# LAMPIRAN

## Lampiran 1. Panduan wawancara

Manajemen Pelayanan *Home care* Klinik Rumah Sehat dr. Fitri dalam peningkatan pelayanan Kesehatan

Responden Informan : Direktur Klinik Rumah Sehat dr. Fitri

**Identitas Responden** :

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
3. Umur :
4. Pendidikan :
5. Jabatan :

**a) Tenaga Pelaksana**

1. Bagaimana pembagian kerja di klinik rumah sehat dr. Fitri dalam Pelayanan home care?
2. Berapa jumlah tenaga pelaksana pelayanan *home care* klinik rumah sehat dr. Fitri?
3. Apakah Bapak/Ibu ingin meningkatkan jumlah tenaga pelaksana dalam pelayanan *home care*?

**b) Sarana dan Prasarana**

1. Apakah ketersediaan jumlah peralatan medis klinik rumah sehat dr. Fitri selalu tersedia?
2. Apakah ada peralatan medis perlu ditambahkan atau ditingkatkan dalam pelayanan *home care*?
3. Apakah klinik rumah sehat dr.Fitri dilengkapi dengan kendaraan seperti mobil *ambulance*?

**c) Pelaksanaan pelayanan**

1. Apakah pelaksanaan penerimaan pasien dilakukan pendaftaran oleh keluarga pasien?
2. Apakah kesepakatan persetujuan tentang hak dan kewajiban pasien dilakukan melalui penandatangan kontrak, setelah itu baru dilakukan kunjungan kerumah pasien ?

Responden Informan : Petugas *Home Care*

**Identitas Responden** :

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
3. Umur :
4. Pendidikan :
5. Jabatan :

**a) Tenaga Pelaksana**

1. Bagaimana pembagian kerja di klinik dr. Fitri dalam pelayanan *home care?*
2. Apakah jumlah tenaga kerja dalam pelayanan *home care* perlu ditingkatkan?

**b) Sarana dan Prasarana**

1. Bagaimana dengan ketersediaan peralatan medis yang dibutuhkan, apakah selalu tersedia?
2. Apakah klinik rumah sehat dr.Fitri dilengkapi dengan kendaraan seperti mobil *ambulance*?
3. Pada saat melakukan pelayanan *home care* apakah menggunakan transportasi pribadi atau ada transportasi milik klinik?

**c) Pelaksanaan pelayanan**

1. Menurut Bapak/Ibu bagaimana pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan pasien *home care* yang baik?
2. Apakah Bapak/Ibu melakukan kunjungan rutin kepada pasien?
3. Ketika ada pasien yang meminta pelayanan *home care*, apakah Bapak/Ibu langsung berangkat ke rumah pasien?
4. Apa saja hambatan yg di alami petugas dalam pelayanan *home care?*

**Responden Informan : Pasien yang telah menggunakan pelayanan *home care***

**A. Identitas Responden :**

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
3. Usia :
4. Pendidkan :
5. Pekerjaan :

**B. PERTANYAAN**

1. Apakah Bapak/Ibu merasa nyaman saat menggunakan pelayanan *home care* klinik Rumah sehat dr. Fitri ?
2. Apakah pelayanan *home* care klinik rumah sehat dr. Fitri dapat memudahkan Bapak/Ibu dalam perawatan dirumah?
3. Sudah berapa kali Bapak/Ibu sudah menggunakan pelayanan *home care* klinik rumah sehat dr. Fitri?
4. Apakah Bapak/Ibu akan merekomendasikan layanan perawat *home care* klinik rumah sehat dr. Fitri kepada orang lain?
5. Menurut anda menjadi kelebihan dari layanan *home care* klinik rumah sehat dr. Fitri?
6. Apakah Bapak/Ibu menunggu terlalu lama ketika sudah menghubungi pelayanan *home care* untuk datang dirumah?
7. Bagaimana dengan hasil pengobatan yang diperoleh Bapak/Ibu yang diperoleh dalam pelayanan *home care*?

**Lampiran 2. Dokumentasi**

Dokumentasi Wawancara Dengan Informan

Suasana wawancara Dengan Direktur Klinik
Rumah Sehat dr. Fitri

Suasana Wawancara Dengan Petugas 1 *Home care*
Klinik Rumah Sehat dr. Fitri

Suasana Wawancara Dengan Petugas 2 *Home care*
Klinik Rumah Sehat dr. Fitri

Suasana Wawancara Dengan Petugas 3 *Home care*
Klinik Rumah Sehat dr. Fitri

Suasana Wawancara Dengan Petugas 4 *Home care*

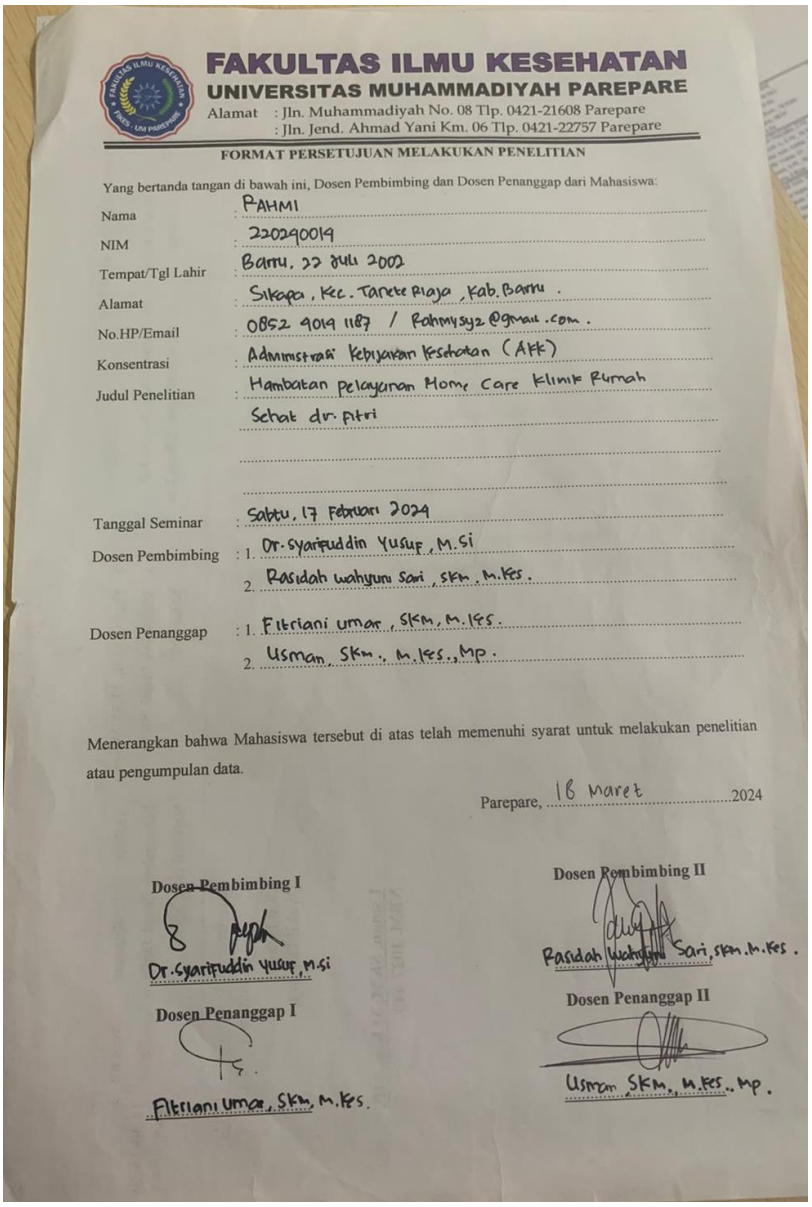
Klinik Rumah Sehat dr. Fitri

Wawancara Dengan Pasien 1 Yang Sudah

Menggunakan Pelayanan *Home Care*

Wawancara Dengan Pasien 2 Yang Sudah
Menggunakan Pelayanan *Home Care*

## Lampiran 3. Dokumentasi Surat Persetujuan Penelitian



**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE**
Alamat : Jln. Muhammadiyah No. 08 Tlp. 0421-21608 Parepare
: Jln. Jend. Ahmad Yani Km. 06 Tlp. 0421-22757 Parepare

**FORMAT PERSETUJUAN MELAKUKAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dosen Pembimbing dan Dosen Penanggap dari Mahasiswa:

| | |
|---|---|
| Nama | : PAHMI |
| NIM | : 220290019 |
| Tempat/Tgl Lahir | : Barru, 22 Juli 2002 |
| Alamat | : Sikapa, Kec. Tanete Riaja, Kab. Barru. |
| No.HP/Email | : 0852 9019 1187 / Rahmysy2@gmail.com. |
| Konsentrasi | : Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) |
| Judul Penelitian | : Hambatan pelayanan Home Care Klinik Rumah Sehat dr. Putri |
| Tanggal Seminar | : Sabtu, 17 Februari 2024 |
| Dosen Pembimbing | : 1. Dr. Syarifuddin Yusuf, M.Si |
| | 2. Rasidah Wahyuni Sari, SKM, M.Kes. |
| Dosen Penanggap | : 1. Fitriani Umar, SKM, M.Kes. |
| | 2. Usman, SKM., M.Kes., Mp. |

Menerangkan bahwa Mahasiswa tersebut di atas telah memenuhi syarat untuk melakukan penelitian atau pengumpulan data.

Parepare, 18 Maret 2024

Dosen Pembimbing I

Dr. Syarifuddin Yusuf, M.Si

Dosen Pembimbing II

Rasidah Wahyuni Sari, SKM. M.Kes.

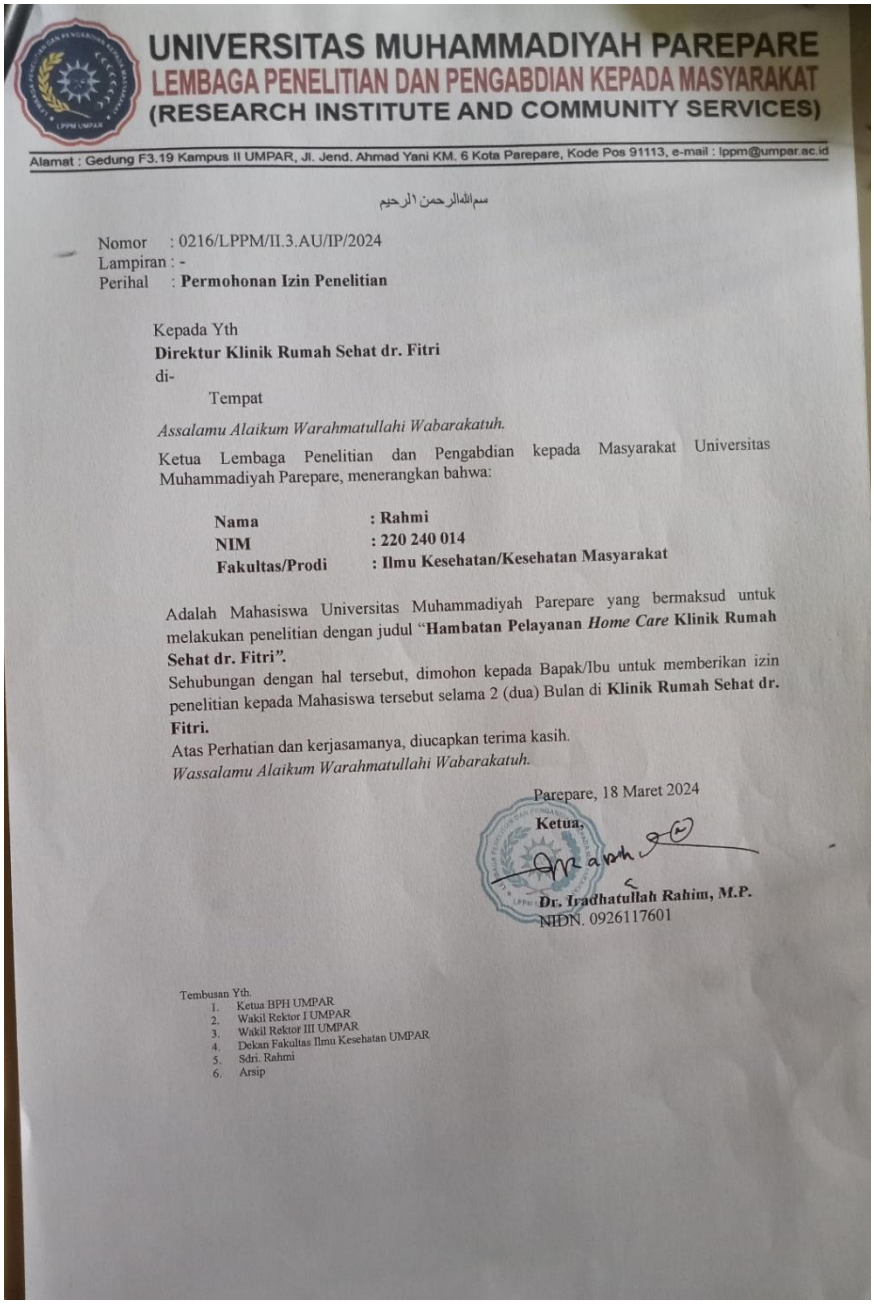
Dosen Penanggap I

Fitriani Umar, SKM, M.Kes.

Dosen Penanggap II

Usman SKM, M.Kes., Mp.

## Lampiran 4. Surat Izin Penelitian Dari LPPM



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE**
**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**
**(RESEARCH INSTITUTE AND COMMUNITY SERVICES)**

Alamat : Gedung F3.19 Kampus II UMPAR, Jl. Jend. Ahmad Yani KM. 6 Kota Parepare, Kode Pos 91113, e-mail : lppm@umpar.ac.id

بسم الله الرحمن الرحيم

Nomor : 0216/LPPM/II.3.AU/IP/2024
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada Yth
**Direktur Klinik Rumah Sehat dr. Fitri**
di-
Tempat

*Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.*

Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Muhammadiyah Parepare, menerangkan bahwa:

| | |
|---|---|
| **Nama** | **: Rahmi** |
| **NIM** | **: 220 240 014** |
| **Fakultas/Prodi** | **: Ilmu Kesehatan/Kesehatan Masyarakat** |

Adalah Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Parepare yang bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul "**Hambatan Pelayanan *Home Care* Klinik Rumah Sehat dr. Fitri".**
Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin penelitian kepada Mahasiswa tersebut selama 2 (dua) Bulan di **Klinik Rumah Sehat dr. Fitri.**
Atas Perhatian dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.
*Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.*

Parepare, 18 Maret 2024
**Ketua,**

**Dr. Iradhatullah Rahim, M.P.**
NIDN. 0926117601

Tembusan Yth.
1. Ketua BPH UMPAR
2. Wakil Rektor I UMPAR
3. Wakil Rektor III UMPAR
4. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UMPAR
5. Sdri. Rahmi
6. Arsip