

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, T. 2019. *Evaluasi standar pelayanan kefarmasian apotek di apotek X berdasarkan Permenkes Nomor 73 tahun 2016*. Jurnal Inkofar * Volume 1 No. 1 Juli 2019 * issn: <http://www.Politeknikmeta.ac.id/meta/ojs/>
- Departemen Kesehatan RI. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI: 2009.
- Desniar. D.R. 2020. *“Gambaran perizinan apotek di Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta”*. DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Elleniyati. R. 2018. *“Penerapan standar apotek di Kota Magelang pada tahun 2018 berdasarkan Permenkes No 9 tahun 2017”*. DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Latifah, E., Pribadi, P., & Yuliasuti, F. (2016). *Penerapan Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek Kota Magelang*. Jurnal Farmasi Sains Dan Praktis,II(1).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017 *Tentang Apotek*, (2017).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 73 Tahun 2016 *Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek*, (2016).
- PP. (2009). *PP No. 51 Tentang Pekerjaan Kefarmasian*. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian.
- Pradana. A.J dan Wahyuningsih W. 2021. *“Pelaksanaan perjanjian kerjasama antara pemilik sarana apotek Bunda Desa Labuhan Haji dengan apoteker pengelola”*. Jurnal Private Law Fakultas Hukum Universitas Mataram Volume 1, Issue 3, Oktober 2021, E-ISSN 2775-9555. Fakultas Hukum Universitas Mataram, NTB, Indonesia.
- Susi, F. (2015). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Darmais Press STIKes
- Siyoto S dan M.Ali Sodik. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Sleman. Literasi Media Publishing.
- Wandamerita. (2016). *Perizinan Dan Pendirian Apotek Makalah*, (1332)

Lampiran 1 : Form Surat Izin Apotek (SIA) sesuai dengan Permenkes 9 Tahun 2017

Formulir 4

**DINAS KESEHATAN/PENYELENGGARA PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU *)
KABUPATEN / KOTA**

SURAT IZIN APOTEK (SIA)

NOMOR

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan/ Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu*) Kabupaten/Kota memberikan Izin Apotek:

Nama Apotek :
Alamat Apotek :
Telepon :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten/Kota :
Masa berlaku SIA sampai :(tanggal/bulan tahun)

kepada:
Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai:(tanggal/bulan tahun)
No. SIPA :
Masa berlaku SIPA sampai :(tanggal/bulan tahun)

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di Apotek harus mengikuti standar dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIA.

Dikeluarkan di :
Pada tanggal :

Lampiran 2 : Form Penundaan pemberian izin apotek

Formulir 5

**DINAS KESEHATAN/
PENYELENGGARA PELAYANAN TERPADU SATU PINTU *)
KABUPATEN/KOTA**

Nomor : (tanggal bulan tahun)
Lampiran :
Perihal : Penundaan Pemberian Izin Apotek

Kepada Yth.
Apoteker
di-
.....

Sehubungan dengan surat Saudara Tanggal(tanggal/bulan/tahun)
perihal Permohonan Surat Izin Apotek (SIA), maka dengan ini kami beritahukan
bahwa kami belum dapat menyetujui permohonan izin tersebut karena:

1.
2.
3.

Selanjutnya kepada Saudara kami minta melengkapi kekurangan tersebut
selambat-lambatnya dalam waktu 1 (satu) bulan sejak tanggal surat ini.

Demikianlah untuk dimaklumi.

Kepala Dinas Kesehatan/ Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu*)
Kabupaten / Kota

(.....)
NIP.....

Catatan:

*) : Diisi sesuai instansi pemberi izin.

Kepala Dinas Kesehatan/ Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu*)
Kabupaten / Kota

(.....)
NIP.....

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (jika Izin
dikeluarkan oleh penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu)
4. Kepala Balai Besar/Balai POM di

Catatan:

*) : Diisi sesuai instansi pemberi izin.

Lampiran 3 : Form Penolakan Pemberian Izin Apotek

Formulir 6

**DINAS KESEHATAN/
PENYELENGGARA PELAYANAN TERPADU SATU PINTU *1
KABUPATEN/KOTA**

Nomor : (tanggal bulan tahun)
Lampiran :
Perihal : Penolakan Pemberian Izin Apotek

Kepada Yth.
Apoteker
di-
.....

Sehubungan dengan surat Saudara Tanggal(tanggal/bulan/tahun)
perihal Permohonan Surat Izin Apotek (SIA), maka dengan ini kami beritahukan
bahwa kami tidak dapat menyetujui permohonan izin tersebut karena :

1.
2.
3.

Demikianlah untuk dimaklumi.

Kepala Dinas Kesehatan/ Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu*1
Kabupaten / Kota

(.....)
NIP.....

Catatan:

*1 : Diisi sesuai instansi pemberi izin.

Lampiran 4 : Konsultasi dengan Petugas Dinas Kesehatan Kota Palangkaraya tentang perizinan apotek di Kota Palangkaraya



Lampiran 5 : Penelitian di salah satu apotek Kota Palangkaraya



Lampiran 6 : Penelitian di salah satu apotek Kota Palangkaraya



Lampiran 7 : Penelitian di salah satu apotek Kota Palangkaraya

