

## LAMPIRAN-LAMPIRAN



Nomor : PP.08.02/F.XXI.18.2/0003/2023 25 Desember 2023  
Lampiran : -  
Hal : Surat Ijin Penelitian

Yth.  
Kepala Puskesmas Rejowinangun Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek  
di

Tempat

Sehubungan dengan kegiatan penelitian dan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D3 Asuransi Kesehatan Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2023/2024, dengan ini kami mohon dengan hormat agar kiranya Bapak/Ibu pimpinan berkenan memberikan ijin penelitian kepada:

Nama : YULIAN DWI WARDANA  
NIM : P17430211005  
Alamat : Jl. Jaksa Agung Suprpto Rt.19 Rw.06 Kel. Surodakan Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek

Untuk melaksanakan penelitian dengan kegiatan sebagai berikut :

Waktu Pelaksanaan : 8 Januari - 31 Januari 2024  
Tempat Penelitian : Puskesmas Rejowinangun Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek  
Jenis Data : Data Peserta Program Rujuk Balik (PRB) Di Puskesmas Rejowinangun  
Judul Tugas Akhir : Deskripsi Kepuasan Peserta JKN Terhadap Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB) Di Puskesmas Rejowinangun Kabupaten Trenggalek

Selanjutnya, untuk konfirmasi dapat melalui kontak A/N: YULIAN DWI WARDANA No. Hp 081938834559.

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



- 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





PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK  
**DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN  
PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA**

Jln. Dr. Soetomo No. 4 ☎ (0355) 791270  
Website: dinkes-pkb.trenggalekkab.go.id & email: dinkestrenggalek@gmail.com  
TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 12 Januari 2024

Nomor : 420/ *220* /406.010/2024  
Sifat : segera  
Lampiran : (-) lembar  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada  
Yth. Kepala Puskesmas Rejowinangun  
di  
TRENGGALEK

Menindaklanjuti surat dari Ketua Program Studi D3 Asuransi kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang tanggal 25 Desember 2023, Nomor PP.08.02/F.XXI.18.20/0005/2023, Perihal : Surat Ijin Penelitian, dan Surat Rekomendasi dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Trenggalek tanggal 12 Januari 2024, Nomor 070/023/406.030/2024, Perihal : Penelitian/ Survey/ Reseach, bersama ini kami sampaikan tidak keberatan dan dapat menerima Mahasiswa :

Nama : YULIAN DWI WARDANA  
NIM : P17430211005  
Judul : Deskripsi Kepuasan Peserta JKN terhadap Kualitas Penelitian : Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB) di Puskesmas Rejowinangun Kabupaten Trenggalek  
Tempat : Puskesmas Rejowinangun  
Lamanya : 12 Januari s.d 12 Februari 2024

Untuk melaksanakan Penelitian dalam rangka Penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan mohon bantuannya guna mendukung kelancaran kegiatan tersebut, dengan dikenakan retribusi sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Trenggalek No. 24 Tahun 2016.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas bantuannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN,  
PENGENDALIAN PENDUDUK  
DAN KELUARGA BERENCANA  
KABUPATEN TRENGGALEK

  
dr. **SUNARTO**  
Pembina Tk.I  
NIP. 19740223 200604 1 011



**PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jln. HOS. Cokroaminoto No. 1 Telp. (0355) 796547  
T R E N G G A L E K Kode Pos. 66316

Nomor : 070/023/406.030/2024  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Survey/Penelitian/Research

Trenggalek, 12 Januari 2024  
Kepada :  
Yth. Kepala Dinkesdaldud dan KB  
Kab. Trenggalek  
di  
**TRENGGALEK**

Menunjuk surat : Kaprodi D3 Asuransi Kesehatan Poltekes Kemenkes Malang  
Nomor : PP.08.02/F.XXI/18.2/10003/2023  
Tanggal : 25 Desember 2023

Bersama ini memberikan Rekomendasi kepada :  
Nama : YULIAN DWI WARDANA  
Alamat : RT. 019 RW. 006 Kel/Desa Surodakan Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Kebangsaan : WNI

Bermaksud mengadakan Survey/Penelitian/Research :

Judul : DISKRIPSI KEPUASAN PESERTA JKN TERHADAP PELAYANAN PROGRAM RUJUK BALIK (PRB) DI PUSKESMAS REJOWINANGUN KABUPATEN TRENGGALEK

Bidang Penelitian : Kesehatan  
Tujuan : Penyusunan Tugas Akhir  
Status Penelitian : Swadaya  
Penanggung Jawab : Anggi Ardhiasti, SKM., MPH  
Pengikut : -  
Waktu : 12 Januari s.d. 12 Februari 2024  
Lokasi : Puskesmas Rejowinangun Kabupaten Trenggalek

Sehubungan dengan hal tersebut, diharapkan dukungan dan kerjasama pihak terkait untuk memberikan bantuan yang diperlukan. Adapun kepada peneliti agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di lokasi Survey/Penelitian/Research;
2. Pelaksanaan Survey/Penelitian/Research tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di lokasi Survey/Penelitian/Research;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Bakesbangpol Kabupaten Trenggalek.

Demikian mohon untuk dijadikan periksa.

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
KABUPATEN TRENGGALEK



**Drs. WIDARSONO, M.M**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19640913 199202 1 002

Tembusan :  
Yth. 1. Kaprodi D3 Asuransi Kesehatan  
Potekes Kemenkes Malang;  
2. Yang Bersangkutan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BaSE), BSSN

## MASTER TABULASI

NO	NAMA	BUKTI NYATA				KEHANDALAN				DAYA TANGGAP				JAMINAN				EMPATI								
		X1.1	X1.2	X1.3	X1.4	X2.1	X2.2	X2.3	X2.4	X3.1	X3.2	X3.3	X3.4	X4.1	X4.2	X4.3	X4.4	X5.1	X5.2	X5.3	X5.4					
1	V	2	1	2	3	8	1	2	2	3	8	2	3	2	2	9	2	3	2	2	9	3	3	2	1	9
2	PW	1	1	3	2	7	2	1	2	2	7	3	3	3	1	10	2	3	2	2	9	2	3	2	2	9
3	S	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8
4	S	3	2	2	1	8	3	2	1	1	7	2	2	1	3	8	3	2	3	2	10	3	3	2	2	10
5	SR	2	1	1	2	6	2	1	1	1	5	3	2	2	3	10	2	3	2	1	8	3	2	3	2	10
6	K	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12
7	S	2	3	2	1	8	3	3	2	2	10	2	1	2	2	7	3	2	2	2	9	2	2	2	3	9
8	S	2	2	1	1	6	2	3	2	2	9	3	2	3	2	10	3	2	3	2	10	2	3	2	3	10
9	SW K	3	1	3	2	9	1	3	2	3	9	2	2	3	2	9	3	3	2	3	11	3	2	2	2	9
10	BH	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8
11	M	2	3	1	2	8	3	2	3	3	11	2	3	1	3	9	2	2	3	3	10	2	3	3	1	9
12	BSP	2	2	2	1	7	2	1	2	2	7	2	2	3	2	9	3	2	2	2	9	3	3	2	3	11
13	K	3	2	2	3	10	3	2	1	1	7	2	2	2	1	7	2	2	3	3	10	2	2	1	2	7
14	SN	2	1	3	1	7	2	3	1	3	9	3	2	3	3	11	3	2	3	2	10	2	3	3	2	10
15	M	3	2	1	3	9	3	3	2	3	11	2	2	2	3	9	2	3	2	3	10	3	2	2	2	9
16	S	2	1	3	2	8	2	1	2	2	7	1	2	3	2	8	2	2	2	2	9	3	2	3	2	10
17	P	2	3	3	2	10	2	3	2	2	9	3	3	2	3	11	2	3	2	2	9	2	3	2	3	10
18	P	3	1	2	3	9	3	2	1	3	9	2	2	2	2	8	3	2	2	2	9	2	3	3	2	10
19	M	2	2	3	1	8	3	2	2	2	9	2	1	3	3	9	3	1	3	2	9	2	3	2	2	9
20	S	3	2	1	1	7	2	3	1	2	8	3	2	3	2	10	2	2	2	3	9	3	2	2	2	9
21	M	2	1	2	2	7	3	2	2	2	9	3	3	2	2	10	3	3	3	1	10	3	2	3	3	11
22	S	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8
23	H M	2	3	2	3	10	2	2	1	3	8	2	2	3	2	9	2	1	3	2	8	3	2	3	3	11
24	M	1	3	2	1	7	3	2	2	2	9	1	2	2	1	6	3	2	3	3	11	3	3	3	2	11
25	L	3	2	3	3	11	2	3	3	3	11	3	1	1	2	7	2	2	3	2	9	2	2	2	2	8
26	M	2	1	1	3	7	3	3	2	1	9	3	3	3	3	12	3	3	2	2	10	2	2	2	3	9
27	BZS	3	3	2	1	9	3	1	2	3	9	2	2	3	3	10	3	2	2	2	9	3	3	2	3	11
28	S	2	3	3	1	9	1	3	3	2	9	3	2	2	3	10	3	3	3	3	12	2	3	3	3	11
29	DGS	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8
30	S	3	1	1	2	7	3	1	2	3	9	2	2	2	3	9	2	2	2	3	9	3	3	2	2	10
31	I	1	1	2	3	7	3	3	1	1	8	3	3	3	3	12	3	3	2	3	11	3	2	3	2	10
32	W	1	3	2	2	8	2	2	2	1	7	1	3	2	2	8	2	2	3	3	10	3	2	2	3	10
33	M	3	2	1	2	8	3	2	3	3	11	2	2	3	2	9	2	3	2	2	9	2	2	3	2	9
34	S	2	2	1	1	6	2	2	3	2	9	3	3	3	3	12	2	3	2	2	9	2	3	2	3	10
35	T	1	3	3	2	9	2	2	2	3	9	2	3	2	2	9	2	3	2	1	8	2	2	3	2	9
36	S	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12	3	3	3	3	12
37	M SA	2	2	3	2	9	1	2	2	2	7	3	2	2	1	8	2	2	1	3	8	3	2	2	2	9

## **KUESIONER PENELITIAN**

### **Deskripsi Kepuasan Peserta JKN Terhadap Kualitas Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB) Di Puskesmas Rejowinangun Kabupaten Trenggalek**

Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr untuk mengisi kuesioner ini. Kuesioner ini merupakan kuesioner yang penulis susun dalam rangka pelaksanaan penelitian. Jawaban yang Bapak/Ibu/Sdr berikan tidak akan mempengaruhi kedudukan maupun jabatan, mengingat kerahasiaan identitas Bapak/Ibu/Sdr akan kami jaga.

#### **IDENTITAS RESPONDEN**

Isilah identitas diri saudara dengan keadaan yang sebenarnya:

Nama:		
Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir
<input type="radio"/> Laki-laki	<input type="radio"/> 20-25	<input type="radio"/> SD
<input type="radio"/> Perempuan	<input type="radio"/> 26-30	<input type="radio"/> SMP
	<input type="radio"/> 31-35	<input type="radio"/> SMA
	<input type="radio"/> 36-40	<input type="radio"/> D1/D2/D3

	O 41-45 O 46-50 O < 50	O S1/S2
--	------------------------------	---------

**PETUNJUK PENGISIAN**

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu/Sdr.

1. Sangat Setuju
2. Setuju
3. Kurang Setuju

**TABEL KUESIONER**

1. Bukti Fisik (*tangible*)

NO.	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		Sangat Setuju 3	Setuju 2	Kurang Setuju 1
1.	Bagaimana kenyamanan dan kebersihan ruang tunggu pasien?			
2.	Bagaimana kondisi lingkungan sekitar?			
3.	Apakah penampilan petugas bersih, rapi dan menarik?			

4.	Apakah tempat sudah memadai untuk melakukan pelayanan?			
----	--	--	--	--

## 2. Keandalan (*reliability*)

NO.	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		Sangat Setuju 3	Setuju 2	Kurang Setuju 1
1.	Apakah prosedur penerimaan peserta pada bagian administrasi mudah?			
2.	Apakah pendaftaran peserta dapat dilakukan dengan cepat, tepat, dan tidak terlalu lama?			
3.	Apakah waktu tunggu giliran untuk dilakukan pemeriksaan tidak memakan waktu yang lama?			
4.	Apakah petugas memberi informasi secara langsung atau tertulis tentang aturan pakai obat dan waktu minum obat?			

## 3. Daya Tanggap (*responsiveness*)

NO.	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		Sangat Setuju 3	Setuju 2	Kurang Setuju 1
1.	Bagaimana ketanggapan			

	petugas terhadap keluhan yang disampaikan pasien?			
2.	Apakah petugas menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien dengan jelas?			
3.	Apakah petugas memberikan informasi yang cukup jelas tentang penyakit yang diderita pasien?			
4.	Apakah petugas memberikan informasi yang cukup jelas tentang obat pasien?			

#### 4. Jaminan (*assurance*)

NO.	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		Sangat Setuju 3	Setuju 2	Kurang Setuju 1
1.	Apakah petugas pelayanan memasukkan data pasien dengan benar?			
2.	Apakah petugas Puskesmas menjaga kerahasiaan identitas pasien?			
3.	Apakah pelayanan pemeriksaan peserta dilakukan oleh dokter?			
4.	Apakah petugas pelayanan obat memastikan penerima obat			

	adalah pasien/ keluarga pasien bukan orang lain?			
--	--	--	--	--

5. Empati (emphaty)

NO.	PERTANYAAN	PENILAIAN		
		Sangat Setuju 3	Setuju 2	Kurang Setuju 1
1.	Apakah petugas memperhatikan keluhan pasien?			
2.	Apakah petugas selalu ramah, bersahabat dan tersenyum dalam melakukan pelayanan?			
3.	Bagaimana kesabaran petugas puskesmas dalam melayani pasien?			
4.	Apakah petugas memberikan perhatian terhadap semua peserta tanpa membedakan-bedakan peserta?			

Kuesioner hasil modifikasi dari penelitian ( RUSILAWATI, ENNY (2012) ).