



Dinas Kesehatan

Jl. Jend. A. Yani Pontianak 78121 0561760528

<http://dinkes.pontianak.go.id>

Pemerintah Kota Pontianak / Dinas Kesehatan

Pelayanan Rekomendasi Izin Operasional Klinik Kesehatan Pratama dan Utama

No. SK :

Persyaratan



Dinas Kesehatan

Jl. Jend. A. Yani Pontianak 78121 0561760528

<http://dinkes.pontianak.go.id>

Pemerintah Kota Pontianak / Dinas Kesehatan

1. Surat Permohonan Bermatrai Rp 10000
2. Fotocopy KTP Pemilik dan Dokter Penanggung Jawab
3. Fotocopy Akte Pendirian Badan Usaha
4. Fotocopy Izin Mendirikan Bangunan (IMB) dari Pemkot Pontianak
5. Fotocopy OSS RBA
6. Fotocopy Dokumen Lingkungan SPPL/UKL-UPL
7. Fotocopy Sertefikat Tanah
8. Surat Pernyataan Sewa Bangunan Apabila Menyewa Sewa Minimal 5 Tahun, Bermaterai
9. Surat Keterangan Domisili Usaha dari Kelurahan
10. Surat Pernyataan Sanggup Mentaati Peraturan Yang Berlaku Serta Mengikuti Pembinaan Penyelenggaraan Klinik Utama/ Pratama. (Bermaterai)
11. Surat Pengangkatan Sebagai Penanggung Jawab Klinik, Bermaterai (dengan melampirkan SIP pada klinik tersebut)
12. Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Penanggung Jawab Klinik (Bermaterai)
13. Surat Pernyataan Sebagai Penanggung Jawab Hanya Di 1 (Satu) Klinik (Bermaterai)
14. Fotocopy Surat Kerja Sama (MOU) tentang Pembuangan Limbah Medis Padat dengan Sarana Kesehatan Lainn yang Mempunyai Incenerator
15. Surat Pernyataan Tidak Menggunakan Obat-obatan Sedatif, Tidak Melakukan General Anastesi Maupun Regional Anastesi (Bermaterai)
16. Surat Pernyataan Dari Dokter Penanggung Jawab Klinik Jika Memperkerjakan Dokter Umum, Bahwa Pelayanan Yang Dilakukan Dokter Umum Merupakan Tanggung Jawab Dokter Yang Menjadi Penanggung Jawab Klinik
17. Surat Pernyataan Tidak Menggunakan Obat-obatan Yang Tidak Teregristrasi dari Pemerintah
18. Surat Pernyataan Jenis Pelayanan Curatif dan Rehabilitatif Yang Dilakukan Klinik Utama/ Pratama Sesuai Peraturan Perundang Undangan Yang Berlaku (Bermaterai)
19. Surat Pernyataan Jenis Pelayanan Promotif dan Preventif Yang Dilakukan Klinik Utama/ Pratama Sesuai Peraturan Perundang Undangan Yang Berlaku (Bermaterai)
20. Surat Pernyataan Menyelenggarakan Iklan dan Publikasi Sesuai Permenkes No. 1787 Tahun 2010 Tentang Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan
21. Daftar Keterangan (Medis/ Para Medis/ Non Medis) Beserta Uraian Tugas dan Fungsinya
22. Fotocopy SIP/SIK (Surat Izin Praktek) Masing-masing Dokter/ Dokter Gigi, Perawat, Apoteker dan Tenaga Kesehatan Lainnya
23. Fotocopy Ijazah Tenaga Medis/ Paramedis/ Non Medis dan Ijazah Kursus Kecantikan Bagi Tenaga Pelaksana



Dinas Kesehatan

Jl. Jend. A. Yani Pontianak 78121 0561760528

<http://dinkes.pontianak.go.id>

Pemerintah Kota Pontianak / Dinas Kesehatan

Sistem, Mekanisme dan Prosedur

Dinas Kesehatan

Jl. Jend. A. Yani Pontianak 78121 0561760528

<http://dinkes.pontianak.go.id>

Pemerintah Kota Pontianak / Dinas Kesehatan



| | | | |
|---|--------------------------------|---|---|
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | 1 | Berkas permohonan dari Pemohon diterima oleh petugas registrasi Dinas Kesehatan Kota Pontianak |
| | | 2 | Berkas kelengkapan izin Klinik Pratama/Utama diperiksa oleh petugas registrasi, jika lengkap diagendakan di buku pelayanan perizinan dan diteruskan ke Tim Tehnis Perizinan, jika tidak lengkap dikembalikan ke Pemohon |
| | | 3 | Berkas ditelaah oleh Tim Teknis Perizinan, Menerima konfirmasi untuk dilakukan peninjauan lokasi Klinik Pratama/Utama, kemudian dibuat surat tugas Tim oleh sekretaris Tim yang ditandatangani oleh Kepala Dinas |
| | | 4 | Menerima peninjauan lokasi Klinik Pratama/ Utama oleh Tim Tehnis Perizinan |
| | | 5 | Menerima berita acara dan hasil bahasan pemeriksaan lokasi Klinik Pratama/ Utama ke Tim Tehnis Perizinan. |

1

| No | Komponen | Uraian |
|----|----------|--|
| 6 | | Jika tidak memenuhi syarat (TMS) melakukan perbaikan hasil tinjau lokasi klinik pratama/ utama sesuai dengan petunjuk Tim Tehnis Perizinan |
| 7 | | Menerima tinjau ulang ke lokasi oleh Tim Teknis Perizinan |
| 8 | | Jika Memenuhi Syarat (MS) menunggu tindak lanjut Tim Tehnis Perizinan untuk pemrosesan berkas Draft Rekomendasi Izin Operasional Klinik Pratama/ Utama |
| 9 | | Draft Rekomendasi Izin Operasional Klinik Pratama/ Utama di koreksi oleh Ketua Tim Tehnis Perizinan dengan bukti paraf dan diteruskan ke Sekretaris Dinas untuk dikoreksi dengan bukti paraf |
| 10 | | Kepala Dinas Kesehatan menandatangani draft Rekomendasi Izin Operasional Klinik Pratama/ Utama yang telah diparaf oleh Ketua Tim Tehnis Perizinan dan Sekretaris Dinas |
| 11 | | Rekomendasi izin operasional Klinik Pratama/ Utama yang telah ditandatangani, diagendakan oleh petugas registrasi perizinan dan diberikan kepada Pemohon setelah mengisi tanda terima Rekomendasi izin operasional Klinik Pratama/ Utama |
| 12 | | Salinan Rekomendasi Izin Operasional Klinik Pratama/ Utama diarsipkan oleh Tim Tehnis Perizinan |

1. Berkas Permohonan dari Pemohon diterima oleh Petugas Registrasi Dinas Kesehatan Kota Pontianak
2. Berkas Kelengkapan Izin Operasional Klinik Kesehatan Swasta diperiksa oleh petugas Registrasi, jika lengkap diagendakan di buku Pelayanan Perizinan dan diteruskan ke Tim Tehnis Pelayanan Perizinan, jika tidak lengkap dikembalikan ke pemohon
3. Berkas ditelaah oleh Tim Tehnis Perizinan, menerima konfirmasi untuk dilakukan peninjauan oleh Sekretaris Tim, kemudian dibuat Surat Tugas Tim oleh Sekretaria Tim yang ditandatangani oleh Kepala Dinas
4. Menerima peninjauan lokasi Klinik Kesehatan oleh Tim Tehnis Perizinan
5. Menerima pembahasan hasil Lapangan oleh Tim Tehnis Perizinan dan berita acara pemeriksaan Klinik Kesehatan
6. Jika tidak memenuhi syarat (TMS) melakukan perbaikan praktek sesuai dengan petunjuk Tim Tehnis Perizinan
7. Apabila sudah diperbaiki, menerima tinjau ulang ke lokasi oleh Tim Tehnis Perizinan
8. Jika memenuhi syarat (MS) menunggu tindak lanjut Tim Tehnis Perizinan untuk pemrosesan berkas Surat Izin Operasional Klinik Kesehatan untuk diproses menjadi Draft Rekomendasi Izin Operasional Klinik Kesehatan
9. Draft Rekomendasi Izin Operasional Klinik Kesehatan dikoreksi oleh Ketua Tim Tehnis Perizinan dengan bukti paraf dan diteruskan ke Sekretaris Dinas untuk dikoreksi dengan bukti paraf
10. Kepala Dinas Kesehatan menandatangani draft Rekomendasi Izin Operasional Klinik Kesehatan yang



Dinas Kesehatan

Jl. Jend. A. Yani Pontianak 78121 0561760528

<http://dinkes.pontianak.go.id>

Pemerintah Kota Pontianak / Dinas Kesehatan

Waktu Penyelesaian

10 Hari kerja

10 hari kerja

Biaya / Tarif

Tidak dipungut biaya

Produk Pelayanan

1. Rekomendasi Perizina Operasional Klinik Kesehatan Pratama dan Utama

Pengaduan Layanan

Dinas Kesehatan Kota Pontianak

Jl. Jendral Ahmad Yani, Kode Pos 78121

Call Center : (0561)760528

SMS Pengnaduan : 0812 5607 3799

E-mail Pengaduan : dinkesptk@gmail.com

Website Dinkes : www.dinkes.pontianakkota.go.id

Kotak Pengaduan