

## **LAMPIRAN**

▪ **Lampiran 1**

## **Kuisisioner**

### **Tema Penelitian**

#### **\* Pengembangan Strategi Dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien Melalui Pentingnya Sistem Distribusi Yang Baik Dan Pemberian Informasi Obat Yang Benar \***

Kuisisioner ini digunakan untuk mengumpulkan data penelitian sesuai dengan tema tersebut diatas dan hasil penelitian ini tidak akan mempengaruhi reputasi Bapak/Ibu, Saudara/Saudari di masyarakat.

#### **I. Karakteristik Responden**

Nama :  
Umur :  
Jenis Kelamin :  
Pekerjaan : buruh ☐ wirausaha ☐ wiraswasta ☐  
Pns ☐ pensiunan ☐ IRT ☐ Lainnya.....

#### **Sudah berapa lama berlangganan di Apotek Hosana**

< 3 bulan ☐  
3 - 6 bulan ☐  
6 – 12 bulan ☐  
1 - 2 tahun ☐  
> 2 tahun ☐

#### **Sudah berapa kali berkunjung ke Apotek Hosana dalam 3 bulan terakhir ini**

1 kali ☐  
3 kali ☐  
3 – 5 kali ☐  
> 5 kali ☐

#### **Transportasi menuju Apotek Hosana**

Kendaraan pribadi ☐ , Kendaraan umum ☐ , Jalan kaki ☐

#### **II. Dalam mendapatkan obat dari Apotek Hosana, pelayanan mana yang lebih anda sukai ( pilih salah satu antara a atau b )**

a. Petugas Farmasi mengantarkan obat ke rumah anda (Delivery) ☐  
Jika ya, Sebutkan pendapat anda.....

b. Anda lebih senang mengunjungi Apotek secara langsung (Non-Delivery) ☐  
Jika ya, sebutkan pendapat anda.....

#### **III. Ketika anda memilih Delivery / Non-Delivery, apa yang anda dapatkan dari Apotek Hosana**

a. Apakah anda menerima informasi obat dari petugas ?

Ya ☐ tidak ☐

b. informasi obat apakah yang anda terima ? (boleh diisi lebih dari satu)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| + Nama obat                                | <input type="checkbox"/> |
| + Jumlah obat                              | <input type="checkbox"/> |
| + Bentuk sediaan                           | <input type="checkbox"/> |
| + Dosis obat                               | <input type="checkbox"/> |
| + Aturan pakai obat                        | <input type="checkbox"/> |
| + Waktu pemakaian obat                     | <input type="checkbox"/> |
| + Cara menggunakan obat                    | <input type="checkbox"/> |
| + Perhatian khusus                         | <input type="checkbox"/> |
| + Cara simpan obat                         | <input type="checkbox"/> |
| + Efek samping obat                        | <input type="checkbox"/> |
| + Makanan yang perlu dikonsumsi/dihindari  | <input type="checkbox"/> |
| + Aktivitas yang perlu dilakukan/dihindari | <input type="checkbox"/> |

**Semoga kuisisioner ini akan menjadi jalan untuk Apotek Hosanna dalam berbenah diri, supaya terciptanya kepuasan pelayanan farmasi dan tarap kesehatan yang optimal untuk masyarakat**

**Terimakasih ☺**

## Lampiran 2

### Surat Keterangan Izin Melakukan Penelitian

#### APOTEK HOSANNA

Apoteker : Dini Apriantini S.Si., Apt  
SIPA : 19800401 / Sipa\_32.73/2018/2277  
Jl. AH.Nasution 301 Sindanglaya Ujung Berung-Bandung TELP : (022) 7802450

---

#### SURAT KETERANGAN

Bandung, Juni 2020

Perihal : Surat Pernyataan

Yth.Kepala Prodi D3  
Universitas Bhakti Kencana  
Di tempat

Dengan Hormat,

Saya Dini Apriantini S.Si., Apt selaku Apoteker Penanggung Jawab di Apotek Hosanna, menerangkan bahwa :

Nama : Triany Ayunanda Meidina

Alamat : Kp. Condong Rt 06 / Rw 09 Ds Wargauyu Kec. Arjasari Kab. Bandung

Nama tersebut diatas pernah bekerja di Apotek Hosanna Jl. AH.Nasution 301 Sindanglaya Ujung Berung-Bandung sejak Juni 2018 sampai dengan Januari 2020, dan kami mengizinkan untuk pengambilan data Apotek secara daring untuk kepentingan KaryaTulis Ilmiah (KTI).

Demikian surat keterangan ini saya buat dengan sebenarnya, agar dipergunakan dengan sebaik-baiknya.

APOTEKER PENANGGUNG JAWAB



Dini Apriantini S.Si., Apt