <i>chin lift</i> pasien masih ngorok (jalan napas belum terbuka sempurna) maka teknik jaw thrust ini harus dilakukan. Begitu juga pada dugaan patah tulang leher, yang dilakukan adalah <i>jaw thrust</i> (tanpa menggerakkan leher). Walaupun tehnik ini menguras tenaga, namun merupakan yang paling sesuai untuk pasien trauma dengan dugaan patah tulang leher.</p>
 <p data-bbox="251 1703 755 1732">Gambar 3.1 Jaw Thrust Tampak Belakang</p>	 <p data-bbox="868 1703 1372 1732">Gambar 3.2 Jaw Thrust Tampak Samping</p>



PRAKTIKUM 4

PRAKTIKUM PEMASANGAN *OROPHARINGEAL (OPA)*

Kegiatan praktikum 4 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan manajemen jalan nafas dengan menggunakan alat bantu definitif yaitu pipa orotrakeal dan pipa nasotrakeal.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menyebutkan cara pembebasan jalan nafas definitif dengan pipa orotrakeal (OPA)
2. Mendemonstrasikan cara pembebasan jalan nafas dengan dengan pipa orotrakeal (OPA)

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum pemasangan OPA, bersihkan mulut dan faring dari sekresi, darah, atau muntahan dengan menggunakan ujung penyedot faring yang kaku (Yaunker) bila memungkinkan. 2. Pilihlah ukuran OPA yang tepat agar OPA yang terpasang tepat sejajar dengan pangkal glotis (gambar 1). 3. Masukkan OPA sedemikian sehingga ia berputar ke arah belakang ketika memasuki mulut gambar (2) 4. Ketika OPA sudah masuk rongga mulut dan mendekati dinding posterior farings, putarlah OPA sejauh 180 derajat ke arah posisi yang tepat (gambar 3) 5. Pastikan OPA terpasang dengan posisi tepat (gambar 4) 6. Setelah pemasangan OPA, lakukan pemantauan pada pasien. Jagalah kepala dan dagu tetap berada pada posisi yang tepat, dan lakukan penyedotan berkala di dalam mulut dan faring bila ada sekret, darah atau muntahan (gambar 5) 	<p>Manajemen jalan nafas merupakan hal yang terpenting dalam resusitasi dan membutuhkan keterampilan khusus dalam penatalaksanaan keadaan gawat darurat. Pada pasien yang tidak sadarkan diri, penyebab tersering sumbatan jalan napas adalah akibat hilangnya tonus otot tenggorokan. Dalam kasus ini lidah jatuh kebelakang dan menyumbat jalan nafas dan bagian faring.</p> <p>Setelah dilakukan pembukaan jalan nafas dengan menggunakan manuver head tilt-chin lift ataupun jaw thrust, langkah berikutnya dapat mempertahankan jalan nafas tetap terbuka dengan menggunakan bantuan alat yaitu pipa oroparingeal (OPA). Sebelum pemasangan kedua alat tersebut, pastikan kondisi pasien tidak sadar dengan disertai menurun atau hilangnya reflek batuk atau muntah.</p>
	

Gambar 4.1a. Pemasangan OPA; cara 1-2

Gambar 4.1b. Pemasangan OPA; cara 345

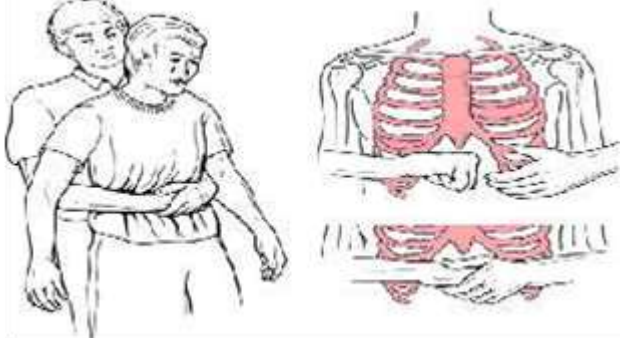
PRAKTIKUM 5

PRAKTIKUM *HEAMLICH MANUVER*

Kegiatan praktikum 5 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan manajemen jalan nafas pada pasien akibat sumbatan benda asing padat (tersedak).

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 4 (unit 4) ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menyebutkan cara pembebasan jalan nafas dengan Heamlich manuver
2. Mendemonstrasikan cara pembebasan jalan nafas dengan Heamlich manuver

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendorong berdiri di belakang korban, posisikan tangan penolong memeluk di atas perut korban melalui ketiak korban 2. Sisi genggam tangan penolong diletakkan di atas perut korban tepat pada pertengahan antara pusar dan batas pertemuan iga kiri dan kanan 3. Letakkan tangan lain penolong di atas genggam pertama lalu hentakan tangan penolong ke arah belakang dan atas, kemudian lakukan hentakan sambil meminta pasien membantu meuntahkannya 4. Lakukan berulang kali sampai berhasil namun tetap harus berhati-hati. 	<p>Pengertian: Heamlich manuver atau yang dikenal juga dengan abdominal thrust yaitu hentakan perut pada korban dewasa dan anak. Abdominal thrust atau manuver ini dapat dilakukan dengan kondisi berdiri ataupun berbaring terlentang.</p>
	
<p>Gambar 5.1. Heamlich Manuever</p>	

Prosedur abdominal thrust pada posisi tidur terlentang pada korban yang tidak sadar yaitu dilakukan dengan cara:

1. Korban diletakkan pada posisi berbaring terlentang dengan muka ke atas.
2. Penolong berlutut seperti naik kuda di atas tubuh korban atau disamping sebatas pinggul korban.
3. Lakukan hentakan 5 kali dengan menggunakan kedua lengan penolong bertumpu tepat di atas titik hentakan (daerah epigastrium), lakukan berulang hingga benda asing keluar.



Gambar 5.2 Abdominal Thrust

Kontraindikasi abdominal thrust dan Heimlich manuver adalah kehamilan tua, bayi dan orang dewasa gemuk atau obesitas. Kepada mereka diberikan manuver chest thrust atau back blow atau back slap dengan menepuk punggung pada pertengahan daerah antara kedua scapula.



Gambar 5.3. Back Slap



Gambar 5.4. Back Blow

PRAKTIKUM 6

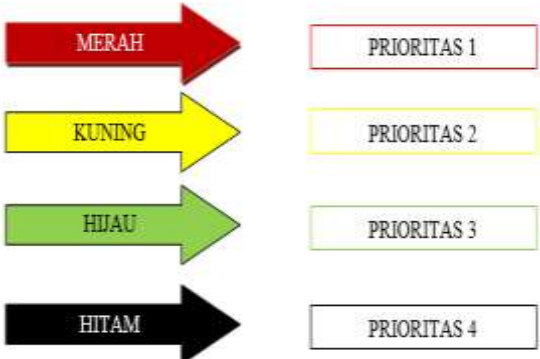
TRIAGE

Kegiatan praktikum 6 modul ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan Triage pada pasien gawta darurat.

Setelah mempelajari kegiatan praktik ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menyebutkan konsep triase
2. Mendemonstrasikan triase

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Primary Survey : Mengkaji ABCDE 2. Secondary Survey History AMPLE: Riwayat alergi, riwayat medikasi, riwayat penyakit sebelumnya, last meal eaten, Kronologi Kejadian: Menanyakan keluhan utama, lokasi keluhan (nyeri), pola, onset, frekuensi, karakteristik, usaha pengobatan. 3. Melakukan observaspenampilan umum pasien./ keadaan umum 4. TTV: Temperatur, Nadi, pernapasan, tekanan darah, 5. Menentukan pemeriksaan lanjutan: EKG/Gula darah/Urin 6. lengkap/Pemeriksaan darah/Rontgen 7. Penentuan prioritas: Merah/Kuning/Hijau/Hitam 8. Menentukan transportasi yang akan digunakan: Kursi roda/bed 	<p>Pengertian:</p> <p>Triage yaitu proses memilah pasien berdasar beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Tujuan dari triase dimanapun dilakukan, bukan saja supaya bertindak dengan cepat dan waktu yang tepat tetapi juga melakukan yang terbaik untuk pasien. Dalam prinsip triase diberlakukan sistem prioritas. Prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien</p> <p>a. Prioritas I (prioritas tertinggi) warna merah untuk berat.</p> <p>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</p>

 <p style="text-align: center;">Gambar 6.1. Triage</p>	<p>terpotong pada tangan dan kaki, combutio (luka bakar) tingkat III > 25%.</p> <p>b. Prioritas II (medium) warna 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.</p> <p>c. Prioritas III (rendah) warna hijau. Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Contoh luka superficial, luka-luka ringan.</p> <p>d. Prioritas 0 warna Hitam. Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala berat. (Mosby, 2008).</p>
--	---

PRAKTIKUM 7

PEMASANGAN *SERVIKAL COLLAR*

Kegiatan praktikum 7 modul ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan pemasangan servical collar pada pasien trauma.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menyebutkan indikasi dan kontraindikasi servical collar pada pasien trauma
2. Menyebutkan cara servical collar pada pasien trauma
3. Mendemonstrasikan cara servical collar pada pasien trauma

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<p>Persiapan Pemasangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Alat collar neck b. Handscone c. Petugas 2 orang <p>Prosedur Pemasangan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan b. Posisi pasien terlentang dengan posisi leher segaris / anatomi c. Pegang kepala dengan cara satu tangan memegang bagian kanan kepala mulai dari mandibula ke arah temporal, demikian juga bagian sebelah kiri dengan tangan yang lain dan cara yang sama d. Petugas lainnya memasukkan neck collar secara perlahan ke bagian belakang leher dengan sedikit melewati leher e. Letakkan bagian Neck collar yang berlekuk tepat pada dagu 	<p>Pengertian:</p> <p>Pemasangan neck collar adalah memasang alat neck collar untuk immobilisasi leher (mempertahankan tulang servikal). Salah satu jenis collar yang banyak digunakan adalah SOMI Brace (Sternal Occipital Mandibular Immobilizer). Namun ada juga yang menggunakan Xcollar Extrication Collar yang dirancang untuk mobilisasi (pindahan pasien dari tempat kejadian kecelakaan ke ruang medis). Namun pada prinsipnya cara kerja dan prosedur pemasangannya hampir sama</p> <p>2. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah pergerakan tulang servikal yang patah (proses imobilisasi serta mengurangi kompresi pada radikl saraf) b. Mencegah bertambahnya kerusakan tulang servikal dan spinal cord c. Mengurangi rasa sakit

- f. Rekatkan 2 sisi neck collar satu sama lain
- g. Catat seluruh tindakan yang dilakukan dan respons pasien
- h. Pemasangan jangan terlalu kuat atau terlalu longgar



Gambar 7.1 Servical Collar



Gambar 7.2. Pemasangan Servical Collar

- d. Mengurangi pergerakan leher selama proses pemulihan

3. Indikasi

- a. Pasien yang mengalami trauma leher, fraktur tulang servikal.
- b. Adanya jejas daerah klavikula ke arah cranial
- c. Biomekanika trauma yang mendukung
- d. Patah tulang leher


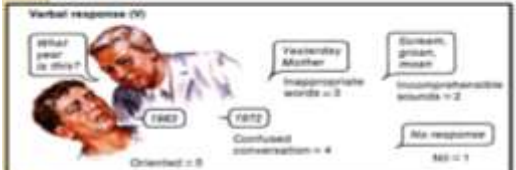
PRAKTIKUM 8

PENILAIAN KESADARAN

Kegiatan praktik 8 modul ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana melakukan penilaian tingkat kesadaran kuantitatif pada pasien dengan penurunan kesadaran.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menyebutkan pengertian tingkat kesadaran
2. Mendemonstrasikan cara penilaian tingkat kesadaran kuantitatif

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<p>Pemeriksaan GCS</p> <p>Respon Membuka Mata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spontan : 4 • Terhadap suara : 3 • Terhadap nyeri : 2 • Tidak ada respon : 1  <p>Motor response (M)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obeys = 6 • Localizes = 5 • Withdraws = 4 • Abnormal flexor response = 3 • Extensor response = 2 • Nil (no response) = 1 <p>Respon Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientasi baik : 5 • Bicara kacau : 4 • Kata-kata tidak teratur : 3 • Mengerang : 2 • Tidak ada respon : 1 	<p>Penilaian derajat kesadaran secara kuantitatif yang sampai saat ini masih digunakan adalah Glasgow Coma Scale (GCS). GCS adalah suatu skala neurologik yang dipakai untuk menilai secara obyektif derajat kesadaran seseorang. GCS pertama kali diperkenalkan pada tahun 1974 oleh Graham Teasdale dan Bryan J. Jennett, professor bedah saraf pada Institute of Neurological Sciences, Universitas Glasgow. GCS kini sangat luas digunakan oleh dokter umum maupun para medis karena patokan/kriteria yang lebih jelas dan sistematis. GCS terdiri dari 3 pemeriksaan, yaitu penilaian: respons membuka mata (eye opening), respons motorik terbaik (best motor response), dan respons verbal terbaik (best verbal response). Masing-masing komponen GCS serta penjumlahan skor GCS sangatlah penting, oleh karena itu, skor GCS harus dituliskan dengan tepat, sebagai contoh: GCS 10, tidak mempunyai makna apa-apa, sehingga harus dituliskan seperti: GCS 10 (E2M4V3). Skor tertinggi menunjukkan pasien sadar (compos mentis), yakni GCS 15 (E4M6V5), dan skor terendah menunjukkan koma (GCS 3 = E1M1V1).</p> <p>a. Menilai respon membuka mata (E)</p> <p>(4) : spontan,</p> <p>(3): dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata).</p> <p>(2): dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari)</p> <p>(1) : tidak ada respon</p>

<p>Gambar 8.1. Penilaian Kesadaran</p>	<p>b. Menilai respon Verbal/respon Bicara (V) (5) : orientasi baik (4) : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu. (3) : kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat. Misalnya “aduh..., bapak...”) (2) : suara tanpa arti (mengerang) (1) : tidak ada respon</p> <p>c. Menilai respon motorik (M) (6): mengikuti perintah (5): melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri) (4) : withdraws (menghindar / menarik extremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri) (3): flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri). (2) : extensi abnormal (tangan satu atau keduanya extensi di sisi tubuh, dengan jari mengempal & kaki extensi saat diberi rangsang nyeri). (1) : tidak ada respon</p>
---	--

PRAKTIKUM 9

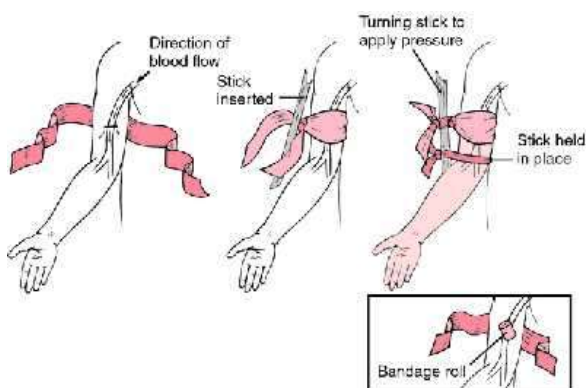
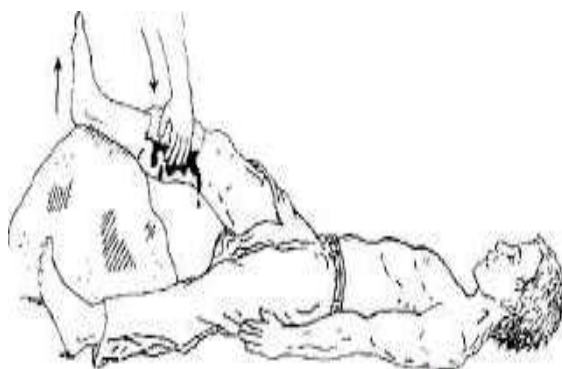
PENILAIAN KESADARAN

Kegiatan praktikum 9 modul ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana menghentikan perdarahan akut pada pasien trauma.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit 1) ini, diharapkan Anda dapat:

1. Menyebutkan cara-cara melakukan penghentian perdarahan akut pada pasien trauma
2. Mendemonstrasikan cara-cara melakukan penghentian perdarahan akut pada pasien trauma.

STANDAR PELAKSANAAN OPERASIONAL	PENJELASAN MATERI
<p>Prosedur kerja untuk melakukan penekanan langsung pada luka yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenali jenis luka 2. Elevasikan ekstremitas yang mengalami luka (jika memungkinkan) 3. Identifikasi sumber perdarahan (arteri, vena, atau kapiler) 4. Berikan penekanan langsung pada luka dengan menggunakan kasa steril dengan ketebalan cukup (5-10 lapis) tergantung keparahan luka. 5. Lakukan penekanan selama 5-10 menit. 6. Apabila penekanan tidak berhenti berikan balutan tekan menggunakan kasa yang tebal dan dibalut dengan verban elastis dengan tekanan yang cukup. 	<p>Tindakan menghentikan perdarahan pada keadaan gawat darurat merupakan langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam mengontrol perdarahan pada pasien yang mengalami cedera atau luka yang diakibatkan oleh penyakit tertentu. Kontrol perdarahan dapat dilakukan dengan beberapa tehnik, diantaranya: penekanan langsung pada pembuluh darah, balut tekan, dan penggunaan tourniquet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penekanan langsung (direct pressure) Cara yang paling efektif untuk mengontrol perdarahan luar adalah dengan melakukan penekanan langsung pada luka. Cara ini tidak hanya menghentikan perdarahan tapi juga menutup luka tanpa merusak pembuluh darah. 2. Penekanan tidak langsung (indirect/point pressure) Penekanan tidak langsung merupakan penghentian perdarahan dengan melakukan penekanan pada pembuluh darah yang memberikan aliran pada luka. Penekanan dilakukan dengan jari, jempol, atau pangkal permukaan tangan. 3. Elevasi Mempertahankan luka lebih tinggi dari jantung akan menurunkan tekanan darah pada luka, yang diharapkan akan
	



mengurangi perdarahan. Tekik ini memungkinkan dilakukan apabila perdarahan terjadi pada tungkai atas, tungkai bawah, dan kepala.

4. Ligasi

Merupakan tindakan pengikatan pembuluh darah dengan menggunakan material penjahitan.

5. Tourniquet

Merupakan metode penghentian perdarahan dengan melakukan pengikatan proksimal dari sumber perdarahan. Penggunaan tourniquet dapat menghentikan seluruh aliran darah ke arah distal. Penggunaan tourniquet terlalu lama dapat menyebabkan kerusakan jaringan pada bagian distal tourniquet.

Caranya : Lilitkan torniket di tempat yang dikehendaki. Lebih baik lagi apabila sebelumnya dialasi dengan kain atau kain kasa, untuk mencegah lecet di kulit yang terkena torniket. Untuk torniket kain masih perlu dikencangkan dengan sepotong kayu. Caranya eratkan torniket dengan sebuah simpul hidup, kemudian selipkan sebatang kayu diatas simpul tersebut. Selanjutnya diikat lagi dengan simpul mati. Kemudian putar kayu itu seperti memutar keran air untuk mengencangkan torniket. Tetapi jangan diputar terlalu keras karena dapat melukai jaringan-jaringan di bawahnya. Tanda torniket sudah kencang ialah menghilangnya denyut nadi di tempat yang rendah dari torniket dan warna kulit di daerah itu menjadi pucat kekuningan.

Bagian yang ditorniket tidak boleh ditutupi atau diselimuti benda apapun. Biarkan saja dalam keadaan terbuka. Juga tidak boleh dipanaskan dengan cara apapun. Hal ini untuk tidak mempercepat

	<p>kematian jaringan yang dialiri oleh darah. Setiap 10 menit torniket boleh dikendorkan (dengan memutar kayunya) selama 30 detik tepat. Selama torniket kendor, luka ditekan dengan kasa steril. Biasanya dilakukan pada, Perdarahan hebat dan Tangan/ kaki putus</p> <p>6. Cara lain menghentikan perdarahan yaitu imobilisasi dengan atau tanpa pembidaian. Pressure Bandage (Penakanan dengan menggunakan Bebatan), fungsinya akan memudahkan apabila kita melakukan sendiri pertolongan perdarahan dengan lebih dari satu sumber perdarahan. Tekniknya adalah menekan langsung sumber perdarahan dengan menggunakan kain/ balutan steril dan di bebat (dapat menggunakan tencocreepe atau elastic bandage). Selain itu juga dilakukan dengan torniket dan kompres dingin</p>
--	--

DAFTAR PUSTAKA

- Ardenny (2021), Modul Bahan Ajar Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2018). Advanced Trauma Life Support (ATLS) Tenth Edition. Student Course Manual: USA
- BTCLS (2019). Modul Pelatihan Basic Trauma and Life Support, MST. 119 Jakarta
- ENIL (2016). Modul Emergency Nursing Intermediate Life Support, HIPGABI, Jakarta
- Kurniati A, Trisyani Y, Ikaristi SMT. (2018). Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy. Elsevier: Jakarta.
- Sheehy's. (2010). Emergency Nursing Principles and Practice; sixth Edition. Mosby Elsevier