***Lampiran 1***

**BORANG *LOG BOOK***

**RE-SERTIFIKASI APOTEKER**



Nama : ……………………..

Nomor Anggota : ……………………..

**Borang ini berisi :**

1. *Borang Registrasi Re-Sertifikasi*
2. *Borang Kehadiran Praktik Apoteker*
3. *Borang Pelaksanaan Praktik Apoteker*
4. *Borang Rencana Pengembangan Diri*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contoh logo-8 di Kongres**  **BORANG REGISTRASI**  **RE-SERTIFIKASI APOTEKER** | | | | | |
| Petunjuk : Tulislah dengan Huruf Terketik Rapi ! | | | | | |
| Kepada Yth.  Diterima tanggal : .....................  ( *diisi oleh petugas* )  Tim Sertifikasi dan Re-Sertifikasi Daerah........................  Melalui PC IAI Kab/Kota ..........................  Di  Tempat | | | | | |
| Bersama ini saya mengajukan permohonan Re-Sertifikasi dengan data sebagai berikut : | | | | | |
| 1. NamaLengkap,gelar | | : |  | | |
| 1. Tempat / Taggal lahir | | : |  | | |
| 1. No.KTA IAI | | : |  | | |
| 1. No.KTP | | : |  | | |
| 1. Alamat lengkap (sesuai KTP) | | : |  | | |
| 1. No.Handphone | | : |  | | |
| 1. Alamat email | | : |  | | |
| 1. Tempat praktek , | | : | Alamat | | Jadwal |
|  |  |  |  | | *Ada, lampirkan* |
|  |  |  |  | | *Ada, lampirkan* |
|  |  |  |  | | *Ada, lampirkan* |
| 1. No. STRA | | : | .............................................. | | Berlaku s.d: .... / ..... / .. |
| 1. No. Sertifikat Kompetensi | | : | ............................................... | | Berlaku s.d: .... / ..... / .. |
| 1. No. Rekomendasi IAI | | : | ............................................... | | Tertanggal: .... / ..... / .. |
| 1. PC-IAI asal | | : | ....................................................................................................... | | |
| Untuk keperluan verifikasi data, berikut terlampir :   1. Fotocopy KTP yang masih berlaku 2. Fotocopy KTA yang masih berlaku 3. Fotocopy STRA yang masih berlaku 4. Fotocopy Rekomendasi terakhir dari PC/PD IAI yang diperoleh 5. Fotocopy SIPA/SIKA terakhir yang diperoleh 6. Fotocopy SK Pengangkatan Pegawai (*bagi pemohon di RS/PBF/Industri*) 7. Fotocopy Sertifikat Kompetensi Apoteker akan atau habis masa berlakunya 8. Fotocopy Sertifikat SKP (SKP-Praktik, SKP-Pembelajaran, dan SKP-Pengabdian) 9. Rekapitulasi Perolehan SKP 10. Isian Lengkap Borang dalam Buku Log (*Log Book*) 11. Isian Lengkap Berkas dalam Portofolio Pembelajaran | | | | | |
| Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih. | | | | | |
| Mengetahui,  **PC IAI KAB/KOTA ......................................**  ttd  **NAMA LENGKAP,Gelar**  Tanda tangan dan Stempel | | | | ...........................,...........................................  Pemohon,  ttd  **NAMA LENGKAP, Gelar**  Tanda tangan | |

***Lampiran 2***

**BORANG KEHADIRAN HARIAN PRAKTIK APOTEKER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Sertf Kompetensi | : | ............................................ | Tgl. Terbit | : | ........................ |
| No. SIPA/SIKA | : | ............................................ | Tgl. Terbit | : | ........................ |

Nama Apoteker : .................................................

No. Anggota IAI : .................................................

Tempat Praktik : .................................................

Bulan : .................................................

Tahun : .................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Hari / Tgl | Jam (.... s/d ....) | Lama Praktik  (Σ jam) | Tanda Tangan |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
|  | **Total Jam Praktik :** | |  |  |

Mengetahui,

ttd

**NAMA VERIFIKATOR\***

Pengurus Cabang

\*Verifikator melakukan *crosscheck* ke tempat praktik dengan melihat dokumen PMR dan *Tindasan Informed Consent Pasien*

***Lampiran 3***

**BORANG REKAP KEHADIRAN PRAKTIK APOTEKER**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Sertf Kompetensi | : | ............................................ | Tgl. Terbit | : | ........................ |
| No. SIPA/SIKA | : | ............................................ | Tgl. Terbit | : | ........................ |

Nama Apoteker : .................................................

No. Anggota IAI : .................................................

Tempat Praktik : .................................................

Tahun : .................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Bulan | Jumlah Jam |
| 1 | Januari |  |
| 2 | Februari |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| 12 | Desember |  |
|  | Total Jam Praktik |  |

Mengetahui,

Ttd

**NAMA VERIFIKATOR\***

Pengurus Cabang

\*Verifikator melakukan *crosscheck* ke tempat praktik dengan melihat dokumen *PMR* dan *Tindasan Informed Consent Pasien.*

***Lampiran 4***

**BORANG PELAKSANAAN PRAKTIK APOTEKER**

Isilah dengan lengkap dan sebenarnya :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Sertifikat Kompetensi Sekarang (*untuk keperluan Perpanjangan*)** | | | | | |
| 1. | Nomor Sertifikat | | |  | |
| 2. | Nama Lengkap Pemegang Sertifikat | | |  | |
| 3. | Tempat dan tanggal lahir | | |  | |
| 4. | Alamat tinggal sekarang (lengkap) | | |  | |
| 5. | Nomor & Tanggal Ijazah Apoteker | | |  | |
| 6. | Asal Perguruan Tinggi (Pend. Apoteker) | | |  | |
| 1. **Dokumen Pendukung** | | | | | |
| 1. | Nomor STRA, tanggal berakhir | | |  | |
| 2. | Nomor Rekomendasi IAI, tanggal berakhir | | |  | |
| 3. | Nomor SIPA/SIKA, tanggal berakhir | | |  | |
|  | | | | | |
| 1. **Riwayat Praktik Apoteker (*5 tahun terakhir*)** | | | | | |
| 1. | **Tahun Ke-** | **Praktik** | **Jabatan** | | **Nama & Alamat Kantor** |
| I | Utama : |  | |  |
| Lainnya : |  | |  |
| II | Utama : |  | |  |
| Lainnya : |  | |  |
| III | Utama : |  | |  |
| Lainnya : |  | |  |
| IV | Utama : |  | |  |
| Lainnya : |  | |  |
| V | Utama : |  | |  |
| Lainnya : |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Tempat dan Jadwal Praktik** | | | | | |
| 1. | Bidang Praktik Kefarmasian (pilih) | | | | |
|  |  | Pelayanan Kefarmasian Dasar (Apotek, Klinik, Puskesmas) | | | |
|  | Pelayanan Kefarmasian Lanjut (Rumah Sakit) | | | |
|  | Distribusi Kefarmasian | | | |
|  | Produksi/Industri Kefarmasian | | | |
| 2. | Alamat Tinggal | | ...................................................................................... | | |
| 3. | **Alamat Praktik Kefarmasian dilakukan** | | | **No SIPA/SIKA** | **Perkiraan jarak rumah ke tempat praktik** |
| * + 1. .................................................... | | | ........................ | .......................... |
| * + 1. .................................................... | | | ........................ | .......................... |
| * + 1. .................................................... | | | ........................ | .......................... |
| 4. | **Hari Kerja** | | **Jam Buka - Jam Tutup Operasional Fasilitas** | **Lama Praktik (Σ jam)** | **Keterangan** |
| Senin | |  |  |  |
| Selasa | |  |  |  |
| Rabu | |  |  |  |
| Kamis | |  |  |  |
| Jum’at | |  |  |  |
| Sabtu | |  |  |  |
| Minggu | |  |  |  |
| TOTAL : | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik Bidang Pelayanan Kefarmasian (Komunitas)** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
| 1. Kehadiran | | | |
|  | * Daftar Hadir |  |  |
|  | * Daftar Tilik Skrining Resep |  |  |
|  | * PMR |  |  |
|  | * Informed Consent |  |  |
|  | Melakukan perencanaan perbekalan farmasi |  |  |
|  | Melakukan penyimpanan perbekalan farmasi yang baik dan benar |  |  |
|  | Melakukan pelayanan swamedikasi dan atau pelayanan resep |  |  |
|  | Menjadi Pendamping Minum Obat dan atau Home Pharmacy Care |  |  |
|  | Memberi edukasi ke kelompok pasien (minimal 10 orang) |  |  |
|  | Melakukan pemantauan terapi obat |  |  |
|  | Melakukan Monitoring Efek Samping Obat (MESO) |  |  |
|  | Terlibat dalam Pokja Kefarmasian |  |  |
|  | Membuat dan menyediakan brosur/leaflet/banner untuk informasi aktif |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik di Rumah Sakit (Radio Farmasi)** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang rumah sakit |  |  |
|  | Monitoring dan melaporkan ESO |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Penanganan dan Penjaminan Mutu Radiofarmaka SPECT |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Penanganan dan Penjaminan Mutu Radiofarmaka PET |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Penanganan dan Penjaminan Mutu Radiofarmaka Terapi |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Penanganan limbah Radioaktif dan B3 |  |  |
|  | Terlibat Dalam Pokja Kefarmasian |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Peyimpanan dan pengadaan obat |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik di Rumah Sakit (Central Sterile Supply Department)** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang rumah sakit |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada proses sterilisasi alat/bahan untuk perawatan pasien |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab dalam pemilihan peralatan dan bahan yang aman, efektif dan bermutu |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada pendokumentasian setiap aktivitas pembersihan, desinfeksi, maupun sterilisasi sebagai bagian dari program upaya pengendalian mutu |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik di Rumah Sakit (Pelayanan Produksi Farmasi)** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang rumah sakit |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada perencanaan kegiatan dalam rangka penyiapan produksi sediaan steril dan non steril |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Kegiatan review permintaan resep sediaan steril dan non steril |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Kegiatan preparasi sediaan sediaan steril dan non steril |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Kegiatan memeriksa hasil produksi sediaan steril dan non steril |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Penyusunan laporan bulanan (Jumlah pasien kemoterapi, jumlah pencampuran obat suntik kanker dan obat suntik non kanker dan jumlah produksi sediaan non steril) |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik di Rumah Sakit (Pengelolaan perbekalan farmasi di Gudang Farmasi)** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang rumah sakit |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada perencanaan Perbekalan Farmasi secara lengkap dan tepat |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Analisa harga, jenis dan jumlah sediaan pada usulan pembelian dalam rangka Pengadaan Perbekalan Farmasi |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Analisa permintaan perbekalan farmasi dalam rangka Pendistribusian Perbekalan Farmasi |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada monitoring pengelompokkan perbekalan farmasi dalam rangka Penyimpanan sesuai persyaratan penyimpanan obat yang benar dengan lengkap dan tepat |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Rekapitulasi daftar usulan perbekalan farmasi dalam rangka Penghapusan Perbekalan Farmasi setiap bulan secara lengkap dan tepat |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik di Rumah Sakit (Pelayanan Farmasi Klinis)** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang rumah sakit |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Pemantauan terapi Obat |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Monitoring Efek Samping Obat (MESO) |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Pelayanan informasi obat di instalasi farmasi secara aktif dan pasif |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Evaluasi penggunaan obat |  |  |
|  | Melakukan visite / ronde |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada dispensing sediaan steril dan atau sitostatika |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik Bidang Distribusi Kefarmasian** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang distribusi |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada pelatihan CDOB |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada prinsip dasar seleksi |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada *Inventory Control Management* |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada pengadaan yang baik dan benar |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada monitoring status pesanan |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada Penyimpanan Yang Baik |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada monitoring dan pengawasan suhu dan kelembaban tempat penyimpanan |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada penyimpanan yang baik dan benar untuk penyimpanan yang diatur peraturan (Narkotika dan atau Psikotropika serta prekursor) |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada penanganan obat khusus (sitostatika dan atau vaksin) |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada perawatan peralatan penyimpanan (refrigerator dsb) |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada pencegahan pencurian |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada pengelolaan obat rusak dan kadaluwarsa |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada distribusi dan transportasi yang baik |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada monitoring status pelanggan |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada analisa dan verifikasi pemesanan oleh pelanggan |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada informasi tentang obat yang ditarik kembali |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada penanganan obat kembalian dan obat yang ditarik |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada pemusnahan obat |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada tindakan pencegahan dan pengendalian resiko / Corrective Action Preventive Action |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada upaya pencegahan penyalah gunaan dan pemalsuan obat |  |  |
|  | Melakukan dan atau bertanggung jawab pada tata kelola administrasi dan pelaporan |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laporan Kinerja Praktik Bidang Industri (Farmasi, Kosmetik, OT, Makmin)** | | | |
| **Bagian Pengawasan Mutu** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang industri |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada uji laboratorium dan validasi metoda analisa |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada uji stabilitas |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Cara Berlaboratorium Yang Baik |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Inspeksi Diri |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Penanganan Keluhan Konsumen, Obat Kembalian Dan Penarikan Obat Jadi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Kalibrasi, Kualifikasi dan Validasi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada UKK dan K3 (EHS) |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Penyusunan Data Pendukung Untuk Registrasi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Pelaksanaan pelatihan dan kompetensi karyawan di Bagian Pengawasan Mutu |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bagian Pemastian Mutu** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang industri |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada penyelidikan kegagalan, penyimpangan bets, prosedur pengolahan dan pengemasan ulang |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Rancang Bangun Fasilitas Dan Penyiapan Sertifikasi CPOB |  |  |
|  | Melakukan Inspeksi Diri |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Penanganan Keluhan Konsumen, Obat Kembalian Dan Penarikan Obat Jadi |  |  |
|  | Melakukan Penilaian Pemasok |  |  |
|  | Melakukan Pengelolaan Pengendalian Dokumen |  |  |
|  | Bertanggung jawab pada program dan uji stabilitas |  |  |
|  | Bertanggung jawab pada program Kalibrasi, Kualifikasi dan Validasi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Penyusunan Data Pendukung Untuk Registrasi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada penyimpanan dokumen produksi dan sampel produk (*retained samples*) |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada pelaksanaan *Product Quality Review* (PQR) atau *Annual Product Review* (APR) |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Pelaksanaan pelatihan dan kompetensi karyawan di Bagian Pemastian Mutu |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bagian Produksi** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang industri |  |  |
|  | Memahami Desain Formula |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Penanganan Bahan/Material |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Proses Pembuatan Obat |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada UKK dan K3 (EHS) |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Rancang Bangun Fasilitas Dan Sertifikasi CPOB |  |  |
|  | Melakukan Inspeksi Diri |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Kalibrasi, Kualifikasi dan Validasi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Pengendalian Perubahan |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bagian Penelitian, Pengembangan Sediaan Farmasi~~,~~ dan/atau *Technical Services*** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang industri |  |  |
|  | Memahami Formulasi |  |  |
|  | Memahami Teknologi Farmasi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Pengembangan Bahan Kemas |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Penyusunan Data Pendukung Untuk Registrasi |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bagian Managemen Persediaan** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang industri |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Pengadaan Bahan, Barang Untuk Produksi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Pengelolaan Gudang dan Pengelolaan Penyimpanan |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Production Planning And Inventory Control |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bagian Regulatori Dan Informasi Sediaan Farmasi** | | | |
| No. | **Kegiatan Praktik Profesi** | **Bukti Ada/Tidak** | **Pelaksanaan (*Perolehan SKP-Praktik*)** |
|  | Bekerja selama 5 tahun di bidang industri |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab terhadap Proses Penilaian/Registrasi Produk |  |  |
|  | Menerapkan, Mensosialisasikan, Menyusun Peraturan Dan Ketentuan |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Proses Sertifikasi |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Informasi Produk Kepada Klien |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Proses Permohonan Izin Dan Melakukan Pelaporan Hasil Uji Klinik |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Pelaporan MESO |  |  |
|  | Melakukan dan/atau bertanggung jawab pada Penanganan Keluhan Konsumen, Obat Kembalian Dan Penarikan Obat Jadi |  |  |
|  | Mematuhi peraturan organisasi yang berkaitan dengan praktek kefarmasian |  |  |
| JUMLAH SKP-PRAKTIK : | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **F; Laporan Kinerja Pembelajaran** | | | |
| **No.** | **Nomor Sertifikat/ Nomor SK Pengurus Daerah / Nomor SK Pengurus Pusat** | **Jumlah SKP** | **Penerbit Sertifikat** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| JUMLAH SKP-PEMBELAJARAN : | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nomor Sertifikat/ Nomor SK Pengurus Daerah** | **Jumlah SKP** | **Penerbit Sertifikat** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| JUMLAH SKP-PENGABDIAN : | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nomor Sertifikat/ Nomor SK Pengurus Daerah** | **Jumlah SKP** | **Penerbit Sertifikat** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| JUMLAH SKP-PUBLIKASI/PENGEMBANGAN : | |  |  |

***Lampiran 5***

**BORANG RENCANA PENGEMBANGAN DIRI (RPD)**

Nama : .............................................................

No. Anggota IAI : ..............................................................

Tahun ke : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Rencana Pengembangan Diri dalam Kinerja Profesional** | |
|  | Rencana Kegiatan : |
| 1)  2)  3). |
| 1. **Rencana Pengembangan Diri dalam Kinerja Pembelajaran** | |
|  | Rencana Kegiatan : |
| 1)  2)  3). |
| 1. **Rencana Pengembangan Diri dalam Kinerja Pengabdian** | |
|  | Rencana Kegiatan : |
| 1)  2)  3). |
| 1. **Rencana Pengembangan Diri dalam Publikasi Ilmiah/Populer Kefarmasian** | |
|  | Rencana Kegiatan : |
| 1)  2)  3). |
| 1. **Rencana Pengembangan Diri dalam Pengembangan Ilmu/Pendidikan** | |
|  | Rencana Kegiatan : |
| 1)  2)  3). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Domain** | **Proporsi yang ingin dicapai (%)** |
| 1. | Kinerja Profesional |  |
| 2. | Kinerja Pembelajaran |  |
| 3. | Kinerja Pengabdian |  |
| 4. | Kinerja Publikasi Ilmiah/Populer Kefarmasian |  |
| 5. | Kinerja Pengembangan Ilmu dan Pendidikan |  |

**DAFTAR TILIK SKRINING RESEP (DTSR)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor Kode Resep/Skrining | : | ................................................................... | Tanggal | : | .................................. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skrining 1 (Asal-usul Resep)** | | | **Fakta** | | | | | | | |
| 1. Dari Dokter | : | ................................... |  | Valid |  | Invalid | | |  | Meragukan |
| 1. Alamat dokter | : | ................................... |  | Valid, clear |  | Invalid | | |  | Meragukan |
| 1. SIP Dokter | : | ................................... |  | Valid |  | Invalid | | |  | Meragukan |
|  | | |  | Masih berlaku | | |  | Kadaluwarsa | | |
| 1. Td tgn/Paraf dokter | : | ................................... |  | Valid |  | Invalid | | |  | Meragukan |
| 1. Tanggal penulisan |  | ................................... |  | Valid |  | Invalid | | |  | Meragukan |
| **Keputusan Apoteker** | | |  | **Lolos** | | |  | **Tolak** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skrining 2 (Asal-usul Pasien)** | | | | | **Fakta** | | | | | | | | | | | | |
| 1. Nama Pasien | | : | ................................... |  | | Valid | | |  | Invalid | | | | |  | Meragukan | |
| 1. Umur Pasien | | : | ................................... |  | | Valid | | |  | Invalid | | | | |  | Meragukan | |
| 1. Jenis kelamin | | : | Laki-laki / Perempuan |  | | OKE | | |  |  | | | | |  |  | |
| 1. Berat Badan (tuliskan) | | : | ................................... |  | | Valid | | |  | Invalid | | | | |  | Meragukan | |
| 1. Tinggi Badan (tuliskan) | | : | ................................... |  | | Valid | | |  | Invalid | | | | |  | Meragukan | |
| 1. Alamat Jelas (tuliskan) | | : | ........................................................................................................................ (**Baru** 🡪 *pindahkan ke PMR*) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Keputusan Apoteker** | | | |  | | **Lolos** | | | | | |  | **Tolak** | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |
| **Skrining 3 (Obat-obat yang diminta)** | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |
| 1. **Nama dagang** | **Nama Generik** | | | | | | **Btk. Sediaan** | **Kekuatan** | | | **Dosis** | | | **Jumlah** | | | **Dosis Terapi** |
|  |  | | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skrining 4 (Spesifikasi Permintaan)** | | | | **Fakta Permintaan** | | | | | |
| 1. Permintaan Cara Pakai Obat | | | |  | | | | | |
| 1. Permintaan Aturan Pakai Obat | | | |  | | | | | |
| 1. Permintaan Cara penyiapan Obat | | | |  | | | | | |
| 1. Informasi khusus/lainnya |  | Tidak Ada | |  | Ada, sebutkan |  | | | |
|  |  |  | |  |  |
| **Skrining 5 (Analisis Kesesuaian Farmasetis) 🡪 Sesuaikan dengan Skrining 4** | | | | | | | | | |
| 1. Kesesuaian bentuk sediaan dan stabilitas obat | | | | | |  | Sesuai |  | Tidak sesuai |
| 1. Kesesuaian antara potensi dan dosis | | | | | |  | Sesuai |  | Tidak sesuai |
| 1. Inkompatibilitas | | | | | |  | Kompatibel |  | Inkompatibel |
| 1. Cara Pakai Obat | | | | | |  | Benar |  | Tidak benar |
| 1. Aturan Pakai Obat dan Lama Pemberian | | | | | |  | Benar |  | Tidak benar |
| **Sikap Apoteker** | | | **Hasil komunikasi** | | | | | | |
| 1. Konfirmasi ke dokter |  | Ya, Perlu |  | | | | | | |
| 1. Komunikasi ke pasien |  | Ya, perlu |  | | | | | | |
| **Keputusan Apoteker** |  | **Lanjut** |  | **Ditunda** | |  | **Ditolak** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skrining 6 (Analisis Pertimbangan Klinis) 🡪 Sandingkan dengan PMR Pasien pada kunjungan2 sebelumnya** | | | | | | | | |
| 1. Adanya riwayat alergi pada pasien | | | | |  | Ada |  | Tidak ada |
| 1. Reaksi atas efek samping penggunaan | | | | |  | Ada / Pernah |  | Tdk Ada / Tdk Pernah |
| 1. Interaksi antar komponen obat | | | | |  | Ada masalah |  | Tdk ada masalah |
| 1. Kesesuaian dosis dengan kondisi pasien | | | | |  | Sesuai |  | Tidak sesuai |
| 1. Hal-hal khusus terhadap pasien | | |  | Tidak ada |  | Ada, sebutkan |  | |
| **Sikap Apoteker** | | | **Hasil komunikasi** | | | | | |
| 1. Konfirmasi ke dokter |  | Ya, Perlu |  | | | | | |
| 1. Komunikasi ke pasien |  | Ya, perlu |  | | | | | |
| **Keputusan Apoteker** |  | **Lanjut** |  | **Ditunda** |  | **Ditolak** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Catatan Tambahan** |  |
|  |

**PATIENT MEDICATION RECORD (PMR)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nama | : | ....................................................................... | Kelamin - Status | : | L / P - Dws / Anak |
| Usia | : | ....................................................................... | Tercatat Pertama | : | Tgl........................... |
| No. Kartu Asuransi | : | ................................................................*valid* | Pekerjaan | : | ................................ |
| Alamat Lengkap | : |  | | Ras/Suku : | |
|  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kondisi umum Pasien | : |  |
|  |  |
| Penyakit umum/spec | : |  |
|  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Riwayat Pemeriksaan Laboratorium :** | | | | | |
| **Tanggal** | **Nama Laboratorium** | **Parameter Laboratorium** | **Angka Lab** | **Angka Normal** | **Referensi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Riwayat Alergi :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Jenis Alergi** | **Karena Obat** | **Sebab lain** | **Intensitas (*deskripsi umum*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Riwayat Pengobatan :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Diberikan Obat** | **Dokter penulis R/** | **Ref. Skrining R/** | **Indikasi (*catatan khusus*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Riwayat Copy Resep :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Diberikan Obat** | **Dokter penulis R/** | **Ref. Skrining R/** | **Indikasi (*catatan khusus*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Riwayat Konseling :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Target/Topik** | **DRP** | **Capaian, rcn monitoring, intervensi, rcn home care** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***NOTA INFORMED CONSENT\*)***

No. IC : ................... Tanggal : ...........................

Bahwa saya telah memahami dan menerima jasa asuhan kefarmasian dari Apoteker berupa penjelasan, uraian, nasehat/advis, perhatian dan informasi lengkap mengenai obat-obat yang akan *saya/keluarga saya* gunakan sebagaimana mestinya.

Bahwa *saya/keluarga* *saya* bersedia mematuhi hal-hal tersebut di atas dan akan meminta konsultasi jika kondisi memerlukannya termasuk untuk dilakukan monitoring, kunjungan (*home visite*) dan/atau tindakan-tindakan asuhan kefarmasian lain yang dipandang perlu sesuai pertimbangan Apoteker.

|  |  |
| --- | --- |
| Pasien/keluarga,  **.................................................** | Apoteker,  **.................................................** |

\*) *dibuat rangkap 2 : untuk dokumen pasien dan untuk apoteker*

***Lampiran 6 :***

**BERKAS PORTOFOLIO**

**PEMBELAJARAN APOTEKER**



Nama : ……………………..

Nomor Anggota : ……………………..

**Berkas ini berisi :**

1. *Data pribadi pengisi portofolio*
2. *Lembar isian portofolio pembelajaran Apoteker*
3. *Rekapitulasi portofolio Apoteker*

**Data Pribadi**

Nama : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor Anggota : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Status : Menikah/Belum Menikah \*

Agama : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat tempat tinggal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat surat menyurat` : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No Telp/Handphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Riwayat Pendidikan Formal:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tahun** | **Strata/ Profesi** | **Institusi Pendidikan** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Pengalaman Akademis:**

* **Penghargaan dan Pencapaian Profesional**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tahun** | **Penghargaan** | **Pemberi Penghargaan** | **Deskripsi Penghargaan** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Pendidikan Profesi Tersertifikasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tahun** | **Sertifikat** | **Pemberi Sertifikat** | **Keterampilan atau ilmu pengetahuan yang didapat** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Keikutsertaan dalam Lokakarya/seminar/pelatihan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tahun** | **Lokakarya/seminar/pelatihan** | **Lembaga Penyedia** | **Keterampilan atau ilmu pengetahuan yang didapat** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Publikasi dalam Konferensi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tahun** | **Konferensi** | **Lembaga Penyelenggara** | **Judul presentasi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Pengalaman sebagai Pembicara**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tahun** | **Nama Forum** | **Judul presentasi** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Riwayat Pekerjaan:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Periode Kerja** | **Nama Instansi** | **Posisi** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**LEMBAR PORTOFOLIO PEMBELAJARAN**

No.Urut Portofolio

Nama Apoteker : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempat Praktik : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanggal Pembelajaran : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Topik yang dipelajari : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*kode*)

Elemen Kompetensi yang ingin dicapai : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*kode*)

*(tuliskan kode komponen Standar Kompetensi Apoteker Indonesia)*

**Pertanyaan Refleksi**:

1. Ketrampilan atau pengetahuan apa yang ingin Anda pelajari?

|  |
| --- |
|  |

1. Mengapa tertarik mempelajari hal tersebut?

|  |
| --- |
|  |

**Tahap persiapan:**

1. Berapa lama tujuan pembelajaran tersebut diharapkan tercapai? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jam / hari\*)

*coret yang tidak perlu*

1. Seberapa penting topik tersebut mendukung pekerjaan Anda? *(lihat halaman berikutnya)*

Gunakan tabel berikut ini untuk membantu mengidentifikasi tingkat kepentingan topik tersebut! (*Berilah tanda silang pada kolom yang sesuai untuk setiap pernyataan dalam tabel berikut ini!*)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tujuan Pembelajaran** | **Tidak penting samasekali** | **Kurang Penting** | **Cukup Penting** | **Penting** | **Sangat penting** |
| SKOR : | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pengembangan diri |  |  |  |  |  |
| Kepentingan pelanggan dalam layanan |  |  |  |  |  |
| Kemajuan sejawat apoteker |  |  |  |  |  |
| Kemajuan institusi tempat kerja |  |  |  |  |  |

1. Pilihan pembelajaran apa yang akan Anda usahakan untuk mencapai tujuan pembelajaran tersebut?

*Misalnya: belajar mandiri, mengikuti seminar/ symposium ilmiah/ konferensi, mengikuti pelatihan. Anda dapat menggunakan lebih dari 1 metode pembelajaran untuk mencapai tujuan pembelajaran tersebut.*

Gunakan tabel berikut untuk membantu menganalisis metode pembelajaran yang Anda pilih!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pilihan** | **Deskripsi Aktivitas** | **Keuntungan** | **Kerugian** | **Kegiatan terpilih (√)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

**Tahap Pelaksanaan:**

* Ketrampilan atau pengetahuan apa yang telah Anda dapatkan selama proses pembelajaran tersebut?*(rincian informasinya dapat dilanjutkan pada lembar kertas yang terpisah bila tempat yang tersedia kurang mencukupi)*

|  |
| --- |
|  |

**Tahap evaluasi:**

1. Apakah hasil pembelajaran yang Anda dapatkan sudah sesuai seperti yang diharapkan?

□ YA □ TIDAK

1. Jika YA,seberapa besar pencapaian Anda?

□**Sepenuhnya** Tercapai □**Sebagian** Tercapai

1. Jika YA, berikan beberapa **contoh tindakan** yang akan Anda aplikasikan di tempat praktik!

|  |
| --- |
|  |

1. Jika YA, **manfaat** apa yang akan Anda berikan pada tempat praktik?

|  |
| --- |
|  |

1. Jika YA, apakah Anda ingin mempelajarinya lebih dalam lagi?

|  |
| --- |
|  |

1. Jika **TIDAK**dan **Sebagian** Tercapai, mengapa Anda tidak/ kurang dapat mencapai tujuan pembelajaran tersebut?

|  |
| --- |
|  |

1. Jika **TIDAK** dan **Sebagian** Tercapai, apa yang akan Anda lakukan berikutnya?

□ Tidak ada, saya merasa sudah cukup.

□ Mengkaji kembali proses yang sudah saya lakukan dan mencari penyebab kegagalan.

□ Mencari topik baru untuk dipelajari.

\* Perkegiatan

**REKAPITULASI PORTOFOLIO**

**Catatan :** *SKAI = Standar Kompetensi Apoteker Indonesia 2011 (Lampiran 7)*

| **No. Urut** | **Kode Unit Kompetensi (SKAI)** | **Topik yang Dipelajari** | **Tanggal Mulai** | **Tanggal Selesai** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |

*Lanjutkan sesuai keperluan !*