Lampiran 1

Form PIO

PELAYANAN INFORMASI OBAT
INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT BETHESDA
Jl. Jenderal Sudirman 70 Yogyakarta (0274) 586688, PSW 1608, 1602, 1601
Fac.(0274) 563312, E-mail : farmasibethesdayk@yahoo.com, Website: http://farmasibethesdayk.tripod.com

Depart/ Unit : Tgl : Jam pertanyaan masuk : No

Pertanyaan diajukan oleh :
Nama :
Profesi : Dokter ( ) Farmasis ( ) Perawat ( ) Umum ( ) Mahasiswa/Pelajar ( ) Lain ( )
Instansi/Alamat :
Melalui : Langsung ( ) Surat ( ) Telepon ( ) No :
Facsimile ( ) No : E-mail ( ) alamat :

Pertanyaan :
Pertanyaan asli :

Pertanyaan sesungguhnya :

Data Pendukung :
1. Identitas pasien :
   Nama pasien : L/P Umur : No. Reg/RM :
2. Diagnosa terbaru : Diagnosa sebelumnya :
3. Hasil Pemerisaan Laborarorium :
4. Obat/Resep :
5. Materi yang dikirim :

Kategori Pertanyaan : *Patient Care* ( ) Penelitian ( ) Pendidikan ( ) Umum ( )

Identifikasi	( )	Efek samping	( )	Toksisitas	( )	.....	( )
Ketersediaan	( )	Interaksi obat	( )	Aturan penggunaan	( )	.....	( )
Informasi umum	( )	Kompatibilitas	( )	Cara penyiapan	( )	.....	( )
Formulasi	( )	Obat pilihan/efikasi	( )	Penyimpanan	( )	.....	( )
Dosis	( )	Farmakokinetik	( )	Alergi	( )	.....	( )

Referensi acuan untuk menjawab : Verbal ( ) Tertulis ( ) Lain ( )

Komentar/ Jawaban :

Oleh Apoteker PIO : Tgl dan jam jawaban keluar : Materi sudah dikembalikan :

(.....)

Lampiran 2

Form MESO

LEMBAR MESO

INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA

Pasien

	Rawat Inap	Rawat Jalan	IGD
Ruangan/Klinik			

No. RM : _____ No Resep _____

Nama : _____ Jenis Kelamin P/L

Bila P : Hamil/Menyusui/Tidak Hamil/Tidak Menyusui/Kontrasepsi/Tidak Tahu

Umur : _____ (Th/bln/hari) Berat Badan : _____Kg

Alamat : _____

No.Telp/Hp : _____

Dokter : _____ Diagnosis: _____

Penyakit/kondisi lain yang menyertai (beri tanda X)

□gangguan ginjal □gangguan hati □alergi □kondisi medis lainnya □ faktor industri,pertanian,kimia,dll

ESO

Bentuk/manifestasi ESO yang terjadi	Saat/tgl/jam mulai terjadi	Kesudahan ESO (beri tanda X) Tanggal/jam:_____/_____
		○ Sembuh ○ Meninggal ○ Sembuh dg Gejala sisa ○ Belum sembuh ○ Tidak tahu

Riwayat ESO yang pernah dialami : _____

_____

_____

OBAT (yang digunakan sebelum terjadi reaksi)

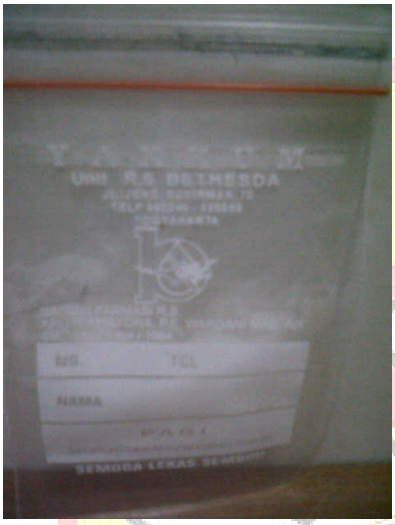
Nama Obat (nama dagang&kek,beri tanda * pada obat yg dicurigai	Bentuk	Nama generik	Pemberian				Indikasi
			Cara	Dosis/waktu	Tgl/jam mulai	Tgl/jam akhir	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

NARANJO ADVERSE DRUG REACTION PROBABILITY SCALE

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak tahu/tidak jelas	Skor	Keterangan
1	Apakah sebelumnya terdapat laporan mengenai reaksi yang sama?	+1	0	0		
2	Apakah kejadian tidak diharapkan muncul setelah penggunaan obat yang diduga menimbulkan reaksi yang tidak diharapkan?	+2	1	0		
3	Apakah reaksi obat yang tidak diharapkan membaik bila penggunaan obat dihentikan atau pasien diberikan antagonis spesifik?	+1	0	0		
4	Apakah reaksi obat muncul kembali bila obat digunakan lagi?	+2	-1	0		
5	Apakah terdapat penyebab lain (selain obat) yang secara mandiri dapat menyebabkan reaksi?	-1	+2	0		
6	Apakah reaksi timbul kembali bila pasien diberi plasebo?	-1	+1	0		
7	Apakah obat terdeteksi dalam darah (atau cairan lainnya) dalam konsentrasi yang diketahui dapat menimbulkan efek toksik?	+1	0	0		
8	Apakah reaksi semakin parah bila dosis obat dinaikkan, atau keparahan berkurang bila dosis obat diturunkan?	+1	0	0		
9	Apakah pasien mengalami reaksi serupa pada penggunaan obat yang serupa pada paparan sebelumnya?	+1	0	0		
10	Apakah Kejadian Tidak Diharapkan didukung oleh adanya bukti objektif?	+1	0	0		
TOTAL NILAI =						
NILAI Adverse event possible = 1-4						
Probable = 5-8						
Definite = 9 atau lebih						
Maximum possible score = 13						

Lampiran 3

Embalase ODD



Embalage bening untuk pagi hari

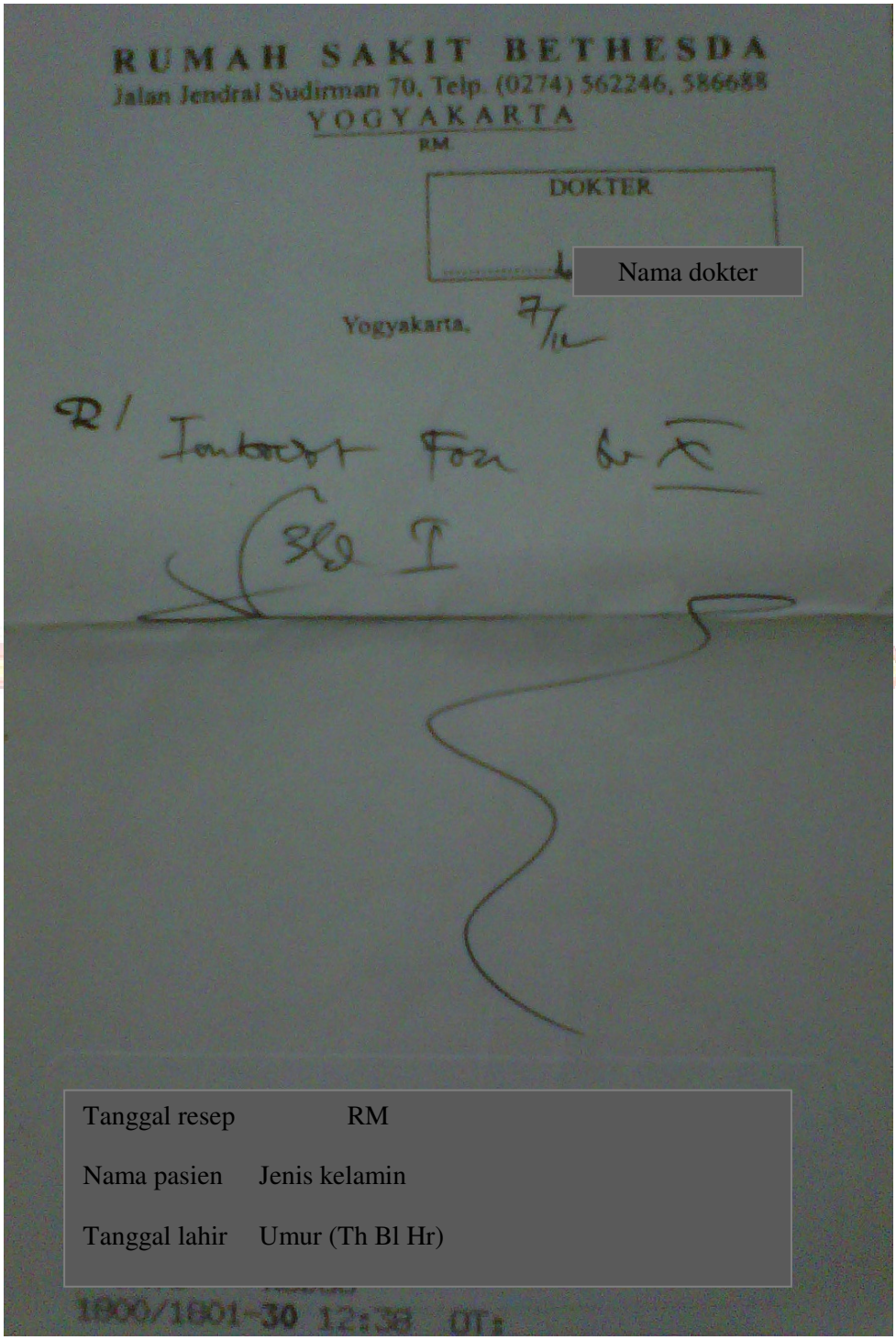
Embalage hijau untuk siang hari

Embalage biru untuk sore hari

Embalage merah untuk malam hari

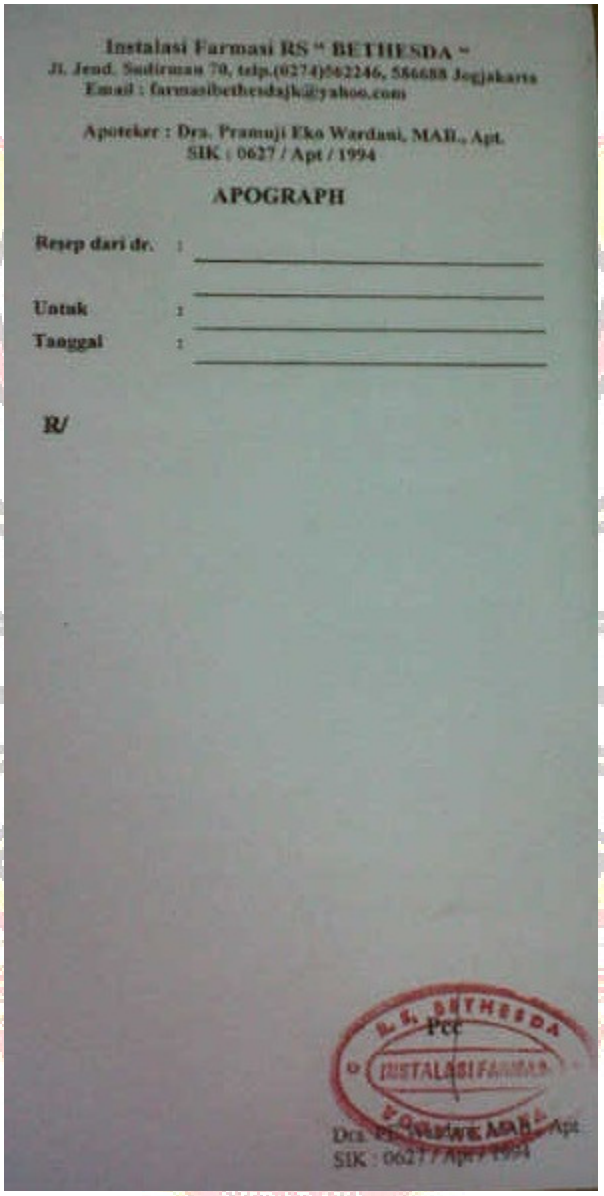
Lampiran 4

Resep



Lampiran 5

Copy Resep



Instalasi Farmasi RS " BETHESDA "
Jl. Jend. Sudirman 70, telp.(0274)562246, 586688 Jogjakarta
Email : farmasibethesdajk@yahoo.com

Apoteker : Dra. Pramuji Eko Wardani, MAB., Apt.
SIK : 0627 / Apt / 1994

APOGRAPH

Resep dari dr. :

Untuk :

Tanggal :

R/

Pcc

RS. BETHESDA
INSTALASI FARMASI
YOGYAKARTA

Dra. Pramuji Eko Wardani, MAB., Apt.
SIK : 0627 / Apt / 1994

Lampiran 6

Macam-Macam Etiket

Lampiran 7

Kartu Stok Gudang

INSTALASI FARMASI
RS BETHESDA
YOGYAKARTA

Nama Barang :
Nama Pabrik :
Kemasan :

Tanggal	Masuk	KELUAR					SISA	Keterangan	Paraf
		FP	FT	SK	OPRS	Lain-2			

Lampiran 8

Kartu Stok OKT

RS BETHESDA
YOGYAKARTA

SETIAP PENGAMBILAN MOHON DITULISKAN :
Ruang, Nama Px, No Register, Paraf & Nama

NAMA BARANG

TGL	M	K	STOCK	KETERANGAN

Lampiran 9

Kartu IR dan DO

Rumah Sakit Bethesda
Jl.Jend. Sudirman No. 70
Yogyakarta 55224
Telp. (0274) 562246, 586838 (Hunting) Fax. (0274)

BUKTI PEMBERIAN PERBEKALAN FARMASI

Dari : FA. GUDANG PUSAT — Nomor DO11121706020180
Ke : FA. RAWAT INAP PUSAT — Nomor IR11121706020183
Ref.Dok. — Tgl. DO : 17/12/2011

No.	Barang	Jml IR	Jml. DO	Satuan
1.	PARACETAMOL 1/5 TAB. PULV	120.00	60.00	SACHET

Tgl cetak :17/12/2011 04:03:40

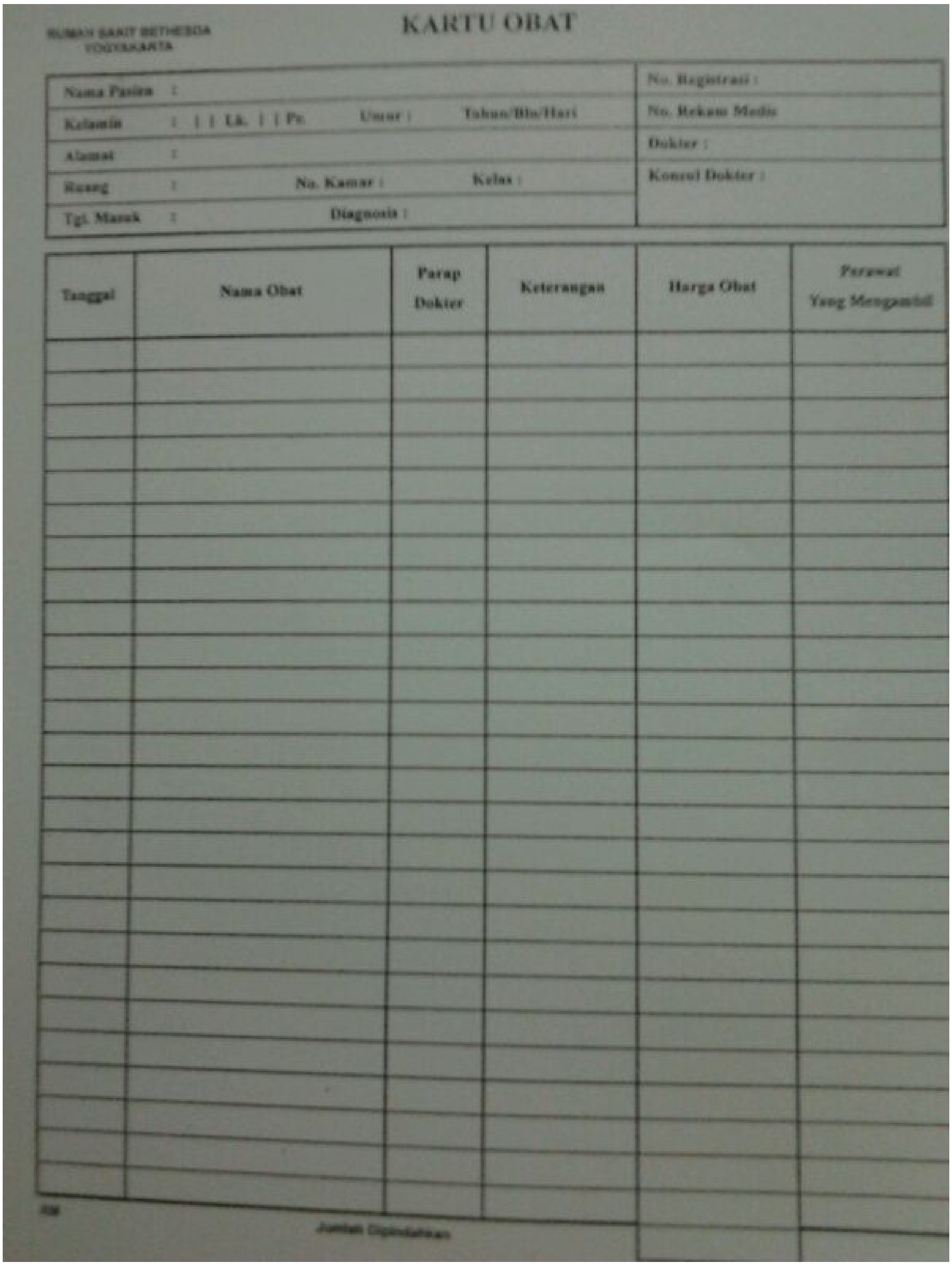
Pemberi — Pengirim — Penerima

(Edward) — ..... — .....

UNIVERSITAS KATOLIK WIDYA MANDALA SURABAYA

Lampiran 10

Form Kartu Obat



RUMAH SAKIT BETHESDA
YOGYAKARTA

KARTU OBAT

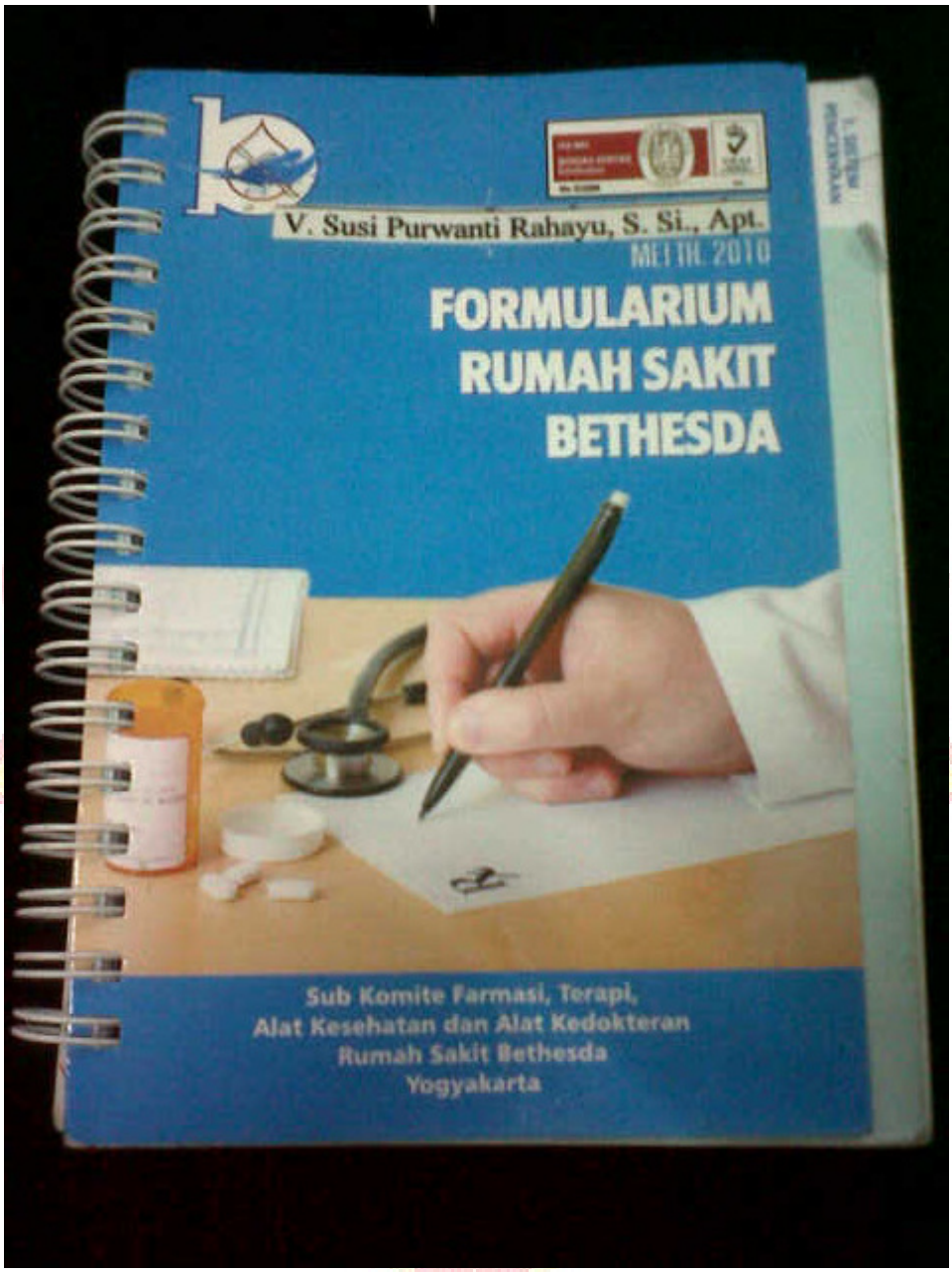
Nama Pasien :	No. Registrasi :
Kelamin : [ ] Lk. [ ] Pr. Umur : Tahun/Bln/Hari	No. Rekam Medis
Alamat :	Dokter :
Ruang : No. Kamar : Kelas :	Konsul Dokter :
Tgl. Masuk : Diagnosis :	

Tanggal	Nama Obat	Parap Dokter	Keterangan	Harga Obat	Perawat Yang Mengambil

Jumlah Dipindahkan

Lampiran 11

Cover Formularium RS.Bethesda



Lampiran 12

Kuesioner DUE

K U E S I O N E R

Kepada

Yth. Bpk/Ibu/Sdr/I pelanggan

RS Bethesda Yogyakarta

Dengan hormat,

Dalam rangka peningkatan pelayanan kami kepada pelanggan RS Bethesda, maka kami mengadakan mini survey sehubungan pelayanan obat TBC. Mohon kerjasama Bapak/Ibu demi validitas dan hasil sebagai pijakan perbaikan pelayanan kami. Kami sangat menghormati kerahasiaan profesi sehingga semua data yang Bapak/Ibu berikan akan kami jaga sebaik-baiknya. Terima kasih atas kerjasamanya.

Yogyakarta, November 2011

Hormat kami,

Apoteker klinik – Inst Farmasi RS Bethesda

Data Pribadi

Petunjuk

1. Umur : .....
2. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki
   : ☐ Perempuan
3. Pendidikan terakhir :
   ☐ SD
   ☐ SMP
   ☐ SMA atau sederajat
   ☐ Diploma
   ☐ S1 (sarjana)
   ☐ Pascasarjana atau lebih
   lain-lain .....
4. Pekerjaan : ☐ Pelajar/Mahasiswa
   ☐ Pegawai negeri sipil
   ☐ Karyawan swasta
   ☐ Wiraswasta
   ☐ Profesional
   ☐ Pensiunan
   lain-lain .....
5. Penghasilan perbulan : ☐ kurang 1.000.000
   ☐ 1.000.000 - 2.000.000
   ☐ 2.000.000 ≤ x <3.000.000
   ☐ lebih 3.000.000
   lain-lain .....
6. Riwayat pengobatan : ☐ pasien baru
   ☐ kambuhan
   ☐ putus berobat
   ☐ gagal pengobatan

Petunjuk Pengisian

Berilah tanda silang (**X**) pada kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan pendapat anda. Isilah semuanya dengan baik, jangan sampai ada pernyataan yang terlampaui atau tidak diisi.

No.	PERNYATAAN	JAWABAN	
1.	Saya terdiagnosis TBC?	☐ Ya	☐ Tidak
2.	Saya sedang mengkonsumsi obat TBC? (Program / 4FDC Rimstar/Rifampicin+INH+PZT dan/atau Etambutol)	☐ Ya	☐ Tidak
		SETUJU	**TIDAK SETUJU**
3.	Saya memahami cara penggunaan obat TBC (waktu, dosis, jumlah, aturan pakai)		
4.	Saya rutin mengkonsumsi obat TBC		
5.	Saya rutin melakukan kontrol di klinik paru Bethesda		
6.	Saya pernah melakukan tes laboratorium terkait dengan pengobatan TBC (BTA, foto *thorax*)		
7.	Saya mengkonsumsi obat sesuai dengan lama pakai yang ditentukan.		
8.	Saya telah menerima informasi yang jelas mengenai obat TBC yang saya terima		
9.	Saya memahami khasiat masing – masing obat		
10.	Saya memahami efek samping obat TBC yang saya konsumsi		

Pola pengobatan

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
1.	Berapa lama Anda mengidap TBC?	☐ 1-2 bulan ☐ 2-4 bulan ☐ 4-6 bulan ☐ >6 bulan
2.	Berapa lama Anda mengkonsumsi obat TB?	☐ 1-2 bulan ☐ 2-4 bulan ☐ 4-6 bulan ☐ >6 bulan
3.	Obat apa sajakah yang ada dapatkan dari klinik paru RS Bethesda?	☐ Isoniazid, Rifampicin, Piracinamid,Ethambutol ☐ Isoniazid, Rifampicin ☐ Isoniazid, Rifampicin, Piracinamid,Ethambutol
4.	Jadwal rutin kunjungan/kontrol	☐ Sebulan 1x ☐ Sebulan 2x ☐ Dua bulan 1x ☐ Tiga bulan 1x
5.	Pengobatan yang saya dapatkan	☐ Kombipak ☐ Kombinasi Dosis Tetap
6.	Hasil BTA 2 bulan pertama	☐ Positif ☐ Negatif ☐ Tidak mengetahui
7.	Efek samping yang pernah saya alami ketika mengkonsumsi obat TBC	☐ Tidak nafsu makan, mual, sakit perut ☐ Nyeri sendi ☐ Kesemutan hingga rasa terbakar di kaki ☐ Warna kemerahan pada air seni ☐ Gatal dan kemerahan pada kulit ☐ Tuli ☐ Gangguan keseimbangan ☐ Gangguan penglihatan Lain-lain……..

Penggunaan Obat

1. Apakah anda mengkonsumsi obat secara teratur?
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak
2. Berkenaan dengan pertanyaan sebelumnya, sebutkan alasan kenapa anda menggunakan obat secara teratur atau tidak teratur?

   .....

   .....
3. Apakah jumlah obat yang anda terima sudah sesuai dengan resep yang dituliskan?
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak
4. Dari mana saja anda mendapatkan informasi tentang obat yang anda gunakan (boleh menjawab lebih dari satu)?
   - ☐ Apoteker
   - ☐ Keluarga
   - ☐ Dokter
   - ☐ Teman
   - ☐ Perawat
   - ☐ Sesama pasien
   - ☐ Sumber lain (.....)
5. Apakah ada pengawas penelan obat untuk diri anda?
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak
6. Apakah anda mengalami kesulitan dalam menggunakan obat yang anda konsumsi?
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak
7. Jika jawaban diatas "ya", sebutkan kesulitan apa saja yang anda alami dalam menggunakan obat yang anda konsumsi?

   .....

   .....
8. Pernahkah Anda melakukan foto *thorax* setelah 2 bulan pengobatan?
   - ☐ Ya
   - ☐ Tidak

   jika ya, bagaimana hasilnya?

……..November 2011

TERIMAKASIH