

LAMPIRAN

Lampiran 1 Instrumen Penelitian

1. Pedoman Wawancara

Untuk Pejabat Instansi Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa:

- a. Apa saja persyaratan yang dibutuhkan untuk membuat Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- b. Bagaimana prosedur untuk mengurus Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- c. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengurus Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- d. Berapa biaya/tarif yang dibutuhkan untuk membuat Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- e. Dalam bentuk apa hasil yang dikeluarkan setelah mengurus Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- f. Bagaimana pelayanan/penanganan/pengelolaan pengaduan dalam pengurusan Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- g. Apa saja dasar hukum dalam penyelenggaraan pada setiap jenis pelayanan tersebut?
- h. Siapa saja pengguna produk pelayanan baik secara langsung maupun tidak langsung?
- i. Siapa saja pemangku kepentingan yang terkait dengan produk pelayanan yang diberikan?
- j. Bagaimana peran masing-masing pelaksana/petugas dalam proses penyelesaian pelayanan?
- k. Apa saja sarana dan prasarana yang tersedia?

Untuk Masyarakat Penerima Layanan:

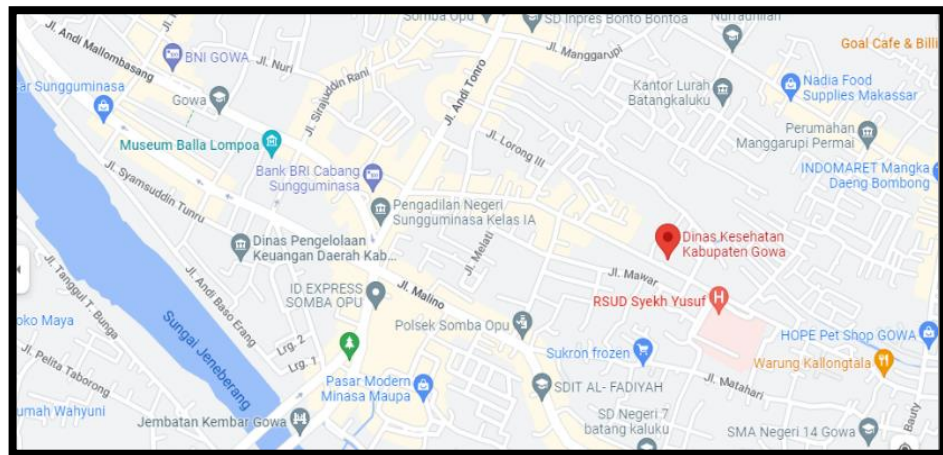
- a. Apa saja persyaratan yang dimasukkan 70etika membuat Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- b. Bagaimana prosedur yang pernah dilakukan 70etika mengurus Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- c. Berapa lama waktu yang digunakan 70etika mengurus Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- d. Berapa biaya/tarif yang dikeluarkan 70etika membuat Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?
- e. Bagaimana pelayanan/penanganan/pengelolaan pengaduan yang dirasakan Ketika mengurus Rekomendasi izin apotek/izin praktek tenaga kesehatan/rekomendasi izin mendirikan klinik?

2. Pedoman Observasi

Dalam melakukan penelitian, penulis juga menggunakan pedoman observasi yang disusun dengan bertujuan mempermudah saat melakukan penelitian. Pedoman observasi mengenai “Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa”, sebagai berikut:

- a. Letak Geografis Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa
- b. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa


Gambar 10
Letak Geografis Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa



Sumber: <https://goo.gl/maps/v5wQzfYCxF3ZtJkc6>

3. Pedoman Telaah Dokumen

Gambar 11
SOP Fasyankes

 PEMERINTAH KABUPATEN GOWA DINAS KESEHATAN KABUPATEN GOWA		Nomor SOP :							
		Tgl. Pembuat :							
		Tgl. Revisi :							
		Tgl. Pengesah :							
		Disahkan oleh :							
BIDANG PELAYANAN KESEHATAN		Nama SOP : Supervisi Fasilitas Pelayanan Kesehatan							
Dasar Hukum :		Kualifikasi Pelaksanaan :							
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri no.54 /2009 Tentang Naskah Dinas di Lingkup Pemerintahan Daerah		1. Menguasai alur pelaporan							
2. Keputusan Menteri Nomor : 72/KP/MPAN/07/2003		2. Mampu mengklasifikasi laporan menurut jenisnya							
Keterangan :		Peralatan / perlengkapan :							
1. SOP Penerimaan Surat Masuk Umum		1. Buku Agenda Surat							
2. SOP Pengarsipan		2. ATK							
3. Komputer									
Peringatan :		Pencatatan dan Pendataan							
Apabila SOP ini tidak dilaksanakan, maka tidak lanjut supervisi fasyankes akan terhambat.		Sesuai dengan nomor dan urutan tanggal							
No.	Kegiatan	PELAKSANA				Mutu Baku		Ket.	
		Kepala Dinas	Sekretaris	Kepala Bidang	Kepala Seksi	Staf / Petugas	Kelengkapan		Waktu
1	Menerima dan mengandakan surat permohonan supervisi fasyankes						Buku Agenda, Pulpen	5 menit	berkas laporan
2	Membaca dan mendisposisikan surat						Surat dan Pulpen	5 menit	disposisi surat
3	Mengkoordinasikan tim yang akan melaksanakan supervisi						koordinasi tim	5 menit	surat tugas tim
	Melaksanakan supervisi						berkas supervisi	1-2 jam	rekomendasi supervisi
	Membuat surat rekomendasi hasil supervisi						atk dan komputer	10 menit	surat rekomendasi
	Membaca dan memverifikasi surat rekomendasi hasil supervisi						surat rekomendasi	5 menit	surat yg sdh diparaf
	Membaca dan memverifikasi surat rekomendasi hasil supervisi						surat yg sdh diparaf	5 menit	surat yg sdh diparaf
	Menandatangani surat						surat yg sdh diparaf Kabid & sekretaris	5 menit	surat yg sdh ditandatangani
	Menerima berkas surat yang sudah dilandatangani dan dinomor dari bagian umum						berkas surat rekomendasi yg di ttd	2 menit	surat rekomendasi
4	Menyerahkan surat kepada yang dituju						surat rekomenasi hasil supervisi	5 menit	surat rekomendasi diterima

Kepala Dinas Kesehatan Kab. Gowa,
dr. H. Hasanuddin
NIP. 19611127 199603 1 001

Lampiran 2
Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN GOWA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 JL. Masjid Raya No. 38 Tlp. 0411-887188 Sungguminasa 92111

Sungguminasa, 8 Juni 2022

Nomor : 503/583/DPM-PTSP/PENELITIAN/VI/2022
 Lamp :
 Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada Yth.
 Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa
 di-
Tempat

Berdasarkan Surat Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sul-Sel Nomor : 2578/S.01/PTPSP/2022 tanggal 8 Juni 2022 tentang Izin Penelitian.

Dengan ini disampaikan kepada saudara bahwa yang tersebut di bawah ini:

Nama : A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
 Tempat/Tanggal Lahir : Sinjai / 7 Agustus 1999
 Nomor Pokok : S012018006
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Program Studi : Administrasi Pembangunan Negara
 Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(D4)
 Alamat : Btn Bumi Samata Permai Blok A1/12a

Bermaksud akan mengadakan Penelitian/Pengumpulan Data dalam rangka penyelesaian Skripsi/Tesis/Disertasi/Lembaga di wilayah/tempat Bapak/Ibu yang berjudul **"PERANCANGAN STANDAR PELAYANAN PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN GOWA"**

Selama : 8 Juni 2022 s/d 31 Agustus 2022
 Pengikut :

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, maka pada prinsipnya kami dapat menyetujui kegiatan tersebut dengan ketentuan :

1. Sebelum melaksanakan kegiatan kepada yang bersangkutan harus melapor kepada Bupati Cq. Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab.Gowa;
2. **Penelitian/Pengambilan Data** tidak menyimpang dari izin yang diberikan.;
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Kepada yang bersangkutan wajib memakai masker;
5. Kepada yang bersangkutan wajib mematuhi protokol kesehatan pencegahan COVID-19.

Demikian disampaikan dan untuk lancarnya pelaksanaan dimaksud diharapkan bantuan seperlunya.



Ditandatangani secara elektronik oleh :
 a.n. BUPATI GOWA
 KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
 PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 H.INDRA SETIAWAN ABBAS,S.Sos,M.Si
 Pangkat : Pembina Utama Muda
 Nip : 19721026 199303 1 003

Tembusan Yth:

1. Bupati Gowa (sebagai laporan)
2. Wakil Direktur I Bidang Akademik Politeknik STIA LAN Makassar di Makassar
3. Yang bersangkutan;
4. Perteinggal

1. Dokumen ini diterbitkan sistem Sicantik Cloud berdasarkan data dari Pemohon, tersimpan dalam sistem Sicantik Cloud, yang menjadi tanggung jawab Pemohon



Lampiran 3 Lembar Persetujuan Informan

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:


Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
 NPM : **S012018006**
 Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul **“Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa”**. Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : *Hasrat Jaya Ziliwu, Ns., M.Kep.*
 Pendidikan : *S-2 Manajemen Keperawatan*
 Pekerjaan : *PNS*
 Jabatan : *staf Bidang Janker*

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.


Hasrat Jaya Ziliwu, Ns., M.Kep.

 (Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
 (Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
NPM : **S012018006**
Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : *Jumiari*
Pendidikan : *D III Keperawatan*
Pekerjaan : *Perawat*
Jabatan : *Direktor Klinik Samate Medical Center*

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.


.....
Jumiari
(Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
(Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
NPM : **S012018006**
Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : **APT. ARLINA LATIF, S.Si**
Pendidikan : **SARJANA SI PROFESI APOTEKER**
Pekerjaan : **WIRASWASTA**
Jabatan : **APOTEKER PENGELOLA APOTEK**

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.



.....
(Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
(Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:


Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
NPM : **S012018006**
Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : *JUMIATI*
Pendidikan : *D III Keperawatan*
Pekerjaan : *Perawat*
Jabatan : *Direktor Klinik Samate Medical Center*

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.


.....
(Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
(Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
 NPM : **S012018006**
 Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : **A. HERNANINGSIH R, SKM. N. Adm. Kes .**
 Pendidikan : **S-2**
 Pekerjaan : **ASN .**
 Jabatan : **Sub Koordinator SDMK .**

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.


A. Hernaning Sih R, SKM. N. Adm. Kes
 (Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
 (Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Ifitah**
 NPM : **S012018006**
 Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : **Herzadi, Ssi, Apt. MM**
 Pendidikan : **S2**
 Pekerjaan : **ASN**
 Jabatan : **Apoteker Ahli Muda**

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.



 (Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
 (Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
 NPM : **S012018006**
 Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul **"Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa"**. Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : *Dr. Wahyuni S, Sp.PA, M.Kes.*
 Pendidikan : *Spesialis Patologi Anatomi*
 Pekerjaan : *Dokter Spesialis P. Orkhas*
 Jabatan : *-*

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.



.....
 (Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
 (Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
NPM : **S012018006**
Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : **ABD. WAHID**
Pendidikan : **Sr**
Pekerjaan : **Reg. Dinas Gowa**
Jabatan : **Jf. Sub Koordinator**

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.


.....
(Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
(Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada Program Sarjana Terapan Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
 NPM : **S012018006**
 Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : *Arifal*
 Pendidikan : *S1 Farmasi*
 Pekerjaan : *Penanggung Jawab Apotik*
 Jabatan :

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Arifal

 (Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
 (Peneliti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat disampaikan, bahwa dalam rangka penyusunan skripsi sebagai salah satu tahapan dalam penyelesaian studi pada *Program Sarjana Terapan* Politeknik STIA LAN Makassar, maka saya:

Nama Mahasiswa : **A.Nurainun Rahma Iftitah**
NPM : **S012018006**
Program Studi : **Administrasi Pembangunan Negara.**

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "**Perancangan Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa**". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan saudara(i) untuk berpartisipasi menjadi informan dengan cara wawancara. Jawaban saudara(i) akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiaannya.

Apabila saudara(i) berkenan, saya mohon agar kiranya saudara mengisi dan menandatangani lembar persetujuan menjadi informan di bawah ini:

Nama : **MUH. SAHIR**
Pendidikan : **S2**
Pekerjaan : **SEKDIS DINAS KESEHATAN**
Jabatan : **SEKDIS**

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.


.....
(Informan)

A.NURAINUN RAHMA IFTITAH
(Peneliti)

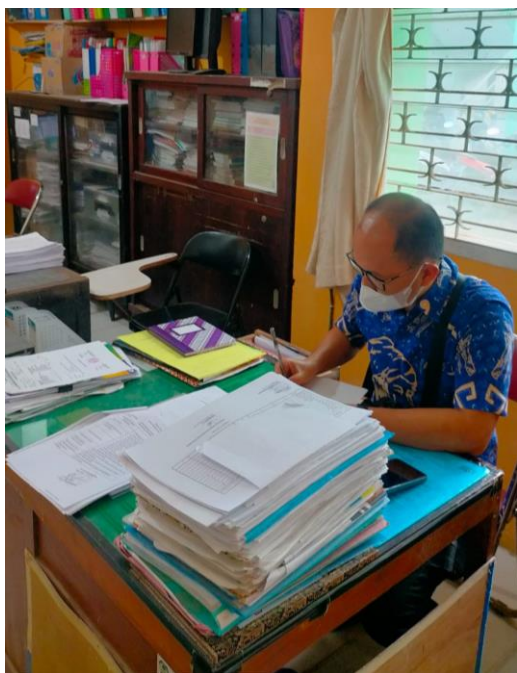
Lampiran 4
Dokumentasi Wawancara

Gambar 12
Dokumentasi Wawancara Masyarakat





Gambar 13
Dokumentasi Wawancara Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa





Lampiran 5
Dokumentasi FGD

Gambar 14
Dokumentasi Kegiatan FGD Pembahasan Standar Pelayanan






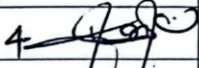

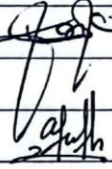







Lampiran 6
Daftar Hadir FGD

ABSEN FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)

Standar Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa

(Rekomendasi Izin Apotek, Rekomendasi Izin Klinik, Izin Praktek/Kerja Tenaga Kesehatan)

NO	NAMA	TTD
1.	MUCH-SAHIR. SKM. M. Kes.-.	
2.	A. Herminingsih SKM- M. Adm. Kes.-.	
3.	HARADI, Ssi, Apt. MM	3. 
4.	Abd: Wahid. S-SDs	4. 
5.	Syakir, SKM	
6.	Atifah M.	
7.	Hera Mansur.	
8.	Euis Si Auliana	
9.	MIKHA RIZKI MAROYANTI, Amd. Keb	
10.	SARTIKA DEWI SYAIFUL, S.Farm	
11.	Jumali leg.	



**PEMERINTAH KABUPATEN GOWA
DINAS KESEHATAN**

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 47 Sungguminasa 92111, Telp./Fax. 0411-866545
E-mail: dinkes_gowass@yahoo.co.id, WA: (08529249169), FB: Dinkes Gowa, Instagram: [dinkesgowa](https://www.instagram.com/dinkesgowa)

NOTULENSI KEGIATAN

Nama Kegiatan	: <i>Forum Group Discussion (FGD)</i>
Hari, Tanggal	: Rabu, 13 Juli 2022
Waktu	: 13.30 – 14.30 WITA
Tempat	: Ruang Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa
Peserta	: 20 orang
Agenda	: Pembahasan rancangan standar pelayanan publik pada Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa
Notulen	: A.Nurainun Rahma Iftitah

Hasil FGD:

1. Penambahan sertifikat vaksin di komponen persyaratan untuk pelayanan rekomendasi izin apotek;
2. Perbaikan prosedur pelayanan rekomendasi izin apotek;
3. Penambahan STR asli, fotokopi NPWP dan rekomendasi dari puskesmas setempat pada bagian komponen persyaratan untuk pelayanan surat izin praktek/kerja tenaga Kesehatan;
4. Mengubah prosedur yang berbentuk narasi menjadi bagan
5. Penambahan komponen *manufacturing* untuk ketiga pelayanan agar dokumen standar pelayanan yang disusun lengkap.

Lampiran 8 Penandatanganan Berita Acara Pembahasan Standar Pelayanan



Lampiran 9
Dokumentasi Internalisasi

Gambar 15
Dokumentasi Internalisasi



Lampiran 10
Dokumentasi Sosialisasi

Gambar 16
Dokumentasi Sosialisasi



BIODATA MAHASISWA PROGRAM DIPLOMA IV
POLITEKNIK STIA LAN MAKASSAR

A. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : A. Nurainun Rahma Iftitah
 N P M : S012018006
 Program Studi : Administrasi Pembangunan Negara
 Tempat Tanggal Lahir : Sinjai, 07 Agustus 1999
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Ibu Kandung : Ramlah
 Agama : Islam
 Alamat Rumah : BTN Bumi Samata Permai blok A1/12
 Email : andinunung99@gmail.com
 No. Telepon/HP : 085342949966



B. RIWAYAT PENDIDIKAN

Sekolah Dasar : SD Negeri 84 Mangarabombang Lulus Tahun 2011
 S M P : SMP Negeri 4 Sinjai Timur Lulus Tahun 2014
 S M A : SMA Negeri 2 Sinjai Lulus Tahun 2017

C. RIWAYAT PENYELESAIAN SKRIPSI

Penasihat Akademik : Dr. Muh. Syarif Ahmad, S.Sos.,M.Pd
 Pembimbing : Dr. Sulaeman Fattah, M.Si
 Judul Skripsi : Penyusunan Standar Pelayanan pada Dinas
 Kesehatan Kabupaten Gowa

Makassar, 17 Oktober 2022

Mahasiswa Ybs,

A. Nurainun Rahma Iftitah