

STANDAR PELAYANAN PENERBITAN
SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA)

No	Komponen	Uraian
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 No. 144, Tambahan Lembaran Negara No. 5063); 2. Undang-undang Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Tahun 1997 No. 10, Tambahan Lembaran Negara No. 3671); 3. Undang-undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Tahun 2009 No. 143, Tambahan Lembaran Negara No. 5062); 4. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 125, Tambahan Lembaran Negara No. 4437); 5. Peraturan Pemerintah Nomor 7 tahun 1987 tentang Penyerahan sebagian Urusan Pemerintah dalam Bidang Kesehatan kepada Daerah; 6. Peraturan Pemerintah Nomor 72 tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1998 No. 138, Tambahan Lembaran Negara No. 3781); 7. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 No. 49, Tambahan Lembaran Negara No. 3637); 8. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 5044); 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 322) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/ V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1137); 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 74); 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 50); 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2017 tentang Apotek. 13. Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 18 tahun 2000 tentang Pembentukan Dinas-dinas Daerah Kabupaten Lombok Barat;
2	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon (apoteker) mengisi surat permohonan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) sesuai dengan Format. 2. Fotocopi STRA legalisir KFN, dengan menunjukkan STRA asli; 3. Fotocopi KTP; 4. Fotocopi Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) / <i>Ijin Operasional Klinik / Ijin PBF / Ijin IKOT/UKOT *</i>)

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Fotocopi SIPA Kesatu/Kedua (untuk pengajuan SIPA Kedua/ Ketiga). 6. Surat rekomendasi dari organisasi PC IAI Kab. Lombok Barat yang menyebutkan SIPA ke berapa (Kesatu, Kedua atau Ketiga); 7. Foto Copy Izin Operasional Klinik / SIA bagi permohonan SIPA Klinik dan Foto Copy SIA bagi permohonan SIPA di Apotek. 8. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian bagi apoteker RS/Klinik/Apoteker Pendamping (Formulir 1 *) 9. Surat persetujuan atasan langsung bagi PNS/BUMN/TNI-POLRI (Formulir 2); 10. Pas Foto diri 4 x 6 cm sebanyak 3 lembar 11. Map Plastik Clear holder (min isi 20 lembar) warna hijau
3	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon menyerahkan berkas surat permohonan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) 2. Kepala Dinas Kesehatan memberikan disposisi Surat Permohonan ke Bidang Yankes. 3. Bidang Yankes mencatat di register surat masuk Bidang 4. Kepala Bidang memberikan disposisi kepada Kepala Seksi POM dan Perbekkes 5. Tim Seksi POM dan Perbekkes melakukan verifikasi data dan administrasi pemohon. 6. Tim menginformasikan kepada pemohon tentang jadwal visitasi ke sarana. 7. Tim melakukan Visitasi ke sarana dalam rangka perijinan 8. Membuat Berita Acara hasil pemeriksaan sarana, dengan ketentuan sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemilik Sarana melengkapi/memperbaiki hal-hal yang masih kurang b. BA Acara memuat batas waktu pemohon untuk melengkapi hal-hal yang masih kurang. c. Pemohon mengajukan hasil perbaikan kelengkapan sarana dan persyaratan fisik 9. Kepala Dinas Menandatangani Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) 10. Dinas Kesehatan, menyampaikan informasi ke pemohon bahwa Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) sudah selesai (sudah terbit) 11. Menyerahkan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) kepada pemohon dengan masa berlaku sesuai masa berlaku STRA atau maksimal 5 tahun 12. Mengarsipkan copy Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) di file Ijin yang terbit.
4	Jangka Waktu Penyelesaian	Maksimal 12 hari kerja setelah berkas persyaratan lengkap

5	Biaya, Tarif dan Rinciannya	Tidak ada biaya/Gratis
6	Produk Pelayanan	SIPA (SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER) sesuai masa berlaku STRA
7	Pengelolaan Pengaduan	<p>1. Kotak saran</p> <p>2. Menyampaikan ke “tim penanganan keluhan masyarakat” Tim penanganan keluhan Dikes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketua : Kabid Yankes Dr. Ahmad Taufiq Fathoni No. HP 08123709805 • Anggota : Seksi POM dan Perbekkes Andang Sari, Apt., M.Farm.Klin. No. HP 082145001674 (sms dan wa) • Email : seksifarmasilobar@gmail.com <p>Segala bentuk pengaduan akan dilakukan verifikasi dahulu, selanjutnya di tindaklanjuti oleh tim</p>
8	Budaya Pelayanan*);	<p>C E R M A T : <i>Cepat – Efisien – Ramah – Mudah – Aktif – Transparan</i></p> <p>C : Cepat : bermakna menyelesaikan perizinan dengan tepat waktu dan tidak berlarut-larut</p> <p>E : Efisien : bermakna pelayanan yang diberikan akan menghemat waktu dan biaya yang dikeluarkan pemohon</p> <p>R : Ramah : bermakna sopan santun dalam memberikan pelayanan</p> <p>M : Mudah : bermakna pelayanan yang diberikan tidak menyulitkan atau rumit</p> <p>A : Aktif : bermakna bersikap aktif dalam membantu, melayani, memberikan solusi dan mendengarkan keluhan pemohon</p> <p>T : Transparan : bermakna pelayanan dan proses perizinan dilaksanakan dengan jelas dan terbuka</p>

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) **Kesatu / Kedua / Ketiga**
Lampiran : 1 Berkas

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lombok Barat
di
Gerung.

**Biaya IZIN
GRATIS**

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
TTL :
No. KTP :
Alamat Rumah :

No. Telpon / Hp :
Email :
No. STRA :

Masa berlaku STRA sampai : (tanggal bulan tahun)

Pendidikan Terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) **Kesatu/Kedua/Ketiga*** sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik : Hari : Jam : s.d.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopi STRA legalisir KFN, dengan menunjukkan STRA asli;
- b. Fotocopi KTP;
- c. Fotocopi Surat Izin Apotek (SIA) / **Ijin Operasional Klinik / Ijin PBF / Ijin IKOT/UKOT ***
- d. Fotocopi SIPA Kesatu/Kedua (untuk pengajuan SIPA Kedua/ Ketiga).
- e. Surat rekomendasi dari organisasi PC IAI Kab. Lombok Barat yang **menyebutkan SIPA ke** berapa (**Kesatu, Kedua atau Ketiga**);
- f. Foto Copy Izin Operasional Klinik / SIA bagi permohonan SIPA Klinik dan Foto Copy SIA bagi permohonan SIPA di Apotek.
- g. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian bagi apoteker RS/Klinik/Apoteker Pendamping (Formulir 1) *)
- h. Surat persetujuan atasan langsung bagi **PNS/BUMN/TNI-POLRI** (Formulir 2);
- i. Pas Foto diri 3 x 4 cm sebanyak 3 lembar
- j. Map Plastik Clear holder (min isi 20 lembar) warna hijau

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

.....
Pemohon,
Materai 6000
(.....)
Nama Lengkap

*) Coret yang tidak perlu

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Sarana :
Alamat Sarana :
No. Telpon / Hp :
Email :
.....

Dengan ini menerangkan bahwa Apoteker yang namanya tersebut dibawah ini:

Nama Lengkap :
TTL :
No. KTP :
Alamat Rumah :
.....
No. Telpon / Hp :
Email :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai : (tanggal bulan tahun)

berpraktek di sarana pelayanan kesehatan / kefarmasian yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

.....,

Yang membuat keterangan,

Stempel Sarana

(.....)

Nama Lengkap

*) Coret yang tidak perlu

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Instansi :
Alamat Instansi :
Telepon :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :
TTL :
No. KTP :
Alamat Rumah :
No. Telpon / Hp :
Email :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai : (tanggal bulan tahun)

untuk berpraktek sebagai Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

.....

Kepala

Stempel dinas

(.....)
Nama Lengkap