

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050190451  
 Nama Lengkap : Septian Mahyat  
 Unit/Divisi/Komite : Keperawatan  
 No. Telepon/Ext : 5006  
 E-mail :

Tanggal : 15 Mei 2023

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Catatan Keperawatan Tindakan & Scan Kontras  
 No/Kode Formulir : 159/F/RM/RSIH/V/2023  
 No/Kode RM\*\* : RM 9.3 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : I

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	- mngip
Proses PO :	-
Waktu :	-
Paraf  Y	

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

### Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

penyesuaian no RM di portal no RM 3.27 sama dengan  
 RM 3.27 Formulir Skema Infus

Tanda Tangan

Pemohon

*Septian Mahyat, A.Md.Kep*  
 (Septian Mahyat)  
 19050190451

Tanda Tangan

Penerima,

*Rahmi*  
 15/5/23

### Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
fu ipy bolak-balik		<i>Rahmi</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace Dilaksanakan		<i>Rahmi</i>	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Komite Keperawatan Rest & Unit Radioterapi	<i>Rahmi</i>
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengiriman sudah di server	<i>Hani</i> 15/5/23	tidak ada	<i>Rahmi</i> 15/5/23
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC, Cetak	<i>Septian Mahyat</i> 15/5/23 NIP. 14080287016	ACC	<i>dr. Muhammad Hasan, MARS</i> 15/5/23

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medik

001/F/SEKRE/RSIH/V/2022 (Rev.01)

159/F/RM/RSIH/V/2023 (Rev.01)

**Prosedur Tindakan**

Jam Masuk Ruang CT Scan : Pukul...../..... WIB

**Mulai Tindakan** : Pukul...../..... WIB**Keluhan** : .....**Keadaan Umum** : ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Berat**Kesadaran** : ..... **E:** ..... **M:** ..... **V:** .....

TTV (saat masuk) : TD : ..... mmHg Nadi : x/mnt Pernafasan:....X/mnt

Suhu : ..... °C SPO2 : %

Terapi Oksigen :

Lokasi Akses Intravena : Vena:..... IV Cath No:

**Alat-alat yang terpasang**

Status Cairan

Intake : Minum : ml Cairan Infus : ml Total Intake:..... ml

: Zat Kontras : ml Lain-lain : ml

Output : Urine : ml Lain-lain : ml Total Output:.....ml

: Muntah : ml

Terapi Farmakologi

1

2

**CATATAN KEPERAWATAN PASCA TINDAKAN CT SCAN KONTRAS**

Selesai Tindakan :

Observasi

Jam	TD	P	R	S	SPO2	Terapi O2	E	M	V	Kesadaran

Nyeri : ☐ Tidak Ada, Skor: ..... Metode ☐ WBF ☐ NRS ☐ BPS ☐ FLACC

Lokasi nyeri:.....

Risiko Jatuh : Skor:..... Metoda: ☐ Morse ☐ OMS ☐ Sidney ScoringTingkat Risiko ☐ Tidak ada ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Berat

Selesai Observasi

**HASIL PEMERIKSAAN YANG DISERAHKAN**

Film

Ekspertise

**Perawat CT Scan Kontras**

(.....)

Nama dan Tanda Tangan

**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR CATATAN KEPERAWATAN TINDAKAN CT-SCAN KONTRAS  
159/F/RM/RSIH/V/2023 (Rev.01)**

**1. PENGERTIAN**

Catatan keperawatan tindakan CT-Scan kontras adalah formulir yang digunakan oleh perawat ct-scan di unit radiologi ketika ada pasien yang akan melakukan pemeriksaan ct-scan kontras

**2. TUJUAN**

Untuk memberikan informasi dan dokumentasi mulai dari persiapan sampai selesai dilakukan pemeriksaan

**3. KEGUNAAN**

Untuk mengetahui riwayat pasien mulai dari mulai dari persiapan sampai selesai dilakukan pemeriksaan

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Dokter
- b. Perawat ct-scan

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form catatan keperawatan tindakan ct-scan kontras diisi oleh perawat ct-scan pada saat ada pasien yang akan melakukan pemeriksaan ct-scan kontras

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
<b>Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat CT-Scan
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai	Perawat CT-Scan
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat CT-Scan
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat CT-Scan
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat CT-Scan
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat CT-Scan
Rencana Tindakan	ceklist salah satu rencana tindakan yang akan dilakukan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• CT-Scan Kepala Dengan Kontras</li> <li>• CT-Scan Thorax Dengan Kontras</li> <li>• CT-Scan Abdomen kontras (Oral, Anal &amp; IV)</li> <li>• CT-Scan Abdomen + Kontras (Oral &amp; IV)</li> <li>• CT-Scan Orbita Dengan Kontras</li> <li>• CT-Scan Spine dengan Kontras</li> </ul>	Perawat CT-Scan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CT-Scan Cephalo Orbita Orbita Dengan Kontras</li> <li>• Lainnya,.....</li> </ul>	
<b>CHECKLIST PRA TINDAKAN CT SCAN</b>		
<b>VERIFIKASI PASIEN DAN DOKUMEN</b>		
Gelang Identitas	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Persetujuan Biaya	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Pemberian Informasi Medis (Inform)	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Persetujuan Tindakan Medis (Consent)	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Persetujuan Masuk Unit Khusus/Unit Intensif	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Rekam Medis	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Khusus Pasien dengan General Anestesi	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Konsul Dokter Anestesi	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Pemberian Informasi Tindakan Anestesi	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Persetujuan Tindakan Anestesi	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	
Konfirmasi Jadwal Tindakan Ked r. Anestesi	Cheklist Salah Satu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya</li> <li>• Tidak</li> </ul>	

PERSIAPAN FISIK PASIEN		
<b>*Khusus Untuk CT Abdomen</b>		
Pasien makan bubur kecap H-1 pemeriksaan	Ceklist Salah Satu : • Ya • Tidak	
Pemberian Obat pencabar H-1 pemeriksaan	Ceklist Salah Satu : • Pukul 20.00 pencabar oral (2 tablet) • Pukul 22.00 pencabar oral (2 tablet)	
Pemberian Obat pencabar pada hari pemeriksaan	Ceklist jika diberikan Obat Pencabar suppositoria	
Persiapan air mineral 1,5 liter	Ceklist Salah Satu : • Ya • Tidak	
Puasa	Ceklist Salah Satu : • Ya • Tidak	
Pasang Indus	Ceklist Salah Satu : • Ya • Tidak	
<b>Persiapan hasil penunjang (Wajib)</b>		
Hasil Pemeriksaan Ureum dan Kreatinin	Ceklist Salah Satu : • Ya • Tidak	
Hasil Penunjang Lain	Ceklist salah satu jika ada pemeriksaan penunjang lain : • USG Abdomen • Rontgen Abdomen	
<b>CATATAN KEPERAWATAN INTRA TINDAKAN CT SCAN</b>		
Safety Check list	Ceklist salah satu : • Ada • Tidak	
<b>Identitas Petugas CT Scan</b>		
Dokter Anestesi	Diisi dengan nama dokter anestesi yang menangani pasien tersebut	

Perawat/Penata Anestesi	Diisi dengan nama Perawat/Penata Anestesi yang menangani pasien tersebut	
Perawat CT Scan	Diisi dengan nama Perawat CT Scan yang menangani pasien tersebut	
Radiografer	Diisi dengan nama radiografer yang menangani pasien tersebut	
<b>Prosedur Tindakan</b>		
Jam Masuk Ruang CT Scan	Diisi jam pasien mulai masuk ruang pemeriksaan ct-scan	
<b>Mulai Tindakan</b>	Diisi jam mulai dilakukan tindakan ct-scan	
<b>Keluhan</b>	Diisi dengan keluhan pasien	
<b>Keadaan Umum</b>	Cheklis salah satu : • Ringan • Sedang • Berat	
Kesadaran	Diisi sesuai kesadaran pasien E : ..... M:.....V:.....	
TTV (saat masuk)	Diisi tanda-tanda vital pada saat pasien masuk ruangan ct-scan TD :.... mmHg Nadi L .....x/menit Pernapsan : .....x/menit Suhu :..... <sup>0</sup> c SPO2 :.....%	
Terapi Oksigen	Diisi jika pasien menggunakan oksigen	
Lokasi Akses Intravena	Diisi akses intravena yang terpasang di pasien , di vena sebelah mana dan nomornya berapa	
<b>Alat-alat yang terpasang</b>		
Status Cairan		
Intake	Diisi jenis cairan yang masuk ke tubuh pasien dan dijumlahkan totalnya : Minum ....ml Zat Kontras.....ml Cairan Infus.... ml Lain-lain.... ml Total Intake:..... ml	
Output	Diisi jenis cairan yang sudah keluar dari tubuh pasien :	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urine</li> <li>• Muntah</li> <li>• Lain-lain</li> <li>• Total Output:.....ml</li> </ul>	
Terapi Farmakologi	Diisi terapi apa saja yang sudah diberikan	
<b>CATATAN KEPERAWATAN PASCA TINDAKAN CT SCAN KONTRAS</b>		
Selesai Tindakan	Diisi jam berapa tindakan selesai dilakukan	
Observasi	Diisi dengan melakukan observasi setelah tindakan dilakukan : <b>Jam : selesai dilakukan tindakan</b> <b>TD : tensi setelah dilakukan tindakan</b> <b>P : setelah dilakukan tindakan</b> <b>R : Respirasi setelah dilakukan tindakan</b> <b>S : Suhu setelah dilakukan tindakan</b> <b>Spo2 : saturasi setelah dilakukan tindakan</b> <b>Terapi o2:</b> <b>E :</b> <b>M:</b> <b>V:</b> <b>Kesadaran :</b>	
Nyeri	Cheklist salah satu tidak atau ada, jika ada pilih salah satu metode <input type="checkbox"/> WBF <input type="checkbox"/> BPS <input type="checkbox"/> FLACC dan tunjukkan jika ada lokasi nyeri:.....	
Risiko Jatuh	Diisi risiko jatuh mulai dari skor nya berapa, dan pilih salah satu metode : <input type="checkbox"/> Morse <input type="checkbox"/> OMS <input type="checkbox"/> Sidney Scoring Pilih salah satu Tingkat Risiko Tidak ada <input type="checkbox"/> Ringan Sedang Berat	
<b>HASIL PEMERIKSAAN YANG DISERAHKAN</b>		



Film		
Ekspertise		
<b>Perawat CT Scan Kontras</b>	Diisi nama dan tanda tangan perawat	