



PEMERINTAH KABUPATEN PANGANDARAN
DINAS KESEHATAN

Jalan Pasundan No. 42 Kecamatan Cijulang 46394

Telp. (0265) 633156 Fax. (0265) 633156

Email. pegum.dinkes.pangandaran@gmail.com

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PANGANDARAN

Nomor : 800/0072.a-Dinkes/2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN

DI LINGKUNGAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN PANGANDARAN

KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PANGANDARAN

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka mendorong upaya peningkatan kualitas dan kinerja pelayanan publik sesuai kebutuhan masyarakat yang selaras dengan kemampuan dan kewenangan penyelenggara, setiap penyelenggara wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan serta menetapkan Maklumat Pelayanan;
- b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu ditetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran tentang Standar Pelayanan di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran;
- Mengingat : 1. Undang – undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang - Undangan;
2. Undang – undang Nomor 21 Tahun 2012, Tentang Pembentukan Kabupaten Pangandaran di Provinsi Jawa Barat;
3. Undang – undang Nomor 5 Tahun 2014, tentang Aparatur Sipil;
4. Undang – undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang – Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2020. Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pembentukan Produk Hukum daerah;
8. Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pangandaran;
9. Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Tugas dan Fungsi, Susunan Organisasi Serta Tata Kerja Perangkat daerah di lingkungan Pemerintah Kabupaten Pangandaran;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PANGANDARAN TENTANG STANDAR PELAYANAN LINGKUP DINAS KESEHATAN KABUPATEN PANGANDARAN TAHUN 2023;
- KESATU : Standar Pelayanan di lingkungan Dinas kesehatan kabupaten Pangandaran yang terdiri dari jenis Pelayanan, Komponen Standar Pelayanan, dan Maklumat Pelayanan sebagaimana tercantum pada Lampiran I, sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam keputusan ini;
- KEDUA : Standar Pelayanan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini wajib dilaksanakan oleh penyelenggara/pelaksana dan sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik;
- KETIGA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di : Cijulang
Pada Tanggal : 03 Januari 2024

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN PANGANDARAN



YADI SUKRAYADI, S.Kep, MM
NIP. 19660425 198503 1 002

KOMPONEN STANDAR PELAYANAN DARI SETIAP JENIS PELAYANAN DI LINGKUNGAN DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN PANGANDARAN

I. BIDANG KESEHATAN MARYARAKAT (SEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN KESEHATAN KERJA DAN OLAHRAGA)

1. PEMBUATAN SERTIFIKAT PRODUK INDUSTRI RUMAH TANGGA PANGAN (PIRT-P)

NO	NAMA BIDANG	: SEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN KESEHATAN KERJA DAN OLAHRAGA
1.	JENIS PELAYANAN	: Pembuatan Sertifikat Produk Industri Rumah Tangga Pangan (PIRT-P)
2.	DASAR HUKUM	: Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 22 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pemberian Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga
3.	PERSYARATAN	1. Surat Permohonan Pembuatan Sertifikat PIRT 2. Surat Keterangan Domisili Perusahaan 3. Sertifikat Penyuluh Keamanan Pangan 4. Pas Foto 5. Foto Kopi KTP 6. Formulir Usulan
4.	PROSEDUR	
5.	WAKTU PELAYANAN	: 1 bulan
6.	BIAYA / TARIF	: Rp. 0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Sertifikat PIRT
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Seksi Kesehatan Lingkungan Kesehatan Kerja dan Olahraga, Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran, Bapak Yuyu Wahyu 082295099745, E-mail : keslingpangandaran@gmail.com
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN / ATAU FASILITAS	- Pelatihan IRTP - Inspeksi Kesehatan Lingkungan - Cek Laboratorium
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan Langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: - PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 2 Orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: Diupayakan secara maksimal keselamatan dan keamanan klien
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah selesai melaksanakan pelayanan secara berkala

2. PEMBUATAN SERTIFIKAT LAIK HYGIENE DEPOT AIR MINUM ISI ULANG (DAMIU)

NO	NAMA BIDANG	: SEKSI KESEHATAN LINGKUNGAN KESEHATAN KERJA DAN OLAHRAGA
1.	JENIS PELAYANAN	: Pembuatan Sertifikat Laik Hygiene Depot Air Minum Isi Ulang (Damiu)
2.	DASAR HUKUM	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2014 tentang Higiene Sanitasi Depot Air Minum
3.	PERSYARATAN	1. Surat Permohonan Pembuatan Sertifikat Damiu 2. Surat Keterangan Domisili Perusahaan 3. Sertifikat Penyuluh Keamanan Pangan 4. Pas Foto 5. Foto Kopi KTP 6. Formulir Usulan

4. PROSEDUR	
5. WAKTU PELAYANAN	: 1 bulan
6. BIAYA / TARIF	: Rp. 0 (Gratis)
7. PRODUK PELAYANAN	: Sertifikat DAMU
8. PENGELOLAAN PENGADUAN	: Seksi Kesehatan Lingkungan Kesehatan Kerja dan Olahraga, Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran, Bapak Yuyu Wahyu 082295099745, E-mail : keslingpangandaran@gmail.com
9. SARANA DAN PRASARANA DAN / ATAU FASILITAS	: - Inspeksi Kesehatan Lingkungan - Cek Laboratorium
10. KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11. PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan Langsung
12. JUMLAH PELAKSANA	: - PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 2 Orang - Non PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 3 Orang
13. JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14. JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: Diupayakan secara maksimal keselamatan dan keamanan klien
15. EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah selesai melaksanakan pelayanan secara berkala

3. PEMBUATAN SERTIFIKAT LAIK HYGIENE HOTEL / PENGINAPAN

1. JENIS PELAYANAN	: Pembuatan Sertifikat Laik Hygiene Hotel / Penginapan
2. DASAR HUKUM	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80/Menkes/Per/II/1990 Tentang Persyaratan Kesehatan Hotel
3. PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Pembuatan Sertifikat Laik Hygiene Hotel / Penginapan 2. Surat Keterangan Domisili Perusahaan 3. Denah Hotel / Penginapan 4. Fotokopi legalitas izin usaha lainnya 5. Pas Foto 6. Foto Kopy KTP 7. Formulir Usulan 8. Hasil pemeriksaan laboratorium untuk air bersih, air minum, kolam renang (jika ada). 9. Hasil pemeriksaan usap alat (bagi hotel bintang 3 ke atas). 10. Sertifikat Penyuluh Keamanan Pangan (bagi hotel bintang 3 ke atas). 11. Hasil pemeriksaan laboratorium makanan (bagi hotel bintang 3 ke atas). 12. Fotokopi hasil pemeriksaan kesehatan penjamah makanan (<i>rectal swab</i>) (bagi hotel bintang 3 ke atas).

4. PROSEDUR	
-------------	--

5.	WAKTU PELAYANAN	: 3 Minggu
6.	BIAYA / TARIF	: Rp. 2.000.000 s.d Rp. 7.000.000
7.	PRODUK PELAYANAN	: Pemeriksaan Uji Laboratorium Kualitas Udara, Kualitas Air, Kualitas Makanan, Penjamah Makanan Peraturan Menteri Kesehatan No. 80/1990 Tentang Persyaratan Kesehatan Hotel
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Seksi Kesehatan Lingkungan Kesehatan Kerja dan Olahraga, Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran, Bapak Yuyu Wahyu 082295099745, E-mail : keslingpangandaran@gmail.com
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN / ATAU FASILITAS	: - Inspeksi Kesehatan Lingkungan - Cek Laboratorium
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan Langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: - PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 2 Orang - Non PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 3 Orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: Diupayakan secara maksimal keselamatan dan keamanan klien
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah selesai melaksanakan pelayanan secara berkala

4. PEMBUATAN SERTIFIKAT LAIK HYGIENE JASA BOGA

1.	JENIS PELAYANAN	: Pembuatan Sertifikat Laik Hygiene Jasaboga
2.	DASAR HUKUM	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096/Menkes/Per/VI/2011 Tentang Higiene Sanitasi Jasaboga
3.	PERSYARATAN	1. Surat Permohonan Pembuatan Sertifikat Laik Hygiene Jasaboga 2. Surat Keterangan Domisili 3. Sertifikat Penyuluh Keamanan Pangan 4. Pas Foto 5. Foto Kopi KTP 6. Formulir Usulan
4.	PROSEDUR	<pre> graph TD A[Menerima Usulan dari Owner Pemohonan untuk Pelayanan Terhadap Rata-Rata Kabupaten Pangandaran] --> B{Verifikasi Kelengkapan Usulan} B --> C[Melakukan Inspeksi Lingkungan dan Uji PoB, Sampel Laboratorium] C --> D{Memenuhi Syarat} C --> E[Penolakan] D --> F[Pembuatan Sertifikat] E --> B </pre>

5.	WAKTU PELAYANAN	: 3 Minggu
6.	BIAYA / TARIF	: Rp. 2.000.000 s.d Rp. 7.000.000 Pemeriksaan Uji Laboratorium Kualitas Udara, Kualitas Air, Kualitas Makanan, Penjamah Makanan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1098 Tahun 2003 Tentang Persyaratan Hygiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran
7.	PRODUK PELAYANAN	: Sertifikat Laik Hygiene Jasaboga
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	: Seksi Kesehatan Lingkungan Kesehatan Kerja dan Olahraga, Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran, Bapak Yuyu Wahyu 082295099745, E-mail : keslingpangandaran@gmail.com
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN / ATAU FASILITAS	: - Inspeksi Kesehatan Lingkungan - Cek Laboratorium
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan Langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: - PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 2 Orang - Non PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 3 Orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: Diupayakan secara maksimal keselamatan dan keamanan klien
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah selesai melaksanakan pelayanan secara berkala

5. PEMBUATAN SERTIFIKAT LAIK HYGIENE RUMAH MAKAN DAN RESTORAN

1.	JENIS PELAYANAN	: Pembuatan Sertifikat Laik Hygiene Rumah Makan dan Restoran
2.	DASAR HUKUM	: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1098/Menkes/SK/VII/2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran;
3.	PERSYARATAN	: 1. Surat Permohonan Pembuatan Sertifikat Laik Hygiene Rumah Makan dan Restoran 2. Surat Keterangan Domisili 3. Sertifikat Penyuluh Keamanan Pangan 4. Pas Foto 5. Foto Kopy KTP 6. Formulir Usulan
4.	PROSEDUR	<pre> graph TD A[Menerima Usulan dari Dinas Perizinan, Bidang Pengawasan Terhadap Sifat Profesi Kabupaten Pangandaran] --> B{Verifikasi Kelengkapan Usulan} B --> C[Langkah Inspeksi Kesehatan Lingkungan Uji Sifat Bersifat Laboratorium] C --> D{Memenuhi Syarat} C --> E{Tidak Memenuhi Syarat} D --> F[Pembuatan Sertifikat] E --> G[Penolakan] F --> H[Pembayaran Sertifikat] </pre>
5.	WAKTU PELAYANAN	: 3 Minggu
6.	BIAYA / TARIF	: Rp. 2.000.000 s.d Rp. 7.000.000
7.	PRODUK PELAYANAN	: Sertifikat Laik Hygiene Rumah Makan dan Restoran
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	: Seksi Kesehatan Lingkungan Kesehatan Kerja dan Olahraga, Dinas Kesehatan Kabupaten Pangandaran, Bapak Yuyu Wahyu 082295099745, E-mail : keslingpangandaran@gmail.com
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN / ATAU FASILITAS	: - Inspeksi Kesehatan Lingkungan - Cek Laboratorium
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan Langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: - PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 2 Orang - Non PNS di Seksi Kesling, Kesja dan OR 3 Orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: Diupayakan secara maksimal keselamatan dan keamanan klien
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah selesai melaksanakan pelayanan secara berkala

II. BIDANG PELAYANAN KESEHATAN

1. REKOMENDASI IZIN OPERASIONAL KLINIK PERTAMA DAN UTAMA

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Izin Operasional Klinik Kesehatan Pratama Dan Utama
2.	DASAR HUKUM	:	Permenkes No.9 Tahun 2014 tentang Klinik
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1 Surat permohonan rekomendasi izin Klinik yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten 2 Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (Pemohon) 3 Foto copy Akta Pendirian <ol style="list-style-type: none"> a. Berbadan Usaha dan Pengesahan AHU (Klinik Rajal) b. Berbadan Hukum dan Pengesahan AHU (Klinik RaNap) 4 Fc SPPL/UKL-UPL/Izin Lingkungan 5 Foto copy SIP yang harus ada (Dokter/ Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Apoteker, Perawat/Bidan) serta tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Klinik 6 Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat 7 Surat penunjukan Tenaga Medis sebagai penanggung jawab Klinik 8 Surat pernyataan sanggup menjadi penanggung jawab Klinik bermaterai 10.000 9 Foto copy sertifikat kursus Estetika (bagi penanggung jawab Klinik Kecantikan) 10 Daftar peralatan medis dan non medis 11 Bukti pembayaran rekening PDAM dan rekening listrik 12 Pernyataan sanggup untuk memeriksakan kualitas air minimal 6 bulan sekali bermaterai cukup bila memakai sumber air non PDAM 13 Denah alamat dan denah bangunan/ ruangan 14 Profosal study kelayakan pengelolaan sarana dan profil Klinik yang akan didirikan meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan 15 Fc perjanjian kerja sama pengelolaan limbah medis dengan sarana pengolah limbah medis 16 NIB (harus ada) 17 Izin Operasional/Komersial dari OSS 18 IMB 19 NPWP 20 Notifikasi Perizinan 21 Waktu dan Jam Pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pemohon mengurus OSS terlebih dahulu ke DPMPSTP 2 Pemohon mengajukan berkas operasional klinik ke Dinas Kesehatan 3 Melakukan telaah berkas perizinan 4 Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 5 Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 6 Pengajuan ke tim verifikasi untuk melakukan peninjauan ke klinik 7 Tim verif menentukan jadwal kunjungan ke Klinik 8 Persiapan kelengkapan surat tugas verifikasi ke lapangan 9 Registrasi surat penugasan kunjungan ke Klinik 10 Tim melakukan kunjungan perivikasi ke Klinik 11 Tim melakukan telaah hasil kunjungan dari Klinik 12 Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 13 Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 14 Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 15 Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 16 Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 17 Rekomendasi izin Klinik diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	1 Bulan
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	<p>Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650</p> <p>Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906</p>
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

2. REKOMENDASI IZIN OPRASIONAL KLINIK KECANTIKAN

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Izin Oprasional Klinik Kecantikan
2.	DASAR HUKUM	: Permenkes No.9 Tahun 2014 tentang Klinik
3.	PERSYARATAN	: <ol style="list-style-type: none"> 1 Surat permohonan rekomendasi izin Klinik yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten 2 Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (Pemohon) 3 Foto copy Akta Pendirian <ol style="list-style-type: none"> a. Berbadan Usaha dan Pengesahan AHU (Klinik Raja) b. Berbadan Hukum dan Pengesahan AHU (Klinik RaNap) 4 Fc SPPL/UKL-UPL/Izin Lingkungan 5 Foto copy SIP yang harus ada (Dokter/ Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Apoteker, Perawat/Bidan) serta tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Klinik 6 Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat 7 Surat penunjukan Tenaga Medis sebagai penanggung jawab Klinik 8 Surat pernyataan sanggup menjadi penanggung jawab Klinik bermaterai 10.000 9 Foto copy sertifikat kursus Estetika (bagi penanggung jawab Klinik Kecantikan) 10 Daftar peralatan medis dan non medis 11 Bukti pembayaran rekening PDAM dan rekening listrik 12 Pernyataan sanggup untuk memeriksakan kualitas air minimal 6 bulan sekali bermaterai cukup bila memakai sumber air non PDAM 13 Denah alamat dan denah bangunan/ ruangan 14 Profosal study kelayakan pengelolaan sarana dan profil Klinik yang akan didirikan meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan 15 Fc perjanjian kerja sama pengelolaan limbah medis dengan sarana pengolah limbah medis 16 NIB (harus ada) 17 Izin Operasional/Komersial dari OSS 18 IMB 19 NPWP 20 Notifikasi Perizinan 21 Waktu dan Jam Pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: <ol style="list-style-type: none"> 1 Pemohon mengurus OSS terlebih dahulu ke DPMPTSP 2 Pemohon mengajukan berkas operasional klinik ke Dinas Kesehatan 3 Melakukan telaah berkas perizinan 4 Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 5 Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 6 Pengajuan ke tim verifikasi untuk melakukan peninjauan ke klinik 7 Tim verif menentukan jadwal kunjungan ke Klinik 8 Persiapan kelengkapan surat tugas verifikasi ke lapangan 9 Registrasi surat penugasan kunjungan ke Klinik 10 Tim melakukan kunjungan perivikasi ke Klinik 11 Tim melakukan telaah hasil kunjungan dari Klinik 12 Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 13 Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 14 Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 15 Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 16 Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 17 Rekomendasi Izin Klinik diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPTSP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 1 Bulan
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

3. REKOMENDASI IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT

NO.	NAMA BIDANG	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	Rekomendasi Izin Operasional Rumah Sakit
2.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit 2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan 3. Permenkes No. 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
3.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan rekomendasi ijin operasional rumah sakit sesuai dengan klasifikasinya yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten 2. Ijin Mendirikan Rumah Sakit 3. Profil Rumah Sakit, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi 4. Isian instrument self assessment sesuai klasifikasi Rumah Sakit yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana 5. Gambar desain (blue print) dan foto bangunan serta sarana dan prasarana pendukung 6. Ijin penggunaan bangunan (IPB) dan sertifikat laik fungsi 7. Dokumen pengelolaan lingkungan berkelanjutan 8. Daftar sumber daya manusia 9. Daftar peralatan medis dan nonmedis 10. Daftar sediaan farmasi dan alat kesehatan 11. Berita acara hasil uji fungsi peralatan kesehatan disertai kelengkapan berkas izin pemanfaatan dari instansi berwenang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan untuk peralatan tertentu 12. Dokumen administrasi dan manajemen <ol style="list-style-type: none"> a. Badan Hukum atau kepemilikan b. Peraturan Internal Rumah Sakit c. Komite Medik d. Komite Keperawatan e. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) f. Surat izin praktik atau surat izin kerja tenaga kesehatan g. Standart prosedur operasional kredensial staf medis h. Surat penugasan klinis staf medis 13. Surat keterangan/sertifikat hasil uji/kalibrasi alat kesehatan
4.	PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengurus OSS terlebih dahulu ke DPMPSTSP 2. Pemohon mengajukan berkas permohonan rekomendasi izin rumah sakit ke Dinas 3. Melakukan telaah berkas perizinan 4. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 5. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 6. Pengajuan ke tim verifikasi untuk melakukan peninjauan Sarana Kesehatan 7. Tim Verif menentukan jadwal kunjungan ke Sarana Kesehatan 8. Persiapan kelengkapan surat tugas perivikasi ke Sarana Kesehatan 9. Registrasi surat penugasan kunjungan ke Sarana Kesehatan 10. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke Sarana Kesehatan 11. Tim melakukan telaah hasil kunjungan dari Sarana Kesehatan 12. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke 13. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 14. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 15. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 16. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 17. Rekomendasi Izin Sarana Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTSP
5.	WAKTU PELAYANAN	1 Bulan
6.	BIAYA/TARIF	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

4. REKOMENDASI IZIN LABORATORIUM KESEHATAN

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Izin Laboratorium Kesehatan
2.	DASAR HUKUM	: - Permenkes No. 411 Tahun 2010 Tentang Laboratorium Klinik
3.	PROSEDUR	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengurus OSS terlebih dahulu ke DPMPTS 2. Pemohon mengajukan berkas Pengajuan ke Dinas Kesehatan 3. Melakukan telaah berkas perizinan 4. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 5. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 6. Pengajuan ke team verifikasi untuk melakukan peninjauan laboratorium klinik 7. Tim Verif menentukan jadwal kunjungan ke Laboatorium Klinik 8. Persiapan kelengkapan surat tugas verifikasi ke lapangan 9. Registrasi surat penugasan kunjungan ke Laboratorium Klinik 10. Tim melakukan kunjungan verifikasi ke Laboratorium Klinik 11. Tim melakukan telaah hasil kunjungan dari Laboratorium Klinik 12. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 13. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 14. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 15. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 16. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 17. Rekomendasi Izin Laboratorium Klinik diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPTSP
4.	PERSYARATAN	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan izin Lab Klinik yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten 2. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (pemohon) 3. Foto copy akta pendirian Badan Usaha yang Berbadan Hukum 4. Foto copy SPPL/UKL-UPL/ AMDAL 5. Foto copy SIPTenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Laboratorium 6. Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat 7. Surat penunjukan Tenaga Medis sebagai penanggung jawab Laboratorium 8. Surat pernyataan sanggup menjadi penanggung jawab Laboratorium bermaterai 10.000 9. Daftar sarana dan prasarana Laboratorium Kesehatan 10. Daftar ketenagakerjaan 11. Pernyataan sanggup untuk memeriksa kualitas air minimal 6 bulan sekali bermaterai cukup bila memakai sumber air non PDAM 12. Peta lokasi dan denah bangunan/ ruangan 13. Proposal study kelayakan pengelolaan sarana dan Profil Laboratorium yang akan didirikan (meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan.) 14. Foto copy perjanjian kerja sama pengelolaan limbah medis dengan sarana pengolah limbah medis 15. NIB (harus ada) 16. Izin Operasional/Komersial dari OSS 17. IMB 18. NPWP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 1 Bulan
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

5. REKOMENDASI IZIN OPERASIONAL PELAYANAN RADIOLOGI

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Izin Operasional Pelayanan Radiologi
2.	DASAR HUKUM	:	- Permenkes No. 24 Tahun 2020 Tentang Pelayanan Radiolog
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Izin kepada Kepala Dinas kesehatan bermaterai 10.000 2. Fc KTP Pemohon 3. Fc Izin Mendirikan Bangunan/Sarana 4. Fc Keputusan Kepala Badan Pengawas Tenaga Nuklir Tentang Izin Pemanfaatan Tenaga Nuklir Penggunaan dalam Radiologi dan Intervensional 5. Denah Ruang Instalasi Radiologi 6. Katalog Jenis Alat Kesehatan/Radiologi yang digunakan 7. Fc. Perjanjian Kerja dan Fc. Surat Izin Praktik Dokter Spesialis Radiologi 8. Fc. Surat Izin Kerja/Praktik Radiografer
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas pengajuan ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke tim verifikasi untuk melakukan peninjauan instalasi radiologi 6. Tim verif menentukan jadwal kunjungan ke instalasi radiologi 7. Persiapan kelengkapan surat tugas verifikasi ke lapangan 8. Registrasi surat penugasan kunjungan ke instalasi radiologi 9. Tim melakukan kunjungan verifikasi ke instalasi radiologi 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan dari instalasi radiologi 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi Perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin instalasi radiologi diserahkan ke pemohon 17. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Surat Izin 18. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan atas Izin Instalasi Radiologi 19. Registrasi dan Penomoran Surat Izin untuk pemberkasan 20. Surat Izin instalasi radiologi diserahkan ke pemohon
5.	WAKTU PELAYANAN	:	1 Bulan
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi & Surat Izin Penyelenggaraan
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	<p>Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650</p> <p>Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906</p>
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

6. REKOMENDASI IZIN OPERASIONAL OPTIK

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Izin Operasional Optik
2.	DASAR HUKUM	: Permenkes RI No. 1 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Optikal
3.	PERSYARATAN	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan izin kepada Kepala Dinas kesehatan bermaterai 10.000 2. Fc KTP Pemohon 3. Fc Izin Mendirikan Bangunan/Sarana 4. Fc Keputusan Kepala Badan Pengawas Tenaga Nuklir Tentang Izin Pemanfaatan Tenaga Nuklir Penggunaan dalam Radiologi dan 5. Denah Ruang Instalasi Radiologi 6. Katalog Jenis Alat Kesehatan/Radiologi yang digunakan 7. Fc Perjanjian Kerja dan Fc Surat Izin Praktik Dokter Spesialis Radiologi 8. Fc Surat Izin Kerja/Praktik Radiografer
4.	PROSEDUR	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas pengajuan ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke tim verifikasi untuk melakukan peninjauan optik 6. Tim verif menentukan jadwal kunjungan ke optik 7. Persiapan kelenekapan surat tugas verifikasi ke lapangan 8. Registrasi surat penugasan kunjungan ke optik 9. Tim melakukan kunjungan verifikasi ke lapangan 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan dari optik 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Penyelenggaraan Optik diserahkan ke pemohon 17. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Surat Izin 18. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan atas Izin Penyelenggaraan Optik 19. Registrasi dan Penomoran Surat Izin untuk pemberkasan 20. Surat Izin Penyelenggaraan Optik diserahkan ke pemohon
5.	WAKTU PELAYANAN	: 1 Bulan
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi & Surat Izin Penyelenggaraan
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Penanggung jawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggung jawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

7. REKOMENDASI IZIN PELAYANAN UNIT TRANFUSI DARAH

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Izin Pelayanan Unit Transfusi Darah
2.	DASAR HUKUM	: 1. Permenkes No. 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah 2. Permenkes RI No. 91 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah
3.	PERSYARATAN	: 1. Profil UTD 2. Denah lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan yang diusulkan 3. Surat pernyataan bersedia mengikuti Program Pemantauan Mutu 4. Isian formulir <i>self assessment</i> sesuai klasifikasi UTD : a. Kelengkapan bangunan, sarana dan prasarana b. Kelengkapan peralatan c. Kelengkapan SDM d. Kemampuan pelayanan
4.	PROSEDUR	: 1. Pemohon mengajukan berkas permohonan izin optik 2. Petugas melakukan telaah berkas perizinan Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 3. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya Tim melakukan kunjungan lapangan 4. Tim melakukan telaah hasil kunjungan lapangan 5. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 6. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 7. Seksi ketenagaan menyiapkan sediaan perlinan Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan 8. Rekomendasi izin mendirikan operasional diserahkan ke pemohon untuk diteruskan ke DPMPSTP untuk mendapatkan izin
5.	WAKTU PELAYANAN	: 1 Bulan
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi & Surat Izin Penyelenggaraan
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

8. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA TENAGA GIZI (SIPTGz)

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Surat Izin Kerja Tenaga Gizi (SIPTGz)
2.	DASAR HUKUM	: 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes No.26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan dan Praktik Tenaga Gizi
3.	PERSYARATAN	: 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13 Seksi Yanprimer dan Kestrاد menyiapkan Rekomendasi perizinan 14 Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15 Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16 Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

9. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTEK DAN PENYELENGGARAAN AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK (ATLM)

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Surat Praktek Izin dan Penyelenggaraan Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM)
2.	DASAR HUKUM	: 1. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes No. 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM)
3.	PERSYARATAN	: 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugas perivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTSPK
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

10. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTIK PENATA ANESTHESI

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Praktik Penata Anestesi
2.	DASAR HUKUM	:	1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes RI No.18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi
3.	PERSYARATAN	:	1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	1. 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTSPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

11. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTIK FISIOTHERAPIS (SIPF)

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF)
2.	DASAR HUKUM	: 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes No.80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis
3.	PERSYARATAN	: 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13. NPWP 14. Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTSPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

12. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA TENAGA SANITASI LINGKUNGAN (Sanitarian)

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Kerja Tenaga Sanitasi Lingkungan (sanitarian)
2.	DASAR HUKUM	:	1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes RI No.32 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian
3.	PERSYARATAN	:	1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13. NPWP 14. Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

13. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Surat Izin Kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Rekomendasi Surat Izin Praktik Elektromedis
2.	DASAR HUKUM	: 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes RI No. 45 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis
3.	PERSYARATAN	: 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13. NPWP 14. Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTSPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

14. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA RADIOGRAFER

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Surat Izin Kerja Radiografer
2.	DASAR HUKUM	: 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes No. 357/MENKES/PER/V/2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer
3.	PERSYARATAN	: 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: 1. 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9 Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10 Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11 Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12 Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13 Seksi Yanprimer dan Kestrads menyiapkan Rekomendasi perizinan 14 Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15 Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16 Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTSPK
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

5. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA REFRAKSIONIS OPTISIEN / OPTOMETRIS (SIKRO)

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien/Optometrus (SIKRO)
2.	DASAR HUKUM	:	1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.544/Menkes/SK/VI/2002 tentang Registrasi dan Izin Kerja Refraksionis Optisi
3.	PERSYARATAN	:	1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrads menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

6. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA TEKNIK KARDIOVASKULER

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Kerja Teknik Kardiovaskuler
2.	DASAR HUKUM	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes RI No.30 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Teknisi Kardiovaskuler
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrاد menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTSPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

17. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTIK AKUPUNTUR		
NO.	NAMA BIDANG	:
		Pelayanan Kesehatan
		Rekomendasi Surat Izin Praktik Akupuntur
1.	JENIS PELAYANAN	
2.	DASAR HUKUM	1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
3.	PERSYARATAN	1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugas perivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

18. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTIK THERAPIS WICARA (SIPTW)

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Praktik Terapis Wicara (SIPTW)
2.	DASAR HUKUM	:	1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes RI No.24 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis
3.	PERSYARATAN	:	1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	1. 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9 Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10 Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11 Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12 Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13 Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14 Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15 Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16 Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGELDOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

19. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTIK OKUPASI THERAPIS (SIPOT)

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Surat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT)
2.	DASAR HUKUM	: 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes No.548/Menkes/Per/2007 tentang Registrasi dan Izin Praktik Okupasi Terapis
3.	PERSYARATAN	: 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrad menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

20. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA ORTOTIK PROSTETIK (SIKOP)

NO.	NAMA BIDANG	: Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Surat Izin Kerja Ortotik Prostetik (SIKOP)
2.	DASAR HUKUM	: 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes No. 22 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Ortosis Prostetis
3.	PERSYARATAN	: 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPTSP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13. NPWP 14. Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	: 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugas perivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrads menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomoran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPTSPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	: 7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	: Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 : Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: -
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: -
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

21. REKOMENDASI SURAT TERDAFTAR PENYEHAT TRADISIONAL (STPT)

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)
2.	DASAR HUKUM	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Peraturan Pemerintah RI No. 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional 3. Permenkes RI No. 61 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biodata penyehat tradisional 2. Surat Pernyataan mengenai metode atau teknik pelayanan yang diberikan 3. Foto copy KTP/paspor untuk TKA 4. Surat keterangan Kepala Desa/Lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai penyehat tradisional 5. Peta lokasi usaha dan denah ruangan 6. Rekomendasi dari asosiasi/organisasi profesi di bidang pengobatan tradisional yang bersangkutan 7. Foto copy sertifikat/ijazah penyehat tradisional 8. Surat pengantar Puskesmas setempat 9. Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktek ke Dinkes disertai berkas permohonan 2. Pemeriksaan kelengkapan berkas permohonan 3. Berkas tidak lengkap dikembalikan kepada pemohon untuk dilengkapi 4. Berkas lengkap langsung diproses pembuatan surat rekomendasi 5. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan 6. Registrasi nomor surat rekomendasi ke bagian umum dan penggandaan untuk pemberkasan 7. Berkas diserahkan kepada pemohon untuk dibawa ke DPMPSTP (Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu) 8. Berkas jadi diserahkan ke pemohon
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

2. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTEK PSIKOLOGI KLINIS (SIPPK)

10. NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1. JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Praktek Psikologi Klinis (SIPPK)
2. DASAR HUKUM	:	1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2017
3. PERSYARATAN	:	1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPTSP di atas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPWP 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4. PROSEDUR	:	1. 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugas perivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrads menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPTSPKP
5. WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6. BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7. PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8. PENGELOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9. SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10. KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11. PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12. JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13. JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14. JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15. EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

23. REKOMENDASI SURAT IZIN KERJA TEKNISI PELAYANAN DARAH

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Kerja Teknisi Pelayanan Darah
2.	DASAR HUKUM	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes No. 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah 3. Permenkes RI No. 91 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Foto copy STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy Ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13 NPPW 14 Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9 Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10 Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11 Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12 Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13 Seksi Yanprimer dan Kestrads menyiapkan Rekomendasi perizinan 14 Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15 Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16 Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

I. REKOMENDASI SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER UMUM, /Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis

NO.	NAMA BIDANG	:	Pelayanan Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis
2.	DASAR HUKUM	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No.36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 2. Permenkes RI No.2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berkas permohonan ditujukan kepada DPMPSTP diatas materai Rp.10.000,-; 2. Salinan STR yang masih berlaku dilegalisir asli ; 3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP ; 4. Surat pernyataan memiliki tempat praktek (Praktik Mandiri); 5. Surat keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat akan berpraktik; 6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 Lembar; 7. Surat Rekomendasi Organisasi Profesi 8. Foto copy KTP; 9. Foto copy ijazah sesuai profesi dilegalisir ; 10. Surat pernyataan bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai diketahui Pimpinan 11. Foto copy SIP ke satu (untuk mengajukan SIPselanjutnya) 12. IMB fasilitas tempat pelayanan (bagi yang praktek mandiri) 13. NPWP 14. Waktu dan jam pelayanan Praktik
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas perizinan praktik ke Dinas Kesehatan 2. Melakukan telaah berkas perizinan 3. Persyaratan administrasi tidak lengkap di kembalikan ke pemohon 4. Persyaratan administrasi lengkap diteruskan untuk proses selanjutnya 5. Pengajuan ke team perivikasi untuk melakukan peninjauan tempat praktik 6. Team Periv menentukan jadwal kunjungan ke Tempat Praktik 7. Persiapan kelengkapan surat tugasperivikasi ke tempat praktik 8. Registrasi surat penugasan ke tempat praktik pemohon 9. Tim melakukan kunjungan perivikasi ke tempat praktik pemohon 10. Tim melakukan telaah hasil kunjungan ke tempat praktik pemohon 11. Telaah hasil kunjungan lapangan tidak memenuhi syarat teknis, diberitahukan ke pemohon 12. Telaah hasil kunjungan lapangan memenuhi syarat teknis, maka dilanjutkan proses berikutnya 13. Seksi Yanprimer dan Kestrads menyiapkan Rekomendasi perizinan 14. Pejabat yang berwenang memberikan persetujuan Rekomendasi Perizinan 15. Registrasi dan Penomeran Surat Rekomendasi untuk pemberkasan 16. Rekomendasi Izin Tenaga Kesehatan diserahkan ke pemohon untuk dilanjutkan ke DPMPSTPKP
5.	WAKTU PELAYANAN	:	7 Hari Jam Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp.0 (Gratis)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Surat Rekomendasi
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	Penanggungjawab Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional 085273035650 Penanggungjawab Mutu Pelayanan Kesehatan 085328123906
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	-
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang sudah memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	3 Orang Staff
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Dilaksanakan sesuai prosedur
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	-
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi setelah melaksanakan pelayanan

III. BIDANG SDK (SUMBER DAYA KESEHATAN)

1. REKOMENDASI IZIN APOTEK

NO.	NAMA BIDANG	Sumber Daya Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	Rekomendasi Izin Apotek
2.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan 4. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 52 tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten / Kota 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017 Tentang Apotek 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Barusaha Terintegrasi secara Elektronik Sektor Kesehatan
3.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foto copy Ijazah Apoteker 2. Foto copy Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA) dan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) 3. Foto copy KTP (Pemilik sarana apotek dan apoteker penanggungjawab) 4. Denah bangunan lengkap dengan ukurannya 5. Foto copy NIB (Nomor Induk Barusaha), Izin Komersial/Operasional OSS 6. Foto copy Izin Mendirikan Bangunan (IMB)/ Izin Peruntukan Penggunaan Tanah (IPPT) 7. Foto copy Nomor Peserta Wajib Pajak (NPWP) 8. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk Akte hak milik/sewa/kontrak 9. Daftar sarana alat-alat perlengkapan Apotek 10. Foto copy (Ijazah TTK, STRTTK dan SIPTTK) 11. Daftar Ketenagakerjaan 12. Surat Pernyataan dari Apoteker Pengelola tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi pengelola apotek di apotek lain 13. Foto copy akte perjanjian kerjasama apoteker pengelola dengan pemilik sarana apotek 14. Surat Pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat 15. Surat pernyataan kesanggupan apotek melakukan pengelolaan obat dan perbekalan kefarmasian sesuai standar 16. Rekomendasi IAI dari cabang 17. Pas foto apoteker 4x6 sebanyak 2 buah, 3x4 sebanyak 1 buah, 2x3 sebanyak 2 buah 18. Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL) 19. Map clip file warna biru 1 buah
4.	PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Penjelasan kepada Pemilik Apotek /Apoteker Penanggung Jawab tentang persyaratan membuat rekomendasi Izin Apotek 2. Menerima Surat Permohonan Izin Apotek lengkap dengan persyaratan Pendirian Apotek 3. Memeriksa surat permohonan dan kelengkapan Persyaratan Pendirian Izin Apotek 4. Tim Pemeriksa turun ke Lokasi Pendirian Calon Apotek 5. Tim Pemeriksa melaporkan hasil pemeriksaan dalam bentuk Berita Acara Pemeriksaan 6. Memeriksa ulang hasil pemeriksaan dengan mengecek Berita Acara Pemeriksaan 7. Melaporkan ke Kepala Bidang SDK 8. Melaporkan hasil akhir ke Sekretaris Dinas Kesehatan dan Penandatanganan Surat Rekomendasi oleh Kepala Dinas Kesehatan 9. Mengarsipkan berkas Permohonan Izin Apotek
5.	WAKTU PELAYANAN	12 Hari Kerja
6.	BIAYA/TARIF	Rp. 0,- (Tidak Dipungut Biaya)
7.	PRODUK PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. BA Pemeriksaan Apotek 2. Rekomendasi Izin Apotek
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan Pengaduan tertulis atau elektronik melalui email/SMS/ WA email: farmasi.dinkespd@gmail.com WA: 085222028179 (Penanggungjawab Kefarmasian dan Alat Kesehatan) 2. Uraikan pokok permasalahan secara jelas, lengkap dan kronologis 3. Menerima dan menelaah keluhan 4. Tindak lanjut pengaduan 5. Informasi tindak lanjut kepada pelapor
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Rekomendasi Izin Apotek 2. Berita Acara Pemeriksaan Izin Apotek 3. ATK 4. Komputer 5. Evaluasi kinerja pelaksanaan dilaksanakan secara tahunan
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	Petugas yang memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	5 orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	Terlaksana layanan sesuai Standar Operasional Pelayanan (SOP)
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	Standar Operasional Prosedur (SOP)
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi kinerja pelaksanaan dilaksanakan secara tahunan

2. REKOMENDASI IZIN TOKO OBAT

NO.	NAMA BIDANG	Sumber Daya Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	Rekomendasi Izin Toko Obat
2.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan 4. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 52 tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten / Kota 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi secara Elektronik Sektor Kesehatan 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1331 tahun 2002 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 167/Kab/B.VIII/1972 tentang Pedagang Eceran Obat
3.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Photo copy KTP Tenaga Teknis Kefarmasian 2. Photo copy Nomor Peserta Wajib Pajak (NPWP) 3. Photo copy IMB 4. Photo copy NIB (Nomor Induk Berusaha) 5. Photo copy Izin Komersial/Operasional OSS 6. Photo copy Ijazah Tenaga Teknis Kefarmasian 7. Photo copy STRTTK 8. Photo copy SIPPTK 9. Surat pernyataan kesanggupan pemilik dan penanggungjawab tidak menjual obat keras 10. Surat Pernyataan dari Apoteker Pengelola tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi pengelola apotek di apotek lain 11. Denah Ruangan dan Lokasi Toko Obat 12. Daftar sarana dan prasarana 13. Berita acara pemeriksaan (Untuk perpanjangan Toko Obat) 14. Pas photo Pengelolaan Ukuran 4 x 6 cm = 2 bh, 3 x 4 cm = 2 bh, dan 2 x 3 cm = 2 bh ; 15. Map Plastik cliff file warna kuning 1 (satu) bh ;
4.	PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Penjelasan kepada Pemilik Toko Obat / Penanggung Jawab Toko Obat tentang persyaratan membuat Rekomendasi Surat Terdaftar Toko Obat 2. Memberikan Penjelasan kepada Pemilik Toko Obat / Penanggung Jawab Toko Obat tentang persyaratan membuat Rekomendasi Surat Terdaftar Toko Obat 3. Memeriksa surat permohonan dan kelengkapan Persyaratan Pendirian Toko Obat 4. Tim Pemeriksa turun ke Lokasi Pendirian Calon Toko Obat 5. Tim Pemeriksa melaporkan hasil pemeriksaan dalam bentuk Berita Acara Pemeriksaan 6. Memeriksa ulang hasil pemeriksaan dengan mengecek Berita Acara Pemeriksaan 7. Melaporkan ke Kepala Bidang SDK , 8. Melaporkan hasil akhir ke Sekretaris Dinas Kesehatan dan Penandatanganan Surat Rekomendasi oleh Kepala Dinas Kesehatan 9. Mengarsipkan berkas Permohonan Rekomendasi Surat Terdaftar Toko Obat
5.	WAKTU PELAYANAN	12 Hari Kerja
6.	BIAYA/TARIF	Rp. 0,- (Tidak Dipungut Biaya)
7.	PRODUK PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. BA Pemeriksaan Toko Obat 2. Rekomendasi Izin Toko Obat
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan Pengaduan tertulis atau elektronik melalui email/SMS/ WA email: farmasi.dinkespd@gmail.com WA: 085222028179 (Penanggungjawab Kefarmasian dan Alat Kesehatan) 2. Uraikan pokok permasalahan secara jelas, lengkap dan kronologis 3. Menerima dan menelaah keluhan 4. Tindak lanjut pengaduan 5. Informasi tindak lanjut kepada pelapor
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Rekomendasi Toko Obat 2. Berita Acara Pemeriksaan Toko Obat 3. ATK 4. Komputer 5. Printer
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	Petugas yang memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	5 orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	Terlaksana layanan sesuai Standar Operasional Pelayanan (SOP)
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	Standar Operasional Prosedur (SOP)
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi kinerja pelaksanaan dilaksanakan secara tahunan

3. REKOMENDASI IZIN ALAT TOKO KESEHATAN

NO.	NAMA BIDANG	Sumber Daya Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	Rekomendasi Izin Toko Alat Kesehatan
2.	DASAR HUKUM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1191 tahun 2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi secara Elektronik Sektor Kesehatan 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 52 tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten / Kota
3.	PERSYARATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan 2. Ijazah Penanggungjawab teknis 3. Sertifikat penunjang PJT 4. Salinan Akte Notaris 5. NPWP Perusahaan 6. SIUP 7. Izin HO/UUG 8. Peta Lokasi 9. Denah Bangunan Perusahaan 10. Jenis/macam Alat Kesehatan yang diedarkan
4.	PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Penjelasan kepada Pemilik Toko Alat Kesehatan / Penanggung Jawab Toko Alat Kesehatan tentang persyaratan membuat Rekomendasi Surat Izin Toko Alat Kesehatan 2. Menerima Surat Permohonan Surat Izin Toko Alat Kesehatan lengkap dengan persyaratan Pendirian Toko Alat Kesehatan 3. Memeriksa surat permohonan dan kelengkapan Persyaratan Pendirian Toko Alat Kesehatan 4. Tim Pemeriksa turun ke Lokasi Pendirian Calon Toko Alat Kesehatan 5. Tim Pemeriksa melaporkan hasil pemeriksaan dalam bentuk Berita Acara Pemeriksaan 6. Memeriksa ulang hasil pemeriksaan dengan mengecek Berita Acara Pemeriksaan 7. Melaporkan ke Kepala Bidang SDK , 8. Melaporkan hasil akhir ke Sekretaris Dinas Kesehatan dan Penandatanganan Surat Rekomendasi oleh Kepala Dinas Kesehatan 9. Mengarsipkan berkas Permohonan Rekomendasi Surat Izin Toko Alat Kesehatan
5.	WAKTU PELAYANAN	12 Hari Kerja
6.	BIAYA/TARIF	Rp. 0,- (Tidak Dipungut Biaya)
7.	PRODUK PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berita Acara Pemeriksaan Toko Obat 2. Rekomendasi Izin Toko Obat
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan Pengaduan tertulis atau elektronik melalui email/SMS/ WA email: farmasi.dinkespd@gmail.com WA: 085222028179 (Penanggungjawab Kefarmasian dan Alat Kesehatan) 2. Uraikan pokok permasalahan secara jelas, lengkap dan kronologis 3. Menerima dan menelaah keluhan 4. Tindak lanjut pengaduan 5. Informasi tindak lanjut kepada pelapor
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Rekomendasi Toko Kesehatan 2. Berita Acara Pemeriksaan Toko Kesehatan 3. ATK 4. Komputer 5. Printer
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	Petugas yang memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	5 orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	Terlaksana layanan sesuai Standar Operasional Pelayanan (SOP)
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	Standar Operasional Prosedur (SOP)
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	Evaluasi kinerja pelaksanaan dilaksanakan secara tahunan

4. REKOMENDASI PENCABUTAN IZIN APOTEK

NO.	NAMA BIDANG	:	Sumber Daya Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Pencabutan Izin Apotek
2.	DASAR HUKUM	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan 3. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. 4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 52 tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten / Kota 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017 Tentang Apotek 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi secara Elektronik Sektor Kesehatan
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan pencabutan SIA dari Pemohon bermaterai 2. Surat rekomendasi Pencabutan dari PC IAI 3. Fotokopi SIA yang akan dicabut
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permohonan Rekomendasi Pencabutan Izin Apotek kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pangandaran disertai lampiran berkas permohonan pencabutan dari pemohon melalui Seksi Farmasi dan Alat Kesehatan 2. Pemeriksaan kelengkapan berkas permohonan 3. Kepala Dinas Kesehatan segera menerbitkan Surat Rekomendasi Pencabutan Izin Apotek 4. Penyerahan Surat Rekomendasi Pencabutan Izin Apotek kepada Pemohon 5. Pengajuan Permohonan Pencabutan Izin Apotek kepada Kepala Dinas PMPTSPKP Kab. Pangandaran disertai Surat Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan
5.	WAKTU PELAYANAN	:	12 Hari Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp. 0,- (Tidak Dipungut Biaya)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Rekomendasi Pencabutan Izin Apotek
8.	PENGELOLAAN PENGADUAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan Pengaduan tertulis atau elektronik melalui email/SMS/ WA email: farmasi.dinkespd@gmail.com WA: 085222028179 (Penanggungjawab Kefarmasian dan Alat Kesehatan) 2. Uraikan pokok permasalahan secara jelas, lengkap dan kronologis 3. Menerima dan menelaah keluhan 4. Tindak lanjut pengaduan 5. Informasi tindak lanjut kepada pelapor
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Rekomendasi Pencabutan Apotek 2. ATK 3. Komputer 4. Printer
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	5 orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Terlaksana layanan sesuai Standar Operasional Pelayanan (SOP)
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	Standar Operasional Prosedur (SOP)
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi kinerja pelaksanaan dilaksanakan secara tahunan

5. REKOMENDASI IZIN PENCABUTAN TOKO OBAT

NO.	NAMA BIDANG	:	Sumber Daya Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	:	Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Obat
2.	DASAR HUKUM	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan 4. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 52 tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten / Kota 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psicotropika, dan Prekursor Farmasi. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Barusaha Terintegrasi secara Elektronik Sektor Kesehatan 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1331 tahun 2002 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 167/Kab/B.VIII/1972 tentang Pedagang Eceran Obat
3.	PERSYARATAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan pencabutan Izin Toko Obat dari Pemohon bermaterai 2. Surat rekomendasi Pencabutan dari PAFI Kabupaten/Kota 3. Fotokopi izin Toko Obat yang akan di cabut
4.	PROSEDUR	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permohonan Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Obat kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pangandaran disertai lampiran berkas permohonan pencabutan dari pemohon melalui Seksi Farmasi dan Alat Kesehatan 2. Pemeriksaan kelengkapan berkas permohonan 3. Kepala Dinas Kesehatan segera menerbitkan Surat Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Obat 4. Penyerahan Surat Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Obat kepada Pemohon 5. Pengajuan Permohonan Pencabutan Izin Toko Obat kepada Kepala Dinas PMPTSPKP Kab. Pangandaran disertai Surat Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan dan lampiran berkas permohonan Pencabutan Izin Toko Obat dari pemohon
5.	WAKTU PELAYANAN	:	12 Hari Kerja
6.	BIAYA/TARIF	:	Rp. 0,- (Tidak Dipungut Biaya)
7.	PRODUK PELAYANAN	:	Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Obat
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan Pengaduan tertulis atau elektronik melalui email/SMS/ WA email: farmasi.dinkespd@gmail.com WA: 085222028179 (Penanggungjawab Kefarmasian dan Alat Kesehatan) 2. Uraikan pokok permasalahan secara jelas, lengkap dan kronologis 3. Menerima dan menelaah keluhan 4. Tindak lanjut pengaduan 5. Informasi tindak lanjut kepada pelapor
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Obat 2. ATK 3. Komputer 4. Printer
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	:	Petugas yang memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	:	Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	:	5 orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	:	Terlaksana layanan sesuai Standar Operasional Pelayanan (SOP)
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	:	Standar Operasional Prosedur (SOP)
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	:	Evaluasi kinerja pelaksanaan dilaksanakan secara tahunan

6. REKOMENDASI IZIN PENCABUTAN TOKO ALAT KESEHATAN

NO.	NAMA BIDANG	: Sumber Daya Kesehatan
1.	JENIS PELAYANAN	: Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan
2.	DASAR HUKUM	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1191 tahun 2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Barusaha Terintegrasi secara Elektronok Sektor Kesehatan 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 52 tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten / Kota
3.	PERSYARATAN	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan pencabutan Izin Penyalu Alat Kesehatan dari Pemohon bermaterai 2. Fotokopi izin Penyalur Alat Kesehatan yang akan dicabut
4.	PROSEDUR	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Permohonan Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pangandaran disertai lampiran berkas permohonan pencabutan dari pemohon melalui Seksi Farmasi dan Alat Kesehatan 2. Pemeriksaan kelengkapan berkas permohonan 3. Kepala Dinas Kesehatan segera menerbitkan Surat Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan 4. Penyerahan Surat Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan kepada Pemohon 5. Pengajuan Permohonan Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan kepada Kepala Dinas PMPTSPK Kab. Pangandaran disertai Surat Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan dan lampiran berkas permohonan Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan dari pemohon
5.	WAKTU PELAYANAN	: 12 Hari Kerja
6.	BIAYA/TARIF	: Rp. 0,- (Tidak Dipungut Biaya)
7.	PRODUK PELAYANAN	: Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan
8.	PENGLOLAAN PENGADUAN	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan Pengaduan tertulis atau elektronik melalui email/SMS/ WA email: farmasi.dinkespd@gmail.com WA: 085222028179 (Penanggungjawab Kefarmasian dan Alat Kesehatan) 2. Uraikan pokok permasalahan secara jelas, lengkap dan kronologis 3. Menerima dan menelaah keluhan 4. Tindak lanjut pengaduan 5. Informasi tindak lanjut kepada pelapor
9.	SARANA DAN PRASARANA DAN/ATAU FASILITAS	: <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Rekomendasi Pencabutan Izin Toko Alat Kesehatan 2. ATK 3. Komputer 4. Printer
10.	KOMPETENSI PELAKSANA	: Petugas yang memahami prosedur
11.	PENGAWASAN INTERNAL	: Atasan langsung
12.	JUMLAH PELAKSANA	: 5 orang
13.	JAMINAN PELAYANAN	: Terlaksana layanan sesuai Standar Operasional Pelayanan (SOP)
14.	JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN	: Standar Operasional Prosedur (SOP)
15.	EVALUASI KINERJA PELAKSANA	: Evaluasi kinerja pelaksanaan dilaksanakan secara tahunan

