

Lampiran 1 : Surat Permohonan Ijin Penelitian

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN RS dr.SOEPRAOEN

Malang, Februari 2022

Nomor : B/ 0050 / II / 2022
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin
Penelitian

Kepada

Yth. Direktur Rs Panti Nirmala Malang
di

Tempat

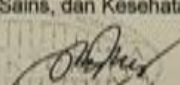
1. Dasar :

- a. Kurikulum Nasional DIII Farmasi Tahun 2014 tentang Penyusunan KTI dan UAP; dan
- b. Kalender Akademik Program Studi Farmasi Institut Teknologi, Sains Dan Kesehatan RS dr. Soepraoen TA. 2021/2022 tentang jadwal penyusunan KTI dan UAP.




2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini diajukan permohonan ijin pengambilan data penelitian untuk mahasiswa Program Studi Farmasi Institut Teknologi, Sains Dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang TA. 2021/2022 a.n Joeniarti NIM. 194085 dengan judul "Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Selama Pandemi Covid 19 di rumah Sakit Panti Nirmala Malang".

3. Demikian mohon dimaklumi.

Rektor
Institut Teknologi, Sains, dan Kesehatan RS dr. Soepraoen


Arief Efendi, SMPH, SH(Adv), S. Kep., Ners., M.M., M.Kes
NIDK 8807901019

Lampiran 2 : Surat Pemberian Ijin Penelitian

	<p>YAYASAN RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA TERAKREDITASI PARIPURNA SNARS EDISI 1 Nomor : KARS-SERT / 205 / XII / 2018 Jl. Kebalen Wetan No. 2 - 8 Malang 65134 Telp. (0341) 362459, 331100 Fax. (0341) 327930 E-mail : rspnmlg@yahoo.com</p>									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Nomor</td> <td>: 0056 /070/RSPN/II/2022</td> </tr> <tr> <td>Lampiran</td> <td>: -</td> </tr> <tr> <td>Perihal</td> <td>: <u>Jawaban Izin Penelitian</u></td> </tr> </table>			Nomor	: 0056 /070/RSPN/II/2022	Lampiran	: -	Perihal	: <u>Jawaban Izin Penelitian</u>		
Nomor	: 0056 /070/RSPN/II/2022									
Lampiran	: -									
Perihal	: <u>Jawaban Izin Penelitian</u>									
<p>Kepada Yth. Rektor ITS-K RS dr. Soepraoen Di tempat</p> <p>Dengan hormat,</p> <p>Menindaklanjuti surat Saudara No. B/0050/II/2022 yang kami terima pada tanggal 10 Februari 2022 perihal Permohonan Ijin Penelitian di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang, atas nama mahasiswa sebagai berikut:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Nama</td> <td>: Joeniarti</td> </tr> <tr> <td>NIM</td> <td>: 194085</td> </tr> <tr> <td>Program Studi</td> <td>: Farmasi</td> </tr> <tr> <td>Judul Penelitian:</td> <td>Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe II Selama Pandemi COVID-19 di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang</td> </tr> </table> <p>Maka pada prinsipnya kami dapat mengabulkan permohonan Saudara.</p> <p>Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.</p> <p>Malang, 07 Maret 2022 RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA</p> <div style="text-align: center;">  <u>dr. Cecilia Widijati Imam, MMRS.</u> Direktur Utama </div>			Nama	: Joeniarti	NIM	: 194085	Program Studi	: Farmasi	Judul Penelitian:	Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe II Selama Pandemi COVID-19 di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang
Nama	: Joeniarti									
NIM	: 194085									
Program Studi	: Farmasi									
Judul Penelitian:	Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe II Selama Pandemi COVID-19 di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang									






Lampiran 3 : Daftar Absen Bimbingan

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI

PROGRAM STUDI DIPLOMA III FARMASI INSTITUT TEKNOLOGI
SAINS DAN KESEHATAN RS dr. SOPRAOEN MALANG

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI MAHASISWA

Nama Mahasiswa : Joeniarti
NIM : 194085
Nama Pembimbing 1 : Apt. Rakhmadani Gadis, M.Farm
Nama Pembimbing 2 : Apt. Beta Herilla Sekti, M.Farm
Judul KTI :




No.	Hari/Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 26-10-2021	Menentukan judul proposal		
2.	Kamis, 11-11-2021	Mengumpulkan revisi proposal		
3.	Rabu, 01-12-2021	Revisi proposal		
4.	Senin, 13-12-2021	Mengambil revisi proposal		
5.	Senin, 11-04-2022	Pengadaan data dan pembahasan		

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III FARMASI INSTITUT TEKNOLOGI
SAINS DAN KESEHATAN RS dr. SOPRAOEN MALANG**

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI MAHASISWA

Nama Mahasiswa : Joeniarti
 NIM : 194085
 Nama Pembimbing 1 : Apt. Rakhmadani Gadis, M.Farm
 Nama Pembimbing 2 : Apt. Beta Herilla Sekti, M.Farm
 Judul KTI :

No.	Hari/Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Paraf Pembimbing
6.	Rabu, 18-05-2022	Bimbingan Revisi Pengelahan Keter dan Pembahasan		
7.	Rabu, 18-05-2022	Rtd persetujuan KTI		
8.				
9.				
10.				

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III FARMASI INSTITUT TEKNOLOGI
SAINS DAN KESEHATAN RS dr. SOPRAOEN MALANG**

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI MAHASISWA

Nama Mahasiswa : Joeniarti
 NIM : 194085
 Nama Pembimbing 1 : Apt.Rakhmadani Gadis, M.Farm
 Nama Pembimbing 2 : Apt. Beta Herilla Sekti, M.Farm
 Judul KTI :

No.	Hari/Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Senin/25-10-2021	Menentukan jadwal bimbingan melalui zoom		f.
2.	Selasa, 26-10-2021	Menentukan judul proposal KTI		f.
3.	Rabu, 03-11-2021	Mengumpulkan proposal KTI		f.
4.	Kamis. 16-12-2021	Ttd proposal		f.
5.	Rabu, 30-03-2022	Pengolahan data dan Pembahasan		f.

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III FARMASI INSTITUT TEKNOLOGI
SAINS DAN KESEHATAN RS dr. SOPRAOEN MALANG**

LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN KTI MAHASISWA

Nama Mahasiswa : Joeniarti
 NIM : 194085
 Nama Pembimbing 1 : Apt. Rakhmadani Gadis, M. Farm
 Nama Pembimbing 2 : Apt. Beta Herilla Sekti, M. Farm
 Judul KTI :

No.	Hari/Tanggal	Topik Bimbingan	Saran	Paraf Pembimbing
6.	Senin, 11 April 2022	Revisi Pengolahan Data dan Pembahasan		f.
7.				
8.				
9.				
10.				

Lampiran 4 : *Informed Consent Form* (Surat PersetujuanPartisipasi)***INFORMED CONSENT FORM***
(SURAT PERSETUJUAN PARTISIPASI)

Bapak/Ibu yang terhormat, bersama dengan ini saya memohon partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian mengenai Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe II Selama Pandemi COVID-19 di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang. Apabila Bapak/Ibu setuju untuk berpartisipasi, Bapak/Ibu akan kami persilahkan untuk mengisi kuisisioner pada saat menjalani rawat jalan di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang.

Pengamatan ini dilakukan sebisa mungkin tidak mengganggu kenyamananBapak/Ibu selama di rumah dan ketika di rumah sakit (rawat jalan), serta kerahasiaan mengenai semua data yang diambil selama melakukan penelitian akan dijamin oleh peneliti tidak akan mengganggu privasi Bapak/Ibu. Bapak/Ibu berhak untuk sewaktu-waktu menghentikan partisipasi dalam penelitian ini, dengan memberitahukan sebelumnya kepada peneliti.

Sebelum penelitian dimulai, Bapak/Ibu akan diberi penjelasan secara lengkap mengenai: latar belakang, tujuan, garis besar, manfaat penelitian serta penjelasan singkat mengenai Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe II Selama Pandemi COVID-19 di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang, dan apabila Bapak/Ibu telah memahami dan menyetujuinya,

Bapak/Ibu diminta mengisi lembar pernyataan persetujuan (*informed consent*).

Jika Bapak/Ibu mempunyai pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian ini dapat menelepon saya di nomor **081555629434** atau menghubungi saya di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Panti Nirmala Malang

Terimakasih atas kesediaan dan kerjasama Bapak/Ibu untuk mendukung penelitian ini, sehingga dapat terlaksana dengan baik.

Peneliti,

(Joeniarti)

Informed Consent Form
(Surat Persetujuan Partisipasi)

Saya yang bertanda dibawah ini :

Nama lengkap :

Alamat :

.....

Nomor Telepon :

Telah membaca dan mendapat keterangan yang lengkap dan jelas tentang penelitian dengan judul “TINGKAT KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II SELAMA PANDEMI COVID-19 DI RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA MALANG” serta mengerti tentang informasi di atas, dan saya dengan sukarela setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan sanggup untuk mematuhi semua peraturan yang berlaku bagi partisipan. Saya memahami bahwa saya berhak tidak melanjutkan partisipasi dalam penelitian ini, dengan memberitahukan sebelumnya kepada fasilitator penelitian.

Malang,.....2022

Peneliti

Saksi

Tandatangan partisipan

(Joeniarti)

(.....)

(.....)

Lampiran 5. Lembar Isian Data Demografi Responden**DATA DEMOGRAFI RESPONDEN**

No. Responden : _____

A. Data umum :

1. Nama : _____
2. Tempat, tanggal lahir: _____
3. Umur : _____ Tahun
4. Jenis kelamin : _____
5. Alamat : _____
6. Nomor Hp : _____
7. Pendidikan terakhir :
 - a. Tidak tamat SD/Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SLTP
 - d. SLTA
 - e. Akademi/PT
8. Pekerjaan :
 - a. Pensiunan/Tidak Bekerja
 - b. PNS/TNI/POLRI
 - c. Wiraswasta/Pedagang
 - d. Pegawai Swasta
 - e. Ibu Rumah Tangga (IRT)
 - f. Lain-lain : _____

Waktu terakhir periksa ke dokter :

Lampiran 6 : Lembar Isian Kuesioner MMAS-8

LEMBAR KUESIONER MMAS-8

yang telah diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda terkadang lupa minum obat untuk penyakit diabetes anda?		
2.	Pikirkan selama 2 minggu terakhir, apakah ada hari dimana anda tidak meminum obat diabetes anda?		
3.	Pernahkan anda mengurangi atau berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter anda karena anda merasa kondisi anda bertambah parah ketika meminum obat tersebut ?		
4.	Ketika anda pergi berpergian atau meninggalkan rumah, apakah anda kadang-kadang lupa membawa obat anda?		
5.	Apakah kemarin anda minum obat diabetes?		
6.	Ketika anda merasa sehat, apakah anda juga kadang berhenti meminum obat diabetes ?		
7.	Apakah anda pernah merasa terganggu atau jenuh dengan jadwal minum obat rutin anda?		
8.	Seberapa sulit anda mengingat meminum semua obat anda? a. Tidak Pernah b. Pernah sekali c. Kadang – kadang d. Biasanya e. Selalu Tulis : Ya (bila memilih : b/c/d/e): Tidak (bila memilih : a)		

Lampiran 7 : Lembar Isian *Medication Possesion Ratio* (MPR)

LEMBAR *Medication Possesion Ratio* (MPR)

Jumlah hari perolehan obat :

Jumlah hari terlewat pengambilan obat :

Jumlah hari perolehan obat terakhir :

Alasan :

.....

.....

$$MPR = \frac{\text{Jml Hari Perolehan Obat}}{\text{Jml Hari Terlewat} + \text{JML Hari Perolehan Obat Terakhir}} = \frac{\quad}{\quad} =$$

Lampiran 8 : Daftar Obat Anti Diabetes Oral yang diberikan

Daftar obat Anti Diabetes Oral yang diberikan ke pasien DM Tipe II berdasarkan Kemenkes RI 2019.

Golongan Obat Tunggal	Nama Obat	mg/tab
Sulfonylurea	Glibenklamid	2,5 & 5
	Glipizid	5 & 10
	Gliklazid	30, 60 & 80
	Glikuidon	30
	Glimepirid	1, 2, 3 & 4
Glinid	Repaglinid*	0,5 ;1 & 2
	Nateglinid*	60 - 120
Thiazolidinedion	Pioglitazone	15 & 30
Penghambat Alfa-Glukosidase	Akarbose	50 & 100
Biguanide	Metformin	500, 850 & 1000
Penghambat DPP-IV	Vidagliptin*	50
	Sitagliptin*	25, 50 & 100
	Saxagliptin*	5
	Linagliptin	5
Penghambat SGLT-2	Dapagliflozin	5 & 10
Golongan Obat Kombinasi	Nama Obat	mg/tab
Sifonilurea + Biguanid	Glibenklamid + Metformin	1,25/250 2,5/500
	Glimepirid + Metformin	1/250 2/500 15/500
	Tiazolidinedion + Biguanid	Pioglitazone + Metformin
DPP4 – inhbitor + Biguanid	Sitagliptin + Metformin	50/850 50/1000
	Vildagliptin+ Metformin	50/500 50/850
	Sexagliptin + Metformin	50/1000 5/500
	Linagliptin + Metformin	2,5/1000 2,5/850 2,5/1000

Lampiran 9 : Tabel Pengolahan Data Excel Hasil Kuesioner Karakteristik Demografi Responden

KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PASIEN DM TIPE 2 DI INSTALASI FARMASI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA MALANG

No Responden	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan
1	P	61	Akademi	IRT	Tidak Bekerja
2	P	51	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
3	P	56	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
4	P	58	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
5	L	62	SLTA	Swasta	Bekerja
6	L	66	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
7	P	66	SD	IRT	Tidak Bekerja
8	P	67	SLTP	Swasta	Bekerja
9	P	57	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
10	P	57	Akademi	IRT	Tidak Bekerja
11	P	73	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
12	P	63	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
13	P	58	Akademi	IRT	Tidak Bekerja
14	P	62	SLTA	Pensiunan	Tidak Bekerja
15	P	65	SLTP	IRT	Tidak Bekerja
16	P	57	Akademi	Swasta	Bekerja
17	P	62	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
18	P	54	Akademi	PNS	Bekerja
19	L	73	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
20	L	51	Akademi	Swasta	Bekerja
21	P	63	Akademi	IRT	Tidak Bekerja
22	P	59	SLTP	IRT	Tidak Bekerja
23	P	71	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
24	L	58	SLTA	Wiraswasta	Bekerja
25	L	59	SLTA	Swasta	Bekerja
26	P	62	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
27	P	50	Akademi	IRT	Tidak Bekerja
28	P	66	SLTP	IRT	Tidak Bekerja
29	P	59	SLTP	Pensiunan	Tidak Bekerja
30	L	78	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
31	P	46	Akademi	IRT	Tidak Bekerja
32	P	52	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
33	L	57	Akademi	Swasta	Bekerja

No Responden	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan
34	L	76	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
35	P	66	Akademi	IRT	Tidak Bekerja
36	L	80	SLTA	Wiraswasta	Bekerja
37	L	61	Akademi	Swasta	Bekerja
38	L	53	Akademi	Wiraswasta	Bekerja
39	L	53	SD	Wiraswasta	Bekerja
40	L	58	SLTA	Swasta	Bekerja
41	L	70	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
42	L	58	SLTA	Wiraswasta	Bekerja
43	P	59	SD	IRT	Tidak Bekerja
44	L	60	Akademi	PNS	Bekerja
45	P	73	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
46	P	68	Akademi	Pensiunan	Tidak Bekerja
47	P	63	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
48	P	56	SLTA	IRT	Tidak Bekerja
49	P	54	Akademi	Kombinasi	Bekerja
50	L	60	SLTA	Tunggal	Bekerja
51	L	67	SLTA	Kombinasi	Bekerja
52	L	45	Akademi	Kombinasi	Bekerja

Lampiran 10 : Tabel Pengolahan data Excel Hasil Kuesioner Karakteristik Penggunaan Obat Anti Diabetes Oral

KARAKTERISTIK PENGGUNAAN OBAT PASIEN DM TIPE 2 DI INSTALASI FARMASI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA MALANG

No Responden	Nama Obat				Keterangan
1	Fonylin MR 60 mg (Gliklazide 60 mg)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
2	Gliquidon 30 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
3	Fonylin MR 60 mg (Gliklazide 60 mg)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
4	Fonylin MR 60 mg (Gliklazide 60 mg)	Acarbose 100 mg	Galvus 50 mg (Vildaglipitin)		Kombinasi
5	Glimepiride 4 mg	Acarbose 100 mg	Metformin 500 mg		Kombinasi
6	Metformin 500 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
7	Gliquidon 30 mg	Acarbose 100 mg	Tazovel 30 mg (Pioglitazone 30 mg)		Kombinasi
8	Metformin 500 mg				Tunggal
9	Metformin 850 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
10	Fonylin MR 60 mg (Gliklazide 60 mg)	Acarbose 100 mg	Metformin 500 mg		Kombinasi
11	Metformin 500 mg				Tunggal
12	Gliquidone 30 mg	Acarbose 100 mg	Tazovel 30 mg (Pioglitazone 30 mg)	Galvus 50 mg (Vildaglipitin)	Kombinasi
13	Metformin 500 mg	Glimepiride 2 mg			Kombinasi

No Responden	Nama Obat				Keterangan
14	Metformin 500 mg	Glimepiride 2 mg			Kombinasi
15	Gluvas M (Vildagliptin + Metformin)				Kombinasi
16	Galvus 50 mg (Vildagliptin)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
17	Galvus 50 mg (Vildagliptin)	Acarbose 100 mg	Diamicron MR 60 mg (Gliclazide)		Kombinasi
18	Metformin 850 mg	Diamicron MR 80 mg (Gliclazide)			Kombinasi
19	Diamicron MR 60 mg (Gliclazide)	Jardiance Duo 12,5/500 mg (Empagliflozin/Metformin)			Kombinasi
20	Glucophage XR 750 mg (Metformin 750 mg)				Tunggal
21	Metformin 500 mg				Tunggal
22	Glimepiride 1 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
23	Gliquidone 30 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
24	Acarbose 100 mg				Tunggal
25	Gliquidone 30 mg	Acarbose 100 mg	Tazovel 30 mg (Pioglitazone 30 mg)		Kombinasi
26	Gliquidone 30 mg	Acarbose 100 mg	Metformin 850 mg		Kombinasi

No Responden	Nama Obat			Keterangan	
27	Fonylin MR 60 mg (Gliklazide 60 mg)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
28	Fonylin MR 60 mg (Gliklazide 60 mg)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
29	Galvus 50 mg (Vildaglipitin)	Acarbose 100 mg	Metformin 850 mg		Kombinasi
30	Galvus 50 mg (Vildaglipitin)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
31	Fonylin MR 60 mg (Gliklazide 60 mg)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
32	Metformin 500 mg	Glimepiride 1 mg			Kombinasi
33	Acarbose 100 mg				Tunggal
34	Acarbose 100 mg				Tunggal
35	Galvus 50 mg (Vildaglipitin)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
36	Gliquidone 30 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
37	Glimepirid 2 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
38	Fonylin MR 60 mg (Giclazide)				Tunggal
39	Fonylin MR 60 mg (Giclazide)	Acarbose 100 mg	Metformin 850 mg		Kombinasi

No Responden	Nama Obat				Keterangan
41	Metformin 500 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
42	Fonylin MR 60 mg (Gliclazide)	Acarbose 100 mg			Kombinasi
43	Glimepirid 1 mg	Acarbose 100 mg			Kombinasi
44	Glimepirid 2 mg	Metformin 500 mg			Kombinasi
45	Acarbose 100 mg				Tunggal
46	Metformin 500 mg				Tunggal
47	Glimepirid 1 mg	Metformin 500 mg			Kombinasi
48	Glimepirid 2 mg	Metformin 500 mg			Kombinasi
49	Gluvas M2/500 mg (Glimepiride + Metformin)	Vildi (Vildagliptin 50 mg)			Kombinasi
50	Metformin 500 mg				Tunggal
51	Glimepirid 2 mg	Acarbose 100 mg	Protaz 15 mg (Pioglitazone)		Kombinasi
52	Glimepirid 1 mg	Metformin 500 mg			Kombinasi

Lampiran 11 : Tabel Pengolahan Data Excel Hasil Kuesioner Kepatuhan

Minum Obat

**KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN DM TIPE 2 DI INSTALASI FARMASI
RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA MALANG MENGGUNAKAN MMAS-8**

No Responden	Jenis Kelamin	Pertanyaan MMAS-8								Total	Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8		
1	P	0	1	1	1	1	1	1	1	7	Sedang
2	P	0	1	1	1	1	1	0	1	6	Sedang
3	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
4	P	1	1	1	0	1	1	1	0.75	6.75	Sedang
5	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
6	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
7	P	0	1	1	1	1	1	1	1	7	Sedang
8	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
9	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
10	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
11	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
12	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
13	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
14	P	1	1	0	1	1	1	1	1	7	Sedang
15	P	1	1	1	0	1	1	1	0.75	6.75	Sedang
16	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
17	P	0	1	1	1	1	1	1	0.75	6.75	Sedang
18	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
19	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
20	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
21	P	1	1	1	0	1	1	1	0.75	6.75	Sedang
22	P	1	1	1	1	1	1	0	1	7	Sedang
23	P	1	1	1	0	1	1	1	0.75	6.75	Sedang
24	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
25	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
26	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
27	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
28	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
29	P	1	1	0	0	1	0	1	1	5	Rendah
30	L	1	0	1	1	1	1	1	1	7	Sedang
31	P	0	1	1	1	1	1	1	1	7	Sedang
32	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
33	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi

No Responden	Jenis Kelamin	Pertanyaan MMAS-8								Total	Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8		
34	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
35	P	1	1	1	1	1	1	0	0.75	6.75	Sedang
36	L	0	0	1	1	1	1	0	0.75	4.75	Rendah
37	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
38	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
39	L	1	1	1	1	1	1	0	1	7	Sedang
40	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
41	L	1	1	1	1	1	1	0	1	7	Sedang
42	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
43	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
44	L	1	0	1	1	1	1	1	0.75	6.75	Sedang
45	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
46	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
47	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
48	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
49	P	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
50	L	0	1	1	1	1	1	1	1	7	Sedang
51	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi
52	L	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Tinggi

Lampiran 12 : Tabel Pengolahan Data Excel Hasil Kuesioner Kepatuhan

Pengambilan Obat

**KEPATUHAN PENGAMBILAN OBAT (MPR) PASIEN DM TIPE 2 DI
INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA MALANG**

No responden	Jenis Kelamin	Jml HR Perolehan ObatT	Jml HR Terlewat Pengambilan Obat	Jml HR Perolehan Obat Terakhir	MPR	Keterangan
1	P	30	0	30	1.0	PATUH
2	P	30	2	30	0.9	PATUH
3	P	30	0	30	1.0	PATUH
4	P	30	0	30	1.0	PATUH
5	L	30	5	30	0.9	PATUH
6	L	30	4	30	0.9	PATUH
7	P	30	2	30	0.9	PATUH
8	P	30	4	30	0.9	PATUH
9	P	30	0	30	1.0	PATUH
10	P	30	5	30	0.9	PATUH
11	P	30	12	30	0.7	TIDAK PATUH
12	P	30	0	30	1.0	PATUH
13	P	30	4	30	0.9	PATUH
14	P	30	0	30	1.0	PATUH
15	P	30	5	30	0.9	PATUH
16	P	30	0	30	1.0	PATUH
17	P	30	3	30	0.9	PATUH
18	P	30	1	30	1.0	PATUH
19	L	30	2	30	0.9	PATUH
20	L	30	1	30	1.0	PATUH
21	P	30	1	30	1.0	PATUH
22	P	30	1	30	1.0	PATUH
23	P	30	1	30	1.0	PATUH
24	L	30	2	30	0.9	PATUH
25	L	30	0	30	1.0	PATUH
26	P	30	0	30	1.0	PATUH
27	P	30	3	30	0.9	PATUH
28	P	30	0	30	1.0	PATUH
29	P	30	0	30	1.0	PATUH
30	L	30	4	30	0.9	PATUH
31	P	30	4	30	0.9	PATUH
32	P	30	0	30	1.0	PATUH
33	L	30	0	30	1.0	PATUH

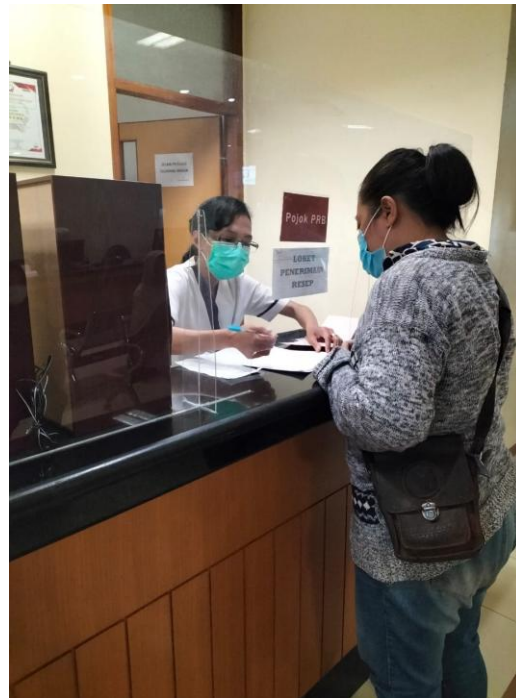
No responden	Jenis Kelamin	Jml HR Perolehan ObatT	Jml HR Terlewat Pengambilan Obat	Jml HR Perolehan Obat Terakhir	MPR	Keterangan
34	L	30	0	30	1.0	PATUH
35	P	30	0	30	1.0	PATUH
36	L	30	7	30	0.8	PATUH
37	L	30	2	30	0.9	PATUH
38	L	30	0	30	1.0	PATUH
39	L	30	0	30	1.0	PATUH
40	L	30	1	30	1.0	PATUH
41	L	30	0	30	1.0	PATUH
42	L	30	2	30	0.9	PATUH
43	P	30	0	30	1.0	PATUH
44	L	30	0	30	1.0	PATUH
45	P	30	1	30	1.0	PATUH
46	P	30	1	30	1.0	PATUH
47	P	30	0	30	1.0	PATUH
48	P	30	1	30	1.0	PATUH
49	P	30	1	30	1.0	PATUH
50	L	30	2	30	0.9	PATUH
51	L	30	0	30	1.0	PATUH
52	L	30	0	30	1.0	PATUH

Lampiran 12 : Dokumentasi Kegiatan Penelitian

Dokumentasi Pelaksanaan Kuesioner di Instalasi Farmasi Rawat Jalan

Rumah Sakit Panti Nirmala Malang





Lampiran 13. Dokumentasi Kuesioner Responden

Informed Consent Form
(Surat Persetujuan Partisipasi)

Saya yang bertanda dibawah ini :

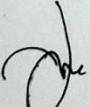

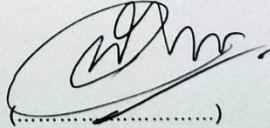
Nama lengkap : [Redacted]

Alamat : [Redacted]
[Redacted]

Nomor Telepon :

Telah membaca dan mendapat keterangan yang lengkap dan jelas tentang penelitian dengan judul "TINGKAT KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II SELAMA PANDEMI COVID-19 DI RUMAH SAKIT PANTI NIRMALA MALANG" serta mengerti tentang informasi di atas, dan saya dengan sukarela setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan sanggup untuk mematuhi semua peraturan yang berlaku bagi partisipan. Saya memahami bahwa saya berhak tidak melanjutkan partisipasi dalam penelitian ini, dengan memberitahukan sebelumnya kepada fasilitator penelitian.

Malang, 14 - 032022

Peneliti	Saksi	Tandatangan partisipan
 (Joeniarti)	 (.....)	 (.....)

KUESIONER PENELITIAN

No. Responden : 13

A. Data umum :

1. Nama : [Redacted]
2. Tempat, tanggal lahir : [Redacted], 25-01-1969
3. Umur : 58 Tahun
4. Jenis kelamin : Perempuan
5. Alamat : [Redacted]
6. Nomor Hp : [Redacted]
7. Pendidikan terakhir :
 - a. Tidak tamat SD/Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SLTP
 - d. SLTA
 - e. Akademi/PT
8. Pekerjaan :
 - a. Pensiunan/Tidak Bekerja
 - b. PNS/TNI/POLRI
 - c. Wiraswasta/Pedagang
 - d. Pegawai Swasta
 - e. Ibu Rumah Tangga (IRT)
 - f. Lain-lain : _____

Waktu terakhir periksa ke dokter : 14-03-2022

LEMBAR KUESIONER MMAS-8

yang telah diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda terkadang lupa minum obat untuk penyakit diabetes anda?		✓
2.	Pikirkan selama 2 minggu terakhir, apakah ada hari dimana anda tidak meminum obat diabetes anda?		✓
3.	Pernahkan anda mengurangi atau berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter anda karena anda merasa kondisi anda bertambah parah ketika meminum obat tersebut ?		✓
4.	Ketika anda pergi berpergian atau meninggalkan rumah, apakah anda kadang-kadang lupa membawa obat anda?		✓
5.	Apakah kemarin anda minum obat diabetes?	✓	
6.	Ketika anda merasa sehat, apakah anda juga kadang berhenti meminum obat diabetes ?		✓
7.	Apakah anda pernah merasa terganggu atau jenuh dengan jadwal minum obat rutin anda?		✓
8.	Seberapa sulit anda mengingat meminum semua obat anda? a. Tidak pernah atau jarang b. Beberapa kali (1 kali dalam seminggu) c. Kadang kala (2-3 kali dalam seminggu) d. Sering (4-6 kali dalam seminggu) e. Selalu (7 kali dalam seminggu)		✓

LEMBAR Medication Possesion Ratio (MPR)

Jumlah hari perolehan obat : 30 hari

Jumlah hari terlewat pengambilan obat : 0 hari

Jumlah hari perolehan obat terakhir : 30 hari

Alasan : Untuk meningkatkan kualitas hidup supaya
sakit yang diderita tidak semakin parah