

## PERSYARATAN PERIZINAN DILINGKUNGAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN KEPULAUAN MERANTI

### BIDANG: KESEHATAN

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
1	Izin Mendirikan Rumah Sakit (Izin berlaku untuk 1 Tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan untuk pengurusan izin mendirikan Rumah Sakit Kelas C bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi akta pendirian badan hukum yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, kecuali instansi Pemerintah atau Pemerintah Daerah;</li> <li>3. Studi kelayakan</li> <li>4. Master Plan</li> <li>5. Fotokopi sertifikat tanah/bukti kepemilikan tanah atas nama badan hukum pemilik rumah sakit;</li> <li>6. Status Kepemilikan</li> <li>7. <i>Detail Engineering Design</i></li> <li>8. Dokumen pengelolaan dan pemantauan lingkungan (UKL dan UPL)</li> <li>9. Surat Izin Tempat Usaha (SITU)</li> <li>10. Izin Mendirikan Bangunan (IMB);</li> <li>11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit.</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
2	Izin Operasional Rumah Sakit (Izin berlaku selama 5 Tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)</li> <li>2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan bermaterai untuk pengurusan izin operasional RS Kelas C</li> <li>2. Fotocopy KTP Direktur Rumah Sakit</li> <li>3. Pas Foto Direktur Rumah Sakit ukuran 4 x 6 (2 lembar)</li> <li>4. Izin Mendirikan Rumah Sakit, bagi permohonan Izin Operasional untuk pertama kali</li> <li>5. Profil Rumah Sakit, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi;</li> <li>6. Denah lokasi dan denah bangunan rumah sakit</li> <li>7. Isian instrumen <i>self assessment</i> sesuai klasifikasi Rumah Sakit yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana;</li> <li>8. Gambar desain (<i>blue print</i>) dan foto bangunan serta sarana dan prasarana pendukung;</li> <li>9. Izin penggunaan bangunan (IPB) dan sertifikat laik fungsi;</li> <li>10. Dokumen pengelolaan lingkungan berkelanjutan</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<ul style="list-style-type: none"><li>• UKL</li><li>• UPL</li><li>• MOU sampah medis dengan Pihak ke 3</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>11. Daftar sumber daya manusia;</li><li>12. Daftar peralatan medis dan nonmedis;</li><li>13. Daftar sediaan farmasi dan alat kesehatan;</li><li>14. Berita acara hasil uji fungsi peralatan kesehatan disertai kelengkapan berkas izin pemanfaatan dari instansi berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk peralatan tertentu</li><li>15. Dokumen administrasi dan manajemen, meliputi ;<ul style="list-style-type: none"><li>• Akta badan hukum Rumah Sakit</li><li>• Peraturan Internal Rumah Sakit</li><li>• Komite Medik</li><li>• Komite Keperawatan</li><li>• Satuan pemeriksaan internal</li><li>• Surat Izin Praktik Dokter</li><li>• Surat Izin Kerja/Surat Izin Praktik untuk tenaga kesehatan keseluruhan lainnya</li><li>• SOP Rumah Sakit</li><li>• Surat penugasan klinis staf medis</li><li>• Surat keterangan/sertifikat hasil uji kalibrasi alat kesehatan</li></ul></li><li>16. Denah IPAL Limbah</li></ol>		
--	--	--	---	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
3	Izin Klinik (izin berlaku selama 5 tahun)	1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik	1. Surat permohonan izin klinik bermaterai Rp.10.000,- 2. Fotokopi akta notaris pendirian badan usaha (yayasan/PT/CV/Koperasi) untuk klinik pratama rawat inap dan klinik utama 3. Data Pemohon/pemilik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopy KTP</li> <li>• Fotocopy NPWP</li> <li>• Pas Foto 4 x 6 sebanyak 2 lembar</li> </ul> 4. Surat pernyataan status kepemilikan bermaterai Rp.10.000 5. Data tempat usaha <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopi IMB</li> <li>• Fotocopi SITU</li> <li>• Fotocopy bukti kepemilikan tanah dan bangunan (sertifikat)</li> <li>• Gambar denah lokasi dan denah situasi bangunan</li> <li>• Denah instalasi listrik, air bersih, air limbah</li> </ul> 6. Surat pernyataan pengelolaan air limbah bermaterai Rp.10.000,- 7. Dokumen Upaya Kesehatan Lingkungan (UKL) dan Upaya	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<p>Pemantauan Lingkungan (UPL) bagi Klinik Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Surat Perjanjian Kerjasama Rujukan Laboratorium (bagi Klinik Rawat Jalan dan 24 jam)</li> <li>9. Surat perjanjian Kerjasama Pengelolaan Sampah Medis dengan pihak ke-3 (bila tidak mempunyai sarana pengelolaan sendiri)</li> <li>10. Profil Klinik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daftar Ketenagaan</li> <li>• Daftar Struktur Organisasi yang disyahkan pemimpin</li> <li>• Daftar peralatan medis, penunjang medis dan non medis</li> <li>• Daftar Obat</li> <li>• Daftar pelayanan dan tarif yang disyahkan pimpinan</li> <li>• Daftar Sarana dan Prasarana</li> </ul> </li> <li>11. Surat Pengantar/rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat</li> <li>12. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>13. Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp. 10.000, perihal bersedia menjadi pimpinan klinik</li> <li>14. Data Kepegawaian Dokter Penanggung Jawab <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopy SIP</li> <li>• Surat keterangan tidak keberatan dari atasan langsung (bagi PNS, ABRI)</li> <li>• Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp.10.000,- mencakup :</li> </ul> </li> </ol>		
--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanggup menjadi dokter penanggung jawab</li> <li>- Sanggup membina PSM setempat dalam pembangunan kesehatan dilingkungannya</li> <li>- Sanggup melaksanakan kegiatan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku</li> </ul> <p>15. Data Tenaga Pelaksana Harian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotokopi ijazah, STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktik) bagi dokter dan apoteker</li> <li>• Fotokopi ijazah, STR dan SIP (Surat Izin Praktik) bagi perawat, bidan, asisten apoteker, fisioterapi</li> <li>• Surat keterangan tidak keberatan dari atasan langsung (bagi PNS, ABRI)</li> <li>• Surat pernyataan sanggup menjadi tenaga pelaksana harian bermaterai Rp.10.000,-</li> </ul> <p>16. Standard Operating Prosedur (SOP)</p> <p>17. Surat Keterangan Penggunaan daya listrik</p> <p>18. Surat Keterangan Penggunaan Air Bersih</p> <p>19. Fotokopi Tanda Lunas PBB</p>		
--	--	--	--	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
4	Izin Laboratorium Klinik (Izin berlaku untuk 5 tahun)	1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik.	1. Surat permohonan izin laboratorium klinik bermaterai Rp.10.000 2. Foto copy KTP Pemilik dan Penanggungjawab teknis laboratorium 3. Pas Photo 4 x 6 (3 lembar) Pemilik dan Penanggung jawab teknis laboratorium 4. Fotocopy ijazah Dokter penanggung jawab teknis laboratorium 5. Daftar tenaga teknis laboratorium 6. Foto copy KTP tenaga teknis laboratorium 7. Foto copy Ijazah tenaga teknis laboratorium 8. Foto copy STR dan SIP tenaga teknis laboratorium 9. Daftar terperinci peralatan laboratorium 10. Data kelengkapan bangunan 11. Denah Bangunan dan Denah Lokasi 12. SOP laboratorium klinik 13. Foto copy surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk Akte Hak milik/Sewa/Kontrak 14. Surat Pernyataan Kesanggupan yang ditandatangani oleh calon	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<p>penanggung jawab teknis laboratorium tersebut dan bekerja penuh sebagai penanggungjawab teknis (full timer) yang dibuat diatas materai</p> <ol style="list-style-type: none"><li>15. Surat pernyataan kesanggupan masing-masing tenaga teknis/administrasi</li><li>16. Surat Pernyataan dari pemilik sarana yang tidak terlibat pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan di bidang laboratorium/alat kesehatan laboratorium</li><li>17. Surat pernyataan kesediaan mengikuti Program Pemantapan Mutu</li></ol>		
--	--	--	--	--	--



## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
5	Izin Optikal (Izin berlaku untuk 5 Tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Optikal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi KTP pemohon</li> <li>3. Pas Foto (pemohon) berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak tiga lembar</li> <li>4. Fotokopi Ijazah dan STR Refraksionis Optisien atau Optometris;</li> <li>5. Fotokopi SIP Refraksionis Optisien/Optometris atau surat keterangan SIP dalam proses penerbitan izin dari instansi yang berwenang menerbitkan SIP;</li> <li>6. Surat pernyataan kesediaan refraksionis optisien atau optometris untuk menjadi penanggung jawab pada optikal yang akan didirikan;</li> <li>7. Daftar sarana dan peralatan yang akan digunakan;</li> <li>8. Fotokopi perjanjian kerja sama dengan laboratorium dispensing bagi optikal yang tidak memiliki laboratorium;</li> <li>9. Rekomendasi dari asosiasi optikal setempat (jika ada)</li> <li>10. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<p>Meranti</p> <ol style="list-style-type: none"><li>11. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li><li>12. Fotokopi NPWP/SIUP/TDP perusahaan atau pemohon;</li><li>13. Fotocopi SITU</li><li>14. Fotocopi akte pendirian perusahaan (jika ada)</li><li>15. Fotokopi Tanda lunas PBB</li></ol>		
--	--	--	---	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
6	Izin Apotek (Masa berlaku izin apotek mengikuti masa berlaku Surat Izin Praktik Apoteker)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian</li> <li>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan izin Apotek bermaterai Rp.10.000 yang diajukan oleh Apoteker</li> <li>2. Fotokopi STRA dengan menunjukan STRA asli</li> <li>3. Fotokopi Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)</li> <li>4. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) Apoteker dan pemilik sarana apotek</li> <li>5. Pas Foto Apoteker ukuran 3x4 sebanyak tiga lembar</li> <li>6. Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak Apoteker</li> <li>7. Fotokopi KTP,STRTTK dan SIPTTK tenaga teknis kefarmasian</li> <li>8. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk hak milik/sewa/kontrak</li> <li>9. Fotokopi denah lokasi dan denah bangunan</li> <li>10. Daftar terperinci alat perlengkapan Apotek yang ditandatangani Apoteker</li> <li>11. Surat pernyataan bahwa Apoteker tidak menjadi Apoteker pengelola di Apotek lain</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<ol style="list-style-type: none"><li>12. Surat Izin atasan bagi Apoteker yang bekerja di Instansi Pemerintah/Swasta</li><li>13. Surat pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran peraturan perundangan di bidang obat</li><li>14. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li><li>15. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li><li>16. Fotokopi SITU</li><li>17. Fotokopi tanda lunas PBB</li></ol>		
--	--	--	--	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
7	Izin Toko Obat (Masa berlaku izin toko obat sesuai dengan masa berlaku SIPTTK)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian</li> <li>3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1331/Menkes/SK/X/2002 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 167/KAB/B.VIII/1972 Tentang Pedagang Eceran Obat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan izin toko obat bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi KTP Pemohon dan Tenaga Teknis Kefarmasian</li> <li>3. Fotokopi ijazah Tenaga Teknis Kefarmasian yang telah dilegalisir oleh pejabat yang berwenang.</li> <li>4. Fotokopi STRTTK yang masih berlaku (dilegalisir)</li> <li>5. Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) yang masih berlaku</li> <li>6. Surat pernyataan kesediaan bekerja Tenaga Teknis Kefarmasian sebagai penanggung jawab teknis Toko obat</li> <li>7. Surat Rekomendasi dari Kepala UPT Puskesmas setempat</li> <li>8. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>9. Surat izin atasan bagi Tenaga Teknis Kefarmasian yang bekerja di Instansi Pemerintah/Swasta</li> <li>10. Denah Lokasi dan denah bangunan</li> <li>11. SITU</li> <li>12. NPWP</li> <li>13. Fotokopi Tanda Lunas PBB</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
8	Izin Toko Alat Kesehatan (Masa berlaku Izin Toko Alat Kesehatan selama 5 tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1191/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan izin toko alat kesehatan bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Surat penunjukan sebagai sub distributor/penyalur alat kesehatan langsung dari pusat (bagi PAK tempat Toko Alat Kesehatan memesan alat kesehatan)</li> <li>3. Surat Izin Tempat Usaha (SITU)</li> <li>4. Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP)</li> <li>5. Tanda Daftar Perusahaan (TDP) persekutuan komoditer</li> <li>6. Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK) sebagai penanggung jawab</li> <li>7. Surat perjanjian kontrak tempat usaha (apabila mengontrak)</li> <li>8. Salinan Notaris</li> <li>9. SOP (Standar Operasional Prosedur)</li> <li>10. Fotokopi KTP pimpinan dan tenaga teknis kefarmasian sebanyak 1 lembar</li> <li>11. Pas foto pimpinan dan tenaga teknis kefarmasian ukuran 3x4 sebanyak 3 lembar</li> <li>12. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>13. Rekomendasi dari UPT Puskesmas</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			14. Denah Lokasi dan ruangan 15. Fotokopi Tanda Lunas PBB		
--	--	--	--	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
9	Izin Pengobat Tradisional (Izin Pengobat tradisional berlaku selama 5 Tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;</li> <li>2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1076/Menkes/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan bermatrai Rp. 6.000</li> <li>2. Biodata pengobat tradisional</li> <li>3. Pas foto ukuran 3x4 sebanyak tiga lembar</li> <li>4. Fotokopi KTP pengobat tradisional</li> <li>5. Surat keterangan Kepala Desa/Lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai pengobat tradisional</li> <li>6. Peta lokasi usaha dan denah ruangan</li> <li>7. Rekomendasi dari Asosiasi/Organisasi Profesi di bidang pengobatan tradisional yang bersangkutan (bila ada)</li> <li>8. Fotokopi sertifikat/ ijazah keahlian pengobatan tradisional</li> <li>9. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li> <li>11. Fotokopi SITU</li> <li>12. Tanda Lunas PBB</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	



## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
10	Izin Usaha Depot Air Minum (Izin Usaha Depot Air Minum berlaku selama 5 tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum.</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 736 /Menkes/Per/VI/2010 tentang Tata Laksana Pengawasan Kualitas Air Minum.</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2014 tentang Higiene Sanitasi Depot Air Minum.</li> <li>4. Keputusan Menteri Perindustrian dan Perdagangan RI Nomor 651/MPP/Kep/ 10/2004 tentang Persyaratan Teknis Depot Air Minum dan Perdaganganannya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan izin usaha Depot Air Minum (DAM) bermaterai Rp.10.000</li> <li>2. Fotokopi KTP pemohon yang masih berlaku</li> <li>3. Pas Photo uk. 3x4 sebanyak 3 lembar</li> <li>4. Sertikat/Surat Keterangan Laik Higien Sanitasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>5. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li> <li>6. Surat pernyataan sanggup bertanggung jawab terhadap hasil produksi (bermaterai Rp. 10.000)</li> <li>7. Fotokopi NPWP</li> <li>8. Fotokopi Surat Izin Tempat Usaha (SITU)</li> <li>9. Fotokopi Akte Perusahaan (Bagi Usaha yang berbadan Hukum)</li> <li>10. Fotokopi SIUP</li> <li>11. Peta lokasi dan denah bangunan tempat usaha</li> <li>12. Fotokopi Tanda lunas PBB</li> <li>13. Fotokopi Hasil pemeriksaan kualitas air terbaru</li> <li>14. Melampirkan Izin Usaha Depot Air Minum yang lama (untuk pengurusan perpanjangan izin usaha depot air minum)</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	



## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
11	Izin Praktik Dokter Umum (Masa berlaku Izin Praktik Dokter Umum sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Praktik Dokter Umum bermaterai Rp. 10.000,-</li> <li>2. Fotokopi STR yang telah diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku</li> <li>3. Fotokopi Ijazah Kedokteran</li> <li>4. Surat Pernyataan mempunyai Tempat Praktek atau Surat Keterangan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai tempat prakteknya</li> <li>5. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>6. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (3 lembar)</li> <li>7. Fotokopi KTP</li> <li>8. Surat Izin dari Pimpinan Instalasi tempat pemohon dimaksud bekerja (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk Pemerintah)</li> <li>9. Fotokopi Surat Izin Sarana Pelayanan Kesehatan (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan swasta)</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<ol style="list-style-type: none"><li>10. Surat Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li><li>11. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat (bagi praktik dokter difasyankes swasta dan praktik dokter mandiri)</li><li>12. Fotokopi NPWP</li><li>13. Tanda Lunas PBB</li></ol>		
--	--	--	---	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
12	Izin Praktik Dokter Gigi (Masa berlaku Izin Praktik Dokter Gigi sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Praktik Dokter Gigi bermaterai Rp. 10.000,-</li> <li>2. Fotokopi STR yang telah diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku</li> <li>3. Fotokopi Ijazah Kedokteran</li> <li>4. Surat Pernyataan mempunyai Tempat Praktek atau Surat Keterangan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai tempat praktiknya</li> <li>5. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>6. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (3 lembar)</li> <li>7. Fotokopi KTP</li> <li>8. Surat Izin dari Pimpinan Instalasi tempat pemohon dimaksud bekerja (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk Pemerintah)</li> <li>9. Fotokopi Surat Izin Sarana Pelayanan Kesehatan (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan swasta)</li> <li>10. Surat Rekomendasi dari Kepala</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<p>Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</p> <ol style="list-style-type: none"><li>11. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat (bagi praktik dokter difasyankes swasta dan praktik dokter mandiri)</li><li>12. Fotokopi NPWP</li><li>13. Tanda Lunas PBB</li></ol>		
--	--	--	--	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
13	Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis (Masa berlaku izin praktik Dokter Gigi Spesialis sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Praktik Dokter Gigi Spesialis bermaterai Rp. 10.000,-</li> <li>2. Fotokopi STR yang telah diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku</li> <li>3. Fotokopi Ijazah Kedokteran</li> <li>4. Surat Pernyataan mempunyai Tempat Praktek atau Surat Keterangan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai tempat praktiknya</li> <li>5. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>6. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (3 lembar)</li> <li>7. Fotokopi KTP</li> <li>8. Surat Izin dari Pimpinan Instalasi tempat pemohon dimaksud bekerja (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk Pemerintah)</li> <li>9. Fotokopi Surat Izin Sarana Pelayanan Kesehatan (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan swasta)</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<ol style="list-style-type: none"><li>10. Surat Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li><li>11. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat (bagi praktik dokter difasyankes swasta dan praktik dokter mandiri)</li><li>12. Fotokopi NPWP</li><li>13. Tanda Lunas PBB</li></ol>		
--	--	--	---	--	--



## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
14	Izin Praktik Dokter Spesialis (Masa berlaku izin Praktik Dokter Spesialis sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Praktik Dokter Spesialis bermaterai Rp. 10.000,-</li> <li>2. Fotokopi STR yang telah diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku</li> <li>3. Fotokopi Ijazah Kedokteran</li> <li>4. Surat Pernyataan mempunyai Tempat Praktek atau Surat Keterangan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai tempat praktiknya</li> <li>5. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>6. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (3 lembar)</li> <li>7. Fotokopi KTP</li> <li>8. Surat Izin dari Pimpinan Instalasi tempat pemohon dimaksud bekerja (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk Pemerintah)</li> <li>9. Fotokopi Surat Izin Sarana Pelayanan Kesehatan (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan swasta)</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<ol style="list-style-type: none"><li>10. Surat Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li><li>11. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat (bagi praktik dokter difasyankes swasta dan praktik dokter mandiri)</li><li>12. Fotokopi NPWP</li><li>13. Tanda Lunas PBB</li></ol>		
--	--	--	---	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
15	Izin Praktik Bidan (Masa berlaku izin praktik bidan sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Praktik Bidan bermaterai Rp. 6.000</li> <li>2. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi</li> <li>3. Fotokopi ijazah, minimal DIII Kebidanan</li> <li>4. Fotokopi sertifikat kompetensi kebidanan</li> <li>5. Pas foto berwarna ukuran 3x4 sebanyak 3 lembar</li> <li>6. Surat keterangan sehat fisik dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (untuk praktik mandiri)</li> <li>7. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasyankes atau tempat praktik (untuk praktik mandiri)</li> <li>8. Surat Keterangan pengalaman kerja minimal 3 tahun dari Pimpinan Sarana Tempat Kerja Khusus bagi Ahli Madya Kebidanan (untuk praktik mandiri)</li> <li>9. Fotokopi KTP</li> <li>10. Surat Izin Atasan, bila dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau pada sarana Kesehatan Swasta (untuk praktik mandiri)</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<ol style="list-style-type: none"><li>11. Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li><li>12. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li><li>13. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li><li>14. Fotokopi NPWP (untuk praktik mandiri)</li><li>15. Fotokopi Tanda Lunas PBB (untuk praktik mandiri)</li></ol>		
--	--	--	---	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
16	Izin Praktik Perawat (Masa berlaku Izin Praktik Perawat sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan</li> <li>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Praktik Perawat bermaterai Rp. 10.000,-</li> <li>2. Fotocopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;</li> <li>3. Fotokopi Ijazah Ahli Madya Keperawatan atau Ijazah Pendidikan dengan Kompetensi lebih tinggi yang diakui Pemerintah dan dilegalisir</li> <li>4. Fotokopi sertifikat kompetensi keperawatan</li> <li>5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (untuk Praktik Mandiri)</li> <li>6. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar</li> <li>7. Surat pernyataan memiliki tempat di praktik (untuk Praktik Mandiri)</li> <li>8. Surat Keterangan pengalaman kerja minimal 3 tahun dari Pimpinan Sarana Tempat Kerja Khusus bagi Ahli Madya Keperawatan (untuk Praktik Mandiri)</li> <li>9. Fotokopi KTP</li> <li>10. Surat Izin Atasan, bila dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau pada sarana Kesehatan Swasta (untuk Prakrik Mandiri)</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<ol style="list-style-type: none"><li>11. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li><li>12. Surat Rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD setempat</li><li>13. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li><li>14. Fotokopi NPWP (untuk Praktik Mandiri)</li><li>15. Fotokopi tanda lunas PBB (untuk Praktik Mandiri)</li></ol>		
--	--	--	--	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
17	Izin Tukang Gigi (Izin tukang Gigi berlaku selama 2 Tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2014 Tentang Pembinaan, Pengawasan dan Perizinan Pekerjaan Tukang Gigi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Tukang Gigi bermaterai Rp. 10.000,-</li> <li>2. Biodata Tukang Gigi</li> <li>3. Surat keterangan terdaftar tukang gigi dari Dinas Kesehatan</li> <li>4. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk</li> <li>5. Surat keterangan kepala desa/lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai Tukang Gigi;</li> <li>6. Surat rekomendasi dari organisasi/Asosiasi Tukang Gigi setempat yang diakui oleh Pemerintah (Jika ada)</li> <li>7. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah yang memiliki Surat Izin Praktik</li> <li>8. Pas Foto terbaru ukuran 3x4 cm (berwarna) sebanyak 2 (dua) lembar</li> <li>9. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li> <li>11. Fotokopi NPWP</li> <li>12. Fotokopi Tanda Lunas PBB</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
18	Izin Operasional Puskesmas (izin operasional puskesmas berlaku selama 5 tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan Izin Operasional Puskesmas bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi sertifikat tanah atau bukti lain kepemilikan tanah yang sah</li> <li>3. Fotokopi Izin Mendirikan Bangunan (IMB)</li> <li>4. Dokumen pengelolaan lingkungan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan</li> <li>5. Surat Keputusan dari Bupati/Walikota terkait kategori Puskesmas</li> <li>6. Studi kelayakan untuk Puskesmas yang baru akan didirikan atau akan dikembangkan</li> <li>7. Profil Puskesmas meliputi aspek lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, dan pengorganisasian untuk Puskesmas yang mengajukan permohonan perpanjangan izin</li> <li>8. Persyaratan lainnya yang sesuai dengan peraturan daerah setempat</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	



## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
19	Izin Praktik Apoteker (Masa berlaku Izin Praktik Apoteker sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. PERMENKES No. 889/MENKES/PER/V/2011 tentang registrasi, izin praktek, dan izin kerja tenaga kefarmasian</li> <li>3. PERMENKES Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas PERMENKES No. 889/MENKES/PER/V/2011 tentang registrasi, izin praktek, dan izin kerja tenaga kefarmasian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten kepulauan meranti/dinas penanaman modal, pelayanan terpadu satu pintu dan tenaga kerja (d disesuaikan dengan fasilitasnya : pelayanan kefarmasian/produksi/distribusi)</li> <li>2. Fotokopi stra (surat tanda registrasi apteker)</li> <li>3. Fotokopi ktp</li> <li>4. Fotokopi ijazah</li> <li>5. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi</li> <li>6. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi/distribusi</li> <li>7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi apoteker yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian lain</li> <li>8. Surat rekomendasi dari organisasi profesi</li> <li>9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<p>10. Pas foto berwarna ukuran 3x4 sebanyak 3 (tiga) lembar</p> <p>11. Untuk pembuatan sipa kedua harus melampirkan fotocopy sipa kesatu</p> <p>12. Untuk perpanjangan sipa lampirkan sipa yang lama</p>		
--	--	--	---	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
20	Izin Sanitasi Rumah Makan/Restoran/Café/ Kedai Kopi (berlaku selama 1 tahun)	1. PERMENKES No. 1096/Menkes/Per/2011 tentang Hygiene Sanitasi Jasaboga  4. PERMENKES No. 1098 Tahun 2003 tentang Hygiene Sanitasi Rumah Makan/Restauran	1. Surat permohonan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten kepulauan meranti/dinas penanaman modal, pelayanan terpadu satu pintu dan tenaga kerja  4. Fotokopi ktp pemohon 5. Pas foto ukuran 3x4 3 lembar 6. Surat keterangan laik hygiene sanitarian dari Dinas Kesehatan 7. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat 8. Foto copy SITU 9. Fotocopy SIUP 10. Fotocopy lunas PBB	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
21	Izin Sanitasi Hotel (berlaku selama 1 tahun)	1. PERMENKES No. 80/MENKES/PER/II/1990 tentang Persyaratan Kesehatan Hotel Fasilitas Sanitasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten kepulauan meranti/dinas penanaman modal, pelayanan terpadu satu pintu dan tenaga kerja</li> <li>2. Fotocopy KTP pemohon</li> <li>3. Pas foto ukuran 3x4 sebanyak 3 lembar</li> <li>4. Surat keterangan laik hygiene sanitasi dari Dinas Kesehatan</li> <li>5. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li> <li>6. Dokumen UKL/UPL</li> <li>7. Peta lokasi denah bangunan</li> <li>8. Fotocopy SITU</li> <li>9. Fotocopy SIUP</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
22	Izin Usaha Mikro Obat Tradisional (Izin Usaha Mikro Obat Tradisional berlaku selama 5 Tahun)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 006 Tahun 2012 Tentang Industri Dan Usaha Obat Tradisional;</li> <li>3. Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat Dan Makanan Nomor HK.00.05.4.1380 Tentang Pedoman Cara Pembuatan Obat Tradisional Yang Baik;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi akta pendirian badan usaha perorangan yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;</li> <li>3. Susunan Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas dalam hal permohonan bukan perseorangan;</li> <li>4. Fotokopi KTP/identitas pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas;</li> <li>5. Pas foto Pemohon ukuran 3x4 sebanyak tiga lembar</li> <li>6. Surat Pernyataan pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang farmasi;</li> <li>7. Fotokopi bukti penguasaan tanah dan bangunan;</li> <li>8. Surat Tanda Daftar Perusahaan dalam hal permohonan bukan</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<p>perseorangan;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Fotokopi Surat Izin Usaha Perdagangan dalam hal permohonan bukan perseorangan;</li><li>10. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li><li>11. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li><li>12. Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak;</li><li>13. Fotokopi Surat Keterangan Domisili.</li><li>14. Surat Pernyataan Kesiediaan Menerapkan CPOTB bermaterai Rp. 6.000,-</li><li>15. Fotokopi Tanda Lunas PBB</li></ol>		
--	--	--	--	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
23	Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga (SPP-IRT) berlaku selama 5 tahun	Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan RI Nomor HK.03.1.23.04.12.2205 Tahun 2012 tentang Pedoman Pemberian Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga yang diterangkan dalam Bab III Pasal 6 yang berbunyi Jenis pangan yang diizinkan untuk memperoleh SPP-IRT Sebagai mana tercantum dalam lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dr peraturan ini. (terlampir)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotocopy sertifikat Penyuluhan Keamanan Pangan</li> <li>3. Surat keterangan leuk hygiene dari Dinas Kesehatan</li> <li>4. Foto copy KTP</li> <li>5. Denah lokasi</li> <li>6. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat</li> <li>7. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan</li> <li>8. Foto copy SIUP</li> <li>9. Foto copy SITU</li> <li>10. Pas foto 3x4 3 lembar</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
24	Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (Masa berlaku Izin praktik terapis gigi dan mulut sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 20 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut Mandiri bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi KTP</li> <li>3. Fotokopi ijazah yang dilegalisasi (minimal D III)</li> <li>4. Fotokopi STR</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik</li> <li>6. Surat pernyataan memiliki tempat praktik</li> <li>7. Pas Foto ukuran 3x4 sebanyak tiga lembar</li> <li>8. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	



## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
25	Izin Praktik Fisioterapis (Masa berlaku izin praktik fisioterapis sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 80 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan izin praktik fisioterapis mandiri bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi STR</li> <li>3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir (Fisioterapis profesi/Fisioterapis Spesialis)</li> <li>4. Fotokopi KTP</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP</li> <li>6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasyankes atau tempat praktik pelayanan Fisioterapis secara mandiri</li> <li>7. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar</li> <li>8. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
26	Izin Praktik Tenaga Gizi (Masa berlaku izin Praktik Tenaga Gizi sesuai dengan masa berlaku STR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</li> <li>2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</li> <li>3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan izin praktik tenaga gizi bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi KTP</li> <li>3. Fotokopi Ijazah</li> <li>4. Fotokopi STR</li> <li>5. Surat Keterangan Sehat Dari Dokter Yang memiliki Surat Izin Praktek</li> <li>6. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Tempat Praktek Pelayanan Gizi Secara Mandiri</li> <li>7. Pas Photo 3x4 Sebanyak 3 Lembar</li> <li>8. Rekomendasi Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>9. Rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> <li>10. Rekomendasi Dari Organisasi Profesi</li> <li>11. Fotocopi NPWP</li> <li>12. Fotocopi tanda lunas PBB (bagi yang Praktik Mandiri)</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
27	Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (Masa berlaku Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian sesuai dengan masa berlaku STR)	2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 3. PERMENKES No. 889/MENKES/PER/V/2011 tentang registrasi, izin praktek, dan izin kerja tenaga kefarmasian 4. PERMENKES Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas PERMENKES No. 889/MENKES/PER/V/2011 tentang registrasi, izin praktek, dan izin kerja tenaga kefarmasian	1. Surat permohonan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten kepulauan meranti/dinas penanaman modal, pelayanan terpadu satu pintu dan tenaga kerja 2. Fotokopi strttk (surat tanda registras tenaga teknis kefarmasiani ) 3. Fotokopi ktp 4. Fotokopi ijazah 5. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi 6. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi/distribusi 7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga teknis kefarmasian yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian lain 8. Surat rekomendasi dari organisasi profesi 9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan	7 hari kerja (syarat lengkap)	

			<p>10. Pas foto berwarna ukuran 3x4 sebanyak 3 (tiga) lembar</p> <p>11. Untuk pembuatan spttk kedua harus melampirkan fotocopy spttk kesatu dan selanjutnya</p> <p>12. Untuk perpanjangan spttk lampirkan spttk yang lama</p>		
--	--	--	---	--	--

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
28	Izin Praktik Perekam Medik (Masa berlaku Izin Praktik sesuai dengan masa berlaku STR)	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan izin praktik Perekam Medik mandiri bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi STR</li> <li>3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir</li> <li>4. Fotokopi KTP</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP</li> <li>6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasyankes atau tempat praktik pelayanan Perekam medik secara mandiri</li> <li>7. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar</li> <li>8. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> <li>11. NPWP</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
29	Izin Praktik Elektromedis (Masa berlaku Izin Praktik sesuai dengan masa berlaku STR)	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan izin praktik Elektromedis mandiri bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi STR</li> <li>3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir</li> <li>4. Fotokopi KTP</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP</li> <li>6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasyankes atau tempat praktik pelayanan Elektromedis secara mandiri</li> <li>7. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar</li> <li>8. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> <li>11. NPWP</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
30	Izin Praktik Radiografer (Masa berlaku Izin Praktik sesuai dengan masa berlaku STR)	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan izin praktik Radiografer mandiri bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi STR</li> <li>3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir</li> <li>4. Fotokopi KTP</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP</li> <li>6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasyankes atau tempat praktik pelayanan Radiografer secara mandiri</li> <li>7. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar</li> <li>8. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> <li>11. NPWP</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
31	Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium (Masa berlaku Izin Praktik sesuai dengan masa berlaku STR)	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan izin praktik Ahli Teknologi Laboratorium mandiri bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi STR</li> <li>3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir</li> <li>4. Fotokopi KTP</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP</li> <li>6. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasyankes atau tempat praktik pelayanan Ahli Teknologi Laboratorium secara mandiri</li> <li>7. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar</li> <li>8. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>9. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>10. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> <li>11. NPWP</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	



## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
32	Izin Praktik Sanitarian (Masa berlaku Izin Praktik sesuai dengan masa berlaku STR)	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi STR</li> <li>3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir</li> <li>4. Fotokopi KTP</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP</li> <li>6. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar</li> <li>7. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>8. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>9. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> <li>10. NPWP</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
33	Rekom Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2016	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Surat pernyataan mengenai metode / teknik pelayanan yang dilakukan</li> <li>3. Fotocopy KTP</li> <li>4. Pas foto ukuran 4x6 (2 lembar)</li> <li>5. Surat keterangan lokasi tempat praktek dari lurah / desa</li> <li>6. Surat pengantar dari puskesmas</li> <li>7. Surat rekomendasi dari dinkes / kota</li> <li>8. Surat rekomendasi dari asosiasi sejenis / surat keterangan dari tempat kegiatan magang</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	

## FORMULIR ISIAN PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN

**BIDANG : KESEHATAN**

NO	JENIS PERIZINAN	DASAR HUKUM	PERSYARATAN	JANGKA WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	2	3	4	5	6
33	Izin Praktik Kesehatan Masyarakat (Masa berlaku Izin Praktik sesuai dengan masa berlaku STR)	Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Permohonan bermaterai Rp. 10.000</li> <li>2. Fotokopi STR</li> <li>3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir</li> <li>4. Fotokopi KTP</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP</li> <li>6. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar</li> <li>7. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi</li> <li>8. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti</li> <li>9. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas/RSUD</li> <li>10. NPWP</li> </ol>	7 hari kerja (syarat lengkap)	