

L

A

M

P

I

R

A

N

Lampiran 1. Formulir *Check list* Kelengkapan Formulir Identitas Sosial Pasien

Formulir *Checklist* Kelengkapan Formulir Identitas Sosial Pasien

No	No. RM	Identitas Sosial Pasien									Keterangan	
		Nama	NIK	TTL	Alamat	Agama	No. Hp	No. BPJS	TTD Pasien	TTD Petugas	Lengkap	Tidak lengkap
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
<b>Jumlah</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Persentase</b>		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Total Persentase Komponen</b>		0%									-	

## Lampiran 2. Pedoman Wawancara



### **PEDOMAN WAWANCARA TERSTRUKTUR**

#### **TINJAUAN KELENGKAPAN KETERISIAN FORMULIR IDENTITAS SOSIAL PASIEN DI TEMPAT PENDAFTARAN RAWAT JALAN PUSKESMAS KENDALKEREP MALANG**

##### **Judul Penelitian :**

Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien Di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan Puskesmas Kendalkerep Malang

##### **A. Identitas Informan**

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
3. Jabatan :

##### **B. Pendahuluan**

1. Memperkenalkan diri
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara disertai dengan manfaat penelitian dan menjelaskan bahwa kerahasiaan informan terjamin
3. Meminta kesediaan calon informan menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi informan
4. Melakukan kontrak wawancara, menawarkan waktu wawancara 20 menit sampai 30 menit

##### **C. Pertanyaan Wawancara**

Setelah calon informan menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi informan, selanjutnya peneliti mewawancarai informan dengan merekam isi pembicaraan dengan handphone

1. Apakah bapak atau ibu mengetahui kejadian ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
2. Seberapa sering bapak atau ibu mendapati ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
3. Apa penyebab ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
4. Bagaimana upaya yang bapak atau ibu lakukan dalam mengatasi masalah ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?

##### **D. Penutup**

1. Menyimpulkan hasil wawancara
2. Menyampaikan terima kasih
3. Mengakhiri wawancara

### Lampiran 3. Lembar Persetujuan Informan



#### WAWANCARA TERSTRUKTUR

#### TINJAUAN KELENGKAPAN KETERISIAN FORMULIR IDENTITAS SOSIAL PASIEN DI TEMPAT PENDAFTARAN RAWAT JALAN PUSKESMAS KENDALKEREP MALANG

#### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi Informan dalam penelitian yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan Puskesmas Kendalkerep Malang".

#### I. Identitas Informan

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
3. Jabatan :

#### II. Tanggal Wawancara

1. Hari, tanggal :
2. Waktu mulai dan selesai :

#### III. Identitas Peneliti

1. Nama : Aprilcillia Perdana Mentari
2. NIM : P17410203137
3. Instansi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

#### IV. Pertanyaan Peneliti

1. Apakah bapak atau ibu mengetahui kejadian ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
2. Seberapa sering bapak atau ibu mendapati ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
3. Apa penyebab ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
4. Bagaimana upaya yang bapak atau ibu lakukan dalam mengatasi masalah ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?

Demikian, secara suka rela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Malang,  
Informan

-----

Lampiran 4. Formulir Identitas Sosial Pasien Puskesmas Kendalkerep Malang

<b>LEMBAR IDENTIFIKASI PASIEN PUSKESMAS KENDAL KEREK</b>			
NAMA LENGKAP	:		( )
NOMOR KTP	:	JENIS KELAMIN : L /P ( <i>lingkari</i> )	
TEMPAT LAHIR	:	TGL LAHIR :	UMUR : TH
ALAMAT	:	RT :	RW :
KEL :	KEC :	KAB/KOTA :	
STATUS	:	<i>MENIKAH / BELUM MENIKAH / PERNAH MENIKAH ( lingkari )</i>	
PEKERJAAN	:	JABATAN :	LAMA KERJA : TH
AGAMA	:	BAHASA / SUKU :	
NOMOR TELEPON	:		
NOMOR BPJS	:	/FASKES :	
PENDIDIKAN TERAKHIR			
<b>TTD PASIEN</b>	<b>TELAH MENDAPATKAN PENJELASAN TENTANG</b>	<b>TTD PETUGAS</b>	
	<input type="checkbox"/> ALUR PELAYANAN		
	<input type="checkbox"/> HAK DAN KEWAJIBAN		



Lampiran 6. Hasil Checklist Kelengkapan Formulir Identitas Sosial Pasien Bagian 2

68	02 27 28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
69	02 27 29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
70	02 27 30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
71	03 18 09	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
72	03 18 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
73	03 18 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
74	04 40 18	1	1	1	1	0	0	1	1	1	-	1
75	04 40 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
76	04 40 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
77	04 40 21	1	1	1	1	1	1	1	0	0	-	1
78	04 40 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
79	04 40 23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
80	05 106 84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
81	05 106 85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
82	01 75 84	1	1	1	1	1	0	1	1	1	-	1
83	01 75 85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
84	01 75 86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
85	01 75 87	1	1	1	1	1	0	0	1	1	-	1
86	01 75 88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
87	01 75 89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
88	05 106 88	1	0	1	1	1	1	0	1	0	-	1
89	05 106 89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
90	05 106 90	1	1	1	1	1	1	0	1	1	-	1
91	05 106 91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
92	05 106 92	1	1	1	1	1	0	1	1	1	-	1
93	05 106 93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
94	05 106 94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
95	05 106 95	1	1	1	1	1	1	0	1	1	-	1
96	05 106 96	1	1	1	1	1	1	1	1	0	-	1
<b>Jumlah</b>		<b>96</b>	<b>82</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>89</b>	<b>73</b>	<b>95</b>	<b>93</b>	<b>61</b>	<b>35</b>
<b>Persentase</b>		<b>100%</b>	<b>85%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>	<b>93%</b>	<b>76%</b>	<b>99%</b>	<b>97%</b>	<b>64%</b>	<b>36%</b>
<b>Total Persentase Komponen</b>		<b>94%</b>									<b>-</b>	

Lampiran 7. Lembar Persetujuan Informan 1



**WAWANCARA TERSTRUKTUR**  
**TINJAUAN KELENGKAPAN KETERISIAN FORMULIR IDENTITAS**  
**SOSIAL PASIEN DI TEMPAT PENDAFTARAN RAWAT JALAN**  
**PUSKESMAS KENDALKEREP MALANG**

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi Informan dalam penelitian yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan Puskesmas Kendalkerep Malang".

I. Identitas Informan

1. Nama : Lely Salisatul F. A.Md.Kes
2. Jenis kelamin : Perempuan
3. Jabatan :

II. Tanggal Wawancara

1. Hari, tanggal : Jumat, 27 Januari 2023
2. Waktu mulai dan selesai : 10.38 - 11.01

III. Identitas Peneliti

1. Nama : Aprilcillia Perdana Mentari
2. NIM : P17410203137
3. Instansi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

IV. Pertanyaan Peneliti

1. Apakah bapak atau ibu mengetahui kejadian ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
2. Seberapa sering bapak atau ibu mendapati ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
3. Apa penyebab ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
4. Bagaimana upaya yang bapak atau ibu lakukan dalam mengatasi masalah ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?

Demikian, secara suka rela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Malang, 27 Januari 2023

Informan



Lampiran 8. Lembar Persetujuan Informan 2



WAWANCARA TERSTRUKTUR

TINJAUAN KELENGKAPAN KETERISIAN FORMULIR IDENTITAS  
SOSIAL PASIEN DI TEMPAT PENDAFTARAN RAWAT JALAN  
PUSKESMAS KENDALKEREP MALANG

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi Informan dalam penelitian yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan Puskesmas Kendalkerep Malang".

I. Identitas Informan

1. Nama : Atim Surachmad
2. Jenis kelamin : Laki - Laki
3. Jabatan :

II. Tanggal Wawancara

1. Hari, tanggal : Jumat, 27 Januari 2023
2. Waktu mulai dan selesai : 10.50 - 10.52

III. Identitas Peneliti

1. Nama : Aprilillia Perdana Mentari
2. NIM : P17410203137
3. Instansi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang


IV. Pertanyaan Peneliti

1. Apakah bapak atau ibu mengetahui kejadian ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
2. Seberapa sering bapak atau ibu mendapati ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
3. Apa penyebab ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
4. Bagaimana upaya yang bapak atau ibu lakukan dalam mengatasi masalah ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?

Demikian, secara suka rela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Malang, 27 Januari 2023

Informan

  
( ATIM SURACHMAD )

Lampiran 9. Lembar Persetujuan Informan 3



**WAWANCARA TERSTRUKTUR**  
**TINJAUAN KELENGKAPAN KETERISIAN FORMULIR IDENTITAS**  
**SOSIAL PASIEN DI TEMPAT PENDAFTARAN RAWAT JALAN**  
**PUSKESMAS KENDALKEREP MALANG**

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi Informan dalam penelitian yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan Puskesmas Kendalkerep Malang".

**I. Identitas Informan**

1. Nama : Sri Suyatni
2. Jenis kelamin : Perempuan
3. Jabatan : Administrasi Umum

**II. Tanggal Wawancara**

1. Hari, tanggal : Jumat, 27 Januari 2023
2. Waktu mulai dan selesai : 10.30 - 10.33

**III. Identitas Peneliti**

1. Nama : Aprilillia Perdana Mentari
2. NIM : P17410203137
3. Instansi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

**IV. Pertanyaan Peneliti**

1. Apakah bapak atau ibu mengetahui kejadian ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
2. Seberapa sering bapak atau ibu mendapati ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
3. Apa penyebab ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?
4. Bagaimana upaya yang bapak atau ibu lakukan dalam mengatasi masalah ketidaklengkapan dalam pengisian formulir identitas sosial pasien?

Demikian, secara suka rela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Malang, 27 Januari 2023

Informan

Sri Suyatni

## Lampiran 10 Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Untuk Puskesmas



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG  
Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746  
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)



Nomor : PP.08.02/6.1/2659/2022 11 Desember 2022  
Lampiran : -  
Hal : Surat Ijin Penelitian

Kepada Yth.  
**Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang**

di

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D3 Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2022/2023, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama

Nama : Aprilillia Perdana Mentari  
NIM : P17410203137  
Judul Penelitian : Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien Di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan Puskesmas Kendalkerep Malang  
Periode Penelitian : Januari 2023 - April 2023  
Metode Penelitian : Observasi dan Wawancara

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Ketua Program Studi  
D3 Rekam Media Dan Informasi Kesehatan

**Achmad Zani Pitoyo, S.Si.T. MMRS.**  
NIP. 197302232002121002

- Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, Telp (0341) 566075, 571388  
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613  
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp. (0341) 427847  
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 801043  
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp. (0354) 773095  
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek, Telp. (0355) 791293  
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 461792



Lampiran 11 Surat Balasan Penelitian Dari Puskesmas Untuk Dinas Kesehatan



**PEMERINTAH KOTA MALANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS KENDAL KEREK**  
JL. Sulfat No.100 Telp. (0341) 484477  
Email : pusk.kendalkerek@gmail.com  
MALANG 65123

Malang, 13 Desember 2022

Nomor : 072/602 -/35.73.402.011/2022  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Malang  
Di  
MALANG

Dengan ini diberitahukan bahwa mahasiswa Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang dibawah ini :

Nama : Aprilillia Perdana Mentari  
NIM : P17410203137

Telah kami setuju dan diberikan izin untuk melakukan Penelitian dengan Judul "Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan" di Puskesmas Kendalkerek pada bulan Januari – April 2023.

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami sampaikan terimakasih.



Mengetahui,  
Kepala Puskesmas Kendalkerek

dr. A. A. Nurah Kanti Putri  
Penata TK. I  
NIP. 197306122005012 009



**PEMERINTAH KOTA MALANG**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. Simpang L.A. Sucipto No. 45 ☎ (0341) 406878 Fax. (0341) 406879

[www.dinkes.malangkota.go.id](http://www.dinkes.malangkota.go.id) e-mail : [dinkes@malangkota.go.id](mailto:dinkes@malangkota.go.id)

MALANG

Kode Pos : 65124

Malang, 21 DEC 2022

Nomor : 072/G20 /35.73.402/2022  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada  
Yth. Kepala Puskesmas Kendalkerep  
di

M A L A N G

Dengan ini diberitahukan bahwa Mahasiswa Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Malang tersebut di bawah ini :

NO	NAMA	NIM
1.	Aprilcillia Perdana Mentari	P17410203137

Akan melaksanakan Penelitian mulai bulan Januari-April 2023,  
dengan judul : Tinjauan kelengkapan keterisian formulir identitas sosial pasien  
di tempat pendaftaran rawat jalan Di Puskesmas Kendalkerep Kota Malang.

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon Saudara untuk membantu  
memberikan data atau informasi yang diperlukan. Mahasiswa yang telah  
selesai melaksanakan Penelitian wajib melaporkan hasilnya kepada Kepala  
Dinas Kesehatan Kota Malang.

Demikian untuk mendapatkan perhatian.

a.n. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA MALANG  
Sekretaris,



**MAR USMAN**  
Pembina

NIP. 19691111 199903 1 007

Lampiran 13 Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KOTA MALANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS KENDAL KEREK**  
JL. Sulfat No.100 Telp. (0341) 484477  
Email : pusk.kendalkerek@gmail.com  
MALANG 65123

**SURAT KETERANGAN**

No. 800 /154 .1/35.73.402.011/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. A.A.I Ngurah Kunti Putri**  
NIP : 19730612 200501 2 009  
Jabatan : Kepala Puskesmas Kendalkerek

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Aprilcilia Perdana Mentari**  
NIM : P17410203137  
Universitas : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Atas dasar surat dari Dinas Kesehatan Kota Malang Nomor : 072/630/35.73.402/2022 Tanggal 21 Desember 2022, telah selesai melakukan Pengambilan Data dan penelitian dengan judul "Tinjauan Kelengkapan Keterisian Formulir Identitas Sosial Pasien di Tempat Pendaftaran Rawat Jalan di Puskesmas Kendalkerek" yang dilaksanakan pada bulan Januari s/d April 2023.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 14 Maret 2023



**KEPALA PUSKESMAS KENDAL KEREK**

**dr. A.A.I Ngurah Kunti Putri**  
NIP. 19730612 200501 2 009