

**STIKES BETHESDA YAKKUM YOGYAKARTA**



# **PANDUAN PENULISAN RESUME HD**



## **PANDUAN PENULISAN RESUME HD**

Penyusun:

1. Nimsi Melati, S. Kep., Ns., MAN.
2. Vivi Retno Intening, S. Kep., Ns., MAN.
3. Eni Purwanti, S. Kep., Ns.
4. Agustin Eka, S. Kep., Ns.
5. Eko Widayanto, S. Kep., Ns.
6. Irana Khristyami, AMK.

**STIKES BETHESDA YAKKUM**

**2023**

## **KATA PENGANTAR**

Ucap Syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kasih atas Berkah dan Karunia Nya sehingga tim penyusun dapat menyelesaikan Panduan Penulisan Resume Hemodialisa STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta dengan baik.

Panduan ini disusun sebagai petunjuk bagi mahasiswa untuk melengkapi resume hemodialisa dalam proses pembelajaran klinik di unit hemodialisa. Selain itu panduan ini juga sebagai salah satu dokumen yang memberikan gambaran pelaksanaan dokumentasi di unit hemodialisa. Dalam penyusunan panduan ini tentunya masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kami mohon masukan yang membangun dari berbagai pihak.

Demikian Panduan Penulisan Resume Hemodialisa STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta disusun untuk dapat diimplementasikan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, Februari 2023

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Bagian 1.....	1
Bagian 2.....	1
Bagian 3.....	2
Bagian 4.....	3
Bagian 5.....	3
Bagian 6.....	4
Bagian 7.....	4
Bagian 8.....	5
Bagian 9.....	9
Bagian 10.....	9
Bagian 11.....	10

## BAGIAN 1

Sumber Data :	<input type="checkbox"/> Pasien Sendiri	<input type="checkbox"/> Keluarga	<input type="checkbox"/> Orang lain	Tanggal Kunjungan : .....	Jam : .....	WIB
Bahasa :	<input type="checkbox"/> Perlu Penerjemah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, Bahasa : .....	Nama : .....	Hubungan : .....	
MRS :	<input type="checkbox"/> Datang sendiri	<input type="checkbox"/> Diantar keluarga	<input type="checkbox"/> Rujuk Dari : .....			
No Mesin :		HD ke : .....	Tipe Dialiser, N/R :			

Bagian 1 merupakan hasil dari pengkajian. Anda bisa melakukan pengkajian langsung (wawancara) maupun studi dokumentasi. Pada informasi MRS (masuk rumah sakit) dapat anda tanyakan atau observasi saat pasien datang untuk HD.

## BAGIAN 2

<b>PENGKAJIAN KEPERAWATAN (INFORMASI)</b>						
Keluhan utama :	<input type="checkbox"/> Sesak Nafas	<input type="checkbox"/> Mual, Muntah	<input type="checkbox"/> Gatal-gatal	<input type="checkbox"/> tidak ada keluhan		
	<input type="checkbox"/> lain-lain:					
Diagnosis Medis :						
Riwayat HD lalu :						
Riwayat penyakit sekarang:						
Riwayat kesehatan lalu :						
Riwayat Alergi :	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Ada:.....				
Nyeri :	Tidak	Ya, Skala : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (lingkari yang sesuai).	Jenis :	Akut	Kronis	
Suhu :	°C	Nadi : x/menit	Tekanan darah: mmHg	Nafas : ...x/menit		
BB Pre HD :	kg	BB Post HD :	Kg	BB Kering : Kg	Kenaikan BB: kg	Tinggi Badan : cm
Jumlah urine 24 jam :	cc					
Jumlah intake cairan 24 jam:	cc					

Bagian 2 merupakan hasil pengkajian. Anda bisa melakukan pengkajian langsung (wawancara), studi dokumentasi, serta pemeriksaan fisik.

**Riwayat HD lalu** berisi tentang informasi proses hingga selesai HD sebelum HD saat ini. Contoh kasus: pasien HD 2 kali seminggu (Senin-Rabu). Saat ini pasien HD

ke-50, maka kita harus menanyakan proses HD yang ke-49. Silahkan tulis hasil pengkajian terkait keluhan, kendala, komplikasi, dan situasi atau kondisi saat HD ke-49.

**Riwayat Penyakit Sekarang** berisi informasi tentang penyakit yang dialami sejak muncul hingga harus melakukan HD saat ini.

**Riwayat Kesehatan Lalu** berisi informasi tentang penyakit yang pernah dialami (selain etiologi HD).

**BB (berat badan) Pre-HD** adalah hasil pengukuran BB sebelum HD dimulai (saat pasien datang)

**BB post HD** adalah hasil pengukuran BB setelah HD selesai (sebelum pasien meninggalkan ruangan HD).

**BB Kering** adalah berat badan yang dirasa paling nyaman oleh pasien, artinya pasien tidak ada keluhan.

### BAGIAN 3

Pemeriksaan Fisik	
Keadaan umum :	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Buruk <input type="checkbox"/> Lain-lain
Tingkat kesadaran :	<input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> koma
Konjungtiva :	<input type="checkbox"/> Tidak Anemis <input type="checkbox"/> Anemis <input type="checkbox"/> Lain-lain
Ekstremitas :	<input type="checkbox"/> Tidak Edema/dehidrasi <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Dehidrasi <input type="checkbox"/> Edema anarsaka
Akses Vaskuler :	<input type="checkbox"/> AV Shunt <input type="checkbox"/> Femoralis <input type="checkbox"/> HD Catheter
Hasil pemeriksaan lain (PF) :	

Bagian 3 berisi tentang pemeriksaan fisik. Keadaan umum bisa dilihat dari kondisi pasien.

**Akses vaskuler** diisi sesuai dengan jalur pembuluh darah yang digunakan untuk tindakan HD.

**Hasil pemeriksaan lain (pemeriksaan fisik/PF)** adalah data focus yang berhubungan dengan penyakit pasien dan proses HD.

#### BAGIAN 4

Skrining Gizi (NRS)					
Indek massa tubuh (IMT) < 20,5 ( $IMT = BB / TB^2$ )	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tdk	Penurunan asupan makan 1 minggu terakhir	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tdk
Kehilangan BB tidak direncanakan dalam 3 bulan terakhir	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tdk	Apakah pasien mengalami sakit berat	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tdk
<i>Jika ada satu jawaban ya maka disarankan asesmen lanjutan gizi (oleh bagian gizi)</i>					

Bagian 4 berisi tentang pengkajian status gizi.

#### BAGIAN 5

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Bagian 5 berisi tentang pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan ini berupa pemeriksanaan HB, zat besi, kadar ureum dan kreatinin. Hasil pemeriksaan lain yang dilakukan pada pasien, juga di tuliskan kedalam kolom ini.

## BAGIAN 6

Skринing Fungsional				Skринing Psikologis			
ADL :	<input type="checkbox"/> Mandiri	<input type="checkbox"/> Dibantu	<input type="checkbox"/> Tergantung Total	<input type="checkbox"/> Tenang	<input type="checkbox"/> Cemas	<input type="checkbox"/> Agitasi	
Hambatan komunikasi :	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Ada, Jelaskan .....				
Kebutuhan edukasi :	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Ada, Jelaskan .....				
Yang merawat di rumah :	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/>	Ada, Jelaskan : Keluarga				
Keyakinan/tradisi/budaya/ yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan							<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada : ...

Bagian 6 berisi tentang hasil skринing. Skринing fungsional terkait dengan kemampuan aktivitas sehari-hari, komunikasi, kebutuhan edukasi, adanya keluarga yang merawat di rumah serta keyakinan dan budaya yang mempengaruhi kondisi pasien.

Skринing psikologis terkait dengan kondisi mental pasien.

## BAGIAN 7

ASESMEN RISIKO JATUH					
No	Variabel	Nilai	Skor		
1	Riwayat jatuh	Kurang dari 3 bulan	25	TOTAL SKOR	
		Tidak ada atau > 3 bulan	0		
2	Kondisi kesehatan	>1 diagnosa penyakit	30		
		≤1 diagnosa penyakit	0		
3	Bantuan ambulasi	Perabot	30		Kesimpulan : <input type="checkbox"/> Tidak Berisiko (Skor 0 – 24) <input type="checkbox"/> Risiko Rendah (Skor 25 – 50) <input type="checkbox"/> Risiko Tinggi (Skor >51)
		Krug/tongkat/walker	15		
		Tidak ada/tirah baring	0		
4	Terapi heparin lock/iv	Terapi IV terus-menerus	20		
		Tidak	0		
5	Cara berjalan	Kerusakan (terganggu)	20		
		Lemah	10		
		Normal	0		
6	Status mental	Lupa keterbatasan	15		
		Sadar kemampuan diri	0		

Bagian 7 berisi tentang pengkajian resiko jatuh. Bagian skor diisi sesuai pengkajian dan total skor diisi hasil penjumlahan dari skor yang ada. Berikan juga kesimpulan yang berdasar pada total skor.



## BAGIAN 8

INSTRUKSI MEDIS		Dialisat :
<input type="checkbox"/> Inisiasi <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Pre-Op <input type="checkbox"/> SLED   .....		<input type="checkbox"/> Asetat <input type="checkbox"/> Bicarbonat
Durasi waktu : jam, QB : ml/mnt, QD : ml/mnt, UF Goal : ml		<input type="checkbox"/> Conductivity
Program Profiling : <input type="checkbox"/> Na : ..... <input type="checkbox"/> UF: ..... <input type="checkbox"/> Bicarbonat : .....		<input type="checkbox"/> Temperatur
HEPARINISASI : <input type="checkbox"/> Dosis Sirkulasi : .....iu <input type="checkbox"/> Dosis continue : .....iu <input type="checkbox"/> Dosis Awal : .....iu <input type="checkbox"/> Tanpa Heparin		LMWH: .....
Program Bilas NaCl 0,9% : .....		
Catatan lain : .....		TT & Nama Dokter

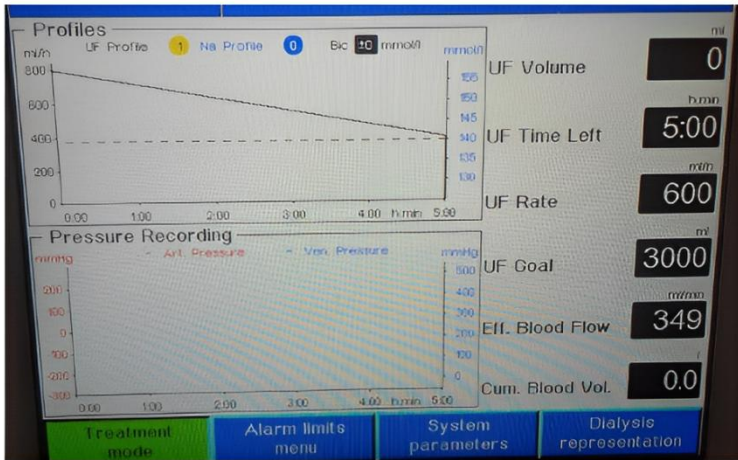
Bagian 8 berisi tentang program HD sesuai dengan instruksi dokter penanggung jawab.

**Program profiling** diisi dengan data sesuai dengan program dokter.

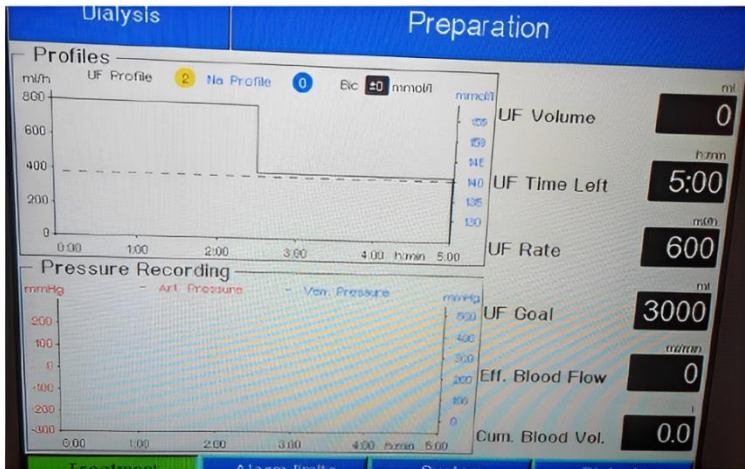
Natrium akan ditambahkan jika memang pasien ada kondisi kelainan pada natrium. Profiling natrium biasanya sejumlah 130-150ml (volume dapat dinaikan dan diturunkan sesuai kondisi pasien).

Profiling UF disesuaikan dengan kondisi pasien bisa di berikan 1, 2, 3, 4, 5 atau 6.

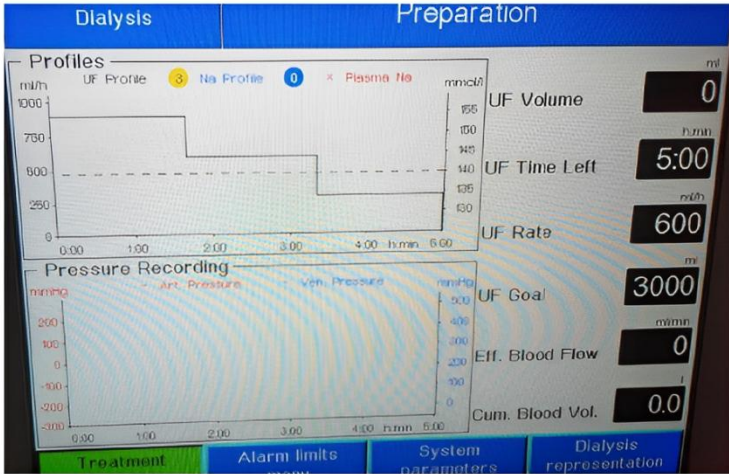
Heparinisasi diberikan sesuai dengan instruksi dan dituliskan jumlahnya (misal 2000iu atau 4000 iu)



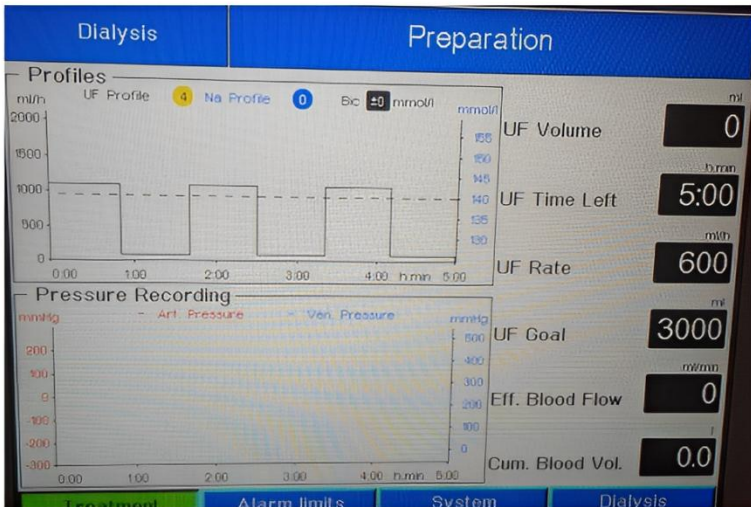
Gambar 1: Profile 1



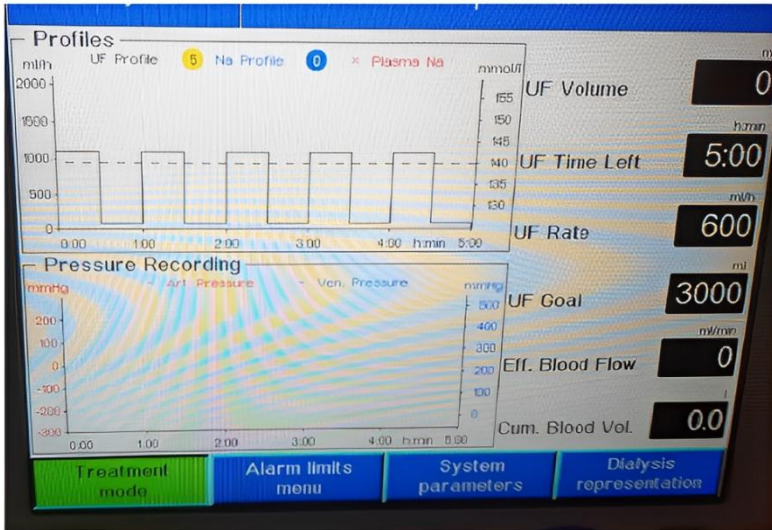
Gambar 2: Profile 2



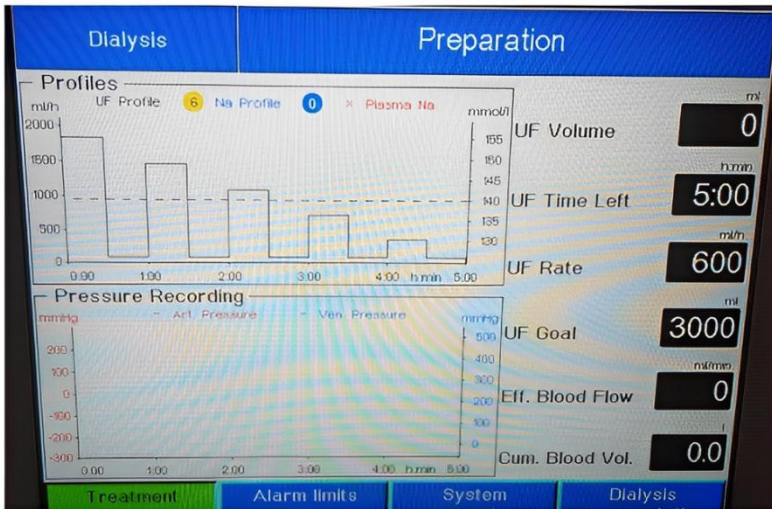
Gambar 3: Profile 3



Gambar 4: Profile 4



Gambar 5: Profile 5



Gambar 6: Profile 6

**Program bilas NaCl 0,9%** diisi jika pasien dilakukan HD dengan bebas heparin/free heparin. Pemberian bilas NaCl 0,9% dengan di alirkan langsung setiap 30 menit atau 1 jam sekali dengan volume 50-100 ml.

## BAGIAN 9

DISCHARGE PLANING
-------------------

Bagian 9 berisi tentang rencana pulang untuk pasien HD. Hal ini dapat berupa diet, dan pesan pulang lainnya.

## BAGIAN 10

OBSERVASI																			
Observasi	Jam	TD	Nadi	Suhu	RR	QB (ml/min)	UF Rate (ml)	UF Goal	AP/VP	TMP	CBV	EBV	Heparin	Intake(ml)				Out-Take (ml)	
														NaCl 0,9%	Diet 80%	Makan / minum	Lain Lain	UF Volume	

Bagian 10 berisi tentang data observasi selama proses HD.

Observasi tanda vital dilakukan setiap jam.

QB adalah Quick blood yang datanya dilihat di mesin HD

UF rate adalah ultrafiltration rate yang datanya dilihat di mesin HD

UF Goal adalah ultrafiltration goal yang datanya dilihat di mesin HD.

AP/VP adalah arterial pressure/venous pressure yang datanya dilihat di mesin HD.

TMP adalah transmembrane pressure yang datanya dilihat di mesin HD.

CBV adalah cumulative blood volume adalah banyaknya darah yang sudah tercuci. Artinya adalah darah yang sudah melewati dializer.

EBV adalah effectivity blood volume merupakan kecukupan volume darah arteri untuk mengisi kapasitas pembuluh darah. Jadi bisa diartikan kecukupan pengisian darah pada akses vaskuler, sehingga data pada EBV dapat dibandingkan dengan QB atau kecepatan aliran darah.

Heparin dapat dicatat sesuai dengan pemberian dalam ukuran unit.

## BAGIAN 11

Penyulit selama HD: <input type="checkbox"/> Masalah Akses <input type="checkbox"/> Kram otot <input type="checkbox"/> Aritmia <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Hipotensi <input type="checkbox"/> Demam <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> meringkang dingin <input type="checkbox"/> Sakit kepala <input type="checkbox"/> Hipokalemia <input type="checkbox"/> Gatal-gatal <input type="checkbox"/> Mual dan muntah <input type="checkbox"/> Nyeri dada <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	Total Intake (sisa priming, makan minum, wash out, transfuse darah dan lainnya):  UF Goal (data sesuai setting mesin awal):  Balance cairan (Intake-keluaran BB-Output)	Jumlah (UF Volume):  Balance UF Goal (UF Goal-UF Volume):
--	---	---

Bagian 11 berisi tentang resume cairan pasien HD.

**Sisa priming** adalah jumlah cairan yang masuk ke sirkulasi pasien pada proses awal HD.

**Wash out** adalah jumlah cairan yang masuk ke sirkulasi pasien pada proses akhir HD.