

**STANDAR PELAYANAN PENERBITAN  
SURAT IZIN TOKO OBAT (SITO)**

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang- Undang No. 36 Tahun 2009, tentang Kesehatan.</li> <li>2. Undang-Undang Kesehatan no. 1331 tahun 2002, tentang Pedagang Eceran Obat</li> <li>3. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);</li> <li>4. Permenkes No.889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian</li> </ol>
2	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemohonan (Tenaga Teknis Kefarmasian/TTK/AA) mengisi surat permohonan sesuai standar yang ditanda tangi oleh Pemohon dan Pemilik Sarana.</li> <li>2. Foto copy STRTTK yang dilegalisir yang masih berlaku</li> <li>3. Surat pernyataan TTK, bahwa bersedia sebagai penanggung jawab toko obat (materai Rp. 6.000,-)</li> <li>4. Surat pernyataan TTK , bahwa <i>tidak bekerja sebagai penanggung jawab</i> di toko obat, atau perusahaan Farmasi manapun (materai Rp. 6.000,)</li> <li>5. Foto copy KTP TTK</li> <li>6. Foto copy KTP pemilik sarana.</li> <li>7. Foto copy NPWP pemilik sarana</li> <li>8. Denah lokasi Toko Obat</li> <li>9. Denah bangunan ditanda tangani TTK penanggung jawab.</li> <li>10. Surat perjanjian kerjasama TTK dengan pemilik sarana (diatas materai 6000)</li> <li>11. Foto copy perjanjian sewa toko/gedung atau surat pernyataan Gedung milik sendiri (Pemilik)</li> <li>12. Draft Papan nama ( 40 cm x 60 cm ) Dengan tulisan “ Toko Obat Berijin “<i>tidak menerima resep dokter</i>”, nama toko dan nomor ijin dibagian bawah kanan (cetak Kertas HVS A4 / Folio)</li> <li>13. Daftar prasarana, sarana, dan peralatan (APAR, Buku Kefarmasian, Buku Pencatataan Adm)</li> <li>14. Pas foto berwarna TTK ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar</li> <li>15. Pas foto berwarna pemilik sarana ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar</li> <li>16. Map plastic clear holder berwarna kuning (isi minimal 20 lembar)</li> </ol>

3	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemohon menyerahkan berkas surat permohonan Surat Izin Toko Obat (SITO)</li> <li>2. Kepala Dinas Kesehatan memberikan disposisi Surat Permohonan ke Bidang Yankes.</li> <li>3. Bidang Yankes mencatat di register surat masuk Bidang</li> <li>4. Kepala Bidang memberikan disposisi kepada Kepala Seksi POM dan Perbekkes</li> <li>5. Tim Seksi POM dan Perbekkes melakukan verifikasi data dan administrasi pemohon.</li> <li>6. Tim menginformasikan kepada pemohon tentang jadwal visitasi ke sarana.</li> <li>7. Tim melakukan Visitasi ke sarana dalam rangka perIzinan</li> <li>8. Membuat Berita Acara hasil pemeriksaan sarana, dengan ketentuan sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemilik Sarana melengkapi/memperbaiki hal-hal yang masih kurang</li> <li>b. BA Acara memuat batas waktu pemohon untuk melengkapi hal-hal yang masih kurang.</li> <li>c. Pemohon mengajukan hasil perbaikan kelengkapan sarana dan persyaratan fisik</li> </ol> </li> <li>9. Kepala Dinas Menandatangani Surat Izin Toko Obat (SITO)</li> <li>10. Dinas Kesehatan, menyampaikan informasi ke pemohon bahwa Surat Izin Toko Obat (SITO) sudah selesai (sudah terbit)</li> <li>11. Menyerahkan Surat Izin Toko Obat (SITO) kepada pemohon dengan masa berlaku sesuai masa berlaku STRTTKA atau maksimal 5 tahun</li> <li>12. Mengarsipkan copy Surat Izin Toko Obat (SITO) di file Izin yang terbit.</li> </ol>
4	Jangka Waktu Penyelesaian	12 hari kerja setelah berkas persyaratan lengkap
5	Biaya, Tarif dan Rinciannya	Tidak ada biaya/gratis
6	Produk Pelayanan	SITO (Surat Izin Toko Obat)
7	Pengelolaan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kotak saran</li> <li>2. Menyampaikan ke “tim penanganan keluhan masyarakat”</li> </ol> <p>Tim penanganan keluhan Dikes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketua : Kabid Yankes dr. Ahmad Taufiq Fathoni No. HP 08123709805</li> <li>• Anggota : Seksi POM dan Perbekkes Andang Sari, Apt., M.Farm.Klin. No. HP 082145001674 (sms dan wa)</li> <li>• Email : seksifarmasilobar@gmail.com</li> </ul>

		Segala bentuk pengaduan akan dilakukan verifikasi dahulu, selanjutnya di tindaklanjuti oleh tim
8	Budaya Pelayanan*);	<p><b>C E R M A T</b> : <i>Cepat – Efisien – Ramah – Mudah – Aktif – Transparan</i></p> <p><b>C : Cepat</b> : bermakna menyelesaikan perizinan dengan tepat waktu dan tidak berlarut-larut</p> <p><b>E : Efisien</b> : bermakna pelayanan yang diberikan akan menghemat waktu dan biaya yang dikeluarkan pemohon</p> <p><b>R : Ramah</b> : bermakna sopan santun dalam memberikan pelayanan</p> <p><b>M : Mudah</b> : bermakna pelayanan yang diberikan tidak menyulitkan atau rumit</p> <p><b>A : Aktif</b> : bermakna bersikap aktif dalam membantu, melayani, memberikan solusi dan mendengarkan keluhan pemohon</p> <p><b>T : Transparan</b> : bermakna pelayanan dan proses perizinan dilaksanakan dengan jelas dan terbuka</p>

**Hal : Permohonan Surat Izin Toko Obat (SITO)** .....  
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 : .....  
No. KTP : .....  
Alamat : .....  
No. Telp / Hp : .....  
No. STRTTK : .....  
Masa berlaku STRTTK sampai : ..... (tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Toko Obat,pada:

Nama Toko Obat : .....  
Alamat Toko Obat : .....  
Desa/Kelurahan : .....  
Kecamatan : .....  
No. Telp / Hp : .....  
Bekerjasama dengan Pemilik Sarana Toko Obat, sbb:  
Nama Lengkap : .....  
No. KTP : .....  
Alamat : .....  
NPWP : .....  
No. Telp / Hp : .....

- Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :
1. Foto copy STRTTK yang dilegalisir yang masih berlaku
  2. Surat pernyataan TTK, bahwa bersedia sebagai penanggung jawab toko obat (materai Rp. 6.000,-)
  3. Surat pernyataan TTK , bahwa tidak bekerja sebagai penanggung jawab di toko obat, atau perusahaan Farmasi manapun (materai Rp. 6.000,-)
  4. Foto copy KTP TTK
  5. Foto copy KTP pemilik sarana.
  6. Foto copy NPWP pemilik sarana

7. Denah lokasi Toko Obat
8. Denah bangunan ditanda tangani TTK penanggung jawab.
9. Surat perjanjian kerjasama TTK dengan pemilik sarana (diatas materai 6000)
10. Foto copy perjanjian sewa toko/gedung atau surat pernyataan Gedung milik sendiri (Pemilik)
11. Draft Papan nama ( 40 cm x 60 cm ) Dengan tulisan “ Toko Obat Berijin “*tidak menerima resep dokter*”, nama toko dan nomor ijin dibagian bawah kanan (cetak Kertas HVS A4 / Folio)
12. Daftar prasarana, sarana, dan peralatan (APAR, Buku Kefarmasian, Buku Pencatataan Adm)
13. Pas foto berwarna TTK ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar
14. Pas foto berwarna pemilik sarana ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar
15. Map plastic clear holder berwarna kuning (isi minimal 20 lembar)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Materai 6000

(.....)

Nama Lengkap