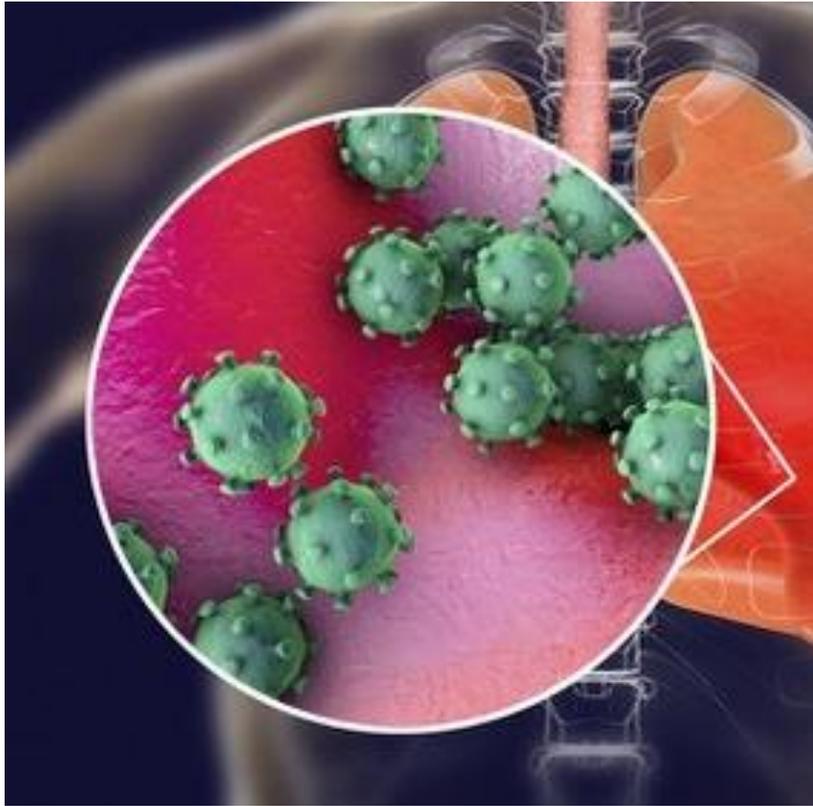




# **ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN COVID 19 DI LAYANAN KESEHATAN**

---

Ns. Handono Fatkhur Rahman, M.Kep., Sp.Kep.M.B.



# CORONA VIRUS

---

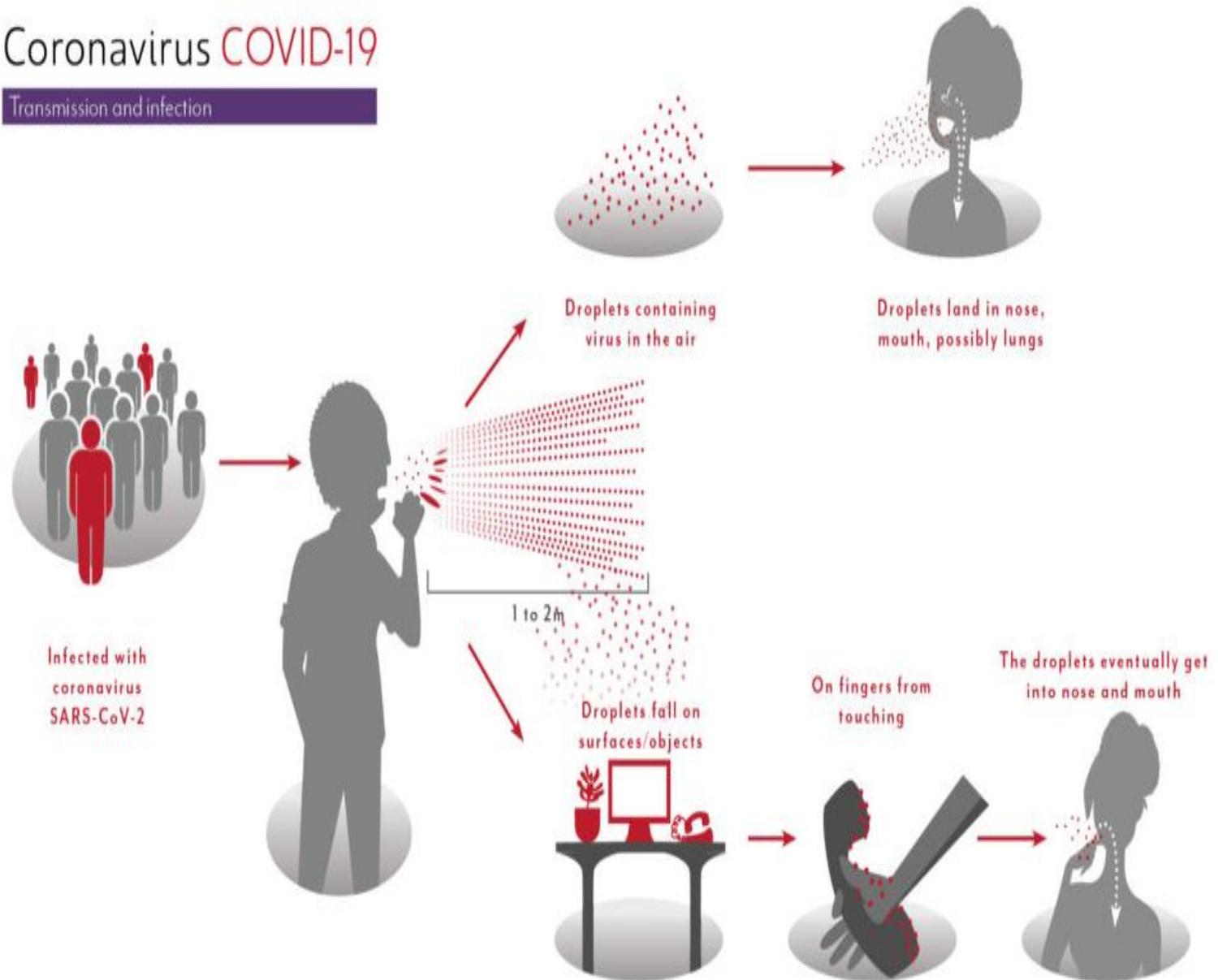
- Virus RNA berukuran 120-160 nm.
- Menyebabkan penyakit saluran pernapasan → Flu → Kegawatan pernafasan → Kematian.
- Pertama kali muncul di Wuhan pada 12 Desember 2019.

# Penularan COVID 19

Dari Manusia ke Manusia →  
Melalui Droplet yang keluar saat  
bersin atau batuk → Penularan  
lebih agresif

## Coronavirus COVID-19

Transmission and infection



# Lama Virus Corona di Benda Mati

---

- Aluminium : Sampai 8 Jam
- Handscoon : Sampai 8 Jam
- Besi : 4 Sampai 8 Jam
- Kayu : Sampai 4 Hari
- Kaca : Sampai 4 Hari
- Kertas : Sampai 4 Hari
- Plastik : Sampai 5 Hari



# Tanda dan Gejala

- Demam
- Batuk, pilek
- Letih, lesu
- Sakit tenggorokan
- Gangguan sesak nafas



# KASUS KONFIRMASI

Klien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan tes positif melalui pemeriksaan PCR.

# PASIEEN DALAM PENGAWASAN (PDP)

- ✓ Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam; disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/sesak nafas/sakit tenggorokan/pilek/pneumonia ringan hingga berat **DAN** tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal.
- ✓ Orang dengan demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam atau ISPA **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.
- ✓ Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit **DAN** tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.

# ORANG DALAM PEMANTAUAN (ODP)

- Orang yang mengalami demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk **DAN** tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki Riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal\*.
- Orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk **DAN** pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.

# ORANG TANPA GEJALA (OTG)

- Seseorang yang tidak bergejala dan memiliki risiko tertular dari orang konfirmasi COVID-19. Orang tanpa gejala (OTG) merupakan kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19.
- **Kontak Erat** adalah seseorang yang melakukan kontak fisik atau berada dalam ruangan atau berkunjung (dalam radius 1 meter dengan kasus pasien dalam pengawasan atau konfirmasi) dalam 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala.

Tabel 2.1 Kegiatan Karantina Sesuai Kondisi dan Status Pasien

Bentuk Karantina	Karantina Rumah (Isolasi Diri)	Karantina Fasilitas Khusus/ RS Darurat COVID-19	Karantina Rumah Sakit
Status	OTG, ODP, PDP Gejala Ringan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ODP usia diatas 60 tahun dengan penyakit penyerta yang terkontrol,</li> <li>• PDP Gejala Sedang</li> <li>• PDP ringan tanpa fasilitas karantina rumah yang tidak memadai</li> </ul>	PDP Gejala Berat
Tempat*	Rumah sendiri/fasilitas sendiri	Tempat yang disediakan Pemerintah (Rumah sakit darurat COVID-19)	Rumah Sakit
Pengawasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter, perawat dan/atau tenaga kesehatan lain</li> <li>• Dapat dibantu oleh Bhabinkamtibnas, Babinsa dan/atau Relawan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter, perawat dan/atau tenaga kesehatan lain</li> </ul>	Dokter, perawat dan/atau tenaga kesehatan lain
Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandiri</li> <li>• Pihak lain yang bisa membantu (filantropi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemerintah: BNPB, Gubernur, Bupati, Walikota, Camat dan Kades</li> <li>• Sumber lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemerintah: BNPB, Gubernur, Bupati, Walikota, Camat dan Kades</li> <li>• Sumber lain</li> </ul>
Monitoring dan Evaluasi	Dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat	Dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat	Dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat

Ket: \*tempat perawatan kasus mempertimbangkan kondisi klinis, risiko penularan, dan kapasitas.

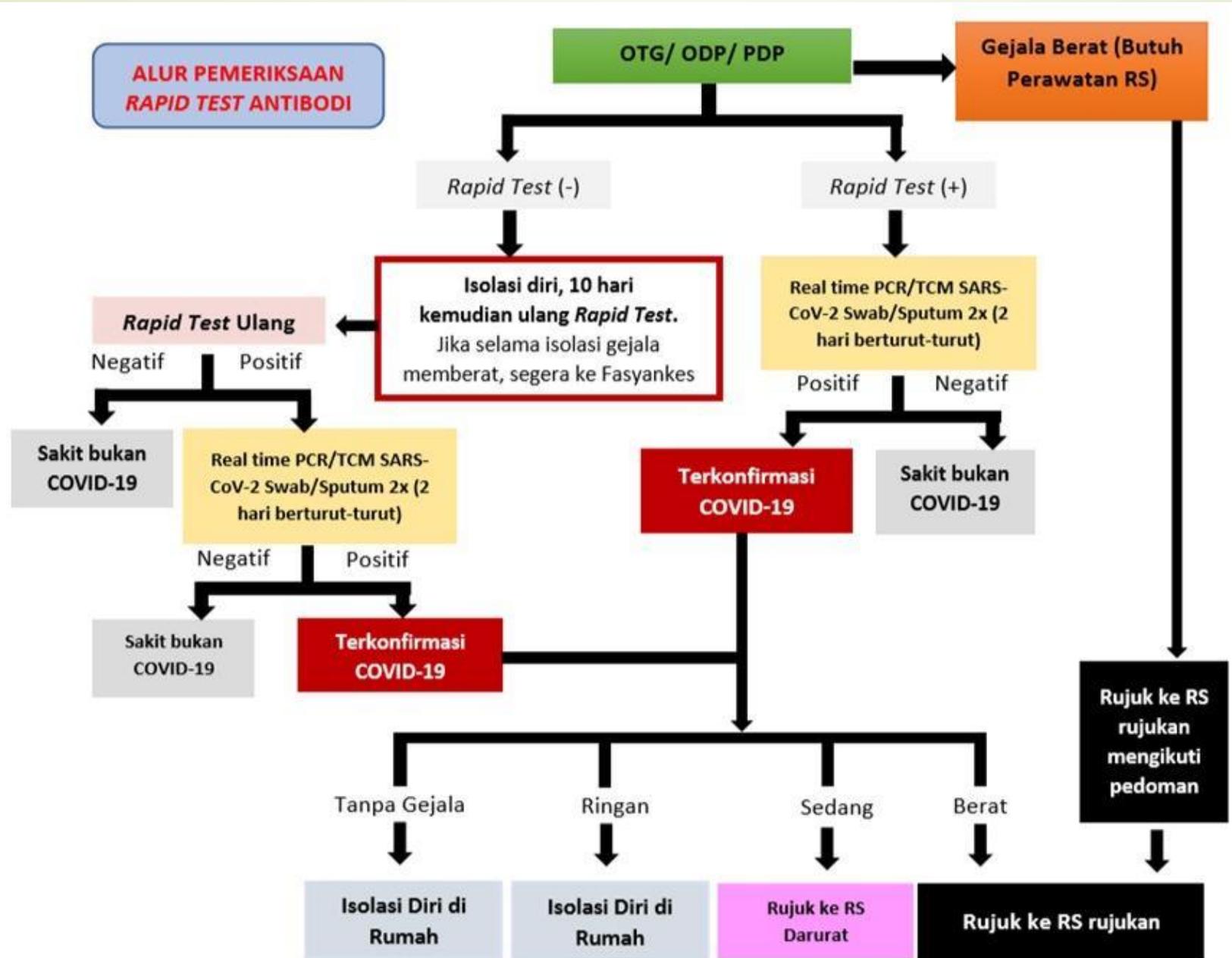
## KLASIFIKASI GEJALA INFEKSI COVID-19

Gejala Ringan	Gejala Sedang	Gejala Berat
<p>Demam &gt;38°C Batuk Nyeri Tenggorokan Hidung Tersumbat Malaise (tanpa pneumonia, tanpa komorbid)</p>	<p>Demam &gt;38°C Sesak napas, batuk menetap dan sakit tenggorokan. Pada anak: batuk dan takipneu Anak dengan pneumonia ringan mengalami batuk atau kesulitan bernapas + napas cepat: frekuensi napas: &lt;2 bulan, ≥60x/menit; 2–11 bulan, ≥50x/menit; 1–5 tahun, ≥40x/menit dan tidak ada tanda pneumonia berat.</p>	<p>- Demam &gt;38°C yang menetap - ISPA berat/ pneumonia berat <b>Pasien remaja atau dewasa</b> dengan demam atau dalam pengawasan infeksi saluran napas, ditambah satu dari: frekuensi napas &gt;30 x/menit, distress pernapasan berat, atau saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) &lt;90% pada udara kamar. <b>Pasien anak</b> dengan batuk atau kesulitan bernapas, ditambah setidaknya satu dari berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sianosis sentral atau SpO<sub>2</sub> &lt;90%;</li> <li>• distress pernapasan berat (seperti mendengkur, tarikan dinding dada yang berat);</li> <li>• tanda pneumonia berat: ketidakmampuan menyusui atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang.</li> </ul> <p>Dalam pemeriksaan darah: Leukopenia, peningkatan monosit, dan peningkatan limfosit atipik</p>
<p>Isolasi diri di rumah</p>	<p>Rawat di RS Darurat</p>	<p>Rawat di RS Rujukan</p>

# RAPID TEST

- Penanganan COVID-19 di Indonesia menggunakan *Rapid Test* Antibodi dan/atau *Rapid Test* Antigen.
- Pemeriksaan *Rapid Test* Antibodi dan/atau *Rapid Test* Antigen hanya merupakan *screening* awal.
- *Rapid Test* Antibodi : Spesimen yang diperlukan untuk pemeriksaan ini adalah darah. Pemeriksaan ini dapat dilakukan pada komunitas (masyarakat).
- *Rapid Test* Antigen : Spesimen yang diperlukan untuk pemeriksaan ini adalah Swab orofaring/ Swab nasofaring. Pemeriksaan ini dilakukan di fasyankes yang memiliki fasilitas *biosafety cabinet*.

# ALUR PEMERIKSAAN RAPID TEST ANTIBODI







DIAGNOSA

KEPERAWATAN

Tanda dan Gejala : Merasa bingung ; Merasa khawatir ; Tampak gelisah ; Tampak tegang ;  
Sulit tidur.



Penyebab : Ancaman kematian ; Krisis situasional



Ansietas → Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.

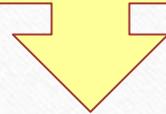


**ANSIETAS** berhubungan dengan (b.d) **PENYEBAB** dibuktikan dengan (d.d)  
**TANDA DAN GEJALA.**

Tanda dan Gejala : Tidak mampu mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias diri .



Penyebab : Kelemahan



Defisit Perawatan Diri → Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri → Bisa dispesifikkan menjadi mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias.



**DEFISIT PERAWATAN DIRI** berhubungan dengan (b.d) **PENYEBAB** dibuktikan dengan (d.d) **TANDA DAN GEJALA**.

Tanda dan Gejala : Batuk tidak efektif; Tidak Mampu Batuk; Sputum Berlebih; Mengi; Whezing; Ronkhi.



Penyebab : Proses infeksi ; Hipersekresi Jalan Nafas



Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif → Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.



**BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF** berhubungan dengan (b.d)  
**PENYEBAB** dibuktikan dengan (d.d) **TANDA DAN GEJALA.**

Tanda dan Gejala : $\text{PCO}_2\uparrow$  ;  $\text{PO}_2\downarrow$  ; PH Abnormal ; Pola Nafas Abnormal.



Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler



Gangguan Pertukaran Gas → Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolar-kapiler.



**GANGGUAN PERTUKARAN GAS** berhubungan dengan (b.d) **PENYEBAB** dibuktikan dengan (d.d) **TANDA DAN GEJALA**.

Tanda dan Gejala :  $PCO_2 \uparrow$  ;  $PO_2 \downarrow$  ;  $SaO_2 \downarrow$  ; Volume tidal menurun ; Penggunaan otot bantu nafas meningkat.



Penyebab : Gangguan metabolisme ; Kelelahan otot pernafasan



Gangguan Ventilasi Spontan → Penurunan cadangan energi yang mengakibatkan individu tidak mampu bernafas secara adekuat.



**GANGGUAN VENTILASI SPONTAN** berhubungan dengan (b.d)  
**PENYEBAB** dibuktikan dengan (d.d) **TANDA DAN GEJALA.**

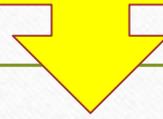
Tanda dan Gejala : Frekuensi nadi  $< 50x/\text{menit}$  atau  $> 150x/\text{menit}$  ; Sistolik  $< 60 \text{ mmHg}$  atau  $> 200 \text{ mmHg}$  ; Frekuensi nafas  $< 6 x/\text{menit}$  atau  $> 30 x/\text{menit}$  ; SaO<sub>2</sub>  $< 85\%$  ; Suhu  $< 34,5^{\circ}\text{C}$ .

Penyebab : Penurunan fungsi ventrikel

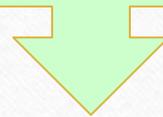
Gangguan Sirkulasi Spontan → Ketidakmampuan untuk mempertahankan sirkulasi yang adekuat untuk menunjang kehidupan.

**GANGGUAN SIRKULASI SPONTAN** berhubungan dengan (b.d) **PENYEBAB** dibuktikan dengan (d.d) **TANDA DAN GEJALA**.

Faktor Resiko : Hipoksia ; Sepsis ; Sindrom respon inflamasi sistemik.



Resiko Syok → Beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.



**RESIKO SYOK** dibuktikan dengan (d.d) **FAKTOR RESIKO**.



# Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan

**Edisi 1** **Cetakan II**

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

# LUARAN

# KEPERAWATAN

# ANSIETAS : Tingkat Ansietas

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:
  1. Verbalisasi kebingungan menurun
  2. Verballisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
  3. Perilaku gelisah menurun
  4. Perilaku tegang menurun

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Verbalisasi kebingungan	2	5
2	Verballisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5
3	Perilaku gelisah	2	5
4	Perilaku tegang	2	5

# DEFISIT PERAWAATAN DIRI : Perawatan Diri

Definisi : kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:
  1. Kemampuan mandi meningkat
  2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
  3. Kemampuan makan meningkat
  4. Kemampuan ke toilet meningkat

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Kemampuan mandi	2	5
2	Kemampuan mengenakan pakaian	2	5
3	Kemampuan makan	2	5
4	Kemampuan ke toilet	2	5

# BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF : Bersihan Jalan Nafas

Definisi : kemampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil:
  1. Batuk efektif meningkat
  2. Produk sputum menurun
  3. Mengi; Whezing; Ronkhi menurun

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 Jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Batuk efektif	2	5
2	Produk sputum	2	5
3	Mengi; Whezing; Ronkhi	2	5

# GANGGUAN PERTUKARAN GAS : Pertukaran Gas

Definisi : oksigenasi dan/ atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler dalam batas normal

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 Jam maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:
  1. Tingkat kesadaran (GCS E4V5M6 / Kompos Mentis)
  2. Dispnea menurun
  3. Pola nafas membaik {dalam batas normal (RR: 16 – 22 x/menit)}
  4. Bunyi nafas tambahan menurun

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 Jam maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Tingkat kesadaran	2	5
2	Dispnea	2	5
3	Pola nafas	2	5
4	Bunyi nafas tambahan	2	5

# GANGGUAN PERTUKARAN GAS : Keseimbangan Asam Basa

Definisi : Ekuilibrium antara ion hydrogen di ruang intraseluler dan ekstraseluler tubuh

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 12 Jam maka keseimbangan asam basa meningkat dengan kriteria hasil:
  1. Frekuensi nafas membaik (dalam batas normal)
  2. Irama nafas membaik (dalam batas normal)
  3. pH membaik (dalam batas normal)
  4. Kadar CO<sub>2</sub> membaik (dalam batas normal)
  5. Kadar bikarbonat membaik (dalam batas normal)

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 12 Jam maka keseimbangan asam basa meningkat dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Frekuensi nafas	2	5
2	Irama nafas	2	5
3	pH	2	5
4	Kadar CO <sub>2</sub>	2	5
5	Kadar bikarbonat	2	5

# GANGGUAN VENTILASI SPONTAN : Ventilasi Spontan

Definisi : keadekuatan cadangan energi untuk mendukung individu mampu bernafas secara spontan

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 Jam maka ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil:
  1. Dispnea menurun
  2. Penggunaan otot bantu nafas menurun
  3. Volume tidal membaik (dalam batas normal)
  4. PCO2 membaik (dalam batas normal)
  5. PO2 membaik (dalam batas normal)

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 Jam maka ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Frekuensi nafas	2	5
2	Irama nafas	2	5
3	pH	2	5
4	Kadar CO2	2	5
5	Kadar bikarbonat	2	5

# GANGGUAN VENTILASI SPONTAN : Respon Ventilasi Mekanik

Definisi : Efektivitas pertukaran alveolar dan perfusi jaringan yang didukung oleh ventilasi secara mekanik

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 Jam maka respon ventilasi mekanik meningkat dengan kriteria hasil:
  1. FiO<sub>2</sub> memenuhi kebutuhan meningkat (dalam batas normal)
  2. Saturasi O<sub>2</sub> meningkat (dalam batas normal)
  3. Infeksi paru menurun
  4. Kesulitan bernafas dengan ventilator menurun

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 Jam maka respon ventilasi mekanik meningkat dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	FiO <sub>2</sub> memenuhi kebutuhan	2	5
2	Saturasi O <sub>2</sub>	2	5
3	Infeksi paru	2	5
4	Kesulitan bernafas dengan ventilator	2	5

# GANGGUAN SIRKULASI SPONTAN : Status Sirkulasi

Definisi : Pengedaran berbagai zat yang diperlukan ke seluruh tubuh dan pengambilan zat yang tidak diperlukan untuk dikeluarkan dari tubuh

## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit maka status sirkulasi membaik dengan kriteria hasil:
  1. Kekuatan nadi meningkat (dalam batas normal)
  2. Saturasi O<sub>2</sub> meningkat (dalam batas normal)
  3. Tekanan darah sistolik membaik (dalam batas normal)
  4. Tekanan diastolic membaik (dalam batas normal)
  5. Tekanan nadi membaik (dalam batas normal)
  6. Tekanan arteri rata-rata membaik (dalam batas normal)

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit maka status sirkulasi membaik dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Kekuatan nadi	2	5
2	Saturasi O <sub>2</sub>	2	5
3	Tekanan darah sistolik dan diastolik	2	5
4	Tekanan nadi	2	5
5	Tekanan arteri rata-rata	2	5

# RESIKO SYOK : Tingkat Syok

Definisi : Ketidacukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

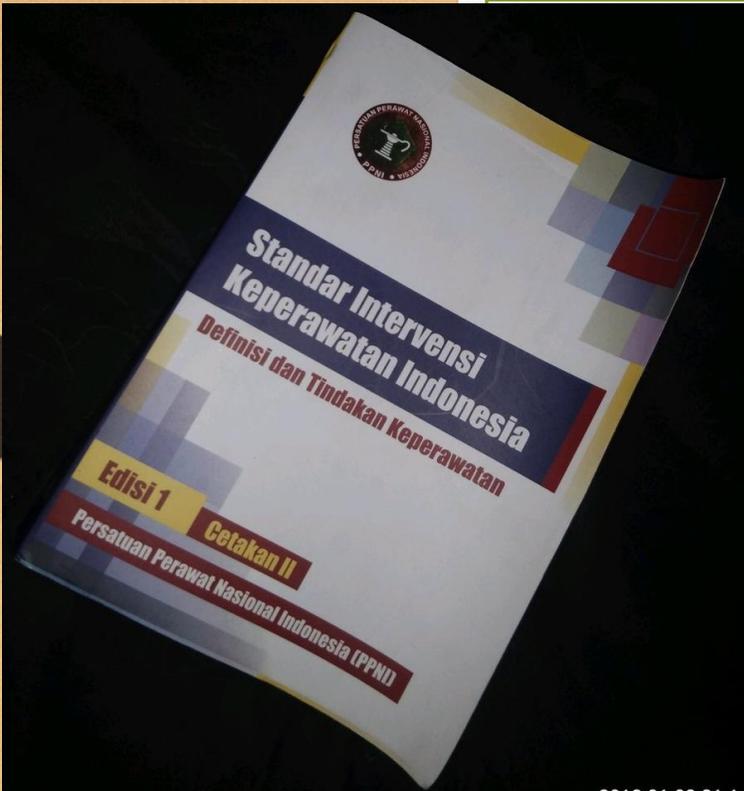
## Metode Dokumentasi Manual/ Tertulis

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit maka tingkat syok menurun dengan kriteria hasil:
  1. Tekanan arteri rata-rata membaik (dalam batas normal)
  2. Tekanan darah sistolik membaik (dalam batas normal)
  3. Tekanan diastolic membaik (dalam batas normal)
  4. Frekuensi nadi membaik (dalam batas normal)
  5. Frekuensi nafas membaik (dalam batas normal)
  6. Tingkat kesadaran membaik (dalam batas normal / GCS E4V5M6 / Kompos Mentis)

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

- Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit maka tingkat syok menurun dengan kriteria hasil:

No	Kriteria	Skor Awal	Skor Target
1	Tekanan arteri rata-rata	2	5
2	Tekanan darah sistolik dan diastolik	2	5
3	Frekuensi nadi	2	5
4	Frekuensi nafas	2	5
5	Tingkat kesadaran	2	5



# INTERVENSI KEPERAWATAN

# ANSIETAS: REDUKSI ANSIETAS

Definisi: Meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik, akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.

## Observasi

- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

## Teraupetik

- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

## Edukasi

- Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- Latih Teknik relaksasi



# DEFISIT PERAWATAN DIRI : DUKUNGAN PERAWATAN DIRI

Definisi : memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri

## Observasi

- Monitor tingkat kemandirian
- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

## Teraupetik

- Sediakan lingkungan yang teraupetik (misalkan suasana hangat, rileks, dan privasi)
- Siapkan keperluan pribadi (misalkan parfum, sikat gigi, sabun mandi)

## Edukasi

- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan



# BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF: LATIHAN BATUK EFEKTIF

Definisi : melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring, trakea, dan bronkiolus dari secret atau benda asing di jalan nafas.

## Observasi

- ✓ Identifikasi kemampuan batuk
- ✓ Monitor adanya retensi sputum
- ✓ Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas

## Teraupetik

- ✓ Atur posisi semifowler atau fowler
- ✓ Buang secret pada tempat sputum

## Edukasi

- ✓ Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
- ✓ Anjurkan Tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu selama 8 detik → ulangi sebanyak 3 kali
- ✓ Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik nafas dalam yang ke 3

## Kolaborasi

- ✓ Kolaborasikan pemberian terapi mukolitik atau ekspektoran → Jika perlu



# BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF: MANAJEMEN JALAN NAFAS

Definisi : mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas.

## Observasi

- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
- Monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

## Teraupetik

- Posisikan semifowler atau fowler
- Berikan minum hangat
- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

## Edukasi

- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari → Jika tidak ada kontraindikasi

## Kolaborasi

- Kolaborasikan pemberian terapi mukolitik atau ekspektoran atau bronkodilator → Jika perlu



# BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF: MANAJEMEN ISOLASI

Definisi: mengidentifikasi dan mengelola pasien yang beresiko menularkan penyakit, menciderai, atau merugikan orang lain.

## Observasi

- Identifikasi klien yang membutuhkan isolasi

## Teraupetik

- Tempatkan satu pasien satu kamar
- Sediakan seluruh kebutuhan harian dan pemeriksaan sederhana di kamar klien
- Dekontaminasi alat-alat kesehatan sesegera mungkin setelah digunakan
- Lakukan kebersihan tangan pada 5 momen
- Pasang alat proteksi diri sesuai SPO
- Lepaskan alat proteksi diri segera setelah kontak dengan klien
- Minimalkan kontak dengan klien → sesuai kebutuhan
- Batasi/ tidak boleh ada pengunjung
- Pastikan kamar klien selalu dalam kondisi bertekanan negatif



# GANGGUAN PERTUKARAN GAS: PEMANTAUAN RESPIRASI

Definisi : Mengumpulkan dan menganalisa data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dari keefektifan pertukaran gas

## Observasi

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas
- Monitor pola nafas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)
- Monitor saturasi oksigen
- Monitor nilai AGD

## Teraupetik

- Dokumentasikan hasil pemantauan

## Edukasi

- Informasikan hasil pemantauan → Jika perlu



# GANGGUAN PERTUKARAN GAS: TERAPI OKSIGEN

- Definisi : memberikan tambahan oksigen untuk mencegah dan mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan

## Obervasi

- Monitor kecepatan aliran oksigen
- Monitor efektifitas terapi oksigen (seperti oksimetri, Analisa Gas Darah)
- Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen

## Teraupetik

- Bersihkan secret pada mulut, hidung, dan trakea → Jika perlu
- Gunakan oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas klien

## Kolaborasi

- Kolaborasi penentuan dosis oksigen



# GANGGUAN PERTUKARAN GAS: MANAJEMEN ASAM BASA

Definisi : Mengidentifikasi, mengelola, dan mencegah komplikasi akibat ketidakseimbangan asam basa

## Observasi

- Identifikasi penyebab ketidakseimbangan asam basa
- Monitor frekuensi dan kedalaman nafas
- Monitor irama dan frekuensi jantung
- Monitor perubahan pH, PCO<sub>2</sub>, dan HCO<sub>3</sub>

## Teraupetik

- Ambil specimen darah arteri untuk pemeriksaan AGD
- Berikan oksigen sesuai indikasi

## Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian ventilasi mekanik → Jika perlu



# GANGGUAN VENTILASI SPONTAN : DUKUNGAN VENTILASI

Definisi : memfasilitasi dalam mempertahankan pernafasan spontan untuk memaksimalkan pertukaran gas di paru-paru.

## Observasi

- Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas
- Monitor status respirasi dan oksigenasi (misalnya frekuensi dan kedalaman nafas, penggunaan otot bantu nafas, bunyi nafas tambahan, saturasi oksigen)

## Teraupetik

- Pertahankan kepatenan jalan nafas
- Berikan posisi semifowler atau fowler
- Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misalnya nasal kanul, masker wajah, masker rebreathing atau non rebreathing).
- Gunaksn bag-valve mask → jika perlu

## Kolaborasi

- Kolaborasikan pemberian brokhodilator → jika perlu



# GANGGUAN VENTILASI SPONTAN : MANAJEMEN VENTILASI MEKANIK

Definisi : mengidentifikasi dan mengelola pemberian sokongan nafas buatan melalui alat yang diinsersi kedalam trakea.

## Observasi

- Periksa indikasi ventilator mekanik (misalnya kelelahan otot nafas, disfungsi neurologis, asidosis respiratorik)
- Monitor efek negative ventilator (misalnya deviasi trakea, barotrauma, volutrauma, penurunan curah jantung, distensi gaster, emfisema subkutan)
- Monitor gangguan mukosa oral, nasal, trakea, dan laring

## Teraupetik

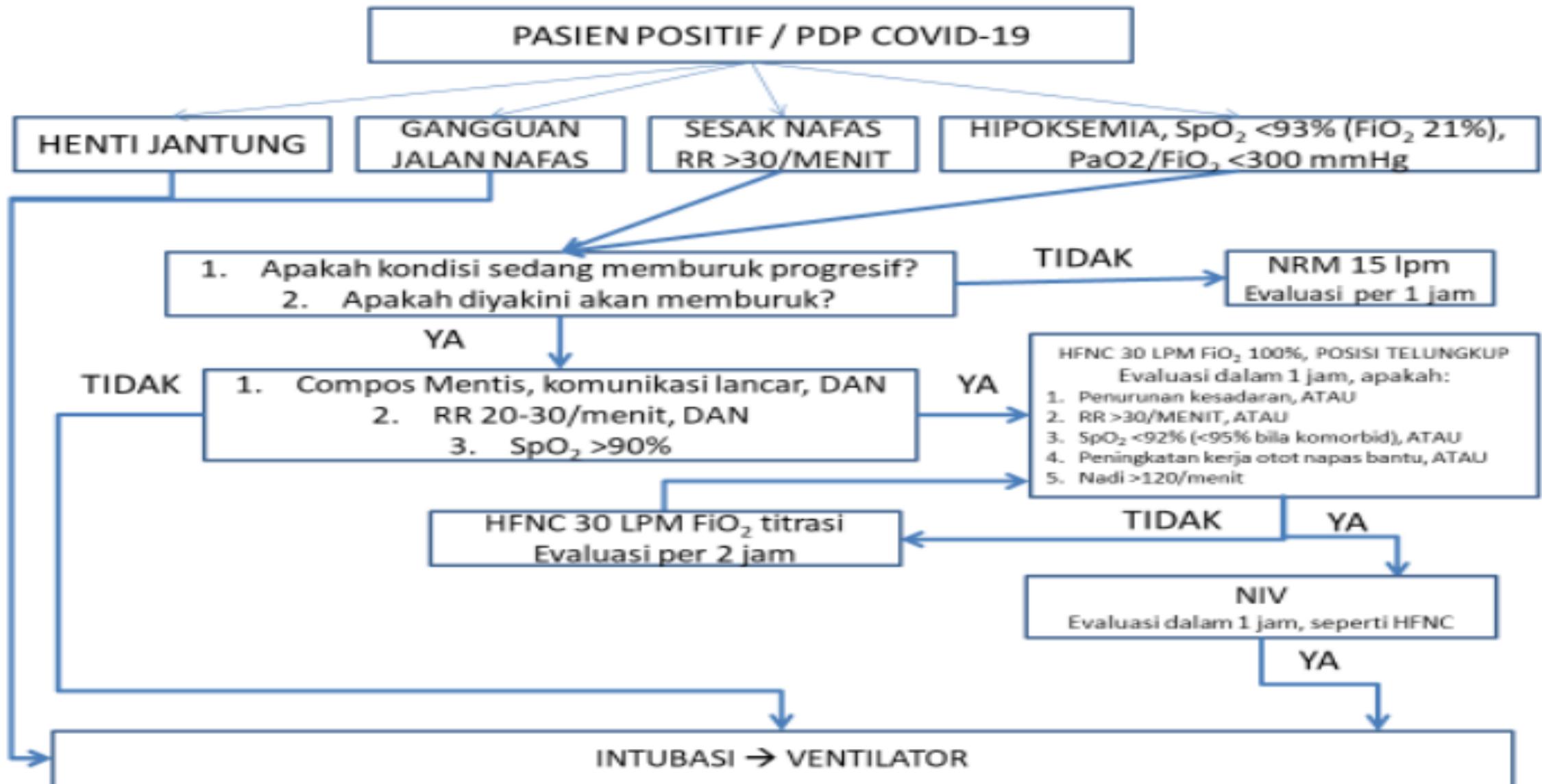
- Atur posisi kepala 45-60° untuk mencegah aspirasi
- Reposisi klien setiap 2 jam → jika perlu
- Lakukan penghisapan lender sesuai kebutuhan

## Kolaborasi

- Kolaborasi pemilihan mode ventilator (misalnya control volume, control tekanan atau gabungan)
- Kolaborasi pemberian agen pelumpuh otot, sedative, analgesic, sesuai kebutuhan
- Kolaborasikan penggunaan PS atau PEEP untuk meminimalkan hipoventilasi alveolus



# ALUR PENENTUAN ALAT BANTU NAFAS MEKANIK



# GANGGUAN SIRKULASI SPONTAN : CODE MANAGEMENT

- Definisi : mengkoordinasikan penanganan gawat darurat untuk penyelamatan jiwa klien.

## Observasi

- Monitor tingkat kesadaran
- Monitor irama jantung
- Monitor pemberian PPGD/ BTCLS/ ATCLS/ BCLS/ ACLS sesuai protocol yang tersedia

## Teraupetik

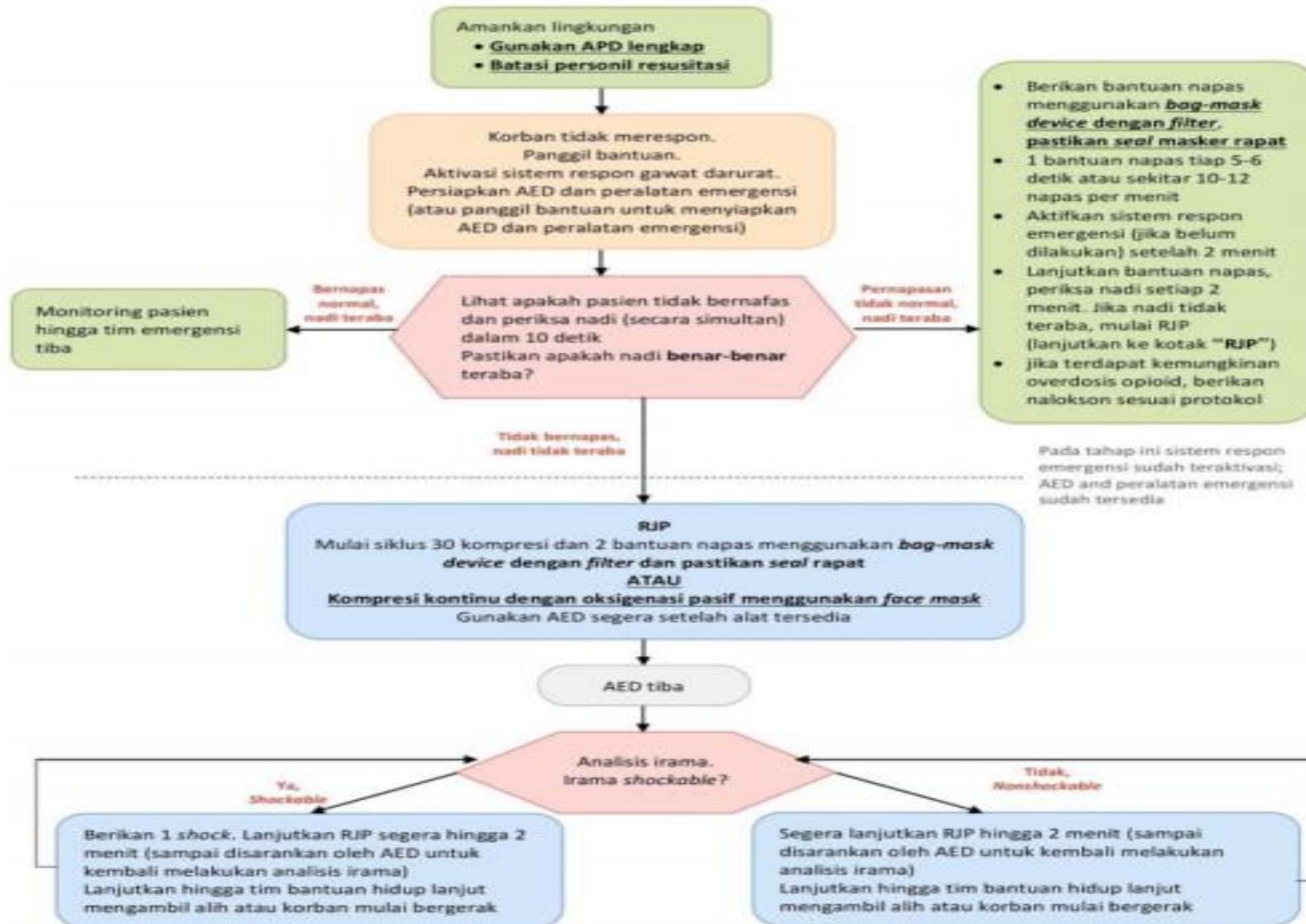
- Panggil bantuan jika klien tidak sadar
- Aktifkan code blue
- Lakukan resusitasi jantung paru, jika perlu
- Berikan bantuan nafas, jika perlu
- Pasang monitor jantung
- Pasang akses vena, jika perlu
- Siapkan intubasi, jika perlu
- Akhiri tindakan jika ada tanda-tanda sirkulasi spontan (misalnya nadi karotis teraba, kesadaran pulih)

## Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian defibrilasi atau kardioversi, jika perlu
- Kolaborasi pemberian epinefrin atau adrenalin, jika perlu
- Kolaborasi pemberian amiodaron, jika perlu



# ALGORITME BHD PADA KLIEN TERDUGA COVID 19



# RESIKO SYOK : PENCEGAHAN SYOK

Definisi : mengidentifikasi dan menurunkan resiko terjadinya ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrisi untuk mencukupi kebutuhan jaringan

## Observasi

- Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah, MAP)
- Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)
- Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)
- Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil

## Teraupetik

- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu

## Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian intravena, jika perlu



# KLIEN DINYATAKAN SEMBUH

---

- Gejala klinis sudah membaik
- Pemeriksaan PCR selama 2 hari berturut-turut dinyatakan negatif

*tarima kasih*

*Teurimong Gaseh beh*

*muliata*

*Matur Nuwun*

*Amanai*

*makaseh*

*Terimo kasih*

*Epanggawang*

*tampiaseh*

*Tarima Kasih*

# Terima Kasih

*hatur nuhun*

*makase*

*kurusumanga'*

*Obrigado Barak*

*mejuah-juah*

*sauweghele*

*sakalangkong*

*Tarimo kasi*

*Suksema*