

**PERSYARATAN PERIJINAN BIDANG KESEHATAN
DI KABUPATEN BULELENG**

C. Perijinan Bagi Pelayanan Medik Penunjang

NO	Jenis Ijin	Persyaratan	Dasar Hukum
1	Surat Ijin Apotik	<ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi ijazah, surat sumpah dan SIK/ Surat Penugasan (SP) • Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah • Fotokopi KTP Bali atau KTP yang dilengkapi dengan surat keterangan domisili • Fotokopi NPWP Apoteker Pengelola apotik • Fotokopi NPWP Pemilik Sarana • Fotokopi akte pendirian badan usaha (bagi yang berbentuk badan usaha) • Gambar peta lokasi dan denah bangunan apotik • Akte sewa-menyewa, kontrak , atau hak milik bangunan Daftar keterangan Fotokopi ijazah dan Surat Ijin Kerja (SIK) • Asisten Apoteker • Daftar terperinci alat kelengkapan Apotik • Surat pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotik (APA) tidak berkedudukan sebagai APA di apotik lain • Surat ijin atasan bagi PNS TNI/POLRI • Akte perjanjian kerjasama Apoteker Pengelola Apotik (APA) dengan Pemilik Sarana Apotik (PSA) • Surat pernyataan dari Pemilik Sarana Apotik (PSA) tidak terlihat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat • Surat selesai melaksanakan masa bhakti apoteker tau surat pernyataan akan melaksanakan masa bhakti apoteker atau surat pernyataan akan melaksanakan masa bhakti apoteker • Surat pernyataan tidak keberatan diganti dai APA yang baru • Surat rekomendasi dari badan pimpinan daerah Ikatan Sarjana Farmasi • Perjanjian pelengkap apoteker pengelola apotik dengan pemilik sarana apotik • Rancangan papan nama apotik, surat pesanan, copy resep, rancangan lemari narkotika • Surat lolos butuh dari Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota 	PERMENKES.NO. 1332/MENKES/SK/V/2002 ttg Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Ijin Apotek
2	Surat Ijin Penyelenggaraan Laboratorium Klinik	<ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi akte pendirian badan (bila pemohonan badan hukum) • Denah lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan • Surat pernyataan kasanggupan penanggung jawab Teknis (Formulir A1) • Surat pernyataan kesanggupan masing-masing tenaga teknis/Administrasi (Formulir A2) • Surat pernyataan kesediaan mengikuti Program Pemantapan Mutu (Formulir A3) • Data kelengkapan bangunan (Formulir A4) • Data kelengkapan peralatan (Formulir A5) 	-Permenkes No. 411/Menkes/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik
3	Permohonan Surat Izin Kerja Fisioterapis (SIKF)/Surat Izin Praktik Fisioterapis (SIPF)	<p>a.fotokopi ijazah yang dilegalisir; b. fotokopi STRF; c. surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai Surat Izin Praktik; d. surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan secara mandiri; e. pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm</p>	PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 80 TAHUN 2013 TENTANG PENYELENGGARAAN PEKERJAAN DAN PRAKTIK FISIOTERAPIS

		<p>sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah;</p> <p>f. rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk (tidak diperlukan apabila izin dikeluarkan dinas kesehatan);</p> <p>g. rekomendasi dari IFI; dan</p> <p>h. SIPF atau SIKF pertama/Kedua (untuk permohonan SIPF atau SIKF yang kedua/ketiga)</p>	
4	Surat Ijin Penyelenggaraan Optik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akte pendirian perusahaan optikal yang disahkan oleh Notaris untuk penyelenggara yang berbentuk perusahaan bukan perorangan; 2. Surat keterangan dari pejabat setempat yang berwenang menyatakan bahwa pemohon adalah penduduk dan bertempat tinggal tetap di daerah kewenangannya (minimal Camat/fotokopi KTP terlampir); 3. Surat Izin Tempat Usaha (SITU) atau Surat Keterangan Bebas Izin Tempat Usaha (SBITU) dari Walikota/Bupati setempat; 4. Surat pernyataan kesediaan refraksionis optisien untuk menjadi penanggungjawab pada optikal / laboratorium optik yang akan didirikan, dengan kelengkapan: <ol style="list-style-type: none"> a. Surat perjanjian pemilik sarana dengan refraksionis optisien tersebut; b. Surat keterangan dari pejabat setempat yang berwenang, menyatakan bahwa refraksionis optisien calon penanggungjawab bertempat tinggal / berdomisili di kabupaten/kota yang bersangkutan atau fotokopi KTP terlampir; c. Fotokopi ijasah refraksionis optisien yang telah dilegalisir. d. Surat keterangan sehat dari dokter. e. Pas foto 3 (tiga) lembar ukuran 4×6 cm. 5. Surat pernyataan kerjasama dari laboratorium optik tempat pemrosesan lensa-lensa pesanan, bila optikal tidak memiliki laboratorium sendiri; 6. Daftar sarana dan peralatan yang akan digunakan; 7. Daftar pegawai serta tugas dan fungsinya; 8. Peta lokasi sebagai penunjuk wilayah tempat domisili optikal/laboratorium optik; 9. Denah ruangan dibuat dengan skala 1:100; 10. Surat keterangan dari organisasi profesi/asosiasi setempat yang menyatakan bahwa refraksionis optisien yang diajukan hanya menjadi penanggungjawab dari optikal yang mengajukan izin tersebut, dan diketahui oleh organisasi pengusaha optikal setempat. 	KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 1424/MENKES/SK/XI/2002 TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN OPTIKAL
5	Surat Ijin Pedagang Eceran Obat	<ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi KTP • Fotokopi akte (bagi usaha berbadan hukum) • Fotokopi dan SIK Asisten Apoteker • Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah bagi penanggung v jawab • Fotokopi NPWP pemilik sarana • Alamat dan denah tempat usaha • Surat pernyataan Asisten Apoteker bersedia menjadi penanggung jawab • Surat pernyataan Asisten Apoteker tidak bekerja sebagai penanggung jawab toko obat lainnya 	-KEPMENKES RI NO. 1331/MENKES/SK/X/2002 ttg Pedagang Eceran Obat
6	Ijin Salon Kecantikan	<ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi Ijin Praktek Ahli Kecantikan dari penanggung jawab Salon Kecantikan • Surat pernyataan bersedia menjadi penanggung jawab salon kecantikan (dari ahli kecantikan), apabila ahli kecantikan yang bersangkutan bukan pemilik salon kecantikan • Surat keterangan berbadan sehat dari Dokter, untuk Ahli Kecantikan,Asisten Ahli Kecantikan serta 	Pedoman Bagi Pengelola Salon Kecantikan di Bidang Kesehatan

		<p>semua yang bekerja di Salon Kecantikan tersebut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat pernyataan bersedia menjadi Dokter Konsultan pada Salon Kecantikan tersebut • Fotokopi ijin praktek Dokter Konsultan • Fotokopi surat keterangan domisili dari kelurahan setempat • Pas foto pemilik salon kecantikan dengan ukuran 4 x 6 (4 lembar) 	
7	Rekomendasi Salon Kecantikan	<ul style="list-style-type: none"> • Denah bangunan/ruang kerja • Kosmetika yang dipakai (Daftar terlampir) dengan No.Reg Dep.Kes • Alat-alat yang dipakai (Daftar terlampir) • Susunan/jumlah karyawan serta pendidikannya • Surat keterangan kesehatan dari dokter bagi penanggung jawab teknis • Fotokopi ijasah Negara dan penanggung jawab teknis yang dilegalisir • Surat pernyataan sebagai penanggung jawab (materai 6000) • 	Pedoman Bagi Pengelola Salon Kecantikan di Bidang Kesehatan
8	Surat Ijin Penyelenggaraan SPA	<ul style="list-style-type: none"> • Fotokopi Ijin Gangguan (HO) dari Pemda Setempat • Fotokopi Ijin IMB • Fotokopi Akte Yayasan (yayasan yang sudah dilegalisir apabila pemohon adalah yayasan) • Tenaga kerja sesuai dengan kategori SPA yang dilengkapi dengan KTP dan ijasah/sertifikat • Daftar inventaris alat 	PERMENKES/1205/MENKES/PER/X/2004 ttg Pedoman SPA.
9	Surat Ijin Penyelenggaraan Pelayanan Hemodialisis	<ul style="list-style-type: none"> • Persyaratan Sarana dan Prasarana <ul style="list-style-type: none"> - Ruang peralatan mesin hemodialisis untuk kapasitas 4 (empat) mesin hemodialisis - Ruang pemeriksaan dokter/konsultan - Ruang tindakan - Ruang perawatan, Ruang sterilisasi, Ruang penyimpanan obat dan ruang penunjang medic - Ruang administrasi dan ruang penunggu pasien - Ruang lainnya sesuai kebutuhan • Persyaratan peralatan <ul style="list-style-type: none"> - 4 (empat) mesin hemodialisis - Peralatan medic standar sesuai kebutuhan - Peralatan reuse dialiser manual atau otomatis - Peralatan pengolahan air untuk dialysis yang memenuhi standar - Kelengkapan peralatan sesuai kebutuhan • Persyaratan Tenaga <ul style="list-style-type: none"> - Seorang konsultan ginjal hipertensi sebagai supervisor - Dokter spesialis penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi (Sp.PD KGH) yang memiliki SIP - Perawat mahir Hemodialisis minimal 3 orang - Teknisi Elektromedik minimal 1 orang - Tenaga Administrasi serta tenaga lainnya sesuai kebutuhan. 	PERMENKES RI RI Nomor 812/Menkes/Per/VII/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan
10	Surat Izin Usaha Mikro Obat Tradisional	<p>I. UMUM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon <ol style="list-style-type: none"> a. Nama Direktur Utama b. Alamat dan Nomor Telepon c. Pimpinan Perusahaan (daftar nama direksi/pengurus dan komisaris/badan pengawas) d. Surat Pernyataan tidak terlibat baik langsung atau tidak langsung dalam pelanggaran perundang-undangan di bidang farmasi 2. Perusahaan <ol style="list-style-type: none"> a. Nama Perusahaan 	-PERMENKES RI Nomor 006/2012 tentang Industri dan Obat Tradisional

- | | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">b. Alamat dan Nomor Teleponc. Akte Pendirian badan usaha perorangan yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangand. Bukti penguasaan tanah dan bangunane. Surat pernyataan kesanggupan pengelolaan dan pemantauan lingkungan hidupf. Surat Tanda Daftar Perusahaan dalam hal permohonan bukan perseorangang. Surat Izin Usaha Perdaganganh. Nomor Pokok Wajib PajakI. Surat Keterangan Domisili | |
|--|--|---|--|