

**PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA**  
**DINAS PENANAMAN MODAL, PELAYANAN TERPADU**  
**SATU PINTU DAN TENAGA KERJA**  
Jl. Kenari No. 13 Telp. (0413) 84241 Bulukumba 92511

**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KEDUA**  
**NOMOR : 031/DPMPTSPTK-SIPA/VIII/2022**

Berdasarkan Rekomendasi teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba nomor : 3513/07-04/5.3/VIII/2022 tanggal 09 Agustus 2022, Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Kabupaten Bulukumba memberikan Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kepada :

Nama Lengkap  
Tempat / Tanggal Lahir  
Alamat Rumah

: Apt. MARIANA AKHFAR, S. Farm  
: Sinjai, 30 Oktober 1986  
: BTN Graha Fuad Arafah E/7 Kel.Bintarore  
Kec. Ujung Bulu Kab. Bulukumba  
: 27,2802/PP. IAI-UNIMERZ/III/2022  
: 30 Oktober 2027  
: REK-000021/PC IAI/Kab.  
Bulukumba/08/2022

No. STRA  
Masa berlaku STRA sampai  
No. Rekomendasi IAI

: Puskesmas Caile  
: Jl. Jend. Ahmad Yani Kel. Caile  
Kec. Ujung Bulu Kab. Bulukumba  
: Hari : Senin s/d Sabtu  
Jam : 07.30 s/d 14.00 Wita  
: 30 Oktober 2027

Untuk melakukan praktik di  
Nama Tempat Praktik  
Alamat

Waktu Praktik

Masa Berlaku SIPA sampai

Dengan ketentuan sebagai berikut :

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



Dikeluarkan di : Bulukumba  
Pada Tanggal : 22 Agustus 2022



**FERRYAWAN Z FAHMI, S.STP.,M. AP**  
Pangkat : Pembina Tk. I  
Nip : 19820212 200212 1 001

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat kesehatan
2. Ketua Komite Farmasi Nasional
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba



**PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU  
SATU PINTU**

Jl. Ahmad Yani, Kelurahan Caile No. Hp. 082348675757, Kode Pos 92512

**KEPUTUSAN KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPATU  
SATU PINTU KABUPATEN BULUKUMBA**

**NOMOR : 020/DPMPTSP/I/2025**

**TENTANG**

**PERIZINAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT BLUD UPT PUSKESMAS CAILE**

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPATU SATU PINTU  
KABUPATEN BULUKUMBA,**

Menimbang : a. bahwa dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan primer kepada masyarakat, dibutuhkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas;

b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 28 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu tentang Perizinan Pusat Kesehatan Masyarakat;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang- Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

2. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

3. Undang-Undang Nomor 129 Tahun 2024 tentang Kabupaten Bulukumba di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 315, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7066);

4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 138 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1956 );

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 1039);



**Balai  
Sertifikasi  
Elektronik**

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

Memperhatikan : Rekomendasi teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba nomor : 000.1.5/517/DINKES tanggal 15 Januari 2025.

## **MEMUTUSKAN**

Menetapkan :

- KESATU : Perizinan Pusat Kesehatan Masyarakat BLUD UPT PUSKESMAS CAILE, yang beralamat di JL. Jend. Ahmad Yani Kelurahan Caile Kacamatan Ujung Bulu Kabupaten Bulukumba.
- KEDUA : Kategori Pusat Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud diktum KESATU yakni Puskesmas Non Rawat Inap di Kawasan Perkotaan.
- KETIGA : Perizinan Pusat Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud diktum KESATU berlaku selama 5 (Lima) tahun terhitung sejak tanggal ditetapkan dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.
- KEEMPAT : Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KELIMA : Keputusan Kepala Dinas ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan didalamnya akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bulukumba  
Pada Tanggal : 24 Januari 2025



Plt. Kepala DPMPTSP

Drs. MUHAMMAD DAUD KAHAL, M.Si  
Pangkat : Pembina Utama Muda/IV.c  
Nip 19680105 199703 1 011



Balai  
Sertifikasi  
Elektronik

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurchidayah S.Kep. NS  
Tempat/Tgl lahir : Butta Kelde / 13 Juli 1973  
Alamat : RTN Buwi Tirta Nusantara Pulukumba

Adalah sebagai *Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili* dari *Puskesmas Cale*

menyatakan bersedia dan berkomitmen untuk memenuhi persyaratan kerja sama dengan PT. SAMPHARINDO PUTRA TRADING CABANG MAKASSAR, dengan rincian persyaratan sebagai berikut:

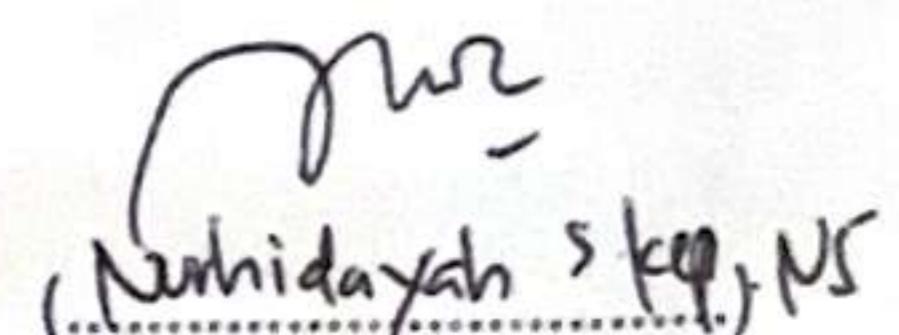
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "transfer" ke rekening resmi PT. Samphrindo Putra Trading  
BCA ( REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)  
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami atau langsung ke kontak admin WA (0822-9073-1208)
3. "Tidak" melakukan pembayaran dengan cara cash/tunai/transfer ke rekening salesman
4. Melengkapi SP (Surat Pesanan) asli dari setiap transaksi order, dengan cara menitipkan langsung ke pihak ekspedisi setelah barang/pesanan di terima

Demikian surat pernyataan ini diterbitkan, demi terciptanya keamanan dan kenyamanan transaksi antara outlet dan distributor.

Atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terimakasih.

Pulukumba, 17/05/2025

Menyetujui,

  
(Nurchidayah S.Kep.) NS

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

**FORM SPESIMEN RELASI**
**DATA RELASI (Legal Doc)**

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Puskesmas Cale

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Gen. Ahmad Yani  
Kelurahan Cale, Kecamatan Ujung Bulu, Bulukumba.

No NPWP (\*) : 20.928.305.0.806.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 020/PJMPF.TSL/I/2025

dan Toko Obat) Masa berlaku .....

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : ..... Masa Berlaku .....

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : ..... Masa Berlaku .....

Sertifikat CDOB PBF (\*) : ..... Masa Berlaku.....

APJ / Apoteker Pendamping / TTK		Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)	Mariana Achfar	031/PMPSPK/SIPA/VII/2022	22-8-2022	
2	Apoteker Pendamping 1				
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet (*)
Nama : MAHANA Achfar	Nama :	Nama : Rusdah Pluri Akhsan	Nama :	Nama : Siti Hardiani Saraswati	

**Data Relasi (Operasional)**

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : Anugrah Ira Yusrezky S.Kep-Ns

Handphone : 0822 9383 2283 Telpon : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Mariana Achfar S.Farm, Apt

Handphone : 0822 9127 890 Telpon : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Nurhidayah S.Kep- Ns

Handphone : 0813 9266 7634 Telpon : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)																					
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel																				
Nama : Anugrah Iin gesresky skp. NS		Nama : Mariana Akifar Sipan Apt		Nama : Nurhidayah skp. NS																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Diperiksa Oleh</th> <th colspan="2">Divertifikasi Oleh</th> </tr> <tr> <th>Marketing</th> <th>Keuangan</th> <th colspan="2">APJ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nama :</td> <td>Nama :</td> <td colspan="2">Nama :</td> </tr> <tr> <td>Tgl :</td> <td>Tgl :</td> <td colspan="2">Tgl :</td> </tr> </tbody> </table>						Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh		Marketing	Keuangan	APJ						Nama :	Nama :	Nama :		Tgl :	Tgl :	Tgl :	
Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh																							
Marketing	Keuangan	APJ																							
Nama :	Nama :	Nama :																							
Tgl :	Tgl :	Tgl :																							

Keterangan:

- (\*) wajib di isi
- Harap untuk melampirkan semua dokumen dalam bentuk HardCopy bersama spesimen

