

LAMPIRAN

Lampiran 1. Dokumen Surat Izin Penelitian



Jl. Soekarno Hatta No 754 Bandung
☎ 022 7830 760, 022 7830 768
✉ bku.ac.id 📧 contact@bku.ac.id

Nomor : 0108/03.FF/UBK/I/2022.
Lamp : 1 Lembar
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Ibu apt.Ria Mariani, S.Si.
di
Tempat

Dengan Hormat,

Schubungan akan diselenggarakannya Penelitian Tugas Akhir bagi mahasiswa Program Studi DIII Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Bhakti Kencana T.A 2021/2022, dengan ini kami mengajukan permohonan izin penelitian di tempat yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun *timeline* kemajuan tugas akhir terlampir dan berikut ini adalah nama mahasiswa yang akan Menyusun Proposal Tugas Akhir:

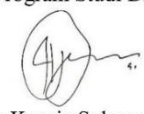
Nama	: Shofi Shofiah
NPM	: 191FF01012
Judul Penelitian	: Pengkajian Resep Secara Administrasi Dan Farmasetik
Dosen Pembimbing	: Ibu Apt. Rizki Siti Nurfitriya, MSM.
Metode Penelitian	: Observasional dengan rancangan Penelitian Deskriptif

Besar harapan kami, kiranya Bapak/Ibu berkenan mengizinkan permohonan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Dekan Fakultas Farmasi

Dr. apt. Patonah, M.Si.
NIK. 02012010051

Bandung, 14 Januari 2022
Ketua Program Studi DIII Farmasi


apt. Ika Kurnia Sukmawati, M.Si.
NIK. 02005010038

Lampiran 2. Contoh Resep Non Electronic

RUMAH SAKIT Ibu dan Anak HUMANA PRIMA
Jl. Puncabotang No. 21 Bandung 40286
Telp. (022) 7563701, 7563543 Fax (022) 7563489

Nama Dokter: Dr. Achmad Haidriawan T. Sp.A
No. SIP: SP-81080PPK-05/0001/GP/0010P...
Tandatangan: [Signature]

RIWAYAT ALERGI OBAT
☒ Tidak ☐ Iya
Nama Obat: _____

Bandung, 19/ 20 22

1) Parasetamol 500 mg No I
Jadidick P

2) Parasetamol 500 mg No I
Jadidick P

3) Dexametason 0.5 mg No I
Jadidick P

4) Parasetamol 500 mg No I
Jadidick P

3273224501790004
Arsya Hadi Fahreza
00-13-14-85 / 05-08-2020

Pro
Tanggal La. [Barcode]
Berat Badan: 28.211735 6262

ASPEK TELAAH

TELAAH RESEP	BERI TANDA
YA	YA
TULISAN JELAS	
BENAR NAMA PASIEN	
BENAR NAMA OBAT	
BENAR KEKUATAN OBAT	
BENAR FREKUENSI PEMBERIAN	
BENAR DOSIS	
ADA DUOLIKASI ONAT	
ADA INTERAKSI OBAT	

PERSETUJUAN PERUBAHAN RESEP

PERUBAHAN RESEP	
TERTULIS	MENJADI

07175
20720

PETUGAS FARMASI: _____ DISETUJUI DOKTER: _____

VERIFIKASI OBAT DENGAN RESEP

NO	ASPEK VERIFIKASI	BERI TANDA	
		YA	TIDAK
1	BENAR NAMA PASIEN		
2	BENAR NAMA OBAT		
3	BENAR DOSIS		
4	BENAR CARA PAKAI		
5	BENAR WAKTU PEMBERIAN		
6	BENAR INFORMASI		

Bandung, 20 22

Petugas: _____ Pasien: _____

Lampiran 3. Contoh Resep Electronic

NO. 445.3/0218.17.2019-DRDD/MP/TS

TELAH RESEP		TELAH	
ASPEK	TELAH	F	Q
ASK FURUSEMID TABL 10-0	30	7	
ASK ASPILET TAB 1X1	30	7	
ASK CLOPIDOGREL TAB 1X1	30	7	
ASK CONCOR 2.5 1X1	30	7	
ASK ISOSORBID DINITRATE SL FRN	15	7	
ASK NITROKAF R CAPS 2X1	60	14	
ASK RAMIPRIL 5MG TAB 1X1	30	7	
ASK ATORVASTATIN 20MG TAB 0-0-1	30	14	

Nama Pasien : WAWAN HERDIANA
 No. Medrek : 00 242665
 Tanggal lahir : 19 August 1967
 Berat Badan : kg
 Status Pasien : BPJS

11/04 PR