

Lampiran 1 Foto Sampel Resep

PEMERINTAH KABUPATEN MAJALENGKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIDERES		Lembar Resep	
Nama & SIP DPJP : Majalengka, Tanggal : Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya, Ruangan/Bagian : Diagnosa : R/ <i>Azithromycin 1000 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Parasetamol 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Amoxicillin 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Simvastatin 20 mg</i> <i>1 tab</i>		Nama & SIP DPJP : Majalengka, Tanggal : Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya, Ruangan/Bagian : Diagnosa : R/ <i>Azithromycin 1000 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Parasetamol 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Amoxicillin 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Simvastatin 20 mg</i> <i>1 tab</i>	
Farmasi Nama Obat, bentuk, kekuatan, sediaan Dosis dan Jumlah Stabilitas Aturan dan Cara Penggunaan		Klinis Ketepatan Indikasi dan waktu pengob Duplikasi Pengob Alergi dan Reaksi yang tidak dikeh Kontra Indikasi Interaksi Obat	
Aspek Telaah Benar Nama Pas Benar Nama Obs Benar Dosis Benar Waktu dan Frekuensi Pemberian Benar Cara Pem Persetujuan Per Resep		Aspek Telaah Benar Nama Pas Benar Nama Obs Benar Dosis Benar Waktu dan Frekuensi Pemberian Benar Cara Pem Persetujuan Per Resep	

PEMERINTAH KABUPATEN MAJALENGKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIDERES		Lembar Resep	
Nama & SIP DPJP : Majalengka, Tanggal : Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya, Ruangan/Bagian : Diagnosa : R/ <i>Beusate 1000 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Parasetamol 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Amoxicillin 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Simvastatin 20 mg</i> <i>1 tab</i>		Nama & SIP DPJP : Majalengka, Tanggal : Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya, Ruangan/Bagian : Diagnosa : R/ <i>Beusate 1000 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Parasetamol 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Amoxicillin 500 mg</i> <i>1 tab</i> <i>Simvastatin 20 mg</i> <i>1 tab</i>	
Farmasi Nama Obat, bentuk, kekuatan, sediaan Dosis dan Jumlah Stabilitas Aturan dan Cara Penggunaan		Klinis Ketepatan Indikasi dan waktu pengob Duplikasi Pengob Alergi dan Reaksi yang tidak dikeh Kontra Indikasi Interaksi Obat	
Aspek Telaah Benar Nama Pas Benar Nama Obs Benar Dosis Benar Waktu dan Frekuensi Pemberian Benar Cara Pem Persetujuan Per Resep		Aspek Telaah Benar Nama Pas Benar Nama Obs Benar Dosis Benar Waktu dan Frekuensi Pemberian Benar Cara Pem Persetujuan Per Resep	

PEMERINTAH KABUPATEN MAJALENGKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIDERES Jl. Raya Cideres - Kadipaten No. 180 Bojong Cideres Kec. Dawuan - Majalengka 45453 Telp. (0233) 661003, 662082 Fax. (0233) 662082 email : rs_cideres.majalengka@yahoo.co.id		PEMERINTAH KABUPATEN MAJALENGKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIDERES Jl. Raya Cideres - Kadipaten No. 180 Bojong Cideres Kec. Dawuan - Majalengka 45453 Telp. (0233) 661003, 662082 Fax. (0233) 662082 email : rs_cideres.majalengka@yahoo.co.id	
Nama & SIP DPJP :		Nama & SIP DPJP :	
Majalengka, Tanggal :		Majalengka, Tanggal :	
Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya	Diagnosa :	Alergi : ☐ Tidak ☐ Ya	Diagnosa :
R/ Amoxicillin 500 mg Anthromycin Jep		R/ Vestee 20 mg Jep	
P. Haeelcheta 500 mg P-Ace		P. Amoxicillin 500 mg Jep	
P. Kefor DAC 500 mg Jep		P. Amoxicillin 500 mg Jep	
P. OTC 100 mg Jep		P. Amoxicillin 500 mg Jep	
Nama & TTD dokter Penulis Resep		Nama & TTD dokter Penulis Resep	

Lampiran 2 Tabel Induk

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Dosis Sedian	Dosis 1x Pakai	Dosis 1 hari Pakai	Frekuensi Pemberian	Lama Pemberian
1	Resep 1	54	P	500mg	500mg	500mg	1x1	3 hari
2	Resep 2	61	p	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
3	Resep 3	53	p	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
4	Resep 4	38	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
5	Resep 5	26	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
6	Resep 6	40	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
7	Resep 7	75	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
8	Resep 8	24	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
9	Resep 9	74	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
10	Resep 10	43	P	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
11	Resep 11	55	L	500mg	500mg	1000mg	2x1	2,5 hari
12	Resep 12	25	P	500mg	500mg	1000mg	2x1	2,5 hari
13	Resep 13	25	P	500mg	500mg	1000mg	2x1	5 hari
14	Resep 14	26	P	500mg	500mg	1000mg	2x1	7,5 hari
15	Resep 15	35	P	500mg	500mg	1000mg	2x1	10 hari
16	Resep 16	30	P	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
17	Resep 17	54	P	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
18	Resep 18	24	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
19	Resep 19	45	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
20	Resep 20	23	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
21	Resep 21	42	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
22	Resep 22	30	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
23	Resep 23	51	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
24	Resep 24	27	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
25	Resep 25	35	L	500mg	500mg	500mg	1x1	5 hari
26	Resep 26	55	L	500mg	500mg	500mg	1x1	3 hari
27	Resep 27	29	L	500mg	500mg	500mg	1x1	3 hari
28	Resep 28	35	P	500mg	500mg	500mg	1x1	10 hari
29	Resep 29	39	P	500mg	500mg	500mg	1x1	10 hari
30	Resep 30	49	P	500mg	500mg	500mg	1x1	10 hari

Lampiran 3 Pernyataan Bebas Plagiarisme

Lampiran 2: Format Surat Persetujuan untuk dipublikasikan di media online

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Annisa Martilasari Munawar

N P M : 31181005

Menyatakan bahwa demi kepentingan perkembangan ilmu pengetahuan, saya menyetujui abstrak Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis dengan judul:

POLA PERESEPAN AZITHROMICYN PADA PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIDERES KOTA MAJALENGKA

Untuk dipublikasikan atau ditampilkan di internet atau media lain yaitu Digital Library Perpustakaan Universitas Bhakti Kencana untuk kepentingan akademik, sebatas sesuai dengan Undang-Undang Hak Cipta.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 25 Agustus 2021

Yang membuat pernyataan,

A library stamp from Universitas Bhakti Kencana is visible, featuring the text "PUSAT TERAKREDITASI", "STAMPAAN", and "6000". A handwritten signature is written over the stamp.

(Annisa Martilasari Munawar)

NPM 31181005

Lampiran 1: Format Surat Pernyataan Bebas Plagiasi

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Annisa Martilasari Munawar

N PM : 31181005

adalah mahasiswa Fakultas Farmasi, Universitas Bhakti Kencana, menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Naskah Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis dengan judul:

POLA PERESEPAN AZITHROMICYN PADA PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIDERES KOTA MAJALENGKA

adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa isi Naskah Karya Tulis Ilmiah ini merupakan hasil plagiasi, maka saya bersedia menerima sanksi berupa pembatalan kelulusan dan atau pencabutan gelar yang saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 25 Agustus 2021

Yang membuat pernyataan,

(Annisa Martilasari Munawar)

NPM 31181005

D3FA31181005 Annisa Martilasari

ORIGINALITY REPORT

28%

SIMILARITY INDEX

27%

INTERNET SOURCES

8%

PUBLICATIONS

12%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.researchgate.net Internet Source	9%
2	repository.pimedu.ac.id Internet Source	7%
3	Submitted to Bentley College Student Paper	3%
4	rsud.tangerangkota.go.id Internet Source	1%
5	www.scribd.com Internet Source	1%
6	docplayer.info Internet Source	1%
7	eprints.itn.ac.id Internet Source	1%
8	Submitted to Universitas Indonesia Student Paper	<1%
9	journals.ums.ac.id Internet Source	<1%

