

LAMPIRAN
Lampiran 1 Lembar kerja pengamatan

No Resep	Adminitratif Resep										Farmasetik Resep	
	Nama Pasien	Umur Pasien	Jenis Kelamin Pasien	Berat Badan Pasien	Nama Dokter	SIP	Alamat Dokter	No Telepon Dokter	Paraf Dokter	Tanggal Penulisan Resep	Bentuk Sediaan	Kekeuatan sediaan
1		✓	✓	✓				✓				✓
2			✓	✓	✓	✓	✓					✓
3				✓		✓		✓				✓
4		✓	✓	✓								✓
5		✓	✓	✓		✓						✓
6				✓		✓		✓			✓	✓
7				✓		✓		✓			✓	✓
8		✓	✓	✓		✓			✓		✓	
9			✓	✓		✓					✓	
10		✓		✓		✓		✓				✓
11		✓		✓		✓					✓	✓
12			✓			✓					✓	
13		✓	✓	✓						✓		✓
14				✓		✓						✓
15		✓		✓		✓						✓
16				✓								✓
17			✓								✓	✓
18				✓						✓		
19		✓	✓	✓							✓	✓
20			✓	✓							✓	
21			✓	✓								

No Resep	Administratif Resep										Farmasetik Resep	
	Nama Pasien	Umur Pasien	Jenis Kelamin Pasien	Berat Badan Pasien	Nama Dokter	SIP	Alamat Dokter	No Telepon Dokter	Paraf Dokter	Tanggal Penulisan Resep	Bentuk Sediaan	Kekeuatan sediaan
22				✓							✓	✓
23			✓	✓								
24				✓								
25			✓	✓								✓
26			✓			✓				✓		✓
27			✓									
28				✓		✓						✓
29		✓		✓		✓			✓		✓	✓
30								✓				✓
31		✓	✓	✓		✓			✓			✓
32		✓	✓	✓		✓						✓
33		✓	✓	✓		✓						✓
34		✓		✓								✓
35				✓							✓	✓
36				✓								✓
37			✓	✓							✓	✓
38				✓								✓
39				✓								
40		✓	✓	✓		✓						✓
41		✓	✓									✓
42		✓	✓	✓		✓					✓	✓
43		✓	✓	✓		✓						✓
44				✓		✓					✓	✓

No Resep	Administratif Resep										Farmasetik Resep	
	Nama Pasien	Umur Pasien	Jenis Kelamin Pasien	Berat Badan Pasien	Nama Dokter	SIP	Alamat Dokter	No Telepon Dokter	Paraf Dokter	Tanggal Penulisan Resep	Bentuk Sediaan	Kekeuatan sediaan
45				✓		✓						✓
46		✓		✓		✓						✓
47		✓	✓	✓								
48				✓							✓	
49				✓		✓					✓	
50				✓	✓	✓						✓
51				✓								
52				✓								
53			✓	✓		✓						
54			✓	✓		✓						✓
55				✓		✓						✓
56			✓	✓								✓
57		✓		✓		✓					✓	✓
58				✓								
59				✓							✓	✓
60			✓	✓								
61			✓	✓								
62				✓								
63			✓	✓								
64			✓	✓								
65		✓	✓	✓		✓						✓
66			✓	✓								
67		✓	✓	✓								✓

No Resep	Administratif Resep										Farmasetik Resep	
	Nama Pasien	Umur Pasien	Jenis Kelamin Pasien	Berat Badan Pasien	Nama Dokter	SIP	Alamat Dokter	No Telepon Dokter	Paraf Dokter	Tanggal Penulisan Resep	Bentuk Sediaan	Kekeuatan sediaan
68				✓		✓						✓
69			✓	✓								✓
70		✓	✓	✓		✓					✓	✓
71				✓								✓
72		✓	✓	✓		✓					✓	✓
73				✓								✓
74				✓								
75				✓							✓	
76				✓							✓	✓
77		✓	✓	✓		✓						✓
78				✓								✓
79		✓	✓	✓		✓					✓	
80		✓	✓	✓							✓	
81		✓		✓		✓					✓	
82				✓		✓					✓	✓
83				✓		✓					✓	
84		✓	✓	✓		✓					✓	
85		✓	✓	✓							✓	✓
86				✓							✓	✓
87				✓		✓						✓
88				✓		✓						✓
89				✓		✓						✓
90				✓		✓						

No Resep	Administratif Resep										Farmasetik Resep	
	Nama Pasien	Umur Pasien	Jenis Kelamin Pasien	Berat Badan Pasien	Nama Dokter	SIP	Alamat Dokter	No Telepon Dokter	Paraf Dokter	Tanggal Penulisan Resep	Bentuk Sediaan	Kekeuatan sediaan
91				✓		✓					✓	
92				✓							✓	
93				✓		✓						✓
94				✓		✓					✓	✓
95				✓		✓						✓
96				✓		✓						✓
97				✓		✓						✓
98				✓								✓
99				✓		✓						✓
100			✓			✓						✓
101			✓	✓								✓
102		✓		✓								
103				✓							✓	✓
104				✓							✓	✓
105				✓								
106				✓								✓
107				✓								✓
108				✓								✓
109				✓								
110		✓		✓								✓
111				✓								✓
112		✓		✓							✓	✓
113				✓								✓

No Resep	Administratif Resep										Farmasetik Resep	
	Nama Pasien	Umur Pasien	Jenis Kelamin Pasien	Berat Badan Pasien	Nama Dokter	SIP	Alamat Dokter	No Telepon Dokter	Paraf Dokter	Tanggal Penulisan Resep	Bentuk Sediaan	Kekeuatan sediaan
114				✓								✓
115				✓								✓
116						✓						✓
117				✓		✓						✓
118		✓		✓								✓
119				✓								
120				✓								
121				✓								✓
122				✓		✓					✓	✓
123				✓							✓	
124				✓		✓						✓
125				✓		✓					✓	✓
126		✓		✓								✓
127			✓	✓								✓
128				✓							✓	✓
129			✓	✓								✓
130				✓							✓	✓
131			✓	✓				✓			✓	
132		✓		✓		✓		✓				✓
133		✓	✓	✓		✓		✓			✓	✓
134				✓				✓				✓
134			✓	✓					✓		✓	✓
135				✓		✓			✓		✓	

No Resep	Administratif Resep										Farmasetik Resep	
	Nama Pasien	Umur Pasien	Jenis Kelamin Pasien	Berat Badan Pasien	Nama Dokter	SIP	Alamat Dokter	No Telepon Dokter	Paraf Dokter	Tanggal Penulisan Resep	Bentuk Sediaan	Kekeuatan sediaan
136		✓		✓		✓			✓		✓	✓
137				✓								
138				✓							✓	
139			✓	✓				✓				✓
140			✓	✓								✓
141		✓	✓	✓								✓
142				✓							✓	✓
143			✓	✓				✓				
144				✓								✓
145			✓	✓					✓		✓	
146				✓								
147				✓								
148				✓								
149				✓		✓					✓	✓
150				✓		✓						✓
151				✓								✓
152		✓		✓								
153				✓								✓
154				✓								✓
155				✓								✓
∑	0	41	55	145	2	63	1	12	7	3	51	107
%	0%	26%	35%	94%	1%	41%	1%	8%	5%	2%	33%	69%



Lampiran 2 Contoh resep

NON KRONIS

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Klinik
Bunga Melati
Jl. Jk. Suroboyo No. 23 Telp. (041) 23271 Malang

Resep Rawat Jalan Tingkat I
Khusus Peserta PT BPJS

Tgl. 25/05/2022
Tanda Tangan

dr. A. [redacted] pus
NAMA TERANG

1/ amoxicillin 500 mg / 3x1

4/ Nactiklopende 500 mg / 3x1

Nama Pasien : Ipa Shania Tanggal Lahir : 6/11/95
Jenis Kelamin : P Berat Badan :
No. RM : B5 07192009 PT. BPJS :
Pelayanan Obat : NY084545

Tidak ada kekuatan
sediaan

Tidak ada berat
badan pasien

RSIA [redacted] MALANG
Jalan Mayjen H. Soedibyo Malang
Telp. (041) 754075
Email: rsia@pusatita.com

APDITER
SIPA
NAMA SIMAN LITAM
COPY RESEP

Tanggal: [redacted]
Dokter: [redacted]
Dibuat Tanggal: [redacted]
Lulus: [redacted]

R/ Nethelopranide 10 mg tab no 3
s-s dd 1 ndo

pcc

Tidak ada umur pasien