



PETUNJUK PENGISIAN

JUKNIS ASUHAN KEPERAWATAN/AOP HEMODIALISA

Lakukan atau berikan = v (CHECKLIST) pada setiap bagian yang terdapat kotak

ITEM AOP	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI
<u>DATA UMUM</u>		Perawat
Tanggal/jam	Di isi sesuai dengan tanggal pemeriksaan,dan jam pengkajian	
Nama Pasien	Di isi sesuai dengan nama pasien	
Tanggal lahir/Usia	Di isi sesuai dengan tanggal lahir dan usia pasien	
No.RM	Diisi sesuai dengan Rekam Medis pasien	
Dx.Medis....e.c.....	Di isi sesuai dengan diagnosa dan penyebab penyakit pasien, dignosa tambahan atau penyakit penyerta dapat diikutsertakan, sesuai dengan form catatan medik	
Mesin no	Di isi sesuai no mesin yang dipakai pasien.	
Hemodialisa ke	Di isi tindakan HD ke berapa di RS tersebut bukan jumlah tindakan HD secara keseluruhan .	
Tipe Dialiser	Di isi sesuai dengan tipe ginjal yang dipakai oleh pasien, Jika baru lingkari pada tanda N dan jika dializer tersebut re use lingkari pada tanda R dilanjutkan dengan mengisi bagian Ke yang menunjukkan dialiser re-use beberapa saat HD di lakukan	
Riwayat alergi obat	Lakukan atau berikan = v (CHECKLIST) pada kotak Riwayat alergi pasien terhadap obat tertentu	
Cara bayar/pekerjaan	Merupakan jenis penanggung pembayaran/klaim HD, Diisi dengan memberi ceklist sesuai jenis penanggung. PBI, NON-PBI, dan lainnya, Pekerjaan : pekerjaan pasien saat ini.	
<u>PENGAJIAN</u>		Perawat
Keluhan utama	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan = v (CHECKLIST) pada kotak - Merupakan keluhan yang dirasakan pasien atau Data subyektif yang dirasakan pasien saat dikaji pre-HD. - Khusus untuk keluhan Nyeri dapat disesuaikan dengan skala yang digunakan di RS masing-masing sesuai kebijakan. Pada nyeri ringan, biasanya pasien secara obyektif dapat berkomunikasi dengan baik (sedikit mengganggu aktifitas) Pada nyeri sedang, secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik (gangguan nyata pada aktivitas sehari-hari) Pada nyeri berat, secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang (tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari) Nyeri akut : Nyeri akut adalah nyeri yang muncul akibat jejas, trauma, spasmus, atau penyakit pada kulit, otot, struktur somatik, atau organ dalam/<i>viscera</i> tubuh. Intensitas nyeri sebanding dengan derajat jejas, dan akan berkurang sejalan dengan penyembuhan kerusakan jaringan. Nyeri kronis: nyeri yang bertahan selama minimum 6 bulan dan menunjukkan ciri-ciri yang jelas berbeda jika dibandingkan dengan nyeri akut. Misalnya, nyeri akut hanya terjadi pada suatu waktu/kejadian tertentu, sedangkan nyeri kronis 	



PETUNJUK PENGISIAN

	<p>biasanya merupakan bagian dari situasi yang lebih kompleks. Nyeri akut mempunyai awal dan akhir yang jelas. Nyeri kronis, cenderung sirkuler; awal nyeri dengan cepat terlupakan karena siklus nyerinya tidak pernah berakhir. Nyeri akut mempunyai konotasi yang positif dalam arti nyeri tersebut merupakan tanda siaga adanya jejas pada tubuh, sedangkan nyeri kronis tidak mempunyai tujuan fisiologis tertentu. Terakhir, nyeri kronis tidak mempunyai tanda-tanda dan gejala klinis, sehingga patofisiologi yang mendasarinya biasanya tidak terdeteksi pada pemeriksaan fisik atau radiologis. Pengkajian lain untuk nyeri dilakukan pada kondisi pasien tertentu : pasien anak, rawat intensif, gangguan mental gunakan form yang terpisah sesuai dengan kebijakan instansi masing-masing.</p>	
PEMERIKSAAN FISIK:		
Keadaan Umum	<ul style="list-style-type: none">- Lakukan atau berikan = √ (CHEKLIST) pada kotak- Di isi sesuai dengan kondisi pasien saat akan menjalani proses HD<ul style="list-style-type: none">▪ Baik : kesadaran penuh, TTV stabil, pemenuhan kebutuhan mandiri▪ Sedang : kesadaran penuh-apatitis, memerlukan tindakan medis dan perlukaan (diluar obs), minimal 3 tindakan perhari, memerlukan observasi, pemenuhan kebutuhan di bantu sebagian s/d seluruhnya▪ Berat (terdapat 2 poin) : kesadaran penuh sampai somnolen, TTV tidak stabil, memakai alat bantu organ vital, memerlukan tindakan pengobatan dan perawatan intensif , memerlukan obs ketat, kebutuhan di bantu sepenuhnya	
Kesadaran	- Diisi sesuai dengan kesadaran pasien saat di kaji perawat	
Tek. Darah (mmHg)	- Di isi sesuai dengan pengukuran tekanan darah pasien	
Nadi	- Di isi sesuai dengan kondisi nadi pasien	
Suhu	Dicatat sesuai suhu pasien saat dikaji	
Respirasi	<ul style="list-style-type: none">- Kondisi dan frekuensi pernapasan pasien pre-HD :<ul style="list-style-type: none">▪ Napas kussmaul : dalam dan cepat, hiperventilasi.▪ Dispnea : Kesulitan bernapas▪ Edema paru : ditandai dengan adanya ronchi basah, dan atau batuk berdahak▪ Kolom kosong di gunakan jika ada suara nafas lain	
Konjungtiva	<ul style="list-style-type: none">- Diisi sesuai dengan hasil inspeksi pada konjungtiva klien sebagai indikasi klinik anemia :<ul style="list-style-type: none">▪ Anemis : kondisi konjungtiva pucat, menunjukan kurangnya vaskularisasi▪ Kondisi lain seperti ikterik, kemerahan karena infeksi di tulis di kolom kosong yang disediakan	
Ekstrimitas	<ul style="list-style-type: none">- Lakukan atau berikan = √ (CHEKLIST) pada kotak<ul style="list-style-type: none">▪ Dehidrasi : menunjukan turgor yang buruk karena devisit cairan▪ Oedema : menunjukan adanya penumpukan cairan di interstisial ekstrimitas▪ Oedema anasarka : odema seluruh permukaan tubuh▪ Pucat dan dingin : palpasi di area ekstrimitas terutama daerah perifer	
Berat Badan (Kg)	<ul style="list-style-type: none">▪ Pre-HD : Di isi sesuai dengan berat badan pasien pre-HD▪ Berat badan HD y.l : Berat badan setelah HD yang lalu/sebelumnya▪ Berat badan kering : Berat badan pasien tanpa adanya tanda-tanda overhidrasi (tanpa: oedema,ronchi basah (sesak), tekanan darah stabil)	
Akses vaskular	Diisi sesuai dengan jenis dan lokasi akses vascular yang digunakan	



PETUNJUK PENGISIAN

<p>Resiko jatuh</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disesuaikan dengan kebijakan RS masing-masing , sertakan nama metode yang digunakan - Pengkajian resiko jatuh (Morse Scale) dilakukan dengan memberikan , = √ (CHEKLIST) pada kotak skor sesuai dengan 6 item yang telah menjadi ketentuan, jumlahkan skor kemudian berikan kesimpulan 	
<p>Pemeriksaan penunjang</p>	<p>Diisi dengan data/pemeriksaan terakhir dan belum tercatat sebelumnya serta masih berlaku atau menunjang terhadap diagnosa keperawatan</p>	
<p>Gizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan sesuai dengan kebijakan instansi - Dilakukan sekurang-kurangnya tiap 3 bulan sekali atau diulangi sebelum waktu tersebut jika terjadi perburukan kondisi pasien, berikan = √ (CHEKLIST) pada kotak sesuai dengan pengkajian gizi dan score-nya, berikan kesimpulan, jika hasilnya malnutrisi maka dikonsultasikan ke bagian terkait (medic / ahli gizi) 	
<p>Riwayat Psikososial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan atau berikan = √ (CHEKLIST) pada kotak <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adakah keyakinan /tradisi/budaya yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang akan diberikan termasuk di dalamnya hal-hal yang menyebabkan penolakan terhadap tindakan yang diberikan ▪ Kendala komunikasi : adanya kesulitan pasien dalam melakukan komunikasi karena gangguan fisiologis/penyakit maupun psikologi ▪ Yang merawat di rumah : suami/istri/anak/keluarga/tetangga yang menemani dan merawat pasien selama di rumah ▪ Kondisi saat ini diisi sesuai dengan kondisi pasien saat dikaji 	
<p>Diagnosa keperawatan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan atau berikan = √ (CHEKLIST) pada kotak - Diisi sesuai dengan hasil pengkajian - Di isi sesuai dengan SAK - Jika muncul diagnose keperawatan baru selama antara HD atau post-HD maka hanya perlu menuliskan no.diagnosa pada kolom keterangan di bagian tindakan keperawatan 	
<p>Intervensi keperawatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosa lain dituliskan pada bagian yang kosong - Lakukan atau berikan = √ (CHEKLIST) pada kotak - Diisi sesuai dengan hasil pengkajian dan SAK - Intervensi kolaborasi merupakan bagian intervensi keperawatan - Intervensi kolaborasi berupa catatan/instruksi medis di tulis perawat berdasarkan catatan medik (AOP medik) 	
<p>INTRUKSI MEDIK Jenis tindakan HD</p>	<p>Instruksi medik berisi tentang program/resep HD dan hal lain yang akan dilakukan selama sesi HD (pre,intra,post)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inisiasi : pertama kali HD - akut : HD dengan kegawat daruratan (edema paru, hiperkalemia, uremikum, intoksikasi atau indikasi akut lainnya) - Rutin : Hd yang dilakukan secara regular pada pasien gagal ginjal terminal - SLED : HD yang dilakukan dengan memodifikasi program HD terutama pada pasien dengan hemodinamik tidak stabil, resiko kardiovaskular yang tinggi atau indikasi lain) 	<p>Diisi perawat atau dokter jaga sesuai dengan catatan medik dan kebijakan instansi, diperbaharui jika terdapat perubahan kondisi pasien tiap sesi HD,</p>
<p>TD</p>	<p>Waktu/ lama HD dilakukan di isi sesuai dengan jumlah jam mulai sampai selesai pasien di lakukan HD.</p>	<p>Ditandatangani dokter jaga sebagai</p>



PETUNJUK PENGISIAN

<p>UF Goal</p>	<p>Diisi sesuai dengan rencana penarikan atau Jumlah Ultrafiltrasi pada pasien sesuai dengan kenaikan berat badan dan berat badan kering di tambah dengan perkiraan makan dan minum pasien selama HD.</p>	<p>perifikasi ke benaran program.</p>
<p>QB</p>	<p>Kepatan aliran darah/Quick blood : banyaknya darah yang dialirkan dari tubuh kedalam dialiser/menit . Di isi sesuai dengan QB pada saat permulaan HD sampai terakhir HD. Jika terjadi perubahan bisa diisi memakai range</p>	
<p>QD</p>	<p>Kepatan aliran Dialisat/Quick dialisat : banyaknya cairan dialisat yang dialirkan kedalam dialiser . Jika terjadi perubahan bisa diisi memakai range</p>	
<p>Program profiling</p>	<p>Suatu modifikasi terhadap program HD (terutama untuk Na, UF dan Bicarbonat) untuk membantu menjaga kestabilan hemodinamik selama dilisis dilakukan</p>	
<p>Jenis dialisa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bikarbonat : Di v = CHEKLIST , bila pasien menggunakan cairan dialisat bikarbonat. - Conductivity : Di v = CHEKLIST , dan di isi berdasarkan nilai dari conductivity yang tertera pada mesin . - Temperature : Suhu dialisat yang tertera dalam mesin 	
<p>Heparinisasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis sirkulasi : Di v = CHEKLIST , dosis yang diberikan saat sirkulasi tertutup (Priming) - Dosis awal : Di v = CHEKLIST , dosis yang diberikan saat akses vaskuler - Dosis maintenance: Di v = CHEKLIST , Dosis heparin yang diberikan selama HD dilakukan, bisa diberikan dengan 2 cara : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continue : diberikan secara berkelanjutan oleh mesin persatuan waktu ▪ Interniten : diberikan perawat per jam atau sesuai dengan kebijakan RS masing-masing, hanya dilakukan jika pump heparin pada mesin rusak atau hal lain terkait kebijakan. - LMWH : Di v = CHEKLIST , <i>Low Moleculer Wigh Heparin</i>, sebagai anti trombotik - Free heparin : Di isi YA jika pasien tidak menggunakan sama sekali heparin saat ON HD. - Program bilas NaCl 0,9% 100 cc/jam/ ¹/₂ jam merupakan suatu upaya untuk mengontrol resiko pembekuan area ekstrakorporeal 	
<p>Tindakan keperawatan</p>	<p>Diisi dengan segala tindakan keperawatan baik bersifat mandiri maupun kolaboratif.</p> <p>Diisi sesuai dengan kolom yang disediakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jam : waktu dimana setiap tindakan dilakukan - QB : kecepatan aliran darah setiap waktu observasi - UF rate : merupakan jumlah UF per jam sesuai dengan jumlah UF Goal selama HD dilakukan (jumlah UF dibagi lama HD), UF rate akan Nampak pada mesin secara otomatis sesuai dengan program yang dilakukan (jika dilakukan profiling UF maka UF rate tidak akan sama per jamnya) - TTV (tek.darah,nadi,suhu respirasi) ditulis sesuai waktu observasi - Intake (Nacl 0,9, dektrose 40%, makan/minum, lainnya): merupakan asupan cairan intra HD,ditulis sesuai kolom yang ada, kolom lain-lain diisi untuk asupan cairan lain seperti tranfusi, sonde dll. - Out put (UF Tercapai) : banyaknya jumlah cairan yang dikeluarkan per satuan waktu. Nilai akhir UF tercapai=UF goal. - Keterangan lain : digunakan untuk menjelaskan hal lain seperti keluhan saat 	



PETUNJUK PENGISIAN

	<p>tindakan diberikan , menulis diagnose keperawatan baru, tindakan/terapi lain yang tidak disediakan kolomnya,sebaiknya di tulis secra: SOAP. Untuk post HD keterangan lain di diantaranya digunakan untuk menulis obat-obatan sperti EPO dll.</p> <p>- Paraf & nama jelas : diisi setiap perawat melakukan tindakan.</p> <p>Pre HD : diisi dengan berbagai tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif , misalnya, pembeian cairan fisiologis, pemberian obat-obatan, megatur posisi pasiemi, memberikan oksigen, memulai HD</p> <p>Intra HD : diisi dengan berbagai tindakan selama HD dilakukan, observasi, komplikasi intradialisis, pemberian terapi, dll</p> <p>Post HD : diisi dengan tindakan setelah HD dilakukan atau saat HD diakhiri/HD selesai, pada bagian keterangan diisi dengan berbagai terapi atau tindakan keperawatan yang dilakukan , misalnya : terapi epo, vitamin dll</p>	
Evaluasi keperawatan	<ul style="list-style-type: none">- Disesuaikan dengan kebijakan- Diisi sesuai dengan kondisi pasien dan pencapaian program yang telah dilakukan : Subyektif (S), Obyektif (O), Analisis (A), Planing (P) .	
Penyulit selama HD	Berikan ceklist pada kotak sesuai dengan kejadiannya.	
Discharge planning,	<ul style="list-style-type: none">- Disesuaikan dengan kebijakan.	
Ttd Perawat yang bertugas	Diisi sesuai dengan perawat yang memegang pasien masing-masing. Akses dilakukan oleh: perawat yang melakukan akses vaskuler	
Evaluasi Medik	<ul style="list-style-type: none">▪ Obat : diisi oleh dokter. Hanya menulis obat yang diberikan selama HD.▪ Catatan medis : diisi untuk mencatat : instruksi HD selanjutnya atau saat ini, rekomendasi dari hasil evaluasi HD yang telah dilakukan▪ TTD & Nama dokter : Diisi/ ditandatangani sesuai dengan dr yang memeriksa atau DPJP	Diisi oleh dokter

CONTOH KASUS

PRE-HD

TN.A seorang wiraswasta dengan usia 40 th (TL:2-07-1975) , No.RM: 000123, datang untuk menjalani HD yang ke 200 kalinya, Dx Medis : CKD stg.V on HD e.c DKD , Tidak ada riw.Alergi obat sebelumnya, klien merupakan peserta BPJS Mandiri , Hasil pengkajian sbb:

- Datang dengan dengan kondisi gelisah karena sesak, tidak ada nyeri
- TTV: TD: 170/90 mmHg, N:94 x/mnt, R:32 x/Mnt, Suhu: 37⁰C
- BB pre HD : 55 kg
- BB HD yang lalu : 50 kg
- BB kering : dalam Observasi 50 kg
- Tampak gelisah dan tidak bisa tidur terlentang
- Konjungtiva tidak anemis
- Ronci basah : ++/++
- Terdapat oedema di ekstremitas :

+	+
++	++

- Akses vascular : DLC:Subclavia kanan
- Nilai akhir Pengkajian resiko jatuh dengan Morse scale: 20
- Mendapat terapi Epo 2x/minggu
- Hasil Lab hari ini : Kalium 7,5
- Hasil Lab Minggu Yang lalu : Hb: 9,2 g/dl
- Pengkajian MIS score tgl:01-05-2015 ,score total :8
- Riw Psikososial : klien dirawat oleh isterinya, tidak ada kepercayaan / tradisi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, tidak ada kendala komunikasi

Data lain hasil Assesmen dokter dalam AOP medic/catatan medic terkait program HD :

- TD : 5 jam
- UF : 4000-5000 ml, propile UF jam ke-1 : UF=0
- QB : 200 ml/mnt
- QD : 500 ml/mnt
- Heparin standar 1000 iu/jam, Pre HD : terapi Ca Glukonas 2 ampul

PRE HD :

06.50 : , mengatur posisi tidur,Terapi CA Glukonas 2 ampul , oksigen 3,5 l/mnt

07.00 : → **HD mulai** ,QB:200 ml/mnt, UF rate: 0, TD:120/70 mmHg,

INTRA HD

08.00 : QB:200 ml/mnt, UF rate: 1000 ml/h, TD:120/70 mmHg, N:92 x/mt,R:28 x/mnt,UF tercapai: 0 ml

09.00 : QB:200 ml/mnt, UF rate: 1000 ml/h,TD:110/70 mmHg, N:90 x/mt,R:25 x/mnt ,UF tercapai:1000 ml

10.00 : QB:200 ml/mnt, UF rate: 1000 ml/h, TD:90/50 mmHg, UF tercapai:2000 ml

Pasien mengalami Hipotensi intradialisis dengan data sbb:

- Pusing
- TD: 90/50 mmHg
- N : lemah tak teraba
- Keringat dingin

Intervensi :

- Dektrose 40% 25 ml
- Drips NaCl 0,9% 200
- Turunkan UF goal menjadi 3500 ml dan QB 150 ml/mnt

10.10 : QB:150 ml/mnt, UF rate: 755 ml/h, , N:86 x/mt,R:24 x/mnt UF tercapai:2250 ml

- Pusing dan mual berkurang
- TD: 110/70 mmHg
- N : 86 x/mnt, R : 24 x/mnt

11.00 : QB:150 ml/mnt, UF rate: 775 ml/h, TD:110/70 mmHg, N:88 x/mt,R:22 x/mnt,UF tercapai:2890 ml

POST HD :

12.0 : TD:120/70 mmHg, N:84 x/mt,R:20 x/mnt UF tercapai:3500 ml→ **HD selesai**

- Terapi EPO 2000/3000 iu subcutan, Nerobion 5000 intravena