



STANDAR PELAYANAN TAHUN 2026

**DINAS KESEHATAN
KABUPATEN TANAH LAUT**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena Standar Pelayanan sudah dapat disajikan. Standar pelayanan ini merupakan bagian dari komitmen Dinas Kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik, khususnya dalam pengelolaan setiap usulan yang berasal dari masyarakat, lembaga, organisasi, maupun instansi lainnya. Standar ini diharapkan menjadi pedoman yang jelas, terukur, transparan, dan akuntabel dalam proses penerimaan, verifikasi, penelaahan, serta tindak lanjut terhadap setiap usulan yang disampaikan..

Terima kasih atas dukungan semua pihak. Semoga Standar Pelayanan ini bermanfaat bagi masyarakat umum serta instansi terkait penyedia layanan publik, khususnya dalam mendukung proses percepatan peningkatan kualitas pelayanan publik yang telah diprogramkan oleh pemerintah.

Pelaihari, 03 Maret 2026
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Tanah Laut



dr. Isna Farida, M.Kes
Pembina Utama Muda / IV.c
NIP. 19740612 200501 2 016

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Nomor 100.3.3/25/Sekr- Umpeg/Dinkes/2026 tentang Standar Pelayanan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut	
Pendahuluan	iii
PELAYANAN PERIZINAN	1
1. Layanan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi	1
2. Layanan Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga.....	2
3. Layanan Pelatihan Industri Rumah Tangga Pangan, Damiu, Jasa Boga / Catering	3
4. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Apotek.....	4
5. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Rumah Sakit	5
6. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Klinik Pratama.....	6
7. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Klinik Utama.....	7
8. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Klinik Kesehatan Kerja	8
9. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Griya Sehat (Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 1).....	9
10. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Panti Sehat (Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 2).....	10
11. Layanan Rekomendasi Pembuatan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan	11
12. Layanan Rekomendasi Pencabutan SIP Nakes	12
13. Layanan Rekomendasi Izin Penelitian	13
14. Layanan Rekomendasi Izin Magang	14



PEMERINTAH KABUPATEN TANAH LAUT
DINAS KESEHATAN

Jalan H. Boejasin, Pelaihari, Kabupaten Tanah Laut, Kalimantan Selatan 70814
Telp. (0512) 21098 Fax. (0512) 21098
Laman: <https://dinkes.tanahlautkab.go.id> Pos-el: dinkestanahlautkab01@gmail.com

SURAT KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
NOMOR : 100.3.3/25/Sekr-Umpeg/DINKES/2026

TENTANG
STANDAR PELAYANAN PADA DINAS KESEHATAN
PEMERINTAH KABUPATEN TANAH LAUT

KEPALA DINAS KESEHATAN

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan Standar Pelayanan;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut tentang Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin dan Daerah Tingkat II Tabalong (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756) dengan mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
 2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara Yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2002 tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 197, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6409);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7153);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7153);
6. Undang-undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
10. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 615);
11. Peraturan Daerah Kabupaten Tanah Laut Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tanah Laut Tahun 2016 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Tanah Laut Nomor 25) sebagaimana diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Tanah Laut Nomor 14 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Tanah Laut Nomor 6 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tanah Laut Tahun 2022 Nomor 14, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Tanah Laut Nomor 62);
12. Peraturan Daerah Kabupaten Tanah Laut Nomor 6 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2025-2029 (Lembaran Daerah Kabupaten Tanah Laut Tahun 2025 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 80);
13. Peraturan Daerah Kabupaten Tanah Laut Nomor 10 Tahun 2025 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2026 (Lembaran Daerah Kabupaten Tanah Laut Tahun 2025 Nomor 10);
14. Peraturan Bupati Tanah Laut Nomor 118 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Perangkat Daerah (Berita Daerah Kabupaten Tanah Laut Tahun 2023 Nomor 118);
15. Peraturan Bupati Tanah Laut Nomor 96 Tahun 2025 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2026 (Berita Daerah Kabupaten Tanah Laut Tahun 2025 Nomor 98).

M E M U T U S K A N :

- Menetapkan :
- KESATU : Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut tentang Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut .
- KEDUA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU meliputi ruang lingkup jenis layanan yaitu:
1. Layanan Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi
 2. Layanan Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga
 3. Layanan Pelatihan Industri Rumah Tangga Pangan, Damiu, Jasa Boga / Catering
 4. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Apotek
 5. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Rumah Sakit
 6. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Klinik Pratama
 7. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Klinik Utama
 8. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Klinik Kesehatan Kerja
 9. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Griya Sehat (Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 1)
 10. Layanan Penerbitan Rekomendasi Sertifikat Standar Panti Sehat Sehat (Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 2)
 11. Layanan Rekomendasi Pembuatan Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan
 12. Layanan Rekomendasi Pencabutan SIP Nakes
 13. Layanan Rekomendasi Izin Penelitian
 14. Layanan Rekomendasi Izin Magang
- KETIGA : Standar Pelayanan tersebut meliputi 2 (dua) komponen yaitu:
- a. Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (Service Delivery) meliputi:
 1. Persyaratan pelayanan
 2. Sistem, mekanisme, dan prosedur.
 3. Jangka waktu pelayanan
 4. Biaya/tarif
 5. Produk pelayanan
 6. Penanganan pengaduan, sarana dan masukan.
 - b. Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan (Manufacturing) meliputi:
 1. Dasar hukum.
 2. Sarana, prasarana/fasilitas.

3. Kompetensi pelaksana.
4. Pengawasan internal.
5. Jumlah pelaksana.
6. Jaminan pelayanan.
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan.
8. Evaluasi kinerja pelaksana.

- KEEMPAT** : Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian layanan (*Service Delivery*) dan komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan pengelolaan pelayanan (*Manufacturing*) sebagaimana terlampir dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan.
- KELIMA** : Standar Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut sebagaimana dalam Lampiran Keputusan ini wajib dilaksanakan oleh penyelenggara sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
- KEENAM** : Standar Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut sebagaimana dalam Lampiran Keputusan ini wajib dilaksanakan oleh penyelenggara sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
- KETUJUH** : Keputusan Kepala Dinas ini berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Pelaihari
pada tanggal 02 Maret 2026

	Ditandatangani secara elektronik oleh : KEPALA DINAS KESEHATAN dr. ISNA FARIDA, M.Kes Pembina Utama Muda (IV/c) NIP. 19740612 200501 2 016
Tanda tangan elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh BSE, BSSN. TTE bisa diverifikasi di https://tts.kemdagri.go.id/verifikasiPDF	



A. PENDAHULUAN

Dalam rangka mewujudkan fungsi pemerintahan berdasarkan prinsip dan tata kelola pemerintahan yang baik dan pemerintahan yang bersih, perlu adanya Standar Pelayanan. Standar Pelayanan yang selanjutnya disingkat SP adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur.

Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut sebagai perangkat daerah yang membidangi urusan pemerintahan di bidang kesehatan, memiliki peran strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam rangka mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (good governance). Oleh karenanya dalam melaksanakan pelayanan publik, dituntut untuk menyusun Standar Pelayanan sebagaimana yang diamanatkan Undang- Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang pelayanan publik bahwa setiap penyelenggara pelayanan publik baik yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara langsung maupun tidak langsung wajib menyusun, menetapkan dan menerapkan Standar Pelayanan.

Dinas Kesehatan membuka pelayanan bagi masyarakat, lembaga, organisasi, maupun instansi lain untuk menyampaikan usulan terkait program, kegiatan, atau kerjasama yang relevan dengan sektor kesehatan. Pengelolaan yang sistematis, transparan, dan akuntabel sangat diperlukan untuk memastikan bahwa setiap masukan yang diterima dapat dipertanggungjawabkan, dievaluasi secara objektif, dan diimplementasikan sesuai dengan prioritas pembangunan kesehatan daerah.

B. TUJUAN DAN SASARAN

Tujuan disusunnya Standar Pelayanan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut adalah untuk memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan selaras dengan kemampuan penyelenggara sehingga mendapatkan kepercayaan masyarakat.

Sasaran yang ingin dicapai adalah tumbuhnya kepercayaan masyarakat terhadap institusi pemerintah khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut.

A. STANDAR PELAYANAN

Jenis Pelayanan :

PELAYANAN PERIZINAN

1. Pelayanan Perizinan Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS)

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE DELIVERY		
1.	Persyaratan Pelayanan	a. Bersertifikat penjamah pangan minimal 50% dari total penjamah pangan b. Sehat jasmani rohani (Tidak Menderita Penyakit Hepatitis B dan TB) c. Mendapat rekomendasi dari puskesmas setempat d. Hasil sampel air atau makanan memenuhi syarat
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	a. Membuat NPWP b. Melakukan pendaftaran melalui online secara mandiri atau melalui pendampingan dari petugas DPMPTSP dengan mengisi data pemohon dan upload persyaratan melalui system untuk NIB dengan kode KBLI dan alamat yang sesuai koordinat usaha c. Mengkoordinasikan dengan puskesmas setempat untuk dilakukan inspeksi sanitasi
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Menyesuaikan dengan hasil Inspeksi Sanitasi
4.	Biaya / tarif	Rp 0,-
5.	Produk Pelayanan	Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi (SLHS)
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dapat disampaikan secara lisan, Kotak Pengaduan, dan Whatsapp Pelayanan

SERVICE DELIVERY		
1.	Dasar Hukum	a. Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia b. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko
2.	Sarana, Prasarana, dan / atau fasilitas	a. Ruang Tunggu b. Ruang Layanan Informasi c. Parkir
3	Kompetensi Pelaksana	Masyarakat yang memiliki usaha sesuai kategori KBLI
4.	Pengawasan Internal	Pemilik Usaha
5.	Jumlah Pelaksana	Tidak Terbatas
6.	Jaminan Pelayanan	a. Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu, dan transparan. b. Meningkatkan profesionalisme aparatur dengan peningkatan kompetensi, kedisiplinan, ketelitian, keramahan, rasa tanggung jawab dan tertib administrasi.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan pelayanan	Dokumen dijamin keabsahannya
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilaksanakan periodik setiap bulan secara berjenjang melalui rapat-rapat internal

2. Pelayanan Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga (SPP-IRT)

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE DELIVERY		
1.	Persyaratan Pelayanan	a. Bersertifikat penjamah pangan b. Sehat jasmani rohani (Tidak Menderita Penyakit Hepatitis B dan TB)

		c. Membuat surat pernyataan memenuhi komitmen 3-6 bulan d. Memiliki desain label yang memenuhi ketentuan
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	a. Membuat NPWP b. Melakukan pendaftaran melalui online secara mandiri atau melalui pendampingan dari petugas DPMPTSP dengan mengisi data pemohon dan upload persyaratan melalui system untuk NIB dengan kode KBLI dan alamat yang sesuai koordinat usaha c. Mengkoordinasikan dengan puskesmas setempat untuk dilakukan inspeksi sanitasi dan pendaftaran pelatihan penjamah pangan
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Menyesuaikan dengan hasil pemenuhan syarat-syarat yang diminta.
4.	Biaya / tarif	Rp 0,-
5.	Produk Pelayanan	Nomor P-IRT
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dapat disampaikan secara lisan, Kotak Pengaduan, dan Whatsapp Pelayanan

SERVICE DELIVERY		
1.	Dasar Hukum	a. Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia b. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko
2.	Sarana, Prasarana, dan / atau fasilitas	a. Ruang Tunggu b. Ruang Layanan Informasi c. Parkir
3	Kompetensi Pelaksana	Masyarakat yang memiliki usaha sesuai kategori KBLI
4.	Pengawasan Internal	Pemilik Usaha
5.	Jumlah Pelaksana	Tidak Terbatas

6.	Jaminan Pelayanan	a. Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu, dan transparan. b. Meningkatkan profesionalisme aparatur dengan peningkatan kompetensi, kedisiplinan, ketelitian, keramahan, rasa tanggung jawab dan tertib administrasi.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan pelayanan	Dokumen dijamin keabsahannya
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilaksanakan periodik setiap bulan secara berjenjang melalui rapat-rapat internal

3. Pelatihan Penjamah Pangan

NO	KOMPONEN	URAIAN
<i>SERVICE DELIVERY</i>		
1.	Persyaratan Pelayanan	a. Sehat jasmani rohani (Tidak Menderita Penyakit Hepatitis B dan TB) b. Merupakan UMKM yang beralamat di Kabupaten Tanah Laut c. Masyarakat Kabupaten Tanah Laut
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	a. Mendaftar melalui sanitarian puskesmas, dinas terkait dan atau melalui google form yang dibuat oleh Dinas Kesehatan b. Mempunyai nomor Whatsapp c. Mempunyai e-mail
3	Jangka Waktu Penyelesaian	1-2 hari kerja
4.	Biaya / tarif	Rp 0,-
5.	Produk Pelayanan	Nomor P-IRT
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dapat disampaikan secara lisan, Kotak Pengaduan, dan Whatsapp Pelayanan

SERVICE DELIVERY		
1.	Dasar Hukum	a. Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia b. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko c. Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 22 Tahun 2018 tentang Pedoman Pemberian Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga
2.	Sarana, Prasarana, dan / atau fasilitas	a. Ruang Tunggu b. Ruang Layanan Informasi c. Parkir
3	Kompetensi Pelaksana	Masyarakat yang memiliki usaha sesuai kategori Pangan yang tidak kadaluarsa ≥ 7 hari
4.	Pengawasan Internal	Pemilik Usaha
5.	Jumlah Pelaksana	Minimal 30 orang
6.	Jaminan Pelayanan	a. Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu, dan transparan. b. Meningkatkan profesionalisme aparatur dengan peningkatan kompetensi, kedisiplinan, ketelitian, keramahan, rasa tanggung jawab dan tertib administrasi.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan pelayanan	Dokumen dijamin keabsahannya
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilaksanakan periodik setiap bulan secara berjenjang melalui rapat-rapat internal

PELAYANAN PENERBITAN REKOMENDASI SERTIFIKAT STANDAR APOTEK

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	1) Persyaratan Pelayanan a) Pelayanan diselenggarakan sesuai dengan Standar Pelayanan Kefarmasian. b) Memiliki standar prosedur operasional kegiatan Pelayanan Kefarmasian. 2) Persyaratan Sumber Daya Manusia (SDM) a) Apoteker sebagai apoteker penanggung jawab. Apoteker penanggung jawab dapat dibantu oleh Apoteker lain, Tenaga Vokasi Farmasi (D-3 Farmasi) dan/atau tenaga pendukung atau penunjang kesehatan. b) Jumlah dan kualifikasi SDM disesuaikan dengan kebutuhan Pelayanan Kefarmasian. c) Seluruh Apoteker dan/atau Tenaga Vokasi Farmasi harus memiliki SIP. 3) Dokumen Persyaratan yang Diunggah a) surat permohonan penerbitan rekomendasi sertifikat standar yang ditujukan ke Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota; b) surat perjanjian kerja sama antar pelaku usaha dengan Apoteker; c) surat pernyataan komitmen untuk melakukan pelaporan <i>self-assessment</i> tahunan dan pelaporan Pelayanan Kefarmasian setiap bulan d) surat pernyataan komitmen untuk melaksanakan pelaporan pelayanan narkotika dan psikotropika setiap bulan e) informasi koordinat lokasi Apotek; dan f) Denah bangunan yang menginformasikan pembagian ruang dan ukuran ruang. g) Data dan foto sarana, prasarana, dan peralatan. h) Struktur organisasi Apotek yang disertai uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab masing-masing sumber daya manusia kesehatan di Apotek yang ditetapkan oleh Apoteker Penanggung Jawab; i) data Apoteker penanggung jawab (Kartu identitas dan SIP); j) informasi yang mencantumkan jadwal praktik Apoteker; dan

		k) SIP untuk seluruh tenaga kefarmasian di Apotek. 4) Persyaratan Perubahan data: a) Perizinan Berusaha (PB) Apotek yang masih berlaku; dan b) surat permohonan pelaku usaha untuk perubahan data dalam lampiran teknis dengan menyampaikan alasan perubahan disertai dengan dokumen yang dilakukan perubahan. c) Terhadap perubahan data alamat Apotek yang mengubah koordinat lokasi, Pelaku Usaha wajib mengajukan permohonan PB Apotek baru. d) Perubahan data lampiran teknis PB Apotek dilakukan verifikasi administrasi/dokumen 5) dan/atau verifikasi lapangan oleh Dinas Kesehatan dan DPMPTSP Kabupaten/Kota
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1) Penilaian kesesuaian dilakukan terhadap pemenuhan standar sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri ini untuk mendapatkan PB Apotek. 2) Pelaksana Penilaian Kesesuaian Penilaian kesesuaian PB Apotek dilakukan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota melalui dinas penanaman modal dan pelayanan terpadu satu pintu daerah kabupaten/kota dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. 3) Prosedur Penilaian Kesesuaian a) Mekanisme penilaian kesesuaian dilakukan dengan cara: verifikasi administrasi/dokumen; dan verifikasi lapangan. b) Verifikasi administrasi/dokumen dilakukan melalui sistem OSS. c) Verifikasi lapangan dapat dilakukan melalui kunjungan fisik dan/atau virtual. d) Penilaian kesesuaian sampai dengan pemberian persetujuan PB dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 4) Mekanisme perubahan data PB Apotek: a) perubahan data pelaku usaha dan/atau kegiatan usaha dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan b) perubahan data lampiran teknis dilakukan dengan mengajukan permohonan melalui Sistem OSS.
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu pelaksanaan Penilaian Kesesuaian 1) Jangka waktu penerbitan PB Apotek paling lama 9 (sembilan) Hari. 2) Pemerintah Daerah kabupaten/kota melakukan

		penilaian kesesuaian paling lama 1 (satu) Hari sebelum jangka waktu penerbitan PB Apotek berakhir.
4	Biaya/Tarif	Rp 0,-
5	Produk Pelayanan	Rekomendasi Sertifikat Standar Perizinan Apotek
6	Penanganan Pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dapat dilakukan secara lisan melalui Dinas Kesehatan Kab. Tanah Laut, Telepon,Fax,email atau media massa yang selanjutnya akan dibahas dalam rapat internal tim teknis dan manajemen
MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	Permenkes No 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan
2	Sarana/Prasarana dan atau Fasilitas	1) Lokasi a) Apotek dapat didirikan pada lokasi yang sama dengan kegiatan pelayanan lainnya (misalnya di pusat perbelanjaan, apartemen, dan/atau perumahan). b) Apotek dapat berdiri sendiri atau bergabung dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain. 2) Bangunan, sarana, prasarana, dan peralatan a) Bangunan, sarana prasarana, dan peralatan serta pengaturan ruang Apotek harus memperhatikan perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang disabilitas, anak-anak, dan lanjut usia; dan b) Apotek paling sedikit memiliki ruangan yang berfungsi untuk : • Tempat penerimaan Resep • Tempat pelayanan Resep dan peracikan • Tempat penyerahan, konseling • Tempat penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan tertentu, dan/atau Perbekalan Kesehatan lain • Tempat arsip beserta peralatan lain
3	Kompetensi Pelaksana	1. Min D3/S1 2. Menguasai operasional komputer
4	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari kepala Dinas mengawasi Kepala Bidang, dan kepala Bidang mengawasi JFU/FJT/Pelaksana
5	Jumlah pelaksana	3 (tiga) Orang
6	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu dan transparan - Profesionalisme aparatur

7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Petugas yang ramah, Informatif dan <i>fast respon</i>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilakukan secara periodik dan berjenjang melalui rapat internal

**PELAYANAN PENERBITAN REKOMENDASI SERTIFIKAT STANDAR
RUMAH SAKIT**

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	a. Persyaratan 1) Rumah Sakit Pemerintah Daerah harus memiliki penetapan organisasi dan tata kerja. 2) Rumah Sakit Swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang pelayanan kesehatan, kecuali bagi Rumah Sakit Swasta berbentuk badan hukum yang bersifat nirlaba. 3) Lokasi dan Lahan a) Secara geografis tidak berada di lokasi area berbahaya (di tepi lereng, dekat kaki gunung yang rawan terhadap longsor, dekat anak sungai atau badan air yang dapat mengikis fondasi, dekat dengan jalur patahan aktif/gempa, rawan tsunami, rawan banjir, berada dalam zona topan/badai dan lain- lain). b) Tidak berada di lokasi yang mengganggu kegiatan pelayanan kesehatan Rumah Sakit antara lain: berada dalam jalur <i>take off</i> dan <i>landing</i> pesawat, Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) sampah, stasiun pemancar, kawasan industri berat, Saluran Udara Tegangan Tinggi (SUTT) dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi (SUTET). c) Lokasi harus mudah dijangkau oleh masyarakat atau dekat ke jalan raya dan tersedia infrastruktur dan fasilitas transportasi umum, jalur komunikasi, pedestrian, jalur-jalur difabel. 4) <i>Feasibility Study</i> a) Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan Studi Kelayakan (<i>Feasibility Study</i>). b) <i>Feasibility Study</i> merupakan hasil kajian dan penjelasan kelayakan dari segala aspek yang akan mendasari pendirian atau pengembangan suatu Rumah Sakit yang terdiri atas: (1) Kajian kebutuhan pelayanan Rumah Sakit yang meliputi: (a) kajian demografi yang mempertimbangkan luas wilayah dan kepadatan penduduk serta karakteristik penduduk yang terdiri atas umur, jenis kelamin, dan status

		perkawinan; (b) kajian sosio-ekonomi yang mempertimbangkan kultur/kebudayaan, tingkat pendidikan, angkatan kerja, lapangan pekerjaan, pendapatan domestik rata-rata bruto; (c) kajian morbiditas dan mortalitas, yang mempertimbangkan sekurang-kurangnya sepuluh penyakit utama, angka kematian, dan angka persalinan; (d) kajian kebijakan dan regulasi, yang mempertimbangkan kebijakan dan regulasi pengembangan wilayah pembangunan sektor nonkesehatan, kesehatan, dan perumahnyasakit; dan (e) Kajian aspek internal Rumah Sakit yang merupakan rancangan sistem - sistem yang akan dilaksanakan atau dioperasionalkan, yang terdiri atas sistem manajemen organisasi termasuk sistem manajemen unit- unit pelayanan, sistem unggulan pelayanan, alih teknologi peralatan, sistem tarif, serta rencana kinerja dan keuangan. (2) Kajian kebutuhan lahan, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, dan peralatan Rumah Sakit yang meliputi: (a) rencana cakupan, jenis pelayanan kesehatan, dan fasilitas lain; (b) jumlah, spesialisasi, dan kualifikasi sumber daya manusia; dan (c) jumlah, jenis, dan spesifikasi peralatan. (3) Kajian kemampuan pendanaan/pembiayaan yang meliputi: (a) prakiraan jumlah kebutuhan dana investasi dan sumber pendanaan; (b) prakiraan pendapatan atau proyeksi pendapatan terhadap prakiraan jumlah kunjungan dan pengisian tempat tidur; (c) prakiraan biaya atau proyeksi biaya tetap dan biaya tidak tetap terhadap prakiraan sumber daya manusia;
--	--	---

		(d) proyeksi arus kas 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) tahun; dan (e) proyeksi laba atau rugi 5 (lima) sampai 10 (sepuluh) tahun. 5) <i>Detail Engineering Design</i> (DED) <i>Detail Engineering Design</i> (DED) merupakan gambar perencanaan lengkap Rumah Sakit yang akan dibangun yang meliputi gambar arsitektur, struktur dan mekanika elektrik sesuai dengan persyaratan teknis. 6) <i>Master Plan</i> <i>Master plan</i> memuat analisis kondisi umum dengan aspek internal dan eksternal termasuk analisis dampak lingkungan dan lalu lintas, master program (dalam rencana pengembangan sumber daya manusia, rencana pengembangan pelayanan Rumah Sakit, rencana layanan unggulan), program fungsi (aktivitas layanan hubungan fungsional), pengelompokan/zonasi, zonasi masa pandemik, pola sirkulasi kegiatan Rumah Sakit, kebutuhan pembiayaan, rencana blok bangunan dan konsep utilitas Rumah Sakit, dan rencana pentahapan pengembangan. 7) Nama Rumah Sakit Nama Rumah Sakit harus memperhatikan: a) nilai dan norma agama, sosial budaya, dan etika; b) larangan menambahkan kata internasional, <i>international</i>, kelas dunia, <i>world class</i>, global, dan/atau sebutan nama lainnya yang bermakna sama; dan/atau c) larangan menggunakan nama orang yang masih hidup. 8) Struktur Organisasi dan Sumber Daya Manusia a) Memiliki struktur organisasi yang ditetapkan oleh pimpinan tertinggi Rumah Sakit yang memuat uraian tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hubungan antar personel dengan jelas. b) Pimpinan Rumah Sakit (1) Pimpinan Rumah Sakit tidak boleh merangkap jabatan manajerial di Rumah Sakit lain. (2) Pemilik Rumah Sakit tidak boleh merangkap menjadi pimpinan Rumah Sakit. (3) Unsur pimpinan Rumah Sakit dijabat oleh tenaga medis, tenaga kesehatan atau tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen Rumah Sakit.
--	--	--

		c) Sumber Daya Manusia Kesehatan merupakan tenaga tetap dan tenaga tidak tetap yang bekerja secara purna waktu. d) Sumber daya manusia pada Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: (1) Tenaga medis yang memiliki kompetensi sesuai dengan pelayanan yang diberikan. (2) Tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sesuai dengan pelayanan yang diberikan. (3) Tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan yang mendukung atau menunjang pelayanan yang diberikan. e) Jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, kebutuhan, dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit. 9) Penyelenggaraan Pelayanan a) Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: (1) pelayanan medik; (2) pelayanan intensif; (3) pelayanan bedah; (4) pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan; (5) pelayanan kefarmasian; (6) pelayanan laboratorium; (7) pelayanan radiologi; (8) pelayanan darah; (9) pelayanan gizi; (10) pemulasaran jenazah; (11) pelayanan sterilisasi sentral; dan (12) pemeliharaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan. Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf a) angka (8) sampai dengan angka (12) dapat diberikan melalui kerja sama dengan pihak ketiga. b) Pelayanan medik diselenggarakan sesuai dengan klasifikasi RumahSakit berdasarkan kemampuan pelayanan yang ditetapkan oleh aturan perundang-undangan c) Rumah Sakit PMDN paling sedikit memiliki 2 (dua) layanan dengan klasifikasi dasar. d) Rumah Sakit PMA dengan minimal 50 (lima puluh) tempat tidur paling sedikit memiliki 1 (satu) layanan dengan klasifikasi paripurna,
--	--	---

		sedangkan Rumah Sakit PMA dengan minimal 200 (dua ratus) tempat tidur paling sedikit memiliki 2 (dua) layanan dengan klasifikasi paripurna. e) Tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis harus diatur melalui peraturan internal Rumah Sakit f) Menyelenggarakan rujukan melalui Sistem Rujukan yang Terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional. g) Menyelenggarakan pelayanan rekam medis elektronik yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional. 10) Dalam rangka pengelolaan Rumah Sakit, pemilik Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak ketiga yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kerja sama pengelolaan Rumah Sakit untuk seluruh atau sebagian pelayanan dan/atau manajemen Rumah Sakit yang dibuktikan dengan perjanjian kerja sama. 11) Dokumen Persyaratan yang Diunggah a) Permohonan Rekomendasi Sertifikat Standar yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota b) Dokumen Badan Hukum (berupa penetapan organisasi dan tata kerja). c) Bagi Rumah Sakit Swasta berupa penetapan badan hukum. d) Dokumen <i>Hospital By Law</i> e) Dokumen Profil Rumah Sakit, paling sedikit meliputi: nama dan alamat Rumah Sakit; visi dan misi; lingkup kegiatan; rencana strategi; struktur organisasi Rumah Sakit yang disertai uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab; jumlah dan kualifikasi Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan; dan jumlah, jenis, dan spesifikasi sarana, prasarana, dan peralatan. f) Dokumen Perizinan Bangunan Rumah sakit g) Dokumen Kalibrasi dan uji fungsi alat baru h) Dokumen Tata Kelola SDM diantaranya : Daftar SDM; STR dan SIP tenaga Kesehatan aktif; Sertifikat Kompetensi Tenaga Kesehatan dan Sertifikat pelatihan tenaga kesehatan) 12) Dokumen <i>Feasibility Study, Detail Engineering Design (DED)</i>, dan <i>Master Plan</i>. Persyaratan mengenai dokumen <i>Feasibility Study, Detail</i>
--	--	---

		<i>Engineering Design</i>, dan <i>Master Plan</i> hanya dipenuhi untuk Rumah Sakit baru yang mengajukan PB pertama kali. 13) Dokumen Perjanjian penggunaan lahan, untuk Rumah Sakit yang lahannya tidak dimiliki oleh pemilik Rumah Sakit. 14) Dokumen pelayanan berupa standar prosedur operasional, perencanaan pelayanan, dan kebijakan teknis lain yang ditetapkan oleh pimpinan tertinggi Rumah Sakit diantaranya Dokumen Perizinan sarana prasarana (IPAL,TPS dll); SK Komite; SK Tenaga kontrak; SPO Manajemen dan pelayanan Klinis ;Surat Penugasan Klinis, SK Penetapan Tempat Tidur) b. Persyaratan Perubahan Data 1) Data PB Rumah Sakit terdiri atas: a) data pelaku usaha dan/atau kegiatan usaha; dan b) data lampiran teknis paling sedikit memuat: (1) nama Rumah Sakit; (2) alamat Rumah Sakit; (3) layanan dengan minimal klasifikasi dasar; dan (4) jumlah, jenis, spesifikasi sarana, prasarana, dan peralatan. 2) Dalam hal terdapat perubahan data dalam lampiran teknis, pengajuan permohonan dengan melampirkan: a) PB Rumah Sakit yang masih berlaku; dan b) surat permohonan pelaku usaha untuk perubahan data lampiran teknis dengan menyampaikan alasan perubahan disertai dengan dokumen yang dilakukan perubahan. Terhadap perubahan data alamat Rumah Sakit yang mengubah koordinat lokasi, Pelaku Usaha wajib mengajukan permohonan PB Rumah Sakit baru.
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	a. Penilaian kesesuaian dilakukan terhadap pemenuhan standar untuk mendapatkan PB Rumah Sakit. b. Pelaksana Penilaian Kesesuaian 1) Penilaian kesesuaian dilakukan oleh: a) Kementerian Kesehatan; b) Pemerintah Daerah provinsi melalui dinas penanaman modal dan pelayanan terpadu satu pintu daerah provinsi dan dinas kesehatan daerah provinsi; dan

		c) Pemerintah Daerah kabupaten/kota melalui dinas penanaman modal dan pelayanan terpadu satu pintu daerah kabupaten/kota dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, sesuai dengan kewenangannya. 2) Penilaian kesesuaian Rumah Sakit dengan jumlah tempat tidur lebih dari 250 (dua ratus lima puluh) dan Rumah Sakit PMA oleh Kementerian Kesehatan dan dapat melibatkan: a) dinas kesehatan daerah provinsi; b) dinas kesehatan daerah kabupaten/kota; dan c) asosiasi perumahsakit. 3) Penilaian kesesuaian Rumah Sakit dengan jumlah tempat tidur 201 (dua ratus satu) sampai dengan 250 (dua ratus lima puluh) oleh Pemerintah Daerah provinsi dan dapat melibatkan: a) Kementerian Kesehatan; b) dinas kesehatan daerah kabupaten/kota; dan c) asosiasi perumahsakit. 4) Penilaian kesesuaian Rumah Sakit dengan jumlah tempat tidur 50 (lima puluh) sampai dengan 200 (dua ratus) oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota dan dapat melibatkan: a) Kementerian Kesehatan; b) dinas kesehatan daerah provinsi; dan c) asosiasi perumahsakit. c. Prosedur Penilaian Kesesuaian 1) Mekanisme penilaian kesesuaian dilakukan dengan cara verifikasi administrasi/dokumen dan verifikasi lapangan. 2) Verifikasi administrasi/dokumen melalui sistem OSS. 3) Verifikasi lapangan dapat dilakukan melalui kunjungan fisik dan/atau virtual. 4) Penilaian kesesuaian sampai dengan pemberian persetujuan PB Rumah Sakit dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 5) Mekanisme Perubahan data PB Rumah Sakit: a) perubahan data pelaku usaha dan/atau kegiatan usaha dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan b) perubahan data lampiran teknis dilakukan dengan mengajukan permohonan melalui Sistem OSS
--	--	--

		c) Perubahan data lampiran teknis PB Rumah Sakit, dilakukan verifikasi administrasi atau dokumen dan/atau verifikasi lapangan oleh instansi pemberi PB
3	Jangka Waktu Penyelesaian	a. Waktu Pelaksanaan Penilaian Kesesuaian 1) Jangka waktu penerbitan PB Rumah Sakit paling lama 28 (dua puluh delapan) Hari. 2) Kementerian Kesehatan, Pemerintah Daerah provinsi, atau Pemerintah Daerah kabupaten/kota melakukan penilaian
4	Biaya/Tarif	Rp 0,-
5	Produk Pelayanan	Rekomendasi Sertifikat Standar Perizinan Rumah Sakit
6	Penanganan Pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dapat dilakukan secara lisan melalui Dinas Kesehatan Kab. Tanah Laut, Telepon, Fax, email atau media massa yang selanjutnya akan dibahas dalam rapat internal tim teknis dan manajemen

MANUFACTURING

1	Dasar Hukum	Permenkes No 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan
2	Sarana/Prasarana dan atau Fasilitas	1) Bangunan a) Lahan dan bangunan Rumah Sakit harus berada dalam satu area yang terintegrasi dan saling terhubung. b) Ruang dalam bangunan Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: (1) ruang rawat jalan; (2) ruang rawat inap intensif dan non intensif; (3) ruang gawat darurat; (4) ruang operasi; (5) ruang isolasi; (6) ruang radiologi; (7) ruang laboratorium; (8) ruang pelayanan transfusi darah (dapat bergabung dengan ruang laboratorium); (9) ruang farmasi; (10) ruang pelayanan gizi; (11) ruang rekam medis; (12) ruang pemeliharaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan; (13) ruang sterilisasi yang tersentral/ <i>Central Sterile Supply Department (CSSD)</i> ;

		(14) ruang <i>laundry</i>/binatu; (15) ruang transit jenazah dan/atau kamar jenazah; dan (16) ruang administrasi dan manajemen. c) Rumah sakit harus memiliki fasilitas pendukung seperti ruang tunggu, ruang ibadah, ruang laktasi, dan toilet. d) Bangunan harus memenuhi persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 2) Prasarana a) Prasarana Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: (1) instalasi air bersih; (2) instalasi pengelolaan limbah; (3) sistem drainase; (4) sistem proteksi kebakaran aktif dan pasif; (5) sistem transportasi dalam gedung; (6) sistem instalasi gas medik; (7) sistem tata udara; (8) sistem kelistrikan atau elektrik; dan (9) sarana elektronika bangunan; (10) ambulans; dan (11) parkir. 9) Prasarana harus memenuhi persyaratan teknis prasarana Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan a) Peralatan wajib dilakukan pemeliharaan dan dikalibrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. b) Peralatan baru harus dilakukan uji fungsi. c) Peralatan harus memenuhi persyaratan teknis peralatan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 10) Tempat tidur a) Ketersediaan tempat tidur. (1) Rumah Sakit memiliki tempat tidur minimal sesuai penggolongan usaha. (2) Total tempat tidur terdiri atas tempat tidur rawat inap baik rawat inap intensif dan non intensif. (3) Jumlah total tempat tidur rawat inap yang dimiliki Rumah Sakit harus ditetapkan oleh pimpinan tertinggi Rumah Sakit, dan dilakukan peninjauan ulang setiap tahun. (4) Kriteria tempat tidur mengacu pada ketentuan kelas rawat inap standar.
--	--	---

		b) Tempat tidur pelayanan rawat inap intensif Kriteria penilaian jumlah tempat tidur pelayanan rawat inap intensif meliputi persentase sesuai ketentuan terhadap jumlah total tempat tidur, yaitu: (1) Jumlah tempat tidur pelayanan rawat inap intensif paling sedikit 10% (sepuluh persen) dari jumlah total tempat tidur. (2) Rumah Sakit dengan unggulan jiwa menyediakan Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) paling sedikit 10% (sepuluh persen) dari jumlah total tempat tidur ruang perawatan jiwa. Selain itu, juga menyediakan tempat tidur pelayanan rawat inap intensif paling sedikit 10% (sepuluh persen) dari jumlah total tempat tidur di luar ruang perawatan jiwa c) Tempat tidur perawatan isolasi. (1) Rumah Sakit harus memiliki tempat tidur perawatan isolasi, baik pada pelayanan rawat inap intensif dan nonintensif, dengan kapasitas paling sedikit 5% (lima persen) dari jumlah total tempat tidur. (2) Dalam kondisi wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat, kapasitas tempat tidur perawatan isolasi paling sedikit: (a) 40% (empat puluh persen) dari jumlah total tempat tidur untuk Rumah Sakit Pemerintah; dan (b) 30% (tiga puluh persen) dari jumlah total tempat tidur untuk Rumah Sakit Swasta. c) Tersedia lahan untuk parkir, termasuk jalur sirkulasi kendaraan dengan perhitungan kebutuhan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Penyediaan lahan parkir dapat dilakukan kerja sama dengan pihak ketiga. d) Tersedia utilitas publik antara lain air bersih, listrik, drainase, jalur komunikasi. e) Lahan harus memiliki batas yang jelas dan dilengkapi akses/pintu yang terpisah dengan bangunan fungsi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. f) Lokasi mudah diakses dan jalan dapat dilalui paling sedikit oleh 1 (satu) unit kendaraan roda 4 (empat).
3	Kompetensi	1. Min D3/S1

	Pelaksana	2. Menguasai operasional komputer
4	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari kepala Dinas mengawasi Kepala Bidang, dan kepala Bidang mengawasi JFU/FJT/Pelaksana
5	Jumlah pelaksana	3 (tiga) Orang
6	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu dan transparan - Profesionalisme aparatur
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Petugas yang ramah, Informatif dan <i>fast respon</i>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilakukan secara periodik dan berjenjang melalui rapat internal

**PELAYANAN PENERBITAN REKOMENDASI SERTIFIKAT STANDAR
KLINIK PRATAMA**

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	1) Persyaratan Teknis a) Klinik Pratama Pemerintah berbentuk badan hukum publik, berbentuk unit pelaksana dengan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) atau Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), atau berbentuk unit pelaksana non-BLU atau non-BLUD. b) Permohonan perizinan berusaha bagi Klinik pemerintah non-BLU atau non-BLUD dilakukan di luar sistem OSS, ditujukan kepada Bupati atau instansi pemberi perizinan yang ditunjuk dengan melampirkan persyaratan dasar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan c) Klinik Pratama Swasta berbentuk orang perseorangan atau badan usaha. d) Klinik Pratama Swasta dengan Pelayanan Rawat Inap harus berbentuk badan usaha. e) Struktur organisasi Klinik Pratama paling sedikit terdiri atas kepala Klinik Pratama, penanggung jawab pelayanan, dan penanggung jawab operasional. f) Kepala Klinik Pratama adalah tenaga medis. g) Penanggung jawab pelayanan di Klinik Pratama harus seorang tenaga medis. h) Penanggung jawab operasional dapat berasal dari tenaga medis, tenaga kesehatan, atau Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan i) Kepala Klinik Pratama dan penanggung jawab pelayanan dapat merangkap sebagai pemberi pelayanan. j) Kepala Klinik Pratama dapat merangkap sebagai penanggung jawab pelayanan di Klinik tersebut. k) Kepala Klinik pratama hanya dapat bertanggung jawab untuk 1 (satu) Klinik. l) Sumber Daya Manusia Klinik Pratama harus memiliki sumber daya manusia kesehatan paling sedikit: • 2 (dua) dokter; • 2 (dua) dokter dengan kompetensi di bidang kedokteran keluarga dan layanan primer; • 1 (satu) dokter dan 1 (satu) dokter dengan

		kompetensi di bidang kedokteran keluarga dan layanan primer; atau • 2 (dua) dokter gigi untuk Klinik Pratama yang hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut. • Tenaga medis untuk Klinik Pratama yang menyelenggarakan pelayanan medis dasar dan pelayanan gigi dan mulut: ◦ 2 (dua) dokter atau 2 (dua) dokter dengan kompetensi di bidang kedokteran keluarga dan layanan primer, dan 1 (satu) dokter gigi; ◦ 1 (satu) dokter, 1 (satu) dokter dengan kompetensi di bidang kedokteran keluarga dan layanan primer, dan 1 (satu) dokter gigi; atau ◦ 2 (dua) dokter gigi, dan 1 (satu) dokter atau dokter dengan kompetensi di bidang kedokteran keluarga dan layanan primer. ◦ Tenaga kesehatan yaitu: 1 (satu) tenaga keperawatan; atau 1 (satu) terapis gigi dan mulut untuk klinik pratama pelayanan kesehatan gigi dan mulut. • Tenaga Pendukung operasional Klinik (administrasi, sopir ambulans, pekaya, satpam, dan lain-lain). • Klinik Pratama yang menyelenggarakan rawat inap harus juga memiliki: tenaga kefarmasian (apoteker); tenaga gizi; dan tenaga teknologi laboratorium medik. • Klinik Pratama yang menyelenggarakan pelayanan persalinan, harus memiliki tenaga bidan • Penanggung jawab pelayanan kefarmasian di Klinik Pratama yang memiliki instalasi farmasi adalah apoteker dan dapat dibantu oleh tenaga vokasi farmasi. • Penanggung jawab pelayanan persalinan di Klinik Pratama yang menyelenggarakan pelayanan persalinan adalah tenaga bidan profesi. 2) Persyaratan Administratif (Dokumen yang Diunggah) a) Surat permohonan penerbitan rekomendasi Sertifikat Standar Perizinan Klinik Pratama yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota b) Salinan/Fotokopi dokumen legalitas pelaku usaha; c) Dokumen profil Klinik Pratama, paling sedikit meliputi: nama klinik dan alamat lengkap; visi dan
--	--	--

		misi; struktur organisasi; Jenis layanan jumlah dan kualifikasi Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan; denah bangunan dan ruangan dengan skala ukur; peta lokasi; dan foto tampilan bangunan dan semua ruangan klinik. d) Surat penunjukan dokter penanggung jawab Klinik Pratama dari pemilik klinik. e) Dokumen <i>self assessment</i> klinik f) Dokumen peraturan internal klinik berupa kebijakan dan/atau Standar Operasional Prosedur (SOP) kegiatan penyelenggaraan klinik. g) Surat pernyataan komitmen untuk melakukan akreditasi oleh Lembaga Penyelenggaraan Akreditasi paling lambat 2 (dua) tahun sejak memperoleh perizinan berusaha klinik. h) Daftar obat dan bahan medis habis pakai. i) Dokumen pengelolaan dan pemantauan lingkungan hidup j) Bagi klinik yang baru berdiri atau memiliki Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan yang baru: • melampirkan STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang masih berlaku; • melampirkan Surat Keterangan Kompetensi Tambahan bagi yang memberikan pelayanan dengan kewenangan tambahan; • surat penugasan/kontrak kerja antara Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dengan Klinik; dan • surat pernyataan komitmen Klinik untuk segera mengurus SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan untuk Klinik tersebut setelah perizinan berusaha Klinik terbit. • Bagi Klinik yang memperkerjakan Warga Negara Asing (WNA) harus mengunggah Dokumen Izin Memperkerjakan Tenaga Asing (IMTA-TKA) sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan. • Dokumen perjanjian kerja sama pengelolaan limbah B3. 3) Perubahan Perizinan Berusaha Dalam hal terdapat perubahan nama klinik; alamat klinik dengan pindah lokasi; rincian pelayanan klinik : a) Klinik Pratama harus melakukan perubahan perubahan tersebut melalui sistem <i>Online Single Submission (OSS)</i> untuk mendapat perizinan baru, dengan melampirkan dokumen perizinan berusaha klinik yang masih berlaku
--	--	--

		(NIB) dan sertifikat standar atau dokumen perizinan klinik sebelumnya dan surat pernyataan alasan perubahan dari pemilik klinik serta dilakukan verifikasi administrasi dan verifikasi lapangan terhadap klinik tersebut. b) Dalam hal perubahan terhadap alamat klinik dengan tanpa pindah lokasi dan pengurangan pelayanan klinik tidak diperlukan verifikasi lapangan namun klinik harus melaporkan perubahan tersebut kepada Kementerian Kesehatan untuk dilakukan penyesuaian data registrasi fasilitas pelayanan kesehatan melalui aplikasi Kementerian Kesehatan dan ke dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. c) Dalam hal terdapat perubahan nama penanggung jawab klinik atau nama tenaga medis yang berpraktik; dan/atau nama pemilik klinik, harus melaporkan melalui <i>Online Single Submission (OSS)</i> untuk dilakukan perubahan data.
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1) Penilaian kesesuaian dilakukan terhadap pemenuhan standar sesuai ketentuan untuk mendapatkan Perizinan Berusaha (PB) Klinik. 2) Pelaksana Penilaian Kesesuaian: a) Penilaian kesesuaian Klinik dilakukan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dengan membentuk tim, paling sedikit terdiri atas unsur Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) kabupaten/kota; dan Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. b) Penilaian kesesuaian Klinik dengan Penanaman Modal Asing dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan membentuk tim, paling sedikit terdiri atas unsur Direktorat Jenderal; dan Dinas kesehatan daerah kab/kota. c) Penilaian kesesuaian dapat melibatkan dinas kesehatan daerah provinsi, organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan. 3) Prosedur Penilaian Kesesuaian a) Mekanisme penilaian kesesuaian dilakukan dengan cara verifikasi administrasi/dokumen melalui sistem OSS. b) Verifikasi administrasi/dokumen dilakukan melalui Sistem OSS. c) Verifikasi lapangan dilakukan melalui kunjungan lapangan secara fisik dan/atau dilakukan secara virtual

		d) Penilaian kesesuaian sampai dengan pemberian persetujuan izin dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu Pelaksanaan Penilaian Kesesuaian 1) Jangka waktu penerbitan PB Klinik paling lama 25 (dua puluh lima) Hari. 2) Kementerian Kesehatan atau Pemerintah Daerah kabupaten/kota melakukan penilaian kesesuaian paling lama 1 (satu) Hari sebelum jangka waktu penerbitan PB Klinik berakhir
4	Biaya/Tarif	Rp 0,-
5	Produk Pelayanan	Rekomendasi Sertifikat Standar Perizinan Klinik Pratama
6	Penanganan Pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dapat dilakukan secara lisan melalui Dinas Kesehatan Kab. Tanah Laut, Telepon, Fax, email atau media massa yang selanjutnya akan dibahas dalam rapat internal tim teknis dan manajemen

MANUFACTURING

1	Dasar Hukum	Permenkes No 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan
2	Sarana/Prasarana dan atau Fasilitas	A. Sarana 1. Lokasi a) Klinik Pratama tidak berada di tepi lereng, dekat kaki gunung yang rawan terhadap longsor, dekat anak sungai, dekat dengan jalur patahan aktif/gempa, rawan tsunami, rawan banjir, area sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi (SUTT) dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi (SUTET). b) Klinik Pratama didirikan di lokasi yang mudah diakses, paling sedikit oleh satu unit kendaraan roda empat. c) Memiliki akses/jalur dari jalan umum ke pintu masuk bangunan yang aman, rata, tidak licin, dan bebas dari halangan, dilengkapi dengan <i>handrail</i> pada kedua sisi. d) memiliki jalur pemandu bagi penyandang disabilitas netra berupa ubin pengarah dan ubin peringatan. e) Lokasi Klinik Pratama harus memiliki tempat parkir yang memadai. 2. Bangunan a) Struktur bangunan kuat, Bangunan bersifat permanen. b) Bangunan Klinik Pratama dapat berada dalam

		satu gedung apartemen, rumah toko, rumah susun, gedung pusat perbelanjaan dan bangunan lain yang sejenis. Bangunan Klinik yang bergabung bangunan lain harus memenuhi persyaratan: • Pintu masuk Klinik Pratama harus terpisah dengan pintu masuk ke ruangan lain • Ruangan Klinik Pratama tidak boleh bergabung dengan ruangan lain yang bukan bagian klinik. • Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain dapat bergabung dengan Klinik Pratama sesuai dengan ketentuan: memenuhi standar usaha kegiatan dan memperoleh perizinan berusaha masing-masing; memiliki struktur organisasi dan sumber daya manusia yang terpisah; dan memiliki sarana prasarana, terpisah kecuali yang bersifat umum • Bangunan Klinik Pratama harus dilengkapi dengan informasi berupa: • Papan nama di tempat yang terlihat jelas dengan ukuran minimal 1 (satu) m² dengan dasar putih huruf hitam yang paling sedikit mencantumkan: ○ Kata "Klinik Pratama"; ○ Nama Klinik Pratama; ○ Pemberian nama Klinik Pratama memerhatikan nilai dan norma agama, sosial budaya, dan etika; ○ Penamaan Klinik Pratama dapat menyebutkan kekhususan pelayanan ○ Nomor sertifikat standar dan tanggal terbitnya; dan Alamat Klinik Pratama. c) Nama dan jadwal praktik tenaga medis yang berpraktik wajib dicantumkan di dalam ruangan Klinik dan mudah dilihat. d) Klinik yang menyelenggarakan pelayanan kefarmasian wajib memasang papan nama praktik apoteker 3. Ruangan a) Jenis ruangan pada Klinik Pratama paling sedikit terdiri atas: • ruang administrasi; • ruang tunggu; • ruang pemeriksaan; • ruang tindakan; • ruang sterilisasi alat;
--	--	---

		• ruang laktasi; dan • toilet; b) Ruang administrasi dan ruang tunggu dapat bergabung secara fisik namun memiliki fungsi masing-masing. c) Ruang pemeriksaan dan ruang tindakan dapat bergabung secara fisik namun memiliki fungsi masing-masing d) Ruang pemeriksaan dan ruang tindakan pada Klinik Pratama yang memberikan pelayanan gigi dan mulut berupa ruang pelayanan kesehatan gigi dan mulut. e) Ruang sterilisasi alat dapat bergabung dengan ruang tindakan atau ruang pelayanan Kesehatan gigi dan mulut. f) Klinik Pratama Rawat Jalan yang menyelenggarakan pelayanan kefarmasian dan Klinik Pratama yang menyelenggarakan pelayanan rehabilitasi medik, pecandu narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya, harus memiliki instalasi farmasi. g) Klinik Pratama Rawat Inap harus memiliki • ruang rawat inap; ruang gawat darurat; • ruang staf klinik; • instalasi farmasi; • ruang laboratorium; dan ruang dapur gizi. h) Klinik Pratama yang menyelenggarakan pelayanan persalinan juga harus memiliki: ruang persalinan; ruang nifas; tempat parkir ambulans; dan ruang staf klinik. i) Klinik Pratama dapat menambahkan ruangan lain sesuai kebutuhan. j) Standar ruangan disesuaikan dengan kekhususan pelayanan berdasarkan ketentuan yang berlaku. 4. Peralatan a) Klinik Pratama harus memiliki peralatan yang sesuai jenis pelayanannya, bermutu dan terkalibrasi. b) Peralatan meliputi peralatan kesehatan dan peralatan non kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan c) Klinik Pratama rawat inap memiliki tempat tidur pasien paling banyak 20 (dua puluh) tempat tidur. k) Standar peralatan disesuaikan dengan kekhususan pelayanan berdasarkan ketentuan yang berlaku.
--	--	--

		B. Prasarana 1. Prasarana Klinik Pratama paling sedikit terdiri atas: - Sistem Penghawaan (ventilasi) - Sistem Pencahayaan (tingkat pencahayaan rata-rata yang direkomendasikan sebesar 200-350Lux (d disesuaikan dengan fungsi ruangan). - Sistem Air dan Sanitasi subsistem air bersih dan subsistem pengelolaan limbah termasuk limbah bahan berbahaya dan beracun (B3). - Sistem Kelistrikan - Sistem Gas Medis - Sistem Proteksi Kebakaran - Sistem Proyeksi Petir - Ambulans - Sistem Komunikasi
3	Kompetensi Pelaksana	- Min D3/S1 - Menguasai operasional komputer
4	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari kepala Dinas mengawasi Kepala Bidang, dan kepala Bidang mengawasi JFU/FJT/Pelaksana
5	Jumlah pelaksana	3 (tiga) Orang
6	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu dan transparan - Profesionalisme aparatur
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Petugas yang ramah, Informatif dan <i>fast respon</i>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilakukan secara periodik dan berjenjang melalui rapat internal

**PELAYANAN PENERBITAN REKOMENDASI SERTIFIKAT STANDAR
KLINIK UTAMA**

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	1) Persyaratan a) Klinik Utama dapat didirikan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah atau swasta. b) Klinik Utama swasta dengan pelayanan rawat inap harus berbentuk badan usaha c) Klinik Utama swasta dengan Pelayanan Rawat Jalan harus berbentuk perseorangan atau badan usaha. d) Klinik Utama swasta dengan penanaman modal asing harus berbentuk badan hukum perseroan terbatas atau badan usaha lain e) Lokasi mudah diakses dan jalan dapat dilalui paling sedikit oleh 1 (satu) unit kendaraan roda 4 (empat). 2) Dokumen Persyaratan yang Diunggah a) Surat Permohonan Rekomendasi Sertifikat Standar yang ditujukan ke Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota b) Dokumen badan hukum bagi Klinik Swasta berupa penetapan badan hukum. c) Dokumen profil Klinik, paling sedikit meliputi: • nama dan alamat Klinik; • visi dan misi; • lingkup kegiatan berupa waktu pelayanan, jadwal praktik, jenis layanan, tindakan dan pemeriksaan yang dilakukan; • struktur organisasi yang disertai uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab; • jumlah dan kualifikasi Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan ; dan • jumlah, jenis, dan spesifikasi sarana, prasarana, dan peralatan. d) Dokumen <i>self assesment</i> Klinik. e) Dokumen daftar obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang digunakan. f) Daftar sumber daya kesehatan yang bekerja di Klinik.

		g) Dokumen perjanjian kerja sama dengan pihak ketiga meliputi pengangkutan dan pengolahan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) medis dan/atau non medis. h) Daftar standar operasional prosedur dalam penyelenggaraan Klinik. 3) Surat pernyataan komitmen untuk melakukan akreditasi paling lambat 2 (dua) tahun sejak memperoleh PB Klinik. 4) Surat pernyataan komitmen penggunaan Rekam Medik Elektronik. 5) Surat penugasan/kontrak kerja antara tenaga medis dan tenaga kesehatan dengan Klinik. 6) Surat pernyataan komitmen Klinik untuk segera mengurus SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan untuk Klinik tersebut setelah perizinan berusaha Klinik terbit dan sebelum melakukan pelayanan Klinik. 7) Dokumen mempekerjakan Tenaga Kerja Warga Negara Asing (TK-WNA) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan apabila Klinik mempekerjakan TK WNA baik Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan maupun tenaga penunjang lainnya. c. Persyaratan Perubahan Data 1) Data PB Klinik terdiri atas: a) data pelaku usaha dan/atau kegiatan usaha; b) data lampiran teknis paling sedikit memuat: nama Klinik; alamat Klinik; kemampuan pelayanan Klinik; penyelenggaraan pelayanan Klinik; jenis pelayanan Klinik. 2) Mekanisme perubahan data PB Klinik: a) perubahan data pelaku usaha dan/atau kegiatan usaha dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan b) perubahan data lampiran teknis dilakukan dengan mengajukan permohonan melalui Sistem OSS. 3) Dalam hal terdapat perubahan data dalam lampiran teknis, pengajuan permohonan dengan melampirkan: a) PB Klinik yang masih berlaku; dan b) surat permohonan pelaku usaha untuk perubahan data dalam lampiran teknis dengan
--	--	---

		menyampaikan alasan perubahan disertai dengan dokumen yang dilakukan perubahan. 4) Terhadap perubahan data alamat Klinik yang mengubah koordinat lokasi, Pelaku Usaha wajib mengajukan permohonan PB Klinik baru. 5) Perubahan data lampiran teknis PB Klinik dilakukan verifikasi administrasi/dokumen dan/atau verifikasi lapangan oleh instansi pemberi PB sesuai kewenangan. d. Struktur Organisasi dan Sumber Daya Manusia 1) Struktur organisasi a) Memiliki struktur organisasi yang ditetapkan oleh Kepala Klinik yang memuat uraian tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hubungan antar personel dengan jelas. b) Struktur organisasi paling sedikit terdiri atas kepala Klinik, penanggung jawab pelayanan, penanggung jawab layanan operasional dan tenaga pemberi pelayanan. c) Klinik dapat menambah unsur organisasi lain sesuai dengan kebutuhan Klinik d) Kepala Klinik merupakan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi di bidang manajerial kesehatan. e) Penanggung jawab pelayanan di Klinik Utama merupakan tenaga medis. f) Penanggung jawab pelayanan operasional dapat berasal dari tenaga medis atau tenaga kesehatan atau Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan. g) Kepala Klinik dapat merangkap sebagai penanggung jawab pelayanan di Klinik tersebut. h) Tenaga medis atau tenaga kesehatan pemberi pelayanan harus memiliki SIP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. i) Kepala Klinik hanya dapat bertanggung jawab untuk 1 (satu) Klinik. j) Klinik yang menyelenggarakan pelayanan kefarmasian harus memiliki penanggung jawab kefarmasian k) Klinik Utama yang menyelenggarakan rawat jalan, jenis tenaganya paling sedikit meliputi: • Dokter spesialis, dokter subspesialis atau dokter spesialis dengan kompetensi
--	--	--

		tambahan, dokter gigi spesialis dan/atau dokter gigi subspesialis/dokter gigi spesialis dengan kompetensi tambahan; • perawat atau terapis gigi dan mulut; dan • Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan. l) Klinik Utama yang menyelenggarakan rawat inap paling sedikit meliputi: • 2 (Dua) Dokter spesialis, dokter subspesialis/dokter gigi spesialis dengan kompetensi tambahan • 2 (dua) dokter gigi spesialis, dokter gigi subspesialis, dan/atau dokter gigi spesialis dengan kompetensi tambahan; atau • dokter spesialis dengan kompetensi tambahan dan 1 (satu) dokter gigi spesialis, dokter gigi subspesialis, atau dokter gigi spesialis dengan kompetensi tambahan. • tenaga kefarmasian; • perawat atau terapis gigi dan mulut; • tenaga gizi; • tenaga teknologi laboratorium medik; dan • Klinik yang menyelenggarakan pelayanan persalinan harus memiliki tenaga kebidanan. • Jenis Tenaga Kesehatan untuk pelayanan laboratorium di Klinik minimal tenaga teknologi laboratorium medik. • Penanggung jawab kefarmasian di Klinik merupakan apoteker dan dapat dibantu oleh tenaga kefarmasian lain. • Jumlah dan kualifikasi pemberi pelayanan yang dibutuhkan Klinik disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, serta kebutuhan dan kemampuan pelayanan Klinik. • Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	a. Penilaian kesesuaian dilakukan terhadap pemenuhan standar sesuai ketentuan untuk mendapatkan PB Klinik. b. Pelaksana Penilaian Kesesuaian

		1) Penilaian kesesuaian dilakukan oleh: a) Kementerian Kesehatan; dan b) Pemerintah Daerah kabupaten/kota melalui dinas penanaman modal dan pelayanan terpadu satu pintu daerah kabupaten/kota dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, sesuai dengan kewenangannya. 2) Penilaian kesesuaian Klinik dengan status Penanaman Modal Dalam Negeri (PMDN) dilakukan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota dan dapat melibatkan: a) dinas kesehatan daerah provinsi; dan/atau b) asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan. 3) Penilaian kesesuaian Klinik Utama dengan status Penanaman Modal Asing (PMA) dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan dapat melibatkan: a) dinas kesehatan daerah kabupaten/kota; b) dinas kesehatan daerah provinsi; dan/atau c) asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan. 4) Prosedur penilaian kesesuaian a) Mekanisme penilaian kesesuaian dilakukan dengan cara verifikasi administrasi/dokumen dan verifikasi lapangan. b) Verifikasi administrasi/dokumen dilakukan melalui Sistem OSS. c) Verifikasi lapangan dapat dilakukan melalui kunjungan lapangan secara fisik dan/atau dilakukan secara virtual d) Penilaian kesesuaian sampai dengan pemberian persetujuan izin dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu Pelaksanaan Penilaian Kesesuaian 1) Jangka waktu penerbitan PB Klinik paling lama 25 (dua puluh lima) Hari. 2) Kementerian Kesehatan atau Pemerintah Daerah kabupaten/kota melakukan penilaian kesesuaian paling lama 1 (satu) Hari sebelum jangka waktu penerbitan PB Klinik berakhir
4	Biaya/Tarif	Rp 0,-
5	Produk Pelayanan	Rekomendasi Sertifikat Standar Perizinan Klinik Utama

6	Penanganan Pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dapat dilakukan secara lisan melalui Dinas Kesehatan Kab. Tanah Laut, Telepon, Fax, email atau media massa yang selanjutnya akan dibahas dalam rapat internal tim teknis dan manajemen
MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	Permenkes No 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan
2	Sarana/Prasarana dan atau Fasilitas	a. Bangunan 1) Bangunan Klinik harus memperhatikan beberapa aspek meliputi: • Struktur bangunan kuat, kokoh dan layak untuk kebutuhan pelayanan; dan • Bangunan Klinik harus bersifat permanen; • Bagi klinik yang terletak di tempat tinggal perorangan, di dalam gedung apartemen, di dalam gedung perkantoran, rumah toko, rumah susun, di dalam gedung pusat perbelanjaan dan bangunan lain yang sejenis harus memenuhi persyaratan: pintu masuk Klinik harus terpisah dengan pintu masuk ke ruangan lain, diluar pelayanan klinik; ruangan Klinik tidak boleh bergabung dengan ruangan lain yang bukan merupakan bagian Klinik; dan tersedia fasilitas umum yang memadai, dapat bergabung dengan apartemen, perkantoran, rumah toko, rumah susun atau pusat perbelanjaan • Fasilitas pelayanan kesehatan lain dapat bergabung dalam satu bangunan dengan Klinik sepanjang memenuhi standar usaha kegiatan dan memperoleh perizinan berusaha masing-masing dengan ketentuan Fasilitas pelayanan kesehatan lain tersebut berupa: apotek; laboratorium medis; optik; pusat diagnostik; dan fasilitas pelayanan kesehatan penunjang lain. • Fasilitas pelayanan kesehatan yang bergabung dengan Klinik harus memiliki struktur organisasi dan sumber daya manusia yang terpisah. Serta Ruang, prasarana dan peralatan yang bersifat umum (non teknis) dapat digunakan secara bersama, misalnya: ruang pendaftaran, ruang

		tunggu, toilet, ruang laktasi. • Bangunan Klinik harus memperhatikan fungsi keamanan, kenyamanan dan perlindungan kesehatan bagi semua orang, termasuk penyandang disabilitas, ibu hamil dan menyusui, anak-anak serta lanjut usia terutama Klinik yang ruang pelayanannya bertingkat. • Kawasan di dalam area Klinik merupakan kawasan tanpa rokok. • Ketentuan nama Klinik meliputi: ○ Pemberian nama Klinik harus memperhatikan nilai dan norma agama, sosial budaya dan etika Pemberian nama Klinik harus mencantumkan kategori Klinik yaitu Klinik Utama; dan ○ Pemberian nama Klinik Utama dengan kekhususan harus mencantumkan pelayanannya. ○ Informasi pada bangunan Klinik : ▪ Klinik memasang papan nama di luar Klinik yang mencantumkan: ▪ Kemampuan pelayanan Klinik: "KLINIK UTAMA"; ▪ Nama Klinik; ▪ Kekhususan untuk Klinik Utama: organ, bidang, cabang ilmu/disiplin ilmu, jenis layanan; dan ▪ Nomor PB dan tanggal terbitnya. ○ Papan nama dipasang pada tempat yang mudah terlihat dan terbaca dengan jelas oleh masyarakat. ○ Nama dan jadwal praktik Tenaga Medis yang berpraktik di Klinik wajib dicantumkan di dalam ruangan Klinik yang mudah dilihat. ○ Klinik yang menyelenggarakan pelayanan kefarmasian wajib memasang papan nama praktik apoteker b. Ruangan Klinik 1) Ruang Klinik paling sedikit terdiri atas: ruang administrasi; ruang tunggu; ruang pemeriksaan; ruang tindakan; ruang laktasi; toilet; tempat parkir; Klinik dapat menambahkan ruang lain sesuai kebutuhan. 2) Ruang administrasi dan ruang tunggu dapat bergabung fisik tetapi memiliki fungsi masing-
--	--	---

		masing. 3) Ruang administrasi dipisahkan dengan ruang perkantoran. 4) Ruang pemeriksaan dan ruang tindakan dapat bergabung fisik tetapi memiliki fungsi masing-masing yang dibatasi dengan tirai dan luas ruang paling sedikit 7,2 (tujuh koma dua) m² untuk setiap ruangan dengan rincian 2,4 m x 3 m yang dapat menampung 2 (dua) tempat tidur. 5) Ruang pemeriksaan tidak wajib pada Klinik yang khusus memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut. Ruang pelayanan kesehatan gigi dan mulut memiliki luas minimal 9 (sembilan) m² untuk pelayanan dengan 1 (satu) dental unit. 6) Klinik rawat inap, selain memenuhi persyaratan ruang sebagaimana dimaksud pada angka (3), juga harus memiliki ruang paling sedikit: • ruang rawat inap; • ruang gawat darurat; • ruang petugas; • instalasi farmasi; • ruang laboratorium; dan • ruang dapur gizi. 7) Ruang gawat darurat minimal memiliki tempat tidur tindakan, <i>emergency kit</i>, <i>outlet</i>/tabung oksigen dan luas paling sedikit 7,2 (tujuh koma dua) m² dengan rincian 2,4 m x 3 m. 8) Klinik rawat jalan yang tidak menyediakan ruang gawat darurat maka fungsi pelayanan gawat darurat bergabung dengan ruang tindakan dengan memenuhi prasarana dan peralatan minimal untuk gawat darurat. 9) Dalam hal Klinik rawat inap bekerjasama dengan apotek, laboratorium medis dan berada dalam satu bangunan yang sama, selain memenuhi persyaratan ruang sebagaimana dimaksud pada angka (3), juga harus memiliki ruang paling sedikit: ruang rawat inap; ruang gawat darurat; ruang petugas; dan ruang dapur gizi 10) Klinik yang menyelenggarakan pelayanan persalinan, harus memiliki ruang paling sedikit: • ruang persalinan; dan • ruang nifas/ruang rawat pasca persalinan. • Ruang persalinan memiliki luas paling sedikit 12 (dua belas) m².
--	--	--

		• Ruang nifas/ruang rawat pasca persalinan memiliki luas paling sedikit 12 (dua belas) m² dengan kapasitas paling sedikit 2 (dua) dan paling banyak 6 (enam) tempat tidur. 11) Ruang sterilisasi: • untuk Klinik rawat jalan dapat bergabung dengan ruangan lain; atau • untuk Klinik rawat inap harus tersedia ruangan tersendiri, dengan luas sesuai kebutuhan. • Ruang laboratorium dan instalasi farmasi memiliki luas ruangan dan persyaratan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. c. Prasarana Lainnya 1) Sistem sirkulasi udara; 2) Sistem pencahayaan; sistem air dan sanitasi terdiri atas subsistem air bersih; 3) pembuangan air kotor dan pengelolaan limbah termasuk limbah B3; 4) Sistem kelistrikan yang menjamin tidak terputusnya pasokan aliran listrik; 5) sistem gas medis untuk penanganan pasien dalam keadaan gawat darurat dan rawat inap; 6) sistem proteksi kebakaran; 7) Ambulans wajib disediakan oleh Klinik rawat inap. 8) sistem komunikasi dan informasi. 9) Prasarana lainnya sesuai kebutuhan dan kekhususan pelayanan d. Peralatan Klinik 1) Klinik harus memiliki peralatan yang aman dan teruji fungsi atau terkalibrasi 2) Peralatan meliputi peralatan kesehatan dan non kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan di Klinik. 3) Klinik rawat inap dapat memiliki tempat tidur pasien paling banyak 30 (tiga puluh) tempat tidur. 4) Peralatan di ruang pemeriksaan paling sedikit memiliki: tensimeter; stetoskop; timbangan berat badan; termometer; dan senter/<i>pen light</i> 5) Peralatan di ruang sterilisasi paling sedikit memiliki: <i>autoclave</i>; lengkung, penjepit alat steril; Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) berupa masker, larutan klorin 0,5%, sarung tangan lateks; dan perlengkapan berupa apron, duk pembungkus
--	--	---

		alat, sikat pembersih alat, ember plastik, lemari alat steril dan tempat sampah. 6) Standar peralatan minimal pada ruang pelayanan Klinik Utama lainnya disesuaikan dengan jenis pelayanan, ditetapkan oleh Menteri.
3	Kompetensi Pelaksana	1. Min D3/S1 2. Menguasai operasional komputer
4	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari kepala Dinas mengawasi Kepala Bidang, dan kepala Bidang mengawasi JFU/FJT/Pelaksana
5	Jumlah pelaksana	3 (tiga) Orang
6	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu dan transparan - Profesionalisme aparatur
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Petugas yang ramah, Informatif dan <i>fast respon</i>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilakukan secara periodik dan berjenjang melalui rapat internal

**PELAYANAN PENERBITAN REKOMENDASI SERTIFIKAT STANDAR
KLINIK KESEHATAN KERJA**

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	A. SYARAT TEKNIS 1) Klinik Kesehatan Kerja berbentuk unit pelaksana dari pemerintah daerah atau badan usaha berbadan hukum yang berbentuk Perseroan Terbatas atau badan usaha lain yang diizinkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan. 2) Permohonan perizinan berusaha bagi Klinik Kesehatan Kerja milik pemerintah daerah dilakukan di luar sistem OSS, ditujukan kepada Bupati atau instansi pemberi perizinan dengan melampirkan persyaratan dasar mengenai perizinan berusaha berbasis risiko, dan persyaratan teknis sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini 3) Sumber Daya Manusia Klinik Kesehatan Kerja harus memiliki sumber daya manusia kesehatan paling sedikit: a) Klinik Kesehatan Kerja Tipe 1 : • Tenaga Medis: 1 (satu) orang dokter • Tenaga Kesehatan: 1 (satu) orang perawat • Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan: 1 (satu) orang tenaga administrasi • Tenaga Kesehatan dapat ditambah tenaga pembimbing kesehatan kerja atau tenaga kesehatan lainnya • Jenis dan jumlah tenaga dapat ditambahkan sesuai dengan kebutuhan. b) Klinik Kesehatan Kerja Tipe 2 : • Tenaga Medis: (dua) orang dokter; 1 (satu) orang dokter dan 1 (satu) orang dokter dengan kompetensi kedokteran okupasi; atau 1 (satu) orang dokter dan 1 (satu) orang dokter dengan kompetensi kedokteran khusus sesuai kebutuhan. • Tenaga Kesehatan: 1 (satu) orang perawat dan 1 (satu) orang tenaga pembimbing kesehatan kerja . • Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan: 1 (satu) orang tenaga administrasi. • Jenis dan jumlah tenaga dapat ditambahkan sesuai dengan beban kerja dan jam operasional

		4) Organisasi - Struktur organisasi Klinik Kesehatan Kerja paling sedikit terdiri atas kepala Klinik, penanggung jawab pelayanan, dan penanggung jawab operasional. - Selain organisasi Klinik sebagaimana dimaksud pada huruf a, Klinik Kesehatan Kerja dapat menambah unsur organisasi lain sesuai dengan kebutuhan - Kepala Klinik adalah seorang tenaga medis. - Penanggung jawab pelayanan di Klinik harus seorang tenaga medis - Penanggung jawab operasional dapat berasal dari Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan atau Tenaga Pendukung Kesehatan. - Kepala klinik dan penanggung jawab pelayanan dapat merangkap sebagai pemberi pelayanan. - Kepala klinik dapat merangkap sebagai penanggung jawab pelayanan. - Kepala klinik dan penanggung jawab pelayanan Klinik harus Warga Negara Indonesia (WNI). - Klinik yang menyelenggarakan pelayanan kefarmasian harus memiliki penanggung jawab kefarmasian seorang apoteker B. SYARAT ADMINISTRATIF (Dokumen yang Diunggah) - Dokumen pembentukan Klinik Kesehatan Kerja dari pengurus atau pengelola tempat kerja. - Dokumen profil Klinik Kesehatan Kerja, paling sedikit meliputi: - nama Klinik Kesehatan Kerja dan alamat lengkap; - Visi dan misi; - Struktur organisasi; - Jenis layanan - jumlah dan kualifikasi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan; denah bangunan, dan ruangan dengan skala ukur; - peta lokasi; dan - foto tampilan bangunan dan semua ruangan. - Dokumen <i>self assesment</i>, paling sedikit berisi informasi Klinik Kesehatan Kerja, waktu pelayanan, pemenuhan persyaratan sarana, prasarana dan peralatan. - Dokumen peraturan internal Klinik berupa kebijakan dan/atau Standar Operasional Prosedur (SOP) yang
--	--	---

		memuat tentang penyelenggaraan Klinik Kesehatan Kerja. 5) Surat pernyataan komitmen untuk mengurus SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan segera setelah perizinan berusaha klinik terbit. 6) Surat pernyataan komitmen untuk melakukan akreditasi oleh Lembaga Penyelenggaraan Akreditasi paling lambat 2 (dua) tahun sejak memperoleh PB 7) Surat pernyataan komitmen untuk meningkatkan kapasitas kesehatan kerja dan kegawatdaruratan medis bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang belum memiliki kompetensi tersebut. 8) Surat penunjukkan dokter penanggung jawab Klinik Kesehatan Kerja dari pemilik Klinik Kesehatan Kerja. 9) Dokumen pengelolaan dan pemantauan lingkungan hidup sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 10) Bagi Klinik Kesehatan Kerja yang mempekerjakan tenaga medis/tenaga kesehatan asing harus mengunggah dokumen izin (IMTA) C. SYARAT PELAYANAN 1) Ruang lingkup pelayanan a) Layanan Promotif • Peningkatan pengetahuan kesehatan dan faktor risiko kesehatan; • Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat; • Pembudayaan keselamatan dan Kesehatan kerja; • Pelayanan gizi kerja • Peningkatan Kesehatan fisik dan jiwa; dan • Kesehatan reproduksi. b) Layanan Preventif • Penilaian risiko kesehatan tempat kerja (Health Risk Assessment) • Pemeriksaan kesehatan pekerja; • Penilaian kelaikan kerja; • Pemberian imunisasi dan/atau profilaksis bagi pekerja berisiko tinggi;\Surveilans kesehatan kerja. c) Layanan Kuratif • Pertolongan pertama pada cedera dan sakit yang terjadi di tempat kerja; • Diagnosa dan tata laksana penyakit menular, penyakit tidak menular, dan/atau diakibatkan karena pekerjaan dan lingkungan kerja (penyakit akibat kerja); • Penanganan kasus kegawatdaruratan medik
--	--	--

		dan/atau rujukan d) Layanan Rehabilitatif • Pemulihan medis • Pemulihan kerja 2) Klinik Kesehatan Kerja dapat memiliki pelayanan kefarmasian atau bekerja sama dengan apotek sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan Waktu Pelayanan
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1) Pelaksana Penilaian Kesesuaian a) Penilaian kesesuaian Klinik dilakukan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota yang terdiri atas unsur Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) kabupaten/kota; dan Dinas kesehatan kabupaten/kota. b) Penilaian kesesuaian Klinik dengan Penanaman Modal Asing dilakukan oleh Kementerian Kesehatan yang terdiri atas unsur Direktorat Jenderal dan Dinas kesehatan daerah kab/kota, dinas kesehatan provinsi, organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan. 2) Prosedur Penilaian Kesesuaian a) Mekanisme penilaian kesesuaian dilakukan dengan cara verifikasi administrasi/dokumen melalui sistem OSS. b) Penilaian kesesuaian sampai dengan pemberian persetujuan izin dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan melalui Sistem Perizinan secara Elektronik (<i>Online Single Submission</i>). 3) Perubahan Perizinan Berusaha a) Dalam hal terdapat perubahan: nama Klinik Kesehatan Kerja, alamat Klinik Kesehatan Kerja dengan pindah lokasi; atau tanpa pindah lokasi; dan/atau tipe Klinik Kesehatan Kerja atau jenis klinik b) Pelaku usaha Klinik Kesehatan Kerja harus mengajukan perubahan perizinan melalui <i>Online Single Submission</i> (OSS) untuk mendapatkan perizinan baru, dengan melampirkan sertifikat perizinan berusaha yang lama dan dokumen persyaratan administrasi yang sesuai dengan perubahan. c) Terhadap perubahan nama dan alamat Klinik Kesehatan Kerja tanpa pindah lokasi dilakukan verifikasi administrasi d) Terhadap perubahan alamat Klinik Kesehatan kerja

		dengan pindah Lokasi dan perubahan Tipe Klinik Kesehatan Kerja dilakukan verifikasi administrasi dan lapangan untuk menilai kesesuaian persyaratan dalam rangka pemenuhan standar.
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu Pelaksanaan Penilaian Kesesuaian 1) Jangka waktu penerbitan perizinan berusaha Klinik paling lama 25 (dua puluh lima) hari. 2) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan penilaian kesesuaian paling lama 1 (satu) hari sebelum jangka waktu penerbitan Perizinan Klinik berakhir.
4	Biaya/Tarif	Rp 0,-
5	Produk Pelayanan	Rekomendasi Penerbitan Sertifikat Standar Perizinan Klinik Kesehatan Kerja
6	Penanganan Pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dapat dilakukan secara lisan melalui Dinas Kesehatan Kab. Tanah Laut, Telepon, Fax, email atau media massa yang selanjutnya akan dibahas dalam rapat internal tim teknis dan manajemen
MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	Permenkes No 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan
2	Sarana/Prasarana dan atau Fasilitas	Klinik memiliki sarana, prasarana, peralatan untuk menjamin mutu pelayanan; memastikan keamanan, kesehatan dan keselamatan kerja petugas Klinik (Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan); dan melaksanakan pengendalian dan penanganan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) medis dan/atau B3 nonmedis yang dihasilkan (tidak termasuk pengangkutan, pengolahan dan pemusnahan) 1) Sarana a) Lokasi: • Lokasi di dalam atau sekitar lingkungan tempat kerja agar mudah dijangkau oleh pekerja. • Lokasi kerja antara lain perkantoran, perusahaan atau rumah sakit sebagai tempat kerja. • Tidak didirikan di lokasi berbahaya antara lain tebing atau daerah rawan longsor, daerah potensi daerah terpapar radioaktif atau zat kimia berbahaya atau di lokasi yang paling aman di lingkungan tempat kerja. • Aksesibilitas Klinik Kesehatan Kerja ditempatkan di lokasi yang dapat diakses dengan mudah bagi

		pekerja dan alat transportasi yang mendukung pelayanan. b) Bangunan • Struktur bangunan kuat, kokoh dan stabil dalam menahan beban/kombinasi beban dan layak untuk kebutuhan pelayanan. • Bangunan Klinik Kesehatan Kerja harus bersifat permanen. • Komponen dan material bangunan harus kuat dan layak sesuai dengan kebutuhan pelayanan. • Bangunan Klinik Kesehatan Kerja dapat berada dalam gedung tempat kerja dan harus memenuhi persyaratan: ○ Pintu masuk klinik kesehatan kerja harus terpisah dengan pintu masuk ke ruangan lain, di luar pelayanan klinik. ○ Ruang Klinik Kesehatan Kerja tidak boleh bergabung dengan ruangan lain yang bukan merupakan bagian klinik. ○ Bangunan Klinik Kesehatan Kerja dilengkapi dengan sarana informasi berupa: - Kata "Klinik Kesehatan Kerja"; - Nama Klinik Kesehatan Kerja; - Nomor sertifikat standar dan tanggal terbitnya; - Nama tempat kerja/perusahaan induk usahanya; dan - Alamat Klinik Kesehatan Kerja. - Nama tenaga medis dan jadwal praktik tenaga medis yang berpraktik di Klinik Kesehatan Kerja wajib dicantumkan di dalam ruangan Klinik Kesehatan Kerja yang mudah dilihat. • Ruang Klinik tidak boleh bergabung dengan ruangan lain yang bukan merupakan bagian Klinik Kesehatan Kerja. • Bangunan Klinik harus memperhatikan fungsi keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan kesehatan dan keselamatan bagi semua orang, termasuk penyandang disabilitas dan pekerja hamil. • Komponen bangunan dan material harus kuat dan layak sesuai dengan kebutuhan pelayanan. • Menyediakan fasilitas dan aksesibilitas yang menjamin terwujudnya kemudahan, keamanan dan kenyamanan bagi penyandang disabilitas dan pekerja hamil sesuai kebutuhan.
--	--	--

		• Area Klinik harus merupakan kawasan bebas asap rokok. c) Ruang Bangunan Klinik terdiri atas beberapa ruangan yang dapat difungsikan sebagai: • Ruang administrasi; • Ruang tunggu; • Ruang pemeriksaan; • Ruang tindakan; dan • Toilet 2) Prasarana a) Prasarana Klinik harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik b) Prasarana Klinik Kesehatan Kerja paling sedikit terdiri atas: • Sistem penghawaan (ventilasi) ◦ Suhu udara memperhatikan sirkulasi udara ◦ Ventilasi ruangan dapat berupa ventilasi alami dan/atau ventilasi mekanis • Sistem pencahayaan ◦ Bangunan Klinik harus mempunyai pencahayaan alami dan atau pencahayaan buatan ◦ Tingkat pencahayaan rata-rata yang direkomendasikan sebesar 200-350Lux • Sistem air dan sanitasi Sistem sanitasi Klinik terdiri atas subsistem air bersih dan subsistem pengelolaan limbah termasuk limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) • Subsistem air bersih • Subsistem pengelolaan limbah (dapat dilakukan melalui kerja sama dengan pihak ketiga yang dibuktikan dengan dokumen perjanjian kerja sama) • Sistem kelistrikan Tersedia sumber daya listrik normal yang cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan. • Sistem proteksi kebakaran ◦ Tersedia alat pemadam api ringan (APAR) paling sedikit 2 (dua) tabung ◦ Pemasangan alat pemadam kebakaran ditempatkan pada posisi yang mudah dilihat dengan jelas ◦ Jarak pemasangan APAR dengan ketinggian 1,2 (satu koma dua) meter dari dasar lantai. • Sistem proteksi petir • Ambulans darat, ambulans air, atau ambulans udara (khusus untuk Klinik Kesehatan Kerja Tipe 2)
--	--	---

		• Sistem komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya. c) Peralatan • Peralatan meliputi peralatan kesehatan dan peralatan non kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan di Klinik • Setiap peralatan harus sterilisasi alat klinik harus memiliki peralatan sesuai Standar peralatan pada tiap jenis ruang di Klinik Kesehatan Kerja ditetapkan oleh Menteri. d) Obat-obatan dan Peralatan Emergensi • Kit emergensi minimal terdiri dari masker, oksigen, ambubag, <i>oropharyngeal airway</i>, cairan infus, infus set, plester, sarung tangan, spuit, obat- obatan (adrenalin, dexametason, anti histamin) • Klinik Kesehatan Kerja harus memiliki Set peralatan evakuasi medis dan obat- obat emergensi sesuai standar yang ditetapkan oleh Menteri.
3	Kompetensi Pelaksana	1. Min D3/S1 2. Menguasai operasional komputer
4	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari kepala Dinas mengawasi Kepala Bidang, dan kepala Bidang mengawasi JFU/FJT/Pelaksana
5	Jumlah pelaksana	3 (tiga) Orang
6	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu dan transparan - Profesionalisme aparatur
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Petugas yang ramah, Informatif dan <i>fast respon</i>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilakukan secara periodik dan berjenjang melalui rapat internal

**PELAYANAN PENERBITAN REKOMENDASI SERTIFIKAT STANDAR
GRIYA SEHAT (KLINIK KESEHATAN TRADISIONAL TIPE 1)**

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	A. Persyaratan Teknis 1) Griya Sehat merupakan milik pemerintah daerah, atau swasta berbentuk orang perseorangan atau badan usaha. 2) Permohonan perizinan berusaha bagi Griya Sehat milik pemerintah daerah dilakukan di luar sistem OSS, ditujukan kepada Bupati atau instansi pemberi perizinan yang ditunjuk dengan melampirkan persyaratan dasar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan 3) Sumber Daya Manusia a) Sumber daya manusia Griya Sehat paling sedikit : • 2 (dua) orang Tenaga Kesehatan Tradisional; dan • 1 (satu) orang Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan minimal tenaga administrasi. b) Griya Sehat dapat menambah jenis tenaga lain yaitu : • Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan lain yang memiliki kompetensi di bidang Pelayanan Kesehatan Tradisional; • Penyehat tradisional; dan/atau • Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan lainnya sesuai kebutuhan c) Tenaga Kesehatan Tradisional dan tenaga medis/tenaga kesehatan lain yang memiliki kompetensi di bidang Pelayanan Kesehatan Tradisional harus memiliki SIP di Griya Sehat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan d) Penyehat Tradisional harus terdaftar pada Kementerian Kesehatan dan memiliki sertifikat pelatihan dari Lembaga yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 4) Organisasi a) Struktur organisasi paling sedikit terdiri atas kepala Griya Sehat, penanggung jawab pelayanan dan penanggung jawab operasional; b) Kepala Griya Sehat dapat berupa Tenaga

		Kesehatan Tradisional atau tenaga medis/tenaga kesehatan lain yang memiliki kompetensi kesehatan tradisional; c) Penanggung jawab pelayanan di Griya Sehat adalah Tenaga Kesehatan Tradisional; d) Kepala Griya Sehat dan penanggung jawab pelayanan Griya Sehat harus warga negara Indonesia; dan e) Dalam hal Griya Sehat mendayagunakan sumber daya manusia merupakan tenaga kerja warga negara asing, harus memiliki kompetensi yang sesuai dengan jenis pelayanan dan memenuhi persyaratan teknis bidang kesehatan dan ketenagakerjaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. B. Persyaratan Administratif (Dokumen yang Diunggah) 1) Salinan/fotokopi pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan. 2) Dokumen profil Griya Sehat paling sedikit memuat: 1) nama dan alamat lengkap Griya Sehat; 2) visi dan misi; 3) struktur organisasi; 4) jenis layanan; 5) jumlah dan kualifikasi Tenaga Kesehatan Tradisional, tenaga medis/tenaga kesehatan lain yang memiliki kompetensi di bidang Pelayanan Kesehatan Tradisional, penyehat tradisional, Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan; 6) denah bangunan dan ruangan dengan skala ukur; 7) peta lokasi; dan 8) foto tampilan bangunan dan semua ruangan. 3) Surat pernyataan/komitmen bermeterai untuk mengurus SIP bagi seluruh Tenaga Kesehatan Tradisional, tenaga medis/tenaga kesehatan lain yang memiliki kompetensi di bidang Pelayanan Kesehatan Tradisional, dan surat tanda terdaftar pada Kementerian Kesehatan bagi Penyehat Tradisional yang bekerja di Griya Sehat 4) Dokumen peraturan internal Griya Sehat berupa kebijakan dan/atau Standar Operasional Prosedur kegiatan pelayanan. 5) Dokumen <i>self assessment</i> yang berisi informasi rincian pelayanan, pemenuhan persyaratan bangunan, prasarana, peralatan, dan pemenuhan sumber daya manusia.
--	--	---

		C. Ketentuan Pelayanan 1) Metode Pelayanan Kesehatan Tradisional yang diberikan a) Pelayanan Kesehatan Tradisional keterampilan • Metode Teknik Manual yaitu teknik yang dilakukan dengan menggunakan metode manipulasi dan gerakan dari satu atau beberapa bagian tubuh dan atau menggunakan alat meliputi antara lain akupunktur, pijat, refleksi, akupresur, kop. • Metode Terapi Energi yaitu teknik yang dilakukan dengan menggunakan energi baik dari luar maupun dari dalam tubuh itu sendiri meliputi antara lain reiki dan prana. • Metode Teknik Olah Pikir yaitu teknik yang dilakukan dengan menggunakan kemampuan pikiran untuk memperbaiki fungsi tubuh meliputi antara lain hipnoterapi. b) Pelayanan Kesehatan Ramuan Pelayanan Kesehatan Tradisional yang menggunakan ramuan berasal dari tumbuhan, hewan, mineral, dan/atau bahan lain dari sumber daya alam dan harus berupa ramuan racikan sendiri atau produk Obat Bahan Alam yang telah memiliki izin edar. c) Penyehat Tradisional tidak dapat melakukan tindakan invasif.
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1) Pelaksana Penilaian Kesesuaian a) Griya Sehat merupakan kegiatan usaha dengan risiko menengah tinggi sehingga pelaku usaha harus memiliki NIB dan Sertifikat Standar. b) Penilaian kesesuaian Griya Sehat dilakukan terhadap pemenuhan standar untuk mendapatkan perizinan berusaha yang terverifikasi sesuai dengan kemampuan pelayanan dan penyelenggaraan pelayanan Griya Sehat yang diusulkan. 2) Pelaksana Penilaian Kesesuaian: a) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk Griya Sehat dengan Penanaman Modal Dalam Negeri (PMDN); atau b) Kementerian Kesehatan untuk Griya Sehat dengan Penanaman Modal Asing (PMA), sesuai dengan kewenangannya. c) Penilaian kesesuaian Griya Sehat oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dengan membentuk tim, paling sedikit terdiri atas unsur: • Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) kabupaten/kota; dan

		• Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. d) Penilaian kesesuaian Griya Sehat dengan PMA oleh Kementerian Kesehatan dengan membentuk tim, paling sedikit terdiri atas unsur: • Direktorat jenderal yang mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas; dan • Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. e) Penilaian kesesuaian sebagaimana dimaksud pada angka 4 dan angka 5 dapat melibatkan dinas kesehatan daerah provinsi, dan/atau organisasi profesi sesuai kebutuhan. 3) Perubahan Perizinan Berusaha a) Dalam hal terdapat perubahan: • Nama Griya Sehat; • Alamat Griya Sehat dengan pindah lokasi atau tanpa pindah lokasi; dan/atau • Rincian pelayanan Griya Sehat meliputi penambahan pelayanan dan pengurangan pelayanan, Griya Sehat harus melakukan perubahan izin melalui <i>Online Single Submission</i> (OSS) untuk mendapat izin baru, dengan melampirkan dokumen NIB dan perizinan berusaha Griya Sehat yang masih berlaku serta surat pernyataan alasan perubahan dari pemilik Griya Sehat • Dalam hal perubahan terhadap alamat Griya Sehat dengan tanpa pindah lokasi dan pengurangan pelayanan Griya Sehat tidak diperlukan verifikasi lapangan. b) Dalam hal terdapat perubahan: • Nama kepala Griya Sehat, nama Tenaga Kesehatan Tradisional, atau nama tenaga lain yang memiliki kompetensi di bidang kesehatan tradisional yang berpraktik; dan/atau nama pemilik Griya Sehat, harus melaporkan melalui <i>Online Single Submission</i> (OSS) untuk dilakukan perubahan data. • Dalam hal terdapat perubahan izin, Griya Sehat harus melaporkan perubahan tersebut kepada Kementerian Kesehatan untuk dilakukan penyesuaian data registrasi fasilitas pelayanan kesehatan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu Pelaksanaan Penilaian Kesesuaian 1) Jangka waktu penerbitan perizinan berusaha Griya Sehat paling lama 10 (sepuluh) hari.

		2) Kementerian Kesehatan atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan penilaian kesesuaian paling lama 1 (satu) hari sebelum jangka waktu penerbitan Perizinan Griya Sehat berakhir.
4	Biaya/Tarif	Rp 0,-
5	Produk Pelayanan	Rekomendasi Sertifikat Standar Perizinan Griya Sehat (Klinik Kesehatan Tradisioal Tipe 1)
6	Penanganan Pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dapat dilakukan secara lisan melalui Dinas Kesehatan Kab. Tanah Laut, Telepon,Fax,email atau media massa yang selanjutnya akan dibahas dalam rapat internal tim teknis dan manajemen
MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	Permenkes No 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan
2	Sarana/Prasarana dan atau Fasilitas	A. Sarana 1) Lokasi : a) Klinik Griya Sehat tidak berada di tepi lereng, dekat kaki gunung yang rawan terhadap longsor, dekat anak sungai atau badan air yang dapat mengikis fondasi, dekat dengan jalur patahan aktif/gempa, rawan tsunami, rawan banjir, area sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi. b) Griya Sehat didirikan di lokasi yang mudah diakses, paling sedikit oleh satu unit kendaraan roda empat. c) Memiliki akses/jalur dari jalan umum ke pintu masuk bangunan yang aman, rata, tidak licin, dan bebas dari halangan. Jalur memiliki ramp jika terdapat perbedaan ketinggian dengan kemiringan maksimal 1:12, dilengkapi dengan <i>handrail</i> pada kedua sisi. d) Memiliki jalur pemandu bagi penyandang disabilitas netra berupa ubin pengarah dan ubin peringatan dibuat dari material yang kuat, tidak licin, dan diberikan warna yang kontras dengan warna ubin eksisting seperti kuning atau jingga. e) Lokasi Griya Sehat harus memungkinkan untuk memiliki tempat parkir yang memadai. f) Lokasi Griya Sehat berada di daerah yang aman dengan fasilitas keamanan paling sedikit menggunakan pagar. 2) Bangunan a) Struktur bangunan kuat, kokoh dan stabil dalam

		menahan beban/kombinasi beban dan layak untuk kebutuhan pelayanan. b) Bangunan Griya Sehat harus bersifat permanen. c) Komponen dan material bangunan harus kuat dan layak sesuai dengan kebutuhan pelayanan. d) Bangunan Griya Sehat dapat berada dalam satu gedung apartemen, rumah toko, rumah susun, gedung pusat perbelanjaan dan bangunan lain yang sejenis harus memenuhi persyaratan: • pintu masuk Griya Sehat harus terpisah dengan pintu masuk ke ruangan lain, di luar pelayanan Griya Sehat; dan • ruangan Griya Sehat tidak boleh bergabung dengan ruangan lain yang bukan merupakan bagian Griya Sehat. • Bangunan Griya Sehat harus memperhatikan fungsi keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan kesehatan dan keselamatan bagi semua orang, termasuk penyandang disabilitas, ibu hamil dan menyusui, bayi dan anak, serta lanjut usia. Fungsi tersebut dapat dipenuhi melalui penyediaan fasilitas dan aksesibilitas yang diperlukan. • Bangunan Griya Sehat harus dilengkapi dengan sarana informasi berupa: ○ papan nama Griya Sehat di tempat yang terlihat jelas dengan ukuran minimal 1 (satu) m² dengan dasar putih huruf hijau yang paling sedikit mencantumkan: Kata "Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 1"; Nama Griya Sehat; Pemberian nama Griya Sehat memperhatikan nilai dan norma agama, sosial budaya, dan etika Nomor sertifikat standar dan tanggal terbit; dan Alamat Griya Sehat ○ nama dan jadwal praktik Tenaga Kesehatan Tradisional dan Tenaga Medis/Kesehatan lain yang memiliki kompetensi di bidang Pelayanan Kesehatan Tradisional yang berpraktik di Griya Sehat wajib dicantumkan di dalam ruangan Griya Sehat dan mudah dilihat. 3) Ruang a) Ruang Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 1 paling sedikit terdiri atas: • ruang administrasi; • ruang tunggu; • ruang pemeriksaan;
--	--	--

		• ruang pelayanan berbasis keterampilan untuk Griya Sehat yang memberikan pelayanan kesehatan berbasis keterampilan; • ruang wahana edukasi; • ruang penyimpanan obat bahan alam; • ruang laktasi; dan • toilet. • ruang administrasi dan ruang tunggu dapat bergabung secara fisik namun memiliki fungsi masing-masing. • Ruangan Pelayanan Kesehatan Tradisional berbasis keterampilan harus menjaga privasi pengguna layanan, terutama dengan memisahkan ruang sesuai jenis , kelamin minimal menggunakan tirai. • Ruangan penyimpanan Obat Bahan Alam harus: ◦ tahan terhadap pengaruh cuaca serta dapat mencegah masuknya rembesan dan bersarangnya serangga, binatang pengerat, burung atau binatang lainnya; ◦ memenuhi higiene dan sanitasi agar tidak tercemar dengan kuman non patogen atau pencemaran khamir, jamur, dan bakteri; ◦ memiliki alas yang berjarak dengan tanah atau lantai agar bahan tidak bersentuhan dengan tanah atau lantai; dan ◦ suhu ruangan dikondisikan sesuai dengan bahan yang disimpan. B. Prasarana 1) Prasarana Griya Sehat harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik. 2) Prasarana Klinik Kesehatan Tradisional paling sedikit terdiri atas: a) Sistem penghawaan (ventilasi) yang baik. b) Sistem pencahayaan Sistem pencahayaan dapat berupa pencahayaan alami dan/atau buatan dengan tingkat pencahayaan rata-rata yang direkomendasikan sebesar 200-350Lux (disesuaikan dengan fungsi ruangan). c) Sistem air dan sanitasi terdiri dari subsistem air bersih dan subsistem pengelolaan limbah termasuk limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) d) Subsistem pengelolaan limbah dilakukan melalui pengelolaan limbah yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pengelolaan limbah dapat dilakukan melalui kerja sama dengan pihak ketiga
--	--	---

		yang dibuktikan dengan dokumen perjanjian kerja sama. e) Sistem kelistrikan yang cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan. f) Tersedia sumber daya listrik darurat seperti generator listrik atau <i>Uninterruptible Power Supply</i> (UPS). g) Sistem proteksi kebakaran Jarak pemasangan APAR dengan ketinggian 1,2 meter dari dasar lantai. h) Sistem proteksi petir i) Sistem komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya 3) Peralatan a) Peralatan kesehatan tradisional yang digunakan oleh Griya Sehat harus memenuhi persyaratan: • standar mutu, keamanan, dan keselamatan; • alat kesehatan harus memiliki izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan • alat kesehatan yang membutuhkan kalibrasi harus dikalibrasi secara berkala oleh institusi pengkalibrasi yang berwenang. b) Peralatan Griya Sehat sesuai dengan standar peralatan Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 1 yang ditetapkan oleh Menteri
3	Kompetensi Pelaksana	1. Min D3/S1 2. Menguasai operasional komputer
4	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari kepala Dinas mengawasi Kepala Bidang, dan kepala Bidang mengawasi JFU/FJT/Pelaksana
5	Jumlah pelaksana	3 (tiga) Orang
6	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu dan transparan - Profesionalisme aparatur
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Petugas yang ramah, Informatif dan <i>fast respon</i>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilakukan secara periodik dan berjenjang melalui rapat internal

**PELAYANAN PENERBITAN REKOMENDASI SERTIFIKAT STANDAR
PANTI SEHAT (KLINIK KESEHATAN TRADISIONAL TIPE 2)**

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	A. Persyaratan Teknis 1) Panti Sehat dapat berbentuk orang perseorangan atau badan usaha. 2) Sumber Daya Manusia a) sumber daya manusia Panti Sehat paling terdiri dari : • 2 (dua) orang penyehat tradisional; dan • 1 (satu) orang Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan minimal tenaga administrasi. b) Penyehat Tradisional harus terdaftar pada Kementerian Kesehatan dan memiliki sertifikat pelatihan dari lembaga yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 3) Organisasi a) struktur organisasi paling sedikit terdiri atas kepala Panti Sehat, penanggung jawab pelayanan dan penanggung jawab operasional. b) kepala Panti Sehat merupakan Penyehat Tradisional. c) penanggung jawab pelayanan di Panti Sehat adalah Penyehat Tradisional. d) penanggung jawab operasional di Panti Sehat adalah Penyehat Tradisional atau Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan. e) kepala Panti Sehat dan pemberi pelayanan Panti Sehat harus warga negara Indonesia. B. Persyaratan Administrasi (Dokumen yang Diunggah) 1) Salinan/fotokopi pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan; 2) Dokumen profil Panti Sehat paling sedikit memuat : a) nama dan alamat lengkap Panti Sehat b) visi dan misi; c) struktur organisasi; d) jenis layanan; e) jumlah dan kualifikasi Penyehat Tradisional dan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan; f) denah bangunan dan ruangan dengan skala ukur;

		g) peta lokasi; dan h) foto tampilan bangunan dan semua ruangan. 3) Surat pernyataan/komitmen bermeterai untuk mengurus surat tanda terdaftar pada Kementerian Kesehatan bagi Penyehat Tradisional yang bekerja di Panti Sehat 4) Dokumen peraturan internal Panti Sehat berupa kebijakan dan/atau Standar Operasional Prosedur kegiatan pelayanan. 5) Dokumen <i>self assessment</i> yang berisi informasi rincian pelayanan, pemenuhan persyaratan bangunan, prasarana, peralatan, dan pemenuhan sumber daya manusia. C. Ketentuan Pelayanan 1) Metode Pelayanan Kesehatan Tradisional yang diberikan: a) Pelayanan Kesehatan Tradisional keterampilan • Metode Teknik Manual yaitu teknik yang dilakukan dengan menggunakan metode manipulasi dan gerakan dari satu atau beberapa bagian tubuh dan atau menggunakan alat meliputi antara lain pijat, refleksi, akupresur, dan kop kering tanpa invasif. • Metode Terapi Energi yaitu teknik yang dilakukan dengan menggunakan energi baik dari luar maupun dari dalam tubuh itu sendiri meliputi antara lain reiki dan prana. • Metode Teknik Olah Pikir yaitu teknik yang dilakukan dengan menggunakan kemampuan pikiran untuk memperbaiki fungsi tubuh meliputi antara lain hipnoterapi. b) Pelayanan kesehatan ramuan Pelayanan Kesehatan Tradisional yang menggunakan ramuan berasal dari tumbuhan, hewan, mineral, dan/atau bahan lain dari sumber daya alam berupa ramuan racikan sendiri yang tidak mengandung bahan kimia obat atau produk Obat Bahan Alam yang telah memiliki izin edar.
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1) Pelaksana Penilaian Kesesuaian a) Panti Sehat merupakan kegiatan usaha dengan risiko menengah tinggi sehingga pelaku usaha harus memiliki NIB dan Sertifikat Standar. b) Penilaian kesesuaian Panti Sehat dilakukan terhadap pemenuhan standar sesuai ketentuan untuk mendapatkan sertifikat standar yang terverifikasi sesuai dengan kemampuan pelayanan

		dan penyelenggaraan pelayanan Panti Sehat yang diusulkan. c) Pelaksana Penilaian Kesesuaian: • Menteri melalui Direktur Jenderal yang bertanggung jawab di bidang pelayanan kesehatan primer dan komunitas untuk Panti Sehat dengan Penanaman Modal Asing (PMA); atau • Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, sesuai dengan kewenangannya. • Penilaian kesesuaian Panti Sehat dengan PMA dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan membentuk tim, paling sedikit terdiri atas unsur: ◦ direktorat jenderal yang mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pengelolaan kesehatan primer dan komunitas; dan ◦ dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. d) Penilaian kesesuaian Panti Sehat dilakukan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dengan membentuk tim, paling sedikit terdiri atas unsur: • dinas penanaman modal dan pelayanan terpadu satu pintu kabupaten/kota; dan • dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. e) Penilaian kesesuaian dapat melibatkan dinas kesehatan daerah provinsi, dan/atau asosiasi penyehat tradisional sesuai kebutuhan. 2) Prosedur Penilaian Kesesuaian a) Mekanisme penilaian kesesuaian dilakukan dengan cara verifikasi administrasi/dokumen melalui sistem OSS. b) Penilaian kesesuaian sampai dengan pemberian persetujuan izin dilaksanakan melalui Sistem Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik (<i>Online Single Submission</i>). 3) Perubahan Perizinan Berusaha a) Dalam hal terdapat perubahan: • nama dan alamat Panti Sehat dengan pindah lokasi atau tanpa pindah lokasi; dan • rincian pelayanan Panti Sehat meliputi penambahan pelayanan dan pengurangan pelayanan, b) Panti Sehat harus melakukan perubahan izin melalui <i>Online Single Submission</i> (OSS) untuk mendapat izin baru, dengan melampirkan dokumen perizinan berusaha yang masih berlaku (NIB dan sertifikat standar) atau dokumen perizinan sebelumnya dan surat pernyataan alasan
--	--	---

		perubahan dari pemilik Panti Sehat. c) Dalam hal perubahan terhadap alamat Panti Sehat dengan tanpa pindah lokasi dan pengurangan pelayanan maka tidak diperlukan verifikasi lapangan. d) Dalam hal terdapat perubahan: • nama kepala Panti Sehat, nama Penyehat Tradisional yang berpraktik; dan/atau • nama pemilik Panti Sehat, harus melaporkan melalui <i>Online Single Submission</i> (OSS) untuk dilakukan perubahan data. e) Dalam hal terdapat perubahan izin, Panti Sehat harus melaporkan perubahan tersebut kepada Kementerian Kesehatan untuk dilakukan penyesuaian data registrasi fasilitas pelayanan kesehatan melalui Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
3	Jangka Waktu Penyelesaian	Waktu Pelaksanaan Penilaian Kesesuaian 1) jangka waktu penerbitan perizinan berusaha Panti Sehat paling lama 10 (sepuluh) hari. 2) Kementerian Kesehatan atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan penilaian kesesuaian paling lama 1 (satu) hari sebelum jangka waktu penerbitan Perizinan berakhir.
4	Biaya/Tarif	Rp 0,-
5	Produk Pelayanan	Rekomendasi Sertifikat Standar Perizinan Panti Sehat
6	Penanganan Pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dapat dilakukan secara lisan melalui Dinas Kesehatan Kab. Tanah Laut, Telepon, Fax, email atau media massa yang selanjutnya akan dibahas dalam rapat internal tim teknis dan manajemen
MANUFACTURING		
1	Dasar Hukum	Permenkes No 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan
2	Sarana/Prasarana dan atau Fasilitas	A. Sarana: 1) Lokasi: a) Panti Sehat tidak berada di tepi lereng, dekat kaki gunung yang rawan terhadap longsor, dekat anak sungai atau badan air yang dapat mengikis fondasi, dekat dengan jalur patahan aktif/gempa, rawan tsunami, rawan banjir, area sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi. b) Panti Sehat didirikan di lokasi yang mudah diakses, paling sedikit oleh satu unit kendaraan roda empat.

		c) Memiliki akses/jalur dari jalan umum ke pintu masuk bangunan yang aman, rata, tidak licin, dan bebas dari halangan. Jalur memiliki ramp jika terdapat perbedaan ketinggian dengan kemiringan maksimal 1:12, dilengkapi dengan <i>handrail</i> pada kedua sisi. d) Memiliki jalur pemandu bagi penyandang disabilitas Netra berupa ubin pengarah dan ubin peringatan dibuat dari material yang kuat, tidak licin, dan diberikan warna yang kontras dengan warna ubin eksisting seperti kuning atau jingga. e) Panti Sehat harus memungkinkan untuk memiliki tempat parkir yang memadai. f) Panti Sehat berada di daerah yang aman dengan fasilitas keamanan paling sedikit menggunakan pagar. 2) Bangunan a) Struktur bangunan kuat, kokoh dan stabil dalam menahan beban/kombinasi beban dan layak untuk kebutuhan pelayanan b) Bangunan Panti Sehat harus bersifat permanen. c) Bangunan Panti Sehat dapat berada dalam satu gedung apartemen, rumah toko, rumah susun, pusat perbelanjaan dan bangunan lain yang sejenis harus memenuhi persyaratan: • Pintu masuk di Panti Sehat harus terpisah dengan pintu masuk ke ruangan lain, di luar pelayanan klinik; dan • Ruangan di Panti Sehat tidak boleh bergabung dengan ruangan lain yang bukan merupakan bagian Panti Sehat. d) Bangunan di Panti Sehat harus memperhatikan fungsi keamanan, kenyamanan, serta perlindungan kesehatan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang disabilitas, ibu hamil dan menyusui, lanjut usia. Fungsi tersebut dapat dipenuhi melalui penyediaan fasilitas dan aksesibilitas yang diperlukan. e) Memiliki akses/jalur dari jalan umum ke pintu masuk bangunan yang aman, rata, tidak licin, dan bebas dari halangan. Jalur memiliki ramp jika terdapat perbedaan ketinggian dengan kemiringan maksimal 1:12, dilengkapi dengan <i>handrail</i> pada kedua sisi. f) memiliki jalur pemandu bagi penyandang disabilitas netra berupa ubin pengarah dan ubin peringatan dibuat dari material yang kuat, tidak licin, dan diberikan warna yang kontras dengan
--	--	--

		warna ubin eksisting seperti kuning atau jingga. g) Bangunan di Panti Sehat harus dilengkapi dengan sarana informasi berupa: • Papan nama di tempat yang terlihat jelas dengan ukuran minimal 1 (satu) m² dengan warna dasar hijau, huruf putih paling sedikit mencantumkan: Kata "Klinik Kesehatan Tradisional Tipe 2"; Nama Panti Sehat; Pemberian nama Panti Sehat memerhatikan nilai dan norma agama, sosial budaya, dan etika; Nomor sertifikat standar dan tanggal terbit; dan alamat Klinik Panti Sehat • Nama dan jadwal praktik Penyehat Tradisional yang berpraktik di Panti Sehat wajib dicantumkan di dalam ruangan di Panti Sehat dan mudah dilihat. 3) Ruangan: a) Panti Sehat paling sedikit terdiri atas: • ruang administrasi; • ruang tunggu; • ruang pemeriksaan; • ruang pelayanan kesehatan tradisional berbasis keterampilan untuk Panti Sehat yang memberikan pelayanan kesehatan berbasis keterampilan; • ruang penyimpanan Obat Bahan Alam, bagi Panti Sehat yang memberikan pelayanan kesehatan yang menggunakan ramuan; • ruang laktasi; dan • toilet. • Ruang administrasi dan ruang tunggu dapat bergabung secara fisik namun memiliki fungsi masing-masing. • Ruangan Pelayanan Kesehatan berbasis keterampilan harus menjaga privasi pengguna layanan, terutama dengan memisahkan ruang sesuai jenis kelamin, minimal menggunakan tirai. • Ruangan penyimpanan Obat Bahan Alam, bagi Panti Sehat yang memberikan pelayanan kesehatan yang menggunakan ramuan harus: ○ tahan terhadap pengaruh cuaca serta dapat mencegah masuknya rembesan dan bersarangnya serangga, binatang pengerat, burung, atau binatang lainnya; ○ memenuhi higiene dan sanitasi agar tidak tercemar dengan kuman non patogen atau pencemaran khamir, jamur, dan bakteri;
--	--	--

		- o memiliki alas yang berjarak dengan tanah atau lantai agar bahan tidak bersentuhan dengan tanah atau lantai; dan - o suhu ruangan dikondisikan sesuai dengan bahan yang disimpan B. Prasarana 1) Prasarana Panti Sehat harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik 2) Prasarana Panti Sehat paling sedikit terdiri atas: a) Sistem penghawaan (ventilasi) yang baik b) Sistem pencahayaan dapat berupa pencahayaan alami dan/atau buatan dengan tingkat pencahayaan rata-rata yang direkomendasikan sebesar 200-350Lux (disesuaikan dengan fungsi ruangan). c) Sistem air dan sanitasi terdiri dari subsistem air bersih dan subsistem pengelolaan limbah. d) subsistem air bersih e) subsistem pengelolaan limbah dilakukan melalui pengelolaan limbah yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan. f) Sistem kelistrikan yang cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan. g) Sistem proteksi kebakaran Tersedia alat pemadam api ringan (APAR) untuk memproteksi kemungkinan terjadinya kebakaran, juga mempertimbangkan luas ruangan dan jumlah ruangan yang ada h) Sistem komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya. C. Peralatan 1) Peralatan yang digunakan oleh Panti Sehat harus aman, bermanfaat, sesuai kompetensi, dan kewenangan penyehat tradisional; 2) Panti Sehat dilarang menggunakan alat kesehatan atau penunjang kedokteran selain timbangan berat badan, pengukur tinggi badan, termometer dan/atau tensimeter; dan 3) Panti Sehat dilarang menggunakan alat yang menyebabkan perlukaan (invasif).
3	Kompetensi Pelaksana	1. Min D3/S1 2. Menguasai operasional komputer
4	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari kepala Dinas mengawasi Kepala Bidang, dan kepala Bidang

		mengawasi JFU/FJT/Pelaksana
5	Jumlah pelaksana	3 (tiga) Orang
6	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu dan transparan - Profesionalisme aparatur
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Petugas yang ramah, Informatif dan <i>fast respon</i>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilakukan secara periodik dan berjenjang melalui rapat internal

PELAYANAN PERIZINAN

Pelayanan Rekomendasi Pembuatan SIP Nakes

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE DELIVERY		
1.	Persyaratan Pelayanan	Rekomendasi Pembuatan SIP Nakes 1. Surat Permohonan 2. STR asli dengan masa berlaku 5 tahun / seumur hidup 3. Ijazah asli 4. Surat Keterangan dari tempat praktek 5. Pas foto warna (jpg dibawah 1 mb) 6. Bukti pemenuhan kompetensi/ sertifikat kompetensi yang masih berlaku
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Pengajuan permohonan pembuatan rekomendasi SIP baru dan Perpanjangan SIP oleh DPMPTSP 2. permohonan di ajukan kepada Dinas Kesehatan dengan melampirkan persyaratan yg tertera di point 1 (satu), dan semua berkas tersebut di upload secara online melalui aplikasi Apperindu. 3. verifikasi berkas 4. Penerbitan rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan dengan estimasi 1 (satu) sampai 3 (tiga) hari kerja 5. proses penerbitan rekomendasi yang telah di tanda tangani secara elektronik.
3	Jangka Waktu Penyelesaian	1 (satu) sampai 3 (tiga) hari kerja.
4.	Biaya / tarif	Rp. 0,-

5.	Produk Pelayanan	Surat Rekomendasi Pembuatan SIP Nakes
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dapat disampaikan secara lisan ke Dinas Kesehatan Bidang SDK

SERVICE DELIVERY		
1.	Dasar Hukum	1. UU Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan 2. PP Nomor 18 Tahun 2021 Tentang Kementerian Kesehatan 3. Surat Edaran Nomor HK.02.01/MENKES/6/2024 tentang Penyelenggaraan Perizinan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan pasca terbitnya undang-undang Nomor 17 Tahun 2023
2.	Sarana, Prasarana, dan / atau fasilitas	Ruangan SDM
3	Kompetensi Pelaksana	1. SLTA/D III/S1 2. Menguasai pengoperasian komputer (Aperindu)
4.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari Kepala Dinas mengawasi Kabid, Kabid mengawasi JFU/JFT/Pelaksana.
5.	Jumlah Pelaksana	1 (satu) orang
6.	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu, dan transparan. - Meningkatkan profesionalisme aparatur dengan peningkatan kompetensi, kedisiplinan, ketelitian, keramahan, rasa tanggung jawab dan tertib administrasi.

7.	Jaminan Kemaan dan Keselamatan pelayanan	Dokumen dijamin keabsahannya
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilaksanakan periodik setiap bulan secara berjenjang melalui rapat-rapat internal

Pelayanan Rekomendasi Pencabutan SIP Nakes

NO	KOMPONEN	URAIAN
SERVICE DELIVERY		
1.	Persyaratan Pelayanan	Rekomendasi Pencabutan SIP Nakes 1. Surat Permohonan 2. Surat Keterangan Tidak Bekerja dari Faskes Sebelumnya/ Surat Keterangan Mutasi 3. SIP Asli
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Pengajuan permohonan pencabutan rekomendasi SIP oleh DPMPTSP 2. permohonan di ajukan kepada Dinas Kesehatan dengan melampirkan persyaratan yg tertera di point 1 (satu), dan semua berkas tersebut di upload secara online melalui aplikasi Apperindu. 3. verifikasi berkas 4. Penerbitan rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan dengan estimasi 1 (satu) sampai 3 (tiga) hari kerja 5. proses penerbitan rekomendasi yang telah di tanda tangani secara elektronik.
3	Jangka Waktu Penyelesaian	1 (satu) sampai 3 (tiga) hari kerja.
4.	Biaya / tarif	Rp. 0,-
5.	Produk Pelayanan	Surat Rekomendasi Pencabutan SIP Nakes
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dapat disampaikan secara lisan ke Dinas Kesehatan Bidang SDK

SERVICE DELIVERY

1.	Dasar Hukum	1. UU Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan 2. PP Nomor 18 Tahun 2021 Tentang Kementerian Kesehatan 3. Surat Edaran Nomor HK.02.01/MENKES/6/2024 tentang Penyelenggaraan Perizinan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan pasca terbitnya undang-undang Nomor 17 Tahun 2023
2.	Sarana, Prasarana, dan / atau fasilitas	Ruangan SDM
3	Kompetensi Pelaksana	1. SLTA/D III/S1 2. Menguasai pengoperasian komputer (Aperindu)
4.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari Kepala Dinas mengawasi Kabid, Kabid mengawasi JFU/JFT/Pelaksana.
5.	Jumlah Pelaksana	1 (satu) orang
6.	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu, dan transparan. - Meningkatkan profesionalisme aparatur dengan peningkatan kompetensi, kedisiplinan, ketelitian, keramahan, rasa tanggung jawab dan tertib administrasi.
7.	Jaminan Kemaan dan Keselamatan pelayanan	Dokumen dijamin keabsahannya
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilaksanakan periodik setiap bulan secara berjenjang melalui rapat-rapat internal

Layanan Rekomendasi Ijin Penelitian

NO	KOMPONEN	URAIAN
<i>SERVICE DELIVERY</i>		
1.	Persyaratan Pelayanan	Rekomendasi ijin penelitian 1. Surat Permohonan Universitas 2. Surat Rekomendasi dari Kesbangpol
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Pemohon menyerahkan surat permohonan dan berkas persyaratan ke Dinas Kesehatan bagian resepsionis 2. Resepsionis memeriksa kelengkapan dan kesesuaian dokumen. 3. Surat yang telah diverifikasi diteruskan kepada Kepala Dinas Kesehatan untuk mendapatkan persetujuan dan disposisi ke Kabid SDK. 4. Kabid SDK memaraf dan mendisposisi ke seksi SDM 5. PJ SDM membuat surat jawaban resmi yang menyatakan Rekomendasi ijin penelitian diterima 6. Surat diserahkan ke bagian resepsionis untuk pemberian nomor surat dan diteruskan kepada Kepala Dinas untuk ditanda tangani 7. Surat serahkan kembali ke seksi SDM 8. Pemohon menerima surat balasan/rekomendasi ijin penelitian sebagai dasar untuk memulai kegiatan di lokasi

3	Jangka Waktu Penyelesaian	1 (satu) sampai 3 (tiga) hari kerja.
4.	Biaya / tarif	Rp. 0,-
5.	Produk Pelayanan	Rekomendasi Ijin Penelitian
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dapat disampaikan secara lisan ke Dinas Kesehatan Bidang SDK

SERVICE DELIVERY		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian (menggantikan sebagian ketentuan sebelumnya). 3. Permendagri No. 7 Tahun 2014) tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
2.	Sarana, Prasarana, dan / atau fasilitas	1. Ruang Layanan SDM 2. Parkir
3	Kompetensi Pelaksana	1. SLTA/D III/S1 2. Menguasai pengoperasian komputer
4.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari Kepala Dinas mengawasi Kabid, Kabid mengawasi JFU/JFT/Pelaksana.
5.	Jumlah Pelaksana	1 (satu) orang
6.	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu, dan transparan. - Meningkatkan profesionalisme aparatur dengan peningkatan kompetensi, kedisiplinan, ketelitian, keramahan, rasa tanggung jawab dan tertib administrasi.
7.	Jaminan Kemaan dan Keselamatan pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Ruang Tunggu dijamin kenyamanannya - Tempat parkir yang luas dan aman
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilaksanakan periodik setiap bulan secara berjenjang melalui rapat-rapat internal

Layanan Rekomendasi ijin magang

NO	KOMPONEN	URAIAN
<i>SERVICE DELIVERY</i>		
1.	Persyaratan Pelayanan	Layanan rekomendasi ijin magang - Surat Permohonan Sekolah / Universitas
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Pemohon menyerahkan surat permohonan dan berkas persyaratan ke Dinas Kesehatan 2. Petugas memeriksa kelengkapan dan kesesuaian dokumen. 3. Surat yang telah diverifikasi diteruskan kepada Kepala Dinas Kesehatan untuk mendapatkan persetujuan dan disposisi ke Kabid SDK. 4. Kabid SDK memaraf dan mendisposisi ke seksi SDM 5. PJ SDM menelaah ketersediaan kuota dan kesesuaian bidang studi dengan posisi magang yang tersedia. 6. PJ SDM membuat surat jawaban resmi yang menyatakan permohonan magang diterima 7. Surat diserahkan ke bagian resepsionis untuk pemberian nomor surat dan diteruskan kepada Kepala Dinas untuk ditanda tangani 8. Surat serahkan kembali ke seksi SDM 9. Pemohon menerima surat balasan/rekomendasi izin magang sebagai dasar untuk memulai kegiatan di lokasi
3	Jangka Waktu Penyelesaian	1 (satu) sampai 3 (tiga) hari kerja.
4.	Biaya / tarif	Rp. 0,-

5.	Produk Pelayanan	Rekomendasi Ijin Penelitian
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dapat disampaikan secara lisan ke Dinas Kesehatan Bidang SDK

SERVICE DELIVERY		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian (menggantikan sebagian ketentuan sebelumnya). 3. Permendagri No. 7 Tahun 2014) tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2.	Sarana, Prasarana, dan / atau fasilitas	1. Ruang Layanan SDM 2. Parkir
3	Kompetensi Pelaksana	1. SLTA/D III/S1 2. Menguasai pengoperasian komputer
4.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan secara berjenjang dari Kepala Dinas mengawasi Kabid, Kabid mengawasi JFU/JFT/Pelaksana.
5.	Jumlah Pelaksana	1 (satu) orang
6.	Jaminan Pelayanan	- Memberikan pelayanan yang mudah, tepat waktu, dan transparan. - Meningkatkan profesionalisme aparatur dengan peningkatan kompetensi, kedisiplinan, ketelitian, keramahan, rasa tanggung jawab dan tertib administrasi.
7.	Jaminan Kemaanan dan Keselamatan pelayanan	- Dokumen dijamin keabsahannya - Ruang Tunggu dijamin kenyamanannya - Tempat parkir yang luas dan aman

8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi kinerja dilaksanakan periodik setiap bulan secara berjenjang melalui rapat-rapat internal
----	----------------------------	--

Pelaihari, 03 Maret 2026
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Tanah Laut



dr. Isna Farida, M.Kes
Pembina Utama Muda / IV.c
NIP. 19740612 200501 2 016