Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN KEPADA RESPONDEN

Kepada Yth,
Bapak / bu Calon Responden
Di -
RSWS Makassar

Dengan Hormat,

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir Mahasiswa Program Magister Terapan Konsentrasi Administrasi Pelayanan Kesehatan Politeknik STIA LAN Makassar, maka kami akan melakukan Penelitian dengan Judul " Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Fisioterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ".

Berkaitan dengan penelitian, maka kami membutuhkan informasi dari Bapak / Ibu. Olehnya itu besar harapan kami kiranya Bapak / Ibu bersedia menjadi responden. Semua Informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya, jawaban yang diminta adalah sesuai dengan kondisi yang dirasakan oleh Bapak / Ibu dalam memperoleh Pelayanan Fisioterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Demikian permohonan ini, atas bantuan dan partisipasinya diucapkan Terima Kasih.

Makassar, Maret 2021

Peneliti

(Darmawaty Mansyur)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

No. Responden :

Jenis Kelamin :

Umur :

Pendidikan :

Setelah mendapatkan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Magister Terapan Konsentrasi Administrasi Pelayanan Kesehatan Politeknik STIA LAN Makassar dengan judul “Analisis Pelaksanan Standar Pelayanan Fisioterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makaassar ”.

Demikian Pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun dan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 2021

Responden

Lampiran 3

LEMBAR KUESIONER

Judul Penelitian : “ Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Fisioterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ”.

A. Identitas Responden

a. Jenis Kelamin : Laki-Laki ☐ ☐ Perempuan

b. Umur :
☐ 17 – 25 Tahun
☐ 26 – 35 Tahun
☐ 36 – 45 Tahun
☐ 46 – 55 Tahun
☐ > 56 Tahun

c. Pendidikan Terakhir :
☐ Tidak Sekolah
☐ Sekolah dasar
☐ SMP / Sederajat
☐ SMA / Sederajat
☐ D3 / Sarjana

d. Pekerjaan :
☐ PNS / TNI / POLRI / PENSIUNAN
☐ PEGAWAI SWASTA
☐ WIRASWASTA
☐ LAIN-LAIN

e. Jenis Fasilitas Kesehatan

Yang digunakan : ☐ BPJS

☐ UMUM

B. Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda ceklis (√) pada salah satu pilihan jawaban sesuai dengan kepuasan pelayanan yang anda terima pada kolom ;

SB : Sangat Baik

B : Baik

CB : Cukup Baik

KB : Kurang Baik

TB : Tidak Baik

C. Pertanyaan

NO	PERTANYAAN TENTANG STANDAR PELAYANAN FISIOTERAPI	TANGGAPAN				
		SB	B	CB	KB	TB
I. PENYELENGGARAAN PELAYANAN						
1.	**A. ALUR PELAYANAN**					
	Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Kemudahan Melihat / Mengakses Alur Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik					
2.	**B. PROSES PELAYANAN**					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai wawancara (bagian dari Assesmen) yang dilakukan Fisioterapis dalam rangka mengumpulkan informasi mengenai riwayat Pasien					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai pemeriksaan Uji / pengukuran yang dilakukan oleh Fisioterapis sebelum terapi dalam rangka Penegakan Diagnosis					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Penjelasan yang dilakukan oleh Fisioterapis mengenai Rencana Intervensi (Penentuan / Pemilihan Jenis Intervensi / Tindakan) yang akan diberikan					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Intervensi (Tindakan) Fisioterapi yang dilakukan oleh Fisioterapis					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai informasi yang diberikan oleh Fisioterapis atas Evaluasi hasil intervensi (Informasi Kemajuan Terapi atau Rencana Penghentian Terapi)					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Komunikasi dan Edukasi Fisioterapi yang diberikan kepada Pasien dan Keluarganya					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Dokumentasi (Pencatatan) data hasil Pemeriksaan / tindakan yang diberikan oleh Fisioterapis					
3.	**C. PROSEDUR PELAYANAN**					
	Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Prosedur Pelayanan di Instalasi ini					
4.	**D. HAK PASIEN / KLIEN DAN KELUARGA**					
	Bagaimanakah pendapat Bapak / Ibu mengenai Hak Pasien / Klien Keluarga yang diberikan dalam mendapatkan semua informasi yang berhubugan dengan pelayanan Fisioterapi					

NO	PERTANYAAN TENTANG STANDAR PELAYANAN FISIOTERAPI	TANGGAPAN				
		SB	B	CB	KB	TB
II. SUMBER DAYA						
1.	**A. SUMBER DAYA MANUSIA**					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai ketersedian tenaga Fisoterapis					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai kompetensi (Kemampuan) Fisioterapis dalam memberikan pelayanan					
2.	**B. SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN**					
	1. **Sarana**					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai letak lokasi gedung / bangunan tempat penyelenggaraan Fisioterapi dengan Loket pendaftaran					
	- Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Desain ruang pelayanan Fisioterapi (Memenuhi Prinsip-Prinsip Keselamatan dan Kemudahan akses bagi Pasien maupun bagi difabel / Penyandang disabilitas)					
	2. **Prasarana**					
	Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai Kelengkapan Prasarana Administrasi dalam pelayanan Fisioterapi (Formulir Assesmen Pasien, Informed Consent dan Lembar Edukasi Terintegrasi)					
	3. Peralatan					
	Bagaimanakah Pendapat Bapak / Ibu mengenai ketersediaan peralatan pemeriksaan Fisik dan Peralatan Intervensi dalam Pelayanan fisioterapi					

Lampiran 4

PEDOMAN WAWANCARA PASIEN

Dalam melakukan penelitian dengan judul “Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Fisioterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin sudirohusodo Makassar ”. Peneliti menggunakan juga teknik Wawancara terstruktur dengan sejumlah pertanyaan yang telah disusun sebagai upaya memperoleh informasi.

A. Identitas Responden

Kode Responden	:	
Nama lengkap	:	
Umur	:	
Alamat	:	
Jenis Kelamin	:	☐ Laki-Laki ☐ Perempuan
Pekerjaan	:	
Status	:	
Pendidikan Terakhir	:	
Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang digunakan	:	☐ BPJS ☐ UMUM

B. Pertanyaan

I. PENYELENGGARAAN PELAYANAN

A. ALUR PELAYANAN

- Menuru Bapak / Ibu bagaimanakah Kemudahan untuk melihat / mengakses Alur Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik

B. PROSES PELAYANAN

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Wawancara (bagian dari Assesmen) yang dilakukan Fisioterapis dalam rangka mengumpulkan informasi mengenai riwayat Pasien.
- Menurut Bapak / Ibu, bagaimanakah pemeriksaan Uji / pengukuran yang dilakukan oleh Fisioterapis sebelum terapi dalam rangka Penegakan Diagnosis
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Penjelasan yang dilakukan oleh Fisioterapis mengenai Rencana Intervensi (Penentuan / Pemilihan Jenis Intervensi / Tindakan) yang akan diberikan.
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi yang dilakukan oleh Fisioterapis
  - Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan berdasarkan Program Perencanaan Intervensi
  - Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan mengutamakan keselamatan pasien.

- Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan mempertimbangkan hak dan kenyamanan pasien / klien dan keluarganya
- Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan secara Etik dengan Fasilitas dan ruangan yang memadai.

➢ Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah informasi yang diberikan oleh Fisioterapis atas Evaluasi hasil intervensi
- Apakah Fisioterapis memberikan informasi Kemajuan Terapi atau Rencana Penghentian Terapi.

➢ Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Komunikasi dan Edukasi Fisioterapi yang diberikan kepada Pasien dan Keluarganya
- Apakah Fisioterapis memiliki dan menggunakan identitas resmi yang mudah dilihat dan dipahami oleh pasien dan / atau keluarganya sebagai bagian dari Identitas Profesi.
- Apakah Fisioterapis memperkenalkan diri dan memberikan informasi mengenai kondisi Pasien / Klien.

➢ Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah dokumentasi (Pencatatan) data hasil Pemeriksaaan / tindakan yang diberikan oleh Fisioterapis.

C. PROSEDUR PELAYANAN

➢ Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Prosedur Pelayanan di Instalasi ini.

D. HAK PASIEN / KLIEN DAN KELUARGA

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Hak Pasien / Klien Keluarga yang diberikan dalam pelayanan Fisioterapi
  - Apakah Fisioterapis menghormati kebutuhan pasien/klien dan keluarga yang berkaitan dengan pelayanan fisioterapi yang dibutuhkan
  - Apakah Fisioterapis membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien dan/atau keluarganya
  - Apakah Fisioterapis memahami kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hak pasien dan keluarga, menghormati hak pasien dan keluarga
  - Apakah Pasien/klien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam keputusan pelayanan dan proses fisioterapi
  - Apakah disediakan formulir persetujuan /penolakan *(informed consent)*

II. SUMBER DAYA

A. SUMBER DAYA MANUSIA

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah ketersediaan tenaga Fisioterapis di Instalasi ini
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Kompetensi (Kemampuan) Fisioterapi dalam memberikan pelayanan

B. SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Letak Lokasi Gedung / Bangunan tempat penyelenggaraan Fisioterapi dengan Loket pendaftaran.
  - Apakah memperhatikan kemudahan akses untuk mencapai lokasi bagi Pasien.
  - Apakah ada petunjuk arah yang mudah terlihat / dipahami
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Desain ruang pelayanan Fisioterapi
  - Apakah di desain memenuhi prinsip-prinsip keselamatan dan kemudahan akses bagi Pasien maupun bagi difabel / penyandang disabilitas.
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Kelengkapan Prasarana Administrasi dalam Pelayanan Fisioterapi
  - Apakah selalu tersedia Formulir Assesmen Pasien, Informed Consent dan Lembar Edukasi Terintegrasi.
  - Apakah tersedia media informasi yang cukup, baik cetak dan / atau elektronik untuk menunjang kebutuhan pelayanan Fisioterapi
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah ketersediaan peralatan pemeriksaan Fisik dan Peralatan Intervensi dalam Pelayanan Fisioterapi

Lampiran 5

PEDOMAN WAWANCARA KEPALA INSTALASI,
KEPALA SUB INSTALASI, SUB KOMITE DAN FISIOTERAPIS

Pertanyaan

I. PENYELENGGARAAN PELAYANAN

A. ALUR PELAYANAN

- Menurut Bapak / Ibu Apakah ada kendala untuk melihat / mengakses Alur Pelayanan di Instalasi ini. Jika ada, kira-kira solusinya seperti apa?

B. PROSES PELAYANAN

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah sebaiknya cara melakukan Wawancara (bagian dari Assesmen) yang dilakukan oleh Fisioterapis dalam rangka mengumpulkan informasi mengenai riwayat Pasien.
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah sebaiknya cara melakukan pemeriksaan Uji / pengukuran yang dilakukan oleh Fisioterapis sebelum terapi dalam rangka Penegakan Diagnosis.
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah sebaiknya Fisioterapis memberikan Penjelasan mengenai Rencana Intervensi (Penentuan / Pemilihan Jenis Intervensi / Tindakan) yang akan diberikan.
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah sebaiknya cara melakukan Intervensi (Tindakan) Fisioterapi

- Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi yang dilakukan berdasarkan Program Perencanaan Intervensi.
- Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi yang dilakukan mengutamakan keselamatan pasien.
- Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi yang dilakukan mempertimbangkan hak dan kenyamanan pasien / klien dan keluarganya.
- Apakah Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan secara Etik dengan Fasilitas dan ruangan yang memadai.

➢ Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah sebaiknya cara Fisioterapis memberikan informasi atas Evaluasi hasil intervensi

- Apakah Fisioterapis perlu memberikan informasi Kemajuan Terapi atau Rencana Penghentian Terapi.

➢ Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah cara melakukan Komunikasi dan Edukasi Fisioterapi kepada Pasien dan Keluarganya

- Apakah Fisioterapis perlu memiliki dan menggunakan identitas resmi yang mudah dilihat dan dipahami oleh pasien dan / atau keluarganya sebagai bagian dari Identitas Profesi.
- Apakah Fisioterapis perlu memperkenalkan diri dan memberikan informasi mengenai kondisi Pasien / Klien.

➢ Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah sebaiknya pendokumentasian (Pencatatan) data hasil Pemeriksaaan / tindakan yang diberikan oleh Fisioterapis.

C. PROSEDUR PELAYANAN

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Prosedur Pelayanan di Instalasi ini.

D. HAK PASIEN / KLIEN DAN KELUARGA

- Menurut Bapak / Ibu apakah Hak Pasien / Klien Keluarga yang berhubungan dengan pelayanan Fisioterapi
  - Bagaimana cara Fisioterapis menghormati kebutuhan pasien/klien dan keluarga yang berkaitan dengan pelayanan fisioterapi yang dibutuhkan.
  - Bagaimana cara Fisioterapis membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien dan/atau keluarganya.
  - Perlukah Fisioterapis memahami kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hak pasien dan keluarga, menghormati hak pasien dan keluarga.
  - Apakah Pasien/klien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam keputusan pelayanan dan proses fisioterapi.
  - Apakah petugas memberikan formulir persetujuan/ penolakan *(informed consent).*

II. SUMBER DAYA

A. SUMBER DAYA MANUSIA

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah ketersediaan tenaga Fisioterapis di Instalasi ini.

- Menurut Bapak / Ibu apakah Fisioterapis yang memberikan Pelayanan telah sesuai dengan Kewenagannya.

B. SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Letak Lokasi Gedung / Bangunan tempat penyelenggaraan Fisioterapi dengan Loket pendaftaran.
  - Apakah ada Kendala bagi Pasien maupun bagi difabel / penyandang disabilitas untuk menjangkau lokasi Gedung / Bangunan tempat penyelenggaraan Fisioterapi dengan Loket pendaftaran. Jika ada, kira-kira solusinya seperti apa?
  - Perlukah petunjuk arah agar mudah terlihat / dipahami.
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Desain ruang pelayanan Fisioterapi
  - Apakah telah di desain memenuhi prinsip-prinsip keselamatan dan kemudahan akses bagi Pasien difabel / penyandang disabilitas, yang akan melakukan Intervensi.
- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah Kelengkapan Prasarana Administrasi dalam Pelayanan Fisioterapi
  - Apakah selalu tersedia Formulir Assesment Pasien, Informed Consent dan Lembar Edukasi Terintegrasi.
  - Apakah diperlukan media informasi, baik cetak dan / atau elektronik untuk menunjang kebutuhan pelayanan Fisioterapi maupun sebagai Upaya meningkatkan kualitas / kompetensi Sumber Daya Manusia.

- Menurut Bapak / Ibu bagaimanakah ketersediaan peralatan pemeriksaan Fisik dan Peralatan Intervensi dalam Pelayanan Fisioterapi
  - Apakah selalu tersedia dalam jumlah yang cukup peralatan pemeriksaan Fisik dan Peralatan Intervensi.
  - Apakah dilakukan Uji Fungsi dan Kalibrasi secara berkala

Lampiran 6

DAFTAR CHECKLIST PENELITIAN

NO	OBSERVASI			JAWABAN	
				YA	TIDAK
I. PENYELENGGARAAN PELAYANAN					
A	1		Alur pelayanan fisioterapi tertuang dalam standar prosedur operasional (SPO) yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan		
	2		Alur Pelayanan yang mudah dilihat / diakses oleh pengguna dan atau masyarakat		
B	Proses Pelayanan				
	1		Asesmen Pasien		
			Hasil Assesmen dituliskan pada lembar Rekam Medik pasien / klien baik pada lembar Rekam Medik terintegrasi dan / atau pada lembar kajian khusus		
	2		Penegakan Diagnosis		
		2.1	Petugas melakukan pemeriksaan dan evaluasi serta pemeriksaan (uji dan pengukuran) sebelum terapi dalam rangka Penegakan Diagnosis		
		2.2	Diagnosis dituliskan pada lembar Rekam Medik pasien / klien baik pada lembar Rekam Medik terintegrasi dan / atau pada lembar kajian khusus Fisioterapi		
	3		Perencanaan Intervensi		
		3.1	Perencanaan intervensi fisioterapi dilakukan berdasarkan hasil assesmen dan diagnosis fisioterapi, prognosis dan indikasi-kontra indikasi		
		3.2	Intervensi berupa program latihan atau program lain yang spesifik, dibuat secara tertulis serta melibatkan pasien dan/atau keluarga sesuai dengan tingkat pemahamannya.		
		3.3	Program perencanaan intervensi dituliskan pada lembar rekam medik pasien baik pada lembar rekam medik terintegrasi dan/atau pada lembar kajian khusus fisioterapi		
	4		Intervensi		
		4.1	Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan berdasarkan Program Perencanaan Intervensi		
		4.2	Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan mengutamakan keselamatan pasien		
		4.3	Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan mempertimbangkan hak dan kenyamanan pasien / klien dan keluarganya		
		4.4	Intervensi (Tindakan) Fisioterapi dilakukan secara Etik dengan Fasilitas dan ruangan yang memadai		
		4.5	Intervensi fisioterapi dicatat dalam formulir intervensi dan monitoring fisioterapi		
	5		Evaluasi / Re-Evaluasi		
		5.1	Evaluasi / Re-Evaluasi dilakukan oleh fisioterapis sesuai tujuan perencanaan intervensi		
		5.2	Kewenangan melakukan evaluasi/re-evaluasi diberikan berdasarkan hasil kredensial fisioterapi yang ditetapkan oleh pimpinan fisioterapis.		
		5.3	Petugas memberikan informasi Kemajuan Terapi atau Rencana Penghentian Terapi.		
	6		Komunikasi dan Edukasi		
		6.1	Fisioterapis memiliki dan menggunakan identitas resmi yang mudah dilihat dan dipahami oleh pasien dan/atau keluarganya serta para pemangku kepentingan sebagai bagian dari identitas profesi		
		6.2	Fisioterapis memperkenalkan diri dan memberikan informasi mengenai kondisi pasien/klien serta rencana tindakan/intervensi, termasuk komunikasi terapeutik pada pasien dan/atau keluarganya		
		6.3	Pasien/klien dirujuk kepada tenaga kesehatan lain Bila ditemukan hal-hal di luar kompetensi, pengetahuan, pengalaman atau keahlian dengan disertai resume fisioterapi.		
	7		Dokumentasi		
			Seluruh proses fisioterapi didokumentasikan pada lembar rekam medik pasien/klien baik pada lembar rekam medik terintegrasi dan/atau pada lembar kajian khusus fisioterapis		

NO	OBSERVASI			JAWABAN	
				YA	TIDAK
C	Prosedur Pelayanan				
	Prosedur Fisioterapi dilakukan secara Lengkap sesuai yang tertuang dalam ICD-9 CM				
D	Hak Pasien / Klien dan Keluarga				
	1	Fisioterapis menghormati kebutuhan pasien/klien dan keluarga yang berkaitan dengan pelayanan fisioterapi yang dibutuhkan			
	2	Fisioterapis membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien dan/atau keluarganya			
	3	Fisioterapis memahami kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hak pasien dan keluarga, menghormati hak pasien dan keluarga			
	4	Pasien/klien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam keputusan pelayanan dan proses fisioterapi			
	5	Adanya formulir persetujuan/penolakan *(informed consent)*			
II. SUMBER DAYA					
A	Sumber Daya Manusia				
	1	Jumlah Fisioterapis sesuai dengan rasio pelayanan pasien / klien per hari			
	2	Pelayanan Fisioterapi dilakukan oleh Petugas yang memiliki Kewenangan berdasarkan hasil Kredensial			
B	Sarana, Prasarana dan Peralatan				
	1	Sarana			
		1.1	Lokasi gedung/bangunan tempat penyelenggaraan pelayanan fisioterapi terletak dekat dengan loket pendaftaran		
		1.2	Gedung/ruang pelayanan fisioterapi didesain memenuhi prinsip-prinsip keselamatan dan kemudahan akses bagi Pasien maupun bagi difabel/penyandang disabilitas.		
		1.3	Adanya petunjuk arah yang mudah terlihat/dipahami.		
	2	Prasarana			
		2.1	Tersedia formulir rekam medik fisioterapi, Informed Consent dan Lembar Edukasi Terintegrasi.		
		2.2	Menyediakan Media informasi yang cukup, baik cetak dan / atau elektronik untuk menunjang kebutuhan pelayanan Fisioterapi maupun sebagai upaya peningkatan kualitas / kompetensi Sumber Daya Manusia		
	3	Peralatan			
		3.1	Tersedianya peralatan pemeriksaan uji/pengukuran, dan jenis peralatan intervensi dalam jumlah yang cukup		
		3.2	Uji fungsi dan kalibrasi dilakukan secara berkala oleh pihak terkait/yang berwenang		

Lampiran 7

IZIN PENELITIAN

LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA
POLITEKNIK STIA LAN MAKASSAR

POLITEKNIK STIA LAN MAKASSAR

Jl. Andi Pangerang Pettarani No. 61, Makassar 90222
Telp. (0411) 455949; Fax. (0411) 453438; Email. info@stialanmakassar.ac.id

Nomor : 0508/STIA.3.1.1/PPS.02.05 Makassar, 16 April 2021
Lampiran : Proposal Penelitian
Hal : Izin Penelitian

Yth. **Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar**
di
Tempat

Dengan hormat disampaikan bahwa dalam rangka penyusunan Tesis untuk menyelesaikan studi pada program pendidikan Magister Terapan Program Studi Administrasi Pembangunan Negara Politeknik STIA LAN Makassar, maka mahasiswa tersebut di bawah ini akan melakukan penelitian di dalam lingkup Instansi Bapak / Ibu, yaitu:

Nama Mahasiswa	:	Darmawaty Mansyur
NPM	:	M012019054
Program Studi	:	Administrasi Pembangunan Negara
Konsentrasi	:	Administrasi Pelayanan Kesehatan
Instansi	:	RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Judul Tesis	:	**Analisis Kepuasan Pasien pada Penyelenggaraan dan Sumber Daya Pelayanan Fisioterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar**

Sehubungan dengan hal dimaksud, dimohon kesediaan Bapak/Ibu dapat memberi izin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melakukan penelitian.

Demikian disampaikan, atas perkenaan dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Wakil Direktur I Bidang Akademik,

Dr. Sulaeman Fattah, M.Si
NIP. 19670601 199402 1 001

LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA
POLITEKNIK STIA LAN MAKASSAR
Jl. Andi Pangerang Pettarani No. 61, Makassar 90222
Telp. (0411) 455949; Fax. (0411) 453438; Email. info@stialanmakassar.ac.id

Nomor : 0538/STIA.3.1.1/PPS.02.05 Makassar, 28 April 2021
Lampiran : Proposal Penelitian
Hal : Izin Penelitian

Yth. **Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan**
di
Tempat

Dengan hormat disampaikan bahwa dalam rangka penyusunan Tesis untuk menyelesaikan studi pada program pendidikan Magister Terapan Program Studi Administrasi Pembangunan Negara Politeknik STIA LAN Makassar, maka mahasiswa tersebut di bawah ini akan melakukan penelitian di dalam lingkup Instansi Bapak / Ibu, yaitu:

Nama Mahasiswa	:	Darmawaty Mansyur
NPM	:	M012019054
Program Studi	:	Administrasi Pembangunan Negara
Konsentrasi	:	Administrasi Pelayanan Kesehatan
Instansi	:	RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Judul Tesis	:	**Analisis Kepuasan Pasien pada Penyelenggaraan dan Sumber Daya Pelayanan Fisioterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar**

Sehubungan dengan hal dimaksud, dimohon kesediaan Bapak/Ibu dapat memberi izin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melakukan penelitian.

Demikian disampaikan, atas perkenaan dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Wakil Direktur I Bidang Akademik,

Dr. Sulaeman Fattah, M.Si
NIP. 19670601 199402 1 001

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com

Nomor : LB.02.01/2.2/6875/2021 23 April 2021
Hal : Izin Penelitian

Yth.
1. Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
2. Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
3. Kepala Instalasi SIRS

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama	: **Darmawaty Mansyur**
NIM	: **M012019054**
Prog. Studi	: **Magister Administrasi Pembangunan Negara**
Konsentrasi	: **Administrasi Pelayanan Kesehatan**
Institusi	: **Politeknik STIA LAN Makassar**
No. HP	: **085398341272**

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul **"Analisi Kepuasan Pasien pada Penyelenggaraan dann Sumber Daya Pelayanan Fisoterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2021"**, sesuai surat dari **Wakil Direktur I Bidang Akademik** dengan Nomor **0508/STIA.3.1.1/PPS.02.05,** tertanggal **16 April 2021**. Penelitian ini berlangsung sejak tanggal **26 April s.d 26 Juni 2021**, dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti:

1. Wajib memakai ID Card selama melakukan penelitian
2. Wajib mematuhi peraturan dan tatatertib yang berlaku
3. Tidak mengganggu proses pelayanan terhadap pasien
4. Tidak diperkenankan membawa status pasien keluar dari Ruangan Rekam Medik
5. Tidak memperbolehkan mengambil gambar pasien dan identitas pasien harus dirahasiakan
6. Mematuhi protokol pencegahan Covid 19.

Demikian, untuk di pergunakan sebagaimanamestinya.

Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Ridhayani B, SKM, M.Kes
NIP 197110271997032001

PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : **14213/S.01/PTSP/2021**
Lampiran :
Perihal : **Izin Penelitian**

KepadaYth.
Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Wakil Direktur I bid. Akademik STIA LAN Makasar Nomor : 0538/STIA.3.1/PPS.02.05 tanggal 28 April 2021 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a	:	**DARMAWATY MANSYUR**
Nomor Pokok	:	M012019054
Program Studi	:	Adm. Pembangunan Negara
Pekerjaan/Lembaga	:	Mahasiswa(S2)
Alamat	:	Jl. AP. Pettarani No. 61, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Tesis, dengan judul :

" ANALISIS KEPUASAN PASIEN PADA PENYELENGGARAAN DAN SUMBER DAYA PELAYANAN FISIOTERAPI DI INSTALASI REHABILITASI MEDIK RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. ***03 Mei s/d 03 Juni 2021***

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami ***menyetujui*** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.
Dokumen ini ditandatangani secara elektronik dan Surat ini dapat dibuktikan keasliannya dengan menggunakan ***barcode***.
Demikian surat izin penelitian ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 03 Mei 2021

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

Dr. JAYADI NAS, S.Sos., M.Si
Pangkat : Pembina Tk.I
Nip : 19710501 199803 1 004

Tembusan Yth
1. Wakil Direktur I bid. Akademik STIA LAN Makasar di Makassar;
2. Pertinggal.

SIMAP PTSP 03-05-2021

Jl.Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : http://simap.sulselprov.go.id Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 90231

Lampiran 8

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
Nomor : LB.02.01/2.2/ 10700 /2021

Yang bertanda tangan dibawah ini Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menerangkan bahwa :

Nama	:	**Darmawaty Mansyur**
NIM	:	**M012019054**
Prog. Studi	:	**Magister Administrasi Pembangunan Negara**
Konsentrasi	:	**Administrasi Pelayanan Kesehatan**
Institusi	:	**Politeknik STIA LAN Makassar**
No. HP	:	**085398341272**

Benar Telah melakukan penelitian di **Instalasi Rehabilitasi Medik, Komite Kesehatan Lainnya dan Instalasi SIRS** dari tanggal **26 April s.d 26 Juni 2021** dengan judul penelitian "**Analisi Kepuasan Pasien pada Penyelenggaraan dan Sumber Daya Pelayanan Fisoterapi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2021**"

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

28 Juni 2021
Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Ridhayani B, SKM, M.Kes
NIP. 19[illegible]10271997032001

Lampiran 9

PELAYANAN FISIOTERAPI


















TWINNER



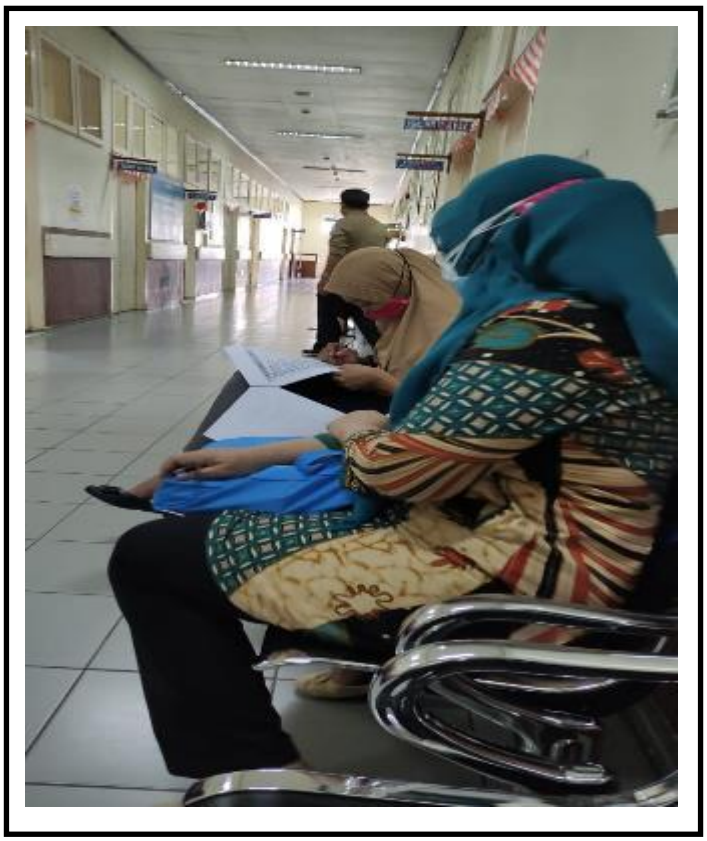




Lampiran 10

DOKUMENTASI PENELITIAN



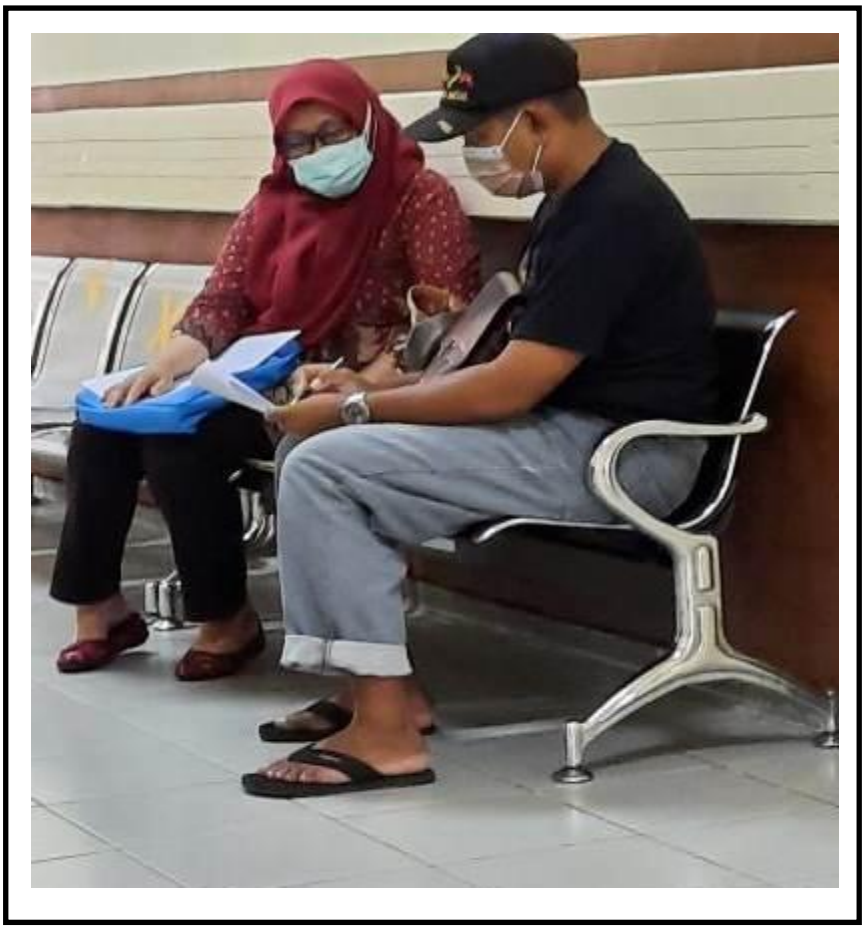






























WAWANCARA DENGAN KEPALA INSTALASI, SUB INSTALASI, SUB KOMITE DAN FISIOTERAPIS



WAWANCARA DENGAN KEPALA INSTALASI REHABILITASI MEDIK



WAWANCARA DENGAN KEPALA SUB INSTALASI PELAYANAN REHABILITASI MEDIK



WAWANCARA DENGAN KEPALA SUB INSTALASI ADMINISTRASI DAN PELAPORAN INSTALASI REHABILITASI MEDIK



WAWANCARA DENGAN SUB KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA



WAWANCARA DENGAN FISIOTERAPIS

Lampiran 10

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



DATA PRIBADI

Nama	: Darmawaty Mansyur
Tempat / Tanggal Lahir	: Tonasa, 24 September 1972
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl. Sepakat No.31 Makassar
Nomor Handphone	: 085398341272
Email	: mansyurdarmawaty@gmail.com
Agama	: Islam
Kewarganegaraan	: Indonesia

DATA PENDIDIKAN

SD	: SD Negeri No.3 Tonasa Lulus Tahun 1985
SMP	: SMP SemenTonasa Lulus Tahun 1988
SMA	: SMA Negeri 1 Pangkajene Lulus Tahun 1991
S1	: Jurusan Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Lulus Tahun 1996

DATA PEKERJAAN

Instansi	: RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Alamat Kantor	: Jl. Perintis Kemerdekaan Km.11 Tamalanrea
Jabatan	: Staf Sub Koordinator Pengembangan SDM