

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian

	MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN	
	UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALOPO	
	LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (LPPM)	
	Lt. 2 Gedung MCC Universitas Muhammadiyah Palopo Jl. Jend. Sudirman Km. 03 Bintuni, Kota Palopo (91959) – Telp/Fax: (0471) 327429	
Nomor	: 365/III.3.AU/LPPM/F/2025	Palopo, 23 Desember 2025
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Izin Penelitian	
Kepada Yth Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Luwu Di _____ Tempat		
<i>Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh</i>		
Dengan hormat, disampaikan bahwa dalam rangka pelaksanaan penelitian Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Palopo, mohon kiranya diberikan izin untuk kepada:		
Nama	: Nur Suciati	
NIM	: 2213200122	
Jurusan	: S1 Farmasi	
Alamat	: Desa Salupareman, Kec. Kamanre, Kab. Luwu	
Jenis Kelamin	: Perempuan	
No. Telp/WA	: 082348043607	
Untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Rasionalitas Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Demam Tifoid Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Bataraguru Dengan Metode Gyssens" penelitian akan dilaksanakan pada bulan Januari-Februari 2026		
Demikian permohonan dari kami, atas kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.		
<i>Wassalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh</i>		
 Ka. LPPM,  Junaidi, SE, Ak, M. Ak., CA., Ph.D NIDN: 0910067705		
Tembusan: - Dekan Bersangkutan - Pertinggal		

		PEMERINTAH KABUPATEN LUWU DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU Alamat : Jln. Jend. Sudirman, Kelurahan Senga, Kecamatan Belopa, Kab. Luwu Telpn : (0471) 3314115
Nomor : 0567/PENELITIAN/06.03/DPMTSP/XII/2025	Kepada	
Lamp : -	Yth. Direktur RSUD Batara Guru Belopa	
Sifat : Biasa	di -	
Perihal : <u>Izin Penelitian</u>	Tempat	

Berdasarkan Surat Kepala LPPM Universitas Muhammadiyah Palopo : 365/III.3.AU/LPPM/F/2025 tanggal 23 Desember 2025 tentang permohonan Izin Penelitian.
 Dengan ini disampaikan kepada saudara (i) bahwa yang tersebut di bawah ini :

Nama	: Nur Suciati
Tempat/Tgl Lahir	: Salu Paremang / 04 Agustus 2004
Nim	: 221320122
Jurusan	: S1 Farmasi
Alamat	: Dsn. Salu Paremang Desa Salu Paremang Kecamatan Kamanre

Bermaksud akan mengadakan penelitian di daerah/instansi Saudara (i) dalam rangka penyusunan "Skripsi" dengan judul :

ANALISIS RASIONALITAS PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN DEMAM TIFOID DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT BATARA GURU DENGAN METODE GYSSENS

Yang akan dilaksanakan di **RSUD BATARA GURU BELOPA**, pada tanggal **30 Desember 2025 s/d 30 April 2026**

Sehubungan hal tersebut di atas pada prinsipnya kami dapat menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan harus melaporkan kepada Bupati Luwu Up. Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kab. Luwu.
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan.
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Bupati Luwu Up. Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kab. Luwu.
5. Surat Izin akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin tidak mentaati ketentuan-ketentuan tersebut di atas.



Diterbitkan di Kabupaten Luwu
 Pada tanggal : 29 Desember 2025
 Kepala Dinas



Drs. MUHAMMAD RUDI, M.Si
 Pangkat : Pembina Utama Muda IV/c
 NIP : 19740411 199302 1 002

Tembusan :

1. Bupati Luwu (sebagai Laporan) di Belopa;
2. Kepala Kesbangpol dan Linmas Kab. Luwu di Belopa;
3. Kepala LPPM Universitas Muhammadiyah Palopo;
4. Mahasiswa (i) Nur Suciati;
5. Arsip.



**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU
RSUD BATARA GURU**

Jalan Sawerigading, Kecamatan Belopa Utara, Kode Pos 91994
Telepon : (0471) 3314100, E-mail : rsudbatarguru@gmail.com
B E L O P A



Belopa, 09 Maret 2026

Nomor : 005/RSUD-BG/SDM/III/2026
Perihal : Permohonan Izin Penelitian
Lampiran : -

Kepala Yth:
1. Kasie Rekam Medik
2. Karu Rekam Medik
Di_
Tempat

Dengan Hormat,

Berikut ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini akan melakukan penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul Analisis Rasionalitas Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Demam Tifoid di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Batara Guru Dengan Metode Gyssens dengan data sebagai berikut:

NO	NIM	Nama	Program Studi	Waktu
1.	221320122	Nur Suciati	S1 Farmasi Universitas Muhammadiyah Palopo	30 Desember 2025 – 30 April 2026

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih.

Mengetahui,

Kabid Pengembangan SDM dan Rekam Medik

drg. Annisa Yahya S. Kg
Nip.19830112 201001 2 028

Tembusan:

1. Bank Data
2. SDM(Tertingal)



**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU
RSUD BATARA GURU**

Jalan Sawerigading, Kecamatan Belopa Utara, Kode Pos 91994
Telepon : (0471) 3314100, E-mail : rsudbataraguru@gmail.com
BELOPA



Belopa, 09 Maret 2026

Nomor : 005/RSUD-BG/SDM/III/2026
Perihal : Permohonan Izin Penelitian
Lampiran : -

Kepala Yth:

1. Kasie Rekam Medik
2. Karu Rekam Medik
3. Karu Instalasi Farmasi

Di_

Tempat

Dengan Hormat,

Berikut ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di bawah ini akan melakukan penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul Analisis Rasionalitas Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Demam Tifoid di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Batara Guru Dengan Metode Gyssens dengan data sebagai berikut:

NO	NIM	Nama	Program Studi	Waktu
1.	221320122	Nur Suciati	S1 Farmasi Universitas Muhammadiyah Palopo	04 Mei – 09 Mei 2026

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih.

Mengetahui,

Kabid Pengembangan SDM dan Rekam Medik

drg. Annisa Yahya S. Kg
Nip.19830112 201001 2 028

Tembusan:

1. Bank Data
2. SDM(Tertingal)



**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU
RSUD BATARA GURU**

Jalan Sawerigading, Kecamatan Belopa Utara, Kode Pos 91994
Telepon : (0471) 3314100, E-mail : rsudbatarguru@gmail.com
BELOPA



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

No : 121/RSUD-BG/V/2026

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Batara Guru Kabupaten Luwu menerangkan bahwa :

Nama : dr. DAUD MUSTAKIM, M.Kes
NIP : 19790115 200903 1 002
Pangkat/Gol : Pembina Tk.I, IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Batara Guru

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : NUR SUCIATI
N I M : 221320122
Jabatan : Mahasiswa

Benar telah melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Batara Guru Kabupaten Luwu dalam rangka penyusunan "Skripsi" terhitung mulai tanggal, 30 Desember 2025 s/d 30 April 2026 dengan judul :

**" ANALISIS RASIONALITAS PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN DEMAM TIFOID
DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT BATARA GURU DENGAN METODE
GYSENS "**

Demikian Surat Keterangan ini di berikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Belopa

Pada tanggal: 13 Mei 2026

An. Direktur RSUD Batara Guru

Abid SDM



drg. ANNISA YAHYA, S.Kg

Pangkat : Pembina / IV.a

NIP : 19830112 201001 2 028

Lampiran 2. Kode Etik

Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Palopo
Institution of Research and Community Services
Muhammadiyah University Palopo

KETERANGAN LAYAK PENELITIAN
ETHICAL APPROVAL LETTER
 Nomor/Number: 101/KEP/III.3.AU/F/2026

Komisi Etik Penelitian Universitas Muhammadiyah Palopo, setelah mempelajari dan melakukan kajian etik secara seksama usulan rancangan penelitian, dengan ini menyatakan bahwa penelitian dengan:

The Research Ethics Commission of Muhammadiyah University Palopo, having thoroughly scrutinized and completed ethical reviews on the research plan proposal, hereby certifies that:

Judul : Analisi Rasionalitas Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Demam Tifoik Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Batara Guru Dengan Metode Gyssens

Title : Analysis of the Rationality of Antibiotic Use in Typhoid Fever Patients in the Inpatient Unit of Batara Guru Hospital Using the Gyssens Method

Researcher : 1. Nur Suciati
 2. Apt. Waode Suiarti, S.Si., M.Si
 3. Dr. Sri Rahayu Amri, S.H., M.H

Dengan ini menyatakan bahwa protokol tersebut DITERIMA
 Hereby declares that the protocol is APPROVED

Palopo, 12 Februari 2026
 Ketua / Chairman


 Junaidi, S.E., M.Ak., Ph.D.
 NIDN.0910067705

Lampiran 3. Surat Keterangan Terjemahan

	UNIT PELAKSANA TEKNIS PUSAT BAHASA (UPT. PUSBA) UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALOPO Sekretariat: Kampus Universitas Muhammadiyah Palopo Jl. Jenderal Sudirman Km. 3 Binturu Kota Palopo, Sulawesi Selatan	
<u>SURAT KETERANGAN TERJEMAHAN</u> No: 019/III.3.AU/Pusba/F/2026		
Yang bertanda tangan di bawah ini, Plt. UPT. Kepala Pusat Bahasa Universitas Muhammadiyah Palopo, dengan ini menerangkan bahwa naskah dengan rincian sebagai berikut:		
Judul Naskah	: Analisis Rasionalitas Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Anak Demam Tifoid Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Batara Guru Dengan Metode Gyssens	
Penulis	: Nur Suciati	
NIM	: 221320122	
Bahasa Sumber	: Bahasa Indonesia	
Bahasa Sasaran	: Bahasa Inggris	
Jumlah Halaman	: 1 halaman	
telah diterjemahkan dari Bahasa Indonesia ke dalam Bahasa Inggris secara utuh dan sesuai dengan naskah aslinya oleh penerjemah yang bertugas di UPT. Pusat Bahasa Universitas Muhammadiyah Palopo, serta telah melalui proses pemeriksaan kesesuaian istilah dan tata bahasa (proofreading).		
Surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya, khususnya sebagai bukti pendukung dalam proses <i>submission artikel ke jurnal ilmiah atau kebutuhan akademik lainnya</i>, dan dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya.		
Demikian surat keterangan ini kami buat, atas perhatiannya dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.		
<i>Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh</i>		
Palopo, 24 Juni 2026 Plt. UPT Pusat Bahasa (Pusba) UM Palopo  Puspita Sari, S.Pd., M.Pd Nidn. 0917078606		

Lampiran 4. Lembar Cek Turnitin

turnitin Page 1 of 51 - Cover Page Submission ID trn:old::1:3603218840

Nur Suciati

(1) Naskah NUR SUCIATI

Farmasi
Fak. Ilmu Kesehatan
LLDIKTI IX Turnitin Consortium Part III

Document Details

Submission ID
trn:old::1:3603218840

Submission Date
Jun 29, 2026, 7:43 AM GMT+7

Download Date
Jun 29, 2026, 7:55 AM GMT+7

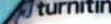
File Name
Nur_Suciati-22130122-Farmasi_-_Nur_Suciati.pdf

File Size
757.4 KB

47 Pages
9,534 Words
65,884 Characters

UNIT PELAYANAN TEKNIK
29/6-26
A. Khusnul

turnitin Page 1 of 51 - Cover Page Submission ID trn:old::1:3603218840

Page 2 of 51 - Integrity Overview

Submission ID: trn:old::1:3603218840

8% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Small Matches (less than 12 words)

Top Sources

7%		Internet sources
2%		Publications
4%		Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Page 2 of 51 - Integrity Overview

Submission ID: trn:old::1:3603218840

Lampiran 5. Instrumen Penelitian (Evaluasi Penggunaan Antibiotik Checklist Alur)

No. Rekam Medis : 220327
 Tanggal Lahir/Umur Pasien : 9 Tahun
 Berat Badan : 38kg
 Diagnosis : Demam Tifoid
 Tanggal Perawatan : 11/6/2025
 Unit Perawatan : Azalea

No	Pengamatan	Hasil	Antibiotika					Kategori	Tindakan	Catatan
			I	II	III	IV	V			
1.	Data lengkap	Tidak						VI		
		Ya								
2.	Indikasi antibiotik sesuai	Tidak						V		
		Ya								
3.	Alternatif lebih efektif	Tidak						IVa		
		Ya								
4.	Alternatif lebih toksik	Tidak						IVb		
		Ya								
5.	Alternatif lebih murah	Tidak						IVc		
		Ya								
6.	Alternatif lebih sempit	Tidak						IVd		
		Ya								
7.	Durasi lebih panjang	Tidak						IIIa		
		Ya								
8.	Durasi terlalu singkat	Tidak						IIIb		
		Ya								
9.	Dosis tepat	Tidak						IIa		
		Ya								
10.	Interval tepat	Tidak						IIb		
		Ya								
11.	Rute tepat	Tidak						IIc		
		Ya								

No	Pengamatan	Hasil	Antibiotika					Kategori	Tindakan	Catatan
			I	II	III	IV	V			
12.	Waktu pemberian tepat	Tidak						I		
		Ya						0		

Catatan:

No	Nama Obat Antibiotika	Kategori
I	Ceftriaxone	IIIB
II		
III		
IV		
V		

Sumber: (Adra, 2021)

No. Rekam Medis : 220598
 Tanggal Lahir/Umur Pasien : 7 thn
 Berat Badan : 28kg
 Diagnosis : Febris pro ev sups Demam tifoid
 Tanggal Perawatan : 16/06/2025
 Unit Perawatan : Azalea

No	Pengamatan	Hasil	Antibiotika					Kategori	Tindakan	Catatan
			I	II	III	IV	V			
1.	Data lengkap	Tidak						VI		
		Ya								
2.	Indikasi antibiotik sesuai	Tidak						V		
		Ya								
3.	Alternatif lebih efektif	Tidak						IVa		
		Ya								
4.	Alternatif lebih toksik	Tidak						IVb		
		Ya								
5.	Alternatif lebih murah	Tidak						IVc		
		Ya								
6.	Alternatif lebih sempit	Tidak						IVd		
		Ya								
7.	Durasi lebih panjang	Tidak						IIIa		
		Ya								
8.	Durasi terlalu singkat	Tidak						IIIb		
		Ya								
9.	Dosis tepat	Tidak						IIa		
		Ya								
10.	Interval tepat	Tidak						IIb		
		Ya								
11.	Rute tepat	Tidak						IIc		
		Ya								
12.	Waktu pemberian tepat	Tidak						I		
		Ya						0		

Catatan:

No	Nama Obat Antibiotika	Kategori
I	Ceftriaxone	IIIB
II		
III		
IV		
V		

Sumber: (Adra, 2021)

No. Rekam Medis	: 136916
Tanggal Lahir/Umur Pasien	: 8 thn
Berat Badan	: 17kg
Diagnosis	: Demam tifoid
Tanggal Perawatan	: 30/07/2025
Unit Perawatan	:Azalea

No	Pengamatan	Hasil	Antibiotika					Kategori	Tindakan	Catatan
			I	II	III	IV	V			
1.	Data lengkap	Tidak						VI		
		Ya								
2.	Indikasi antibiotik sesuai	Tidak						V		
		Ya								
3.	Alternatif lebih efektif	Tidak						IVa		
		Ya								
4.	Alternatif lebih toksik	Tidak						IVb		
		Ya								
5.	Alternatif lebih murah	Tidak						IVc		
		Ya								
6.	Alternatif lebih sempit	Tidak						IVd		
		Ya								
7.	Durasi lebih panjang	Tidak						IIIa		
		Ya								
8.	Durasi terlalu singkat	Tidak						IIIb		
		Ya								
9.	Dosis tepat	Tidak						Ila		
		Ya								
10.	Interval tepat	Tidak						Ilb		
		Ya								
11.	Rute tepat	Tidak						Ilc		
		Ya								
12.	Waktu pemberian tepat	Tidak						I		
		Ya						0	Tepat	

Catatan:

No	Nama Obat Antibiotika	Kategori
I	Ceftriaxone	0
II		
III		
IV		
V		

Sumber: (Adra, 2021)

Catatan:

No	Nama Obat Antibiotika	Kategori
I	Ceftriaxone	0
II		
III		
IV		
V		

Sumber: (Adra, 2021)

No. Rekam Medis : 163256
 Tanggal Lahir/Umur Pasien : 12 thn
 Berat Badan : 26 kg
 Diagnosis : Sups Tifoid, DD Pneumonia
 Tanggal Perawatan : 24/11/2025
 Unit Perawatan : Azalea

No	Pengamatan	Hasil	Antibiotika					Kategori	Tindakan	Catatan
			I	II	III	IV	V			
1.	Data lengkap	Tidak						VI		
		Ya								
2.	Indikasi antibiotik sesuai	Tidak						V		
		Ya								
3.	Alternatif lebih efektif	Tidak						IVa		
		Ya								
4.	Alternatif lebih toksik	Tidak						IVb		
		Ya								
5.	Alternatif lebih murah	Tidak						IVc		
		Ya								
6.	Alternatif lebih sempit	Tidak						IVd		
		Ya								
7.	Durasi lebih panjang	Tidak						IIIa		
		Ya								
8.	Durasi terlalu singkat	Tidak						IIIb		
		Ya								
9.	Dosis tepat	Tidak						IIa		
		Ya								
10.	Interval tepat	Tidak						IIb		
		Ya								
11.	Rute tepat	Tidak						IIc		
		Ya								
12.	Waktu pemberian tepat	Tidak						I		
		Ya						0		

Catatan:

No	Nama Obat Antibiotika	Kategori
I	Ceftriaxone	III A
II	Gentamicin	V
III		
IV		
V		

Sumber: (Adra, 2021)

Lampiran 6. Data Pasien

No RM: 136916
 Jam Administrasi: 10:20:21
 Tanggal Perawatan: 30/07/2025
 Tanggal Keluar: 04/08/2025

Pasien: An. BABG; Laki-Laki; Umur: 8 tahun; BB: 17kg; Suhu: 38,6°C. Keluhan Utama Riwayat Penyakit: Demam sakit kepala, sesak disertai muntah dan batuk; Riwayat Alergi Obat: Tidak ada. Diagnosa Utama: Demam Tifoid.

Hasil Laboratorium Tubex 4 dengan nilai rujukan <2.

Dosis $17\text{kg} \times 80\text{mg} = 1.360\text{mg}$ dicukupkan 1.200mg/kgbb/hari

Dosis Maksimum 2000mg

Tanggal dan Jam	Obat Antibiotik	Jumlah	Aturan Pakai
30/07/2025 10:49	Ceftriaxone Inj 1 gr	2 vial	1200 mg/ 24jam/ IV
31/11/2025 10:32	Ceftriaxone Inj 1 gr	2 vial	1200mg/ 24jam/ IV
01/08/2025 10:52	Ceftriaxone Inj 1 gr	2 vial	1200mg/ 24jam/ IV
02/08/2025 10:48	Ceftriaxone Inj 1 gr	2 vial	1200mg /24jam/ IV
03/08/2025 10:04	Ceftriaxone Inj 1 gr	2 vial	1200mg/ 24jam/ IV

Hasil Kategori Gyssens

Nama Antibiotik	Kategori Gyssens	(Lolos atau Tidak Lolos Per-Kategori)
Ceftriaxone	VI	Lolos kategori VI (data rekam medik pasien lengkap) Assessment: Data rekam medik pasien lengkap
	V	Lolos kategori V (ada indikasi penggunaan antibiotik) Assessment: Pasien terdiagnosa demam tifoid sehingga memerlukan terapi antibiotik.
	IVA	Lolos kategori IVA (tidak terdapat antibiotik lain yang lebih efektif)

Nama Antibiotik	Kategori Gyssens	(Lolos atau Tidak Lolos Per-Kategori)
		Assessment: Ceftriaxone merupakan antibiotik pengobatan utama untuk demam tifoid dirumah sakit batara guru yang digunakan melalui jalur intravena berdasarkan panduan praktik klinik (PPK,2016) sehingga tidak terdapat antibiotik lain yang lebih efektif.
	IVB	Lolos kategori IVA (tidak terdapat antibiotik lain dengan efek toksik lebih aman). Assesment: Tidak ada interaksi antara ceftriaxone dengan obat lain yang dikonsumsi oleh pasien, sehingga tidak ada antibiotik lain yang kurang toksik.
	IVC	Lolos kategori IVC (tidak terdapat antibiotik yang lebih murah). Assessment: Ceftriaxone merupakan antibiotik generik yang harganya lebih murah dibandingkan brand name lainnya dan ceftriaxone masuk di dalam formularium nasional.
	IVD	Lolos Kategori IVD (tidak ada pilihan antibiotik lain dengan spektrum lebih sempit). Assessment: Ceftriaxone merupakan antibiotik pengobatan utama yang direkomendasikan oleh panduan praktik klinik anak tahun 2016 sebagai acuan utama di rumah sakit batara guru untuk tatalaksana kasus demam tifoid rawat inap.
	IIIA	Lolos kategori IIIA (pemberian antibiotik tidak terlalu lama) Assessment: Lama pemberian ceftriaxone selama 5 hari sesuai dengan Panduan praktik klinik (PPK,

Nama Antibiotik	Kategori Gyssens	(Lolos atau Tidak Lolos Per-Kategori)
		2016) dan kebutuhan klinis pasien tidak melebihi durasi terapi yang diperlukan.
	IIIB	Lolos kategori IIIB (pemberian antibiotik tidak terlalu singkat) Assessment: Terapi antibiotik diberikan dalam durasi yang memadai sehingga tidak tergolong terlalu singkat.
	IIA	Lolos kategori IIA (pemberian antibiotik tepat dosis) Assessment: Dosis ceftriaxone yang dianjurkan adalah 80mg/kgbb/hari dalam dosis terbagi tiap 24 jam. Dosis yang diberikan pada pasien adalah $17\text{kg} \times 80\text{mg}$. Perhitungan Dosis $17\text{kg} \times 80\text{mg} = 1.360\text{mg}$ dibulatkan menjadi 1200mg/kgbb/hari. Dosis Maksimum 2000mg. Dosis yang diberikan sudah sesuai dengan literatur yang digunakan oleh pihak rumah sakit yaitu panduan praktik klinik anak 2016.
	IIB	Lolos kategori IIB (interval pemberian antibiotik tepat) Assessment: Penggunaan antibiotik yang digunakan pasien sudah tepat yaitu setiap 24 jam (PPK,2016).
	IIC	Lolos kategori IIC (penggunaan antibiotik tepat rute pemberian) Assessment: Rute pemberian antibiotik sudah tepat yaitu melalui jalur intravena (IV).
	I	Lolos kategori I (penggunaan antibiotik tepat waktu pemberian)

Nama Antibiotik	Kategori Gyssens	(Lolos atau Tidak Lolos Per-Kategori)
		Assessment: Interval pemberian antibiotik dianjurkan setiap 24 jam dan pemberian pertama 10:49 besoknya 10:32
	0	Lolos kategori 0 Assessment: Pemberian antibiotik ceftriaxone dinilai tepat karena lolos pada semua kategori Gyssens.
Kesimpulan		Penggunaan antibiotik tepat (Kategori 0)

No RM: 163256
 Jam Administrasi: 08:50:37
 Tanggal Administrasi: 24/11/2025
 Tanggal Keluar: 30/11/2025

Pasien AN: MA; Laki-Laki: Umur; 12 tahun; BB: 26kg; Suhu: 39°C Keluhan Utama Riwayat Penyakit: Demam dan batuk 1 minggu yang lalu, batuk berdahak, mual muntah; Riwayat Alergi Obat: Tidak ada. Diagnosa Utama: Demam Tifoid dan Pneumonia.

Hasil Laboratorium Tubex 4 dengan nilai rujukan <2.

Dosis $26\text{kg} \times 80\text{mg} = 2.080\text{mg}$ dicukupkan 2gr/kgbb/hari

Dosis Maksimum 2.000mg

Tanggal dan Jam	Obat Antibiotik	Jumlah	Aturan Pakai
24/11/2025 11.47	Ceftriaxone Inj 1gr	2 vial	2gr/24jam/IV
25/11/2025 11.56	Ceftriaxone Inj 1gr	2 vial	2gr/24jam/IV
25/11/2025 13.56	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12jam/IV
25/11/2025 01.30	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12jam/IV
26/11/2025 11.23	Ceftriaxone Inj 1gr	2 vial	2gr/24jam/IV
26/11/2025 11.09	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12jam/IV
26/11/2025 23.09	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12jam/IV
27/11/2025 11.23	Ceftriaxone Inj 1gr	2 vial	2gr/24jam/IV
27/11/2025 11.38	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12jam/IV
27/11/2025 23.20	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12jam/IV
28/11/2025 11.16	Ceftriaxone Inj 1gr	2 vial	2gr/24jam/IV
28/11/2025 11.40	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12Jam/IV
28/11/2025 23.12	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12Jam/IV
29/11/2025 11.20	Ceftriaxone Inj 1 gr	2 vial	2gr/24jam/IV
29/11/2025 11.25	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12Jam/IV
29/11/2025 23.19	Gentamicin Inj 80mg/2ml	2 ampul	50mg/12Jam/IV

Hasil Kategori Gyssens

Nama Antibiotik	Kategori Gyssens	(Lolos atau Tidak Lolos Per-Kategori)
Ceftriaxone	VI	Lolos kategori VI (data rekam medik pasien lengkap) Assessment: Data rekam medik pasien lengkap
	V	Lolos kategori V (ada indikasi penggunaan antibiotik) Assessment: Pasien terdiagnosa demam tifoid sehingga memerlukan terapi antibiotik.
	IVA	Lolos kategori IVA (tidak terdapat antibiotik lain yang lebih efektif) Assessment: Ceftriaxone merupakan antibiotik pengobatan utama untuk demam tifoid dirumah sakit batara guru yang digunakan melalui jalur intravena berdasarkan panduan praktik klinik (PPK,2016) sehingga tidak terdapat antibiotik lain yang lebih efektif.
	IVB	Lolos kategori IVA (tidak terdapat antibiotik lain dengan efek toksik lebih aman). Assesment: Tidak ada interaksi antara ceftriaxone dengan obat lain yang dikonsumsi oleh pasien, sehingga tidak ada antibiotik lain yang kurang toksik
	IVC	Lolos kategori IVC (tidak terdapat antibiotik yang lebih murah). Assessment: Ceftriaxone merupakan antibiotik generik yang harganya lebih murah dibandingkan brand name lainnya dan ceftriaxone masuk di dalam formularium nasional.
	IVD	Lolos Kategori IVD (tidak ada pilihan antibiotik lain dengan spektrum lebih sempit).

Nama Antibiotik	Kategori Gyssens	(Lolos atau Tidak Lolos Per-Kategori)
		Assessment: Ceftriaxone merupakan antibiotik pengobatan utama yang direkomendasikan oleh panduan praktik klinik anak tahun 2016 sebagai acuan utama di rumah sakit batara guru untuk tatalaksan kasus demam tifoid rawat inap.
	IIIA	Tidak lolos kategori IIIA (pemberian antibiotik terlalu lama) Assessment: Lama pemberian ceftriaxone diberikan selama 6 hari tidak sesuai dengan Panduan praktik klinik (PPK, 2016).
Kesimpulan		Penggunaan antibiotik terlalu lama (IIIA)
Gentamicin	VI	Lolos kategori VI (data rekam medik pasien lengkap) Assessment: Data rekam medik pasien lengkap
	V	Tidak lolos kategori V: (Tidak ada indikasi penggunaan antibiotik) Assessment: Pasien tidak terdiagnosa demam tifoid sehingga tidak lolos dikategori V)
Kesimpulan		Penggunaan antibiotik tidak ada inidkasi penggunaan antibiotik (V)

Lampiran 7. Hasil Olah Data

BERDASARKAN JENIS KELAMIN		
JENIS KELAMIN	JUMLAH	PERSENTASE (%)
Laki-laki	3	60
Perempuan	2	40
Total	5	100

BERDASARKAN USIA		
KELOMPOK USIA	JUMLAH	PERSENTASE (%)
(0-5 tahun)	0	0
(6-10 tahun)	4	80
(11-15 tahun)	1	20
Total	5	100

JENIS DAN GOLONGAN			
Jenis Antibiotik	Golongan	Jumlah	PERSENTASE (%)
ceftriaxone Inj 1gr	Ceftriaxone Gen-3	5	10,64
Gentamicin Inj 80mg/2ml	Aminoglikosida	1	10,00

Karakteristik Length of Stay (LOS)		
Lama Rawa Inap	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1-3 hari	1	20
4-6 hari	4	80
7 hari	0	0
Total	5	100

KATEGORI	Jumlah berdasarkan kriteria	Persentase
Kategori 0 = Penggunaan antibiotik tepat/bijak	2	33,33%
Kategori 1 = Penggunaan antibiotik tidak tepat waktu	0	0,00%
Kategori IIA = Penggunaan antibiotik tidak tepat dosis	0	0,00%
Kategori IIB = Penggunaan antibiotik tidak tepat interval pemberian	0	0,00%
Kategori IIC = Penggunaan antibiotik tidak tepat cara/rute pemberian	0	0,00%
Kategori IIIA = Penggunaan antibiotik terlalu lama	1	16,67%
Kategori IIIB = Penggunaan antibiotik terlalu singkat	2	33,33%
Kategori IVA = Ada antibiotik lain yang lebih efektif	0	0,00%
Kategori IVB = Ada antibiotik yang kurang toksik/lebih aman	0	0,00%
Kategori IVC = Ada antibiotik yang lebih murah	0	0,00%
Kategori IVD = Ada antibiotik lain yang spektrumnya lebih sempit	0	0,00%
Kategori V = Tidak ada Indikasi penggunaan antibiotik	1	16,67%
Kategori VI = Data rekam medik tidak dapat dievaluasi	0	0,00%
Jumlah	6	100,00%

Lampiran 8. Biodata Penulis**BIODATA PENULIS****A. Data Pribadi**

1. Nama Lengkap : Nur Suciati
2. Tempat Tanggal Lahir : Salu Paremang, 04 Agustus 2004
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Alamat : Desa Salu Paremang, Kec. Kamanre, Kab. Luwu.
6. Pekerjaan : Pelajar (Mahasiswa)
7. E-mail : nursuciati05972@gmail.com
8. Kontak Pribadi : 082348043***

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 535 Jembatan Karung (2010-2016)
2. SMPN 2 Belopa (2016-2019)
3. SMAN 7 Luwu (2019-2022)
4. Universitas Muhammadiyah Palopo (2022-2026)

Palopo, 10 Juni 2026

Nur Suciati