


LAMPIRAN

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian

a. Surat pengantar Rektorat ke Dinas Kesehatan Kota Metro



Kemenkes

Kementerian Kesehatan
Poltekkes Tanjungkarang

Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung
Lampung 35145

(0721) 783852
<https://poltekkes-tjk.ac.id>

Nomor : PP.03.04/F.XLIII/3139/2024

Lampiran : 1 eks

Hal : Izin Penelitian

8 Mei 2024


Yth, Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Tugas Akhir bagi mahasiswa Tingkat III Program Studi Farmasi Program Diploma Tiga Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2023/2024, maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan penelitian adalah sebagai berikut :

No	NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Firda Yola Aminda Natasa NIM: 2148401006	Evaluasi Penggunaan Obat Pada Pasien Gastritis di Puskesmas Yosomulyo Kota Metro	PKM. Yosomulyo
2.	Hafis Shidiq Maulana NIM: 2148401020	Hubungan Suhu dan Kelembaban Penyimpanan Terhadap Kadar Asam Mefenamot dalam Tablet yang ada di 3 Puskesmas Rawat Jalan Kota Metro dengan Metode Titrasi	PKM. Mulyojati PKM. Metro PKM.Margorejo

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.


Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan TanjungKarang,



Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes


Tembusan:
1.Ka.Jurusan Farmasi
2.Ka.Bid.Diklat
3.Ka.UPT-PKM

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://halo.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://te.keminfo.go.id/verify/PDF>.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

b. Surat pengantar Rektorat ke Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kota Metro


Kemenkes

Kementerian Kesehatan
 Poltekkes Tanjungkarang
 Jalan Soekarno Hatta No.6 Bandar Lampung
 Lampung 35145
 (0721) 783852
<https://poltekkes-tjk.ac.id>

Nomor : PP.03.04/F.XLIII/3138/2024 8 Mei 2024
 Lampiran : 1 eks
 Hal : Izin Penelitian


Yth, Kepala Dinas Penanaman Modal Dan PTSP Kota Metro
 Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Tugas Akhir bagi mahasiswa Tingkat III Program Studi Farmasi Program Diploma Tiga Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2023/2024, maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan penelitian adalah sebagai berikut :

No	NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Firda Yola Aminda Natasa NIM: 2148401006	Evaluasi Penggunaan Obat Pada Pasien Gastritis di Puskesmas Yosomulyo Kota Metro	PKM. Yosomulyo
2.	Hafis Shidiq Maulana NIM: 2148401020	Hubungan Suhu dan Kelembaban Penyimpanan Terhadap Kadar Asam Mefenamat dalam Tablet yang ada di 3 Puskesmas Rawat Jalan Kota Metro dengan Metode Titrasi	PKM. Mulyojati PKM. Metro PKM.Margorejo

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.


Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian
 Kesehatan TanjungKarang,



Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes

Tembusan:
 1.Ka.Jurusan Farmasi
 2.Ka.Dinas Kesehatan Kota Metro

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://whs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tts.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

c. Surat Izin Penelitian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu



PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 Alamat: Jl. AH. Nasution No. 7 Metro (Mal Pelayanan Publik)
 Website: pmpmsp.metrokota.go.id / email: pmpmsp.kotametro@gmail.com

SURAT IZIN PENELITIAN (SI-P)
 Nomor : 503/103/SI-P/D-15/2024

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian, yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro, memberikan izin kepada:

Nama Peneliti	: FIRDA YOLA AMINDA NATASA
Nomor Induk Mahasiswa (NIM)	: 2148401006
Alamat Peneliti	: JL .BATANG HARI 2 RT.015 RW. 004 KEL. YOSOREJO KEC. METRO TIMUR KOTA METRO
Judul Penelitian	: EVALUASI PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN GASTRITIS DI PUSKESMAS YOSOMULYO KOTA METRO
Tujuan Penelitian	: UNTUK MENGETAHUI PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN GASTRITIS DI PUSKESMAS YOSOMULYO KOTA METRO TAHUN 2023
Lokasi Penelitian	: PUSKESMAS YOSOMULYO
Masa Berlaku Izin	: 27 Agustus 2024

Ketentuan:

1. Surat izin penelitian ini diterbitkan untuk kepentingan penelitian yang bersangkutan;
2. Peneliti memberikan salinan hasil penelitian pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro.

Demikian surat izin ini diberikan untuk dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

RETRIBUSI GRATIS



Dikeluarkan di : Metro
 Pada Tanggal : 27 Mei 2024

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA METRO,



DENY SANJAYA, S.T., M.T.
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19840101 200902 1 004


Tembusan :

1. Walikota Metro;
2. Kepala Badan KESBANGPOL Kota Metro;
3. Pertinggal.




Dokumen ini ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN)

d. Surat Izin Dinas Kesehatan Kota Metro



PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN

Jln. Jenderal Achmad Yani Nomor 02 Kota Metro Kode Pos 34111
Telp/fax (0725) 44454 Laman dinkeskotametro.go.id,
www.dinkeskotametro@yahoo.co.id



Metro , 04 Juni 2024

Nomor : 000.9.2/E019-24943/D-02/05/2024
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian


Kepada Yth,
Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Tanjung Karang
di -
BANDAR LAMPUNG

Menindaklanjuti surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Tanjungkarang Program DIII Studi Farmasi Jurusan Farmasi nomor: PP.03.04/F.XLIII/3139/2024 tanggal 08 Mei 2024, perihal Izin Penelitian di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Metro, pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin tersebut kepada :

Nama : Firda Yola Aminda Natasa
NIM : 2148401006
Judul : Evaluasi Penggunaan Obat Pada Pasien Gastritis di Puskesmas Yosomulyo Kota Metro

Demikian untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.


Kepala Dinas Kesehatan
Kota Metro




Dr. Eko Hendro Saputra, S.T.,M.Kes
Pembina Utama Muda (IV/C)
NIP. 197203101997031006

Tembusan :

- 1 Kepala UPTD Puskesmas Yosomulyo
- 2 Arsip



Copyright © 2019
Kota Metro, 2019. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher.



CS | Sama dengan Asli

e. Surat izin telah menyelesaikan penelitian di Puskesmas Yosomulyo



PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN KOTA METRO
UPTD PUSKESMAS YOSOMULYO
Jalan Letjen Basuki Rahmat No. 16 Yosomulyo Telp. (0725) 42815 Kota Metro

Yosomulyo, 8 Juli 2024

Nomor : 800.2/ 53/ /D2-U2/2024
Lampiran : -
Perihal : Penelitian


Kepada Yth.
Direktur Politehnik Kesehatan Kementrian
Tanjung Karang .
Di _
Bandar Lampung

Menindak lanjuti Surat dari Direktur Politehnik Kesehatan Kementrian Kesehatan Tanjung Nomor : PP.03.04/F.XLIII/3139/2024 tanggal 10 Mei 2024, Perihal : Permohonan Izin Penelitian di UPTD Puskesmas Yosomulyo Kota Metro pada prinsip kami memberikan izin tersebut kepada :

Nama : Firda Yola Aminda Natasa
NIM : 2148401006
: Evaluasi Penggunaan Obat Pada Pasien Gastritis di UPTD
Puskesmas Yosomulyo Kec.Metro Pusat.

Telah selesai mengadakan penelitian di Wilayah UPTD Puskesmas Yosomulyo .
Demikian, untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya .

Kepala UPTD Puskesmas Yosomulyo,


dr. Maya Maharani
Penata Tk.I /III.d
NIP.198405182011012006

Lampiran 5 Contoh Resep

**PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN KOTA METRO
UPTD PUSKESMAS YOSOMULYO**
Jln. Letjend Basuki Rahmat No. 16 Yosomulyo
Kecamatan Metro Pusat Telp. (0725) 7855336 Kota Metro

Rajal UGD Ada riwayat alergi? Tidak / Ya Tgl. 03 MAR 2023

BPJS UMUM KTP (Mohon di tulis jika ada riwayat alergi)

DIISI OLEH POLI / RUANGAN
Diagnosis
Dokter
Ruangan

DIISI OLEH FARMASI

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
A	Administrasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Farmasetik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Klinik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat dosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat rute	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tepat waktu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Duplikasi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Alergi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Interaksi obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Berat badan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kontra indikasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Telaah resep oleh:

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat etiket	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat pasien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tid. Penelaah

Yang menyarankan
Nama & Ttd Petugas Farmasi

Yang menerima
Nama & Ttd Penerima

NO URUT: 34

NAMA PASIEN: Dai Sumantri Saragi

TGL LAHIR: 23-3-1999 BB: 48 Kg

NO. MR: 1168 No. HP:

ALAMAT: HI

12-00-12-02

*partidin
ahydro Sp 3x1 X
Pamohul. 3x1 X*

**PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN KOTA METRO
UPTD PUSKESMAS YOSOMULYO**
Jln. Letjend Basuki Rahmat No. 16 Yosomulyo
Kecamatan Metro Pusat Telp. (0725) 7855336 Kota Metro

Rajal UGD Ada riwayat alergi? Tidak / Ya Tgl. 15-3-23

BPJS KIS UMUM (Mohon di tulis jika ada riwayat alergi)

DIISI OLEH POLI / RUANGAN
Diagnosis (L)
Dokter Misy
Ruangan BP

DIISI OLEH FARMASI

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
A	Administrasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Farmasetik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Klinik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat dosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat rute	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tepat waktu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Duplikasi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Alergi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Interaksi obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Berat badan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kontra indikasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Telaah resep oleh:

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat etiket	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat pasien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tid. Penelaah

Yang menyarankan
Nama & Ttd Petugas Farmasi

Yang menerima
Nama & Ttd Penerima

NO URUT: 32

NAMA PASIEN: MISDIYANTO

TGL LAHIR: 5-7-70 BB: Kg

NO. MR: 7280 No. HP:

ALAMAT: YH

*R/ Lanprol 1x1 / ladae
Mantard 1x1 / 3adice*

**PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN KOTA METRO
UPTD PUSKESMAS YOSOMULYO**
Jln. Letjend Basuki Rahmat No. 16 Yosomulyo
Kecamatan Metro Pusat Telp. (0725) 7855336 Kota Metro

Rajal UGD Ada riwayat alergi? Tidak / Ya Tgl. 09 MAY 2023

BPJS UMUM (Mohon di tulis jika ada riwayat alergi)

DIISI OLEH POLI / RUANGAN
Diagnosis
Dokter
Ruangan BP

DIISI OLEH FARMASI

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
A	Administrasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Farmasetik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Klinik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat dosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat rute	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tepat waktu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Duplikasi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Alergi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Interaksi obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Berat badan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kontra indikasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Telaah resep oleh:

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat etiket	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat pasien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tid. Penelaah

Yang menyarankan
Nama & Ttd Petugas Farmasi

Yang menerima
Nama & Ttd Penerima

NO URUT: 10

NAMA PASIEN: TUGINO

TGL LAHIR: 21-6-1963 BB: Kg

NO. MR: 4m-5169 No. HP:

ALAMAT:

*Gastritis
Pamohul 3x1 X
Vitum 8Cap 3x1 X
atusia 3x1 X*

**PEMERINTAH KOTA METRO
DINAS KESEHATAN KOTA METRO
UPTD PUSKESMAS YOSOMULYO**
Jln. Letjend Basuki Rahmat No. 16 Yosomulyo
Kecamatan Metro Pusat Telp. (0725) 7855336 Kota Metro

Rajal UGD Ada riwayat alergi? Tidak / Ya Tgl. 03 MAR 2023

BPJS DA UMUM (Mohon di tulis jika ada riwayat alergi)

DIISI OLEH POLI / RUANGAN
Diagnosis
Dokter
Ruangan BP

DIISI OLEH FARMASI

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
A	Administrasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Farmasetik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Klinik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat dosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat rute	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tepat waktu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Duplikasi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Alergi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Interaksi obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Berat badan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kontra indikasi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Telaah resep oleh:

NO	TELAAH RESEP	YA	TIDAK	KONFIRM
1	Tepat obat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tepat etiket	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tepat pasien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tid. Penelaah

Yang menyarankan
Nama & Ttd Petugas Farmasi

Yang menerima
Nama & Ttd Penerima

NO URUT: 9

NAMA PASIEN: HENRI YOSITA

TGL LAHIR: 27-1-91 BB: 70.6 / 166 Kg

NO. MR: 4m-850 No. HP:

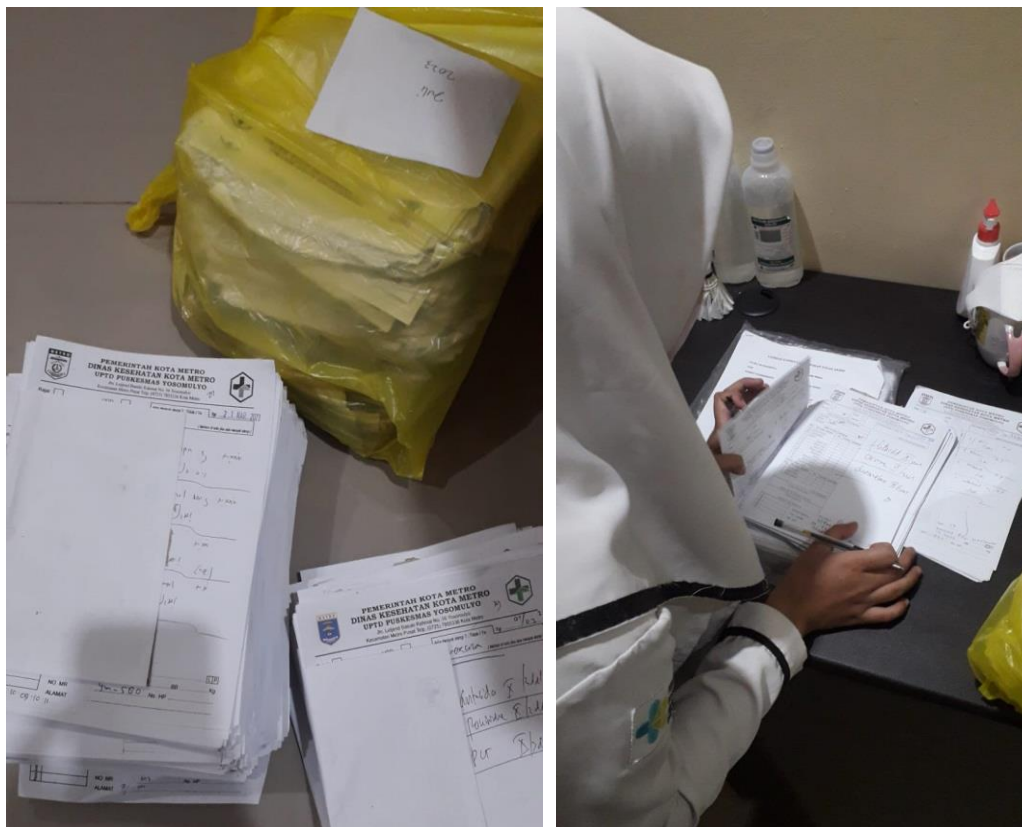
ALAMAT:

*alopurinol 1x1 X
atusia 3x1 X
sebelum mak*

Lampiran 6 Pengambilan Data Sampel



proses pengambilan data dari rekam medik



pengambilan data dari resep

Lampiran 4 Lembar Pengumpulan Data

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jenis Obat	Aturan pakai & Dosis obat
1	9xx	NM	Perempuan	46 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole Ranitidin	3x1 400 mg 1x1 30 mg 2x1 150 mg
2	1xxx	RO	laki-laki	45 tahun	SD	tidak bekerja	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
3	1xxx	SI	Perempuan	52 tahun	SMP	mengurus rumah	Sucralfat	4x1 10 ml
4	1xxx	NA	Perempuan	33 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
5	8xx	HY	perempuan	31 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
6	3xx	SM	Perempuan	63 tahun	S1	PNS	Antasida	3x1 400 mg
7	1xxx	DS	laki-laki	23 tahun	SMA	wiraswasta	Ranitidin	3x1 150 mg
8	1xxx	AR	laki-laki	43 tahun	SMP	karyawan honorer	Antasida	3x1 400 mg
9	4xxx	MI	Perempuan	55 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Sucralfat	3x1 400 mg 3x1 10 ml
10	4xxx	RG	Perempuan	35 tahun	SMA	karyawan swasta	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
11	6xxx	NI	Perempuan	45 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
12	7xxx	MO	laki-laki	52 tahun	SMP	Buruh harian lepas	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
13	3xxx	PM	Perempuan	30 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
14	1xxx	K	Perempuan	41 tahun	SMP	tidak bekerja	Lansoprazole	1x1 30 mg
15	2xxx	N	Perempuan	30 tahun	SMA	mengurus rumah	Sucralfat	4x1 10 ml
16	3xxx	EN	Perempuan	42 tahun	SMA	mengurus rumah	Ranitidin	2x1 150 mg
17	3xxx	ES	laki-laki	46 tahun	SMA	karyawan swasta	Antasida Ranitidin	3x1 2x1 150 mg

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jenis Obat	Aturan pakai & Dosis obat
18	2xx	WI	Perempuan	51 tahun	SMA	mengurus rumah	sucralfate Ranitidin	4x1 10 ml 2 x1 150 mg
19	1xxx	HP	laki-laki	47 tahun	SMA	wiraswasta	ranitidin	2x1 150 mg
20	1xxx	EI	Perempuan	41 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
21	2xxx	SP	Perempuan	56 tahun	S1	guru	Antasida	3x1 400 mg
22	5xxx	TO	laki-laki	59 tahun	SMP	buruh harian	Antasida	3x1 400 mg
23	8xx	SA	Perempuan	60 tahun	SMA	karyawan swasta	Antasida Sucralfate	3x1 400 mg 3x1 10 ml
24	1xxx	YK	Perempuan	33 tahun	SMA	mengurus rumah	Sucralfate	4x1 10 ml
25	2xxx	FP	Perempuan	20 tahun	SMA	mahasiswa	Antasida	3x1 400 mg
26	3xxx	S	Perempuan	64 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Syr	3x1 400 mg
27	3xxx	SI	Perempuan	63 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
28	1xxx	MW	Perempuan	36 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
29	7xxx	GR	laki-laki	20 tahun	SMA	pedagang	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
30	4xxx	SN	Perempuan	50 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
31	2xxx	A	Perempuan	59 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida Sucralfat	3x1 400 mg 3 x 1 10 ml
32	9xx	TS	Perempuan	31 tahun	SMA	karyawan honorer	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
33	9xx	W	laki-laki	43 tahun	SMA	petani	Antasida	3x1 400 mg
34	6xxx	SA	Perempuan	57 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
35	2xxx	SM	laki-laki	50 tahun	SD	buruh harian	lansoprazole Antasida Syr	1x1 30 mg 3x1 400 mg

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jenis Obat	Aturan pakai & Dosis obat
36	1xx	JH	Perempuan	50 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Syr Ranitidine	3x1 400 mg 2x1 150 mg
37	5xx	TN	laki-laki	40 tahun	SD	tidak bekerja	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
38	2xxx	TR	laki-laki	19 tahun	SMA	mahasiswa	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
39	4xxx	CN	Perempuan	24 tahun	SMA	karyawan swasta	Antasida	3x1 400 mg
40	2xxx	SI	laki-laki	60 tahun	SMP	tidak bekerja	Antasida	3x1 400 mg
41	2xxx	DI	Perempuan	42 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 3x1 150 mg
42	1xxx	SI	Perempuan	57 tahun	SMA	mengurus rumah	lansoprazole sucralfate	1x1 30 mg 3x1 10 ml
43	2xxx	ZB	Perempuan	60 tahun	SD	mengurus rumah	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 3x1 150 mg
44	1xxx	MR	laki-laki	61 tahun	S1	PNS	Sucralfat	4x1 10 ml
45	2xx	MK	laki-laki	51 tahun	SMA	wiraswasta	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
46	2xxx	AM	Perempuan	40 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
47	1xx	MO	laki-laki	65 tahun	SMP	buruh harian	Lansoprazole	1x1 30 mg
48	3x	SH	Perempuan	64 tahun	SMA	pedagang	Antasida	3x1 400 mg
49	7xx	SR	Perempuan	18 tahun	SMA	Pelajar	Antasida syr	3x1 400 mg
50	4xxx	AS	laki-laki	37 tahun	SMA	tidak bekerja	Antasida	3x1 400 mg
51	2xxx	MH	Perempuan	59 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
52	1xxx	RA	laki-laki	24 tahun	SMA	Mahasiswa	Antasida syr	3x1 400 mg
53	3xxx	SM	Perempuan	18 tahun	SMA	Pelajar	Antasida	3x1 400 mg
54	1xxx	JI	laki-laki	48 tahun	SD	buruh harian	Antasida	3x1 400 mg

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jenis Obat	Aturan pakai & Dosis obat
55	1xxx	HH	Perempuan	50 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
56	7xx	EW	Perempuan	35 tahun	SMA	tidak bekerja	Antasida	3x1 400 mg
57	1xxx	SN	perempuan	60 tahun	SD	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
58	5xxx	EW	Perempuan	46 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
59	1xxx	MH	Perempuan	38 tahun	SMA	tidak bekerja	Antasida	3x1 400 mg
60	6xxx	KO	laki-laki	60 tahun	SD	petani	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
61	2xx	NN	Perempuan	65 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
62	4xxx	SAD	Perempuan	19 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
63	1xxx	FI	Perempuan	27 tahun	SMA	mengurus rumah	Lansoprazole	1x1 30 mg
64	1xx	II	laki-laki	47 tahun	S1	PNS	Ranitidin	2x1 150 mg
65	3xxx	I	Perempuan	27 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
66	2xx	KA	Perempuan	62 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
67	1xx	SG	laki-laki	57 tahun	S1	PNS	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
68	4xxx	LI	Perempuan	30 tahun	SMA	mengurus rumah	Ranitidin	2x1 150 mg
69	3xxx	SN	laki-laki	60 tahun	SMP	buruh harian	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
70	3xxx	AI	Perempuan	58 tahun	SMA	pedagang	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
71	7xxx	ES	Perempuan	39 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
72	7xxx	SO	laki-laki	65 tahun	S1	Pensiunan	Antasida	3x1 400 mg
73	4xx	RDS	Perempuan	31 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jenis Obat	Aturan pakai & Dosis obat
74	2xxx	IW	Perempuan	43 tahun	S1	Guru	Ranitidin	2x1 150 mg
75	3xx	TS	Perempuan	42 tahun	S1	PNS	Lansoprazole Sucralfat	1x1 30 mg 4x1 10 ml
76	3xxx	WS	laki-laki	65 tahun	SMA	wiraswasta	Lansoprazole Sucralfat	2x1 30 mg 4x1 10 ml
77	1xxx	MR	laki-laki	65 tahun	S1	Pensiunan	Antasida	3x1 400 mg
78	5xx	KI	Perempuan	59 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
79	2xx	WI	Perempuan	51 tahun	SMA	mengurus rumah	Sucralfat	3x1 10 ml
80	4xx	NK	Perempuan	59 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
81	1xxx	RT	laki-laki	43 tahun	SMA	wiraswasta	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
82	4xxx	CE	laki-laki	41 tahun	SMP	buruh harian	Antasida Sucralfat	3x1 400 mg 4x1 10 ml
83	5xxx	LSH	Perempuan	59 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
84	HT-6xxx	RI	Perempuan	18 tahun	SMA	mahasiswa	Antasida	3x1 400 mg
85	6xxx	EI	Perempuan	48 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
86	4xxx	NS	Perempuan	28 tahun	S1	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
87	1xxx	DA	Perempuan	45 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
88	HT-3xxx	SI	Perempuan	40 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
89	1xxx	SI	Perempuan	58 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
90	2xxx	IS	Perempuan	34 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Ranitidin	3x1 400 mg 2x1 150 mg
91	1xx	ZAF	Perempuan	19 tahun	SMA	mahasiswa	Ranitidin	2x1 150 mg
92	8xx-xxx	AF	Perempuan	46 tahun	SMA	karyawan swasta	Antasida	3x1 400 mg

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jenis Obat	Aturan pakai & Dosis obat
93	1xxx	HH	Perempuan	58 tahun	SD	tidak bekerja	Antasida	3x1 400 mg
94	7xxx	MM	Perempuan	55 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Syr	3x1 400 mg
95	4xxx	TN	Perempuan	50 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
96	1xxx	TH	Perempuan	58 tahun	SMP	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
97	6xx	FA	Perempuan	40 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg
98	7xxx	SN	Perempuan	60 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida	3x1 400 mg
99	5xx	FM	Perempuan	38 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida syr	3x1 400 mg
100	1xx	SH	Perempuan	47 tahun	SMA	mengurus rumah	Antasida Lansoprazole	3x1 400 mg 1x1 30 mg

Lampiran 5 Coding Hasil Penelitian

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
1	9xx	NM	2	2	4	5	1 5 3	1 4 3
2	1xxx	RO	1	2	2	6	1 5	1 4
3	1xxx	SI	2	2	3	5	6	7
4	1xxx	NA	2	1	4	5	1 5	1 4
5	8xx	HY	2	1	4	5	1	1
6	3xx	SM	2	3	6	1	1	1
7	1xxx	DS	1	1	4	2	3	3
8	1xxx	AR	1	1	3	7	1	1
9	4xxx	MI	2	3	4	5	1 6	1 6
10	4xxx	RG	2	1	4	7	1 3	1 3
11	6xxx	NI	2	2	4	5	1	1

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
12	7xxx	MO	1	2	3	7	1 5	1 4
13	3xxx	PM	2	1	4	5	1	1
14	1xxx	K	2	1	3	6	5	4
15	2xxx	N	2	1	4	5	6	7
16	3xxx	EN	2	1	4	5	3	3
17	3xxx	ES	1	2	4	7	1 3	1 3
18	2xx	WI	2	2	4	5	3 6	3 7
19	1xxx	HP	1	2	4	2	3	3
20	1xxx	EI	2	1	4	5	1	1
21	2xxx	SP	2	3	6	7	1	1
22	5xxx	TO	1	3	3	7	1	1
23	8xx	SA	2	3	4	7	1 6	1 6
24	1xxx	YK	2	1	4	5	6	7
25	2xxx	FP	2	1	4	7	1	1
26	3xxx	S	2	3	4	5	1	2

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
27	3xxx	SI	2	3	3	5	1	1
28	1xxx	MW	2	1	4	5	1	1
29	7xxx	GR	1	1	4	7	1 5	1 4
30	4xxx	SN	2	2	4	5	1	1
31	2xxx	A	2	3	3	5	1 6	1 6
32	9xx	TS	2	1	4	7	1 3	1 3
33	9xx	W	1	1	4	4	1	1
34	6xxx	SA	2	3	4	5	1 5	1 4
35	2xxx	SM	1	2	2	7	1 5	2 4
36	1xx	JH	2	2	4	5	1 3	2 3
37	5xx	TN	1	1	2	6	1 5	1 3

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
38	2xxx	TR	1	1	4	7	1 5	1 3
39	4xxx	CN	2	1	4	7	1	1
40	2xxx	SI	1	3	3	6	1	1
41	2xxx	DI	2	1	4	5	1 3	1 3
42	1xxx	SI	2	3	4	5	1 6	1 6
43	2xxx	ZB	2	3	2	5	1 3	1 3
44	1xxx	MR	1	3	6	1	6	7
45	2xx	MK	1	2	4	2	1 5	1 4
46	2xxx	AM	2	1	4	5	1 5	1 4
47	1xx	MO	1	3	3	7	5	4
48	3x	SH	2	3	4	7	1	1
49	7xx	SR	2	1	4	7	1	2
50	4xxx	AS	1	1	4	6	1	1

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
51	2xxx	MH	2	3	3	5	1	1
52	1xxx	RA	1	1	4	7	1	2
53	3xxx	SM	2	1	4	7	1	1
54	1xxx	JI	1	2	2	7	1	1
55	1xxx	HH	2	2	3	5	1	1
56	7xx	EW	2	1	4	6	1	1
57	1xxx	SN	2	3	2	5	1	1
58	5xxx	EW	2	2	4	5	1 5	1 4
59	1xxx	MH	2	1	4	6	1	1
60	6xxx	KO	1	3	2	4	1 3	1 3
61	2xx	NN	2	3	4	5	1	1
62	4xxx	SAD	2	1	3	5	1	1
63	1xxx	FI	2	1	4	5	5	4
64	1xx	II	1	2	6	1	3	3
65	3xxx	I	2	1	4	5	1 3	1 3

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
66	2xx	KA	2	3	4	5	1 5	1 4
67	1xx	SG	1	3	6	1	1 3	1 3
68	4xxx	LI	2	1	4	5	3	3
69	3xxx	SN	1	3	3	7	1 3	1 4
70	3xxx	AI	2	3	4	7	1 3	1 3
71	7xxx	ES	2	1	4	5	1 5	1 4
72	7xxx	SO	1	3	6	3	1	1
73	4xx	RDS	2	1	4	5	1	1
74	2xxx	IW	2	1	6	7	3	2
75	3xx	TS	2	1	6	1	5 6	1 7
76	3xxx	WS	1	3	4	2	5 6	1 7

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
77	1xxx	MR	1	3	6	3	1	1
78	5xx	KI	2	3	4	5	1 5	1 4
79	2xx	WI	2	3	4	5	6	6
80	4xx	NK	2	3	3	5	1 3	1 3
81	1xxx	RT	1	1	4	2	1 5	1 4
82	4xxx	CE	1	1	3	7	1 6	1 7
83	5xxx	LSH	2	3	4	5	1	1
84	HT-6xxx	RI	2	1	4	7	1	1
85	6xxx	EI	2	2	3	5	1	1
86	4xxx	NS	2	1	6	5	1	1
87	1xxx	DA	2	2	4	5	1	1
88	HT-3xxx	SI	2	1	4	5	1 3	1 3
89	1xxx	SI	2	3	4	5	1 5	1 4

No	No rm	Nama	Jenis Kelamin 1.Laki-Laki 2.Perempuan	Umur 1. 18 – 44 tahun 2. 45 – 54 tahun 3. 55 – 64 tahun 4. 65 tahun	Pendidikan 1.Tidak sekolah 2.SD 3.SMP 4.SMA 5.Diploma 6.Sarjana	Pekerjaan 1. PNS 2.Wiraswasta 3.Pensiunan 4.Petani 5.Ibu Rumah Tangga 6.Tidak Bekerja	Jenis Obat 1.antasida 2. cimetidine 3.ranitidin 4.omeprazol 5.lansoprazol 6.Sucralfat	Aturan pakai & Dosis obat
90	2xxx	IS	2	1	4	5	1 3	1 3
91	1xx	ZAF	2	1	4	7	3	3
92	8xx-xxx	AF	2	2	4	7	1	1
93	1xxx	HH	2	3	2	6	1	1
94	7xxx	MM	2	3	4	5	1	2
95	4xxx	TN	2	2	4	5	1	1
96	1xxx	TH	2	3	3	5	1	1
97	6xx	FA	2	1	4	5	1 5	1 4
98	7xxx	SN	2	3	4	5	1	1
99	5xx	FM	2	1	4	5	1	2
100	1xx	SH	2	2	4	5	1 5	1 4

Aturan Pakai dan Dosis

1. antasida 1-2 tablet, 3-4 kali per hari untuk dewasa
2. Antasida sirup 3x sehari 10 ml.
3. ranitidin 150 mg 2 x sehari.

4. lansoprazol 30 mg 1 x sehari.
5. Sucralfat 3 x sehari 7,5 ml
6. Sucralfat 3 x sehari 10 ml sebelum makan
7. Sucralfat 4 x sehari 10 ml sebelum makan








Lampiran 6 Lembar Konsultasi





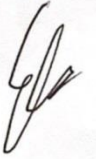

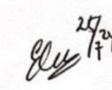



LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Firda Yola Aminda Natasa

NIM : 2148401006











DOSEN PEMBIMBING : Apt.Elma Viorentina Sembiring,S.Farm.,M.Clin.Pharm

NO	TANGGAL	KEGIATAN		PARAF	
		MASALAH	PENYELESAIAN	DOSEN	MHS
1.	18-7-2023	Pengajuan Judul	mengajukan beberapa Judul ITA dibenkan saran dan masukan oleh Pembimbing		Ful
2.	21-7-2023	Pengajuan Judul & acc bimbingan bab	"Evaluasi penggunaan obat pada pasien gastritis di Puskesmas Yosomuljo kota metro"		Ful
3.	4-8-2023	bimbingan bab I	dibenkan masukan oleh pembimbing		Ful
4.	30-8-2023	Pengumpulan Revisi Bab 1 & Pengumpulan Bab 2	Pengumpulan bab 1-2		Ful
5.	2-11-2023	Bimbingan bab 3	bimbingan bab 3 diberi Masukan oleh Pembimbing		Ful
6.	1-12-2023	Pengumpulan revisi Bab 1,2,3	Mengumpulkan revisi Bab 1,2,3		Ful
7.	5-12-2023	Bimbingan Bab 1,2,3	dibenkan saran dan masukan terhadap bab 1,2,3 oleh Pembimbing		Ful

8.	13-12-2023	Bimbingan Bab 1,2,3	dibenkan saran dan masukan terhadap bab 1,2,3 oleh Pembimbing		Full
9.	20-12-2023	Bimbingan bab 1,2,3	diberikan saran dan masukan oleh Pembimbing		Full
10.	21-12-2023	Acc daftar ujian sempro	acc oleh Pembimbing		Full
11.	4 Juli 2024	Konsultasi pengolahan data	diberikan arahan dan masukan oleh Pembimbing		Full
12.	11 Juli 2024	Konsultasi Pengodongan data	diberikan arahan dan masukan oleh Pembimbing		Full
13.	22 Juli 2024	Konsultasi Bab IV & V	Pada karakterishe Sosisodemografi digabung dan pembatasan sesuai Tuman		Full
14.	23 Juli 2024	Acc	Acc majul seminar hari	 27/24 17/24	Full
15.	13 Agustus 2024	Konsultasi Revisi setelah semnas	Perbaiki		Full
16.	14 Agustus 2024	Konsultasi Revisi Bab I-V	Revisi Bab I-V dan ACC		Full
17.	9 September 2024	Acc	Acc turmitn & Acc cetak		Full



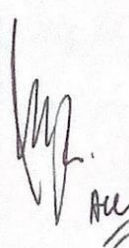



LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Firda Yola Aminda Natasa
NIM : 2148401006
DOSEN PEMBIMBING : Dra.Pudji Rahayu,Apt.,M.Kes

NO	TANGGAL	KEGIATAN		PARAF	
		MASALAH	PENYELESAIAN	DOSEN	MHS
1	3 Februari 2024	konsultasi Bab 1-3 & ACC Seminar proposal	diperbaiki		
2.	13 Mei 2024	konsultasi revisi Seminar proposal	Diperbaiki ACC revisi Proposal		
3.	25 Juli 2024	konsultasi Bab 1-5	Revisi Penulisan & ACC seminar Hasil		
4.	5-September 2024	konsultasi hasil revisi setelah Seminar hasil	ACC revisi setelah Seminar Hasil		
5			ACC cetak		

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Firda Yola Aminda Natasa
NIM : 2148401006
DOSEN PEMBIMBING : Makhdalena, S,Farm., M.Farm, Apt.

NO	TANGGAL	KEGIATAN		PARAF	
		MASALAH	PENYELESAIAN	DOSEN	MHS
1	2 September 2024	Perbaikian abstrak, Penulisan, daftar tabel diperbaiki, Pengubahan dosis aturan, kategori Mikrobial, PPI sesuai usia Perbaiki populasi dan sampel, kesimpulan sudah sesuai atau belum	diperbaiki		
2.	3 September 2024	Perbaiki Penulisan, Perubahan literatur pada bagian BAB I sesuai dosis	diperbaiki ACC setelah-selanjutnya	 ACC	
3.	10 September 2024		ACC Turnitin/cetak		

**LEMBAR PERBAIKAN
SEMINAR HASIL TUGAS AKHIR**

Hari / Tanggal : Senin, 27 Juli 2024
 Nama Mahasiswa : Firda Yola Aminda Natasa
 Judul Tugas Akhir : Gambaran penggunaan obat gastritis Pada Pasien Gastritis Di Puskesmas Yolomuiyo Kecamatan


HASIL MASUKAN :


Penguji 1 :
 Revisi ya belum memenuhi kriteria KEBI dan ETD. Susunan keping dengan isi/paragrafnya, karena ada hal yang tidak ada di halaman top muncul di pembahasan. Bab 2 perlu ditambahkan akhir pakai obat-obat. Baru ada perbaikan pada penitronan sampel karena papula diteliti. Untuk tabel baru diteliti lagi, ada tabel jenis & golongan. Pembahasan & Disisi perbaikan sesuai dengan format penelitian.


Penguji 2 :
 Mengingat tabel foto, ada pemborongan dari formulir Puskesmas yang bersangkutan. Perbaiki foto pada tabel. Pada tabel 4.5 perlu diteliti cara hitung persentasenya. Meneliti perlu dicek, untuk akhir pakai apakah sudah dimuliskan atau memang sesuai resep. Beberapa hal yang menjadi hal yang harus diteliti di revisi kali ini, kump dan absrak. Tambah di tabel ini. Revisi baru meniscamp yang memperdebat. Revisi gastritis topn infes. Kerangka teori dapat dikembarkan dengan penambahan vertabel yang diteliti. Bagian kesimpulan harusnya susunan dengan huruf, yang banyak banyak. Selain harus dibuat pada pembahasan, lalu muncul di kon.

Penguji 3 :
 Perbaiki pendahuluan yang sudah saya tandai. Halaman dan bagian daftar isi dicek font agar sesuai prosedur. Cek tabel karena masih banyak yang fontnya salah. Teri yang penting tolong diteliti sifatnya yang lengkap. Perbaiki judul tabel agar lebih baik, dan diteliti lagi dengan daftar tabel. Revisi daftar pustaka masih salah semua, jadi perbaiki.

Mengetahui

Penguji 1,

 2/8/24
 3/8/24 M.S.

Penguji 2,

 5/8/24
 5/8

Penguji 3,

 14/8/24

Makhdalenda Sifarm, M Farm Apt
 MP. 19851126 2009 04 2002


Dra. Pudji Rahayu, Apt, M Kes
 MP. 1965 0207 1991 01 2000

AP. Elma V. Sembiring, S Farm, M Clin, Pharm
 MP. 1996 0505 2022 03 2004

**LEMBAR BUKTI PENGECEKAN SIMILARITY/PLAGIARISM
DENGAN TURNITIN**

Nama : Firda Yola Aminda Natasa
 NIM : 2190401006
 Judul LTA : Gambaran Penggunaan Obat Gastritis Pada Pasien Gastritis
 Di Puskesmas Yosomulyo Kota Metro
 Prodi : D3 Farmasi

Telah melakukan pengecekan Turnitin sebagai berikut :

Ke-	Tanggal	Hasil (Nilai)	Paraf Petugas Perpustakaan dan Cap
1	9 September 2024	23 %	
2			
3			

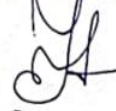
Mengetahui,

Pembimbing 1



(AR. Eima Violentina Sembiring, S-farm, M-ClinPharm)
 NIP. 199605052022032009

Pembimbing 2



(Drg. Puji Rahayu, Apt., M-Kes)
 NIP. 196502071991012000

Catatan : Pengisian kolom tanggal dan hasil ditulis tangan