

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050294443  
 Nama Lengkap : DWI ISHMI NOVANTI  
 Unit/Divisi/Komite : FARMASI  
 No. Telepon/Ext : 110/1109  
 E-mail : dwishmi2@gmail.com

Tanggal : 08.12.2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Formulir Resep  
 No/Kode Formulir : 011/F/FAR/RSIH/XII/2022  
 No/Kode RM\*\* : - (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 01

## Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 20  
 Buffer stock : 40  
 Proses PO : 2 minggu  
 Waktu :

Paraf



## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

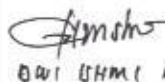
Untuk mempermudah dalam proses Telaah Resep sesuai standar PKPO Akreditasi RS

## Komponen Perubahan

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

Cap SIP dokter, kataan telaah Administrasi, farmasetik & klinik serta ket N. Petugas yang melakukan Dispensing dan Nama jelas + TTD pasien yang menerima obat

Tanda Tangan  
Pemohon,



DWI ISHMI N

Tanda Tangan  
Penerima,



Pani

## Masukan/Saran

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

Logistik

Tanda Tangan

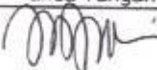
1/2 F4 1 P4



Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Tanda Tangan

ACC revisi - Revisi minor terlampir



Panitia Rekam Medik\*\*

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

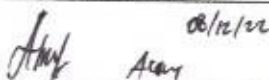
Rekam Medik\*\*

Tanda Tangan

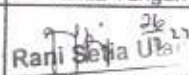
Kesekretariatan

Tanda Tangan

disetujui dengan ditandatangani



Ditandatangani



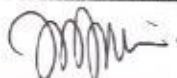
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan\*\*

Tanda Tangan

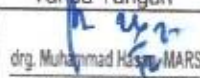
Direktur

Tanda Tangan

ACC



ACC




dr. Muhammad Husein MARS


NIP. 21110182632

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

		RESEP		
		BB/TB :		
Dokter,	Nama :			
	Tanggal Lahir :			
	Jenis Kelamin :			
	No RM :			
	Ruangan/Klinik :			
(Nama Jelas dan Tanda Tangan) Nomor SIP	DPJP :			
	Penjamin :			
Alergi :		Menyusui : Ya / Tidak		
Hamil : Ya/Tidak				
R/	ADMINISTRASI		Ya	Tidak
	Tanggal R/			
	Paraf Dokter			
	Identitas Pasien			
	BB/TB			
	FARMASETIK		Ya	Tidak
	Nama Obat			
	Kekuatan			
	Dosis & Jumlah Obat			
	Signa			
	AA/APOTEKER Verifikator			
	KLINIS		Ya	Tidak
	Duplikasi			
	Polifarmasi			
	Kontraindikasi			
	Interaksi			
	Dosis Tidak Lazim			
	Ketepatan Indikasi			
	APOTEKER Review			
	Tindak Lanjut - Keterangan			
	Informasi dan Edukasi		Ya	Tidak
	Kesesuaian Identitas Pasien			
	Nama Obat, Dosis, Jumlah			
	Bentuk Sediaan			
	Indikasi dan Aturan Pakai			
	Cara Penggunaan			
	ESO			
	Dispensing		Petugas	
	Penyiapan Obat			
	Pelabelan Obat			
	Penyerahan Obat			
	Penerima Informasi			

		RESEP		
		BB/TB :		
Dokter,	Nama :			
	Tanggal Lahir :			
	Jenis Kelamin :			
	No RM :			
	Ruangan/Klinik :			
(Nama Jelas dan Tanda Tangan) Nomor SIP	DPJP :			
	Penjamin :			
Alergi :		Menyusui : Ya / Tidak		
Hamil : Ya/Tidak				
R/	ADMINISTRASI		Ya	Tidak
	Tanggal R/			
	Paraf Dokter			
	Identitas Pasien			
	BB/TB			
	FARMASETIK		Ya	Tidak
	Nama Obat			
	Kekuatan			
	Dosis & Jumlah Obat			
	Signa			
	AA/APOTEKER Verifikator			
	KLINIS		Ya	Tidak
	Duplikasi			
	Polifarmasi			
	Kontraindikasi			
	Interaksi			
	Dosis Tidak Lazim			
	Ketepatan Indikasi			
	APOTEKER Review			
	Tindak Lanjut - Keterangan			
	Informasi dan Edukasi		Ya	Tidak
	Kesesuaian Identitas Pasien			
	Nama Obat, Dosis, Jumlah			
	Bentuk Sediaan			
	Indikasi dan Aturan Pakai			
	Cara Penggunaan			
	ESO			
	Dispensing		Petugas	
	Penyiapan Obat			
	Pelabelan Obat			
	Penyerahan Obat			
	Penerima Informasi			



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR RESEP  
011/F/FAR/RSIH/XII/2022 (Rev.01)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Resep adalah suatu permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi atau dokter hewan kepada Apoteker untuk membuatkan obat dalam bentuk sediaan tertentu dan menyerahkannya kepada pasien.

**2. TUJUAN**

Sebagai perwujudan akhir dari kompetensi, pengetahuan dan keahlian dokter dalam menerapkan pengetahuannya dalam bidang farmakologi dan terapi.

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk pada saat melakukan permintaan obat kepada Apoteker/Farmasi.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Dokter
- b. Dokter Spesialis
- c. Dokter Gigi
- d. Dokter Hewan

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form Racikan diisi oleh Perawat Poliklinik, Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan, Apoteker dan Asisten Apoteker

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Nama	Diisi dengan nama pasien atau stiker	Perawat Poliklinik
Jenis Kelamin	Diisi dengan jenis kelamin pasien atau stiker	Perawat Poliklinik
No RM	Diisi dengan No. RM pasien atau stiker	Perawat Poliklinik
Tanggal Lahir	Diisi dengan tanggal lahir pasien atau stiker	Perawat Poliklinik
BB/TB	Diisi dengan berat badan dan tinggi badan pasien atau stiker	Perawat Poliklinik
Nama Dokter	Diisi Nama jelas Dokter dan gelar atau stiker	Perawat Poliklinik
Ruang/Poli	Diisi Poliklinik tujuan pasien atau stiker	Perawat Poliklinik
Tanda Tangan	Diisi dengan tanda tangan Dokter Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep	Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep
Cap SIP	Diisi dengan Cap SIP Dokter Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep	Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep

Alergi	Diisi dengan alergi pasien apabila ada	Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep/Apoteker
Hamil	Diisi dengan keterangan apabila pasien sedang hamil	Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep/Apoteker
Menyusui	Diisi dengan keterangan apabila pasien sedang hamil	Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep/Apoteker
R/	Recipe diisi dengan nama obat kekuatan,dosis, jumlah obat dan signa/aturan pakai	Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi, Dokter Hewan penulis resep
Administrasi	Diisi dengan skrining administrasi	Apoteker
Tanggal R/	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila ada tanggal resep dibuat dan pada kolom "No" apabila tidak ada tanggal resep itu dibuat	Asisten Apoteker/Apoteker
Paraf Dokter	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat ttd/paraf dokter dan pada kolom "No" apabila tidak ada ttd/paraf Dokter.	Asisten Apoteker/Apoteker
Identitas Pasien	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat identitas pasien dan pada kolom "No" apabila tidak terdapat identitas pasien.	Asisten Apoteker/Apoteker
BB/TB	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat keterangan BB/TB pasien dan pada kolom "No" apabila keterangan BB/TB pasien atau bisa ditanyakan langsung pada pasien.	Asisten Apoteker/Apoteker
Farmasetik	Diisi dengan skrining farmasetik	Asisten Apoteker/Apoteker
Nama Obat	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila Nama obat ada dan jelas terbaca dan pada kolom "No" apabila Nama obat tidak ada atau tidak jelas terbaca.	Asisten Apoteker/Apoteker
Kekuatan	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat kekuatan sediaan obat dengan jelas dan pada kolom "No" apabila tidak terdapat kekuatan sediaan obat.	Asisten Apoteker/Apoteker
Dosis dan Jumlah Obat	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat dosis dan jumlah obat dengan jelas dan pada kolom "No" apabila tidak terdapat dosis dan jumlah obat	Asisten Apoteker/Apoteker
Signa	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat aturan pakai dengan jelas dan pada kolom "No" apabila tidak terdapat aturan pakai/tidak terbaca dengan jelas	Asisten Apoteker/Apoteker
AA/APOTEKER Verifikator	Diisi dengan Nama Jelas Asisten Apoteker/Apoteker yang melakukan skrining Farmasetik	Asisten Apoteker/Apoteker
Klinis	Diisi dengan skrining klinis	Asisten Apoteker/Apoteker

Duplikasi	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat 2 obat dengan indikasi yang sama/duplikat dan pada kolom "No" apabila tidak terdapat duplikasi	
Polifarmasi	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila pasien diresepkan $\geq 5$ jenis obat dan pada kolom "No" apabila resep $\leq 5$ jenis obat.	
Kontraindikasi	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat 2/lebih obat yang apabila diminum bersamaan menyebabkan kontraindikasi dan pada kolom "No" apabila tidak terdapat obat yang menyebabkan kontraindikasi satu dengan lainnya	
Interaksi	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila 2/lebih obat menyebabkan interaksi satu dengan lainnya dan pada kolom "No" apabila tidak terdapat interaksi obat.	
Dosis Tidak Lazim	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila terdapat dosis yang tidak sesuai takaran yang dapat memberikan efek terapi dan pada kolom "No" apabila dosis yang diberikan sudah sesuai dengan dosis terapi	
Ketepatan Indikasi	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila obat yang diberikan pada pasien memiliki indikasi yang tepat dan pada kolom "No" apabila obat yang diberikan pada pasien tidak sesuai dengan indikasi yang dimaksud sehingga tujuan akhir terapi tidak tercapai.	
APOTEKER review	Diisi dengan nama jelas Apoteker yang melakukan skrining klinis	
Tindak Lanjut-Keterangan	Diisi dengan tindak lanjut atau solusi yang diberikan ketika pada saat proses skrining terdapat temuan" yang dirasa tidak sesuai .	
Informasi dan Edukasi	Diisi dengan keterangan kenyataan dan kegiatan yang mendorong penambahan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan keterampilan pada pasien setelah diberi informasi oleh Apoteker	
Kesesuaian Identitas Pasien	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila obat telah diberikan kepada pasien yang tepat dan pada kolom "No" apabila tidak diberikan kepada pasien yang tepat.	
Nama Obat, Dosis, Jumlah	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila pasien telah diberikan informasi yang jelas mengenai nama	

	, dosis dan jumlah obat dengan jelas dan bisa di pahami dan pada kolom "No" apabila pasien tidak diberikan informasi yang jelas mengenai nama, dosis dan jumlah obat dengan jelas.	
Bentuk Sediaan	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila pasien telah diinformasikan mengenai bentuk sediaan obat yang didapatkan dan pada kolom "No" pasien tidak mendapatkan informasi mengenai bentuk sediaan obat yang di dapatkan.	
Indikasi dan Aturan Pakai	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila pasien telah diinformasikan mengenai Indikasi dan Aturan Pakai obat yang didapatkan dan pada kolom "No" pasien tidak mendapatkan informasi Indikasi dan Aturan Pakai obat yang di dapatkan.	
Cara Penggunaan	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila pasien telah diinformasikan cara penggunaan obat yang didapatkan dan pada kolom "No" pasien tidak mendapatkan cara penggunaan obat dengan jelas yang didapatkan.	
ESO	Diisi dengan ceklis pada kolom "Yes" apabila pasien telah diinformasikan cara penggunaan obat yang didapatkan dan pada kolom "No" pasien tidak mendapatkan cara penggunaan obat dengan jelas yang didapatkan.	
Dispensing	Diisi dengan Nama Petugas Farmasi yang melakukan dispensing obat	
Penyiapan Obat	Diisi dengan Nama Petugas Farmasi yang melakukan penyiapan obat/pengambilan obat dan peracikan obat	
Pelabelan Obat	Diisi dengan Nama Petugas Farmasi yang melakukan pelabelan obat/etiket obat dan memasukan obat kedalam plastik klip	
Penyerahan Obat	Diisi dengan Nama Petugas Farmasi yang melakukan penyerahan obat/Pelayanan Informasi Obat.	