

DAFTAR STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
INSTALASI FARMASI
RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	SUPERVISI PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/6/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Supervisi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai adalah supervisi yang berhubungan dengan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, termasuk obat emergensi, B3, narkotik psikotropik, dan gas medis di unit-unit farmasi.	
TUJUAN	Menjamin agar pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai termasuk obat emergensi, B3, narkotik psikotropik, dan gas medis sesuai standar.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi melakukan penilaian terhadap sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai termasuk obat emergensi, B3, narkotik psikotropik, dan gas medis sesuai standar. Penilaian meliputi: a) identitas sediaan farmasi b) kondisi c) pengelompokkan penyimpanan d) tempat penyimpanan e) suhu dan kelembaban tempat penyimpanan f) kebersihan tempat penyimpanan g) keamanan tempat penyimpanan 2. Petugas farmasi mengisi hasil penilaian di formulir sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dengan menuliskan nama dan paraf. Jika hasil penilaian tidak memenuhi standar, petugas farmasi segera melaporkan ke koordinator / penanggung jawab unit untuk ditindaklanjuti.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	SUPERVISI PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/6/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	3. Koordinator / penanggung jawab unit melakukan supervisi hasil laporan penilaian disertai menuliskan nama dan tanda tangan. 4. Koordinator / penanggung jawab unit melaporkan hasil supervisi ke Kepala Instalasi Farmasi. 5. Kepala Instalasi Farmasi melakukan supervisi hasil laporan Koordinator / penanggung jawab unit disertai menuliskan nama dan tanda tangan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi		

Lampiran 1. Formulir Supervisi Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai

Form Supervisi Pengelolaan Sediaan Koordinator



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN
PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN
Jl. Kebumen Raya - Muktisari Kebumen Telpn : (0287) 3873318
Faxs : (0287) 385274 Email : rsud@kebumenkab.go.id
Website : https://rsudrsoedirman.kebumenkab.go.id Kode Pos 54351

SUPERVISI PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
KOORDINATOR

RUANG :
BULAN :

NO	URAIAN SUPERVISI	Kesesuaian dengan standar penyimpanan				
		Minggu ke 1	Minggu ke 2	Minggu ke 3	Minggu ke 4	Minggu ke 5
A.	Sediaan Farmasi					
1	Identitas Sediaan Farmasi					
2	Kondisi saat dinilai					
3	Pengelompokkan penyimpanan					
4	Suhu dan kelembaban tempat penyimpanan					
5	Kebersihan tempat penyimpanan					
6	Keamanan tempat penyimpanan					
B.	Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai					
1	Identitas Sediaan Farmasi					
2	Kondisi saat dinilai					
3	Pengelompokkan penyimpanan					
4	Suhu dan kelembaban tempat penyimpanan					
5	Kebersihan tempat penyimpanan					
6	Keamanan tempat penyimpanan					
C.	Obat Emergensi					
1	Identitas Sediaan Farmasi					
2	Kondisi saat dinilai					
3	Pengelompokkan penyimpanan					
4	Suhu dan kelembaban tempat penyimpanan					
5	Kebersihan tempat penyimpanan					
6	Keamanan tempat penyimpanan					
D.	Bahan Berbahaya dan Beracun (B3)					
1	Identitas Sediaan Farmasi					
2	Kondisi saat dinilai					
3	Pengelompokkan penyimpanan					
4	Suhu dan kelembaban tempat penyimpanan					
5	Kebersihan tempat penyimpanan					
6	Keamanan tempat penyimpanan					
E.	Narkotik dan Psikotropik					
1	Identitas Sediaan Farmasi					
2	Kondisi saat dinilai					
3	Pengelompokkan penyimpanan					
4	Suhu dan kelembaban tempat penyimpanan					
5	Kebersihan tempat penyimpanan					
6	Keamanan tempat penyimpanan					
F.	Gas Medis					
1	Identitas Sediaan Farmasi					
2	Kondisi saat dinilai					
3	Pengelompokkan penyimpanan					
4	Suhu dan kelembaban tempat penyimpanan					
5	Kebersihan tempat penyimpanan					
6	Keamanan tempat penyimpanan					
Penilai (nama & paraf)						
Tanggal Penilaian						

Faxs : (0287) 385274 Email : rsud@kebumenkab.go.id
Website : <https://rsudrsoedirman.kebumenkab.go.id> Kode Pos 54351

RUANG :

TAHUN :

[illegible]

6	Keamanan tempat penyimpanan														
F. Gas Medis															
1	Identitas Sediaan Farmasi														
2	Kondisi saat dinilai														
3	Pengelompokkan penyimpanan														
4	Suhu dan kelembaban tempat penyimpanan														
5	Kebersihan tempat penyimpanan														
6	Keamanan tempat penyimpanan														
Paraf Penilai															
Nama Penilai															
Tanggal Penilaian															

TGL	CATATAN (Jika Terjadi Ketidaksesuaian dengan Standar)	Rencana Tindak Lanjut

Kepala instalasi Farmasi
RSUD Dr. Soedirman Kebumeh

Apt. Mushtholih, M.Sc.
NIP:19790422 200604 1 005

Keterangan :
a. Tanda √ (sesuai)
b. Tanda X (tidak sesuai)

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	SUPERVISI PEMELIHARAAN ALAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/7/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedhi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Supervisi pemeliharaan alat adalah kegiatan yang berhubungan dengan pemeliharaan alat di unit-unit farmasi ataupun di ruang obat di unit luar farmasi.		
TUJUAN	Menjamin peralatan yang digunakan dalam kondisi optimal untuk mendukung kegiatan kerja.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi melakukan penilaian terhadap peralatan yang berhubungan / akan digunakan. 2. Petugas farmasi mengisi hasil penilaian di formulir supervisi pemeliharaan alat dengan menuliskan nama dan paraf. 3. Petugas farmasi segera melaporkan ke IPRS jika hasil penilaian tidak memenuhi standar. Kalibrasi secara berkala untuk menjamin peralatan yang digunakan dalam kondisi standar dibawah tanggung jawab IPRS. 4. Petugas farmasi melaporan hasil penilaian kepada koordinato / penanggung jawab unit. 5. Koordinator / penanggung jawab unit melakukan supervisi hasil laporan penilaian disertai menuliskan nama dan tanda tangan. 6. Koordinator/ penanggung jawab unit melaporkan hasil supervisi ke Kepala Instalasi Farmasi. 7. Kepala Instalasi Farmasi melakukan supervisi hasil laporan Koordinator/ penanggung jawab unit disertai menuliskan nama dan tanda tangan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. IPRS		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYUSUNAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  _____ dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Formularium merupakan suatu dokumen yang direvisi tiap tahun, memuat sediaan obat dan informasi penting lainnya yang merefleksikan keputusan klinik mutakhir dari staf medis rumah sakit.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menetapkan langkah-langkah untuk penyusunan formularium RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tim Farmasi dan Terapi (TFT) melakukan rapat tentang waktu penyusunan formularium. 2. Dari hasil rapat, Sekretaris TFT menyampaikan surat kepada semua dokter untuk mengusulkan obat yang akan dimasukkan ke dalam Formularium Rumah Sakit. 3. Dokter menulis usulan obat di Formulir Usulan Formularium RSUD dr. Soedirman Kebumen yang dan disampaikan kepada TFT. 4. Sekretaris TFT melakukan rekapitulasi semua usulan obat. 5. Tim Farmasi dan Terapi bersama dokter pengusul melakukan rapat mengenai obat yang akan masuk dan dikeluarkan dari formulairum 6. Sekretaris TFT membuat draft daftar obat formularium berdasarkan hasil keputusan rapat. 7. Sekretariat TFT melakukan sosialisasi draft formularium kepada anggota TFT. 8. Anggota TFT memberikan umpan balik berupa keberatan atau persetujuan tentang draft formularium tersebut. 9. Sekretariat TFT mengumpulkan masukan dari setiap anggota. 10. Tim Farmasi dan Terapi melakukan rapat memutuskan daftar obat formularium. 11. Hasil rapat di ajukan kepada Direktur RSUD dr. Soedirman untuk ditetapkan Pemberlakuan Formularium Rumah Sakit pada periode tertentu.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Tim Farmasi dan Terapi		



**RSUD
Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENYUSUNAN FORMULARIUM RUMAH 2 / 2 '

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8/SPO/2026	1	1 / 2

3. Dokter

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	USULAN OBAT BARU		
	No. Dokumen 000.8.3.3/9/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Obat baru adalah obat yang belum pernah digunakan di lingkungan RSUD dr. Soedirman Kebumen pada tahun sebelumnya baik obat yang termasuk formularium nasional maupun non formularium nasional		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menetapkan prosedur pengadaan obat baru di RSUD dr. Soedirman Kebumen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokter/dokter gigi pengusul mengisi formulir obat secara lengkap. 2. Pengusulan obat baru yang tidak masuk formularium nasional tahun berlaku hanya boleh dilakukan 6 (enam) bulan sekali, sedangkan yang masu formualrium nasional tahun berlaku boleh dilakukan sewaktu-waktu. 3. Pengusulan obat baru melampirkan PPK dan atau jurnal terkait alasan pengusulan. 4. Formulir diserahkan kepada Tim Farmasi dan Terapi (TFT) 5. TFT menyelenggarakan rapat untuk membahas usulan-usulan obat baru dengan kehadiran minimal setengah anggota. 6. Hasil persetujuan rapat terdiri dari : 1) Usulan yang disetujui, akan diajukan ke Direktur untuk mendapat persetujuan atau tidak. 2) Usulan yang ditolak, dikonfirmasi kepada dokter/dokter gigi pengusul, disertai alasan yang mendasari penolakan tersebut 3) Usulan yang ditunda persetujuannya, dikonfirmasi kepada dokter/dokter gigi pengusul, disertai alasan yang mendasari penundaan persetujuannya 7. Direktur menyetujui pengajuan usulan dari TFT 8. Instalasi farmasi mengadakan usulan obat yang disetujui Direktur.		
UNIT TERKAIT	1. Dokter 2. Dokter gigi 3. TFT		



**RSUD
Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

USULAN OBAT BARU

2 / 2

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/9/SPO/2026	1	1 / 2

- 4. Komite Medik
- 5. Manajemen Rumah Sakit
- 6. Kepala Instalasi Farmasi
- 7. Pejabat Pengadaan
- 8. Kelompok Kerja Pengadaan



Formularium Nasional/Non Form.
Nasioanal*

Formulir Usulan Obat Baru

- 1. Nama Generik :
- 2. Nama Dagang :
- 3. Kelas Terapi :
- 4. Indikasi :
- 5. Bentuk Sediaan dan Kekuatan :
- 6. Bioavailabilitas & farmakokinetik :
- 7. Dosis Pemberian :
- 8. Alasan (disertai PPK, jurnal/referensi) :
- 9. Efek samping :
- 10. Efek toksis :
- 11. Perhatian Khusus :
- 12. Keunggulan Obat :
- 13. Harga :

Kebumen,

Mengetahui
Dokter yang mengusulkan

Kepala KSM

(_____)

(_____)

Keputusan Direktur (Diisi Direktur*) Disetujui/Tidak Disetujui* Alasan :	Keputusan TFT (Diisi TFT) Disetujui/Tidak Disetujui/Ditunda* Alasan :
--	---

Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen

Kebumen,
Ketua Tim Farmasi dan Terapi
RSUD dr . Soedirman Kebumen

(_____)

(_____)



MONITORING OBAT BARU

RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	No. Dokumen 000.8.3.3/10/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Obat baru adalah obat yang belum pernah digunakan di lingkungan RSUD dr. Soedirman Kebumen pada tahun sebelumnya baik obat yang termasuk formularium nasional maupun non formularium nasional. Monitoring obat baru adalah kegiatan memantau efek pemberian dari obat baru kepada pasien		
TUJUAN	Untuk mengetahui keamanan obat baru yang diberikan kepada pasien		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Sekretaris Tim Farmasi dan Terapi (TFT) menginformasikan obat baru yang diadakan ke semua petugas farmasi. 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian bekerja sama dengan dokter dan atau perawat melakukan monitoring obat baru. 3. Apoteker mencatat pasien yang menggunakan obat baru dalam formulir Pemantauan Terapi Obat. 4. Apoteker melakukan analisa monitoring efek obat yang tidak diharapkan, efek samping dan <i>medication error</i> yang terjadi akibat penggunaan obat baru tersebut. 5. Apoteker melaporkan hasil monitoring obat baru kepada Kepala Instalasi Farmasi dan Koordinator Pelayanan dan Farmasi Klinik. 9. Kepala Instalasi Farmasi melaporkan hasil monitoring obat baru tersebut ke Tim Farmasi dan Terapi.		
UNIT TERKAIT	Kepala instalasi Farmasi, TFT, Komite Medik, Instalasi rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, IRI, IBS, IGD		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	EVALUASI KEPATUHAN PENULISAN RESEP TERHADAP FORMULARIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/11/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Evaluasi kepatuhan penulisan terhadap formularium adalah evaluasi untuk menilai komitmen penulis resep dalam mematuhi kesepakatan menuliskan resep sesuai dengan formularium yang telah ditetapkan di rumah sakit.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menetapkan langkah-langkah untuk mengevaluasi kepatuhan penulisan resep obat formularium di rumah sakit.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi mengambil data pola peresepan periode 1 bulan 2. Petugas farmasi menghitung jumlah total resep obat formularium dan non formularium. 3. Petugas farmasi menghitung persentase peresepan obat formularium dan non formularium. 4. Petugas farmasi melaporkan hasil perhitungan kepada Kepala Instalasi Farmasi 5. Kepala Instalasi bersama Tim Farmasi dan Terapi (TFT) mengevaluasi data dan analisis penyebab ketidakpatuhan dan membuat rencana tindak lanjut.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Tim Farmasi dan Terapi 3. Komite Medik		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERENCANAAN KEBUTUHAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/12/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pemimpin Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Perencanaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai adalah suatu kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan habis pakai termasuk perbekalan radiologi, reagensia serta bahan berbahaya dan beracun.		
TUJUAN	1. Sebagai acuan dasar pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. 2. Untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu, dan efisien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Koordinator Logistik membuat perencanaan kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dengan mempertimbangkan data kebutuhan tahun lalu, Anggaran BLUD Sub Kegiatan Pengadaan Obat dan BMHP, Formularium Nasional, Daftar Obat Tambahan dan Formularium Rumah Sakit yang terbaru. 2. Koordinator Logistik melaporkan hasil perencanaan kebutuhan ke Kepala Instalasi Farmasi. 3. Kepala Instalasi Farmasi mengkaji hasil laporan perencanaan kebutuhan. 4. Hasil laporan perencanaan kebutuhan dirapatkan bersama Instalasi Farmasi, Direktur, Tim Farmasi dan Terapi, dan manajemen RSUD dr. Soedirman Kebumen. 5. Berdasarkan hasil rapat, Direktur menyetujui dan menetapkan rencana kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagai acuan pengadaan di lingkungan RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Manajemen Rumah Sakit 3. Keuangan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGADAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai adalah suatu proses pemesanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai termasuk perbekalan radiologi, reagen serta bahan berbahaya dan beracun (B3) kepada distributor resmi.		
TUJUAN	Menjamin pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai termasuk perbekalan radiologi, reagensia, serta bahan berbahaya dan beracun (B3) yang asli, aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Sub Koordinator Perencanaan dan Pengadaan melihat persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai termasuk perbekalan radiologi, reagensia serta bahan berbahaya dan beracun yang menipis atau kosong pada buku defekta dari Sub Koordinator Penyimpanan. 2. Khusus untuk sediaan farmasi, Sub Koordinator Perencanaan dan Pengadaan mengecek kesesuaian sediaan farmasi yang akan dipesan dengan Formularium Nasional (e-katalog), Daftar Obat Tambahan (DOT) dan Formularium Rumah Sakit. 3. Sub Koordinator Perencanaan dan Pengadaan menentukan rekanan berdasarkan kontrak atau distributor resmi yang hendak dipesan. 4. Sub Koordinator Perencanaan dan Pengadaan menuliskan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang hendak dipesan pada buku Surat Pesanan (SP) dan jumlah yang akan dipesan. 5. Sub Koordinator Perencanaan dan Pengadaan memintakan tanda tangan SP Kepala Instalasi Farmasi dan membubuhkan stempel Instalasi Farmasi. Apabila Kepala Instalasi Farmasi berhalangan hadir SP dapat ditandatangani oleh Apoteker Pendamping. 6. Sub Koordinator Perencanaan dan Pengadaan menyerahkan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGADAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	SP kepada rekanan berdasarkan kontrak atau distributor resmi yang hendak dipesan. 7. Pembelian obat yang masuk e-katalog dengan pembelian secara <i>e-purchasing</i> dapat dilakukan oleh Pejabat Pengadaan bernilai paling banyak Rp. 200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah) dan oleh Kelompok Kerja untuk Tender/Penunjukan langsung bernilai paling banyak Rp. 100.000.000.000,00 (seratus milyar rupiah).		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. TFT 3. Komite Medik 4. Manajemen Rumah Sakit 5. Bagian Pengadaan 6. Keuangan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN BILA SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI TIDAK ADA DALAM STOK ATAU TIDAK TERSEDIA SAAT DIBUTUHKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.1/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Proses menanganani bila sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai termasuk perbekalan radiologi, reagen serta bahan berbahaya dan beracun (B3) tidak ada atau tidak tersedia saat dibutuhkan.		
TUJUAN	Untuk membantu memberikan penanganan bila terjadi ketidaktersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Koordinator Logistik melaporkan kepada Kepala Instalasi Farmasi tentang sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan dengan disertai alasannya. 2. Kepala Instalasi Farmasi menginstruksikan kepada Koordinator Logistik untuk sementara mencari sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang dimaksud pada Apotek atau Instalasi Farmasi Rumah Sakit lain yang bekerja sama dengan RSUD dr. Soedirman Kebumen dengan menjamin keaslian obat. 3. Koordinator Logistik juga menginformasikan kepada Koordinator/Sub Koordinator/Penanggung Jawab Unit Farmasi lain tentang sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan dengan disertai alasannya dan substitusi sediaan lain yang tersedia di Unit Farmasi Logistik. 4. Koordinator/Sub Koordinator/Penanggung Jawab Unit Farmasi mengkonfirmasi kepada dokter penulis resep alasan ketidaktersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tersebut dan merekomendasikan subtisusi sediaan yang tersedia. 5. Apabila tetap terjadi kekosongan obat, maka Koordinator Logistik meminta surat resmi tentang kekosongan obat yang dimaksud pada distributor atau surat keterangan yang dibubuhi tanda tangan dari pihak distributor dan Kepala Instalasi Farmasi melaporkan kepada Tim Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN BILA SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI TIDAK ADA DALAM STOK ATAU TIDAK TERSEDIA SAAT DIBUTUHKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.1/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	dan Terapi (TFT) untuk dapat dianalisa dan mendapatkan rekomendasi substitusi dengan obat lain yang sejenis.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. TFT 3. Komite Medik 4. Instalasi Laboratorium 5. Instalasi Radiologi 6. Instalasi Rawat Inap 7. Instalasi Rawat Jalan 8. IGD 9. IBS 10. IRI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENERIMAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.2/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penerimaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai adalah suatu proses menerima sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dari distributor resmi berdasarkan Surat Pesanan.		
TUJUAN	Untuk memastikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diterima sesuai surat pesanan, produk yang diterima asli, aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Petugas gudang mengecek kesesuaian barang dengan faktur yang diterima meliputi : - Nama barang/obat - Nomor <i>batch</i> - Jumlah barang/obat - Tanggal kadaluarsa - Petugas gudang menandatangani faktur dengan menuliskan nama jelas dan tanggal penerimaan serta membubuhkan stempel Instalasi Farmasi. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara faktur, SP dan barang maka barang ditkembalikan atau faktur direvisi. - Petugas gudang mengambil salinan faktur. - Tim Teknis memeriksa kembali hasil pekerjaan petugas gudang.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi, Tim Teknis		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENERIMAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI DI LUAR JAM KERJA (SAAT GUDANG FARMASI TUTUP)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.3/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penerimaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai adalah suatu proses menerima sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dari distributor resmi berdasarkan Surat Pesanan yang dilakukan di luar jam kerja (saat gudang farmasi tutup).		
TUJUAN	Untuk memastikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diterima sesuai surat pesanan, produk yang diterima asli, aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen)		
PROSEDUR	- Petugas Unit Farmasi Rawat Inap mengecek kesesuaian barang dengan faktur yang diterima yang meliputi : - Nama barang/obat - Nomor <i>batch</i> - Jumlah barang/obat - Tanggal kadaluarsa - Petugas Unit Farmasi Rawat Inap menandatangani faktur dengan menuliskan nama jelas dan tanggal penerimaan serta membubuhkan stempel Instalasi Farmasi. - Apabila terjadi ketidaksesuaian antara faktur, SP dan barang maka barang ditkembalikan atau faktur direvisi. - Petugas Unit Farmasi Rawat Inap mengambil salinan faktur untuk diberikan ke petugas gudang. - Petugas gudang mengambil barang di Unit Farmasi Rawat Inap keesokan harinya. - Tim Teknis memeriksa kembali hasil pekerjaan petugas gudang.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi, Tim Teknis		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN APABILA UNIT FARMASI GUDANG TUTUP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.4/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Keadaan dimana Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit IBS membutuhkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dari Unit Farmasi Gudang tetapi tidak didapatkan karena Unit Gudang Farmasi tutup.		
TUJUAN	Menjamin sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tetap tersedia di pelayanan unit farmasi.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Jika Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit IBS mendapati ketidaktersediaan obat yang dibutuhkan di pelayanan dan saat itu gudang farmasi tutup, petugas menghubungi petugas gudang farmasi untuk menyediakan obat yang dibutuhkan tersebut. 2. Petugas gudang farmasi datang ke gudang farmasi untuk menyediakan obat yang dibutuhkan dan menyerahkan ke petugas unit yang membutuhkan. 3. Petugas gudang farmasi mencatat pengeluaran obat di kartu stok serta mengeluarkan barang tersebut di Sistem Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi, Tim Teknis		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN DOKUMEN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI YANG TELAH DITERIMA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.5/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pembuatan dokumen sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah diterima adalah suatu proses mendokumentasi sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah diterima untuk dilaporkan kepada bagian keuangan.		
TUJUAN	Untuk melaksanakan pembuatan dokumen sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah diterima.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas admistrasi meminta faktur sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah diterima dari pihak distributor. 2. Petugas administrasi membuat dokumen pengadaan sesuai dengan ketentuan pengadaan yang telah ditetapkan. 3. Petugas administrasi melengkapi dokumen yang telah dibuat dengan memintakan tanda tangan pejabat terkait. 4. Petugas administrasi menyerahkan dokumen yang telah lengkap kepada bagian keuangan dan membuat salinan untuk di arsipkan. 5. Petugas menyimpan salinan dokumen.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi (Petugas administrasi farmasi) 2. Bagian Pengadaan 3. Bagian Keuangan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI DI UNIT FARMASI GUDANG		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.6/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai adalah suatu proses menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai di unit farmasi gudang sesuai dengan ketentuan penyimpanan.		
TUJUAN	Untuk menjamin selama proses penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tetap aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang menerima sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dari distributor. 2. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang memasukkan jenis item dan jumlah sediaan yang diterima dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan menuliskannya dalam kartu stok. 3. Penyimpanan berdasarkan suhu sebagai berikut : Suhu < 30° C; suhu < 25°C (ruang ber-AC); suhu 8°C-15°C di lemari pendingin, suhu 2°C -8°C (lemari pendingin), suhu -15°C hingga -25°C (freezer). 4. Petugas gudang mengelompokkan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai berdasarkan : a. Alfabetis b. Bentuk sediaan c. Kestabilannya / suhu penyimpanan d. Sifat barang, misal mudah tidaknya meledak / terbakar e. Tahan atau tidaknya terhadap cahaya f. Obat-obat yang disimpan secara khusus seperti obat termolabil, gas medis, obat-obatan yang harus diwaspadai, LASA,elektorlit konsentrat, B3, narkotika, psikotropika, reagensia, dan sediaan farmasi yang memiliki sifat fisika-kimia atau atas dasar rekomendasi pabrik khusus sesuai instruksi pabrik.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI DI UNIT FARMASI GUDANG 2 / 2		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.6/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	5. Petugas gudang menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang baru datang menggunakan sistem <i>First In First Out</i> (FIFO) dan sistem <i>Firts Expired First Out</i> (FEFO)		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI DI UNIT FARMASI RAWAT INAP/RAWAT JALAN/IGD/SUB UNIT FARMASI IBS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.7/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai adalah suatu proses menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai di Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS sesuai dengan ketentuan penyimpanan.		
TUJUAN	Untuk menjamin selama proses penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tetap aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Petugas Farmasi Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS menerima sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dari Unit Farmasi Gudang. - Petugas farmasi memasukkan jenis item dan jumlah sediaan yang diterima dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan menuliskannya dalam kartu stok. - Penyimpanan berdasarkan suhu sebagai berikut : Suhu < 30° C; suhu < 25°C (ruang ber-AC); suhu 8°C-15°C di lemari pendingin, suhu 2°C -8°C (lemari pendingin), suhu -15°C hingga -25°C (freezer). - Petugas gudang mengelompokkan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai berdasarkan : - Alfabetis - Bentuk sediaan - Kestabilannya / suhu penyimpanan - Sifat barang, misal mudah tidaknya meledak / terbakar - Tahan atau tidaknya terhadap cahaya - Obat-obat yang disimpan secara khusus seperti obat termolabil, gas medis, obat-obatan yang harus diwaspadai, LASA, elektorlit konsentrat, B3, narkotika,		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI DI UNIT FARMASI RAWAT INAP/RAWAT GIGI JALAN/IGD/SUB UNIT FARMASI ILMU ^{2 / 2}		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.7/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	psikotropika, reagensia, dan sediaan farmasi yang memiliki sifat fisika-kimia atau atas dasar rekomendasi pabrik disimpan khusus sesuai instruksi pabrik. 5. Petugas gudang menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang baru datang menggunakan sistem <i>First In First Out</i> (FIFO) dan sistem <i>Firts Expired First Out</i> (FEFO)		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN GAS MEDIS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.8/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Gas medik adalah gas dengan spesifikasi khusus yang dipergunakan untuk pelayanan medis pada fasilitas pelayanan kesehatan.		
TUJUAN	Sebagai pedoman dalam penyimpanan gas medis		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Gas medis disimpan dengan cara - Tabung-tabung gas medik disimpan berdiri, dipasang pengaman kran, dilengkapi tali pengaman untuk menghindari jatuh saat guncangan. - Lokasi penyimpanan khusus dan masing-masing Gas Medik dibedakan tempatnya serta diberi tanda. - Penyimpanan tabung Gas Medik isi dan tabung Gas Medik kosong dipisahkan, untuk memudahkan pemeriksaan dan penggantian. - Lokasi penyimpanan diusahakan jauh dari sumber panas, listrik dan oli atau sejenisnya, serta memiliki sirkulasi udara yang baik. - Gas campuran yang sudah disimpan lebih dari 1 (satu) tahun agar dilakukan uji/test kepada produsen, untuk mengetahui kondisi gas medik, dan memperhatikan masa kadaluarsa gas medik tersebut. - Selama penyimpanan petugas farmasi memantau kondisi gas medis. - Apabila terjadi ketidaksesuaian dalam proses penyimpanan, petugas farmasi melaporkan kepada Kepala Instalasi Farmasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN GAS O2		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.9/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Gas medik adalah gas dengan spesifikasi khusus yang dipergunakan untuk pelayanan medis pada fasilitas pelayanan kesehatan.		
TUJUAN	Untuk menyediakan Permintaan Perbekalan Farmasi bagi pasien		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas oksigen selalu melakukan pengecekan terhadap tabung besar. 2. Petugas oksigen membiarkan posisi kran V2A selalu terbuka, kran V3A dibuka tidak penuh untuk menstabilkan tekanan, kran V3I dibuka hanya dalam kondisi darurat saat tekanan oksigen kecil (untuk mempercepat kenaikan tekanan). 3. Petugas oksigen membiarkan posisi kran V2, V3 dan V4 tetap pada posisinya. Sedangkan kran VII digunakan untuk menurunkan tekanan dalam jumlah sedikit. Bila terjadi kenaikan tekanan gas Cara 1 : 1. Petugas oksigen mematikan kran V3A pada tabung besar 2. Petugas oksigen menyiram es yang menyelimuti pipa untuk membantu menurunkan tekanan gas. Cara 2 : 1. Petugas oksigen mematikan kran V3A pada tabung besar 2. Petugas oksigen membuka kran V20 sedikit untuk mengurangi tekanan 3. Bila tekanan telah maximal maka kran V3A dapat dibuka kembali Bila terjadi penurunan tekanan gas 1. Petugas oksigen mematikan bunyi alarm di ruangan / bangsal. 2. Petugas oksigen membuka kran V3A pada tabung besar, untuk menaikkan tekanan gas. 3. Petugas oksigen mengamati bila tekanan sudah mencapai		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN GAS O2 2 / 2		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.9/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	angka +/- 9 bar maka kran V3A dikurangi / dibuka tetapi tidak penuh (hanya untuk menstabilkan tekanan).		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. IRI 4. IGD 5. IBS		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN NARKOTIKA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.10/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pemhina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan ke dalam golongan golongan sebagaimana terlampir dalam Undang-Undang ini. Penyimpanan sediaa farmasi adalah suatu proses menyimpan sediaan farmasi sesuai dengan ketentuan penyimpanan dalam gudang.		
TUJUAN	1. Sebagai pedoman dalam penyimpanan sediaan narkotik 2. Mencegah terjadinya kehilangan dan penyalahgunaan narkotika		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Narkotika disimpan di dalam lemari khusus yang memenuhi syarat : a. Tempat penyimpanan dari bahan yang kuat b. Tidak mudah dipindahkan dan mempunyai 2 (dua) buah kunci yang berbeda c. Diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang d. Diletakkan di tempat yang aman dan tidak terlihat oleh umum 2. Selama penyimpanan lemari dikunci dengan baik dengan kunci yang kuat, disimpan oleh Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang dikuasakan 3. Apabila petugas tersebut tidak ada di tempat, kunci tersebut dapat diserahkan kepada Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang ditunjuk dengan bukti buku serah terima kunci. 4. Lemari tidak boleh menyimpan barang lain, selain sediaan Narkotika. 5. Penerimaan dan pengeluaran narkotika atas dasar permintaan resep dokter menggunakan resep asli		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN NARKOTIKA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.10/SPO/2026	No. Revisi 1	F 2 / 2 1 / 2
	dilengkapi surat ijin praktek dan identitas pasien lengkap. 6. Penerimaan dan penggunaan narkotika dilaporkan sesuai ketentuan Undang-Undang.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN NARKOTIKA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.11/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.		
TUJUAN	Untuk mengelola penggunaan narkotik bagi pasien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Gudang melayani permintaan narkotik berdasarkan permintaan unit lain yang membutuhkan (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 2. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi mengurangi stok narkotik di kartu stok dan SIMRS 3. Petugas Farmasi Unit Gudang mengirimkan narkotik dan melakukan serah terima dengan petugas unit lain yang meminta (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 4. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menerima resep pasien yang terpisah dari resep obat yang lain. 5. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi melakukan pemeriksaan kelengkapan dan keabsahan resep yaitu nama dokter, SIP dokter penulis resep, tanggal penulisan resep, paraf dokter, nama pasien, alamat, umur, jenis kelamin. 6. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi melakukan telaah resep yaitu kejelasan penulisan, tepat obat, tepat dosis, tepat rute pemberian, tepat aturan pemakaian, duplikasi obat, alergi, interaksi obat, berat badan pasien terutama untuk pasien anak, dan kontra indikasi. 7. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi mengambil obat		



**RSUD
Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGELOLAAN NARKOTIKA

2 / 2

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/13.11/SPO/2026	1	1 / 2

- dalam lemari khusus narkotik yang terkunci setelah lemari dibuka oleh Apoteker dan atau Tenaga Kesehatan yang diberi kuasa lemari narkotik.
- 8. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menyiapkan narkotik sesuai SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep.
 - 9. Apoteker dan atau Tenaga Kesehatan yang diberi kuasa lemari narkotik merekap penggunaan narkotik selama sebulan dan melaporkan ke penanggung jawab laporan narkotik.
 - 10. Penanggung jawab laporan narkotik melaporkan penggunaan narkotika dalam laporan *online* SIPNAP dan diarsipkan.

UNIT TERKAIT

- 1. Instalasi Farmasi
- 2. Instalasi Rawat Inap
- 3. Instalasi Rawat Jalan
- 4. IGD
- 5. IBS
- 6. IRI
- 7. TFT
- 8. KSM
- 9. Komite Medik

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN PSIKOTROPIKA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.12/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetik, bukan narkotika dan berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Penyimpanan sediaan farmasi adalah suatu proses menyimpan sediaan farmasi sesuai dengan ketentuan penyimpanan dalam gudang.		
TUJUAN	1. Sebagai pedoman dalam penyimpanan sediaan psikotropika 2. Mencegah terjadinya kehilangan dan penyalahgunaan psikotropika		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tempat menyimpan psikotropika memenuhi syarat. a. Tempat penyimpanan psikotropik dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain psikotropik. b. Penyimpanan psikotropika terpisah dengan obat lain. c. Lemari tempat penyimpanan psikotropika berada dalam penguasaan Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang ditunjuk. 2. Penerimaan dan pengeluaran psikotropika atas dasar permintaan resep dokter. 3. Penerimaan dan penggunaan psikotropika dilaporkan sesuai ketentuan Undang-Undang.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi (Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian Instalasi Farmasi)		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN PSIKOTROPIKA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.13/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis, bukan narkotika dan berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.		
TUJUAN	Untuk mengelola penggunaan psikotropik bagi pasien		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Gudang melayani permintaan psikotropik berdasarkan permintaan unit lain yang membutuhkan (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 2. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi mengurangi stok psikotropik di kartu stok dan SIMRS 3. Petugas Farmasi Unit Gudang mengirimkan psikotropik dan melakukan serah terima dengan petugas unit lain yang meminta (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 4. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menerima resep pasien Petugas farmasi menerima resep / <i>copy</i> resep pasien. 5. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi melakukan pemeriksaan kelengkapan dan keabsahan resep yaitu nama dokter, SIP dokter penulis resep, tanggal penulisan resep, paraf dokter, nama pasien, alamat, umur, jenis kelamin. 6. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi melakukan telaah resep yaitu kejelasan penulisan, tepat obat, tepat dosis, tepat rute pemberian, tepat aturan pemakaian, duplikasi obat, alergi, interaksi obat, berat badan pasien terutama untuk pasien anak, dan kontra indikasi. 7. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN PSIKOTROPIKA 2 / 2		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.13/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi mengambil obat dalam lemari khusus psikotropik 8. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menyiapkan psikotropik sesuai SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep. 9. Apoteker dan atau Tenaga Kesehatan yang diberi kuasa lemari psikotropik merekap penggunaan psikotropik selama sebulan dan melaporkan ke penanggung jawab laporan psikotropik. 10. Penanggung jawab laporan psikotropik melaporkan penggunaan psikotropik dalam laporan <i>online</i> SIPNAP dan diarsipkan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Rawat Jalan 4. IGD 5. IBS 6. IRI 7. TFT 8. KSM 9. Komite Medik		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN PRODUK NUTRISI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.14/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Produk nutrisi yang dimaksud adalah produk nutrisi buatan pabrik yang tidak perlu dilakukan pengemasan kembali karena Instalasi Farmasi RSUD dr. Soedirman Kebumen tidak melakukan pelayanan TPN (<i>Total Parenteral Nutrition</i>).		
TUJUAN	Sebagai pedoman dalam penyimpanan sediaan produk nutrisi		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi Unit Farmasi Gudang/Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS menyimpan produk nutrisi terpisah dengan obat lain dan disimpan sesuai dengan stabilitas produk sesuai syarat penyimpanan dari pabrik agar aman digunakan oleh pasien. 2. Petugas farmasi Unit Farmasi Gudang/Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melayani penerimaan dan pengeluaran penerimaan dan pengeluaran produk nutrisi atas dasar permintaan resep dokter. 3. Apabila terjadi ketidaksesuain dalam proses penyimpanan, petugas farmasi melaporkan kepada Koordinator/Sub Koordinator/Penanggung Jawab unit yang bersangkutan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN PRODUK NUTRISI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.15/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Produk nutrisi yang dimaksud adalah produk nutrisi buatan pabrik yang tidak perlu dilakukan pengemasan kembali karena Instalasi Farmasi RSUD dr. Soedirman Kebumen tidak melakukan pelayanan TPN (<i>Total Parenteral Nutrition</i>).		
TUJUAN	Sebagai pedoman dalam pengelolaan sediaan produk nutrisi		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Farmasi Unit Gudang melayani permintaan produk nutrisi berdasarkan permintaan unit lain yang membutuhkan (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 2. Petugas Farmasi Unit Gudang mengurangi stok produk nutrisi di kartu stok dan SIMRS. 3. Petugas Farmasi Unit Gudang mengirimkan produk nutrisi dan melakukan serah terima dengan petugas unit lain yang meminta (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 4. Petugas farmasi Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melayani permintaan produk nutrisi berdasarkan permintaan resep dokter. 5. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menyiapkan produk nutrisi sesuai dengan SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep. 6. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menyerahkan produk nutrisi sesuai dengan SPO Serah Terima Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Antara Petugas Farmasi Rawat Inap Dan Perawat Atau Bidan		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Rawat Jalan 4. IGD 5. IBS 6. IRI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN PRODUK NUTRISI 2 / 2		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.15/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	7. TFT 8. KSM 9. Komite Medik		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN OBAT PROGRAM ATAU BANTUAN PEMERINTAH/PIHAK LAIN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.16/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedhi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Obat program adalah obat yang berasal dari dinas kesehatan. Obat bantuan adalah obat yang diterima dari bantuan baik dari pemerintah maupun pihak lain		
TUJUAN	Sebagai prosedur penyimpanan obat program/bantuan pemerintah/pihak lain		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi Unit Farmasi Gudang/Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS menyimpan obat program, hibah, sumbangan/dropping disimpan dalam tempat tersendiri, terpisah dari obat lain dan disimpan sesuai dengan stabilitas produk agar aman digunakan oleh pasien. 2. Petugas farmasi Unit Farmasi Gudang/Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melayani penerimaan dan pengeluaran obat program, hibah, sumbangan/dropping atas dasar permintaan resep dokter. 3. Apabila terjadi ketidaksesuaian dalam proses penyimpanan, petugas farmasi melaporkan kepada Koordinator/Sub Koordinator/Penanggung Jawab unit yang bersangkutan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN OBAT PROGRAM ATAU BANTUAN PEMERINTAH/PIHAK LAIN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.17/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Obat program adalah obat yang berasal dari dinas kesehatan. Obat bantuan adalah obat yang diterima dari bantuan baik dari pemerintah maupun pihak lain		
TUJUAN	Sebagai prosedur pengelolaan obat program/bantuan pemerintah/pihak lain		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Farmasi Unit Gudang melayani permintaan obat program atau bantuan/pihak lain berdasarkan permintaan unit lain yang membutuhkan (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 2. Petugas Farmasi Unit Gudang mengurangi stok obat di kartu stok dan SIMRS 3. Petugas Farmasi Unit Gudang mengirimkan obat dan melakukan serah terima dengan petugas unit lain yang meminta (Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS). 4. Petugas Farmasi Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melayani permintaan obat program atau bantuan/pihak lain berdasarkan permintaan resep dokter. 5. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menyiapkan obat program atau bantuan/pihak lain sesuai dengan SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep. 6. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menyerahkan obat program atau bantuan/pihak lain sesuai dengan SPO Serah Terima Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Antara Petugas Farmasi Rawat Inap Dan Perawat Atau Bidan 7. Penanggung jawab Laporan Obat Program merekap pengeluaran obat program dan melaporkan penggunaannya ke Kementrian Kesehatan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN OBAT PROGRAM ATAU BANTUAN PEMERINTAH/PIHAK LAIN 2 / 2		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.17/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Rawat Jalan 4. IGD 5. IBS 6. IRI 7. TFT 8. KSM 9. Komite Medik		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENETAPAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI TROLI EMERGENSI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.18/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penetapan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi adalah kegiatan penetapan daftar dan jumlah sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tertentu beserta jumlah yang dibutuhkan pasien secara cepat yang dilakukan di luar Instalasi Farmasi serta disimpan dalam troli emergensi.		
TUJUAN	Untuk menjamin daftar ketersediaan dan keamanan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi sesuai dengan kebutuhan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Masing-masing KSM mengusulkan kepada TFT kebutuhan daftar dan jumlah sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi 2. TFT menyelenggarakan rapat untuk membahas usulan bersama KSM. 3. Hasil rapat diajukan ke Direktur untuk mendapat persetujuan atau tidak. 4. Direktur menyetujui dan menetapkan pengajuan usulan 5. Instalasi farmasi menyediakan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai troli emergensi sesuai persetujuan dan ketetapan Direktur.		
UNIT TERKAIT	KSM, TFT, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gawat Darurat		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI TROLI EMERGENSI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.19/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi adalah kegiatan penyimpanan obat-obatan dan alat kesehatan tertentu yang dibutuhkan pasien secara cepat yang dilakukan di luar Instalasi Farmasi serta disimpan dalam troli emergensi.		
TUJUAN	Untuk menjamin ketersediaan dan keamanan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Petugas farmasi yang diberi tanggung jawab troli emergensi menyiapkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang akan disimpan dalam troli emergensi sesuai dengan daftar sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah ditetapkan oleh Direktur. - Petugas farmasi yang diberi tanggung jawab troli emergensi menyusun sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi dalam troli emergensi sesuai dengan SPO Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Di Rumah Sakit. - Untuk obat emergensi yang harus disimpan di lemari pendingin dapat disimpan di lemari pendingin terdekat dengan troli emergensi. - Tempat obat <i>High Alert</i> diberi tanda merah. - Segel troli emergensi menggunakan segel <i>disposable</i>. Apabila ada penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi, Buka troli emergensi dengan menggunting segel <i>disposable</i> tersebut. - Setelah petugas medis melakukan tindakan emergensi, maka sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah digunakan diganti sesuai dengan jenis dan jumlah yang terpakai dengan meresepkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tersebut dan menyerahkan ke Unit Farmasi Rawat Inap. - Setiap hari, Petugas farmasi yang diberi tanggung jawab troli emergensi melakukan pengecekan terhadap kesesuaian jenis		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS I 2 / 2 TROLI EMERGENSI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.19/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	dan jumlah terhadap daftar Sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi. 8. Pada keadaan di mana troli emergensi selama 3 bulan tidak terbuka, maka petugas farmasi membuka segel untuk mengecek kadaluarsa dan kerusakan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Rawat Jalan 4. IGD 5. IBS 6. IRI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI TROLI EMERGENSI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.20/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi adalah proses kegiatan menyimpan sediaan farmasi yang tergolong emergensi (gawat darurat) pada tempat yang dinilai aman dari kehilangan serta gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat.		
TUJUAN	1. Terjaminnya mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi selama penyimpanan. 2. Terhindarnya kehilangan persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi selama penyimpanan 3. Terjaminnya ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai emergensi melalui administrasi pencatatan persediaan Sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi yang diberi tanggung jawab troli emergensi melakukan pengecekan / monitoring troli emergensi tiap hari, apabila troli tidak tersegel petugas mencocokkan obat dan alat kesehatan dalam troli emergensi dengan jumlah stok bakunya. 2. Apabila ditemukan obat dipakai, kadaluarsa atau rusak, segera dilakukan penggantian ke Unit Farmasi Rawat Inap sesuai jumlah obat yang dipakai, kadaluarsa atau rusak. 3. Perawat melakukan pencatatan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah terpakai oleh pasien dari troli emergensi. 4. Dokter menulis resep sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah terpakai oleh pasien dari troli emergensi. 5. Perawat mengirimkan resep pengganti Unit Farmasi Rawat Inap untuk dilakukan penghargaan dan permintaan obat pengganti. 6. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap menyiapkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI TROLI EMERGENSI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.20/SPO/2026	No. Revisi 1	2 / 2 1 / 2
	7. Perawat meletakkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah diterima dari Unit Farmasi Rawat Inap ke troli emergensi. 8. Petugas farmasi yang diberi tanggung jawab troli emergensi melakukan pengecekan ulang, dan apabila sudah sesuai dengan stok bakunya, dilakukan dokumentasi dan pemasangan kunci segel pada troli emergensi. 9. Pada keadaan di mana troli emergensi selama 3 bulan tidak terbuka, maka Petugas farmasi yang diberi tanggung jawab troli emergensi membuka segel untuk mengecek kadaluarsa dan kerusakan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Rawat Jalan 4. IGD 5. IBS 6. IRI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN OBAT YANG DIBAWA SENDIRI OLEH PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.22/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pemhima Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Obat yang dibawa pasien adalah obat yang dibawa dan sedang digunakan pasien sebelum pasien masuk rumah sakit untuk pasien rawat inap.		
TUJUAN	Untuk mengawasi pemakaian obat tersebut sehingga apabila ada tambahan obat terhindar dari duplikasi obat, interaksi obat, dan lain-lain.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokter atau perawat atau apoteker menanyakan kepada pasien yang akan masuk perawatan tentang pemakaian obat atau suplemen yang sedang dikonsumsi atau yang dibawa dari luar rumah sakit. 2. Obat yang dibawa pasien dari rumah/ luar rumah sakit, atau dari pemakaian sebelum rawat inap, dicatat dalam formulir rekonsiliasi obat tetapi tidak diperkenankan digunakan di rumah sakit dan dikembalikan kepada pasien. Obat tersebut dibawa pulang oleh keluarga pasien dan tidak dikonsumsi selama pasien rawat inap, kecuali untuk obat-obatan kondisi khusus misalnya obat-obatan yang diberikan oleh rumah sakit rujukan dan tidak terdapat di instalasi farmasi RSUD Dr. Soedirman Kebumen, disimpan oleh pasien dan tetap dikonsumsi selama pasien rawat inap		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Staf Medis 3. IRI 4. IGD 5. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING TEMPERATUR/SUHU LEMARI PENDINGIN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.23/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Monitoring temperatur/suhu adalah kegiatan untuk memantau temperatur /suhu lemari pendingin di unit-unit yang terkait pelayanan kefarmasian yang dilakukan 2x dalam sehari		
TUJUAN	Untuk membantu memantau temperatur/suhu lemari pendingin agar tetap dalam rentang normal		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi atau petugas ruangan memonitor suhu ruang di unit pelayanan dengan melihat termometer lemari pendingin sebanyak 2x dalam sehari. 2. Petugas farmasi atau petugas ruangan mencatat penilaian suhu yang tertera di termometer di form check list temperatur lemari pendingin dengan menuliskan nama dan paraf. 3. Petugas farmasi atau petugas ruangan segera melaporkan ke IPRS jika hasil penilaian tidak memenuhi standar dan mendokumentasikan tanggal dan jam pelaporan disertai dengan menuliskan nama petugas IPRS yang dihubungi di kolom yang tersedia di check list temperatur lemari pendingin.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. IGD 4. IBS 5. IRI		

CHECK LIST TEMPERATUR LEMARI PENDINGIN
INSTALASI FARMASI RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

RUANG :

BULAN :

TGL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S
°C	TEMPERATUR LEMARI PENDINGIN																															
-																																
10																																
8																																
6																																
4																																
2																																
0																																
-2																																
ARAF																																

RANGE
TEMPERATUR
(2 - 8°C)

NB : Apabila terjadi peningkatan / penurunan TEMPERATUR di LUAR RANGE
 Hubungi IPRS EXT. 4071/406

Tgl	Jam	Petugas IPRS		Keterangan
		Nama	Paraf	

Mengetahui,

 Kepala Instalasi Farmasi
 RSUD dr. Soedirman Kebumen

apt. Mushtholih, M.Sc
 NIP. 1979 0422 2006 04 1 005

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING TEMPERATUR/SUHU DAN KELEMBAPAN RUANGAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.24/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Monitoring temperatur/suhu dan kelembapan ruang adalah kegiatan untuk memantau temperatur/suhu dan kelembapan ruang di unit-unit yang terkait pelayanan kefarmasian yang dilakukan 2x dalam sehari		
TUJUAN	Untuk membantu memantau temperatur/suhu dan kelembapan ruang agar tetap dalam rentang normal		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Petugas farmasi atau petugas ruangan memonitor temperatur/suhu dan kelembapan ruang di unit pelayanan dengan melihat termometer-higrometer ruang sebanyak 2x dalam sehari. - Petugas farmasi atau petugas ruangan mencatat penilaian suhu yang tertera di termometer-higrometer ruang di form check list temperatur dan kelembapan ruangan dengan menuliskan nama dan paraf. - Petugas farmasi atau petugas ruangan segera melaporkan ke IPRS jika hasil penilaian tidak memenuhi standar dan mendokumentasikan tanggal dan jam pelaporan disertai dengan menuliskan nama petugas IPRS yang dihubungi di kolom yang tersedia di temperatur dan kelembapan ruangan.		
UNIT TERKAIT	- Instalasi Farmasi - Instalasi Rawat Inap - IGD - IBS - IRI		

**CHECK LIST TEMPERATUR DAN KELEMBAPAN RUANGAN
INSTALASI FARMASI RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN**

RUANG :

BULAN :

TGL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S
°C	TEMPERATUR RUANGAN																															
-																																
30																																
28																																
26																																
24																																
22																																
20																																
18																																
16																																
14																																
%	KELEMBAPAN RUANGAN																															
80																																
70																																
60																																
50																																
40																																
30																																
PARAF																																

RANGE
TEMPERATUR
YANG TEPAT
(15 - 30°C)

RANGE
KELEMBAPAN
YANG TEPAT
(40 - 80%)

NB : Apabila terjadi peningkatan / penurunan TEMPERATUR / KELEMBAPAN di LUAR RANGE
Hubungi IPRS EXT. 407/406

Tgl	Jam	Petugas IPRS		Keterangan
		Nama	Paraf	

Mengetahui,
Kepala Instalasi Farmasi
RSUD dr. Soedirman Kebumen

apt. Mushtholih, M.Sc
NIP. 1979 0422 2008 04 1 005

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	RETUR SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI KEPADA DISTRIBUTOR		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.25/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedhi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Retur Sediaan farmasi, Alat kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai ke Distributor dapat dilakukan untuk : 1. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang mendekati tanggal kadaluarsa dapat diretur atau dikembalikan kepada distributor sesuai dengan kesepakatan antara rumah sakit dengan pihak distributor. 2. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang rusak karena bukan kelalaian pihak rumah sakit, dapat diretur atau dikembalikan kepada distributor.		
TUJUAN	Untuk mengembalikan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai kepada distributor		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang menghubungi pihak disributor dan menginformasikan akan meretur sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai 2. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang menyiapkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan no batch di faktur yang akan diretur. 3. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang menginput jumlah sediaan yang dikembalikan di sistem pengeluran pada sistem komputer (SIMRS) dan mengurangi kartu stok dengan ditambah keterangan retur/dikembalian/ditarik. 4. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang meminta surat bukti penerimaan barang dari distributor yang menyatakan bahwa barang tersebut sudah diterima untuk dikembalikan. 5. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang mengarsipkan surat tanda terima tersebut		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENARIKAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.26/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pemula Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penarikan Sediaan farmasi, Alat kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan untuk sediaan farmasi yang tidak memenuhi standar/ketentuan peraturan perundang-undangan dilakukan oleh pemilik izin edar berdasarkan perintah penarikan oleh BPOM (<i>mandatory recall</i>) atau berdasarkan inisiasi sukarela oleh pemilik izin edar (<i>voluntary recall</i>) dengan tetap memberikan laporan kepada Kepala BPOM.		
TUJUAN	Untuk melakukan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang sudah kadaluarsa dan atau yang izin edarnya dicabut oleh BPOM karena tidak memenuhi persyaratan mutu atau ditarik oleh produsennya.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang melaporkan kepada Kepala Instalasi Farmasi jika ada instruksi penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dari BPOM atau produsen. 2. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang mendapatkan instruksi oleh BPOM atau produsen untuk ditarik, diinformasikan kepada TFT, petugas medis, dan paramedis oleh Kepala Instalasi Farmasi. 3. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi segera mengembalikan produk yang ditarik BPOM ke gudang farmasi dan dikarantina dengan diberi tanda “jangan digunakan” sampai produk tersebut diambil atau dikembalikan ke distributor/pabrik dan dibuat berita acara. 4. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang menyiapkan produk yang akan dikembalikan ke distributor. 5. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang meminta surat		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENARIKAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.26/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	bukti penerimaan produk yang ditarik dari distributor yang menyatakan bahwa produk tersebut sudah diterima untuk dikembalikan. 6. Petugas Penyimpanan Unit Farmasi Gudang mengarsipkan surat tanda terima tersebut.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN SISA OBAT NARKOTIK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.27/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Narkotik adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau buan tanaman, baik sintesis maupun semisintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.		
TUJUAN	Meningkatkan keamanan dan menghindari penyalahgunaan sisa obat narkotik pasien oleh pihak yang tidak bertanggung jawab		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Obat narkotik dapat digunakan untuk satu pasien atau lebih pada hari yang sama atau kurang dari 24 jam. 2. Obat-obatan golongan narkotik yang telah disiapkan dan tidak jadi diberikan kepada pasien atau sisa penggunaan obat narkotika yang tidak terpakai lebih dari 24 jam dibuang ke dalam <i>safety box</i> yang terpisah (untuk sisa narkotik tidak bercampur dengan sisa yang lain). 3. Pembuangan sisa narkotik masing-masing dibuatkan berita acara rangkap 2 dan ditanda tangani oleh petugas farmasi sebagai penerima dan petugas (dokter/perawat/bidan) yang mengembalikan disertai saksi, lembar 1 diarsipkan di unit yang melakukan pembuangan sedangkan lembar 2 diserahkan ke instalasi farmasi. 4. <i>Safety box</i> yang berisi sisa obat selanjutnya dimusnahkan sesuai SPO Pemusnahan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai .		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Bedah Sentral 2. IRI 3. IGD 4. Instalasi Rawat Inap 5. Instalasi Rawat Jalan		

Lampiran 1. Berita Acara Penanganan Sisa Narkotik



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN
JL. LINGKAR SELATAN, MUKTISARI KEBUMEN
TELEPON : 0287 381101, 0287 3873318
FAX : 02873 385274, Email : rsud@kebumen.go.id

BERITA ACARA PENANGANAN SISA NARKOTIK

Pada hari ini..... tanggal..... bulan..... tahun..... sesuai dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen No..... Tahun 2019 tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen, kami yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :
Jabatan :
NIP/NINP :
Unit/Ruang :

Dengan disaksikan oleh :

Nama :
Jabatan :
NIP/NINP :
Unit/Ruang :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa pada pukul..... bertempat di..... kami telah mengembalikan sejumlah Narkotika sebagaimana tersebut dalam lampiran.

Dengan diterima oleh :

Nama :
Jabatan :
NIP/NINP :
Unit/Ruang :

Pengembalian ini kami lakukan dengan cara dimasukkan ke dalam *safety box* dan diserahkan kepada Instalasi Farmasi untuk dilakukan pemusnahan.

Berita acara ini dibuat rangkap 2 (dua), dan dikirimkan kepada:

1. Instalasi Farmasi
2. Unit/Ruang yang bersangkutan

Demikian Berita Acara ini kami buat dengan sesungguhnya agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Petugas yang Menyerahkan	Saksi	Kebumen, Petugas yang Menerima
--------------------------	-------	-----------------------------------

(_____)	(_____)	(_____)
Nama dan Tanda Tangan	Nama dan Tanda Tangan	Nama dan Tanda Tangan

Lampiran Berita Acara Penanganan Sisa Narkotik

No.	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Keterangan

Petugas yang Menyerahkan

Saksi

Kebumen,
Petugas yang Menerima

(
Nama dan Tanda Tangan

(
Nama dan Tanda Tangan

(
Nama dan Tanda Tangan

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMUSNAHAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.28/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Pemusnahan dilakukan untuk sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai apabila: a. produk tidak memenuhi persyaratan mutu; b. telah kadaluwarsa; c. tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan; dan d. dicabut izin edarnya.	
	TUJUAN	Sebagai acuan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.	
	KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen	
	PROSEDUR	1. Apabila ada sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tidak memenuhi persyaratan mutu, telah kadaluwarsa, tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan dan dicabut izin edarnya, petugas farmasi melapor kepada Kepala Instalasi Farmasi. 2. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tersebut diinformasikan kepada distributor, apakah barang tersebut dapat ditukar atau tidak. 3. Apabila sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tersebut dapat ditukar maka barang diserahkan kepada distributor dengan membuat tanda terima barang. 4. Tanda terima disimpan oleh petugas gudang dan diserahkan kembali ke distributor apabila barang pengganti datang.	

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMUSNAHAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.28/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 3
	5. Apabila sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tidak dapat ditukar maka dilakukan pemusnahan. 6. Petugas farmasi membuat daftar sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang akan dimusnahkan. 7. Petugas farmasi membuat surat usulan kepada Direktur dengan persetujuan Kepala Instalasi Farmasi untuk mengadakan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. 8. Apabila mendapat persetujuan pemusnahan, petugas farmasi melakukan koordinasi dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS), Instalasi Pengolahan Limbah dan Air (IPAL) atau instalasi lain yang terkait untuk pelaksanaan pemusnahan. 9. Petugas farmasi menyiapkan Berita Acara Pemusnahan yang memuat: a. Waktu dan tempat pelaksanaan Pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai; b. Nama dan jumlah sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai; c. Nama apoteker pelaksana pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dalam hal ini Kepala Instalasi Farmasi. d. Nama saksi dalam pelaksanaan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang terdiri dari Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian RSUD dr. Soedirman Kebumen, serta perwakilan Apoteker dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen; e. Berita acara tersebut ditandatangani oleh saksi dalam pelaksanaan pemusnahan dan diketahui oleh Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen. 10. Petugas farmasi mengkoordinasikan jadwal, metode, dan tempat pemusnahan kepada pihak terkait. 11. Menyiapkan tempat pemusnahan 12. Melakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku diantaranya dengan cara ditanam yang sebelumnya sediaan farmasi,		

 Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMUSNAHAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.28/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 3 / 3
	alat kesehatan dan bahan medis habis pakai tersebut dihancurkan atau dilarutkan atau dengan cara dibakar menggunakan incenerator.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. IPRS		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENULISAN RESEP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.29/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedhi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi yang diberi wewenang oleh rumah sakit untuk praktek di rumah sakit, dan mempunyai surat ijin praktek di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, kepada apoteker baik dalam bentuk <i>paper</i> maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penulisan resep.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokter melakukan penyelarasan obat (rekonsiliasi) sebelum menulis resep baik resep baru maupun permintaan tambahan dengan membandingkan antara daftar obat yang sedang digunakan pasien dan obat yang akan diresepkan agar tidak terjadi duplikasi atau terhentinya terapi suatu obat. 2. Dokter menuliskan resep pada blangko resep (pasien rawat jalan) dan atau Kartu Instruksi Pemberian Obat (pasien rawat inap). 3. Dokter menuliskan resep jelas dan terbaca. 4. Dokter menulis resep memenuhi standar sebagai berikut: a. Nama dokter b. Tanggal penulisan resep c. Nama obat (generik atau paten bila diperlukan), satuan dosis/kekuatan (apabila tidak dicantumkan maka yang dimaksud adalah sediaan obat dengan dosis terendah), rute pemberian, bentuk sediaan, jumlah obat, signa obat d. Tanda R/ (Recipe) pada bagian kiri setiap penulisan obat e. Tanda tangan atau paraf dokter penulis resep f. Tanda seru dan paraf dokter untuk jumlah obat yang melebihi dosis		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENULISAN RESEP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.29/SPO/2026	No. Revisi 1	2 / 2 1 / 2
	g. Nama pasien, Nomor rekam medis, alamat, tanggal lahir, umur, dan berat badan jika diperlukan khususnya untuk pasien anak. 5. Penulisan resep aturan pakai jika perlu atau k/p atau prn disertai dengan indikasi penggunaan atau kapan diperlukan. 6. Penulisan resep pasien rawat inap apabila ada obat dan alat kesehatan yang sudah tidak digunakan lagi, dokter member tanda strip atau tulisan STOP.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Dokter		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	REKONSILIASI OBAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.30/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat pasien.		
TUJUAN	Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat (<i>medication error</i>) seperti obat tidak diberikan, duplikasi penggunaan obat, kesalahan dosis, ataupun interaksi obat.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker melakukan pengumpulan data obat tidak lebih dari 3 bulan sebelum masuk rumah sakit yang sedang dan akan digunakan kepada pasien/keluarga meliputi : a. Nama obat b. Dosis c. Aturan Pakai d. Rute pemberian e. Waktu pemberian terakhir f. Riwayat alergi g. Efek samping obat 2. Apoteker membandingkan data obat yang pernah, sedang, dan akan digunakan. 3. Apoteker melakukan konfirmasi kepada dokter jika menemukan ketidaksesuaian dokumentasi dalam waktu kurang dari 24 jam. 4. Apoteker melakukan komunikasi dengan pasien dan atau keluarga pasien atau perawat mengenai perubahan terapi yang terjadi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi, IGD, Instalasi Rawat Inap, IRI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAYANAN RESEP BILA INSTRUKSI PENGOBATAN YANG TIDAK BENAR DAN TIDAK LENGKAP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.31/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi yang diberi wewenang oleh rumah sakit untuk praktek di rumah sakit, dan mempunyai surat ijin praktek di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, kepada apoteker baik dalam bentuk paper maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.		
TUJUAN	Untuk memberikan panduan kepada petugas farmasi dalam menangani resep dengan instruksi pengobatan yang tidak benar dan tidak lengkap		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang berwenang dan kompeten melakukan telaah resep. 2. Jika ada resep resep dengan instruksi pengobatan yang tidak benar dan tidak lengkap, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian segera konfirmasi ke dokter penulis resep. 3. Setelah mendapatkan jawaban mengenai resep obat dengan instruksi pengobatan yang tidak benar dan tidak lengkap, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian menulis hasil jawaban di resep disertai tanggal, jam, nama dan paraf petugas yang melakukan konfirmasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi, Dokter		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN RESEP EMERGENSI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.32/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Resep adalah permintaan tertulis untuk dilayani segera dari dokter atau dokter gigi yang diberi wewenang oleh rumah sakit untuk praktek di rumah sakit, dan mempunyai surat ijin praktek di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, kepada apoteker baik dalam bentuk <i>paper</i> maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengelolaan resep emergensi.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menerima resep emergensi. 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi segera menyiapkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis pakai sesuai SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep. 3. Khusus untuk resep emergensi, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi tidak harus melakukan telaah resep. 4. Apabila stok sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis tidak tersedia, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS segera mengkonfirmasi dokter sesuai dengan SPO Penanganan Bila Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Tidak Ada Dalam Stok Atau Tersedia Saat Dibutuhkan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN RESEP EMERGENSI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.32/SPO/2026	No. Revisi 1	2 / 2 ¹ 1 / 2
	5. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melakukan serah terima sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis dengan perawat untuk pasien rawat inap atau kepada pasien/keluarga pasien untuk pasien rawat jalan sesuai SPO Serah Terima Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Antara Petugas Farmasi Rawat Inap Dan Perawat Atau Bidan.		
UNIT TERKAIT	1. Dokter 2. Instalasi Farmasi 3. Instalasi Rawat Inap 4. IGD 5. ICU 6. Instalasi Rawat Jalan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN RESEP CITO		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.33/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	1. Resep Cito adalah permintaan tertulis untuk dilayani segera dari dokter atau dokter gigi yang diberi wewenang oleh rumah sakit untuk praktek di rumah sakit, dan mempunyai surat ijin praktek di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen, kepada apoteker baik dalam bentuk <i>paper</i> maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku 2. Pada pasien dengan kondisi klinis yang diberikan obat dengan segera dokter dapat melakukan permintaan “cito” dan dilayani terlebih dahulu oleh Instalasi Farmasi.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengelolaan resep cito		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menerima resep cito. 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi segera menyiapkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis pakai sesuai dengan SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep. 3. Apabila stok sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis tidak tersedia, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS segera mengkonfirmasi dokter sesuai dengan SPO Penanganan Bila Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Tidak Ada Dalam Stok Atau Tersedia Saat Dibutuhkan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN RESEP CITO		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.33/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	4. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melakukan serah terima sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis dengan perawat untuk pasien rawat inap atau kepada pasien/keluarga pasien untuk pasien rawat jalan sesuai SPO Serah Terima Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Antara Petugas Farmasi Rawat Inap Dan Perawat Atau Bidan. Waktu penyiapan obat cito (segera) maksimal 15 menit.		
UNIT TERKAIT	1. Dokter 2. Instalasi Farmasi 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Rawat Jalan 5. IGD 6. IBS 7. IRI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN RESEP TAPERING		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.34/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	<i>Tapering off</i> atau lebih sering disebut <i>dose tapering off</i> merupakan penurunan dosis obat tertentu ketika obat hendak dihentikan penggunaannya. Tujuan dilakukannya <i>tapering off</i> adalah agar tubuh kita tidak mengalami gangguan akibat penghentian obat yang bersifat tiba-tiba. Tidak semua obat dilakukan <i>dose tapering off</i> , hanya untuk obat-obat yang memiliki efek berlebihan pada tubuh yang akan dilakukan tapering off. Dilakukan <i>tapering off</i> karena bila obat dihentikan secara mendadak, tubuh akan mengalami gejala putus obat.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam pengelolaan resep tapering.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menerima resep tapering. 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menyiapkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis pakai sesuai dengan SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep. 3. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi melaksanakan instruksi dokter untuk pemberian dosis dari tapering obat. 4. Apabila stok sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis tidak tersedia, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi segera mengkonfirmasi dokter		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN RESEP TAPERING		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.34/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	sesuai dengan SPO Penanganan Bila Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Tidak Ada Dalam Stok Atau Tersedia Saat Dibutuhkan 5. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melakukan serah terima sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis dengan perawat untuk pasien rawat inap atau kepada pasien/keluarga pasien untuk pasien rawat jalan sesuai SPO Serah Terima Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Antara Petugas Farmasi Rawat Inap Dan Perawat Atau Bidan.		
UNIT TERKAIT	1. Dokter 2. Instalasi Farmasi 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Rawat Jalan 5. IGD 6. IBS 7. IRI		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	BATASAN PEMBERIAN OBAT KEPADA PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.35/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pemhina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Batasan pemberian obat merupakan batasan pemberian jumlah obat maupun jumlah hari pemberian oleh petugas farmasi kepada pasien baik pasien rawat jalan, pasien rawat inap, dan pasien pulang dari rawat inap.		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan obat kepada pasien		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menerima resep pasien. 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi melakukan telaah resep 3. Jumlah obat yang diberikan kepada pasien BPJS mengacu pada Formularium Nasional dan Formularium Rumah Sakit 4. Untuk obat-obat tertentu seperti ketorolak injeksi, petugas farmasi hanya memberikan obat tersebut maksimal 5 hari. Apabila di Unit Farmasi Rawat Inap masih dituliskan resep ketorolak setelah 5 hari, maka secara otomatis obat tersebut dihentikan/tidak diberikan oleh petugas farmasi. 5. Untuk pasien pulang dari rawat inap di RSUD dr. Soedirman Kebumen baik pasien BPJS maupun pasien umum, jumlah obat yang diberikan untuk penggunaan maksimal 7 hari.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi, IGD, IRI, Instalasi Rawat Inap, Dokter		

	PENYIAPAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI BERDASARKAN RESEP
---	--

RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	No. Dokumen 000.8.3.3/13.36/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komeci, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyiapan merupakan kegiatan pelayanan yang dimulai dari resep/Kartu Instruksi Pemberian Obat diterima, telaah resep, menyiapkan/meracik obat, memberikan label/etiket, telaah obat, penyerahan obat dengan pemberian informasi yang memadai disertai sistem dokumentasi.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam penyiapan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi menerima resep pasien. 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi melakukan telaah resep dan didokumentasikan pada resep sesuai persyaratan administrasi, farmasetik dan klinis meliputi. a. Persyaratan administrasi 1) Identitas pasien, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien. 2) Nama, nomor ijin, alamat, dan paraf dokter. 3) Tanggal resep 4) Ruang/unit asal resep b. Persyaratan farmasetik 1) Nama obat, bentuk, dan kekuatan sediaan 2) Dosis dan jumlah obat 3) Stabilitas 4) Aturan dan cara penggunaan c. Persyaratan Klinis 1) Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obat		
	PENYIAPAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI BERDASARKAN RESEP		

RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	000.8.3.3/13.36/SPO/2026	1	2 / 3
	2) Duplikasi obat 3) Alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD) 4) Kontraindikasi 5) Interaksi obat. 3. Telaah interaksi obat atau obat dengan makanan dengan menggunakan software drug interaction dari Medscape yang sudah diunduh sehingga bisa digunakan secara <i>off line</i>, program diperbaharui setidaknya setiap 6 bulan atau bila ada pemberitahuan untuk memperbaharui dari Medscape. 4. Apabila terdapat keraguan penulisan dalam resep, permintaan obat-obatan yang tidak lengkap, Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang telatih segera melakukan konfirmasi kepada dokter penulis resep sesuai dengan SPO Pelayanan Resep Bila Instruksi Pengobatan Yang Tidak Benar dan tidak Lengkap 5. Apabila ada obat kosong/tidak tersedia, Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian berkonsultasi dengan dokter penulis resep dan menanyakan apakah obat tersebut bisa diganti atau tidak sesuai SPO Penanganan Bila Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Tidak Ada Dalam Stok Atau Tersedia Saat Dibutuhkan Jika obat tidak bisa diganti maka Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian membuatkan <i>copy</i> resep. 6. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi mengentry item dan jumlah sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis ke SIMRS. 7. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/Rawa 3/3 1/IGD/Sub Unit Farmasi membuat etiket. 8. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi mengambil sediaan farmasi, alat kesehatan & bahan medis yang diminta. 9. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi mengambil sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis yang diminta. Apabila obat berupa racikan, maka dilakukan proses peracikan terlebih dahulu. 10. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi mengemas sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis yang diminta. <i>One Day Dose Dispensing</i> (ODDD) Sistem ini digunakan untuk pasien rawat inap dan <i>Individual Prescribing</i>		
 RSUD	PENYIAPAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI BERDASARKAN RESEP		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	000.8.3.3/13.36/SPO/2026	1	3 / 3

Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN			
	(IP) untuk pasien rawat inap, rawat jalan dan pasien IBS. 11. Sebelum dilakukan penyerahan obat, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian Unit Farmasi Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi yang terlatih melakukan telaah obat dan didokumentasikan pada lembar KIPO atau resep meliputi : - Kesesuaian identitas pasien - Kesesuaian obat dengan resep - Dosis pemberian - Jumlah obat yang diberikan - Frekuensi pemberian - Rute pemberian 12. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasia Farmasi Rawat Jalan menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai kepada pasien, keluarga pasien disertai pemberian informasi dan dokumentasi serah terima di lembar resep. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/IGD/Sub Unit Farmasi IBS melakukan serah terima dengan perawat atau bidan disertai pemberian informasi dan dokumentasi.		
UNIT TERKAIT	Dokter, Ins. Farmasi, Ins.Rawat Jalan, Ins. Rawat Inap, IGD, IRI, IBS		

 Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAYANAN PERMINTAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI UNIT FARMASI RAWAT JALAN/ IGD/RAWAT INAP/SUB UNIT FARMASI IBS KE GUDANG FARMASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.37/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Permintaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai adalah suatu proses meminta sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dari unit farmasi rawat jalan, IGD, rawat inap, sub unit farmasi IBS ke unit gudang.		
TUJUAN	Untuk menyediakan permintaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai bagi pasien di Unit Farmasi Rawat Jalan, IGD, Rawat Inap dan sub unit farmasi IBS		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan/ IGD,/Rawat Inap/Sub Unit Farmasi IBS menuliskan permintaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai pada buku permintaan berdasarkan stok yang kosong atau menipis dan diberi paraf serta nama jelas. 2. Petugas Unit Farmasi Gudang bagian Penyimpanan mencatat pengeluaran di kartu stok dan SIMRS 3. Petugas Unit Farmasi Gudang bagian Penyimpanan menyiapkan permintaan dari Unit Farmasi Rawat Jalan/ IGD/Rawat Inap/ Sub Unit Farmasi IBS dan dikemas dengan baik. 4. Petugas Unit Farmasi Gudang bagian Penyimpanan memberikan informasi tertulis apabila ada yang tidak terlayani di buku permintaan. 5. Petugas Unit Farmasi Gudang mengirimkan permintaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai ke Unit Farmasi Rawat Jalan, IGD, Rawat Inap, dan Sub Unit Farmasi IBS 6. Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan/IGD/Rawat Inap/Sub Unit Farmasi IBS melakukan serah terima bersama Petugas Unit Farmasi Gudang dengan memberi paraf dan nama petugas.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	SERAH TERIMA SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI ANTARA PETUGAS FARMASI RAWAT INAP DAN PERAWAT ATAU BIDAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.38/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Anif Komeidi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyerahan obat kepada perawat bangsal yang dilayani di Unit Farmasi Rawat Inap setiap hari.		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan obat kepada pasien rawat inap.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap mengantarkan troli ke bangsal perawatan. 2. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap melakukan serah terima dan <i>cross check</i> sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahna medis habis pakai ke perawat atau bidan. 3. Apabila ada ketidaksesuaian sediaan yang diterima, perawat atau bidan menuliskan di buku serah terima agar segera ditindaklanjuti oleh farmasi. 4. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap meminta tanda tangan perawat atau bidan pada buku serah terima.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	SERAH TERIMA SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI DI UNIT FARMASI IGD		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.39/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyerahan obat pasien IGD yang dilayani di Unit Farmasi IGD setiap hari.		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan obat kepada pasien IGD.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	A. Pasien IGD yang boleh pulang 1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian melayani resep sesuai SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep 2. Apoteker dan atau Tenaga Kefarmasian memberikan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai SPO Pemberian Obat Kepada Pasien. B. Pasien IGD yang dilanjutkan rawat inap 1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian melayani resep sesuai SPO Penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Resep 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian melakukan serah terima dan <i>cross check</i> sediaan farmasi, alat kesehtan dan bahna medis habis pakai ke perawat atau bidan atau <i>post man</i> . 3. Apabila ada ketidaksesuaian sediaan yang diterima, perawat atau bidan menuliskan di buku serah terima agar segera ditindaklanjuti oleh farmasi. 4. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian meminta tanda tangan perawat atau bidan pada buku serah terima.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi, IGD		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIAPAN OBAT INJEKSI DARI SEDIAAN AMPUL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.40/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyiapan obat injeksi dari sediaan ampul adalah suatu kegiatan dalam menyiapkan injeksi dari sediaan ampul untuk pengobatan bagi pasien rawat inap.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menyiapkan obat suntik untuk pasien rawat inap.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Perawat dan atau Bidan menyiapkan peralatan dan obat yang dibutuhkan. - Perawat dan atau Bidan memeriksa setiap catatan pengobatan pasien dan nama obat pada label di setiap ampul. - Perawat dan atau Bidan menggunakan APD yang dibutuhkan dan melakukan handrub/handwash. - Perawat dan atau Bidan membersihkan area meja kerja - Perawat dan atau bidan menyiapkan obat injeksi sesuai permintaan di resep. - Perawat dan atau bidan membuka sediaan ampul: - Pindahkan semua larutan obat dari leher ampul dengan mengetuk-ngetuk bagian atas ampul atau dengan melakukan gerakan <i>J-motion</i>. - Seka bagian leher ampul dengan alkohol 70 %, biarkan mengering. - Lilitkan kassa sekitar ampul. - Pegang ampul dengan posisi 45°, patahkan bagian atas ampul dengan arah menjauhi petugas. Pegang ampul dengan posisi ini sekitar 5 detik. - Berdirikan ampul. - Bungkus patahan ampul dengan kassa dan buang ke dalam kantong buangan. - Pegang ampul dengan posisi 45°, masukkan <i>sput</i> ke dalam ampul, tarik seluruh larutan dari ampul, tutup <i>needle</i>.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIAPAN OBAT INJEKSI DARI SEDIAAN AMPUL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.40/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	2. Pegang ampul dengan posisi 45°, sesuaikan volume larutan dalam <i>syringe</i> sesuai yang diinginkan dengan menyuntikkan kembali larutan obat yang berlebih kembali ke ampul. 3. Tutup kembali <i>needle</i>. 4. Untuk permintaan infus Intra Vena , suntikkan larutan obat ke dalam botol infus dengan posisi 45° perlahan-lahan melalui dinding agar tidak berbuih dan tercampur sempurna. 5. Untuk permintaan Intra Vena bolus ganti <i>needle</i> dengan ukuran yang sesuai untuk penyuntikan. 6. Setelah selesai, buang seluruh bahan yang telah terkontaminasi ke dalam kantong buangan tertutup. 7. Memberi label yang berisi identitas pasien, nama obat, sediaan, dosis, rute, jam & tanggal rekonstitusi, BUD untuk setiap <i>sput</i> dan infus yang sudah berisi obat hasil pencampuran. 8. Membungkus dengan kantong hitam atau alumunium foil untuk obat-obat yang terlindung dari cahaya. 9. Bersihkan area kerja dan lakukan kembali handscrub.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. IGD 3. IBS 4. IRI 5. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIAPAN OBAT INJEKSI DARI SEDIAAN VIAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.41/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyiapan obat injeksi dari sediaan vial adalah suatu kegiatan dalam menyiapkan injeksi dari sediaan vial untuk pengobatan bagi pasien rawat inap.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam menyiapkan obat suntik untuk pasien rawat inap.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Perawat dan atau Bidan menyiapkan peralatan dan obat yang dibutuhkan. 2. Perawat dan atau Bidan memeriksa setiap catatan pengobatan pasien dan nama obat pada label di setiap ampul. 3. Perawat dan atau Bidan menggunakan APD yang dibutuhkan dan melakukan handrub/handwash. 4. Perawat dan atau Bidan membersihkan area meja kerja 7. Perawat dan atau bidan menyiapkan obat injeksi sesuai permintaan di resep. 5. Membuka <i>vial</i> larutan obat a. Buka penutup vial b. Seka bagian karet <i>vial</i> dengan alkohol 70 %, biarkan mengering. c. Berdirikan <i>vial</i> d. Bungkus penutup vial dengan kassa dan buang ke dalam kantong buangan tertutup 6. Pegang <i>vial</i> dengan posisi 45°, masukkan <i>sprit</i> ke dalam <i>vial</i>. 7. Masukkan pelarut yang sesuai ke dalam vial, gerakan perlahan- lahan memutar untuk melarutkan obat. 8. Beri tekanan negatif dengan cara menarik udara ke dalam <i>sprit</i> kosong sesuai volume yang diinginkan. 9. Pegang <i>vial</i> dengan posisi 45°, tarik larutan ke dalam <i>sprit</i> tersebut. 10. Untuk permintaan infus <i>intra vena</i> (iv) , suntikkan larutan obat ke dalam botol infus dengan posisi 45° perlahan-lahan melalui dinding agar tidak berbuih dan tercampur sempurna. 11. Untuk permintaan intra vena bolus ganti <i>needle</i> dengan ukuran yang sesuai untuk penyuntikan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIAPAN OBAT INJEKSI DARI SEDIAAN VIAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.41/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	12. Bila <i>sput</i> dikirim tanpa <i>needle</i>, pegang <i>sput</i> dengan posisi jarum ke atas angkat jarum dan buang ke kantong buangan tertutup. 13. Pegang <i>sput</i> dengan bagian terbuka ke atas, tutup dengan "<i>luer lock cap</i>". 14. Seka cap dan <i>syringe</i> dengan alkohol. 15. Setelah selesai, buang seluruh bahan yang telah terkontaminasi ke dalam kantong buangan tertutup. 16. Memberi label yang berisi identitas pasien, nama obat, sediaan, dosis, rute, jam & tanggal rekonstitusi, BUD untuk setiap <i>sput</i> dan infus yang sudah berisi obat hasil pencampuran. 17. Membungkus dengan kantong hitam atau alumunium foil untuk obat-obat yang terlindung dari cahaya. 18. Bersihkan area kerja dan lakukan kembali handscrub.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. IGD 3. IBS 4. IRI 5. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMASANGAN SYRINGE DAN JARUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.42/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemasangan <i>syringe</i> dan jarum adalah teknik dalam memasang <i>syringe</i> dan jarum yang benar dalam penyiapan obat suntik bagi pasien rawat inap.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam memasang <i>syringe</i> dan jarum dengan benar agar kualitas obat tetap terjaga.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Robek kemasan jarum steril pada bagian hub (tempat memasukkan jarum pada <i>syringe</i>). 2. Buka kemasan hingga bagian hub terlihat. 3. Perhatikan : jangan memegang bagian hub pada jarum, 4. Letakkan ujung <i>syringe</i> pada bagian hub pada jarum, kencangkan ikatannya dengan memutar jarum mengikuti arah jarum jam. 5. Tarik jarum keluar dari kemasannya. 6. Perhatikan jangan membuka penutup jarum jika tidak diperlukan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. IGD 3. IBS 4. IRI 5. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN RESEP KAPSUL RACIKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.43/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pembuatan resep kapsul racikan adalah pembuatan kapsul campuran.		
TUJUAN	Untuk pembuatan kapsul campuran yang baik dan bermutu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang terlatih melakukan telaah resep. 2. Petugas farmasi menyiapkan peralatan dan membersihkan area meja kerja 3. Petugas farmasi melakukan handrub/handwash dan menggunakan APD. 4. Petugas farmasi membersihkan mortir dan stamfer atau <i>pulverizer</i> yang akan digunakan. 5. Petugas farmasi mengambil sediaan farmasi yang akan dicampur sesuai dengan dosis yang diminta di resep. 6. Petugas farmasi menghaluskan perbekalan farmasi dengan alat mortir dan stamper atau <i>pulverizer</i>. 7. Setelah perbekalan farmasi halus dan homogen dibagi menjadi 2, 3 atau 4 bagian. 8. Masing – masing bagian dibagi lagi pada kertas yang tersedia sesuai jumlah yang dikehendaki. 9. Setelah dibagi menjadi bagian yang sama masing – masing dikapsul sesuai dengan ukuran yang dikehendaki. 10. Kemudian dimasukkan pada wadah yang telah diberi etiket yang dibaliknya diberi keterangan komposisi kapsul. 11. Petugas farmasi membersihkan mortir dan stamfer atau <i>pulverizer</i> yang telah digunakan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN RESEP KAPSUL RACIKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.43/SPO/2026	No. Revisi 1	1 2 / 2 1 1 / 2
	12. Petugas farmasi melepaskan APD dan melakukan handrub/handwash. 13. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang terlatih melakukan telaah obat. 14. Obat diserahkan kepada pasien oleh petugas farmasi dengan prosedur pelayanan perbekalan farmasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGUNAAN PULVERIZER		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.44/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedhi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Peracikan dengan blender merupakan pembuatan racikan / ramuan berdasar resep dokter dengan cara penggerusan menggunakan <i>pulverizer</i> .		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan resep racikan baik kapsul maupun puyer yang baik, cepat dan bermutu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi mengambil obat sesuai dengan resep, disesuaikan dengan nama obat dosis serta jumlah obat yang telah dihitung sebelumnya. 2. Petugas farmasi memasukkan obat tersebut ke dalam cup yang sesuai. 3. Petugas farmasi meletakkan cup ke dalam motor / mesin <i>pulverizer</i>. Selanjutnya menekan tombol saklar on / off nya sehingga secara otomatis <i>pulverizer</i> akan memutar dengan sendirinya. Penggerusan obat dilakukan dalam kurun waktu $\pm 7 - 8$ detik sampai obat halus (dapat diulang beberapa kali dengan mematikan dan menghidupkan saklar on / off). 4. Bila obat berupa tablet yang keras dan dalam jumlah banyak maka obat / tablet digerus dengan menggunakan mortir terlebih dahulu sebelum digerus dengan mesin <i>pulverizer</i>. 5. Petugas farmasi mengambil cup dari mesin <i>pulverizer</i> dan membiarkan cup dalam posisi terbalik lalu menutup dengan tutup yang tersedia. Petugas apotek mengambil mata pisau yang digunakan sebelumnya dan membersihkan sisa-sisa puyer yang menempel disela-sela mata pisau dengan kuas kecil. 6. Petugas farmasi mengeluarkan hasil puyer dari cup ke dalam selembar kertas. Petugas farmasi membagi puyer sesuai dengan jumlah dalam resep dan membungkus dengan kertas puyer serta mengemas dalam plastik.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN UNIT TERKAIT	PENGUNAAN <i>PULVERIZER</i>		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.44/SPO/2026	No. Revisi 1	2 / 2 Halaman 1 / 2
	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERAWATAN <i>PULVERIZER</i>		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.45/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Perawatan mesin <i>pulverizer</i> merupakan proses untuk membersihkan dan menjaga mesin pulverizer agar tetap dalam kondisi baik.		
TUJUAN	Untuk memberikan pelayanan resep racikan baik kapsul maupun puyer yang baik, cepat dan bermutu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi membersihkan sisa obat yang menempel pada <i>cutter</i> setiap selesai penggerusan. 2. Petugas farmasi selalu memperhatikan suara mesin <i>pulverizer</i> apabila suaranya selalu keras perlu dilakukan pengecekan <i>cutter cap</i> bila sudah aus / terdapat banyak goresan maka <i>cutter cap</i> segera diganti. 3. Petugas farmasi selalu menjaga kebersihan <i>body</i> mesin <i>pulverizer</i>. 4. Petugas farmasi selalu mengecek <i>plastic gear</i> / <i>rubber gear</i>, bila sudah aus maka segera diganti. 5. Petugas farmasi mengecek <i>O-ring</i> pada <i>cutter cap</i> tiap $\pm$ 2 bulan sekali (tergantung pemakaian <i>pulverizer</i>). 6. Perugas apotek tidak menggunakan mesin <i>pulverizer</i> selain untuk menggerus obat.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENIMBANGAN BAHAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.46/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penimbangan bahan adalah proses menimbang bahan sebelum ditambahkan / dicampurkan pada sediaan farmasi.		
TUJUAN	Untuk penimbangan bahan yang baik dan tepat.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi menyiapkan peralatan dan membersihkan area meja kerja 2. Petugas farmasi melakukan handrub/handwash dan menggunakan APD. 3. Petugas farmasi membersihkan alat timbangan digital 4. Petugas farmasi mengambil bahan yang akan ditimbang 5. Petugas farmasi menghidupkan alat timbangan digital, kemudian menara wadah / kertas yang digunakan untuk menimbang dan mencatatnya. 6. Petugas farmasi menimbang bahan sesuai dengan yang dikehendaki ditambah dengan berat wadah / kertas. 7. Petugas farmasi mematikan alat timbangan. 8. Petugas farmasi membersihkan kembali alat timbang setelah digunakan 9. Petugas farmasi melepaskan APD dan melakukan handrub/handwash.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN RESEP PUYER RACIKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.47/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pembuatan resep puyer campuran adalah pembuatan puyer campuran.		
TUJUAN	Untuk pembuatan puyer campuran yang baik dan bermutu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang terlatih melakukan telaah resep. 2. Petugas farmasi menyiapkan peralatan dan membersihkan area meja kerja. 3. Petugas farmasi melakukan handrub/handwash dan menggunakan APD. 4. Petugas farmasi membersihkan mortir dan stamfer atau <i>pulverizer</i> yang akan digunakan. 5. Petugas farmasi mengambil sediaan farmasi yang akan dicampur sesuai dengan dosis yang diminta di resep. 6. Petugas farmasi menghaluskan perbekalan farmasi dengan alat mortir dan stamper atau <i>pulverizer</i>. 7. Apabila yang dikehendaki dalam bentuk puyer ditambah dengan <i>Saccarum laktis</i>. 8. Setelah perbekalan farmasi halus dan homogen dibagi menjadi 2, 3 atau 4 bagian. 9. Masing-masing bagian dibagi lagi pada kertas yang tersedia sesuai jumlah yang dikehendaki. 10. Setelah dibagi menjadi bagian yang sama masing-masing dibungkus sesuai dengan yang dikehendaki. 11. Kemudian dimasukkan ke wadah yang telah diberi etiket. 12. Petugas farmasi membersihkan mortir dan stamfer atau <i>pulverizer</i> setelah digunakan. 13. Petugas farmasi melepaskan APD dan melakukan handrub/handwash. 14. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang terlatih		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN RESEP PUYER RACIKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.47/SPO/2026	No. Revisi 1	1 2 / 2 1 1 / 2
	melakukan telaah obat. 15. Obat diserahkan kepada pasien oleh Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian dengan prosedur pelayanan perbekalan farmasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN RESEP SALEP RACIKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.48/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pembuatan resep salep racikan adalah pembuatan salep campuran.		
TUJUAN	Untuk pembuatan salep campuran yang baik dan bermutu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang terlatih melakukan telaah resep. 2. Petugas farmasi menyiapkan peralatan dan membersihkan area meja kerja. 3. Petugas farmasi melakukan handrub/handwash dan menggunakan APD. 4. Petugas farmasi membersihkan mortir dan stamfer atau <i>pulverizer</i> yang akan digunakan. 5. Petugas farmasi mengambil sediaan farmasi yang akan dicampur sesuai dengan dosis yang diminta di resep. 6. Bila ada kandungan asam salisilat dilarutkan dahulu dengan alkohol 70 % kemudian dicampur dengan salep / cream yang ada pada resep. 7. Petugas farmasi mengaduk sampai homogen kemudian dimasukkan dalam pot dengan ukuran yang sesuai. 8. Bila resep berupa salep / cream sediaan tunggal yang dikehendaki dalam pot, maka salep / cream tersebut dimasukkan ke dalam pot dengan ukuran yang sesuai. 9. Pot salep diberi etiket oleh petugas dan selanjutnya diserahkan ke pasien sesuai dengan prosedur pelayanan perbekalan farmasi. 10. Petugas farmasi membersihkan mortir dan stamfer yang telah digunakan. 11. Petugas farmasi melepaskan APD dan melakukan handrub/handwash.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN RESEP SIRUP CAMPURAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.49/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pembuatan resep sirup campuran adalah proses mencampurkan pelarut / aqua dalam sirup kering.		
TUJUAN	Untuk pembuatan sirup campuran yang baik dan bermutu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang terlatih melakukan telaah resep. 2. Petugas farmasi menyiapkan peralatan dan membersihkan area meja kerja. 3. Petugas farmasi melakukan handrub/handwash dan menggunakan APD. 4. Petugas farmasi mengambil sediaan farmasi yang akan dicampur sesuai dengan dosis yang diminta di resep. 5. Petugas farmasi mengambil sirup yang akan dicampur sesuai dengan dosis yang ada pada resep. 6. Petugas farmasi menambahkan air menggunakan gelas ukur dalam jumlah tertentu pada botol dan dikocok sampai homogen. 7. Botol diberi etiket oleh Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian dan selanjutnya diserahkan kepada pasien sesuai dengan prosedur pelayanan perbekalan farmasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP UNIT FARMASI RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.50/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara melakukan pemantauan waktu tunggu pelayanan resep mulai dari resep diterima sampai obat siap diserahkan kepada pasien.		
TUJUAN	Terlaksananya pemantauan sasaran mutu waktu tunggu resep secara valid, akurat, terstandarisasi dan berkelanjutan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan melakukan monitoring waktu tunggu pelayanan resep selama 1 hari. 2. Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan melakukan monitoring secara prospektif dan sampel diambil secara acak dengan jumlah sampel 100 lembar resep, meliputi resep racikan dan non racikan. 3. Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan menghitung waktu tunggu. 4. Waktu tunggu (satuan menit) dihitung dari selesai telaah resep hingga resep selesai disiapkan. 5. Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan menghitung persentase resep yang dilayani dalam waktu paling lambat 30 menit untuk resep non racikan dan 60 menit untuk resep racikan. 6. Koordinator Unit Farmasi Rawat Jalan membuat laporan kepada Kepala Instalasi Farmasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBERIAN OBAT KEPADA PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.51/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	1. Pemberian obat adalah penyerahan obat oleh petugas kesehatan kepada pasien dalam rangka proses terapi selama di rumah sakit, dapat berupa obat yang berbentuk tablet, kapsul, serbuk, pil, kaplet, yang diberikan secara per oral, obat tetes mata dan salep yang diberikan secara topikal, atau obat yang diberikan secara injeksi baik intravena, intra muskular, intra tekal, inhalasi ataupun obat lain. 2. Rumah sakit menjamin pemberian obat pada pasien memenuhi prinsip 7 benar yaitu : Benar Pasien, Benar Obat, Benar Dosis, Benar Waktu, Benar Cara, Benar Informasi, dan Benar Dokumentasi.		
TUJUAN	1. Sebagai acuan dalam pemberian obat 2. Mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokter atau Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian atau Perawat atau Bidan menyiapkan dan mengecek serta memastikan pasien tidak memiliki alergi terhadap obat yang akan diberikan. 2. Dokter atau Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian atau Perawat atau Bidan sebelum memberikan obat kepada pasien memastikan kebenaran dari : a. Benar Pasien b. Benar Obat c. Benar Dosis d. Benar Frekuensi dan Waktu Pemberian e. Benar Cara/Rute Pemberian f. Tanggal kadaluarsa g. Benar Informasi h. Benar Dokumentasi. 3. Untuk pasien rawat jalan/pasien IGD yang boleh pulang/pasien rawat inap yang boleh pulang, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian memberikan obat kepada pasien atau keluarga pasien disertai pemberian informasi obat sekurang-kurangnya cara		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBERIAN OBAT KEPADA PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.51/SPO/2026	No. Revisi 1	1 2 / 2 1 / 2
	penggunaan obat, cara penyimpanan obat, dan jangka waktu pengobatan. Dokumentasi pemberian obat pasien rawat jalan dan IGD dilakukan dengan membubuhkan nama dan tanda tangan penerima dan pemberi obat di resep, sementara pasien rawat inap di Lembar Assesment Kebutuhan Perencanaan dan Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien/Keluarga Inter Disiplin. 4. Untuk pasien rawat inap, Perawat atau Bidan memberikan obat ke pasien sesuai jam pemberian disertai dengan informasi obat. Dokumentasi pemberian obat dilakukan dengan menuliskan jam pemberian obat dan paraf pemberi di lembar Catatan Pemberian Obat (CPO).		
UNIT TERKAIT	1. Dokter 2. Instalasi farmasi 3. IGD 4. IRI 5. Instalasi Rawat Inap 6. Instalasi Rawat Jalan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGUNAAN OBAT-OBATAN PASIEN ATAS INISIATIF SENDIRI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.52/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pemhina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Obat-obatan pasien atas inisiatif sendiri adalah obat-obat yang dibawa sendiri oleh pasien atau keluarga pasien yang pengadaanya tidak dilakukan oleh Instalasi Farmasi RSUD dr. Soedirman Kebumen		
TUJUAN	Untuk menjamin keamanan penggunaan obat-obat pasien atas inisiatif sendiri.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Terapi obat-obatan untuk pasien rawat inap hanya diberikan atas permintaan dari dokter yang merawat. 2. Pasien tidak diperkenankan mengkonsumsi obat-obatan atas inisiatif sendiri dan obat yang dibawa dari luar rumah sakit tanpa persetujuan dari dokter yang merawat. 3. Obat-obat atas inisiatif sendiri yang disetujui oleh dokter pemberiannya dilakukan oleh perawat/bidan. 4. Perawat/Bidan mendokumentasikan pemberian obat di CPO. 5. Dokter/Perawat/Bidan memonitor penggunaan obat atas inisiatif sendiri.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. IRI 4. IGD		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMANTAUAN TERAPI OBAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.53/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemantauan Terapi Obat (PTO) merupakan suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien.		
TUJUAN	Sebagai pelaksanaan pelayanan farmasi klinik dan mencegah terjadinya DRP kepada pasien		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Apoteker mengumpulkan data pasien dari rekam medis, profil pengobatan pasien, Kartu Instruksi Pemberian Obat (KIPO), atau wawancara dengan pasien, anggota keluarga atau tenaga kesehatan lain. 2. Apoteker melakukan analisa untuk mengidentifikasi masalah terkait obat yaitu : a. Ada indikasi tetapi tidak di terapi b. Pemberian obat tanpa indikasi c. Pemilihan obat yang tidak tepat d. Dosis terlalu tinggi e. Dosis terlalu rendah f. Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD) g. Interaksi obat h. Pasien tidak menggunakan obat karena suatu sebab 3. Apoteker membuat prioritas masalah yang perlu diselesaikan dengan segera. 4. Apoteker memberikan rekomendasi penyelesaian masalah terkait obat dapat berupa : a. Rekomendasi untuk menyembuhkan penyakit, misal pemberian antibiotik b. Rekomendasi untuk menghilangkan atau mengurangi gejala klinis pasien, misal pemberian analgesik c. Rekomedasi untuk Mmenghambat progresivitas penyakit, misal penyesuain dosis pada pasien ganggunag fungsi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMANTAUAN TERAPI OBAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.53/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	ginjal d. Rekoendai untuk mencegah kondisi yang tidak diinginkan, misal pemberian obat untuk mencegah komplikasi stroke 5. Apoteker membuat rencana pemantauan a. Menetapkan parameter farmakologi dengan mempertimbangkan hal berikut : 1) Karakteristik obat (contoh: sifat nefrotoksik dari allopurinol, aminoglikosida). Obat dengan indeks terapi sempit yang diukur kadarnya dalam darah (contoh: digoksin) 2) Efikasi terapi dan efek merugikan dari regimen 3) Perubahan fisiologik pasien (contoh: penurunan fungsi ginjal pada pasien geriatri mencapai 40%) 4) Efisiensi pemeriksaan laboratorium b. Menetapkan sasaran terapi (<i>end point</i>) 1) Faktor khusus pasien seperti umur dan penyakit yang bersamaan diderita pasien (contoh: perbedaan kadar teofilin pada pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis/PPOK dan asma) 2) Karakteristik obat Bentuk sediaan, rute pemberian, dan cara pemberian akan mempengaruhi sasaran terapi yang diinginkan (contoh: perbedaan penurunan kadar gula darah pada pemberian insulin dan anti diabetes oral). 3) Efikasi dan toksisitas c. Menetapkan frekuensi pemantauan berdasarkan tingkat keparahan penyakit dan risiko yang 1 3/3 an dengan terapi obat. 6. Apoteker mencatat hasil PTO dalam asuhan kefarmasian menggunakan metode SOAP (<i>Subyektif, Obyektif, Assesment, Plan</i>) di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi (Apoteker) 2. Instalasi Rawat Inap 3. TFT 4. Komite Medik 5. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING EFEK SAMPING OBAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.54/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedhi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Monitoring Efek Samping Obat atau MESO adalah kegiatan yang berhubungan dengan deteksi, assessment dan pencegahan dari Efek Samping atau kemungkinan kemungkinan yang tidak diinginkan yang berkaitan dengan obat sehingga mempengaruhi penatalaksanaan pasien atau membahayakan pasien.		
TUJUAN	Memastikan agar terapi obat tepat, efektif dan aman bagi pasien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Dokter atau apoteker atau perawat atau tenaga kesehatan lain menemukan, mencurigai atau adanya kejadian reaksi obat yang tidak dikehendaki/efek samping obat. 2. Dokter atau apoteker atau perawat atau tenaga kesehatan lain mengidentifikasi obat-obatan dan pasien yang mempunyai resiko tinggi mengalami ESO. 3. Dokter atau apoteker atau perawat atau tenaga kesehatan lain mengevaluasi laporan efek samping obat dengan algoritme Naranjo. 4. Dokter atau apoteker atau perawat atau tenaga kesehatan lain mendokumentasikan ESO di lembar Monitoring Efek Samping Obat dan CPPT. 5. Dokter atau apoteker atau perawat atau tenaga kesehatan lain dapat melaporkan ke Tim Farmasi dan Terapi untuk efek samping yang berat, fatal, dan meninggalkan gejala sisa.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Rawat Jalan 4. IGD 5. IBS 6. IRI 7. Komite Medik 8. TFT 9. KMKK		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	VISITE PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.55/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Visite yang dilakukan oleh apoteker berupa kunjungan apoteker ke pasien di ruang rawat, meliputi: (i) identifikasi masalah terkait penggunaan obat, (ii) rekomendasi penyelesaian/pencegahan masalah terkait penggunaan obat dan/atau pemberian informasi obat, (iii) pemantauan implementasi rekomendasi dan hasil terapi pasien.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam pelaksanaan visite pasien		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Sebelum visite, apoteker melakukan : - mengumpulkan informasi penggunaan obat baik dari rekam medik, wawancara, catatan pemberian obat - pengkajian masalah terkait obat baik yang bersifat aktual maupun potensial, misalnya efektivitas terapi, ESO, biaya - Apoteker memperkenalkan diri kepada pasien - Apoteker mendengarkan respon yang disampaikan oleh pasien dan identifikasi masalah. - Apoteker melakukan kajian untuk memastikan apakah keluhan tersebut terkait dengan penggunaan obat yang telah diberitahukan sebelumnya, misalnya urin berwarna merah karena penggunaan rifampisin; mual karena penggunaan siprofloksasin atau metformin. - Apoteker memberikan rekomendasi kepada pasien berbasis bukti berkaitan dengan masalah terkait penggunaan obat dapat berupa konseling, edukasi, dan pendampingan cara penggunaan obat. - Apoteker dapat menyampaikan rekomendasi kepada perawat, apoteker lain, atau dokter. - Apoteker memantau pelaksanaan rekomendasi kepada pasien, perawat, atau dokter. - Apoteker melakukan pemantauan efektivitas dan keamanan terkait penggunaan obat menggunakan metode <i>Subject-Object Assessment Plan</i> (SOAP) dan mendokumentasian di CPPT		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	VISITE PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.55/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi (Apoteker) 2. Instalasi Rawat Inap 3. Komite Medik 4. TFT 5. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING INTERAKSI OBAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.56/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Monitoring Interaksi Obat (MIO) adalah tata cara melakukan pemantauan terjadinya dan upaya pencegahan terhadap interaksi antar obat dengan obat maupun antara obat dengan makanan yang digunakan oleh pasien di rawat inap RSUD dr. Soedirman Kebumen		
TUJUAN	1. Tersedianya prosedur tetap dalam memantau dan mencegah terjadinya interaksi obat dengan obat pada pengobatan pasien 2. Tersedianya prosedur tetap dalam memantau dan mencegah terjadinya interaksi antara obat dengan makanan pada pasien. 3. Tercapainya kepastian keamanan terapi pada pasien, dan mengurangi timbulnya reaksi yang tidak diinginkan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pelaksanaan kegiatan Monitoring Interaksi Obat (MIO) dilakukan dengan menggunakan program Interaksi Obat pada komputer atau dengan menggunakan informasi tersier oleh Apoteker. 2. Pelaksanaan entri data pengobatan pasien yang diindikasikan mengalami interaksi dengan menggunakan program interaksi obat. Data yang di entri antara lain: a) Tanggal penggunaan obat b) Nama Pasien; c) Nomor <i>Medical Record</i> d) Umur e) Jenis kelamin f) Ruang perawatan g) Nama Dokter h) Nama obat. i) Data dokumen pasien j) Data penggunaan obat harian yang bersumber dari rekam medik 3. Pemantauan oleh apoteker tentang ada atau tidak interaksi obat dari informasi <i>drug interaction program</i> untuk mengetahui: a) Interaksi obat dengan obat (antar obat) b) Interaksi obat dengan makanan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING INTERAKSI OBAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.56/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	4. Penelusuran melalui studi literatur tersier jika ditemukan ada informasi awal interaksi obat. 5. Perumusan beberapa alternatif pemecahan masalah oleh apoteker untuk mengurangi kejadian yang tidak diinginkan seperti: a) Mengganti dengan obat yang lebih aman. b) Mengatur jadwal penggunaan. c) Menurunkan dosis obat. d) Memberikan antidot/pramedikasi sebelum penggunaan obat. 6. Penyampaian informasi kepada dokter yang merawat pasien oleh apoteker secara tertulis dengan formulir rekomendasi farmasi klinik beserta data pendukung <i>print out</i> hasil analisa program interaksi obat dan memberikan rekomendasi penanganan interaksi yang potensial terjadi. 7. Pelaksanaan kegiatan diskusi lanjutan oleh Apoteker dengan <i>user</i> (dokter) jika diperlukan guna memperjelas rekomendasi yang telah diberikan. 8. Pendokumentasian rekomendasi penanganan MIO pada formulir laporan temuan interaksi obat. 9. Penyampaian Laporan <i>potential drug interaction</i> yang terjadi dalam bentuk rekap data MIO, kepada Tim Farmasi dan Terapi (TFT) untuk dilakukan tindakan pencegahan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi rawat Inap 3. TFT		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KONSELING OBAT PADA PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.57/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Konseling obat adalah suatu aktivitas pemberian nasihat atau saran terkait terapi obat dari apoteker (konselor) kepada pasien dan/atau keluarganya.		
TUJUAN	1. Untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. 2. Untuk membantu pasien untuk mengatur dan menyesuaikan dengan penyakitnya 3. Untuk membimbing dan mendididk pasien dalam menggunakan obat sehingga dapat mencapai tujuan pengobatan dan meningkatkan mutu pengobatan pasien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Pasien yang membutuhkan konseling dipersilahkan masuk ke ruang konseling. 2. Apoteker membuka komunikasi antara Apoteker dengan pasien 3. Mengidentifikasi tingkat pemahaman pasien tentang penggunaan obat melalui <i>Three Prime Questions</i> . a. Apakah yang disampaikan dokter tentang obat Anda? b. Apakah dokter menjelaskan tentang cara pemakaian obat Anda? c. Apakah dokter menjelaskan tentang hasil yang diharapkan setelah Anda menerima terapi obat tersebut. 4. Apoteker menggali informasi lebih lanjut dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk mengeksplorasi masalah penggunaan obat. 5. Apoteker memberikan penjelasan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah penggunaan obat. 6. Apoteker melakukan verifikasi akhir dalam rangka mengecek pemahaman pasien. 7. Apoteker mendokumentasi kegiatan konseling di Lembar		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KONSELING OBAT PADA PASIEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.57/SPO/2026	No. Revisi 1	I 2 / 2 1 1 / 2
	Assesment Kebutuhan Perencanaan dan Pemberian Pendidikan Kesehatan Pasien/Keluarga Inter Disiplin dalam rekam medis untuk pasien rawat inap, untuk pasien rawat jalan di formulir konseling.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi (Apoteker Instalasi Farmasi)		

lampiran 1. Form Konseling

	RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN JL. LINGKAR SELATAN, MUKTISARI, KEBUMEN TELPON : 0287 381101, 0287 387331		FORM PENCATATAN & KONSELING EVALUASI OBAT	
Nama Pasien :	Umur :	BB : Kg	L / P *	No. CM :
Alamat :	Poli :	Ruang :		
No Telp :				
Hamil : Ya / Tidak *	Menyusui : Ya / Tidak *	Merokok : Ya / Tidak * (.....batang / hari)		
Riwayat Alergi : ▪ Obat : ▪ Makanan : ▪ Hewan : ▪ Lain – lain :		Riwayat Penyakit	Riwayat Pengobatan	
Dokter :	Apoteker :	Paraf :		
Diagnosis :				

TGL	RESEP (NAMA OBAT)	PROBLEM	KONSELING

Keterangan : * coret yang tidak perlu

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN KESALAHAN PENYERAHAN SEDIAAN FARMASI KEPADA PASIEN RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.58/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penanganan kesalahan penyerahan sediaan farmasi kepada pasien adalah upaya penyelesaian apabila terjadi kesalahan penyerahan sediaan farmasi kepada pasien rawat jalan.		
TUJUAN	Memperlancar penanganan apabila terjadi kesalahan pemberian sediaan farmasi kepada pasien rawat jalan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Unit Farmasi Rawat Jalan menginformasikan kepada Sub Koordinator Unit Farmasi Rawat Jalan. 2. Petugas yang bersangkutan mencari alamat pada rekam medis pasien. 3. Sub Koordinator Unit Farmasi Rawat Jalan menunjuk Unit Farmasi Rawat Jalan untuk menyelesaikan kesalahan tersebut. 4. Petugas yang ditunjuk mendatangi rumah pasien yang salah dengan membawa penggantinya. 5. Petugas tersebut menyampaikan penggantian perbekalan farmasi dengan kata-kata yang asertif kepada pasien / keluarganya. 6. Petugas melapor kepada Sub Koordinator Unit Farmasi Rawat Jalan 7. Petugas yang menemukan kesalahan melaporkan kesalahan di Lembar Insiden Keselamatan Pasien 8. Kepala Instalasi Farmasi menggali akar masalah dan mencari solusi serta tindak lanjutnya.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Jalan 2. Instalasi Farmasi 3. KMKK		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN KESALAHAN PENYERAHAN SEDIAAN FARMASI KEPADA PASIEN RAWAT INAP/IGD/SUB UNIT FARMASI IBS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.59/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penanganan kesalahan penyerahan sediaan farmasi kepada pasien adalah upaya penyelesaian apabila terjadi kesalahan penyerahan sediaan farmasi kepada pasien rawat inap/IGD/SUB Unit Farmasi IBS.		
TUJUAN	Memperlancar penanganan apabila terjadi kesalahan pemberian sediaan farmasi kepada pasien rawat inap/IGD/SUB Unit Farmasi IBS.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/ IGD/SUB Unit Farmasi IBS segera menghubungi petugas ruangan di mana pasien dirawat atau petugas ruangan menghubungi petugas Unit Farmasi Rawat Inap/IGD/SUB Unit Farmasi IBS 2. Petugas Unit Farmasi Rawat Inap/IGD/SUB Unit Farmasi IBS menyelesaikan hal tersebut dengan petugas ruangan. 9. Petugas yang menemukan kesalahan melaporkan kesalahan di Lembar Insiden Keselamatan Pasien 3. Kepala Instalasi Farmasi/ Kepala Ruang menggali akar masalah dan mencari solusi serta tindak lanjutnya.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Rawat Inap 3. IGD 4. IBS 5. IRI 6. KMKK		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING <i>MEDICATION ERROR</i>		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.60/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Prosedur program Monitoring <i>Medication Error</i> (ME) adalah suatu proses dan tata cara menganalisa kejadian kesalahan dalam proses pengobatan yang dapat mengakibatkan perburukan secara klinis pada pasien.		
TUJUAN	1. Tersedianya prosedur untuk mengetahui kejadian <i>medication error</i> di RS 2. Tersedianya tindakan pengatasan yang diperlukan untuk menangani kejadian <i>medication error</i> pada pasien. 3. Tersedianya informasi bentuk kejadian <i>medication error</i> secara lengkap dan obyektif.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Temuan kejadian <i>medication error</i> pada pasien dari seluruh tahapan proses pelayanan obat. 2. Penerimaan laporan kejadian <i>medication error</i> dari Dokter, Perawat, Apoteker, pasien, keluarga pasien atau dari petugas lainnya. 3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menyusun laporan temuan kejadian <i>medication error</i> dalam formulir pelaporan. 4. Pelaksanaan kegiatan komunikasi / <i>Interview</i> oleh tim kerja (tim klinis). 5. Pelaksanaan kegiatan analisa (<i>assessment</i>) terhadap hasil interview maupun laporan MESO dari semua sumber dengan analias akar masalah. 6. Pelaksanaan identifikasi <i>error</i> (kesalahan) pada tahapan perencanaan dan pengadaan dengan melakukan identifikasi pada: a. Adanya ketidaktahuan kekosongan stok pada periode sebelumnya		



**RSUD
Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

MONITORING *MEDICATION ERROR*

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/13.60/SPO/2026	1	2 / 4

- b. Adanya kesalahan perhitungan jumlah kebutuhan perbekalan farmasi
- c. Adanya keterlambatan proses penyusunan perencanaan
- d. Adanya keterlambatan proses pengadaan perbekalan farmasi
- 7. Adanya keterlambatan pengiriman perbekalan farmasi akibat di *lock* atau dipending Pedagang Besar Farmasi (PBF) Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap peresepan dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Adanya penulisan resep tidak benar atau tidak jelas
 - b. Adanya penulisan resep tidak lengkap secara administratif.
 - c. Adanya kesalahan dalam menulis resep :
 - 1) Kesalahan menulis nama obat
 - 2) Kesalahan menulis dosis obat
 - 3) Kesalahan menulis aturan pakai
 - 4) Kesalahan menulis rute pemberian
 - 5) Kesalahan menulis nama pasien
- 8. Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap penyalinan/pembacaan resep dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Adanya kesalahan membaca resep
 - b. Adanya kesalahan interpretasi resep
 - c. Adanya kesalahan menyalin (copy) resep :
 - 1) Kesalahan menulis nama obat
 - 2) Kesalahan menulis dosis obat
 - 3) Kesalahan menulis aturan pakai
 - 4) Kesalahan menulis rute pemberian
 - 5) Kesalahan menulis nama pasien
 - 6) Kesalahan menulis instruksi pembuatan resep
- 9. Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap penyiapan dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Adanya kesalahan menyiapkan obat
 - b. Adanya kesalahan perhitungan dosis obat *High dose* dan *Under dose*
 - c. Adanya kesalahan pembuatan etiket obat
 - d. Adanya kesalahan pelarutan obat (obat injeksi) baik volume maupun jenis pelarut spesifik.
 - e. Adanya kesalahan pencatatan identitas pasien



**RSUD
Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

MONITORING *MEDICATION ERROR*

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/13.60/SPO/2026	1	3 / 4

10. Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap pengiriman dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Adanya kesalahan tujuan pengiriman
 - b. Adanya kesalahan paket pengiriman
 - c. Adanya kehilangan paket pengiriman
11. Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap penyiapan dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Adanya kesalahan menyiapkan obat
 - b. Adanya kesalahan perhitungan dosis obat *High dose* dan *Under dose*
 - c. Adanya kesalahan pembuatan etiket obat
 - d. Adanya kesalahan pelarutan obat (obat injeksi) baik volume maupun jenis pelarut spesifik
 - e. Adanya kesalahan pencatatan identitas pasien
12. Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap pengiriman dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Adanya kesalahan tujuan pengiriman
 - b. Adanya kesalahan paket pengiriman
13. Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap pemberian obat dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Kesalahan obat
 - b. Kesalahan dosis obat *High dose* dan *Under dose*
 - c. Kesalahan aturan pakai
 - 1) Frekwensi pemberian terlalu cepat
 - 2) Tidak mendapatkan obat
 - d. Kesalahan rute pemberian
 - e. Kesalahan pasien
14. Pelaksanaan identifikasi *error* pada tahap penyimpanan obat dengan melakukan identifikasi pada:
 - a. Adanya kesalahan peletakan obat tidak pada tempat seharusnya
 - b. Adanya kesalahan pada sistem penyimpanan:
 - 1) Tidak dijalankannya sistem FIFO (*first in first out*)
 - 2) Tidak dijalankannya sistem FEFO (*first expired date first out*)
 - 3) Tidak dijalankannya sistem LASA (*look alike sound alike*)
 - c. Monitoring pemantauan tempat fasilitas tidak pernah dilakukan Pengecekan jumlah stok tidak pernah dilakukan

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING <i>MEDICATION ERROR</i>		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.60/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 4 / 4
	15. Pelaksanaan identifikasi <i>error</i> pada tahap pemantauan dengan melakukan identifikasi pada: a. Adanya kesalahan prosedur pelaksanaan monitoring b. Adanya <i>off action</i> (monitoring tidak pernah dijalankan) 16. Penyusunan laporan temuan ME oleh “Komite Mutu dan Keselamatan Pasien”. 17. Penyampaian laporan kejadian ME oleh “Komite Mutu dan Keselamatan Pasien” 18. Pembentukan tim <i>leader</i> oleh SKP untuk perumusan analisa akar masalah dan penyusunan rekomendasi dan pengatasan kejadian. Anggota tim dari seluruh satuan kerja terkait a. Pelaksanaan kerja tim <i>leader</i> dalam perumusan analisa akar masalah dan penyusunan rekomendasi dan pengatasan kejadian dalam masa 30 hari kerja. b. Penyusunan laporan hasil kerja tim <i>leader</i> . c. Penyampaian laporan tim <i>leader</i> kepada Direktur. 19. Pelaksanaan tindak lanjut oleh Direksi secara manajemen dalam pengatasan dan pencegahan terjadi ME		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Komite Mutu & Keselamatan Pasien 3. Komite Medis 4. Bangsal perawatan 5. Radiologi 6. Poliklinik rawat jalan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENCATATAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) DI INSTALASI FARMASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.61/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien.		
TUJUAN	Terlaksananya sistem pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Tenaga kefarmasian yang mengetahui terjadinya IKP membuat laporan secara tertulis pada formulir yang telah tersedia dan melaporkan kepada koordinator unit farmasi terkait. 2. Koordinator unit farmasi menyerahkan laporan kejadian IKP kepada penanggung jawab IKP dan segera dilaporkan kepada Kepala Instalasi Farmasi paling lambat 2x24 jam. 3. Kepala Instalasi Farmasi melakukan <i>grading</i> risiko. a. Grading risiko berwarna biru/hijau dilakukan investigasi sederhana dan rekomendasi b. Grading risiko berwarna merah/kuning segera dilaporkan ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit untuk dilakukan RCA (<i>Root Cause Analysis</i>) 4. Kepala Instalasi Farmasi melaporkan ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Saki. 5. Laporan tidak boleh difotokopi dan disimpan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGUNAAN SPILL KIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.62/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	<i>Spill Kit</i> adalah seperangkat alat yang digunakan untuk menangani jika terjadi tumpahan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) agar tidak membahayakan pasien, pekerja dan lingkungan sekitarnya.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mencegah hal yang membahayakan, penyebaran infeksi dan melindungi pasien, pekerja, serta lingkungan sekitarnya.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	A. Persiapan 1. Alat Pelindung Diri (APD) a. Apron b. Masker c. Kaca mata google d. Tutup kepala e. Sepatu f. Sarung tangan non steril 2. Spill Kit a. tisu handuk b. <i>Underpad</i> c. Sapu dan Pengki d. Wadah untuk pecahan kaca e. Pinset/ penjepit f. Hipoklorit 0,5% g. Cairan Sabun/ deterjen h. Air i. Kantong Plastik Kuning j. Pasir/serbuk gergaji k. Formulir kejadian tumpahan l. Spidol permanen B. Pelaksanaan 1. Petugas mengambil dan membawa <i>spill kit</i> ke area tumpahan. 2. Petugas memasang tanda peringatan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGUNAAN SPILL KIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.62/SPO/2026	No. Revisi 1	$\frac{2}{1} / \frac{2}{2}$
	3. Petugas membuka <i>spill kit</i> dan mengeluarkan plastik kuning. 4. Petugas memakai Alat Pelindung Diri (APD) secara berurutan sebagai berikut : a. Apron b. Masker c. Kaca mata google d. Tutup Kepala e. Sepatu f. Sarung tangan 5. Siapkan kantong plastik kuning dan beri nomor 6. Batasi sisi luar tumpahan menggunakan pasir/serbuk gergaji. 7. Tuangkan cairan hipoklorit 0,5% secukupnya untuk mendesinfeksi dan diamkan selama 5 menit. Setelah 5 menit tutup dengan tisu handuk, jika tumpahan banyak tutup dengan <i>underpad</i> kemudian ambil menggunakan pinset dan buang ke dalam plastik kuning pertama. 8. Bersihkan sisa pasir/serbuk gergaji dengan sapu hingga bersih dan masukkan dalam plastik kuning pertama. 9. Masukkan sapu dan pengki dalam kantong plastik kuning kedua. 10. Bersihkan dengan cairan sabun/deterjen untuk menghilangkan sisa kotoran kemudian tutup dengan tisu handuk, ambil menggunakan pinset dan buang ke dalam plastik kuning pertama. 11. Bilas tempat bekas tumpahan dengan air, kemudian tutup dengan tisu handuk, ambil menggunakan pinset dan buang ke dalam plastik kuning pertama 12. Apabila terdapat pecahan kaca, ambil dengan sapu dan pengki dan letakkan pada wadah untuk pecahan kaca, kemudian masukkan ke dalam plastik kuning pertama 13. Letakkan pinset pada kantong plastik kuning kedua untuk dilakukan desinfeksi 14. Petugas melepas semua APD, kaca mata, google diletakkan ke kantong plastik kedua dan membuang bekas APD ke dalam plastik kuning pertama 15. Ikat plastik kuning pertama dan beri label “B3” 16. Petugas melakukan kebersihan tangan dan merapikan <i>spill kit</i>. 17. Petugas menulis kronologi kejadian tumpahan pada formulir laporan kejadian.		
UNIT TERKAIT	Semua unit terkait di RSUD dr. Soedirman Kebumen		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN (B3)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.63/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	B3 adalah bahan yang karena sifat dan atau konsentrasinya dan atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan atau merusak lingkungan hidup, dan atau membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, kelangsungan hidup manusia serta makhluk hidup lainnya		
TUJUAN	Sebagai prosedur penyimpanan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3)		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Unit Farmasi Gudang/Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD/Sub Unit Farmasi IBS dan Ruangan yang memakai Bahan Berbahaya dan Beracun menyimpannya dalam ruangan tersendiri, terpisah dari obat lain, dan disimpan sesuai dengan stabilitas produk agar aman digunakan oleh pasien. 2. Petugas Unit Farmasi menyimpan B3 harus dekat dengan hidrant/APAR. 3. Petugas Unit Farmasi tidak meletakkan B3 di lantai, namun disimpan di atas palet, rak atau lemari dilengkapi label B3. 4. Petugas Unit Farmasi menyimpan B3 terhindar dari sumber listrik dan tersedia Spill Kit. 5. Petugas Unit Farmasi melaporkan kepada Penanggung Jawab Unit yang bersangkutan apabila terjadi ketidaksesuaian dalam proses penyimpanan.		
UNIT TERKAIT	Semua unit terkait di RSUD dr. Soedirman Kebumen		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MITIGASI RISIKO RANTAI PERBEKALAN FARMASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.64/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Mitigasi risiko rantai perbekalan farmasi adalah upaya yang dilakukan untuk mengidentifikasi, menilai, dan mengurangi risiko terjadinya kehilangan/kekurangan perbekalan farmasi yang dapat merugikan pasien maupun rumah sakit		
TUJUAN	Sebagai acuan mitigasi risiko rantai perbekalan farmasi		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker melakukan identifikasi risiko/<i>risk identification</i> yang mungkin terjadi dalam lingkup perbekalan farmasi. 2. Apoteker melakukan <i>assessment</i>/perhitungan risiko yang dapat menimbulkan efek paling besar. Risiko yang memiliki dampak terbesar menjadi prioritas untuk dimitigasi. 3. Apoteker melakukan <i>mitigation</i> dengan tiga usaha yang dapat dilakukan, yaitu <i>controlling the risk, transferring the risk, avoiding the risk</i>. 4. Apoteker mencari alternatif obat dengan fungsi serupa, melakukan perencanaan obat tahunan secara akurat, dan meningkatkan komunikasi dengan distributor apabila terjadi kelangkaan obat-obatan. 5. Apoteker meningkatkan komunikasi dengan distributor apabila terjadi kelalaian proses pengiriman. 6. Apoteker akan melakukan efisiensi biaya apabila terjadi defisit anggaran. 7. Apoteker melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi risiko secara berkala dibawah penanggung jawab risiko.		
UNIT TERKAIT	1. Apoteker 2. Unit Farmasi Logistik		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENENTUAN TINGKAT RISIKO DALAM RANTAI PERBEKALAN FARMASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.65/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penentuan tingkat risiko dalam rantai perbekalan adalah langkah dari manajemen risiko pada rantai perbekalan (<i>supply chain</i>) produk farmasi yang bertujuan produk farmasi harus dapat menyediakan obat dengan kuantitas yang memadai dan kualitas yang memenuhi persyaratan untuk mengidentifikasi semua risiko yang dapat mengancam akses terhadap obat akibat aspek-aspek yang berperan		
TUJUAN	Sebagai acuan menentukan tingkat risiko dalam rantai perbekalan farmasi		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker menentukan risiko yang mungkin terjadi dalam rantai perbekalan farmasi. 2. Apoteker melakukan penilaian dampak atau tingkat keparahan yang mungkin timbul menggunakan skala 1-5 dengan skala 5 yaitu sangat parah dan 1 tidak berpengaruh. 3. Apoteker kemudian melakukan identifikasi agen risiko dan tingkat kemungkinan timbulnya risiko dengan skala 1-5 dengan nilai 5 berarti hampir mungkin terjadi dan 1 tidak mungkin terjadi. 4. Apoteker menetapkan titik paling berisiko dalam rantai perbekalan farmasi dan memilih risiko yang diprioritaskan untuk diselesaikan. 5. Apoteker menentukan tindakan yang paling sesuai untuk mencegah terjadinya risiko. 6. Apoteker mengimplementasikan rencana tindakan, meliputi menghindari risiko, mengurangi risiko, memindahkan risiko, menahan risiko, dan mengendalikan risiko. 7. Apoteker melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi risiko secara berkala dibawah penanggung jawab risiko.		
UNIT TERKAIT	1. Apoteker		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENENTUAN TINGKAT RISIKO DALAM RANTAI PERBEKALAN FARMASI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.65/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	2. Unit Farmasi Logistik		



**RSUD
Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

KIE PASIEN LAYANAN HANTARAN OBAT

No. Dokumen
000.8.3.3/13.66/SPO/2026

No. Revisi
1

Halaman
1/1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit
06 Januari 2026

Ditetapkan Oleh:
Direktur
RSUD dr. Soedirman Kebumen

dr. Arif Komedi, M.Sc.
Pembina Tingkat I
NIP. 196801272002121002

PENGERTIAN	KIE pasien layanan hantaran obat adalah komunikasi, informasi, dan edukasi kepada pasien rawat jalan RSUD Dr Soedirman Kebumen yang memakai jasa layanan hantaran obat
TUJUAN	1. Memberikan informasi dan edukasi yang cukup kepada pasien terkait obat 2. Mencegah terjadinya kesalahan penggunaan obat
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen
PROSEDUR	1. Petugas <i>PIC (person in charge)</i> layanan hantaran obat unit farmasi rawat jalan menerima menghubungi pasien via telepon atau wa dan memastikan kebenaran dari a. Benar pasien b. Benar obat c. Benar dosis d. Benar frekuensi dan waktu pemberian e. Benar cara/rute pemberian 2. Petugas <i>PIC (person in charge)</i> layanan hantaran obat unit farmasi rawat jalan memberikan informasi tentang indikasi obat, cara penggunaan, dan jangka waktu pengobatan kepada pasien 3. Petugas <i>PIC (person in charge)</i> layanan hantaran obat unit farmasi rawat jalan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pasien terkait obatnya 4. Petugas <i>PIC (person in charge)</i> layanan hantaran obat unit farmasi rawat jalan memastikan pasien memahami semua informasi yang disampaikan dengan meminta pasien mengulang informasi yang diberikan
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGENCERAN KCL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.67/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Memberikan sejumlah Kalium ke dalam tubuh untuk mencapai kadar normal kalium dalam darah (Nilai Normal : 3,5 – 5,5 mEq/ml).		
TUJUAN	Untuk mencegah terjadinya gangguan irama jantung dan gangguan sistemik lain.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan peralatan dan obat yang dibutuhkan. 2. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih melakukan verifikasi obat yang diperoleh pasien apakah telah sesuai dengan catatan pemberian obat. 3. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menggunakan APD yang dibutuhkan dan melakukan <i>handrub/handwash</i>. 4. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih membersihkan area meja kerja. 5. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan KCl sesuai permintaan di resep. 6. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker melakukan perhitungan koreksi kekurangan Kalium dengan rumus = $\Delta K \times BB \times \frac{1}{3}$ 7. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker mengencerkan KCl dalam larutan pengencer yang sesuai. KCl kompatibel dengan larutan pengencer NaCl 0,9%, Gluc 5%, Gluc-NaCl, Hartmann, Ringer. 8. Perawat/Bidan memberikan KCl dalam larutan pengencer yang sesuai secara drip/dalam Syringe Pump kepada pasien. 9. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membuang seluruh bahan yang telah terkontaminasi ke dalam kantong buangan tertutup. 10. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker menambahkan tulisan “Sudah diencerkan dengan KCl” disertai jam, tanggal		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGENCERAN KCL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.67/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	rekonstitusi, dan BUD obat hasil pencampuran pada stiker identitas pasien di plabot infus. 11.Perawat/Bidan mendokumentasikan pemberian obat pada Catatan Pemberian Obat (CPO). 12.Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membersihkan area kerja dan melakukan kembali <i>handscrub</i> .		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGENCERAN $MgSO_4$		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.68/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Memberikan sejumlah Magnesium plasma ke dalam tubuh untuk mencapai kadar normal Magnesium dalam darah (Nilai Normal : 0,75 – 0,95 mmol/L)		
TUJUAN	Untuk mengobati hipomagnesemia dan juga dapat digunakan dalam manajemen darurat asma berat, eklamsia, dan preeklamsia		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan peralatan dan obat yang dibutuhkan. 2. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih melakukan verifikasi obat yang diperoleh pasien apakah telah sesuai dengan catatan pemberian obat. 3. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menggunakan APD yang dibutuhkan dan melakukan <i>handrub/handwash</i>. 4. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih membersihkan area meja kerja 5. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan obat $MgSO_4$ sesuai permintaan di resep. 6. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker melakukan perhitungan koreksi $MgSO_4$. $MgSO_4$ kompatibel dengan larutan pengencer NaCl 0,9%, Gluc 5%. 7. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker setelah menghitung koreksi yang dibutuhkan, dosis awal/initial : 4 g $MgSO_4$ 20% (20 cc) di+ infuse NaCl 0,9%/ Gluc 5% 80 ml = 100 ml dibagi 2 kali pemberian dengan spuit 50 cc Syringe Pump masing-masing 7,5 menit (total lama pemberian 15 menit). 8. Perawat atau Bidan memberikan dosis pemeliharaan/maintenance: $MgSO_4$ 20% 1 gram/jam selama 24 jam dengan cara : $MgSO_4$ 20% 10 gram (50 cc) diberikan dengan Syringe Pump habis dalam 10 jam → 5 cc/jam.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGENCERAN MgSO_4		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.68/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	9. Perawat atau Bidan memberikan untuk 4 jam kekurangan → MgSO_4 20% 4 gram (20 cc) diberikan dengan Syringe Pump habis dalam 4 jam → 5 cc/jam. 10. Perawat atau Bidan tetap memberikan Infus NaCl 0,9%/Gluc 5% 12 tpm selama pemberian MgSO_4 Syringe Pump. 11. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membuang seluruh bahan yang telah terkontaminasi ke dalam kantong buangan tertutup. 12. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker menambahkan tulisan “Sudah diencerkan dengan MgSO_4” disertai jam, tanggal rekonstitusi, dan BUD obat hasil pencampuran pada stiker identitas pasien di plabot infus. 13. Perawat/Bidan mendokumentasikan pemberian obat pada Catatan Pemberian Obat (CPO). 14. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membersihkan area kerja dan melakukan kembali <i>handscrub</i>.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGENCERAN NATRIUM BICARBONAT		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/13.69/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Menambahkan sejumlah Natrium Bikarbonat ke dalam tubuh untuk mencapai nilai normal Natrium Bikarbonat dalam darah = 22 – 28 mEq		
TUJUAN	Untuk memperbaiki keseimbangan asam basa dalam darah		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan peralatan dan obat yang dibutuhkan. 2. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih melakukan verifikasi obat yang diperoleh pasien apakah telah sesuai dengan catatan pemberian obat. 3. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menggunakan APD yang dibutuhkan dan melakukan <i>handrub/handwash</i>. 4. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih membersihkan area meja kerja 5. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan obat Natrium Bikarbonat sesuai permintaan di resep. Natrium Bikarbonat kompatibel dengan larutan pengencer NaCl 0,9%, Gluc 5%, Gluc-NaCl. Natrium Bikarbonat kemasan 25 cc = 25 mEq. 6. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker melakukan perhitungan koreksi kekurangan buffer tubuh dengan rumus = $1/3 \times BB \times BE$ (base defisit). 7. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker setelah menghitung koreksi yang dibutuhkan memberikan $\frac{1}{2}$ dosis Natrium Bikarbonat atau sesuai intruksi dokter (dosis maksimal dewasa 100 mEq/hari). 8. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker mengambil obat dengan spuit sesuai dengan jumlah yang dikehendaki, kemudian mencampurkan dengan cairan pengencer dalam plabot atau masukan dalam botol/plabot steril tanpa pengenceran.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGECERAN NATRIUM BICARBONAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.69/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	9. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membuang seluruh bahan yang telah terkontaminasi ke dalam kantong buangan tertutup. 10. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker menambahkan tulisan “Sudah diencerkan dengan Natrium Bikarbonat” disertai jam, tanggal rekonstitusi, dan BUD obat hasil pencampuran pada stiker identitas pasien di plabot infus. 11. Perawat/Bidan mendokumentasikan pemberian obat pada Catatan Pemberian Obat (CPO). 12. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membersihkan area kerja dan melakukan kembali <i>handscrub</i>.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	CARA PEMBERIAN NA ⁺ CL 3%		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.70/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD Dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Menambahkan sejumlah Na ⁺ ke dalam tubuh untuk mencapai nilai normal Na ⁺ dalam darah = 135-145 mEq/L		
TUJUAN	Mengatasi hiponatremia/penurunan kadar Na ⁺ dalam darah		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan peralatan dan obat yang dibutuhkan. 2. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih melakukan verifikasi obat yang diperoleh pasien apakah telah sesuai dengan catatan pemberian obat. 3. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menggunakan APD yang dibutuhkan dan melakukan <i>handrub/handwash</i>. 4. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih membersihkan area meja kerja 5. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan obat NaCl 3% sesuai permintaan di resep. NaCl 3% tidak boleh dibolus karena osmolalitasnya tinggi (1028 mOsm/kg) dan pH asam 4,5-7 bisa menyebabkan flebitis. 6. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker yang kompeten dan terlatih menyiapkan pemberian NaCl 3% menggunakan syringe pump/drip diatur maksimal 100 ml/jam. 7. Perawat menghentikan pemberian NaCl 3% apabila kadar Na⁺ sudah mendekati/mencapai kadar normal 135 mEq/L, atau gejala hilang. 8. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membuang seluruh bahan yang telah terkontaminasi ke dalam kantong buangan tertutup. 9. Perawat/Bidan mendokumentasikan pemberian obat pada Catatan Pemberian Obat (CPO). 10. Perawat, Bidan, dan atau Apoteker membersihkan area kerja dan melakukan kembali <i>handscrub</i>.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	CARA PEMBERIAN NACL 3%		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.70/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	INPUT RESEP DI APLIKASI KHANZA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.71/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002 	
PENGERTIAN	Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi (yang diberi wewenang oleh rumah sakit untuk praktik di rumah sakit dan mempunyai surat ijin praktik di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen) kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam meng- <i>input</i> resep di aplikasi khanza.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokter masuk ke dalam akun miliknya di sistem Khanza. 2. Dokter memilih menu Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD. 3. Dokter melakukan klik pada ikon <i>paper clip</i> (□) dan memilih nama bangsal. 4. Dokter melakukan klik pada tanda centang berwarna hijau. 5. Dokter memilih nama pasien yang hendak diberi resep dengan cara melakukan klik kiri satu kali. 6. Dokter melakukan klik kiri dua kali pada nomor rawat pasien. 7. Dokter melakukan klik pada input resep. 8. Dokter mengetikkan nama obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai disertai jumlah serta aturan pakainya. 9. Dokter melakukan klik pada ikon simpan  Simpan. 10. Dokter melakukan klik pada <i>copy</i> resep apabila obat yang hendak diresepkan oleh dokter sama dengan obat di hari kemarin khusus untuk resep pasien rawat inap. 11. Dokter menghapus item obat yang sudah tidak masuk dalam terapi pasien.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	CARA PEMBERIAN NACL 3%		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.70/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
	12. Dokter menambahkan item obat yang sebelumnya tidak diresepkan apabila ada tambahan terapi yang dikehendaki. 13. Dokter hanya perlu mengetikkan obat tambahan di sistem Khanza apabila sudah ada <i>copy</i> resep utuh di hari tersebut. 14. Dokter melakukan klik pada ikon simpan  Simpan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Dokter		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	INPUT RESEP RACIKAN DI APLIKASI KHANZA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.72/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi (yang diberi wewenang oleh rumah sakit untuk praktik di rumah sakit dan mempunyai surat ijin praktik di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen) kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam meng- <i>input</i> resep racikan di aplikasi khanza		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokter masuk ke dalam akun miliknya di sistem Khanza. 2. Dokter memilih menu Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD. 3. Dokter melakukan klik pada ikon <i>paper clip</i> (📎) dan memilih nama bangsal. 4. Dokter melakukan klik pada tanda centang berwarna hijau. 5. Dokter memilih nama pasien yang hendak diberi resep dengan cara melakukan klik kiri satu kali.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	INPUT RESEP RACIKAN DI APLIKASI KHANZA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.72/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
	6. Dokter melakukan klik kiri dua kali pada nomor rawat pasien. 7. Dokter melakukan klik pada input resep. 8. Dokter melakukan klik pada Racikan. 9. Dokter melakukan klik pada ikon . 10. Dokter mengetikkan nama racikan, metode racik, jumlah racik, aturan pakai, nama obat, kandungan obat, dan jumlah item obat yang diperlukan untuk membuat racikan. 11. Dokter melakukan klik pada ikon simpan  Simpan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Dokter		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENERIMAAN OBAT SUHU DINGIN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/13.73/SPO/2026 Tanggal Terbit 06 Januari 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1 Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002
PENGERTIAN	Rantai dingin adalah sistem penyimpanan dan pengangkutan obat-obatan, vaksin, reagen, obat darah, obat bahan uji biologis pada suhu yang direkomendasikan dari titik obat hingga titik penggunaan		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam penerimaan obat suhu dingin		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi memeriksa kondisi fisik kotak dingin yang digunakan untuk membawa obat rantai dingin. 2. Petugas farmasi memastikan <i>ice pack</i> yang digunakan dalam keadaan dingin dan obat rantai dingin tidak menyentuh langsung kantong es/gel beku. 3. Petugas farmasi melakukan pembacaan indikator pemantauan suhu yang disertakan dengan obat selama penerimaan. 4. Petugas farmasi mencatat suhu penerimaan obat rantai dingin. 5. Petugas farmasi memeriksa kesesuaian nama obat, jumlah, nomor batch, dan tanggal kadaluwarsa obat rantai dingin. 6. Petugas farmasi memeriksa kondisi fisik obat rantai dingin, misalnya seperti retak atau berubah warna. 7. Petugas farmasi memeriksa kondisi pengencer yang disertakan (apabila ada) dan memastikan tidak ada kerusakan yang disebabkan oleh panas atau suhu beku. 8. Petugas farmasi dan petugas pengirim obat suhu dingin melakukan serah terima obat dan masing-masing membubuhkan tanda tangan pada <i>Checklist</i> Penerimaan Obat Rantai Dingin.		
UNIT TERKAIT	1. Gudang Farmasi 2. Farmasi Rawat Inap 3. Farmasi Rawat Jalan 4. Farmasi IGD 5. Farmasi IBS		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KARANTINA OBAT SUHU DINGIN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.74/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Rantai dingin adalah sistem penyimpanan dan pengangkutan obat-obatan, vaksin, reagen, obat darah, obat bahan uji biologis pada suhu yang direkomendasikan dari titik obat hingga titik penggunaan		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam melakukan karantina obat suhu dingin		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi memisahkan obat rantai dingin yang tidak sesuai dengan persyaratan suhu, nama obat, jumlah obat, nomor batch, dan tanggal kadaluwarsa obat. 2. Petugas farmasi memberi label obat rantai dingin yang tidak memenuhi syarat dan menuliskan alasan mengapa obat tidak memenuhi syarat. 3. Petugas farmasi mencatat informasi stok karantina ke dalam sistem inventaris fasilitas. 4. Petugas farmasi menyimpan obat rantai dingin yang tidak memenuhi syarat dan telah diberi label karantina ke ruangan khusus karantina. 5. Petugas farmasi melakukan konfirmasi apakah obat rantai dingin dapat dilakukan retur ke PBF.		
UNIT TERKAIT	1. Gudang Farmasi 2. Farmasi Rawat Inap 3. Farmasi Rawat Jalan 4. Farmasi IGD 5. Farmasi IBS		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MITIGASI OBAT SUHU DINGIN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/13.75/SPO/2026 Tanggal Terbit 06 Januari 2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2 Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedl, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002
PENGERTIAN	Rantai dingin adalah sistem penyimpanan dan pengangkutan obat-obatan, vaksin, reagen, obat darah, obat bahan uji biologis pada suhu yang direkomendasikan dari titik obat hingga titik penggunaan		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam melakukan mitigasi obat suhu dingin		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi memastikan pihak distributor mengirimkan obat suhu rantai dingin dengan kontainer ber-AC atau <i>cool box</i> sebelum melakukan penerimaan obat. 2. Petugas farmasi melakukan pembacaan termometer digital/indikator pemantauan suhu yang disertakan untuk memastikan obat rantai dingin dalam rentang suhu 2-8⁰ C baik sebelum, selama, dan setelah distribusi berlangsung. 3. Petugas farmasi mencatat suhu penerimaan obat rantai dingin dari distributor. 4. Petugas farmasi dapat mengajukan retur apabila didapati obat suhu rantai dingin berada di luar rentang suhu 2-8⁰ C ketika dilakukan penerimaan obat. 5. Petugas farmasi memastikan obat suhu dingin disimpan di dalam kulkas dalam rentang suhu 2-8⁰ C selama penyimpanan di gudang/unit farmasi. 6. Petugas farmasi memastikan obat suhu rantai dingin yang dikirim dari gudang ke unit farmasi atau dari unit farmasi ke bangsal rawat inap menggunakan cool box yang dilengkapi dengan termometer digital. 7. Petugas farmasi mencatat suhu penerimaan obat rantai dingin ketika tiba di unit farmasi/bangsal rawat inap. 8. Petugas farmasi memastikan obat suhu dingin disimpan dalam kulkas dalam rentang suhu 2-8⁰ C selama penyimpanan sebelum obat diadministrasikan ke pasien.		
UNIT TERKAIT	Semua Unit Instalasi Farmasi		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBELIAN OBAT BEBAS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.76/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Obat bebas adalah obat yang dijual bebas di pasaran dan dapat dibeli tanpa resep dokter		
TUJUAN	Sebagai acuan pembelian obat bebas di RSUD Dr. Soedirman Kebumen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi memastikan pasien yang hendak melakukan Pembelian Obat Bebas telah memiliki nomor rekam medis di RSUD Dr. Soedirman Kebumen dan membawa resep dari dokter. 2. Petugas farmasi masuk ke akun Khanza dengan mengetikkan ID Admin dan <i>Password</i>-nya sendiri. 3. Petugas farmasi memilih menu Farmasi. 4. Petugas farmasi memilih menu Input Penjualan Obat dan BHP. 5. Petugas farmasi mengetikkan identitas pasien yang hendak melakukan pembelian Obat Bebas dengan melakukan klik pada ikon <i>paper clip</i> (). 6. Petugas farmasi memilih menu Data Pasien dengan mengetikkan Nama atau Nomor Rekam Medis Pasien. 7. Petugas farmasi melakukan klik pada nama pasien hingga berwarna merah. 8. Petugas farmasi melakukan klik pada ikon tanda keluar  Keluar yang berada di bagian bawah. 9. Petugas farmasi mengetikkan tanda strip (-) di bagian catatan apabila tidak ada catatan yang hendak ditambahkan. 10. Petugas farmasi memilih menu lokasi pembelian di Farmasi APRJ/APRI/APIGD. 11. Petugas farmasi mengetikkan nama obat yang hendak dibeli di <i>key word</i>. 12. Petugas farmasi mengetikkan jumlah dan aturan pakai obat bebas yang hendak dibeli pasien. 13. Petugas farmasi melakukan klik pada ikon simpan  Simpan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBELIAN OBAT BEBAS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.76/SPO/2026	No. Revisi 1	1 2 / 2 - , -
	14. Petugas farmasi mencetak nota pembayaran obat bebas dan menyerahkannya kepada pasien. 15. Pasien melakukan pembayaran obat bebas ke kasir. 16. Pasien dapat melakukan pengambilan obat ke Farmasi APRJ/APRI/APIGD setelah memperlihatkan nota lunas dari kasir.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Kasir		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR HANTARAN OBAT PASIEN JKN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.77/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc. Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Hantaran Obat adalah jasa layanan hantaran obat untuk memfasilitasi pasien yang rumahnya jauh dengan tetap memberikan informasi dan edukasi yang cukup kepada pasien terkait obat yang dihantarkan		
TUJUAN	1. Mengurangi lamanya waktu tunggu obat di RSUD Dr. Soedirman Kebumen dan memudahkan pasien yang rumahnya jauh 2. Memberikan informasi dan edukasi yang cukup kepada pasien terkait obat 3. Mencegah terjadinya kesalahan penggunaan obat		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pasien menyampaikan permintaan pelayanan hantaran obat kepada petugas farmasi. 2. Petugas Farmasi mengarahkan pasien ke Petugas Pos; 3. Petugas Pos menyerahkan formulir permintaan pelayanan hantaran obat kepada pasien/keluarga pasien untuk diisi dan ditandatangani. 4. Petugas Pos mencatat permintaan pelayanan tersebut pada buku register. 5. Petugas Pos menyerahkan register permintaan pelayanan hantaran obat kepada Petugas farmasi. 6. Petugas farmasi menyiapkan obat sebagaimana tercantum dalam register permintaan pelayanan hantaran obat sesuai standar prosedur operasional pelayanan resep. 7. Petugas Farmasi menghubungi petugas Pos untuk mengambil obat yang telah siap antar. 8. Petugas Farmasi dan Petugas Pos secara bersama-sama melakukan pengecekan data pasien dan obat yang akan dihantar. 9. Petugas Pos melakukan pengemasan ulang sesuai standar yang ditetapkan.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR HANTARAN OBAT PASIEN JKN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.77/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	10. Petugas Pos melakukan pelayanan hantaran obat ke alamat rumah pasien sesuai jenis layanan dan tujuan pengiriman. 11. Petugas Pos memberikan laporan pelaksanaan pelayanan hantaran obat termasuk di dalamnya foto penerimaan obat kepada Petugas farmasi.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Kantor Pos		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR HANTARAN OBAT PASIEN UMUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.78/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pemhina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Hantaran Obat adalah jasa layanan hantaran obat untuk memfasilitasi pasien yang rumahnya jauh dengan tetap memberikan informasi dan edukasi yang cukup kepada pasien terkait obat yang dihantarkan		
TUJUAN	1. Mengurangi lamanya waktu tunggu obat di RSUD Dr. Soedirman Kebumen dan memudahkan pasien yang rumahnya jauh 2. Memberikan informasi dan edukasi yang cukup kepada pasien terkait obat 3. Mencegah terjadinya kesalahan penggunaan obat		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pasien menyampaikan permintaan pelayanan hantaran obat kepada Petugas farmasi. 2. Petugas Farmasi menghitung rincian biaya obat dan mengarahkan pasien untuk melakukan pembayaran di Kasir. 3. Petugas Farmasi mengarahkan pasien ke Petugas Pos setelah pasien melakukan pembayaran. 4. Petugas Pos menyerahkan formulir permintaan pelayanan hantaran obat kepada pasien/keluarga pasien untuk diisi dan ditandatangani. 5. Petugas Pos mencatat permintaan pelayanan tersebut pada buku register. 6. Petugas Pos menyerahkan register permintaan pelayanan hantaran obat kepada Petugas farmasi. 7. Petugas farmasi menyiapkan obat sebagaimana tercantum dalam register permintaan pelayanan hantaran obat sesuai standar prosedur operasional pelayanan resep. 8. Petugas Farmasi menghubungi petugas Pos untuk mengambil obat yang telah siap antar.		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR HANTARAN OBAT PASIEN UMUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.78/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 2 / 2
	9. Petugas Farmasi dan Petugas Pos secara bersama-sama melakukan pengecekan data pasien dan obat yang akan dihantar. 10. Petugas Pos melakukan pengemasan ulang sesuai standar yang ditetapkan. 11. Petugas Pos melakukan pelayanan hantaran obat ke alamat rumah pasien sesuai jenis layanan dan tujuan pengiriman. 12. Petugas Pos memberikan laporan pelaksanaan pelayanan hantaran obat termasuk di dalamnya foto penerimaan obat kepada Petugas farmasi.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Kantor Pos		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAYANAN RESEP DARI LUAR RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.79/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi kepada apoteker baik dalam bentuk paper maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku		
TUJUAN	Untuk memberikan panduan kepada petugas farmasi dalam menangani resep dari luar RSUD dr. Soedirman Kebumen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian menerima resep pasien. 2. Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian melakukan telaah resep dari luar RSUD dr. Soedirman Kebumen meliputi persyaratan administratif (keabsahan resep), farmasetis, dan klinis. 3. Apabila ditemukan ketidaksesuaian/kejanggalan/ keraguan penulisan dalam resep dari luar RSUD dr. Soedirman Kebumen, dilakukan penolakan resep. 4. Apabila resep yang diterima memenuhi syarat, Apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian melakukan telaah obat yang meliputi: a. Obat sesuai resep b. Dosis c. Jumlah d. Frekuensi obat e. Rute obat 5. Apabila semuanya telah sesuai, Apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian melayani permintaan dalam resep dan melakukan dokumentasi permintaan resep dari luar RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Farmasi Rawat Jalan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIAPAN TOTAL PARENTERAL NUTRITION (TPN)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.80/SPO/202 6	No. Revisi 1	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc.</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Nutrisi parenteral digunakan untuk mengelola dan mengobati malnutrisi. <i>Total Parenteral Nutrition</i> (TPN) diberikan melalui infus dan merupakan satu-satunya sumber nutrisi yang diterima pasien dengan gangguan fungsi gastrointestinal serta kontraindikasi terhadap nutrisi enteral		
TUJUAN	1. Menjamin Mutu dan Stabilitas Nutrisi Parenteral di Rumah Sakit demi keselamatan pasien 2. Mencegah terjadinya kesalahan dalam pencampuran nutrisi parenteral		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur RSDS Dr. Soedirman Kebumen Nomor : 102 Tahun 2025 Tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas farmasi membawa Sediaan, Alat kesehatan, dan BMHP yang dibutuhkan ke Ruang Pencampuran TPN. 2. Petugas farmasi Menyiapkan wadah/kantong buangan untuk bekas Sediaan, Alat kesehatan, dan BMHP. 3. Petugas farmasi melakukan hand hygiene dan menggunakan APD (masker, nurse cap, gown, dan sarung tangan). 4. Petugas farmasi melakukan desinfeksi Sediaan, Alat kesehatan, dan BMHP dengan alkohol 70%. 5. Petugas farmasi melakukan desinfeksi sarung tangan dengan alkohol 70%.		



**RSUD
Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENYIAPAN *TOTAL PARENTERAL NUTRITION* (TPN)

No. Dokumen
000.8.3.3/13.80/SPO/202
6

No. Revisi
1

Halaman
1 / 2

6. Petugas farmasi menempelkan etiket ke botol dextrose yang hendak digunakan untuk campuran TPN.
7. Petugas farmasi menyiapkan larutan dextrose sesuai dengan konsentrasi dan volume yang dikehendaki oleh dokter penulis resep.
8. Petugas farmasi menambahkan NaCl 3% sesuai volume yang dikehendaki ke dalam botol campuran TPN.
9. Petugas farmasi menambahkan KCl 7,46% sesuai volume yang dikehendaki ke dalam botol campuran TPN.
10. Petugas farmasi menambahkan Ca gluconas 10% sesuai volume yang dikehendaki ke dalam botol campuran TPN.
11. Petugas farmasi menambahkan larutan Asam Amino sesuai konsentrasi dan volume yang dikehendaki ke dalam botol campuran TPN.
12. Petugas farmasi memastikan campuran TPN yang telah dibuat homogen.
13. Petugas farmasi meyekat tutup botol campuran TPN menggunakan alkohol swab 70%.
14. Petugas farmasi menutup botol campuran TPN menggunakan parafilm.

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Farmasi
2. Farmasi Klinik