

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden

**Lembar Permohonan Menjadi Responden**

Kepada Yth. Saudara/i

di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: Nasta Navisha Azzahra

Instansi: Fakultas Farmasi Sains dan Teknologi, Universitas Al-Irsyad Cilacap

NIM: 107122022

No. Hp: 087722375414

Bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Satelit Jantung Paru Center RSUD Cilacap”. Semua informasi yang diberikan oleh responden akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Apabila saudara/i berkenan, maka saya meminta kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan.

Atas perhatian dan kesediaannya sebagai responden dalam penelitian ini, saya ucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,



(Nasta Navisha Azzahra)

## Lampiran 2. Surat Persetujuan (*Informed Consent*)

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)**  
**PENGAMBILAN DATA SEBAGAI SUBJEK PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

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

Jenis Kelamin: \_\_\_\_\_

Usia: \_\_\_\_\_

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

No. Hp: \_\_\_\_\_

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian tentang "Gambaran Kepuasan Terhadap Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Satelit Jantung Paru Center RSUD Cilacap". Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya menyadari bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini dilakukan secara sukarela atau tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya juga berkenan jika peneliti menggunakan data yang saya berikan untuk kepentingan dan tujuan penelitian. Saya bersedia memberikan informasi secara jujur dan apa adanya, serta telah memahami manfaat dan risiko dari penelitian ini sebagaimana telah dijelaskan oleh peneliti.

Cilacap, 7 - 2 - 2025

Responden  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Lampiran 3. Kuesioner Kepuasan

#### Gambaran Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Satelit Jantung Paru RSUD Cilacap

Responden penelitian ini adalah pasien yang mendapatkan pelayanan kefarmasian di instalasi farmasi satelit jantung paru center RSUD Cilacap yang bersedia menjadi sampel dan belum pernah mengisi kuesioner ini sebelumnya :

Mohon diisi data diri anda:

Hari: ..... Tanggal: .....

Nomor Responden: .....

Nama: .....

Alamat: .....

#### I. Karakteristik Responden

Berilah tanda centang (✓) pada pilihan yang sesuai dari isian di bawah ini:

1. Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

2. Usia:

☐ Remaja: Usia 18 – 25 tahun

☐ Dewasa: Usia 26 – 45 tahun

☐ Lansia: Usia 46 – 65 tahun

3. Jumlah kunjungan:

☐ 1 kali kunjungan

☐ > 1 kali kunjungan

4. Pendidikan terakhir:

☐ Tamat SD

☐ Tamat S1

☐ Tamat SMP

☐ Tamat S2/S3

☐ Tamat SMA

☐ Tidak bersekolah

☐ Tamat Diploma

5. Pekerjaan:

☐ Buruh

☐ Wiraswasta

☐ TNI/POLRI

☐ Pegawai Negeri Sipil (PNS)

☐ Pelajar/Mahasiswa

☐ Pegawai Swasta

☐ Ibu Rumah Tangga Lain-lain

6. Pendapatan/bulan:

☐ 0 (Belum berpenghasilan)

☐ < 1.000.000 1.000.000 – 3.000.000

☐ 3.000.000 – 5.000.000 > 5.000.000

7. Penyakit (Diagnosa Dokter): .....

8. Apakah ada saran untuk peningkatan mutu pelayanan kefarmasian di instalasi farmasi satelit jantung paru, jika ada mohon dituliskan .....

## II. Pertanyaan

Berikan tanda centang (✓) untuk setiap pertanyaan di bawah ini sesuai penilaian bapak/ibu/sdr terhadap pelayanan kefarmasian di Instalasi farmasi satelit jantung paru ini pada kolom.

\*Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai Apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker (Kemenkes, 2016)

NO	Pertanyaan	Tanggapan		Responden	
		Sangat puas	Puas	Tidak Puas	Sangat Tidak Puas
Kehandalan ( <i>reliability</i> )					
1	Apoteker memberikan pelayanan obat sesuai dengan standar waktu pelayanan selama 15- 60 menit				
2	Apoteker memberikan informasi tentang obat secara lengkap meliputi dosis, aturan pakai dan cara penyimpanan				
3	Apoteker memberikan informasi obat dengan bahasa yang mudah dimengerti				
4	Apoteker memberikan obat sesuai dengan resep dokter				
5	Apoteker memiliki pengetahuan yang luas dalam menjawab pertanyaan pasien				
6	Apoteker memberikan jumlah obat sesuai dengan resep dokter				
Ketanggapan ( <i>responsiveness</i> )					
7	Apoteker tanggap saat melayani pasien				
8	Apoteker mampu memberikan penyelesaian terhadap masalah yang dihadapi pasien				
9	Apoteker segera menyiapkan obat ketika menerima resep dari pasien				

<b>Jaminan (<i>assurance</i>)</b>					
10	Apoteker membuat pasien merasa aman dan nyaman				
11	Apoteker memberikan informasi yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan				
12	Obat yang diberikan oleh Apoteker lengkap dan pelabelan mudah dimengerti				
13	Apoteker memberikan obat dengan kemasan baik dan terjamin kualitasnya				
<b>Kepedulian/Perhatian (<i>empathy</i>)</b>					
14	Apoteker memberikan perhatian yang sama kepada pasien tanpa memandang status sosial				
15	Apoteker memahami kebutuhan obat untuk pasien				
16	Apoteker mendahulukan kepentingan pasien saat memberikan pelayanan				
17	Apoteker bersikap ramah dan sopan				
<b>Sarana fisik (<i>tangible</i>)</b>					
18	Apoteker berpenampilan bersih dan rapi				
19	Ruangan tunggu Rumah Sakit bersih dan nyaman				
20	Tempat pengambilan obat yang layak dan nyaman				
21	Apoteker menggunakan tanda pengenal yang jelas				
22	Prosedur pelayanan resep terpampang jelas di instalasi farmasi Rumah Sakit				

Keterangan:


Sangat puas = nilai 4

Puas = nilai 3

Tidak puas = nilai 2

Sangat tidak puas = nilai 1

## Lampiran 4. Surat Permohonan Survey Pendahuluan



**UNAIC**  
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

**FAKULTAS  
FARMASI, SAINS & TEKNOLOGI**

Jl. Cermee No.24 Cilacap 53223  
Telp. (0282) 532975  
humas@universitasalirsyad.ac.id  
www.universitasalirsyad.ac.id

Cilacap, 12 September 2024

Nomor : 3445 /280.2/03.3.2.1  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Survey Pendahuluan

Kepada Yth.  
Direktur RSUD Cilacap  
di  
CILACAP

**Assalaamu'alaikum Wr. Wb.**


Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Program Studi Farmasi Program Diploma Tiga, Fakultas Farmasi, Sains dan Teknologi, Universitas Al-Irsyad Cilacap (UNAIC) yaitu:

1. Nama : NASTA NAVISHA AZZAHRA  
NIM : 1071 22 022  
Judul KTI : "Evaluasi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian di Instalasi Jantung Paru Center (RSUD Cilacap)".
2. Nama : CINDY JUNIATA  
NIM : 1071 22 005  
Judul KTI : "Gambaran Karakteristik Pasien HIV /AIDS yang Mendapat Antiretroviral Therapy (Arv) di RSUD Cilacap".
3. Nama : LUHFITA CITRA TIAS PUTRI  
NIM : 1071 22 027  
Judul KTI : "Gambaran Penggunaan Obat Analgesik Pada Pasien Poli Syaraf di RSUD Cilacap".
4. Nama : AZELIA KHUROTA AIN  
NIM : 1071 22 024  
Judul KTI : "Analisis Gaya Hidup dan Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Mellitus di Depo Rawat Jalan RSUD Cilacap".

Maka dengan ini kami mohon ijin agar para mahasiswa tersebut dapat melakukan Survey Pendahuluan di RSUD Cilacap.

Demikian permohonan kami, atas perhatian serta kerja sama yang baik kami sampaikan terima kasih.

**Wassalaamu'alaikum Wr. Wb.**




Dekan,  
apt. Miki Tri Kumala Swandari, M.Sc.  
NP. 10310 07 614

**Tembusan:**


1. Ka. Diklat RSUD Cilacap
2. Ka. Bid. Pelayanan Penunjang Medis
3. Peringgal

### Lampiran 5. Surat keterangan Persetujuan Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN CILACAP**  
**DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK**  
**DAN KELUARGA BERENCANA**  
**RSUD CILACAP**

Jalan Jenderal Gatot Subroto No. 28 Telepon. (0282) 533010, (0282) 535233  
 Laman: <https://www.rsud.cilapkab.go.id> Pos-el: bludrsudcilacap@gmail.com



**RSUD CILACAP**  
 Kode Pos 53223

---

**SURAT KETERANGAN**  
 Nomor : 400.7.22.1/22033/64

1. Yang bertanda tangan dibawah ini :

a. Nama : dr. Moch. Ichlas Riyanto, MM

b. Jabatan : Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap

Menindaklanjuti Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dari Universitas Al-Irsyad Cilacap Nomor: 3445/280.2/03.3.2.1 Tanggal : 12 September 2024 sebagai berikut:

Nama : Nasta Navisha Azzahra

NIM : 1071 22 022

Program Studi : D3 Farmasi

Fakultas Farmasi, Sains dan Teknologi

Asal Institusi : Universitas Al-Irsyad Cilacap


Pendidikan

Judul Penelitian : Evaluasi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan / Survei Kefarmasian di Instalasi Jantung Paru Center RSUD Cilacap

2. Kami menyetujui Program Penelitian Mahasiswa diatas dengan ketentuan sebagai berikut:

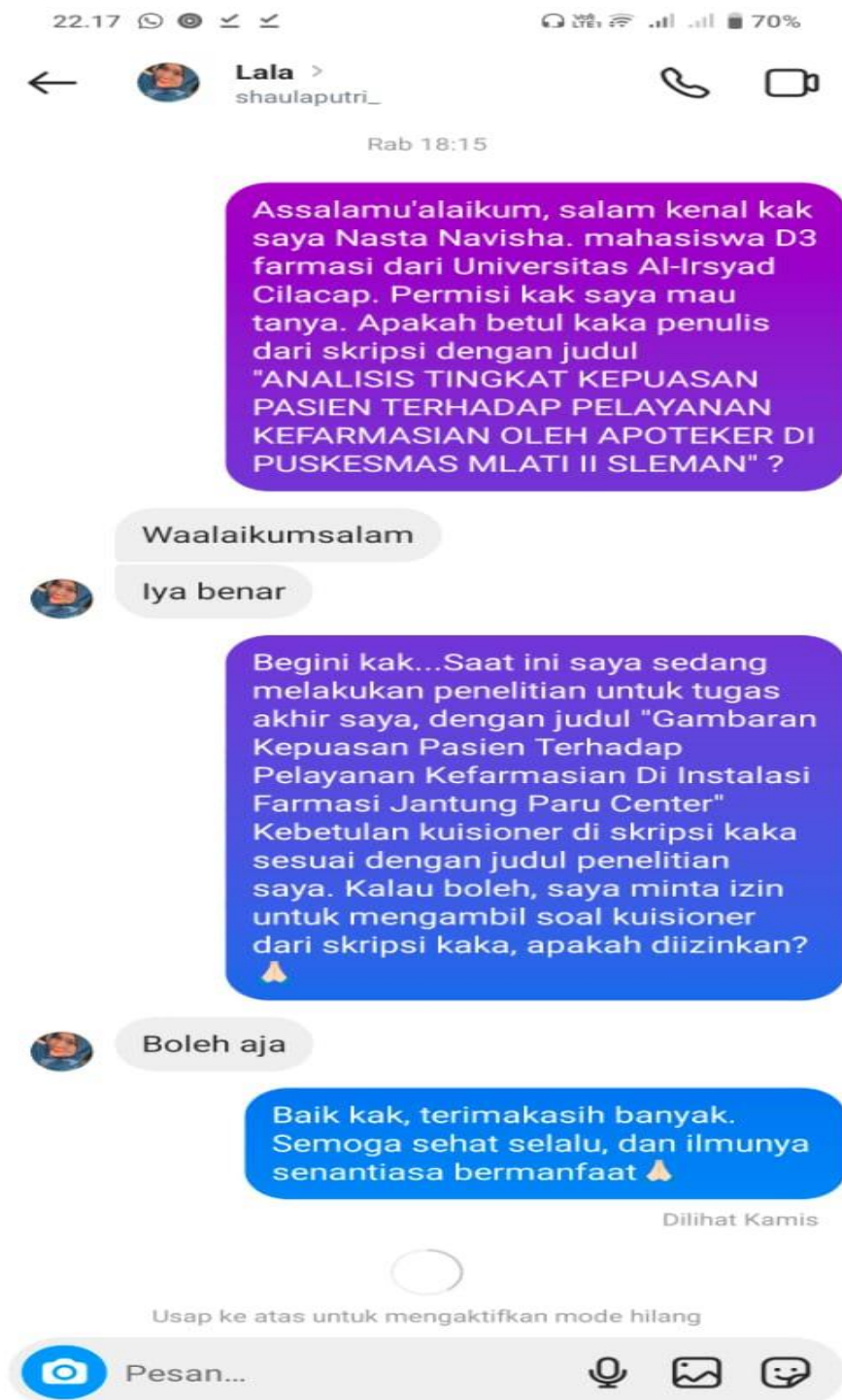
- Mengikuti tata tertib yang berlaku
- Tidak mengganggu pelayanan

3. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.





Cilacap, 12 September 2024  
 DIREKTUR RSUD CILACAP

**dr. MOCH. ICHLAS RIYANTO, MM**  
 Pembina Utama Muda  
 NIP. 19680102 200212 1 007

**Lampiran 6. Izin dengan penulis untuk menggunakan kuisisionernya**



## Lampiran 7. Surat Izin Etik Penelitian

	<b>UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PURWOKERTO</b> <b>KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN</b>		Kampus Ahmad Dahlan Jl. K.H. Ahmad Dahlan P.O. Box 202 Purwokerto 53182 Telp. 0281- 636751, 630463 Fax. 0281- 637239
			Kampus Soepardjo Roestam Jl. Letjen Soepardjo Roestam P.O. Box 229 Purwokerto 53181 Telp. 0281- 6844252, 6844253 Fax. 0281- 6844253
	<b>IZIN ETIK PENELITIAN</b>		

Nomor Registrasi: KEPK/UMP/28/III/2025

Judul Penelitian	: GAMBARAN KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN KEFARMASIAN DI INSTALASI FARMASI SATELIT JANTUNG PARU CENTER RSUD CILACAP
Dokumen Penerimaan	: 1. Study Protocol 2. Informasi Subyek 3. Informed Consent
Peneliti Utama	: NASTA NAVISHA AZZAHRA
Pembimbing/ Supervisor	: 1. apt. Mika Tri Kumala S., M. Sc 2. Tri Kusuma Wardani., M. Farm
Tanggal Penerimaan	: 5 Maret 2025
Lokasi Penelitian	: INSTALASI FARMASI SATELIT JANTUNG PARU CENTER RSUD CILACAP

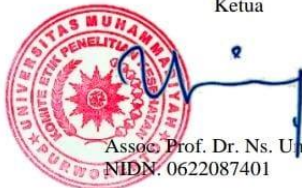
Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) telah memeriksa rancangan penelitian terkait berdasarkan prinsip-prinsip *ethical research*, oleh karena itu dapat diakui kebenarannya.

Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) berhak melakukan monitoring terhadap aktifitas penelitian kapan saja diperlukan.


Keputusan investigasi:

☒ Final Complete

Ketua



Assoc. Prof. Dr. Ns. Umi Solikhah  
NIDN. 0622087401



[www.ump.ac.id](http://www.ump.ac.id)

### Lampiran 8. Dokumentasi kegiatan





