

# LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner *The Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire* (HSMBQ)

Integrasi Diri

No	Pernyataan	Jawaban		
		TP	JR	SL
1.	Saya mempertimbangkan porsi dan pilihan makanan Ketika saya makan.			
2.	Saya makan buah, sayur, gandum, dan kacang-kacangan lebih banyak dari yang saya makan saat saya tidak mengalami hipertensi			
3.	Saya mengurangi makanan yang mengandung lemak jenuh (misalnya keju, minyak kelapa, daging kambing, dll) semenjak didiagnosa hipertensi			
4.	Saya memikirkan tekanan darah saya saat memilih makanan			
5.	Saya mencoba berhenti minum-minuman alkohol			
6.	Saya mengurangi jumlah makanan setiap kali saya makan untuk menurunkan berat badan			
7.	Saya memilih makanan rendah garam			
8.	Saya berolahraga untuk menurunkan berat badan (misalnya jalan, jogging, atau bersepeda) sekitar 30-60 menit setiap hari			
9.	Saya berpikir bahwa hipertensi adalah bagian dari hidup saya			
10	Saya melakukan rutinitas saya sesuai dengan hal-hal yang harus saya lakukan untuk mengontrol hipertensi saya (misalnya pekerjaan dan periksa ke dokter)			
11	Saya berhenti merokok atau saya mencoba berhenti merokok			
12	Saya mencoba mengontrol emosi saya dengan mendengarkan musik, istirahat dan berbicara dengan keluarga atau teman saya			

13	Saya tidak pernah menggunakan garam yang lebih untuk membumbui makanan semenjak saya terkena hipertensi			
----	---	--	--	--

## Regulasi Diri

No	Pernyataan	Jawaban		
		TP	JR	SL
14	Saya mengetahui kenapa tekanan darah saya berubah			
15	Saya mengenali tanda dan gejala tekanan darah tinggi			
16	Saya mengontrol tanda dan gejala hipertensi dengan tepat			
17	Saya mengenali tanda dan gejala tekanan darah rendah			
18	Saya mengontrol tanda dan gejala hipertensi (tekanan darah rendah) dengan tepat			
19	Saya menentukan tujuan saya untuk mengontrol tekanan darah			
20	Saya membuat rencana Tindakan untuk mencapai tujuan saya mengontrol tekanan darah			
21	Saya membandingkan tekanan darah saya saat ini dengan tekanan darah yang saya targetkan (inginkan)			
22	Saya mengontrol keadaan yang mungkin dapat meningkatkan tekanan darah saya			

## Interaksi Dengan Tenaga Kesehatan Lainnya

No	Pernyataan	Jawaban		
		TP	JR	SL
23	Saya mendiskusikan rencana pengobatan saya dengan dokter atau perawat			
24	Saya memberikan masukan pada dokter untuk mengubah rencana pengobatan jika saya tidak bisa menyesuaikan diri dengan rencana tersebut			
25	Saya bertanya pada dokter atau perawat ketika ada hal-hal yang tidak saya pahami			
26	Saya membantu dokter atau perawat mencari tahu kenapa tekanan darah saya tidak terkontrol dengan baik			
27	Saya mendiskusikan dengan dokter atau perawat saat tekanan saya terlalu tinggi atau rendah			
28	Saya bertanya pada dokter atau perawat darimana saya bisa belajar lebih jauh tentang hipertensi			
29	Saya meminta bantuan orang lain (misalnya teman, tetangga, atau pasien lain) terkait hipertensi yang saya alami			
30	Saya meminta bantuan orang lain (misal teman, tetangga, atau pasien lain) untuk membantu mengontrol tekanan darah saya			
31	Saya bertanya pada orang lain (misal teman, tetangga, atau pasien lain) apa cara yang mereka gunakan untuk mengontrol tekanan darah tinggi			

## Pemantauan Tekanan Darah

No	Pernyataan	Jawaban		
		TP	JR	SL
32	Saya pergi ke dokter untuk mengecek tekanan darah saya saat merasakan tanda dan gejala tekanan darah			
33	Saya pergi ke dokter untuk mengetahui tekanan darah saya saat saya merasakan sakit			
34	Saya pergi ke dokter untuk mengecek tekanan darah saya saat merasakan tanda dan gejala tekanan darah rendah			
35	Saya mengecek tekanan darah saya secara teratur untuk membantu saya membuat keputusan manajemen diri			

## Kepatuhan Terhadap Aturan Yang Dianjurkan

No	Pernyataan	Jawaban		
		TP	JR	SL
36	Saya sangat ketat dalam minum obat antihipertensi			
37	Saya minum obat antihipertensi sesuai dengan dosis yang diberikan dokter			
38	Saya minum obat antihipertensi dalam waktu yang benar			
39	Saya periksa ke dokter sesuai dengan waktu yang dijadwalkan			
40	Saya mengikuti saran dokter atau perawat dalam mengontrol tekanan darah saya			

Lampiran 2 *The Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire*  
(HSMBQ) Original

**Instruction**

This questionnaire is aimed to assess **how often you have performed things** related to hypertension control **in the last months**. There is no right or wrong answer. Therefore, please answer truly to each statement to indicate your actual behavior by marking X in the column that applies to you using the following 5 options:

- 1 = Never (I have never performed the behavior)
- 2 = Rarely (I have rarely performed the behavior)
- 3 = Sometimes (I have sometimes performed the behavior)
- 4 = Always (I have always performed the behavior)
- N/A = Not applicable (this behavior is not applicable to my life)

**Examples:**

No.	Hypertension Self-Management Behavior	1	2	3	4	N/A
1.	I have eaten fruits, vegetable, grains, and beans more than when I did not have hypertension				X	

No.	Hypertension Self-Management Behavior	1	2	3	4	N/A
Self-Integration						
1	I have considered about food portions and choices whenever I have to eat food.					
2	I have eaten fruits, vegetable, grains, and beans more than when I did not have hypertension					
3	I have decreased food that contains high saturated fat (e.g., cheese, coconut oil, cottonseed oil, mutton fat etc.) since being diagnosed.					
4	I have thought of my blood pressure when making food choice					
5	I have tried to stop drinking alcohol					
6	I have reduced the amount of food per meal to reduce my weight					
7	I have chosen less salty food.					
8	I have exercised to reduce my weight (such as walking, jogging (running), and/ or cycling for about 30-60 minutes/session)					
9	I have thought that my hypertension is a part of my life					
10	I have made my routine to fit with things I have to do for my hypertension (such as my work and my hospital/doctor visit)					
11	I have quitted smoking/I have tried to quit smoking					
12	I have tried to control my stress by listening to music, taking rest, talking with my family or my friends					
13	I never use extra salt to season my food since being diagnosed					

No.	Hypertension Self-Management Behavior	1	2	3	4	N/A
Self-regulation						
14	I have recognized why my blood pressure has changed					
15	I have recognized signs and symptoms of high blood pressure					
16	I have managed my hypertensive signs and symptoms properly					
17	I have recognized signs and symptoms of low blood pressure					
18	I have managed my hypotensive signs and symptoms properly					
19	I have made my goal towards my blood pressure control					
20	I have made my action plan to achieve my goal towards my blood pressure control					
21	I have compared my current blood pressure level with the target (desired, controlled) level					
22	I have managed situations that may increase my blood pressure					
Interaction with health professionals and significant others						
23	I have discussed the flexibility of treatment plan with my doctor or nurses regarding my treatment plan.					
24	I have suggested my doctor to change the treatment plan if I may not be able to conform with the plan					
25	I have asked my doctor or nurses when there are things I do not understand					
26	I have helped my doctor or nurses to find why my blood pressure is not well controlled					
27	I have discussed with my doctor or nurses when my blood pressure is too high or too low.					
28	I have asked my doctor or nurses where I can learn more about my hypertension					

No.	Hypertension Self-Management Behavior	1	2	3	4	N/A
29	I have asked others (such as friends, neighbors, other patients) for their help with my high blood pressure					
30	I have asked others (such as friends, neighbors, other patients) for their help in controlling my blood pressure					
31	I have asked others (such as friends, neighbors, other patients) how they have managed or what techniques they have used to control their high blood pressure					
Self-monitoring						
32	I have checked or have visited my doctor to check my blood pressure when I have experienced signs and symptoms of high blood pressure					
33	I have checked or have visited my doctor to check my blood pressure when I have felt sick					
34	I have checked or have visited my doctor to check my blood pressure when I have experienced signs and symptoms of low blood pressure					
35	I have checked my blood pressure on a regular basis to help make my self-management decision					
Adherence to recommended regimen						
36	I have strictly taken my antihypertensive medications					
37	I have taken the right amount of my antihypertensive medications (e.g., my doctor orders me to take 2 tablets, I also take 2 tablets)					
38	I have taken the right time of my antihypertensive medications (e.g., my doctor orders me to take 2 times a day, I also take 2 times a day)					
39	I have visited my doctor as scheduled					
40	I have followed my doctor's or nurses' advise regarding my blood pressure control					

## Lampiran 3 Lembar Kuesioner Sosio-Demografi

## Lembar Kuesioner Data Karakteristik Responden

Kepatuhan Pasien Hipertensi Puskesmas Rajabasa Indah, Kecamatan Rajabasa,  
Kota Bandar Lampung

Isilah data dibawah ini dengan tepat dan benar. Berilah tanda ceklist pada pilihan pernyataan yang telah disediakan.

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
  - Laki-laki
  - perempuan
3. Umur :
4. Pendidikan :
  - SD
  - SMP
  - SMA
  - Sarjana
  - Lainnya
5. Pekerjaan :
  - Bekerja
  - Tidak Bekerja
6. Pendapatan :
  - $\leq 2.991.394$
  - $\geq 2.991.394$
7. Jumlah Item Obat :
  - $\leq 5$  obat
  - $\geq 5$  obat
8. Penyakit penyerta :
  - Ada
  - Tidak ada
  - Diabetes melitus
  - Asam urat
  - Vertigo
  - Gerd

Asma

Lainnya

9. Efek samping obat :

Ada

Tidak ada

10. Lama menderita hipertensi :

$\leq$  1 tahun

2 tahun

3-10 tahun

$\geq$  10 tahun

11. Riwayat hipertensi dalam keluarga :

Ada

Tidak ada

12. Mengetahui pola :

Pola hidup teratur

Pola hidup tidak teratur

Lampiran 4 Surat Pernyataan Sebagai Responden  
Surat Pernyataan  
Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Peneliti

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Saya telah membaca permohonan dan mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Dyah Ayu Anindya Argani, Mahasiswa Program Studi Jurusan Farmasi Politeknik Kesehatan Tanjung Karang dengan Judul “Gambaran Self Care Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Rajabasa Indah Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung 2024 ”.

Saya memahami dan memahami dengan jelas tujuan, manfaat, dan kemungkinan dampak penelitian yang akan dilakukan. Saya memahami dan yakin bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya dan menjaga kerahasiaan saya sebagai responden peneliti. Dengan memperhatikan pertimbangan diatas, dengan hati nurani yang penuh dan tanpa paksaan dari pihak manapun, saya memutuskan setuju untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.

Bandar Lampung, / /2024

Yang Membuat Pernyataan

(.....)

## Lampiran 5 Lembar Permohonan Kepada Responden

### Lembar Permohonan Kepada Responden

Nama saya Dyah Ayu Anindya Argani dan saya Mahasiswi Program Studi D III Farmasi Politeknik Kesehatan Tanjung Karang. Sedang melakukan penelitian tentang “Gambaran Self Care Pasien Hipertensi Di Puskesmas Rajabasa Indah Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung 2024”. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir di Program Studi D III Farmasi Politeknik Kesehatan Tanjung Karang

Untuk itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon agar Bapak/Ibu menjawab pertanyaan dalam lembar kuesioner dengan memberikan jawaban yang bersifat jujur dan apa adanya. Jika bersedia, silahkan menandatangani lembar persetujuan ini sebagai tanda bukti kerelaan Bapak/Ibu

Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga bebas mengundurkan diri setiap saat tanpa sanksi apapun. Identitas pribadi Bapak/Ibu dan semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini. Terimakasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini.

## Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian

### a. Proses Pengambilan Data

#### 1. Responden berjenis kelamin laki-laki 40-49 tahun



#### 2. Responden berjenis kelamin laki-laki 50-59 tahun



#### 3. Responden berjenis kelamin laki-laki 60-69 tahun



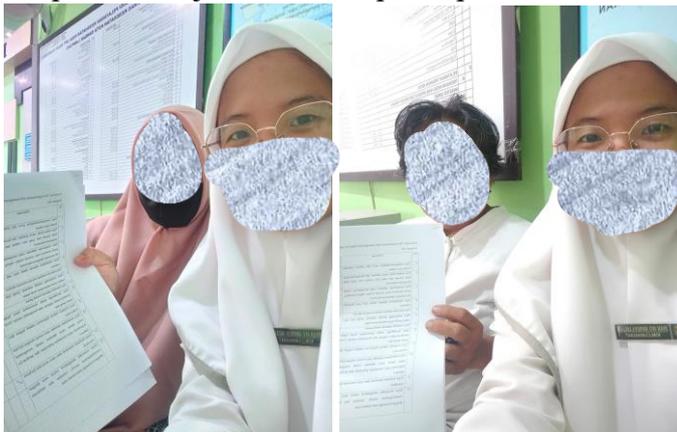
## 4. Responden berjenis kelamin laki-laki &gt;70 tahun



## 5. Responden berjenis kelamin perempuan 40-49 tahun



## 6. Responden berjenis kelamin perempuan 50-59 tahun



7. Responden berjenis kelamin perempuan 60-69 tahun



8. Responden berjenis kelamin perempuan >70 tahun



Lampiran 7 Tabel Data Penelitian

No.	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Jumlah Item Obat	Penyakit Penyerta	Efek Samping Obat	Lama Menderita Hipertensi	Riwayat Hipertensi dalam Keluarga	Self Care
	1=Laki-laki 2=perempuan	1=40-49 tahun 2=50-59 tahun 3=60-69 tahun 4= ≥ 70 tahun	1= SD 2= SMP 3= SMA 4= SARJANA	1= bekerja 2= tidak bekerja	1= <5 atau 2= >5	1= ada 2= tidak ada	1= ada 2= tidak ada	1 = ≤1tahun 2 = 2 tahun 3 = 3-10 tahun 4 = ≥10 tahun	1= ada 2= tidak ada	Kategori Ket: 1. Kurang (40-80) 2. Cukup (90-120) 3. Baik (130-160)
1	1	4	3	2	1	1	2	3	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3
3	1	1	3	1	1	1	2	2	1	3
4	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2
5	2	3	2	2	1	1	2	3	2	3
6	1	1	4	1	1	2	2	3	1	3
7	2	3	4	2	1	1	2	4	1	3
8	2	3	1	2	1	1	2	4	1	2
9	2	2	3	2	1	2	2	2	1	3
10	1	2	4	1	1	2	1	3	1	2
11	2	2	3	2	1	2	2	3	1	1
12	1	2	3	1	1	1	2	3	2	2
13	2	2	4	1	1	1	1	2	1	3
14	1	3	4	2	1	1	1	4	1	3
15	2	2	4	1	1	1	1	3	1	1
16	2	2	4	2	1	1	2	1	1	3
17	2	1	4	1	1	2	2	2	1	3
18	2	3	3	2	1	1	2	4	1	1
19	2	2	2	2	1	1	2	1	2	3
20	2	1	3	2	1	1	2	2	1	2
21	2	2	3	1	1	1	2	4	1	2
22	1	4	4	2	1	2	2	2	2	1
23	2	1	3	2	1	1	2	3	1	3
24	1	3	4	1	1	1	2	1	2	2
25	2	3	2	2	1	1	1	4	1	2
26	2	1	2	1	1	1	2	4	2	3
27	2	2	4	2	1	1	2	3	2	3
28	2	1	4	2	1	2	1	1	1	2
29	2	2	3	2	1	1	2	1	1	3
30	1	3	3	1	1	1	2	3	1	1
31	2	2	3	2	1	1	2	2	1	3
32	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2
33	1	2	4	1	1	2	2	2	1	3
34	2	3	2	2	1	1	2	3	2	1
35	2	2	4	1	1	1	1	2	2	2
36	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2
37	1	2	2	2	1	1	2	4	1	2
38	2	1	3	2	1	2	2	2	1	2
39	2	1	3	2	1	1	2	1	1	3
40	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3
41	1	2	3	2	1	2	2	3	1	2
42	1	2	3	1	1	2	2	2	1	2
43	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
44	2	2	2	2	1	1	2	3	1	1
45	2	2	1	2	1	1	2	3	1	2
46	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2
47	2	2	2	2	1	2	2	3	1	3
48	2	1	3	2	1	2	2	1	1	3
49	2	1	3	2	1	1	2	2	1	3
50	1	2	2	2	1	1	2	3	2	3

51	1	2	2	2	1	1	2	3	2	3
52	2	2	3	2	1	1	2	3	1	3
53	2	2	2	2	1	1	2	3	1	2
54	2	2	2	2	1	1	2	3	1	2
55	2	2	2	2	1	1	2	3	1	2
56	2	2	2	2	1	1	2	3	2	1
57	2	2	1	2	1	1	2	4	2	1
58	1	2	3	2	1	2	2	2	2	3
59	1	4	3	2	1	2	2	3	1	1
60	1	2	2	2	1	1	2	3	1	2
61	2	2	2	2	1	1	2	3	1	3
62	2	2	3	2	1	1	2	3	1	1
63	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3
64	2	2	2	2	1	2	2	3	1	1
65	2	1	2	2	1	2	2	3	2	2
66	2	2	3	2	1	2	2	2	1	2
67	1	2	3	2	1	2	2	3	2	3
68	2	2	2	2	1	2	2	3	1	3
69	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2
70	1	2	3	2	1	2	2	3	1	3
71	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2
72	2	3	2	2	1	1	2	3	2	3
73	1	3	2	2	1	2	2	4	2	2
74	2	1	1	2	1	1	2	4	2	2
75	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1
76	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3
77	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2
78	2	1	3	2	1	2	2	3	1	3
79	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1
80	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1
81	1	1	2	2	1	1	2	3	2	1
82	1	1	4	1	1	2	2	2	1	1
83	1	2	4	1	1	1	2	1	1	2
84	2	1	3	1	1	2	2	2	2	2
85	2	2	3	2	1	1	2	2	1	3
86	1	2	3	2	1	2	2	2	2	3
87	2	1	1	2	1	1	2	2	2	3
88	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1
89	2	1	1	2	1	2	2	3	2	2
90	2	2	2	2	1	1	2	2	1	3
91	1	2	2	2	1	1	2	3	1	1
92	1	2	1	2	1	1	2	2	1	3
93	1	2	2	1	1	1	2	3	1	3
94	2	1	3	2	1	1	2	3	1	1
95	2	1	3	1	1	2	2	2	1	1
96	2	2	3	1	1	2	2	1	1	3
97	1	4	3	2	1	2	2	3	1	2
98	1	2	3	2	1	2	2	3	1	2
99	2	3	3	2	1	2	2	3	2	2
100	2	3	2	2	1	2	2	3	2	2

Lampiran 8 Lembar Surat Penelitian  
a. Lembar Surat Izin Penelitian

	<b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN</b> <b>POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPURUNING</b> Jalan Soekarno Hatta – Hatta No.6 Bandar Lampung Telepon (0721) 783 852 Faksimile : 0721 - 773918	
E-mail : <a href="mailto:direktorat@poltekkes.tjk.ac.id">direktorat@poltekkes.tjk.ac.id</a>		Website : <a href="http://poltekkes.tjk.ac.id">http://poltekkes.tjk.ac.id</a>
Nomor	: PP.03.04/F.XLIII/756/2024	5 Februari 2024
Lampiran	: 1 eks	
Hal	: Izin Penelitian	

Yth, Kepala Dinas Penanaman Modal Dan PTSP Kota Bandar Lampung  
Di- Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir bagi mahasiswa Tingkat III Program Studi Farmasi Program Diploma Tiga Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2023/2024, maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Adapun mahasiswa yang melakukan penelitian adalah sebagai berikut :

No	NAMA	JUDUL PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	DYAH AYU ANINDYA ARGANI NIM: 2148401047	Gambaran Self Care Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Rajabasa Indah Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung 2024	PKM.Rajabasa Indah
2.	SALSA PUTRI AMELIA NIM: 2148401032	Gambaran Tingkat Kepatuhan Mengonsumsi Obat Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Susunan Baru Bandar Lampung dengan Metode Pill Count Kombinasi MMAS-8	PKM.Susunan Baru

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang,



**Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes**  
NIP 196705271988012001

Tembusan:  
1. Ka. Jurusan Farmasi  
2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Serifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

## b. Lembar Surat Keterangan Penelitian



**PEMERINTAH KOTA BANDARLAMPUNG**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Dr. Susilo Nomor 2 Bandar Lampung, Telepon (0721) 476362  
 Faksimile (0721) 476362 Website: www.dpmpptsp.bandarlampungkota.go.id  
 Pos-el: dpmpptsp.kota@bandarlampungkota.go.id

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN (SKP)**  
**Nomor :1871/070/04919/SKP/III.16/III/2024**

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 03 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian dan Rekomendasi dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Bandar Lampung Nomor 070/00265/IV.05/2024 Tanggal 2024-02-29 11:11:41, yang bertandatangan dibawah ini Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung memberikan Surat Keterangan Penelitian (SKP) kepada :

1. Nama : DYAH AYU ANINDYA ARGANI
  2. Alamat : GANG KAIFA 2 KEL./DESA HAJIMENA KEC. NATAR KAB/KOTA LAMPUNG SELATAN PROV. LAMPUNG
  3. Judul Penelitian : GAMBARAN SELF CARE PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS RAJABASA INDAH KECAMATAN RAJABASA KOTA BANDAR LAMPUNG
  4. Tujuan Penelitian : UNTUK MENGETAHUI GAMBARAN SELF CARE PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS RAJABASA INDAH KOTA BANDAR LAMPUNG
  5. Lokasi Penelitian : PUSKESMAS RAJABASAINDAH BANDAR LAMPUNG
  6. Tanggal dan/atau lamanya penelitian : 2 (DUA) BULAN
  7. Bidang Penelitian : FARMASI
  8. Status Penelitian : -
  9. Nama Penanggung Jawab atau Koordinator : DEWI PURWANINGSIH, SIT., M.Kes
  10. Anggota Penelitian : DYAH AYU ANINDYA ARGANI
  11. Nama Badan Hukum, Lembaga dan Organisasi Kemasyarakatan : POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG
- Dengan Ketentuan sebagai berikut :
1. Pelaksanaan Penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu stabilitas pemerintah.
  2. Setelah Penelitian selesai, agar menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik (BAKESBANGPOL) Kota Bandar Lampung.
  3. Surat Keterangan Penelitian ini berlaku selama 1 (satu) tahun sejak tanggal ditetapkan.



Ditetapkan di : Bandarlampung  
 pada tanggal : 01 Maret 2024



Ditandatangani secara elektronik oleh :  
 Kepala Dinas  
**MUHTADI A. TEMENGGUNG, S.T., M.SI.**  
 NIP 19710810 199502 1 001

Tersimpan:  
 1. BAKESBANGPOL Kota Bandar Lampung  
 2. Kepala Kota Bandar Lampung  
 3. Petinggi

Dokumen ini telah di tandatangi secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR - BSSN.



## c. Lembar Surat Penelitian Dinas Kesehatan



**PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG  
DINAS KESEHATAN**

Jalan Way Pengubuan No. 3 Pahoman, Enggal Bandar Lampung, 35127  
Telepon (0721) 472003, Website : [www.bandarlampungkota.go.id](http://www.bandarlampungkota.go.id)

Bandar Lampung, 25 Maret 2024

Nomor : 070/ 069 /III.02/VI/03/2024  
Lampiran : -  
Penihal : Izin Penelitian

Kepada Yth,  
Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan  
Tanjungkarang  
Di-  
Bandar Lampung

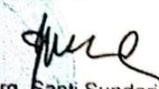
Sehubungan dengan surat saudara nomor : PP.03.04/F.XLIII/757/2024 tanggal 05 Februari 2024 Perihal Izin Penelitian dalam rangka Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) bagi Mahasiswa Tingkat III Program Studi Farmasi Program Diploma Tiga Jurusan Farmasi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang, atas nama **DYAH AYU ANINDYA ARGANI** NIM. 2148401047, Judul Penelitian "Gambaran Self Care Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Rajabasa Indah Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung 2024".

Perlu kami Informasikan beberapa hal sebagai berikut :

- a. Izin pengambilan data dalam Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung mengacu kepada Peraturan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
- b. Izin pengambilan data digunakan semata-mata hanya untuk kepentingan Akademik/Studi dan tidak akan dipublikasikan tanpa izin tertulis dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
- c. Kegiatan pengambilan data dilaksanakan selama 3 (tiga) bulan sejak tanggal ditetapkan.
- d. Setelah menyelesaikan kegiatan tersebut, mahasiswa diwajibkan menyampaikan laporan hasil kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

an. Plt. Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Bandar Lampung  
Sekretaris

  
drg. Santi Sundari, M.Kes  
Pembina TK. I (IV/b)  
NIP. 19790614 200604 2 010

Tembusan : disampaikan Kepada Yth,

1. Sdr. Kabid. Pelayanan Kesehatan
2. Sdr. Kabid. Kesehatan Masyarakat
3. Sdr. Kabid. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
4. Sdr. Ka. Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes  
Tanjungkarang
5. Sdr. Kepala Puskesmas Rajabasa Indah
6. Sdr. Dosen Pembimbing
7. Mahasiswa yang bersangkutan
8. ----- Peringgalan -----

## d. Lembar Surat Izin Penelitian Puskesmas Rajabasa Indah

**PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG**  
**UPT PUSKESMAS RAJABASA INDAH**

Jalan Pramuka No.1, Rajabasa, Bandar Lampung 35144  
Telepon +62 82182779558

Bandar Lampung, 28 Maret 2024

Nomor : 440/733/III.02/2024  
Lampiran :-  
Perihal : Persetujuan Penelitian

Kepada Yth  
Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang  
Di-  
Bandar Lampung

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjungkarang, Nomor : PP.03.04/F.XLIII/757/2024 Tertanggal 05 Februari 2024, Tentang Izin Penelitian di Puskesmas Rajabasa Indah dengan Judul **"Gambaran Self Care Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Rajabasa Indah Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung 2024"**

**NAMA** : Dyah Ayu Anindya Argani  
**NPM** : 2148401047

Perlu kami Informasikan beberapa hal, yaitu sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan menyetujui permohonan tersebut
2. Izin melakukan penelitian digunakan semata-mata hanya untuk kepentingan Akademik/Studi dan tidak akan dipublikasikan tanpa izin tertulis dari Kepala UPT Puskesmas Rajabasa Indah.
3. Kegiatan Pengambilan data di Puskesmas Rajabasa Indah maupun Survey langsung ke masyarakat dilaksanakan selama 1 (satu) bulan sejak tanggal dikeluarkan.

4. Setelah menyelesaikan kegiatan tersebut, diwajibkan menyampaikan laporan hasil kegiatannya kepada Kepala Puskesmas Rajabasa Indah.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala UPT Puskesmas Rajabasa Indah  
  
drg. Susi  
Rembina Utama Muda (IV/c)  
NIP 197909272005012008

Tembusan disampaikan kepada Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung
2. Mahasiswa yang bersangkutan
3. Peringgal

## e. Lembar Surat Selesai Penelitian Puskesmas Rajabasa Indah

**PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG**  
**UPT PUSKESMAS RAJABASA INDAH**Jalan Pramuka No.1, Rajabasa, Bandar Lampung 35144  
Telepon +62 82182779558

Bandar Lampung, 08 Agustus 2024

Nomor : 400.7.22.1/1894/III.02/18/2024  
Lampiran : -  
Perihal : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian

Kepada Yth  
Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan  
Tanjungkarang  
Di-  
Bandar Lampung

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan surat dari Kepala UPT Puskesmas Rajabasa Indah, Nomor :  
440/733/III.02/2024 Tertanggal 28 Maret 2024, Tentang Persetujuan Penelitian di  
Puskesmas Rajabasa Indah dengan Judul "**Gambaran Self Care Pada Pasien  
Hipertensi di Puskesmas Rajabasa Indah Kecamatan Rajabasa Kota Bandar  
Lampung 2024**"

NAMA : Dyah Ayu Anindya Argani  
NIM : 2148401047

Dengan ini menerangkan bahwa nama tersebut di atas Telah Selesai Melaksanakan  
Penelitian dan Telah Membuat Laporan.  
Demikian Surat Keterangan ini untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya,  
sekian terima kasih.

Kepala UPT Puskesmas Rajabasa Indah

drg. Susi  
Pembina Utama Muda (IV/c)  
197909272005012008

Tembusan disampaikan kepada Yth:  
1 Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung  
2 Mahasiswa yang bersangkutan  
3 ..... Peringatan.....

Lampiran 9 Lembar konsultasi  
a. Lembar Konsultasi Pembimbing Utama

### LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Dyah Ayu Anindya Argani  
NIM : 2148401047  
DOSEN PEMBIMBING : dr. Dwi May Indriyani, M.Si

NO	TANGGAL	KEGIATAN		PARAF	
		MASALAH	PENYELESAIAN	DOSEN	MHS
1	18 Juli 2023	Konsultasi tentang Proposal dan judul	- Diskusi tentang judul Proposal.		
2.	20 Juli 2023	- konsultasi judul	- pengajuan judul.		
3	20 Juli 2023	- revisi judul Proposal	- Acc judul proposal		
4	29 Juli 2023	- Mengembangkan BAB 1			
5.	1 Agustus 2023	- Revisi BAB 1			
6.	4 Agustus 2023	- pengumpulan revisi BAB 1			
7	25 Agustus 2023	- Pengumpulan BAB 2			
8	11 Oktober	- pengumpulan BAB 2			
9	20 Oktober	- Bimbingan revisi BAB 1, 2, 3			
10	16 Agustus	- Revisi BAB 1			
11	15 November	- revisi BAB 1, 2, 3			
12.	21 November	- revisi BAB 1, 2, 3			
13.	22/11/2023	ACC SEMINAR PROPOSAL			

14	2 Januari 2024	revisi setelah Jempro			
15	27/06/2024	- tambahan bab 4			
16	10/06/2024	-revisi bab 4			
17	15/06/2024	revisi bab 4 dan bab 5			
18	25/06/2024	-revisi bab 4 dan bab 5			
19.	26/06/2024	After Seminar Hasil Setelah Seminar Hasil			
20	11/07/2024,	revisi LTA			

## b. Lembar Konsultasi Pembimbing Dua

## LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : dyah ayu anindya a  
 NIM : 2148401047  
 DOSEN PEMBIMBING II : Apt. Elma Vioentma Sembiring, S. farm., M. Clin. Pharm.

NO	TANGGAL	KEGIATAN		PARAF	
		MASALAH	PENYELESAIAN	DOSEN	MHS
1	26/06 2024		Acc majle kemah hast.		
2.	12/07 2024.		Setelah seminar hast revisi LTA		
3	15/07 2024		revisi LTA		
4	16/7 2024		revisi LTA		

- Lampiran 10 Lembar perbaikan  
a. Lembar Perbaikan Seminar Proposal

**LEMBAR PERBAIKAN  
SEMINAR PROPOSAL TUGAS AKHIR**

Hari / Tanggal : Selasa 19 Desember 2023  
 Nama Mahasiswa : Dyah Ayu Amindya Aegani  
 Judul Proposal Tugas Akhir : Gambaran Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi  
 Di Puskesmas Pajabare Indah Kecamatan Kembang Kote  
 Bandar Lampung 2024

**HASIL MASUKAN :**

**Penguji 1 :**

1. ganti misalannya penelitian → ti lth. kesehatan secara keseluruhan
2. Berahi latar pengantar.
3. Pakei SELF CASE
4. Berahi kerangka teori & kerangka konsep.

**Penguji 2 :**

kerjakan sesuai dengan number - number dan para penguji.

Penguji 1,

Siti Julaiha M. Farm., Apt.

Np. 158010102006042019

Mengetahui

Penguji 2,

Apt. Elma Vioentini Sembany, Sman, M.de. Dwi May Indriyani, M.si

Np. 199605052022032004

Np. 158105032010122002

Penguji 3,

b. Lembar Perbaikan Seminar Hasil

**LEMBAR PERBAIKAN  
SEMINAR HASIL TUGAS AKHIR**

Hari / Tanggal : Rabu / 3 Juli 2024  
 Nama Mahasiswa : Diah Ayu Anindya Arzani  
 Judul Tugas Akhir : Gambaran Sifat Ciri Pasien Hipertensi di Puskesmas Rajabasa Indah Kecamatan Rajabasa Kota Bandar Lampung 2024

**HASIL MASUKAN :**

Penguji 1 :  
 - Tambahkan Pembahasan terkait alasan-alasan yang terjadi pada responden  
 - Tulisiran keputusannya pada penelitian ini  
 - Perbaiki Penulisan  
 - Foto Pengantar

Penguji 2 :  
 - rapikan penulisan  
 - Tambahkan Pembahasan  
 - Daftar Pustaka diperbaiki  
 - lampiran diperbaiki dan diperbaiki

Penguji 3 :

Mengetahui

Penguji 1,

Siti Juliana, M. Farm., Apt  
 NIP. 198010102006042004

Penguji 2

Ap. Elma Uroentris-Simbiring, S.Farm, M.Li.M.Biomed  
 NIP. 199605052022032004

Penguji 3,

Dr. Dwi May Indriyani, M.Si  
 NIP. 198105032010122002