

LAMPIRAN I  
PERATURAN WALIKOTA PASURUAN  
NOMOR 12 TAHUN 2017  
TENTANG  
PETUNJUK PELAKSANAAN PERATURAN  
DAERAH KOTA PASURUAN NOMOR 09  
TAHUN 2013 TENTANG PERIZINAN  
BIDANG KESEHATAN

PERSYARATAN PERMOHONAN IZIN/SURAT TERDAFTAR/SERTIFIKAT

A. IZIN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1. IZIN BAGI FASILITAS PELAYANAN MEDIK DASAR

Persyaratan untuk memperoleh Izin Operasional Klinik Rawat Jalan Pratama/Izin Operasional Klinik Rawat Inap Pratama/Izin Operasional Klinik Khusus Bersalin/Izin Operasional Klinik Kecantikan/Estetika Pratama, sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
- b. fotokopi Surat Izin Mendirikan Klinik;
- c. fotokopi Izin Gangguan/HO;
- d. fotokopi SIP yang masih berlaku bagi Dokter penanggung jawab klinik dan Dokter Pelaksana Medis sesuai alamat klinik;
- e. fotokopi SIPA bagi Apoteker penanggung jawab kefarmasian klinik yang masih berlaku sesuai alamat klinik (apabila klinik melakukan pengelolaan obat);
- f. fotokopi SIKP bagi Perawat dan SIKTTK bagi Asisten Apoteker (untuk klinik rawat jalan pratama);
- g. fotokopi SIKP bagi Perawat, SIKB bagi Bidan, STRTTK bagi Asisten Apoteker, serta STR bagi Tenaga Gizi dan Analisis (untuk klinik rawat inap pratama);
- h. fotokopi SIK bagi tenaga Bidan dan tenaga kesehatan lainnya (untuk klinik khusus bersalin);
- i. fotokopi SIK yang masih berlaku bagi Tenaga Perawat (untuk klinik kecantikan/estetika pratama);
- j. fotokopi sertifikat pendidikan dan pelatihan bidang Estetika Medic yang diselenggarakan institusi pendidikan nasional/internasional (untuk klinik kecantikan/estetika pratama);
- k. fotokopi ijazah bagi tenaga non medis;
- l. surat rekomendasi izin operasional dari Dinas Kesehatan;
- m. daftar tarif umum dan surat pernyataan tidak mengenakan tarif khusus;
- n. daftar jenis pelayanan yang diberikan (khusus klinik rawat inap wajib memiliki pelayanan laboratorium klinik sesuai klasifikasi klinik);
- o. surat keterangan mengenai jam buka pelayanan;

- p. surat pernyataan bersedia membuat laporan bulanan kepada Dinas Kesehatan dengan tembusan kepada Puskesmas wilayah setempat;
- q. surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
- r. surat pernyataan bersedia melakukan uji atau kalibrasi alat medis secara berkala oleh lembaga/tenaga yang berwenang menguji/mengkalibrasi alat medis;
- s. surat pernyataan bersedia sebagai penanggung jawab klinik;
- t. surat pernyataan kesediaan bekerja sebagai pelaksana medis/paramedis/administrasi;
- u. surat pernyataan tidak memberikan pelayanan rawat inap lebih dari 10 (sepuluh) tempat tidur (untuk klinik rawat inap pratama);
- v. daftar ketenagaan yang tersedia, yakni minimal 2 (dua) orang Dokter yang mempunyai SIP, Paramedis/Tenaga Kesehatan lainnya yang mempunyai Surat Izin Kerja (SIK) sesuai jenis pelayanan yang diberikan (untuk klinik rawat jalan pratama dan klinik kecantikan/estetika pratama);
- w. daftar ketenagaan yang tersedia, yakni minimal 2 (dua) orang Dokter, Apoteker, Perawat, Bidan (apabila memberikan pelayanan kebidanan), Nutrisionis (tenaga gizi), Analis Kesehatan, dan tenaga non kesehatan sesuai kebutuhan (untuk klinik rawat inap pratama);
- x. daftar ketenagaan yang tersedia, yakni minimal 2 (dua) orang Dokter salah satunya Dokter spesialis SPOG yang mempunyai SIP, Paramedis/Tenaga Kesehatan lainnya yang mempunyai SIK sesuai jenis pelayanan yang diberikan (untuk klinik khusus bersalin);
- y. struktur organisasi pelayanan kesehatan yang teruraikan dalam pembagian tugas pelayanan;
- z. surat persetujuan/tidak keberatan dari atasan langsung bagi tenaga yang berstatus CPNS/PNS/sedang menjalankan masa bakti;
- aa. data inventaris medis dan non medis termasuk sarana pemadam kebakaran;
- bb. daftar obat yang tersedia yang ditandatangani oleh Apoteker penanggung jawab kefarmasian klinik (apabila klinik melakukan pengelolaan obat);
- cc. daftar kosmetik sesuai kebutuhan klinik (untuk klinik kecantikan/estetika pratama);
- dd. peta lokasi klinik;
- ee. denah bangunan/ruangan beserta ukurannya;
- ff. denah tempat pembuangan/pengolahan limbah cair/padat khususnya limbah medis atau bukti kerjasama pembuangan limbah padat medis dengan pihak lain yang memenuhi syarat;
- gg. dokumen Surat Pernyataan Pengelolaan Limbah (SPPL) dari Dinas Lingkungan Hidup, Kebersihan, dan Pertamanan (untuk klinik rawat jalan pratama dan klinik kecantikan/estetika pratama);

- hh. dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Upaya Pemantauan Lingkungan Hidup (UKL-UPL) dari Dinas Lingkungan Hidup, Kebersihan, dan Pertamanan (untuk klinik rawat inap pratama); dan
- ii. dokumen SPPL (maksimal 5 tempat tidur) atau dokumen UKL-UPL (6-10 tempat tidur) dari Dinas Lingkungan Hidup, Kebersihan, dan Pertamanan (untuk klinik khusus bersalin);

## 2. IZIN FASILITAS PELAYANAN MEDIK SPESIALIS (RUJUKAN)

- a. Persyaratan untuk memperoleh Izin Mendirikan Rumah Sakit Umum tipe C dan tipe D, sebagai berikut:
  - 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) fotokopi Akte Pendirian Badan Hukum (PT) yang khusus bergerak khusus di bidang Rumah Sakit dan Rumah Sakit publik yang diselenggarakan oleh badan hukum yang bersifat nirlaba dibuktikan dengan laporan keuangan yang telah diaudit oleh akuntan publik (khusus rumah sakit swasta);
  - 3) studi kelayakan Rumah Sakit;
  - 4) *masterplan* Rumah Sakit;
  - 5) status kepemilikan Rumah Sakit;
  - 6) fotokopi Izin Mendirikan Bangunan (IMB);
  - 7) fotokopi Izin Gangguan/HO;
  - 8) fotokopi persyaratan pengolahan limbah/UKL-UPL;
  - 9) fotokopi luas tanah dan sertifikatnya; dan
  - 10) penamaan Rumah Sakit.
- b. Persyaratan untuk memperoleh Izin Operasional Rumah Sakit Umum tipe C dan tipe D, sebagai berikut:
  - 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) surat izin mendirikan Rumah Sakit, bagi permohonan izin operasional untuk pertama kali;
  - 3) profil rumah sakit, meliputi visi dan misi, ruang lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi;
  - 4) isian instrumen *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) Izin Penggunaan Bangunan (IPB) dan sertifikat laik fungsi (listrik, penangkal petir, *lift*, *genset*, pemadam kebakaran, *incenerator*);
  - 7) dokumen pengelolaan lingkungan berkelanjutan (hasil pemeriksaan air limbah, hasil pemeriksaan air bersih 3 (tiga) bulan terakhir, dan hasil swab/uji mikrobiologi);

- 8) daftar sumber daya manusia dilampiri:
    - a) fotokopi ijazah;
    - b) fotokopi SIP sesuai alamat Rumah Sakit (Dokter);
    - c) fotokopi SIPA sesuai alamat rumah sakit (Apoteker penanggung jawab pengelola farmasi Rumah Sakit); dan
    - d) fotokopi SIK (Perawat, Bidan, dan tenaga kesehatan lainnya);
  - 9) daftar peralatan medis dan nonmedis;
  - 10) daftar kesediaan farmasi dan alat kesehatan;
  - 11) dokumen administrasi dan manajemen:
    - a) badan hukum atau kepemilikan;
    - b) peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
    - c) komite medik;
    - d) komite keperawatan;
    - e) satuan pemeriksaan internal;
    - f) SIP dan SIK bagi tenaga kesehatan;
    - g) standar prosedur operasional kredensial staf medis;
    - h) surat penugasan klinis staf medis; dan
    - i) surat keterangan/sertifikat hasil uji/kalibrasi alat kesehatan.
  - 12) berita acara hasil uji fungsi peralatan kesehatan disertai kelengkapan berkas izin pemanfaatan dari instansi berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Persyaratan untuk memperoleh Izin Operasional Klinik Rawat Jalan Utama/Izin Operasional Klinik Rawat Inap Utama/Izin Operasional Klinik Kecantikan/Estetika Utama, sebagai berikut:
- 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) fotokopi Surat Izin Mendirikan Klinik;
  - 3) fotokopi Izin Gangguan/HO;
  - 4) fotokopi SIP yang masih berlaku bagi Dokter penanggung jawab klinik dan Dokter Pelaksana Medis sesuai alamat klinik;
  - 5) fotokopi SIPA bagi Apoteker penanggung jawab kefarmasian klinik yang masih berlaku sesuai alamat klinik (apabila klinik melakukan pengelolaan obat);
  - 6) fotokopi SIKP bagi Perawat dan SIKTTK bagi Asisten Apoteker (untuk klinik rawat jalan utama);
  - 7) fotokopi SIKP bagi perawat, SIKB bagi Bidan, STRTTK bagi Asisten Apoteker, serta STR bagi tenaga gizi dan analis (untuk klinik rawat inap utama);
  - 8) fotokopi SIK yang masih berlaku bagi Tenaga Perawat (untuk klinik kecantikan/estetika utama);
  - 9) fotokopi sertifikat pendidikan dan pelatihan bidang Estetika Medic yang diselenggarakan institusi pendidikan nasional/ internasional (untuk klinik kecantikan/estetika utama);
  - 10) fotokopi ijazah bagi tenaga non medis;
  - 11) surat rekomendasi izin operasional dari Dinas Kesehatan;

- 12) daftar tarif umum dan surat pernyataan tidak mengenakan tarif khusus;
- 13) daftar jenis pelayanan yang diberikan (khusus klinik rawat inap wajib memiliki pelayanan laboratorium klinik sesuai klasifikasi klinik);
- 14) surat keterangan mengenai jam buka pelayanan;
- 15) surat pernyataan bersedia membuat laporan bulanan kepada Dinas Kesehatan dengan tembusan Puskesmas wilayah setempat;
- 16) surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
- 17) surat pernyataan bersedia melakukan uji atau kalibrasi alat medis secara berkala oleh lembaga/tenaga yang berwenang menguji/mengkalibrasi alat medis;
- 18) surat pernyataan tidak memberikan pelayanan rawat inap lebih dari 10 (sepuluh) tempat tidur (untuk klinik rawat inap utama);
- 19) daftar ketenagaan yang tersedia minimal 2 (dua) orang Dokter salah satunya Dokter spesialis yang mempunyai SIP, Paramedis/Tenaga Kesehatan lainnya yang mempunyai SIK sesuai jenis pelayanan yang diberikan (untuk klinik rawat jalan utama);
- 20) daftar ketenagaan yang tersedia, yakni minimal 2 (dua) orang Dokter salah satunya Dokter spesialis, Apoteker, Perawat, Bidan (apabila memberikan pelayanan kebidanan), Nutrisisionis (tenaga gizi), Analis Kesehatan, dan tenaga non kesehatan sesuai kebutuhan (untuk klinik rawat inap pratama);
- 21) daftar ketenagaan yang tersedia minimal 2 (dua) orang Dokter salah satunya Dokter Spesialis yang berkaitan dengan kecantikan dan estetika yang mempunyai SIP, Paramedis/Tenaga Kesehatan lainnya yang mempunyai SIK sesuai jenis pelayanan yang diberikan (untuk klinik kecantikan/estetika utama);
- 22) struktur organisasi pelayanan kesehatan yang teruraikan dalam pembagian tugas pelayanan;
- 23) surat pernyataan bersedia sebagai penanggung jawab klinik;
- 24) surat pernyataan kesediaan bekerja sebagai pelaksana medis/paramedis/administrasi;
- 25) surat persetujuan/tidak keberatan dari atasan langsung bagi tenaga yang berstatus CPNS/PNS/sedang menjalankan masa bakti;
- 26) data inventaris medis dan non medis termasuk sarana pemadam kebakaran;
- 27) daftar obat yang tersedia yang ditandatangani oleh Apoteker penanggung jawab kefarmasian klinik (apabila klinik melakukan pengelolaan obat);
- 28) daftar kosmetik sesuai kebutuhan klinik (untuk klinik kecantikan/estetika utama);
- 29) peta lokasi klinik;
- 30) denah bangunan/ruangan beserta ukurannya;

- 31) denah tempat pembuangan/pengolahan limbah cair/padat khususnya limbah medis atau bukti kerjasama pembuangan limbah padat medis dengan pihak lain yang memenuhi syarat;
- 32) dokumen Surat Pernyataan Pengelolaan Limbah (SPPL) dari Dinas Lingkungan Hidup, Kebersihan, dan Pertamanan (untuk klinik rawat jalan pratama dan klinik kecantikan/estetika pratama); dan
- 33) dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan Hidup dan Upaya Pemantauan Lingkungan Hidup (UKL-UPL) dari Dinas Lingkungan Hidup, Kebersihan, dan Pertamanan (untuk klinik rawat inap pratama).

### 3. IZIN BAGI FASILITAS PENUNJANG KESEHATAN

- a. Persyaratan untuk memperoleh Izin Laboratorium Klinik/Izin Unit Pelayanan Radiologi Diagnostik, sebagai berikut:
  - 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) fotokopi Akte Pendirian Badan Hukum;
  - 3) fotokopi Izin Gangguan/HO;
  - 4) fotokopi Hak Guna Bangunan (HGB)/kepemilikan bangunan/sertifikat tanah/perjanjian kontrak minimal 3 (tiga) tahun;
  - 5) fotokopi SIP bagi tenaga medis sekurang kurangnya bersertifikat pelatihan teknis dan manajemen laboratorium kesehatan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi patologi klinik atau institusi pendidikan kesehatan yang bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan;
  - 6) fotokopi SIPATLM bagi Tenaga Analis dan SIK bagi Tenaga Perawat;
  - 7) fotokopi ijazah yang dilegalisir bagi Tenaga Analis dan non medis;
  - 8) rekomendasi Kepala Puskesmas setempat;
  - 9) daftar tarif;
  - 10) surat pernyataan bersedia menaati peraturan perundang-undangan;
  - 11) surat pernyataan kesediaan mengikuti program pemantapan mutu;
  - 12) surat pernyataan bersedia sebagai penanggung jawab;
  - 13) daftar ketenagaan;
  - 14) struktur organisasi laboratorium yang teruraikan dalam pembagian tugas pelayanan;
  - 15) surat pernyataan bersedia bekerja sebagai pelaksana analis/perawatan/administrasi;
  - 16) surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga yang berstatus sebagai CPNS/PNS;
  - 17) data kelengkapan peralatan;
  - 18) daftar kelengkapan bangunan;

- 19) peta lokasi, denah bangunan, dan pembagian ruang pelayanan beserta ukurannya; dan
  - 20) denah upaya pengolahan sederhana limbah cair dan padat.
- b. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Apotek (SIA), sebagai berikut:
- 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) fotokopi KTP;
  - 3) fotokopi STR Apoteker (STRA);
  - 4) fotokopi Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK) bagi Asisten Apoteker;
  - 5) fotokopi dan asli Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP);
  - 6) fotokopi surat bukti yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik/sewa kontrak;
  - 7) fotokopi Izin Gangguan/HO;
  - 8) fotokopi surat persetujuan dari atasan langsung bagi pemohon yang berstatus PNS, anggota TNI, dan pegawai instansi lainnya;
  - 9) fotokopi daftar terperinci alat/perengkapan Apotek;
  - 10) surat keterangan lulus uji kompetensi sebagai Apoteker;
  - 11) akte perjanjian kerjasama Apoteker Pengelola Apotek dengan pemilik sarana Apotek;
  - 12) surat persetujuan atasan langsung bagi tenaga yang berstatus CPNS/PNS;
  - 13) rekomendasi dari Puskesmas setempat;
  - 14) rekomendasi dari Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) setempat;
  - 15) rekomendasi ketenagaan dan nama Apotek dari Dinas Kesehatan Provinsi;
  - 16) surat pernyataan dari Apoteker pengelola apotek bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker pengelola Apotek di Apotek lain;
  - 17) surat pernyataan bersedia menaati peraturan perundang-undangan;
  - 18) surat pernyataan dari pemilik sarana, bahwa tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat;
  - 19) surat pernyataan pemilik sarana untuk bersedia mematuhi ketentuan yang berlaku dalam pelaksanaan sistim kesehatan wilayah yang diketahui oleh Kepala Puskesmas setempat;
  - 20) surat keterangan sehat dari Dokter;
  - 21) daftar ketenagaan yang ada dilengkapi fotokopi Ijazah yang dilegalisir;
  - 22) denah bangunan dan pembagian ruang pelayanan beserta ukurannya; dan
  - 23) peta lokasi dengan pelayanan sejenis.

- c. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Operasional UTD/UDD, sebagai berikut:
- 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) fotokopi KTP;
  - 3) surat pernyataan bersedia mentaati peraturan perundang-undangan;
  - 4) surat pernyataan bersedia mengikuti program pemantapan mutu eksternal;
  - 5) profil UTD meliputi struktur organisasi, visi dan misi, lingkup kegiatan, dan rencana strategis;
  - 6) denah bangunan dan pembagian ruangnya;
  - 7) peta lokasi dengan situasi disekitarnya; dan
  - 8) mengisi formulir *self assesment* sesuai klasifikasi UTD.
- d. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Toko Obat/Surat Izin Penyelenggaraan Optik/Surat Izin Toko Alat Kesehatan, sebagai berikut:
- 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) fotokopi akte pendirian perusahaan (pemohon atas nama usaha dagang) atau fotokopi KTP (pemohon perorangan);
  - 3) fotokopi SIUP;
  - 4) fotokopi Izin Gangguan/HO;
  - 5) fotokopi ijazah yang dilegalisir dan SIKTTK bagi Asisten Apoteker penanggung jawab toko obat (untuk toko obat);
  - 6) fotokopi ijazah pendidikan Refraksionis yang dilegalisir dan SIKRO (untuk penyelenggaraan optikal);
  - 7) fotokopi ijazah yang dilegalisir dan SIKTTK atau Surat Izin Praktik Elektromedik/SIP-E (untuk toko alat kesehatan);
  - 8) surat rekomendasi Kepala Puskesmas setempat;
  - 9) surat pernyataan bersedia menaati peraturan perundang-undangan;
  - 10) surat pernyataan bersedia sebagai penanggung jawab;
  - 11) surat penunjukan sebagai penanggung jawab;
  - 12) surat keterangan dari organisasi profesi yang menyatakan bahwa Refraksionis Optisien (RO) yang diajukan hanya menjadi penanggung jawab optikal yang mengajukan dan diketahui oleh Asosiasi pengusaha optikal setempat (untuk penyelenggaraan optikal);
  - 13) perjanjian kerjasama pemilik sarana dengan RO (untuk penyelenggaraan optikal);
  - 14) daftar ketenagaan yang tersedia beserta tugasnya;
  - 15) denah bangunan dan ruangan beserta ukurannya; dan
  - 16) peta lokasi dengan sarana sejenis.



- e. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Usaha Mikro Obat Tradisional, sebagai berikut:
- 1) surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
  - 2) fotokopi akta pendirian badan usaha perorangan yang sah;
  - 3) fotokopi KTP/identitas pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas;
  - 4) fotokopi bukti penguasaan tanah dan bangunan;
  - 5) fotokopi SIUP dalam hal permohonan bukan perseorangan;
  - 6) fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak;
  - 7) fotokopi Surat Keterangan Domisili;
  - 8) susunan Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas dalam hal permohonan bukan perseorangan;
  - 9) surat pernyataan pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang farmasi; dan
  - 10) surat Tanda Daftar Perusahaan dalam hal permohonan bukan perseorangan.

## B. IZIN TENAGA KESEHATAN

### 1. IZIN BAGI TENAGA MEDIS

- a. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebagai berikut:
- 1) surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - 2) fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan dan dilegalisasi oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI);
  - 3) fotokopi KTP;
  - 4) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Ikatan Dokter Indonesia/Persatuan Dokter Gigi Indonesia (IDI/PDGI) setempat;
  - 5) surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
  - 6) surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
  - 7) surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara penuh waktu (untuk praktek mandiri/klinik swasta); dan
  - 8) pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

- b. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Praktik Dokter Spesialis Tamu/Dokter Gigi PPDS, sebagai berikut:
  - 1) surat permohonan secara kolektif oleh Dekan Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - 2) fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi oleh KKI;
  - 3) fotokopi KTP;
  - 4) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi IDI/PDGI setempat;
  - 5) daftar jejaring rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan; dan
  - 6) pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.
  
- c. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Praktik Dokter Internship, sebagai berikut:
  - 1) surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - 2) fotokopi STR untuk kewenangan internsip yang diterbitkan dan dilegalisasi oleh KKI atau tanda terima pengurusan STR dari KKI;
  - 3) fotokopi KTP;
  - 4) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi IDI/PDGI setempat;
  - 5) surat keterangan dari Komite Internsip Dokter Indonesia; dan
  - 6) pasfoto terbaru berwarna 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

## 2. IZIN TENAGA KEPERAWATAN

- a. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Praktik Bidan (SIPB)/ Surat Izin Praktik Perawat (SIPP)/ Surat Izin Praktik Perawat Gigi (SIPPG), sebagai berikut:
  - 1) surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - 2) fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir;
  - 3) fotokopi KTP;
  - 4) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) setempat (untuk bidan);
  - 5) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) setempat (untuk perawat);
  - 6) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Persatuan Perawat Gigi Indonesia (PPGI) setempat (untuk perawat gigi);
  - 7) surat pernyataan memiliki tempat praktik untuk izin praktik mandiri (untuk bidan dan perawat gigi);
  - 8) surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
  - 9) surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP (untuk perawat dan perawat gigi);
  - 10) surat keterangan tanggal mulai bekerja dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan tempat bekerja (untuk perawat dan perawat gigi);

- 11) surat persetujuan dari atasan langsung untuk praktik mandiri apabila yang bersangkutan juga sebagai pegawai di instansi pelayanan kesehatan; dan
  - 12) pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.
- b. Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Kerja Bidan (SIKB)/ Surat Izin Kerja Perawat Gigi (SIKPG)/Surat Izin Kerja Perawat Anestesi (SIKPA), sebagai berikut:
- 1) surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - 2) fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir;
  - 3) fotokopi KTP;
  - 4) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi IBI setempat (untuk bidan);
  - 5) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi PPGI setempat (untuk perawat gigi);
  - 6) surat rekomendasi dari Organisasi Profesi PPNI setempat (untuk perawat anestesi);
  - 7) surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP;
  - 8) surat keterangan tanggal mulai bekerja dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan tempat bekerja;
  - 9) surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
  - 10) pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

### 3. IZIN TENAGA KEFARMASIAN

Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)/ Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK), sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
- b. fotokopi STR yang dilegalisir oleh Komite Farmasi Nasional/KFN (untuk apoteker);
- c. fotokopi STR Tenaga Teknis Kefarmasian yang masih berlaku;
- d. fotokopi KTP;
- e. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi, atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian, atau dari pimpinan fasilitas produksi, atau distribusi/penyaluran (untuk apoteker);
- f. surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian (untuk tenaga teknis kefarmasian);
- g. surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan (untuk tenaga teknis kefarmasian);
- h. surat pernyataan kesediaan dari atasan langsung untuk praktek di luar instansi kerja apabila yang bersangkutan juga sebagai pegawai di instansi pelayanan kesehatan (untuk tenaga teknis kefarmasian);

- i. surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP (untuk tenaga teknis kefarmasian);
- j. surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI) setempat (untuk tenaga teknis kefarmasian);
- k. surat rekomendasi dari organisasi profesi setempat (untuk apoteker); dan
- l. pasfoto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

#### 4. IZIN TENAGA GIZI

Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Praktik Tenaga Gizi (SIPTGz)/Surat Izin Kerja Tenaga Gizi (SIKTGz), sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
- b. fotokopi ijazah gizi yang dilegalisir;
- c. fotokopi pendidikan profesi tenaga gizi *rigistered diestisien* (untuk izin praktik);
- d. fotokopi STR Tenaga Gizi;
- e. fotokopi KTP;
- f. surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP;
- g. surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) setempat;
- h. surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
- i. surat pernyataan memiliki tempat praktik pelayanan gizi mandiri (untuk izin praktik);
- j. surat keterangan tanggal mulai bekerja dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan tempat bekerja (untuk izin kerja); dan
- k. pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

#### 5. IZIN TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT

Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian (SIKTS), sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
- b. fotokopi ijazah yang dilegalisir;
- c. fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir;
- d. fotokopi KTP;
- e. surat rekomendasi dari Organisasi Profesi Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) setempat;
- f. surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP;
- g. surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
- h. surat keterangan tanggal mulai bekerja dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan tempat bekerja; dan
- i. pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

## 6. IZIN TENAGA KETERAPIAN FISIK

Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Praktik Fisioterapi (SIPF)/ Surat Izin Kerja Fisioterapi (SIKF)/Surat Izin Praktek Terapi Wicara (SIPTW)/Surat Izin Kerja Terapi Wicara (SIKTW)/Surat Izin Kerja Okupasi Terapis (SIKOT), sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
- b. fotokopi ijazah yang dilegalisir;
- c. fotokopi STR Fisioterapi/STR Terapi Wicara/STR Okupasi Terapis yang masih berlaku dan dilegalisir;
- d. fotokopi KTP;
- e. surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP;
- f. surat rekomendasi dari organisasi profesi terkait;
- g. surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
- h. surat pernyataan memiliki tempat praktik pelayanan Fisioterapi secara mandiri (untuk izin praktik);
- i. surat keterangan tanggal mulai bekerja dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan tempat bekerja (untuk izin kerja);
- j. surat keterangan menyelesaikan adaptasi bagi lulusan luar negeri; dan
- k. pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

## 7. IZIN TENAGA KETEKNISAN MEDIS

Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien (SIKRO)/Surat Izin Kerja Optometris (SIKO)/Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR)/Surat Izin Kerja Teknisi Gigi (SIKTG)/Surat Izin Praktik Ortosis Prostetis (SIPOP)/Surat Izin Kerja Ortosis Prostetis (SIKOP)/Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIPATLM)/Surat Izin Praktik Teknik Elektromedis (SIP-E)/Surat Izin Kerja (SIK) Perekam Medik, sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
- b. fotokopi ijazah yang dilegalisir;
- c. fotokopi STR Refraksionis Optisien (STRO) yang masih berlaku (untuk refraksionis optisien/optometris);
- d. fotokopi STR Radiografer yang masih berlaku (untuk radiografer);
- e. fotokopi STR Teknisi Gigi yang masih berlaku (untuk teknisi gigi);
- f. fotokopi STR Ortosis Prostetis yang masih berlaku (untuk ortosis prostetis);
- g. fotokopi STR Ahli Teknologi Laboratorium Medik yang masih berlaku (untuk ahli teknologi laboratorium medik);
- h. fotokopi STR-E sementara bagi Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (untuk teknik elektromedis);
- i. fotokopi STR Perekam Medik yang masih berlaku (untuk perekam medis);
- j. fotokopi sertifikat kompetensi (untuk teknisi gigi);
- k. fotokopi KTP;

- l. surat rekomendasi dari organisasi profesi terkait;
- m. surat keterangan sehat dari Dokter yang mempunyai SIP;
- n. surat keterangan mulai bekerja dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
- o. surat pernyataan mempunyai tempat praktik pelayanan secara mandiri (untuk izin praktik);
- p. surat pernyataan mempunyai tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan (untuk izin kerja);
- q. surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan;
- r. surat persetujuan dari atasan langsung untuk yang praktek di luar instansi yang bersangkutan; dan
- s. pasfoto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

#### C. IZIN PENGOBAT TRADISIONAL

Persyaratan untuk memperoleh Surat Izin Pengobat Tradisional (SIPT), sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
- b. biodata pengobat tradisional;
- c. fotokopi KTP;
- d. fotokopi sertifikat/ijazah pengobatan tradisional;
- e. fotokopi sertifikat uji kompetensi;
- f. fotokopi ijazah pendidikan terakhir; dan
- g. peta lokasi usaha dan denah ruangan;
- h. surat keterangan dari Lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai pengobat tradisional;
- i. surat keterangan sehat jasmani dan rohani dari Dokter yang telah memiliki SIP;
- j. surat pengantar dari Puskesmas setempat;
- k. SIPT lama yang asli apabila perpanjangan atau pindah tempat kerja;
- l. rekomendasi dari asosiasi/organisasi profesi di bidang pengobatan tradisional terkait;
- m. pasfoto terbaru ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar.

#### D. SURAT TERDAFTAR

Persyaratan untuk memperoleh Surat Terdaftar Pengobat Tradisional (STPT), sebagai berikut:

- a. surat permohonan kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
- b. biodata pengobat tradisional;
- c. fotokopi KTP;
- d. fotokopi ijazah pendidikan terakhir;
- e. fotokopi sertifikat/ijazah pengobatan tradisional;
- f. surat pengantar Puskesmas setempat;

- g. surat keterangan Lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai pengobat tradisional;
- h. peta lokasi usaha dan denah ruangan;
- i. surat keterangan sehat jasmani dan rohani dari Dokter yang telah memiliki SIP;
- j. rekomendasi dari asosiasi/organisasi profesi di bidang pengobatan tradisional terkait;
- k. rekomendasi dari Kementerian Agama terkait pengobat tradisional melalui pendekatan agama, dan atau rekomendasi Kejaksaan Negeri bagi pengobat tradisional klasifikasi supranatural; dan
- l. pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.

#### E. SERTIFIKAT BIDANG KESEHATAN

1. Persyaratan untuk memperoleh Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga (SPP-IRT), sebagai berikut:
  - a. surat permohonan kepada kepala Dinas Kesehatan;
  - b. fotokopi sertifikat penyuluhan keamanan pangan;
  - c. fotokopi KTP;
  - d. contoh kemasan/pembungkus hasil produk; dan
  - e. pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.
2. Persyaratan untuk memperoleh Sertifikat Laik Higiene Sanitasi Jasa Boga, sebagai berikut:
  - a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - b. fotokopi KTP;
  - c. fotokopi sertifikat pelatihan/kursus higiene sanitasi bagi pemilik/pengusaha;
  - d. fotokopi ijazah tenaga sanitarian atau sertifikat pelatihan/kursus;
  - e. fotokopi sertifikat kursus higiene sanitasi bagi penjamah makanan minimal 1 orang;
  - f. denah bangunan dapur;
  - g. surat penunjukan tenaga sanitarian atau tenaga yang memiliki pengetahuan higiene sanitasi sebagai penanggung jawab jasa boga; dan
  - h. pasfoto berwarna terbaru ukuran 3x4 cm dan 4x6 cm masing-masing sebanyak 2 (dua) lembar.
3. Persyaratan untuk memperoleh Sertifikat Laik Higiene Sanitasi Depot Air Minum, sebagai berikut:
  - a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - b. fotokopi KTP;
  - c. fotokopi sertifikat pelatihan/kursus higiene sanitasi depot air minum bagi pemilik depot air minum dan penjamah;
  - d. surat keterangan domisili usaha;
  - e. denah lokasi dan bangunan tempat usaha; dan
  - f. pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.

4. Persyaratan untuk memperoleh Sertifikat Laik Higiene Sanitasi Hotel, sebagai berikut:
  - a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - b. fotokopi KTP;
  - c. fotokopi surat keterangan domisili hotel;
  - d. peta lokasi hotel;
  - e. denah bangunan dan ruangan hotel;
  - f. dokumen IMB, Izin Gangguan/*HO*, dan SIUP;
  - g. surat yang menyatakan kepemilikan hotel yaitu sertifikat hak milik atau sewa;
  - h. hasil pemeriksaan kualitas air dari laboratorium; dan
  - i. pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.
  
5. Persyaratan untuk memperoleh Sertifikat Laik Higiene Sanitasi Kolam Renang dan Pemandian Umum, sebagai berikut:
  - a. surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan;
  - b. fotokopi KTP;
  - c. fotokopi surat keterangan domisili kolam renang/pemandian umum;
  - d. peta lokasi kolam renang/pemandian umum;
  - e. denah bangunan kolam renang/pemandian umum;
  - f. dokumen IMB, Izin Gangguan/*HO*, dan SIUP;
  - g. surat yang menyatakan kepemilikan kolam renang/pemandian umum yaitu sertifikat hak milik atau sewa;
  - h. hasil pemeriksaan kualitas air dari laboratorium; dan
  - i. pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar.

WALIKOTA PASURUAN,

Ttd,

SETIYONO



LAMPIRAN II  
PERATURAN WALIKOTA PASURUAN  
NOMOR 12 TAHUN 2017  
TENTANG  
PETUNJUK PELAKSANAAN PERATURAN  
DAERAH KOTA PASURUAN NOMOR 09  
TAHUN 2013 TENTANG PERIZINAN  
BIDANG KESEHATAN

MASA BERLAKU PERIZINAN BIDANG KESEHATAN

NO.	NAMA PERIZINAN	JENIS PERIZINAN	MASA BERLAKU
1	2	3	4
1.	Izin Kerja/Praktek Tenaga Kesehatan	SIP Dokter/Dokter Gigi	Sesuai masa berlaku STR
		SIP Dokter Spesialis/Dokter Spesialis Gigi	
		SIPP Perawat/Perawat Gigi	
		SIK Perawat Gigi	
		Surat Izin Praktik Bidan	
		Surat Izin Kerja Bidan	
		Surat Izin Praktek Apoteker	
		Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian	
		Surat Izin Praktek Fisioterapi	
		Surat Izin Kerja Fisioterapi	
		Surat Izin Praktek Terapi Wicara	
		Surat Izin Kerja Terapi Wicara	
		Surat Izin Kerja Radiografer	
		Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien	
		Surat Izin Kerja Perekam Medis	
		Surat Izin Kerja Tenaga Gizi	
		Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian	
		Surat Izin Kerja Teknisi Gigi	

1	2	3	4
2.	Izin Sarana Kesehatan	Izin Sementara Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Medis Dasar	Berlaku 6 bulan
		Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Medis Dasar	Berlaku 5 tahun
		Izin Sementara Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Klinik/ Praktek Bersama Dokter	Berlaku 1 tahun
		Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Klinik/ Praktek Bersama Dokter	Berlaku 5 tahun
		Izin Sementara Rumah Sakit	Berlaku 1 tahun
		Izin Tetap Rumah Sakit	Berlaku 5 tahun
		Izin Penyelenggaraan Laboratorium	Berlaku 5 tahun
		Surat Izin Apotek (SIA)	Berlaku 5 tahun
		Izin Toko Obat	Berlaku 3 tahun
		Izin Optik	Berlaku 3 tahun
3.	Izin Pengobatan Tradisional	Surat Terdaftar Pengobatan Tradisional (STPT)	Berlaku 3 tahun
		Surat Izin Pengobatan Tradisional (SIPT)	Berlaku 3 tahun

WALIKOTA PASURUAN,

Ttd,

SETIYONO

LAMPIRAN III  
PERATURAN WALIKOTA PASURUAN  
NOMOR 12 TAHUN 2017  
TENTANG  
PETUNJUK PELAKSANAAN PERATURAN  
DAERAH KOTA PASURUAN NOMOR 09  
TAHUN 2013 TENTANG PERIZINAN  
BIDANG KESEHATAN

FORMAT DOKUMEN PERMOHONAN IZIN/SERTIFIKAT

A. FORMAT DOKUMEN PERMOHONAN IZIN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1. FORMAT SURAT PERMOHONAN

Pasuruan, ..... 20.....

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin ..... /  
Surat Terdaftar .....  
Kepada  
Yth. Walikota Pasuruan  
cq. Kepala Dinas Penanaman  
Modal dan PTSP Kota Pasuruan  
di  
PASURUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Alamat Rumah : .....  
Pekerjaan : .....

Atas nama Perorangan/Badan:

Nama : .....  
Alamat : .....

Bersama ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin ...../Surat Terdaftar ..... dengan data, sebagai berikut:

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Kecamatan : .....  
Kota : Pasuruan

Dengan Pemilik (khusus Rumah Sakit)/Penanggung Jawab:

Nama : .....  
Alamat Rumah : .....  
Pekerjaan : .....  
Nomor SIP/SIK : .....

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan:

1. ....
2. ....
3. dst. (sesuai persyaratan)

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan untuk dapat disetujui.

Pemohon,  
Materai Rp6.000,00  
.....

2. FORMAT DAFTAR KELENGKAPAN ADMINISTRASI

DAFTAR KELENGKAPAN ADMINISTRASI  
PERMOHONAN IZIN ...../SURAT TERDAFTAR .....

Nama Sarana : .....  
 Alamat : .....  
 Kelurahan : .....  
 Kecamatan : .....  
 Kota : Pasuruan

Nama Pemohon : .....  
 Alamat : .....  
 Telepon : .....  
 Nama Penanggung Jawab : .....  
 Alamat : .....  
 Telepon : .....

Tanggal diterima : .....

NO.	JENIS BERKAS	KETERANGAN
1.	Permohonan Kepada Walikota melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP bermaterai Rp6.000,00 Nomor ..... Tanggal .....	Ada/Tidak
2.	Fotokopi Akte Pendirian a. Nama ..... Nomor ..... Tanggal ..... Nama Notaris ..... di ..... b. KTP Nomor ..... Tanggal ..... berlaku s.d. ....	Ada/Tidak
3.	Fotokopi Izin Gangguan/HO Nama ..... Nomor ..... Tanggal .....	Ada/Tidak
4.	Fotokopi Status Bangunan a. Hak milik atas nama..... Bukti pemilikan berupa sertifikat/surat lain Nomor ..... Tanggal ..... b. Sewa/kontrak 1) Dibuat di Notaris ..... 2) Dibuat antar pihak diketahui camat Nama pemilik ..... Nama penyewa ..... Selama ..... Tahun ..... s.d. .... c. Izin Mendirikan Bangunan (IMB) atas Nama ..... Nomor..... Tanggal ..... d. Lain-lain .....	Ada/Tidak
5.	Fotokopi SIP yang masih berlaku bagi Dokter penanggung jawab Nama ..... No..... Masa berlaku s.d. ....	Ada/Tidak
6.	Fotokopi SIPA bagi Apoteker penanggung jawab kefarmasian Nama ..... No..... Masa berlaku s.d. ....	Ada/Tidak
7.	Fotokopi SIP tenaga medis Nama ..... No..... Masa berlaku s.d. ....	Ada/Tidak
8.	Fotokopi Ijazah/SIP/SIK tenaga keperawatan Nama ..... No..... Masa berlaku s.d. ....	Ada/Tidak
9.	Fotokopi ijazah tenaga administrasi Nama ..... No. ....	Ada/Tidak

NO.	JENIS BERKAS	KETERANGAN
10.	Fotokopi SIKTTK bagi Asisten Apoteker Nama ..... No. ....	Ada/Tidak
11.	Fotokopi Ijazah bagi tenaga non medis Nama ..... No.....	Ada/Tidak
12.	Rekomendasi Izin Operasional dari Dinas Kesehatan Nomor ..... Tanggal .....	Ada/Tidak
13.	Daftar Tarif Umum/Pernyataan Tidak Mengenakan Tarif Khusus bermaterai Rp6.000,00 Tanggal .....	Ada/Tidak
14.	Jenis pelayanan yang diberikan	Ada/Tidak
15.	Keterangan mengenai jam buka pelayanan	Ada/Tidak
16.	Surat pernyataan bersedia membuat laporan bulanan kepada Dinas Kesehatan Nomor ..... Tanggal .....	Ada/Tidak
17.	Surat pernyataan kesediaan menaati peraturan perundang-undangan bermaterai Rp6.000,00 Nomor ..... Tanggal .....	Ada/Tidak
18.	Surat pernyataan bersedia melakukan uji atau kalibrasi alat medis secara berkala Nomor ..... Tanggal .....	Ada/Tidak
19.	Struktur organisasi pelayanan kesehatan Tanggal .....	Ada/Tidak
20.	Surat pernyataan bersedia sebagai penanggung jawab klinik (Dokter) Tanggal .....	Ada/Tidak
21.	Surat pernyataan kesediaan sebagai pelaksana medis Tanggal .....	Ada/Tidak
22.	Surat pernyataan kesediaan sebagai pelaksana keperawatan Tanggal .....	Ada/Tidak
23.	Surat pernyataan kesediaan sebagai pelaksana administrasi Tanggal .....	Ada/Tidak
24.	Surat persetujuan atasan langsung bagi tenaga yang berstatus CPNS/PNS/Sedang menjalankan masa bakti	Ada/Tidak
25.	Inventaris medis dan non medis	Ada/Tidak
26.	Daftar obat	Ada/Tidak
27.	Peta lokasi, Denah bangunan	Ada/Tidak
28.	Rekomendasi Kepala Puskesmas Puskesmas ..... Nomor ..... Tanggal .....	Ada/Tidak
29.	Daftar Ketenagaan yang tersedia Tanggal .....	Ada/Tidak
30.	Surat rekomendasi UPL-UKL atau SPPL	Ada/Tidak

Pasuruan,

Korektor,

Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan  
Dinas Kesehatan Kota Pasuruan

-----

### 3. FORMAT SURAT REKOMENDASI

KOP DINAS KESEHATAN

=====

SURAT REKOMENDASI

Nomor: .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Pasuruan, dengan memperhatikan surat permohonan Saudara ..... Nomor ..... tanggal ..... maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI dan memberikan REKOMENDASI kepada:

Nama Pemilik : .....  
Alamat : .....

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....

Nama Penanggung Jawab : .....  
Alamat : .....

Dengan ketentuan:

1. menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
2. rekomendasi ini digunakan sebagai salah satu kelengkapan dalam pengurusan Surat Izin ..... / Surat Terdaftar .....

Demikian surat rekomendasi ini dibuat untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....  
Kepala Dinas Kesehatan,

.....

4. FORMAT DAFTAR TARIF PELAYANAN

KOP YAYASAN/BADAN HUKUM

=====

DAFTAR TARIF PELAYANAN

.....

NO.	JENIS PELAYANAN/TINDAKAN	BESAR TARIF
1.		
2.		

Pasuruan, .....

Ketua Yayasan/Direktur  
Badan Hukum

.....

5. FORMAT SURAT PERNYATAAN TIDAK MENGENAKAN TARIF KHUSUS

KOP YAYASAN/BADAN HUKUM

=====

SURAT PERNYATAAN TIDAK MENGENAKAN TARIF KHUSUS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jabatan : .....  
Alamat rumah : .....

Atas nama yayasan/badan hukum:

Nama : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....

Hanya diperuntukkan bagi karyawan dan keluarganya dengan tidak mengenakan tarif dalam bentuk apapun.

Apabila di kemudian hari ternyata kami melanggar pernyataan ini, kami bersedia diambil tindakan ataupun dikenakan sanksi.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan,

Materai Rp6.000,00

.....



6. FORMAT SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBUAT LAPORAN BULANAN KEPADA DINAS KESEHATAN KOTA PASURUAN

KOP YAYASAN/BADAN HUKUM

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBUAT LAPORAN BULANAN  
KEPADA DINAS KESEHATAN KOTA PASURUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Pendidikan, tahun lulus : .....  
Alamat : .....

Selaku penanggungjawab .....

Nama ..... : .....  
Alamat : .....  
Nama pemilik : .....

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup membuat laporan bulanan kegiatan pelayanan ..... ke Dinas Kesehatan Kota Pasuruan dengan tembusan kepada Puskesmas wilayah setempat.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan  
Penanggung Jawab .....

Materai Rp6.000

.....

7. FORMAT SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENAATI PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

KOP YAYASAN/BADAN HUKUM

=====

SURAT PERNYATAAN  
KESEDIAAN MENAATI PERATURAN PERUNDANG UNDANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jabatan : .....  
Alamat rumah : .....

Atas nama yayasan/badan hukum:

Nama : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bersedia menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan sebagaimana yang telah ditentukan.

Apabila di kemudian hari ternyata kami melanggar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan maka kami bersedia diambil tindakan ataupun dikenakan sanksi.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp6.000,00

.....

8. FORMAT SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB

SURAT PERNYATAAN  
KESEDIAAN SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB .....

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Pendidikan, tahun lulus : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup bekerja sebagai dokter penanggung jawab pada:

Nama Sarana : .....  
Alamat : .....  
Nama pemilik : .....

dan akan selalu menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan sebagai mana yang telah ditentukan.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp 6.000,00

.....

9. FORMAT SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN SEBAGAI PELAKSANA MEDIS

SURAT PERNYATAAN  
KESEDIAAN SEBAGAI PELAKSANA MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Pendidikan, tahun lulus : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup bekerja sebagai .....  
pada:

Nama sarana : .....  
Alamat : .....  
Nama pemilik : .....

dan akan selalu menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan sebagai mana yang telah ditentukan serta berpegang pada kode etik profesi.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp6.000,00

.....

10. FORMAT SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN SEBAGAI PELAKSANA PERAWATAN

SURAT PERNYATAAN  
KESEDIAAN SEBAGAI PELAKSANA PERAWATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Pendidikan, tahun lulus : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup bekerja sebagai pelaksana perawatan pada:

Nama sarana : .....  
Alamat : .....  
Nama pemilik : .....

dan akan selalu menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan sebagai mana yang telah ditentukan serta berpegang pada kode etik profesi.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp6.000,00

.....

11. FORMAT SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN SEBAGAI PELAKSANA ADMINISTRASI

SURAT PERNYATAAN  
KESEDIAAN SEBAGAI PELAKSANA ADMINISTRASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Pendidikan, tahun lulus : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup bekerja sebagai pelaksana administrasi pada:

Nama sarana : .....  
Alamat : .....  
Nama pemilik : .....

Dan akan selalu menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan sebagai mana yang telah ditentukan.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp 6.000,00

.....

12. FORMAT DATA KETENAGAAN

KOP YAYASAN/BADAN HUKUM

=====

DATA KETENAGAAN

.....

NO.	NAMA	TEMPAT, TANGGAL LAHIR	PENDIDIKAN	JABATAN	ALAMAT
1.					
2.					
3.					

Pasuruan, .....

Ketua Yayasan/Direktur  
Badan Hukum

.....

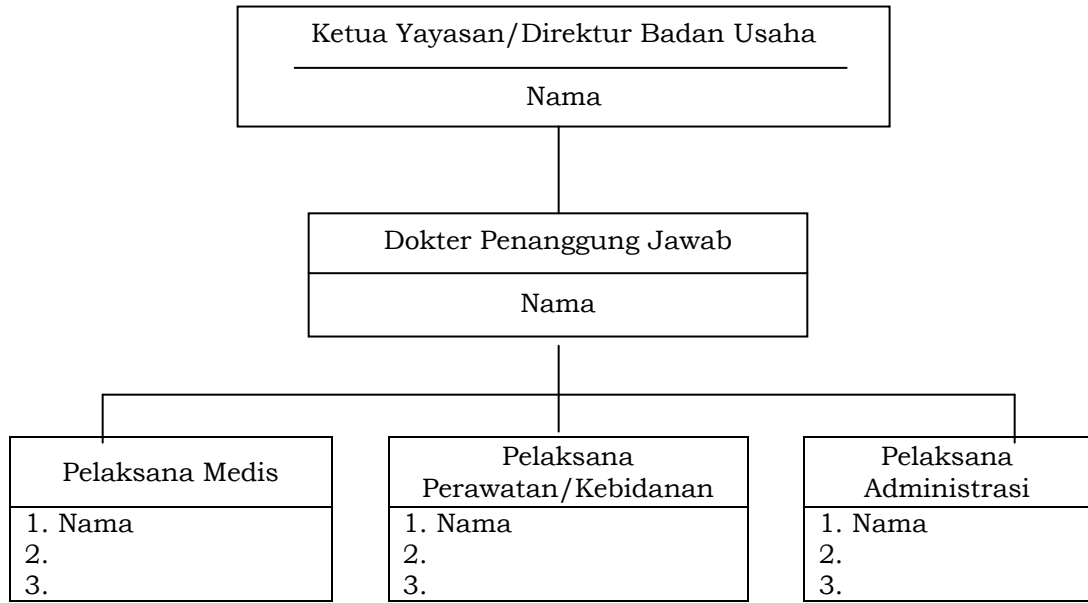
13. FORMAT STRUKTUR ORGANISASI

KOP YAYASAN/BADAN HUKUM

=====

STRUKTUR ORGANISASI

.....



Tugas Pokok

1. Dokter Penanggung Jawab  
Nama .....
- a.
- b.
  
2. Pelaksana Medis  
Nama .....
- a.
- b.
  
3. Pelaksana Perawatan  
Nama .....
- a.
- b.
  
4. Pelaksana Administrasi  
Nama .....
- a.
- b.

Pasuruan, .....

Ketua Yayasan/Direktur  
Badan Hukum

.....



14. FORMAT DAFTAR INVENTARIS

KOP YAYASAN/BADAN HUKUM

=====

DAFTAR INVENTARIS

.....

NO.	NAMA PERALATAN	SATUAN	STANDAR	TERSEDIA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Pasuruan, .....

Ketua Yayasan/Direktur  
Badan Hukum

.....

B. FORMAT DOKUMEN PERMOHONAN IZIN TENAGA KESEHATAN/IZIN PENGOBAT TRADISIONAL/SERTIFIKAT

1. FORMAT SURAT PERMOHONAN

Pasuruan, ..... 20.....

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin .....

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Pasuruan  
di

PASURUAN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
NIP/NRP/NRPTT : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Jenis kelamin : .....  
Lulusan Perguruan Tinggi : .....  
  
Tahun Lulus : .....  
Nomor Surat Tanda Registrasi : .....  
Tempat bekerja : .....  
Alamat rumah : .....  
Anggota organisasi profesi : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin ... yang ke-1/2/3 pada:

1. Nama sarana pelayanan : .....  
Alamat : .....  
Jam pelayanan : .....
2. Nama sarana pelayanan : .....  
Alamat : .....  
Jam pelayanan : .....
3. Nama sarana pelayanan : .....  
Alamat : .....  
Jam pelayanan : .....

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan:

1. ....
2. ....
3. dst. (sesuai persyaratan)

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan untuk dapat disetujui.

Pemohon,

Materai Rp6.000,00

.....

2. FORMAT DAFTAR KELENGKAPAN BERKAS

DAFTAR KELENGKAPAN BERKAS PERMOHONAN IZIN ...  
BARU/PERPANJANGAN

Nama pemohon : .....  
Puskesmas/RS/Swasta : .....  
Alamat : .....  
Tanggal terima : .....

NO.	JENIS BERKAS	ADA	TIDAK ADA
1.	Surat permohonan kepada Kepala Dinas kesehatan Kota pasuruan		
2.	Foto copy STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI		
3.	Foto copy Kartu Tanda Pnduduk (KTP) yang masih berlaku		
4.	Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi ... setempat		
5.	Surat pernyataan memiliki tempat praktik, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya		
6.	Surat pernyataan kesediaan mentaati peraturan		
7.	surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu		
8.	Pas foto terbaru berwarna 4 x 6 (2 lembar)		

Pasuruan,

Korektor,  
Kepala Seksi SDM Bidang  
Kesehatan Dinas Kesehatan  
Kota Pasuruan

---

3. FORMAT SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTEK

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTEK

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Alamat : .....  
Jenis Kelamin : .....

Menyatakan bahwa saya telah memiliki tempat praktek Dokter Umum/  
Dokter Gigi / Dokter Spesialis /Dokter Spesialis Gigi di:

1. Nama sarkes/tempat praktik : .....  
Alamat : .....  
Jam pelayanan : .....
2. Nama sarkes/tempat praktik : .....  
Alamat : .....  
Jam pelayanan : .....
3. Nama sarkes/tempat praktik : .....  
Alamat : .....  
Jam pelayanan : .....

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, dan apabila surat pernyataan ini tidak benar, saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

....., .....20...

Yang membuat Pernyataan,

Materai Rp6.000,00

.....

4. FORMAT SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENAATI PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN  
MENAATI PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat rumah : .....

Dengan ini menyatakan BERSEDIA mentaati peraturan sebagai berikut:

1. menaati segala peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan;
2. menaati kode etik profesi yang berlaku;
3. melakukan praktik sesuai dengan alamat yang terdapat pada Surat Persetujuan Tempat Praktik;
4. tempat praktik yang dimiliki tidak akan digantikan oleh orang lain atau dilimpahkan kepada orang lain yang belum memiliki Surat Izin Praktik (SIP);
5. memasang papan nama praktik dengan tulisan Nama, Nomor SIP yang sesuai dengan alamat praktik, Jenis Praktik, Hari/jam praktik dengan ukuran minimal 60 cm x 40 cm dan maksimal 90 cm x 60 cm dengan tanpa adanya tulisan tambahan seperti untuk dewasa/wanita/anak-anak, tersedia pemeriksaan dan pengobatan sinar dan sebagainya;
6. papan praktik tidak akan diberi lampu warna atau hiasan-hiasan yang memberi kesan suatu papan iklan/promosi; dan
7. segera melaporkan adanya Kejadian Luar Biasa (KLB) ke Puskesmas setempat.

Apabila di kemudian hari ternyata kami melanggar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan maka kami bersedia diambil tindakan berupa pencabutan SIP ataupun dikenakan sanksi sesuai Peraturan Daerah Kota Pasuruan Nomor 09 Tahun 2013 tentang Perizinan Bidang Kesehatan.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun, untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Pasuruan, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp6.000,00

-----

5. FORMAT SURAT PERSETUJUAN ATASAN LANGSUNG

SURAT PERSETUJUAN ATASAN LANGSUNG

Nomor:

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

NIP : .....

Jabatan : .....

Selaku atasan langsung dari ... :

Nama : .....

NIP : .....

menyatakan tidak keberatan yang bersangkutan melakukan praktik dokter di luar jam dinas yang bertempat di:

Sarana pelayanan kesehatan : .....

Alamat : .....

Jam pelayanan : .....

Dengan ketentuan:

1. menaati kode etik profesi dokter; dan
2. menaati peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian Surat Persetujuan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya dan ditaati oleh dokter yang bersangkutan.

.....  
(selaku atasan langsung)

-----

C. FORMAT DOKUMEN PERMOHONAN SERTIFIKAT BIDANG KESEHATAN

1. FORMAT FORMULIR SERTIFIKAT PRODUKSI PANGAN INDUSTRI RUMAH TANGGA (SPP-IRT)



PEMERINTAH KOTA PASURUAN  
**DINAS KESEHATAN**  
Jalan Ir.H. Juanda No. 66 Telp. (0343) 423453 PASURUAN

FORMULIR PERMOHONAN SERTIFIKAT PRODUKSI PANGAN  
INDUSTRI RUMAH TANGGA (SPP-IRT)

1. Nama jenis pangan (sesuai : .....  
nama jenis pangan IRT)
2. Nama dagang : .....
3. Jenis kemasan : .....
4. Berat bersih/isi bersih : .....  
(g/mg/kg atau l/ml/kl)
5. Komposisi : .....  
.....  
.....
6. Proses Produksi : .....  
.....  
.....
7. Informasi tentang masa : .....  
simpan (kedaluwarsa)
8. Informasi tentang kode : .....  
produksi
9. Nama, alamat, kode pos : .....  
dan nomor telpon IRTP  
.....  
.....
10. Nama pemilik : .....
11. Nama penanggung jawab : .....

.....,  
.....  
Pemilik/Penanggung Jawab

(.....)

Dilampiri:

1. Fotokopi KTP yang masih berlaku
2. Contoh label (Kemasan)
3. Fotokopi sertifikat Penyuluhan Keamanan Pangan

2. FORMAT SURAT PERMOHONAN

Perihal: Permohonan Sertifikat  
.....

Pasuruan,  
Kepada  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Pasuruan  
di  
PASURUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Umur : .....  
Nomor KTP : .....  
Alamat : .....

Mengajukan permohonan untuk mendapatkan Sertifikat ....., atas nama:

Nama Sarana \*) : .....  
Golongan \*\*) : A.1 / A.2 / A.3 / B / C  
Alamat : .....

Bersama ini kami lampirkan kelengkapan berkas permohonan Sertifikat ....., sebagai berikut:

1. ....
2. ....
3. .... dst. (sesuai persyaratan yang ditetapkan)

Demikian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih.

Yang membuat permohonan,

.....

\*) Diisi nama perusahaan/depot air minum/hotel/kolam renang/pemandian umum  
\*\*) Khusus Sertifikat Laik Hygiene Jasa Boga

WALIKOTA PASURUAN,

Ttd,

SETIYONO