



**WALI KOTA DEPOK  
PROVINSI JAWA BARAT**

**PERATURAN WALI KOTA DEPOK  
NOMOR 59 TAHUN 2017  
TENTANG  
PERIZINAN TENAGA KESEHATAN**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
WALI KOTA DEPOK,**

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 4 ayat (4) Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan, ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian perizinan (tenaga kesehatan) diatur dengan Peraturan Wali Kota;
  - b. bahwa dalam ketentuan pemberian izin tenaga kesehatan, Peraturan Wali Kota Depok Nomor 24 Tahun 2012 tentang Perizinan Tenaga Kesehatan, perlu disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan hukum;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Perizinan Tenaga Kesehatan;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Depok dan Kotamadya Daerah Tingkat II Cilegon (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3828);
  2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);

3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5059);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2001 tentang Pengelolaan Bahan Berbahaya Dan Beracun (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4153);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044 );
13. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 333, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5617);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
16. Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia;
17. Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 18 Tahun 2009 tentang Tata Cara Perizinan Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;

20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, Dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Teknisi Gigi;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 22 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Dan Praktik Ortotis Prostetis;
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis;
26. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara;
27. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktek Tenaga Gizi;
28. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 32 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian;
29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan;
30. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis;
31. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2013 tentang Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing;

32. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis;
33. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer;
34. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Teknisi Kardiovaskuler;
35. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik;
36. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis;
37. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Nomor: P.56/Menlhk-Setjen/2015 tentang Tata Cara Dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya Dan Beracun Dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
38. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisika Medik;
39. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi;
40. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut;
41. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Elektromedik;
42. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Asisten Tenaga Kesehatan;
43. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek;
44. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan;
45. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Program Internsip Dokter dan Dokter Gigi Indonesia;

46. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1277/MENKES/SK/VIII/2003 tentang Tenaga Akupunktur;
47. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 3 Tahun 2013 tentang Pedoman Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2013 Nomor 03);
48. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Depok (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2016 Nomor 10);
49. Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Depok Tahun 2017 Nomor 11);
50. Peraturan Wali Kota Depok Nomor 82 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan;

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : **PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERIZINAN TENAGA KESEHATAN.**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Kota adalah Pemerintah Daerah Kota Depok.
2. Wali Kota adalah Wali Kota Depok.
3. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Depok.
4. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok.
5. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

6. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
7. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga.
8. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Menteri kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
9. Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar akreditasi.
10. Organisasi Profesi adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI) untuk Dokter, Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) untuk Dokter Gigi, Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) untuk Perawat, Persatuan Perawat Gigi Indonesia (PPGI) untuk Terapis Gigi dan Mulut, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) untuk Bidan, Ikatan Fisioterapi Indonesia (IFI) untuk Fisioterapis, Persatuan Ahli Radiografer Indonesia (PARI) untuk Radiografer, Ikatan Refraksionis Optisien Indonesia (IROPIN) untuk Refraksionis Optisien, Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) untuk Apoteker, Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI) untuk Tenaga Teknis Kefarmasian dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) untuk Tenaga Gizi, Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) untuk Sanitarian, Ikatan Okupasi Terapi Indonesia (IOTI) untuk Okupasi Terapis, Ikatan Perawat Anestesi Indonesia (IPAI) untuk Perawat Anestesi, Ikatan Teknik Elektromedik Indonesia (IKATEMI) untuk Tenaga Teknik Elektromedis, Ikatan Terapi Wicara Indonesia (IKATWI) untuk Terapis Wicara, Perhimpunan Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI) untuk Perekam Medis, Persatuan Ahli Teknik Laboratorium Kesehatan (PATELKI) untuk Analis Laboratorium dan Persatuan Teknik Gigi Indonesia (PTGI) untuk Tenaga Teknis Gigi.

11. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disingkat Fasyankes adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
12. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pengobatan/perawatan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
13. Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun, yang selanjutnya disebut Limbah B3 adalah sisa suatu usaha dan/atau kegiatan yang mengandung B3.
14. Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup, yang selanjutnya disebut SPPL, adalah pernyataan kesanggupan dari penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan lingkungan hidup atas dampak lingkungan hidup dari usaha dan/atau kegiatannya di luar usaha dan/atau kegiatan yang wajib amdal atau UKL-UPL.
15. Dokter dan Dokter Gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
16. Praktik Kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.
17. Praktik Mandiri adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan secara perorangan.
18. Berita Acara Pemeriksaan yang selanjutnya disingkat BAP adalah hasil visitasi yang berupa ceklis instrumen penilaian disertai rekomendasi tim teknis perizinan yang ditandatangani pemohon dan pemeriksa.



19. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan dinas kesehatan kabupaten/kota kepada dokter dan dokter gigi yang akan menjalankan praktik kedokteran setelah memenuhi persyaratan.
20. Peserta Program Internsip adalah dokter yang baru lulus program studi pendidikan dokter berbasis kompetensi yang akan menjalankan praktik kedokteran dan/atau mengikuti pendidikan dokter spesialis.
21. Psikolog Klinis adalah sarjana psikologi yang telah mendapatkan ijazah, sertifikat dan pengakuan sebagai seorang Drs/Dra psikolog sistem lama, S.Psi dengan program profesi atau M.Psi dengan Magister Profesi Psikologi Klinis.
22. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
23. Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk asuhan keperawatan.
24. Surat Izin Praktik Perawat yang selanjutnya disingkat SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keperawatan.
25. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
26. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.
27. Surat Izin Praktik Bidan yang selanjutnya disingkat SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Bidan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik kebidanan.

28. Praktik Mandiri Bidan adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan.
29. Pekerjaan Kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan Farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusi atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional.
30. Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai Apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker.
31. Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu Apoteker dalam menjalani pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, Analis Farmasi, dan Tenaga Menengah Farmasi/Asisten Apoteker.
32. Surat Izin Apotek yang selanjutnya disingkat SIA adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Apoteker sebagai izin untuk menyelenggarakan Apotek.
33. Surat Izin Praktik Apoteker, yang selanjutnya disingkat SIPA adalah surat izin yang diberikan kepada Apoteker untuk dapat melaksanakan praktik kefarmasian pada fasilitas pelayanan kefarmasian.
34. Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian, yang selanjutnya disebut SIPTTK adalah surat izin praktik yang diberikan kepada Tenaga Teknis Kefarmasian untuk dapat melaksanakan pekerjaan kefarmasian pada fasilitas kefarmasian.
35. Tenaga Sanitarian adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan di bidang kesehatan lingkungan sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan.
36. Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian selanjutnya disingkat SIKTS adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan di bidang kesehatan lingkungan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

37. Tenaga Gizi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan di bidang gizi sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan.
38. Pelayanan Gizi adalah suatu upaya memperbaiki atau meningkatkan, makanan, dietetik masyarakat, kelompok, individu atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit.
39. Surat Izin Praktik Tenaga Gizi yang selanjutnya disingkat SIPTGz adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik pelayanan gizi secara mandiri.
40. Fisioterapis adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan fisioterapi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
41. Fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan/atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, *elektroterapeutis* dan mekanis) pelatihan fungsi, komunikasi.
42. Surat Izin Praktik Fisioterapis yang selanjutnya disingkat SIPF adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik pelayanan fisioterapi secara mandiri dan/atau pada fasilitas pelayanan kesehatan.
43. Okupasi Terapis adalah setiap orang yang telah lulus dari pendidikan okupasi terapi sesuai ketentuan dengan peraturan perundang-undangan.
44. Okupasi Terapi adalah bentuk pelayanan kesehatan kepada pasien/klien dengan kelainan/kecacatan fisik dan/atau mental yang mempunyai gangguan pada kinerja okupasional, dengan menggunakan aktivitas bermakna (okupasi) untuk mengoptimalkan kemandirian individu pada area aktivitas kehidupan sehari-hari, produktivitas dan pemanfaatan waktu luang.

45. Surat Izin Praktik Okupasi Terapis yang selanjutnya disingkat SIPOT adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik pelayanan okupasi terapi secara mandiri.
46. Terapis Wicara adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan terapi wicara sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
47. Terapi Wicara adalah bentuk pelayanan kesehatan professional berdasarkan ilmu pengetahuan, teknologi dalam bidang bahasa, wicara, suara, irama/kelancaran (komunikasi), dan menelan yang ditujukan kepada individu, keluarga dan/atau kelompok untuk meningkatkan upaya kesehatan yang diakibatkan oleh adanya gangguan/kelainan anatomis, fisiologis, psikologis dan sosiologis.
48. Surat Izin Praktik Terapis Wicara yang selanjutnya disingkat SIPTW adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik pelayanan terapi wicara secara mandiri.
49. Tenaga Akupunktur adalah setiap orang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan D III Akupunktur yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.
50. Perekam Medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
51. Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis baik secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di rumah sakit, praktik dokter klinik, asuransi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan menjaga rekaman.

52. Surat Izin Praktik Perekam Medis yang selanjutnya disingkat SIP Perekam Medis adalah bukti tertulis yang diberikan untuk menjalankan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan.
53. Teknisi Pelayanan Darah adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan paling sedikit Diploma Teknologi Transfusi Darah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
54. Surat Izin Praktik Teknisi Pelayanan Darah yang selanjutnya disingkat SIP-TTD adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Teknisi Pelayanan Darah sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
55. Teknisi Kardiovaskuler adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan teknisi kardiovaskuler sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
56. Surat Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler yang selanjutnya disingkat SIP-TKV adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Teknisi Kardiovaskuler sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
57. Refraksionis Optisien adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan refraksi optisi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
58. Optometris adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan optometri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
59. Optikal adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan, pemeriksaan mata dasar, pemeriksaan refraksi serta pelayanan kacamata koreksi dan/atau lensa kontak.
60. Surat Izin Praktik Refraksionis Optisien selanjutnya disebut SIPRO adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan refraksionis optisien pada fasilitas pelayanan kesehatan.

61. Surat Izin Praktik Optometris selanjutnya disebut SIPO adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan optometris pada fasilitas pelayanan kesehatan.
62. Teknisi Gigi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan teknik gigi sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan.
63. Surat Izin Praktik Teknisi Gigi, yang selanjutnya disingkat SIPTG adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan keteknisian gigi pada fasilitas pelayanan kesehatan.
64. Penata Anestesi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan bidang keperawatan anestesi atau Penata Anestesi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
65. Surat Izin Praktik Penata Anestesi yang selanjutnya disingkat SIPPA adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keprofesian Penata Anestesi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
66. Terapis Gigi dan Mulut adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan kesehatan gigi, perawat gigi atau terapis gigi dan mulut sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
67. Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi Dan Mulut adalah pelayanan asuhan yang terencana, diikuti dalam kurun waktu tertentu secara berkesinambungan di bidang promotif, preventif, dan kuratif sederhana untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut yang optimal pada individu, kelompok, dan masyarakat.
68. Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut yang selanjutnya disingkat SIPTGM adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keprofesian Terapis Gigi dan Mulut.
69. Radiografer adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan teknik radiodiagnostik dan radioterapi sesuai ketentuan peraturan perundangan-undangan.

70. Surat Izin Praktik Radiografer yang selanjutnya disingkat SIPR adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan radiografi pada fasilitas pelayanan kesehatan.
71. Elektromedis adalah setiap orang yang telah lulus dari pendidikan teknik elektromedik sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
72. Pelayanan Elektromedis adalah kegiatan instalasi, pemeliharaan, perbaikan, pengujian dan kalibrasi, penyesuaian (*adjustment*), pemantauan fungsi dan inspeksi terhadap alat elektromedik, alat pengujian dan kalibrasi, serta kegiatan pengendalian atau pemantapan mutu, keamanan, keselamatan, pelaporan dan evaluasi, pelayanan rancang bangun atau desain, dan pemecahan masalah serta pembinaan teknis bidang elektromedik.
73. Surat Izin Praktik Elektromedis yang selanjutnya disingkat SIP-E adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Elektromedis sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
74. Ahli Teknologi Laboratorium Medik adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan teknologi laboratorium medik atau analis kesehatan atau analis medis dan memiliki kompetensi melakukan analisis terhadap cairan dan jaringan tubuh manusia untuk menghasilkan informasi tentang kesehatan perseorangan dan masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
75. Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik yang selanjutnya disingkat SIP-ATLM adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Ahli Teknologi Laboratorium Medik sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
76. Ortosis Prostetik adalah setiap orang yang telah lulus program pendidikan ortotik prostetik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

77. Ortotik Prostetik adalah Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Ortotis Prostetis dalam hal alat bantu kesehatan berupa ortosis maupun prostesis untuk kesehatan fisik dan psikis berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan derajat kesehatan individu, kelompok dan masyarakat yang diakibatkan oleh adanya gangguan fungsi dan gerak anggota tubuh dan *trunk* (batang tubuh) serta hilangnya bagian anggota gerak tubuh yang yang dapat mengakibatkan gangguan/kelainan anatomis, fisiologis, psikologis dan sosiologis.
78. Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis yang selanjutnya disingkat SIPOP adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik pelayanan Ortotis Protetis.
79. Fisikawan Medis adalah tenaga kesehatan yang diberi tugas, wewenang dan tanggung jawab oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan kegiatan fisika medik pada rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain.
80. Pelayanan Fisika Medik adalah pelayanan kesehatan profesional terhadap pengendalian parameter fisika berupa radiasi dan imejing pada peralatan radiodiagnostik, radioterapi, dan kedokteran nuklir.
81. Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing yang selanjutnya disingkat TK-WNA adalah warga negara asing yang memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang diakui oleh Pemerintah.
82. Pengguna TK-WNA, yang selanjutnya disebut Pengguna adalah institusi, lembaga atau organisasi yang berbadan hukum dan telah memiliki izin mendayagunakan TK-WNA untuk melakukan kegiatan upaya kesehatan dengan membayar upah atau imbalan dalam bentuk lain.



83. Rencana Penggunaan Tenaga Kerja Asing yang selanjutnya disingkat RPTKA adalah rencana penggunaan TK-WNA pada jabatan tertentu yang dibuat oleh Pengguna untuk jangka waktu tertentu.
84. Izin Mempekerjakan Tenaga Kerja Asing yang selanjutnya disingkat IMTA adalah izin tertulis yang diberikan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan atau Pejabat yang ditunjuk kepada pengguna tenaga kerja asing.
85. Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing yang selanjutnya disingkat SIP TK-WNA adalah bukti tertulis yang diberikan dinas kesehatan kota kepada tenaga kesehatan warga negara asing yang akan menjalankan praktik pelayanan kesehatan setelah memenuhi persyaratan.

## **Pasal 2**

- (1) Ruang lingkup Peraturan Wali Kota ini yaitu :
  - a. Pengelompokan dan Kualifikasi;
  - b. Penerbitan Izin;
  - c. Pencabutan Izin;
  - d. Pelimpahan Tindakan; dan
  - e. Pembinaan dan Pengawasan.
- (2) Dikecualikan dari ayat (1) huruf b dan huruf c, ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan tenaga kesehatan tradisional akan diatur dalam Peraturan Wali Kota tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.

## **BAB II**

### **PENGELOMPOKAN DAN KUALIFIKASI**

## **Pasal 3**

- (1) Tenaga di bidang kesehatan terdiri atas:
  - a. Tenaga Kesehatan; dan
  - b. Asisten Tenaga Kesehatan.

- (2) Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dikelompokkan ke dalam:
- a. tenaga medis;
  - b. tenaga psikologi klinis;
  - c. tenaga keperawatan;
  - d. tenaga kebidanan;
  - e. tenaga kefarmasian;
  - f. tenaga kesehatan masyarakat;
  - g. tenaga kesehatan lingkungan;
  - h. tenaga gizi;
  - i. tenaga keterampilan fisik;
  - j. tenaga keteknisian medis;
  - k. tenaga teknik biomedika;
  - l. tenaga kesehatan tradisional; dan
  - m. tenaga kesehatan lain.
- (3) Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga (D III).
- (4) Dikecualikan dari ayat (3), untuk tenaga medis, psikolog klinis dan apoteker harus memiliki ijazah profesi.
- (5) Jenis asisten tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:
- a. asisten perawat;
  - b. asisten tenaga kefarmasian;
  - c. asisten dental;
  - d. asisten teknisi laboratorium medik; dan
  - e. asisten teknisi pelayanan darah.
- (6) Asisten tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus memiliki kualifikasi paling sedikit pendidikan menengah di bidang kesehatan.
- (7) Asisten tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b hanya dapat bekerja di bawah supervisi tenaga kesehatan.
- (8) Dalam melaksanakan pekerjaannya, asisten tenaga kesehatan tidak memerlukan registrasi dan surat izin.

**BAB III**  
**PENERBITAN IZIN**

**Bagian Kesatu**

**Umum**

**Pasal 4**

- (1) Setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik pelayanan kesehatan wajib memiliki izin praktik.
- (2) Izin praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh Kepala Dinas.
- (3) Izin praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada tenaga kesehatan yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).
- (4) Untuk mendapatkan izin praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tenaga kesehatan harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas dengan melampirkan:
  - a. fotokopi ijazah pendidikan yang dilegalisasi;
  - b. fotokopi STR yang masih berlaku;
  - c. rekomendasi dari Organisasi Profesi;
  - d. surat pernyataan memiliki tempat praktik untuk praktik mandiri atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes;
  - e. fotokopi izin praktik yang sudah dimiliki;
  - f. surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah/ pemerintah daerah/TNI/Polri;
  - g. fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
  - h. pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
  - i. surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
  - j. fotokopi izin operasional fasyankes atau fasilitas kefarmasian.
- (5) 1 (satu) izin praktik hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.

- (6) Perpanjangan izin praktik harus sudah diajukan kepada Kepala Dinas paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum masa berlaku izin praktik berakhir.

#### **Pasal 5**

- (1) Tenaga kesehatan dapat menjalankan praktik keprofesiannya secara mandiri dan/atau di fasyankes.
- (2) Praktik mandiri tenaga kesehatan di satu lokasi paling banyak terdiri dari 2 (dua) orang tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan.
- (3) Fasyankes sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. praktik mandiri tenaga kesehatan;
  - b. pusat kesehatan masyarakat;
  - c. klinik;
  - d. rumah sakit;
  - e. apotek;
  - f. unit transfusi darah;
  - g. laboratorium kesehatan;
  - h. optikal;
  - i. fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum; dan
  - j. fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.

#### **Pasal 6**

- (1) Tenaga kesehatan yang melakukan praktik mandiri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) wajib melakukan pengelolaan limbah B3 yang dihasilkan.
- (2) Limbah B3 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi limbah dengan karakteristik infeksius, benda tajam, patologis, bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, radioaktif, farmasi, sitotoksik, peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi, dan tabung gas atau kontainer bertekanan.
- (3) Pengelolaan limbah B3 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk SPPL dan/atau melakukan kerjasama dengan pengelola limbah B3 berizin.

- (4) Tenaga kesehatan yang melakukan praktik mandiri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) wajib memasang papan nama praktik.
- (5) Ketentuan papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Pasal 7**

- (1) Setiap tenaga kesehatan hanya dapat menjadi penanggung jawab paling banyak di 1 (satu) fasyankes.
- (2) Tenaga kesehatan dan fasyankes sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu :
  - a. Tenaga medis menjadi penanggung jawab di klinik, rumah sakit, unit transfusi darah, laboratorium kesehatan dan/atau fasyankes tradisional;
  - b. Apoteker menjadi penanggung jawab di apotek, sarana produksi dan/atau sarana distribusi sediaan farmasi;
  - c. Tenaga teknis kefarmasian menjadi penanggung jawab di toko obat;
  - d. Refraksionis optisien/Optometriss menjadi penanggung jawab di optikal.
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan untuk tenaga kesehatan yang menjadi penanggung jawab di fasyankes milik pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri.

#### **Pasal 8**

- (1) Izin praktik masih berlaku sepanjang:
  - a. STR masih berlaku;
  - b. Tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam izin praktik;
  - c. izin operasional fasyankes masih berlaku;
  - d. rekomendasi dari organisasi profesi tidak dicabut;
  - e. izin praktik tidak dicabut; dan
  - f. dalam masa perpanjangan STR, paling lama 6 (enam) bulan setelah masa berlaku STR yang sebelumnya habis.

- (2) Izin praktik dinyatakan tidak berlaku, apabila:
  - a. alamat tempat praktik tidak sesuai lagi dengan izin praktik;
  - b. masa berlakunya habis dan tidak diperpanjang;
  - c. dicabut atas perintah pengadilan;
  - d. dicabut atas rekomendasi Organisasi Profesi; dan
  - e. yang bersangkutan meninggal dunia.
- (3) Warna blanko izin praktik:
  - a. hijau untuk tenaga medis;
  - b. kuning untuk tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan; dan
  - c. merah untuk tenaga kesehatan lainnya.

## **Bagian Kedua**

### **Tenaga Medis**

#### **Pasal 9**

- (1) Tenaga medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
- (2) Dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis dapat menjalankan praktik kedokteran secara mandiri dan/atau di fasyankes.
- (3) Setiap dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang melakukan praktik kedokteran wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIP.
- (4) SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa:
  - a. SIP dokter, SIP dokter gigi, SIP dokter spesialis, dan SIP dokter gigi spesialis bagi dokter dan dokter gigi;
  - b. SIP Internsip dengan kewenangan yang sama dengan dokter bagi dokter atau dokter gigi peserta program internsip;
  - c. SIP dokter atau SIP dokter gigi dengan kewenangan sesuai kompetensi yang ditetapkan oleh Ketua Program Studi (KPS) bagi peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) atau peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS);

- d. SIP dokter dengan kewenangan sebagaimana tercantum dalam surat keterangan kompetensi yang dikeluarkan oleh Kolegium bagi peserta program dokter dengan kewenangan tambahan yang memperoleh penugasan khusus di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
- (5) Dikecualikan dari Pasal 4 ayat (5), 1 (satu) SIP Internsip berlaku untuk 1 (satu) wahana dan 1 (satu) puskesmas pendamping.
  - (6) SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan paling banyak untuk 3 (tiga) tempat.
  - (7) Untuk mendapatkan SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tenaga medis harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4) kecuali huruf i.
  - (8) Surat permohonan memperoleh SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (7) tercantum dalam Formulir I-a pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
  - (9) Format SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-a pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
  - (10) Sebelum penerbitan SIP praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian sarana, peralatan dan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
  - (11) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (10) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-a, Formulir III-b, Formulir III-c dan Formulir III-d pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

**Bagian Ketiga**  
**Tenaga Psikologi Klinis**

**Pasal 10**

- (1) Tenaga psikologi klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b adalah psikolog klinis.
- (2) Psikolog klinis dapat menjalankan praktik psikologi klinis secara mandiri dan/atau di fasyankes.
- (3) Setiap psikolog klinis yang akan melakukan praktik psikologi klinis wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIP Psikolog.
- (4) SIP Psikolog sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan paling banyak untuk 3 (tiga) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIP Psikolog sebagaimana dimaksud pada ayat (3), psikolog klinis harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIP Psikolog sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-b pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIP Psikolog sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-b pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Sebelum penerbitan SIP Psikolog praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian tempat praktik sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Bagian Keempat**  
**Tenaga Keperawatan**

**Pasal 11**

- (1) Tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c terdiri atas berbagai jenis perawat.
- (2) Perawat dapat menjalankan praktik keperawatan secara mandiri dan/atau di fasyankes.



- (3) Perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIPP.
- (4) SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan kepada perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (3), perawat harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-c pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-c pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Sebelum penerbitan SIPP praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian sarana, peralatan dan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (9) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-e pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

### **Bagian Kelima**

### **Tenaga Kebidanan**

#### **Pasal 12**

- (1) Tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf d adalah bidan.
- (2) Bidan dapat menjalankan praktik kebidanannya secara mandiri dan/atau fasyankes.
- (3) Praktik kebidanan secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa Praktik Mandiri Bidan.
- (4) Bidan yang menjalankan praktik kebidanannya wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIPB.
- (5) SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan kepada Bidan paling banyak untuk 2 (dua) tempat.

- (6) Untuk mendapatkan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (4), bidan harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (7) Surat permohonan memperoleh SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tercantum dalam Formulir I-d pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Format SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir II-d pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

### **Pasal 13**

- (1) Bidan yang menyelenggarakan Praktik Mandiri Bidan harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, serta obat dan bahan habis pakai sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) SIPB Praktik Mandiri Bidan diterbitkan setelah dilakukan visitasi untuk penilaian terhadap pemenuhan persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) oleh tim teknis perizinan.
- (3) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-f pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (4) Praktik Mandiri Bidan tidak memerlukan izin penyelenggaraan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan.
- (5) Izin penyelenggaraan Praktik Mandiri Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) melekat pada SIPB yang bersangkutan.
- (6) Bidan dalam menyelenggarakan Praktik Mandiri Bidan dapat dibantu oleh tenaga kesehatan lain atau tenaga nonkesehatan.
- (7) Tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus memiliki SIP sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (8) Untuk melaksanakan praktik kebidanan, Praktik Mandiri Bidan dapat melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana antenatal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Bagian Keenam**  
**Tenaga Kefarmasian**

**Paragraf 1**

**Umum**

**Pasal 14**

- (1) Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf e terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.
- (2) Tenaga kefarmasian dapat menjalankan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian.
- (3) Yang termasuk fasilitas kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi :
  - a. Fasilitas Produksi Sediaan Farmasi yang merupakan sarana yang digunakan untuk memproduksi obat, bahan baku obat, obat tradisional, dan kosmetika;
  - b. Fasilitas Distribusi Sediaan Farmasi yaitu Pedagang Besar Farmasi dan Instalasi Sediaan Farmasi; dan
  - c. Fasilitas Pelayanan Kefarmasian yaitu apotek, instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik atau toko obat.

**Paragraf 2**

**Apoteker**

**Pasal 15**

- (1) Setiap apoteker yang akan menjalankan pekerjaan kefarmasian wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPA.
- (2) SIPA bagi apoteker di fasilitas produksi sediaan farmasi dan fasilitas distribusi sediaan farmasi hanya diberikan untuk 1 (satu) tempat.

- (3) SIPA bagi apoteker di fasilitas pelayanan kefarmasian dapat diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) tempat.
- (4) Dalam hal apoteker telah memiliki SIA, apoteker yang bersangkutan hanya dapat memiliki 2 (dua) SIPA pada fasilitas pelayanan kefarmasian lain.
- (5) Untuk mendapatkan SIPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), apoteker harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4), dilengkapi dengan :
  - a. fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir KFN;
  - b. jadwal pelaksanaan pekerjaan kefarmasian di setiap fasilitas kefarmasian.
- (6) Surat permohonan memperoleh SIPA sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-e pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir II-e pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

### **Paragraf 3**

### **Tenaga Teknis Kefarmasian**

#### **Pasal 16**

- (1) Setiap tenaga teknis kefarmasian yang akan menjalankan pekerjaan kefarmasian wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPTTK.
- (2) SIPTTK dapat diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) tempat fasilitas kefarmasian.
- (3) Untuk mendapatkan SIPTTK sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tenaga teknis kefarmasian harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (4) Surat permohonan memperoleh SIPTTK sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir I-f pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

- (5) Format SIPTTK sebagaimana dimaksud pada ayat (21) tercantum dalam Formulir II-f pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

**Bagian Ketujuh**  
**Tenaga Kesehatan Masyarakat**

**Pasal 17**

- (1) Tenaga kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf f terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
- (2) Tenaga kesehatan masyarakat dapat menjalankan praktik kesehatan masyarakat di fasyankes dan fasilitas lainnya.
- (3) Setiap tenaga kesehatan masyarakat yang akan melakukan praktik kesehatan masyarakat wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIP Ahli Kesehatan Masyarakat.
- (4) SIP Ahli Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan paling banyak untuk 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIP Ahli Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tenaga kesehatan masyarakat harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIP Ahli Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-g pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIP Ahli Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-g pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

**Bagian Kedelapan**  
**Tenaga Kesehatan Lingkungan**

**Paragraf 1**

**Umum**

**Pasal 18**

- (1) Tenaga kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf g terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
- (2) Ketentuan mengenai izin praktik entomolog kesehatan dan mikrobiolog kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Paragraf 2**

**Sanitarian**

**Pasal 19**

- (1) Tenaga Sanitarian untuk dapat melakukan pekerjaannya berpendidikan paling sedikit D III Ahli Madya Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan/Teknologi Sanitasi, atau D III Penilik Kesehatan.
- (2) Tenaga Sanitarian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melakukan praktik di fasyankes dan/atau industri.
- (3) Tenaga Sanitarian yang melakukan praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIPTS.
- (4) SIPTS dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIPTS sebagaimana dimaksud pada ayat (3), tenaga sanitarian harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIPTS sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-h pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

- (7) Format SIPTS sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-h pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

## **Bagian Kesembilan**

### **Tenaga Gizi**

#### **Pasal 20**

- (1) Tenaga gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf h terdiri atas nutrisisionis dan dietisien.
- (2) Tenaga Gizi dikelompokkan berdasarkan kualifikasi pendidikannya sebagai berikut:
  - a. Tenaga Gizi *Technical Registered Dietisien* merupakan Tenaga Gizi Ahli Madya Gizi dengan kualifikasi pendidikan D III Gizi;
  - b. Tenaga Gizi *Nutrisisionis Registered* merupakan Tenaga Gizi Sarjana Terapan Gizi, dan Sarjana Gizi dengan kualifikasi pendidikan D IV Gizi dan Sarjana Gizi; dan
  - c. Tenaga Gizi *Registered Dietisien* merupakan Tenaga Gizi Sarjana Terapan Gizi, dan Sarjana Gizi dengan kualifikasi pendidikan profesi *Registered Dietisien*.
- (3) Tenaga Gizi dapat menjalankan praktik pelayanan gizi secara mandiri dan/atau fasyankes.
- (4) Tenaga Gizi yang menjalankan praktik pelayanan gizi secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus merupakan Tenaga Gizi *Registered Dietisien*.
- (5) Tenaga Gizi *Technical Registered Dietisien* dan *Nutrisisionis Registered* hanya dapat bekerja di fasyankes.
- (6) Setiap tenaga gizi yang akan menjalankan praktik pelayanan gizi wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPTGz.
- (7) SIPTGz dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.

- (8) Untuk mendapatkan SIPTGz sebagaimana dimaksud pada ayat (6), tenaga gizi harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (9) Surat permohonan memperoleh SIPTGz sebagaimana dimaksud pada ayat (8) tercantum dalam Formulir I-i pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (10) Format SIPTGz sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tercantum dalam Formulir II-i pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (11) Tenaga Gizi yang akan memberikan Pelayanan Gizi secara mandiri harus memiliki peralatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan konseling gizi dan Pelayanan Gizi di berbagai fasilitas.
- (12) Sebelum penerbitan SIPTGz praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (11) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (13) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (12) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-g pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

## **Bagian Kesepuluh**

### **Tenaga Keterampilan Fisik**

#### **Paragraf 1**

##### **Umum**

#### **Pasal 21**

Tenaga Keterampilan Fisik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf i terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.

#### **Paragraf 2**

##### **Fisioterapis**

#### **Pasal 22**

- (1) Fisioterapis berdasarkan kualifikasi pendidikannya dikelompokkan sebagai berikut:



- a. Fisioterapis Ahli Madya dengan kualifikasi pendidikan D III Fisioterapi;
  - b. Fisioterapi Sarjana Sains Terapan dengan kualifikasi pendidikan D IV atau Sarjana Terapan Fisioterapi;
  - c. Fisioterapis Profesi dengan kualifikasi pendidikan profesi Fisioterapi; dan
  - d. Fisioterapis Spesialis dengan kualifikasi pendidikan profesi Spesialis Fisioterapi.
- (2) Fisioterapis dapat menjalankan praktik pelayanan fisioterapi secara mandiri dan/atau fasyankes lain.
  - (3) Fisioterapis yang menjalankan praktik pelayanan fisioterapi secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus merupakan Fisioterapis Profesi atau Fisioterapis Spesialis.
  - (4) Fisioterapis Ahli Madya atau Fisioterapis Sains Terapan hanya dapat bekerja di fasyankes.
  - (5) Fisioterapis Ahli Madya atau Fisioterapis Sains Terapan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus bekerja di bawah pengawasan Fisioterapis Profesi atau Fisioterapis Spesialis.
  - (6) Setiap Fisioterapis yang akan menjalankan praktik pelayanan fisioterapi wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPF.
  - (7) SIPF dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
  - (8) Untuk mendapatkan SIPF sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Fisioterapis harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
  - (9) Surat permohonan memperoleh SIPF sebagaimana dimaksud pada ayat (8) tercantum dalam Formulir I-j pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
  - (10) Format SIPF sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tercantum dalam Formulir II-j pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

- (11) Fisioterapis yang akan melakukan pelayanan fisioterapi secara mandiri harus memenuhi persyaratan sarana, dan peralatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan fisioterapi.
- (12) Sebelum penerbitan SIPF praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian sarana dan peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (11) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (13) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (12) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-h pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

### **Paragraf 3**

### **Okupasi Terapis**

#### **Pasal 23**

- (1) Dalam menjalankan pekerjaan dan praktiknya Okupasi Terapis paling sedikit berijazah D III Okupasi Terapi.
- (2) Okupasi Terapis dapat menjalankan praktik pelayanan okupasi terapi secara mandiri dan/atau fasyankes.
- (3) Setiap Okupasi Terapis yang akan menjalankan praktik pelayanan okupasi terapi wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPOT.
- (4) SIPOT dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIPOT sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Okupasi Terapis harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIPOT sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-j pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIPOT sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Okupasi Terapis yang melaksanakan pelayanan okupasi terapi secara mandiri harus memenuhi persyaratan sarana.

- (9) Okupasi Terapis dalam menjalankan pekerjaan kunjungan rumah paling sedikit memiliki perlengkapan untuk tindakan okupasi terapi dan catatan tindakan okupasi terapi.
- (10) Sebelum penerbitan SIPOT praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian sarana dan peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) dan ayat (9) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (11) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (10) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-i pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 4**

#### **Terapis Wicara**

#### **Pasal 24**

- (1) Dalam menjalankan pekerjaan dan praktiknya, Terapis Wicara paling sedikit berijazah D III Terapis Wicara.
- (2) Terapis Wicara dapat menjalankan praktik pelayanan terapi wicara secara mandiri dan/atau fasyankes.
- (3) Setiap Terapis Wicara yang akan menjalankan praktik pelayanan terapi wicara wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPTW.
- (4) SIPTW dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIPTW sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Terapis Wicara harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIPTW sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-j pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIPTW sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-1 pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

- (8) Terapis Wicara yang memberikan pelayanan terapi wicara secara mandiri harus mempunyai sarana, dan peralatan sesuai dengan kebutuhan minimal pelayanan terapi wicara mandiri.
- (9) Sebelum penerbitan SIPTW praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian sarana dan peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (8) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (10) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (9) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-j pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

### **Paragraf 5**

### **Akupunktur**

### **Pasal 25**

- (1) Dalam menjalankan pekerjaan dan praktiknya, tenaga akupunktur paling sedikit berijazah D III Akupunktur.
- (2) Akupunktur dapat menjalankan praktik akupunktur secara mandiri dan/atau di fasyankes.
- (3) Setiap akupunktur yang akan melakukan praktik akupunktur wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIP Akupunktur.
- (4) SIP Akupunktur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan paling banyak untuk 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIP Akupunktur sebagaimana dimaksud pada ayat (3), akupunktur harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIP Akupunktur sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-j pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIP Akupunktur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-m pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Sebelum penerbitan SIP Akupunktur praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

**Bagian Kesebelas**  
**Tenaga Ketenagakerjaan Medis**

**Paragraf 1**

**Umum**

**Pasal 26**

Tenaga keteknisian medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf j terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.

**Paragraf 2**

**Perekam Medis dan Informasi Kesehatan**

**Pasal 27**

- (1) Perekam Medis berdasarkan kualifikasi pendidikannya dikelompokkan sebagai berikut:
  - a. Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan kualifikasi pendidikan D III;
  - b. Sarjana Terapan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan kualifikasi pendidikan D IV;
  - c. Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan kualifikasi pendidikan Sarjana; dan
  - d. Magister Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan kualifikasi pendidikan Magister.
- (2) Perekam Medis dapat menjalankan pekerjaannya di fasyankes berupa puskesmas, klinik, rumah sakit, dan fasyankes lainnya.
- (3) Setiap Perekam Medis yang melakukan pekerjaannya wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIP Perekam Medis.
- (4) SIP Perekam Medis dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.

- (5) Untuk mendapatkan SIP Perekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Perekam Medis harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIP Perekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIP Perekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-n pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

### **Paragraf 3**

#### **Teknisi Pelayanan Darah**

##### **Pasal 28**

- (1) Teknisi Pelayanan Darah dapat menjalankan praktik di Unit Transfusi Darah (UTD) dan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS).
- (2) Setiap Teknisi Pelayanan Darah yang menyelenggarakan praktik di bidang keteknisian transfusi darah wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIP-TTD.
- (3) SIP-TTD dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (4) Untuk mendapatkan SIP-TTD sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Teknisi Pelayanan Darah harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (4).
- (5) Surat permohonan memperoleh SIP-TTD sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir I-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (6) Format SIP-TTD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Formulir II-o pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 4**

#### **Teknisi Kardiovaskuler**

#### **Pasal 29**

- (1) Teknisi Kardiovaskuler dapat menjalankan praktik di fasyankes berupa klinik, rumah sakit dan fasyankes lainnya.
- (2) Setiap Teknisi Kardiovaskuler yang menyelenggarakan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIP-TKV.
- (3) SIP-TKV dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (4) Untuk mendapatkan SIP-TKV sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Teknisi Kardiovaskuler harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (4).
- (5) Surat permohonan memperoleh SIP-TKV sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir I-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (6) Format SIP-TKV sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Formulir II-p pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 5**

#### **Refraksionis Optisien dan Optometris**

#### **Pasal 30**

- (1) Refraksionis Optisien dan Optometris berdasarkan kualifikasi pendidikannya dikelompokkan sebagai berikut:
  - a. Refraksionis Optisien dengan kualifikasi pendidikan D III Refraksi Optisi; dan
  - b. Optometris dengan kualifikasi pendidikan D IV atau Sarjana Terapan Optometri atau Sarjana Profesi Optometri.
- (2) Refraksionis Optisien atau Optometris dapat menjalankan praktik di fasyankes berupa puskesmas, klinik, rumah sakit, optikal, dan fasyankes lainnya.

- (3) Refraksionis Optisien atau Optometris yang menyelenggarakan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPRO atau SIPO.
- (4) SIPRO atau SIPO dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIPRO atau SIPO sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Refraksionis Optisien dan Optometris harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIPRO atau SIPO sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIPRO dan SIPO sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-q dan Formulir II-r pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 6**

#### **Teknisi Gigi**

#### **Pasal 31**

- (1) Teknisi gigi hanya dapat menjalankan pekerjaan keteknisian gigi pada laboratorium teknik gigi di puskesmas, klinik, rumah sakit dan laboratorium teknik gigi mandiri.
- (2) Setiap Teknisi Gigi yang melakukan pekerjaan keteknisian gigi wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPTG.
- (3) SIPTG dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (4) Untuk mendapatkan SIPTG sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Teknisi Gigi harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (5) Surat permohonan memperoleh SIPTG sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir I-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.



- (6) Format SIPTG sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Formulir II-s pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Laboratorium teknik gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi persyaratan minimal peralatan dan bahan.
- (8) Sebelum penerbitan SIPTG praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian persyaratan minimal peralatan dan bahan sebagaimana dimaksud pada ayat (7).
- (9) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 7**

#### **Penata Anestesi**

#### **Pasal 32**

- (1) Penata Anestesi yang menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki surat izin praktik dalam bentuk SIPPA.
- (2) SIPPA dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (3) Untuk mendapatkan SIPPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Penata Anestesi harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (4) Surat permohonan memperoleh SIPPA sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir I-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (5) Format SIPPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Formulir II-t pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 8**

#### **Terapis Gigi dan Mulut**

#### **Pasal 33**

- (1) Terapis gigi dan mulut dapat menjalankan praktik keprofesiannya secara mandiri dan/atau fasyankes lain.

- (2) Salah satu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan untuk praktik keprofesian secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah praktik perseorangan dokter gigi.
- (3) Terapis gigi dan mulut yang menjalankan praktik keprofesiannya secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus berpendidikan paling sedikit D III Kesehatan Gigi, Keperawatan Gigi atau Terapis Gigi dan Mulut.
- (4) Terapis gigi dan mulut yang menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIPTGM.
- (5) SIPTGM sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan kepada terapis gigi dan mulut paling banyak untuk 2 (dua) tempat.
- (6) Untuk mendapatkan SIPTGM sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terapis gigi dan mulut harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (7) Surat permohonan memperoleh SIPTGM sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tercantum dalam Formulir I-k pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Format SIPTGM sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir II-u pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (9) Terapis gigi dan mulut yang akan melakukan pekerjaan secara mandiri harus memenuhi standar minimal sarana, peralatan, dan obat sesuai dengan kebutuhan asuhan kesehatan gigi dan mulut.
- (10) Sebelum penerbitan SIPTGM praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian standar minimal sarana, peralatan, dan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (9).
- (11) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (10) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-1 pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

**Bagian Keduabelas**  
**Tenaga Teknik Biomedika**

**Paragraf 1**

**Umum**

**Pasal 34**

Tenaga teknik biomedika sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat pada ayat (3) huruf k terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.

**Paragraf 2**

**Radiografer**

**Pasal 35**

- (1) Kualifikasi pendidikan Radiografer dikelompokkan sebagai berikut:
  - a. D III Akademi Penata Rontgen, Akademi Teknik Radiodiagnostik dan Radioterapi;
  - b. D III Radiologi, Pendidikan Ahli Madya Radiodiagnostik dan Radioterapi, Politeknik Kesehatan Jurusan Radiodiagnostik dan Radioterapi;
  - c. D IV Teknik Radiologi;
  - d. Sarjana Terapan Teknik Radiologi.
- (2) Radiografer dapat menjalankan praktik Keprofesiannya di fasyankes.
- (3) Salah satu bentuk fasyankes sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah praktik perorangan dokter dan dokter gigi.
- (4) Radiografer yang menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIPR.
- (5) SIPR dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (6) Untuk mendapatkan SIPR sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Radiografer harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (7) Surat permohonan memperoleh SIPR sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tercantum dalam Formulir I-1 pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

- (8) Format SIPR sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir II-v pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

### **Paragraf 3**

### **Elektromedis**

### **Pasal 36**

- (1) Elektromedis berdasarkan kualifikasi pendidikannya dikelompokkan sebagai berikut:
- a. Ahli Madya Teknik Elektromedik dengan pendidikan D III; dan
  - b. Sarjana Terapan Teknik Elektromedik dengan pendidikan D IV.
- (2) Elektromedis dapat melakukan pelayanan di fasyankes dan fasilitas kesehatan lainnya.
- (3) Fasilitas kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa Balai/Loka Pengamanan Fasilitas Kesehatan, UPTD Elektromedik, Balai Pengawas Obat dan Makanan, Balai Laboratorium Kesehatan, Kantor Kesehatan Pelabuhan, Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Politeknik Kementerian Kesehatan, Balai Besar Pelatihan SDM Kesehatan, Institusi Pengujian Alat Kesehatan, Industri Alat Kesehatan, Penyalur Alat Kesehatan dan tempat yang menggunakan alat elektromedik.
- (4) Elektromedis yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIP-E.
- (5) Elektromedis hanya dapat memiliki 1 (satu) SIP-E.
- (6) Untuk mendapatkan SIP-E sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Elektromedis harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4), kecuali huruf e.

- (7) Surat permohonan memperoleh SIP-E sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tercantum dalam Formulir I-1 pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Format SIP-E sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir II-w pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 4**

#### **Ahli Teknologi Laboratorium Medik**

#### **Pasal 37**

- (1) Ahli Teknologi Laboratorium Medik berdasarkan kualifikasi pendidikannya dikelompokkan sebagai berikut:
  - a. Ahli Madya Teknologi Laboratorium Medik dengan pendidikan D III; dan
  - b. Sarjana Terapan Teknologi Laboratorium Medik dengan pendidikan D IV.
- (2) Ahli Teknologi Laboratorium Medik dapat menyelenggarakan atau menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan di Laboratorium pada fasyankes.
- (3) Fasyankes sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, mikrobiologi klinik, parasitologi klinik, biologi molekuler, riset medik, reproduksi manusia, sitogenetik, forensik, pengujian narkotika dan psikotropika, toksikologi, imunologi, virologi, dan/atau serologi.
- (4) Ahli Teknologi Laboratorium Medik yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIP-ATLM.
- (5) SIP-ATLM dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (6) Untuk mendapatkan SIP-ATLM sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Ahli Teknologi Laboratorium Medik harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).

- (7) Surat permohonan memperoleh SIP-ATLM sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tercantum dalam Formulir I-1 pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Format SIP-ATLM sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam Formulir II-x pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

## **Paragraf 5**

### **Ortotis Prostetis**

#### **Pasal 38**

- (1) Dalam menjalankan pekerjaan dan praktiknya, Ortotis Prostetis paling sedikit berijazah D III Ortotik Prostetik.
- (2) Ortotis Prostetis dapat menjalankan pekerjaan dan praktiknya secara mandiri dan/atau fasyankes.
- (3) Ortotis Prostetis yang melakukan praktik pelayanan Ortotik Prostetik wajib memiliki izin praktik dalam bentuk SIPOP.
- (4) SIPOP dapat diberikan untuk paling banyak 2 (dua) tempat.
- (5) Untuk mendapatkan SIPOP sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Ortotis Prostetis harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (4).
- (6) Surat permohonan memperoleh SIPOP sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir I-1 pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (7) Format SIPOP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir II-y pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (8) Ortotis Prostetis yang memberikan pelayanan ortotik prostetik secara mandiri harus mempunyai sarana dan peralatan sesuai dengan kebutuhan minimal pelayanan prtotik prostetik mandiri.

- (9) Sebelum penerbitan SIPOP praktik mandiri, terlebih dahulu dilakukan visitasi oleh tim teknis perizinan untuk penilaian sarana dan peralatan sesuai dengan kebutuhan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (8).
- (10) Hasil visitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (9) berbentuk BAP yang tercantum dalam Formulir III-m pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

#### **Paragraf 6**

#### **Fisikawan Medik**

#### **Pasal 39**

- (1) Pelayanan fisika medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain.
- (2) Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara mandiri atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.
- (3) Ketentuan mengenai SIP tenaga fisikawan medik sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Bagian Ketigabelas**

#### **Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing**

#### **Paragraf 1**

#### **Umum**

#### **Pasal 40**

- (1) Kegiatan pendayagunaan TK-WNA meliputi:
  - a. pelayanan kesehatan;
  - b. pendidikan dan pelatihan kesehatan;
  - c. bakti sosial bidang kesehatan; dan
  - d. penelitian kesehatan.
- (2) TK-WNA yang didayagunakan di Indonesia dilarang:
  - a. melaksanakan tugas dan pekerjaan yang tidak sesuai dengan kompetensi, jabatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat atau wilayah kerja yang telah ditentukan dalam IMTA atau izin penyelenggaraan;
  - b. melakukan praktik mandiri; dan

- c. menduduki jabatan personalia dan jabatan tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Praktik mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan pemberian pelayanan langsung kepada pasien/klien diluar fasilitas yang dinyatakan Pengguna dalam RPTKA.
  - (4) Jenis TK-WNA yang dapat didayagunakan meliputi dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lain.
  - (5) Setiap TK-WNA yang melakukan pekerjaan profesinya harus memiliki STRA Khusus/STR Sementara dan SIP TK-WNA.
  - (6) SIP TK-WNA sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diterbitkan oleh Kepala Dinas.
  - (7) Untuk mendapatkan SIP TK-WNA sebagaimana dimaksud pada ayat (6), TK-WNA harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas dengan melampirkan:
    - a. fotokopi ijazah terakhir sesuai profesi yang telah dilegalisir oleh institusi pendidikan tenaga kesehatan yang menerbitkan di negara asal;
    - b. fotokopi STRA khusus/STR sementara;
    - c. rekomendasi dari Organisasi Profesi;
    - d. surat pernyataan memiliki tempat praktik untuk praktik mandiri atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan;
    - e. fotokopi izin praktik yang sudah dimiliki;
    - f. fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
    - g. pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
    - h. fotokopi izin fasilitas pelayanan kesehatan; dan
    - i. mampu berbahasa Indonesia dengan baik yang dibuktikan dengan sertifikat dari Pusat Bahasa Indonesia.



- (8) SIP TK-WNA berlaku selama 1 (satu) tahun dan selama STRA khusus/STR sementara masih berlaku serta dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.
- (9) Surat permohonan memperoleh SIP TK-WNA sebagaimana dimaksud pada ayat (7) tercantum dalam Formulir I-x pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.
- (10) Format SIP TK-WNA sebagaimana dimaksud pada ayat (5) tercantum dalam Formulir II-y pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

## **Paragraf 2**

### **Pelayanan Kesehatan**

#### **Pasal 41**

- (1) Pendayagunaan TK-WNA dalam kegiatan pelayanan kesehatan hanya dapat dilakukan apabila kompetensi yang dimiliki oleh TK-WNA belum dimiliki oleh tenaga kesehatan Indonesia dan/atau telah dimiliki oleh tenaga kesehatan Indonesia dalam jumlah yang sedikit.
- (2) TK-WNA yang akan didayagunakan harus memiliki kualifikasi:
  - a. tenaga medis, paling sedikit dokter spesialis atau dokter gigi spesialis; atau
  - b. tenaga kesehatan lain, paling sedikit S1 atau yang setara.
- (3) Selain memenuhi kualifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), TK-WNA juga harus memenuhi persyaratan teknis bidang kesehatan, meliputi:
  - a. sertifikat kompetensi;
  - b. STR Sementara (bagi tenaga medis)/STRA Khusus (bagi apoteker); dan
  - c. SIP TK-WNA.
- (4) Pengguna dalam kegiatan pelayanan kesehatan terdiri atas:
  - a. rumah sakit kelas A dan kelas B yang telah terakreditasi; dan
  - b. fasilitas pelayanan kesehatan tertentu yang ditetapkan Menteri.

## **Paragraf 2**

### **Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan**

#### **Pasal 42**

- (1) TK-WNA yang mengikuti pendidikan dan/atau pelatihan merupakan peserta pendidikan formal dan/atau pelatihan di bidang kesehatan yang kontak langsung dengan pasien untuk memperoleh kualifikasi tambahan.
- (2) TK-WNA yang akan didayagunakan harus memiliki kualifikasi:
  - a. tenaga medis, dokter/dokter gigi; atau
  - b. tenaga kesehatan lain, D3 atau setara.
- (3) Selain memenuhi kualifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), TK-WNA juga harus memenuhi persyaratan teknis bidang kesehatan, meliputi:
  - a. sertifikat kompetensi;
  - b. STR Sementara (bagi tenaga medis)/STRA Khusus (bagi apoteker); dan
  - c. SIP TK-WNA.
- (4) Pengguna kegiatan pendidikan formal merupakan institusi pendidikan tenaga kesehatan yang memiliki izin dan program studi yang terakreditasi.
- (5) Penyelenggara kegiatan pelatihan meliputi:
  - a. institusi pendidikan tenaga kesehatan;
  - b. rumah sakit pendidikan; dan
  - c. organisasi profesi yang diakui Pemerintah.

## **Paragraf 3**

### **Bakti Sosial Bidang Kesehatan**

#### **Pasal 43**

- (1) Pendayagunaan TK-WNA dalam kegiatan bakti sosial bidang kesehatan dapat berupa pelayanan kesehatan langsung kepada pasien/klien.
- (2) TK-WNA yang akan didayagunakan harus memiliki kualifikasi:
  - a. tenaga medis, paling sedikit dokter spesialis atau dokter gigi spesialis; atau

- b. tenaga kesehatan lain, paling sedikit S1 atau yang setara.
- (3) TK-WNA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan dari kewajiban mampu berbahasa Indonesia.
- (4) Pelayanan kesehatan dalam kegiatan bakti sosial bidang kesehatan yang dilakukan oleh TK-WNA harus berada dibawah tanggung jawab tenaga kesehatan Indonesia yang memiliki STR dan SIP/SIK dengan spesialisasi yang sama untuk tenaga medis dan keilmuan yang sama untuk jenis tenaga kesehatan lainnya.
- (5) Penyelenggara yang akan mendayagunakan TK-WNA dalam kegiatan bakti sosial bidang kesehatan terdiri atas:
  - a. rumah sakit dengan minimal kelas C;
  - b. organisasi profesi bidang kesehatan;
  - c. institusi pendidikan bidang kesehatan; dan
  - d. instansi pemerintah pusat termasuk TNI/POLRI.
- (6) Penyelenggara bakti sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a, huruf c, dan huruf d harus melakukan kerja sama dengan organisasi profesi bidang kesehatan terkait.
- (7) Bakti Sosial bidang kesehatan harus diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan lain milik Pemerintah atau Pemerintah daerah.

#### **Paragraf 4**

#### **Penelitian Kesehatan**

#### **Pasal 44**

- (1) TK-WNA yang didayagunakan dalam kegiatan penelitian kesehatan dilarang melakukan penelitian dengan menggunakan metode uji klinik (*clinical trial*).
- (2) TK-WNA yang akan didayagunakan dalam kegiatan penelitian kesehatan harus memiliki kualifikasi doktor untuk semua jenis TKWNA yang memiliki pengalaman sebagai peneliti utama paling sedikit 2 (dua) penelitian yang telah dipublikasikan di internasional.

- (3) Selain memenuhi kualifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), TK-WNA juga harus memenuhi persyaratan teknis bidang kesehatan, meliputi:
  - a. sertifikat kompetensi dari negara asal yang diakui kolegium;
  - b. STR Sementara (bagi tenaga medis)/STRA Khusus (bagi apoteker); dan
  - c. SIP TK-WNA.
- (4) Pengguna yang akan mendayagunakan TK-WNA dalam kegiatan penelitian kesehatan terdiri atas:
  - a. institusi pendidikan tenaga kesehatan yang terakreditasi;
  - b. rumah sakit pendidikan;
  - c. institusi/badan/lembaga penelitian kesehatan Pemerintah /swasta; dan
  - d. lembaga penelitian kesehatan internasional yang diakui Pemerintah.
- (5) Pengguna kegiatan penelitian kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d harus bekerjasama dengan institusi pendidikan tenaga kesehatan yang terakreditasi, rumah sakit pendidikan, dan institusi/badan/lembaga penelitian kesehatan pemerintah/swasta yang ada di Indonesia sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, huruf b, dan huruf c.

#### **BAB IV**

#### **PENCABUTAN IZIN**

##### **Pasal 45**

- (1) Tenaga Kesehatan yang akan menghentikan praktik keprofesiannya disuatu tempat, wajib memberitahukan kepada Kepala Dinas.
- (2) Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk permohonan pencabutan izin praktik.
- (3) Untuk melakukan pencabutan surat izin praktik, tenaga kesehatan harus mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas dengan melampirkan :
  - a. surat izin praktik asli;

- b. surat pernyataan penghentian tenaga kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kefarmasian;
  - c. Fotokopi SIPA/SIP pengganti (untuk Apoteker Penanggung Jawab Apotek atau Dokter/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis Penanggung Jawab Klinik).
- (4) Surat permohonan pencabutan surat izin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tercantum dalam Formulir IV pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini.

## **BAB V**

### **PELIMPAHAN TINDAKAN**

#### **Pasal 46**

- (1) Dalam keadaan tertentu yaitu suatu kondisi tidak adanya tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta tidak dimungkinkan untuk dirujuk maka tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya.
- (2) Pelayanan di luar kewenangan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan setelah tenaga kesehatan menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis dan/atau tenaga teknis kefarmasian menerima pelimpahan pekerjaan kefarmasian dari tenaga apoteker.
- (3) Dokter, dokter gigi, dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat memberikan pelimpahan suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi kepada perawat, bidan, tenaga keterampilan fisik, atau tenaga keteknisian medis.
- (4) Apoteker dapat memberikan pelimpahan pekerjaan kefarmasian dalam batas tertentu kepada tenaga teknis kefarmasian.
- (5) Pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan ketentuan:
  - a. pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis dengan disertai pelimpahan tanggung jawab untuk perawat;

- b. pelimpahan wewenang secara mandat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dibawah pengawasan untuk perawat, bidan, tenaga keterampilan fisik, atau tenaga keteknisian medis, dan tenaga teknis kefarmasian;
  - c. tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk pengambilan keputusan sebagai dasar pelaksanaan tindakan;
  - d. tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan; dan
  - e. tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.
- (6) Pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan secara tertulis oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan/atau apoteker di fasyankes tempat perawat, bidan, tenaga keterampilan fisik, atau tenaga keteknisian medis, dan/atau tenaga teknis kefarmasian bekerja.

## **BAB VI**

### **PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

#### **Pasal 47**

- (1) Kepala Dinas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan praktik pelayanan kesehatan oleh tenaga di bidang kesehatan sesuai dengan kewenangan.
- (2) Dalam melakukan pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas dapat mengikutsertakan organisasi profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan.

- (4) Dalam rangka pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas dapat memberikan tindakan administratif kepada tenaga kesehatan yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan penyelenggaraan praktik.

#### **Pasal 48**

- (1) Dalam hal terdapat pelanggaran atas ketentuan perizinan tenaga kesehatan yang ditemukan pada saat pengawasan, Dinas memberikan teguran kepada Tenaga Kesehatan disertai pemberian tenggang waktu untuk memenuhi ketentuan.
- (2) Tenaga Kesehatan wajib melaporkan kembali pelaksanaan pemenuhan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling lambat 7 (tujuh) hari kalender sejak tenggang waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir.
- (3) Dinas melakukan verifikasi atas laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling lambat 3 (tiga) hari sejak laporan diterima.
- (4) Jika berdasar verifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) masih ditemukan pelanggaran, Dinas menjatuhkan sanksi sebagaimana diatur dalam Peraturan Daerah Kota Depok di bidang perizinan tenaga kesehatan.

### **BAB VII**

#### **KETENTUAN PERALIHAN**

##### **Pasal 49**

Tenaga kesehatan dengan kualifikasi di bawah D III yang sebelum Peraturan Wali Kota ini ditetapkan telah memiliki izin praktik dan belum berakhir, maka izin praktik tersebut dinyatakan tetap berlaku sampai masa berlakunya habis.

### **BAB VIII**

#### **KETENTUAN PENUTUP**

##### **Pasal 50**

Materi yang terdapat dalam Formulir pada Lampiran Peraturan Wali Kota ini dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

### **Pasal 51**

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, Peraturan Wali Kota Depok Nomor 24 Tahun 2012 tentang Perizinan Tenaga Kesehatan (Berita Daerah Kota Depok Tahun 2012 Nomor 24), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

### **Pasal 52**

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Depok.

Ditetapkan di Depok  
pada tanggal 13 Desember 2017

**WALI KOTA DEPOK,**

**TTD**

**K.H. MOHAMMAD IDRIS**

Diundangkan di Depok  
pada tanggal 13 Desember 2017

**SEKRETARIS DAERAH KOTA DEPOK,**

**TTD**

**HARDIONO**

**BERITA DAERAH KOTA DEPOK TAHUN 2017 NOMOR 59**

**SESUAI DENGAN ASLINYA  
KEPALA BAGIAN HUKUM  
SEKRETARIAT DAERAH KOTA DEPOK**



**N. LIENDA RATNANURDIANNY, S.H., M.Hum**  
**NIP. 197001271998032004**



**LAMPIRAN PERATURAN WALI KOTA DEPOK**  
**NOMOR 59 TAHUN 2017**  
**TENTANG PERIZINAN TENAGA KESEHATAN**

**DAFTAR FORMULIR**

1. Formulir I-a : Permohonan Perizinan Tenaga Medis
2. Formulir I-b : Permohonan Perizinan Tenaga Psikologi Klinis
3. Formulir I-c : Permohonan Perizinan Tenaga Keperawatan
4. Formulir I-d : Permohonan Perizinan Tenaga Kebidanan
5. Formulir I-e : Permohonan Perizinan Apoteker
6. Formulir I-f : Permohonan Perizinan Tenaga Teknis Kefarmasian
7. Formulir I-g : Permohonan Perizinan Tenaga Kesehatan Masyarakat
8. Formulir I-h : Permohonan Perizinan Tenaga Kesehatan Lingkungan
9. Formulir I-i : Permohonan Perizinan Tenaga Gizi
10. Formulir I-j : Permohonan Perizinan Tenaga Keterampilan Fisik
11. Formulir I-k : Permohonan Perizinan Tenaga Keteknisian Medis
12. Formulir I-l : Permohonan Perizinan Tenaga Teknik Biomedika
13. Formulir II-a : Format SIP
14. Formulir II-b : Format SIP Psikolog Klinis
15. Formulir II-c : Format SIPP
16. Formulir II-d : Format SIPB
17. Formulir II-e : Format SIPA
18. Formulir II-f : Format SIPTTK
19. Formulir II-g : Format SIP Ahli Kesehatan Masyarakat
20. Formulir II-h : Format SIPTS
21. Formulir II-i : Format SIPTGz
22. Formulir II-j : Format SIPF
23. Formulir II-k : Format SIPOT
24. Formulir II-l : Format SIPTW
25. Formulir II-m : Format SIP Akupunktur
26. Formulir II-n : Format SIP Perekam Medis
27. Formulir II-o : Format SIP-TTD
28. Formulir II-p : Format SIP-TKV
29. Formulir II-q : Format SIPRO
30. Formulir II-r : Format SIPO

31. Formulir II-s : Format SIPTG
32. Formulir II-t : Format SIPPA
33. Formulir II-u : Format SIPTGM
34. Formulir II-v : Format SIPR
35. Formulir II-w : Format SIP-E
36. Formulir II-x : Format SIP-ATLM
37. Formulir II-y : Format SIPOP
38. Formulir III-a : BAP Praktik Mandiri Dokter Umum
39. Formulir III-b : BAP Praktik Mandiri Dokter Gigi
40. Formulir III-c : BAP Praktik Mandiri Dokter Spesialis
41. Formulir III-d : BAP Praktik Mandiri Dokter Gigi Spesialis
42. Formulir III-e : BAP Praktik Mandiri Perawat
43. Formulir III-f : BAP Praktik Mandiri Bidan
44. Formulir III-g : BAP Praktik Mandiri Tenaga Gizi
45. Formulir III-h : BAP Praktik Mandiri Fisioterapis
46. Formulir III-i : BAP Praktik Mandiri Okupasi Terapis
47. Formulir III-j : BAP Praktik Mandiri Terapis Wicara
48. Formulir III-k : BAP Praktik Mandiri Teknisi Gigi
49. Formulir III-l : BAP Praktik Mandiri Terapis Gigi Mulut
50. Formulir III-m : BAP Praktik Mandiri Ortotis Prostetis
51. Formulir IV : Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik

**WALI KOTA DEPOK,**

**TTD**

**K.H. MOHAMMAD IDRIS**

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik (SIP)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap	:
Tempat, Tanggal Lahir	:
Jenis Kelamin	:
Alamat sesuai KTP	:
Tahun Lulusan	:
Nomor STR	:
Nomor Rekomendasi OP	:

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIP untuk tempat praktik yang ke .....  
dengan alamat di .....

Tempat praktik lain:

1.	SIP ke	:
	Nomor SIP	:
	Tempat praktik	:
	Berlaku sd	:
2.	SIP ke	:
	Nomor SIP	:
	Tempat praktik	:
	Berlaku sd	:

- Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :
- a. Fotokopi ijazah terakhir sesuai profesi;
  - b. STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI;
  - c. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;
  - d. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik (untuk praktik mandiri, di atas materai 6000) atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes sebagai tempat praktiknya;
  - e. Fotokopi SIP yang sudah dimiliki;
  - f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri atau fasyankes lain secara purna waktu;
  - g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
  - h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
  - i. Fotokopi izin operasional fasyankes;
  - j. Fotokopi SPPL dan/atau Perjanjian Kerja Sama pengelolaan limbah B3;
  - k. Untuk WNA disertai dengan bukti telah melakukan evaluasi di perguruan tinggi di Indonesia berdasarkan permintaan tertulis KKI, mempunyai surat izin kerja dan izin tinggal, dan bukti lulus bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Psikolog (SIP Psikologi)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat sesuai KTP :

Tahun Lulusan :  
Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIP Psikologi untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di .....

Tempat praktik lain:

1. SIP Psikolog ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

2. SIP Psikolog ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;  
b. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;  
c. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;  
d. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik (untuk praktik mandiri, di atas materai 6000) atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes sebagai tempat praktiknya;  
e. Fotokopi SIP Psikolog Klinis yang sudah dimiliki;  
f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri atau fasyankes lain secara purna waktu;  
g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;  
h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;  
i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;  
j. Fotokopi izin operasional fasyankes.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Perawat (SIPP)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat sesuai KTP :

Tahun Lulusan :  
Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPP untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di .....

Tempat praktik lain:

1. SIPP ke :  
Nomor SIPP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :
2. SIPP ke :  
Nomor SIPP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;  
b. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;  
c. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;  
d. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik (untuk praktik mandiri, di atas materai 6000) atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes sebagai tempat praktiknya;  
e. Fotokopi SIPP yang sudah dimiliki;  
f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri atau fasyankes lain secara purna waktu;  
g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;  
h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;  
i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;  
j. Fotokopi izin operasional fasyankes;  
k. Fotokopi SPPL dan/atau Perjanjian Kerja Sama pengelolaan limbah B3;  
l. Untuk WNA disertai dengan bukti telah melakukan evaluasi di perguruan tinggi di Indonesia berdasarkan permintaan tertulis KKI, mempunyai surat izin kerja dan izin tinggal, dan bukti lulus bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon  
  
Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Bidan  
(SIPB)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat sesuai KTP :  
Tahun Lulusan :  
Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPB untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di.....

Tempat praktik lain:

1.

SIPB ke

:
- Nomor SIPB

:
- Tempat praktik

:
- Berlaku sd

:
2.

SIPB ke

:
- Nomor SIPB

:
- Tempat praktik

:
- Berlaku sd

:

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a.

Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;
- b.

Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
- c.

Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;
- d.

Surat pernyataan mempunyai tempat praktik (untuk praktik mandiri, di atas materai 6000) atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes sebagai tempat praktiknya;
- e.

Fotokopi SIPB yang sudah dimiliki;
- f.

Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri atau fasyankes lain secara purna waktu;
- g.

Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
- h.

Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- i.

Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
- j.

Fotokopi izin operasional fasyankes;
- k.

Fotokopi SPPL dan/atau Perjanjian Kerja Sama pengelolaan limbah B3;
- l.

Untuk WNA disertai dengan bukti telah melakukan evaluasi di perguruan tinggi di Indonesia berdasarkan permintaan tertulis KKI, mempunyai surat izin kerja dan izin tinggal, dan bukti lulus bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Perihal : Permohonan SIPA (Apoteker)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat sesuai KTP :

Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPA untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di .....

Tempat praktik lain:

1. SIPA ke :  
Nomor SIPA :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :
2. SIPA ke :  
Nomor SIPA :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;  
b. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir KFN;  
c. Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;  
d. Surat keterangan bekerja dari pimpinan fasilitas kefarmasian atau fotokopi SK pengangkatan (untuk apoteker yang bekerja di fasilitas kefarmasian milik pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri dan fasilitas produksi dan distribusi sediaan farmasi);  
e. Fotokopi SIPA yang sudah dimiliki;  
f. Jadwal pelaksanaan pekerjaan kefarmasian di setiap fasilitas kefarmasian;  
g. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi apoteker yang bekerja pada fasilitas kefarmasian milik pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri;  
h. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;  
i. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;  
j. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;  
k. Fotokopi izin operasional fasyankes atau fasilitas kefarmasian.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Perihal : Permohonan SIPTTK  
(Tenaga Teknis Kefarmasian)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPTTK untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di .....

Tempat praktik lain:

1. SIPTTK ke :  
Nomor SIPTTK :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :
2. SIPTTK ke :  
Nomor SIPTTK :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:

- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;
- b. Fotokopi STR yang masih berlaku;
- c. Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;
- d. Surat keterangan bekerja dari pimpinan fasilitas kefarmasian atau fotokopi SK pengangkatan (untuk yang bekerja di fasilitas kefarmasian milik pemerintah /pemerintah daerah/TNI/Polri dan fasilitas produksi dan distribusi sediaan farmasi);
- e. Fotokopi SIPTTK yang sudah dimiliki;
- f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah atau pada fasyankes lain secara purna waktu;
- g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
- h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
- j. Fotokopi izin operasional fasyankes atau fasilitas kefarmasian.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )



PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal : Permohonan SIP Ahli Kesmas  
(Tenaga Kesehatan Masyarakat)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIP Ahli Kesehatan Masyarakat untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat di .....  
.....

Tempat praktik lain:  
1. SIP Ahli Kesmas ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :  
2. SIP Ahli Kesmas ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;
  - b. Fotokopi STR yang masih berlaku;
  - c. Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;
  - d. Surat keterangan bekerja dari pimpinan fasyankes atau fasilitas lainnya;
  - e. Fotokopi SIP Ahli Kesmas yang sudah dimiliki;
  - f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah atau pada fasyankes lain secara penuh waktu;
  - g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
  - h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
  - i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
  - j. Fotokopi izin operasional fasyankes atau fasilitas lainnya;
  - k. Untuk WNA disertai dengan bukti telah melakukan evaluasi di perguruan tinggi di Indonesia berdasarkan permintaan tertulis KKI, mempunyai surat izin kerja dan izin tinggal, dan bukti lulus bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal : Permohonan SIPTS  
(Tenaga Sanitarian)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPTS untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat.....

Tempat praktik lain:  
1. SIPTS ke :  
Nomor SIPTS :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :  
2. SIPTS ke :  
Nomor SIPTS :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;
  - b. Fotokopi STR yang masih berlaku;
  - c. Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;
  - d. Surat keterangan bekerja dari pimpinan fasyankes atau fasilitas lainnya;
  - e. Fotokopi SIPTS yang sudah dimiliki;
  - f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah atau pada fasyankes lain secara purna waktu;
  - g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
  - h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
  - i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
  - j. Fotokopi izin operasional fasyankes atau fasilitas lainnya.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Perihal : Permohonan SIPTGz (Tenaga Gizi)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPTGz untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat.....

Tempat praktik lain:

1. SIPTGz ke :  
Nomor SIPTGz :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :
2. SIPTGz ke :  
Nomor SIPTGz :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:

- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;
- b. Fotokopi STR yang masih berlaku;
- c. Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;
- d. Surat pernyataan memiliki tempat praktik untuk praktik mandiri (di atas materai 6000) atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes;
- e. Fotokopi SIPTGz yang sudah dimiliki;
- f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah atau pada fasyankes lain secara purna waktu;
- g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
- h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
- j. Fotokopi izin operasional fasyankes;
- k. Fotokopi SPPL dan/atau PKS pengelolaan limbah B3 dengan pihak ke 3 berizin.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal : Kepada Yth.  
Permohonan SIP Tenaga Keterampilan Fisik Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
(SIPF/SIPOT/SIPTW/SIP Akupunktur \*) Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPF/SIPOT/SIPTW/SIP Akupunktur \*)  
untuk tempat praktik yang ke ..... dengan alamat.....  
.....

Tempat praktik lain:

1.

SIP ke

:
- Nomor SIP

:
- Tempat praktik

:
- Berlaku sd

:
2.

SIP ke

:
- Nomor SIP

:
- Tempat praktik

:
- Berlaku sd

:

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:

- a.

Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;
- b.

Fotokopi STR yang masih berlaku;
- c.

Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;
- d.

Surat pernyataan memiliki tempat praktik untuk praktik mandiri (di atas materai 6000) atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes;
- e.

Fotokopi SIP yang sudah dimiliki;
- f.

Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah atau pada fasyankes lain secara purna waktu;
- g.

Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
- h.

Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- i.

Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
- j.

Fotokopi izin operasional fasyankes;
- k.

Fotokopi SPPL dan/atau PKS pengelolaan limbah B3 dengan pihak ke 3 berizin.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

\*) Coret yang tidak perlu

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal :  
Permohonan SIP Tenaga Keteknisian Medis  
(SIP Perekam Medis/SIP-TTD/SIP-TKV/  
SIPRO/SIPO/SIPTG/SIPPA/SIPTGM) \*)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat, Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Tahun Lulusan :  
Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIP Perekam Medis/SIP-TTD/SIP-TKV/SIPRO/SIPO/SIPTG/SIPPA/SIPTGM \*) untuk tempat praktik yang ke .....  
dengan alamat di .....

Tempat praktik lain:

1. SIP ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

2. SIP ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;  
b. Fotokopi STR yang masih berlaku;  
c. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;  
d. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik (untuk praktik mandiri, di atas materai 6000) atau surat keterangan dari pimpinan fasyankes sebagai tempat praktiknya;  
e. Fotokopi SIPB yang sudah dimiliki;  
f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah/pemerintah daerah/TNI/Polri atau fasyankes lain secara purna waktu;  
g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;  
h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;  
i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;  
j. Fotokopi izin operasional fasyankes atau fasilitas lainnya.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

\*) Coret yang tidak perlu

PERMOHONAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

Hal :  
Permohonan SIP Tenaga Teknik Biomedika  
(SIPR/SIP-E/SIP-ATLM/SIPOP \*)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIPR/SIP-E/SIP-ATLM/SIPOP \*) untuk  
tempat praktik yang ke .....  
dengan alamat di.....

Tempat praktik lain:

1. SIP ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :
2. SIP ke :  
Nomor SIP :  
Tempat praktik :  
Berlaku sd :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:

- a. Fotokopi ijazah sesuai pendidikan;
- b. Fotokopi STR yang masih berlaku;
- c. Rekomendasi dari Organisasi Profesi sesuai tempat praktik;
- d. Surat keterangan bekerja dari pimpinan fasyankes atau fasilitas lainnya;
- e. Fotokopi SIP yang sudah dimiliki;
- f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada fasyankes pemerintah atau pada fasyankes lain secara purna waktu;
- g. Fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku;
- h. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3X4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- i. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP;
- j. Fotokopi izin operasional fasyankes atau fasilitas lainnya.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )

\*) Coret yang tidak perlu

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER / DOKTER GIGI

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA DOKTER/DOKTER GIGI

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : dr/drg/dr.spesialis/drg.spesialis \*) dengan  
kewenangan klinis sesuai dg kompetensinya\*\*)  
  
SIP ke :  
Masa berlaku SIP :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :  
  
**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**  
  
(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

\*) dan \*\*) kompetensi sesuai STR

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) PSIKOLOG KLINIS

Nomor : .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik kepada :

NAMA PSIKOLOG KLINIS

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR Psikolog Klinis :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Psikolog Klinis dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIP Psikolog Klinis ke :  
Masa berlaku SIP :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :  
  
**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**  
  
(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi



FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK PERAWAT (SIPP)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA PERAWAT

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRP :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Perawat dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIPP ke :  
Masa berlaku SIPP :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,

(.....)

- Tembusan :
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK BIDAN (SIPB)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA BIDAN

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRB :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Bidan dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPB ke :  
Masa berlaku SIPB :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

**FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**

**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

**NAMA APOTEKER**

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRA :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Apoteker dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIPA ke :  
Masa berlaku SIPA :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRTTK :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Tenaga Teknis Kefarmasian dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPTTK ke :  
Masa berlaku SIPTTK :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) AHLI KESEHATAN MASYARAKAT

Nomor : .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA AHLI KESEHATAN MASYARAKAT

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Ahli Kesehatan Masyarakat dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIP ke :  
Masa berlaku SIP :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA SANITARIAN (SIPTS)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 32 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TENAGA SANITARIAN

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRTS :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Tenaga Sanitarian dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPTS ke :  
Masa berlaku SIPTS :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA GIZI (SIPTGz)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TENAGA GIZI

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRTGz :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Tenaga Gizi dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPTGz ke :  
Masa berlaku SIPTGz :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK FISIOTERAPIS (SIPF)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TENAGA FISIOTERAPIS

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRF :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Fisioterapis dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPF ke :  
Masa berlaku SIPF :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi



FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK OKUPASI TERAPIS (SIPOT)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TENAGA OKUPASI TERAPIS

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STROT :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Okupasi Terapis dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPOT ke :  
Masa berlaku SIPOT :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TERAPIS WICARA (SIPTW)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TENAGA TERAPIS WICARA

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRTW :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Terapis Wicara dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPTW ke :  
Masa berlaku SIPTW :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) AKUPUNKTUR

Nomor : .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TENAGA AKUPUNKTUR

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR Akupunktur :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Tenaga Akupunktur dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIP Akupunktur ke :  
Masa berlaku SIP :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) PEREKAM MEDIS

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA PEREKAM MEDIS

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR Perekam Medis :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Perekam Medis dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIP Perekam Medis ke :  
Masa berlaku SIP :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TEKNISI PELAYANAN DARAH (SIP-TTD)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor .... Tahun ..... tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Teknisi Pelayanan Darah, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TEKNISI PELAYANAN DARAH

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR-TTD :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Teknisi Pelayanan Darah dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIP-TTD ke :  
Masa berlaku SIP-TTD :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TEKNISI KARDIOVASKULER (SIP-TKV)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2015 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Teknisi Kardiovaskuler, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TEKNISI KARDIOVASKULER

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR-TKV :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Teknisi Kardiovaskuler dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIP-TKV ke :  
Masa berlaku SIP-TKV :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK REFKRAKSIONIS OPTISIEN (SIPRO)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA REFRAKSIONIS OPTISIEN

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRRO :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Refraksionis Optisien dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIPRO ke :  
Masa berlaku SIPRO :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK OPTOMETRIS (SIPO)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA OPTOMETRIS

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRO :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Optometris dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPO ke :  
Masa berlaku SIPO :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi



FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TEKNISI GIGI (SIPTG)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Teknisi Gigi, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TEKNISI GIGI

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRTG :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Teknisi Gigi dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPTG ke :  
Masa berlaku SIPTG :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK PENATA ANESTESI (SIPPA)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA PENATA ANESTESI

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRPA :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Penata Anestesi dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIPPA ke :  
Masa berlaku SIPPA :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT (SIPTGM)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA TERAPIS GIGI DAN MULUT

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRTGM :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Terapis Gigi dan Mulut dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPTGM ke :  
Masa berlaku SIPTGM :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK RADIOGRAFER (SIPR)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA RADIOGRAFER

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STRR :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Radiografer dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPR ke :  
Masa berlaku SIPR :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK ELEKTROMEDIS (SIP-E)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA ELEKTROMEDIS

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STR-E :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Elektromedis dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIPE ke :  
Masa berlaku SIPE :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

**SURAT IZIN PRAKTIK AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK**  
**(SIP-ATLM)**

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

**NAMA AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK**

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
Alamat Praktik :  
Nomor STR-ATLM :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Ahli Teknologi Laboratorium Medik dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
SIP-ATLM ke :  
Masa berlaku SIP-ATLM :



Ditetapkan di :  
Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

FORMAT SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

SURAT IZIN PRAKTIK ORTOTIS PROSTETIS (SIPOP)

Nomor : .....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 22 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Ortotis Prostetis, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok memberikan Izin Praktik pada :

NAMA ORTOTIS PROSTETIS

Tempat, Tanggal Lahir :  
Alamat :  
  
Alamat Praktik :  
  
Nomor STROP :  
Nomor Rekomendasi OP :  
Untuk berpraktik sebagai : Ortotis Prostetis dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya  
  
SIPOP ke :  
Masa berlaku SIPOP :



Ditetapkan di  
Pada tanggal

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA DEPOK,**

(.....)

- Tembusan :**
- 1. Menteri Kesehatan
  - 2. Ketua Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia
  - 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
  - 4. Organisasi Profesi

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Dokter Umum

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran
- 2. UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3. Permenkes RI Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
- 4. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- 1. Ruang periksa : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - d. Wastafel : ada/tidak
  - e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) : ada/tidak
  - f. Tempat sampah medis (berkantung kuning) : ada/tidak
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
- 3. Tempat cuci alat : ada/tidak
- 4. Depo obat : ada/tidak
- 5. Ruang istirahat Dokter : ada/tidak
- 6. Plang nama : ada/tidak
- 7. Jumlah tempat tidur (maksimal) : 2 unit

B. FASILITAS SANITASI

- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
- 2. Kamar mandi : ada/tidak
- 3. Pengelolaan limbah B3 padat : ada/tidak
  - a. SPPL : ada/tidak
  - b. Perjanjian Kerja Sama : ada/tidak
  - c. Manifest : ada/tidak

C. PERALATAN MEDIS

- 1. Set syok anafilaktik
  - a. Adrenalin/epinefrin inj : ada/tidak
  - b. Kortikosteroid inj : ada/tidak
  - c. Antihistamin inj : ada/tidak
  - d. Spuit (1 cc/3 cc/5 cc) : ada/tidak
  - e. Infus set dan abocath : ada/tidak
  - f. Cairan infus : ada/tidak
  - g. Oksigen : ada/tidak
  - h. SOP syok anafilaktik : ada/tidak



- 2. Peralatan dan bahan minimal
  - a. Tensimeter : ada/tidak
  - b. Stetoskop : ada/tidak
  - c. Termometer : ada/tidak
  - d. Palu refleks : ada/tidak
  - e. Senter : ada/tidak
  - f. Spatula lidah : ada/tidak
  - g. Minor set : ada/tidak
  - h. Timbangan : ada/tidak
  - i. Bengkok : ada/tidak
  - j. Mangkuk kecil : ada/tidak
  - k. Betadine : ada/tidak
  - l. Alkohol : ada/tidak
  - m. Swap alkohol : ada/tidak
  - n. Kasa steril : ada/tidak
  - o. Sarung tangan : ada/tidak
  - p. Masker : ada/tidak
- 3. Peralatan tambahan
  - a. Otoskop : ada/tidak
  - b. Oftalmoskop : ada/tidak
  - c. Rontgen viewer : ada/tidak
  - d. Sterilisator : ada/tidak
- 4. Peralatan administrasi
  - a. Kartu status : ada/tidak
  - b. Kertas resep : ada/tidak
  - c. Surat keterangan sakit : ada/tidak
  - d. Surat keterangan sehat : ada/tidak
  - e. Formulir rujukan : ada/tidak
  - f. Formulir inform consent : ada/tidak
  - g. Buku register : ada/tidak
  - h. SOP Dokter Umum : ada/tidak
- 5. Lain-lain
  - a. Poster/peraga : ada/tidak
  - b. Tempat parkir : ada/tidak
  - c. Taman : ada/tidak

D. PERALATAN NON MEDIS

Lemari obat (ada/tidak); meja tulis (ada/tidak); kursi (ada/tidak); meja peralatan (ada/tidak); kursi tunggu (ada/tidak); penyekat ruangan (ada/tidak); lap pengering (ada/tidak)

E. JENIS PELAYANAN

- a. Depo obat : ada/tidak
- b. Pelayanan lain : ada/tidak (sebutkan .....)

F. KESIMPULAN

Tidak/memenuhi syarat
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

G. KEWAJIBAN

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia kedokteran.
- 3. Membuat persetujuan tindakan kedokteran.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama dokter/dokter gigi, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. Melakukan pengelolaan limbah B3 dan limbah medis cair yang dihasilkan.
- 7. ....
- .....
- .....

8. Kewajiban lain sesuai UU RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 51 dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Dokter Gigi

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran
- 2. UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3. Permenkes RI Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
- 4. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- 1. Ruang periksa : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - d. Wastafel : ada/tidak
  - e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) : ada/tidak
  - f. Tempat sampah medis (berkantung kuning) : ada/tidak
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
- 3. Tempat cuci alat : ada/tidak
- 4. Depo obat : ada/tidak
- 5. Ruang istirahat Dokter : ada/tidak
- 6. Plang nama : ada/tidak

B. FASILITAS SANITASI

- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
- 2. Kamar mandi : ada/tidak
- 3. Pengelolaan limbah B3 padat : ada/tidak
  - a. SPPL : ada/tidak
  - b. Perjanjian Kerja Sama : ada/tidak
  - c. Manifest : ada/tidak
- 4. Sarana pembuangan limbah cair : ada/tidak

C. PERALATAN MEDIS

- 1. Set syok anafilaktik
  - a. Adrenalin/epinefrin inj : ada/tidak
  - b. Kortikosteroid inj : ada/tidak
  - c. Antihistamin inj : ada/tidak
  - d. Spuit (1 cc/3 cc/5 cc) : ada/tidak
  - e. Infus set dan abocath : ada/tidak
  - f. Cairan infus : ada/tidak
  - g. Oksigen : ada/tidak
  - h. SOP syok anafilaktik : ada/tidak

2. Peralatan minimal
  - a. Tensimeter : ada/tidak
  - b. Stetoskop : ada/tidak
  - c. Dental unit (maksimal) : 1 unit
  - d. Alat diagnostik dasar (kaca mulut, pinset dental, sonde halfmoon, sonde lurus, excavator) : ada/tidak
  - e. Contra angle + straight hand piece : ada/tidak
  - f. Plastic filling : ada/tidak
  - g. Stoper semen : ada/tidak
  - h. Burniser : ada/tidak
  - i. Spatle semen : ada/tidak
  - j. Periodontal probe : ada/tidak
  - k. Spatle agate : ada/tidak
  - l. Scaler : ada/tidak
  - m. Spatle alginate + rubber bowl : ada/tidak
  - n. Glass slap : ada/tidak
  - o. Tang ekstraksi dewasa + anak : ada/tidak
  - p. Bein lurus + bein bengkok : ada/tidak
  - q. Cryer : ada/tidak
  - r. Tang klammer : ada/tidak
  - s. Tang potong : ada/tidak
  - t. Diamond bor : ada/tidak
  - u. Sendok cetak : ada/tidak
  - v. Tempat kapas : ada/tidak
  - w. Sterilisator : ada/tidak
3. Bahan minimal
  - a. Alkohol 70% : ada/tidak
  - b. Betadine : ada/tidak
  - c. NaOCl : ada/tidak
  - d. Chloretyl : ada/tidak
  - e. Lidokain HCl : ada/tidak
  - f. Lidokain murni : ada/tidak
  - g. Articulating paper : ada/tidak
  - h. Celluloid strip : ada/tidak
  - i. Bahan cetak + gipsum : ada/tidak
  - j. Bahan tambal : ada/tidak
  - k. Cotton roll/cotton pellet : ada/tidak
4. Peralatan administrasi
  - a. Kartu status : ada/tidak
  - b. Kertas resep : ada/tidak
  - c. Surat keterangan sakit : ada/tidak
  - d. Formulir rujukan : ada/tidak
  - e. Formulir inform consent : ada/tidak
  - f. Buku register : ada/tidak
  - g. SOP Dokter Gigi : ada/tidak
5. Lain-lain
  - a. Poster/peraga : ada/tidak
  - b. Tempat parkir : ada/tidak
  - c. Taman : ada/tidak

#### **D. PERALATAN NON MEDIS**

Lemari obat (ada/tidak); meja tulis (ada/tidak); kursi (ada/tidak); meja peralatan (ada/tidak); kursi tunggu (ada/tidak); penyekat ruangan (ada/tidak); lap pengering (ada/tidak)

#### **E. JENIS PELAYANAN**

- a. Depo obat : ada/tidak
- b. Pelayanan lain : ada/tidak (sebutkan .....)

#### **F. KESIMPULAN**

Tidak/memenuhi syarat

Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**G. KEWAJIBAN**

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia kedokteran.
- 3. Membuat persetujuan tindakan kedokteran gigi.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama dokter/dokter gigi, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. Melakukan pengelolaan limbah B3 dan limbah medis cair yang dihasilkan.
- 7. ....  
.....  
.....
- 8. Kewajiban lain sesuai UU RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 51 dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN**  
**Praktik Mandiri Dokter Spesialis**

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran
- 2. UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3. Permenkes RI Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
- 4. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

**A. SARANA**

- 1. Ruang periksa : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - d. Wastafel : ada/tidak
  - e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) : ada/tidak
  - f. Tempat sampah medis (berkantung kuning) : ada/tidak
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
- 3. Tempat cuci alat : ada/tidak
- 4. Depo obat : ada/tidak
- 5. Ruang istirahat Dokter : ada/tidak
- 6. Plang nama : ada/tidak
- 7. Jumlah tempat tidur (maksimal) : 2 unit

**B. FASILITAS SANITASI**

- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
- 2. Kamar mandi : ada/tidak
- 3. Pengelolaan limbah B3 padat : ada/tidak
  - a. SPPL : ada/tidak
  - b. Perjanjian Kerja Sama : ada/tidak
  - c. Manifest : ada/tidak
- 4. Sarana pembuangan limbah cair : ada/tidak

**C. PERALATAN MEDIS**

- 1. Set syok anafilaktik
  - a. Adrenalin/epinefrin inj : ada/tidak
  - b. Kortikosteroid inj : ada/tidak
  - c. Antihistamin inj : ada/tidak
  - d. Sput (1 cc/3 cc/5 cc) : ada/tidak
  - e. Infus set dan abocath : ada/tidak
  - f. Cairan infus : ada/tidak
  - g. Oksigen : ada/tidak
  - h. SOP syok anafilaktik : ada/tidak

2. Peralatan dan bahan minimal
  - a. Tensimeter : ada/tidak
  - b. Stetoskop : ada/tidak
  - c. Termometer : ada/tidak
  - d. Palu refleksi : ada/tidak
  - e. Senter : ada/tidak
  - f. Spatula lidah : ada/tidak
  - g. Minor set : ada/tidak
  - h. Timbangan : ada/tidak
  - i. Bengkok : ada/tidak
  - j. Mangkuk kecil : ada/tidak
  - k. Betadine : ada/tidak
  - l. Alkohol : ada/tidak
  - m. Swap alkohol : ada/tidak
  - n. Kasa steril : ada/tidak
  - o. Sarung tangan : ada/tidak
  - p. Masker : ada/tidak
3. Peralatan tambahan minimal (sesuai profesi)
 

.....

.....

.....

.....
4. Peralatan administrasi
  - a. Kartu status : ada/tidak
  - b. Kertas resep : ada/tidak
  - c. Surat keterangan sakit : ada/tidak
  - d. Formulir rujukan : ada/tidak
  - e. Formulir inform consent : ada/tidak
  - f. Buku register : ada/tidak
  - g. SOP Dokter Spesialis : ada/tidak
5. Lain-lain
  - a. Poster/peraga : ada/tidak
  - b. Tempat parkir : ada/tidak
  - c. Taman : ada/tidak

**D. PERALATAN NON MEDIS**

Lemari obat (ada/tidak); meja tulis (ada/tidak); kursi (ada/tidak); meja peralatan (ada/tidak); kursi tunggu (ada/tidak); penyekat ruangan (ada/tidak); lap pengering (ada/tidak)

**E. JENIS PELAYANAN**

- a. Depo obat : ada/tidak
- b. Pelayanan lain : ada/tidak (sebutkan .....)

**F. KESIMPULAN**

Tidak/memenuhi syarat

Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**G. KEWAJIBAN**

1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia kedokteran.
3. Membuat persetujuan tindakan kedokteran.
4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama dokter/dokter gigi, nomor STR dan nomor SIP.
6. Melakukan pengelolaan limbah B3 dan limbah medis cair yang dihasilkan.
7. ....
- .....
- .....

8. Kewajiban lain sesuai UU RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 51 dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP



BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Dokter Gigi Spesialis

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran
- 2. UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3. Permenkes RI Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
- 4. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Ruang periksa                             | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| d. Wastafel                                  | : ada/tidak         |
| e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) | : ada/tidak         |
| f. Tempat sampah medis (berkantung kuning)   | : ada/tidak         |
| 2. Ruang tunggu                              | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| 3. Tempat cuci alat                          | : ada/tidak         |
| 4. Depo obat                                 | : ada/tidak         |
| 5. Ruang istirahat Dokter                    | : ada/tidak         |
| 6. Plang nama                                | : ada/tidak         |

B. FASILITAS SANITASI

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) | : ada/tidak |
| 2. Kamar mandi                                 | : ada/tidak |
| 3. Pengelolaan limbah B3 padat                 | : ada/tidak |
| a. SPPL  | : ada/tidak |
| b. Perjanjian Kerja Sama                       | : ada/tidak |
| c. Manifest                                    | : ada/tidak |
| 4. Sarana pembuangan limbah cair               | : ada/tidak |

C. PERALATAN MEDIS

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| 1. Set syok anafilaktik    |             |
| a. Adrenalin/epinefrin inj | : ada/tidak |
| b. Kortikosteroid inj      | : ada/tidak |
| c. Antihistamin inj        | : ada/tidak |
| d. Sput (1 cc/3 cc/5 cc)   | : ada/tidak |
| e. Infus set dan abocath   | : ada/tidak |
| f. Cairan infus            | : ada/tidak |
| g. Oksigen                 | : ada/tidak |
| h. SOP syok anafilaktik    | : ada/tidak |

2. Peralatan minimal
  - a. Tensimeter : ada/tidak
  - b. Stetoskop : ada/tidak
  - c. Dental unit (maksimal) : 1 unit
  - d. Alat diagnostik dasar (kaca mulut, pinset dental, sonde halfmoon, sonde lurus, excavator) : ada/tidak
  - e. Contra angle + straight hand piece : ada/tidak
  - f. Plastic filling : ada/tidak
  - g. Stoper semen : ada/tidak
  - h. Burniser : ada/tidak
  - i. Spatle semen : ada/tidak
  - j. Periodontal probe : ada/tidak
  - k. Spatle agate : ada/tidak
  - l. Scaler : ada/tidak
  - m. Spatle alginate + rubber bowl : ada/tidak
  - n. Glass slap : ada/tidak
  - o. Tang ekstraksi dewasa + anak : ada/tidak
  - p. Bein lurus + bein bengkok : ada/tidak
  - q. Cryer : ada/tidak
  - r. Tang klammer : ada/tidak
  - s. Tang potong : ada/tidak
  - t. Diamond bor : ada/tidak
  - u. Sendok cetak : ada/tidak
  - v. Tempat kapas : ada/tidak
  - w. Sterilisator : ada/tidak
  
3. Bahan minimal
  - a. Alkohol 70% : ada/tidak
  - b. Betadine : ada/tidak
  - c. NaOCl : ada/tidak
  - d. Chloretyl : ada/tidak
  - e. Lidokain HCl : ada/tidak
  - f. Lidokain murni : ada/tidak
  - g. Articulating paper : ada/tidak
  - h. Celluloid strip : ada/tidak
  - i. Bahan cetak + gipsum : ada/tidak
  - j. Bahan tambal : ada/tidak
  - k. Cotton roll/cotton pellet : ada/tidak
  
4. Peralatan tambahan minimal (sesuai profesi)
 

.....

.....
  
5. Peralatan administrasi
  - a. Kartu status : ada/tidak
  - b. Kertas resep : ada/tidak
  - c. Surat keterangan sakit : ada/tidak
  - d. Formulir rujukan : ada/tidak
  - e. Formulir inform consent : ada/tidak
  - f. Buku register : ada/tidak
  - g. SOP Dokter Gigi : ada/tidak
  
6. Lain-lain
  - a. Poster/peraga : ada/tidak
  - b. Tempat parkir : ada/tidak
  - c. Taman : ada/tidak

**D. PERALATAN NON MEDIS**

Lemari obat (ada/tidak); meja tulis (ada/tidak); kursi (ada/tidak); meja peralatan (ada/tidak); kursi tunggu (ada/tidak); penyekat ruangan (ada/tidak); lap pengering (ada/tidak)

**E. JENIS PELAYANAN**

- a. Depo obat : ada/tidak
- b. Pelayanan lain : ada/tidak (sebutkan .....)

**F. KESIMPULAN**

Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**G. KEWAJIBAN**

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia kedokteran.
- 3. Membuat persetujuan tindakan kedokteran gigi.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama dokter/dokter gigi, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. Melakukan pengelolaan limbah B3 dan limbah medis cair yang dihasilkan.
- 7. ....
- 8. Kewajiban lain sesuai UU RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 51 dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui, Pemohon	Pemeriksa
(.....) NIP	(.....) NIP
	(.....) NIP

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Perawat

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
- 2. Permenkes Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/148/I/ 2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
- 3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- 1. Ruang periksa : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - d. Wastafel : ada/tidak
  - e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) : ada/tidak
  - f. Tempat sampah medis (berkantung kuning) : ada/tidak
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
- 3. Tempat cuci alat : ada/tidak
- 4. Depo obat : ada/tidak
- 5. Ruang istirahat : ada/tidak
- 6. Plang nama : ada/tidak

B. FASILITAS SANITASI

- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
- 2. Kamar mandi : ada/tidak
- 3. Pengelolaan limbah B3 padat : ada/tidak
  - a. SPPL : ada/tidak
  - b. Perjanjian Kerja Sama : ada/tidak
  - c. Manifest : ada/tidak

C. PERALATAN MEDIS

- 1. Set syok anafilaktik
  - a. Adrenalin/epinefrin inj : ada/tidak
  - b. Kortikosteroid inj : ada/tidak
  - c. Antihistamin inj : ada/tidak
  - d. S spuit (1 cc/3 cc/5 cc) : ada/tidak
  - e. Infus set dan abocath : ada/tidak
  - f. Cairan infus : ada/tidak
  - g. Oksigen : ada/tidak
  - h. SOP syok anafilaktik : ada/tidak

2. Peralatan dan bahan minimal
  - a. Tensimeter : ada/tidak
  - b. Stetoskop : ada/tidak
  - c. Termometer : ada/tidak
  - d. Palu refleksi : ada/tidak
  - e. Senter : ada/tidak
  - f. Spatula lidah : ada/tidak
  - g. Minor set : ada/tidak
  - h. Timbangan : ada/tidak
  - i. Bengkok : ada/tidak
  - j. Mangkuk kecil : ada/tidak
  - k. Betadine : ada/tidak
  - l. Alkohol : ada/tidak
  - m. Swap alkohol : ada/tidak
  - n. Kasa steril : ada/tidak
  - o. Sarung tangan : ada/tidak
  - p. Masker : ada/tidak
  - q. Sterilisator : ada/tidak
3. Peralatan administrasi
  - a. Kartu status : ada/tidak
  - b. Formulir rujukan : ada/tidak
  - c. Formulir inform consent : ada/tidak
  - d. Buku register : ada/tidak
  - e. SOP Perawat : ada/tidak
4. Lain-lain
  - a. Poster/peraga : ada/tidak
  - b. Tempat parkir : ada/tidak
  - c. Taman : ada/tidak

**D. PERALATAN NON MEDIS**

Lemari obat (ada/tidak); meja tulis (ada/tidak); kursi (ada/tidak); meja peralatan (ada/tidak); kursi tunggu (ada/tidak); penyekat ruangan (ada/tidak); lap pengering (ada/tidak)

**E. JENIS PELAYANAN**

- a. Depo obat : ada/tidak
- b. Pelayanan lain : ada/tidak (sebutkan .....)

**F. KESIMPULAN**

Tidak/memenuhi syarat  
 Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**G. KEWAJIBAN**

1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia pasien.
3. Membuat persetujuan tindakan asuhan keperawatan.
4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
6. Melakukan pengelolaan limbah B3 dan limbah medis cair yang dihasilkan.
7. ....
8. Kewajiban lain sesuai UU RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan Pasal 37 dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,	Pemeriksa
Pemohon	
(.....)	(.....)
NIP	NIP
	(.....)
	NIP

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Bidan

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- 2. Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- 3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SDM PENDUKUNG

- 1. Tenaga kesehatan lain : ada/tidak
- 2. SIP tenaga kesehatan lain : ada/tidak
- 3. Tenaga non kesehatan : ada/tidak
- 4. Pendidikan tenaga non kesehatan : ada/tidak

B. BANGUNAN DAN RUANGAN

- 1. Rumah/bagian dari rumah/bagian dari kantor/bagian dari gedung \*)
- \*) coret yang tidak perlu
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
- 3. Ruang periksa : ada/tidak
- 4. Ruang bersalin : ada/tidak
- 5. Ruang nifas : ada/tidak
- 6. WC/kamar mandi : ada/tidak
- 7. Ruang lain sesuai kebutuhan : ada/tidak

C. PRASARANA

- 1. Sistem air bersih : ada/tidak
- 2. Sistem kelistrikan atau pencahayaan : ada/tidak
- 3. Ventilasi atau sirkulasi udara : ada/tidak
- 4. Prasarana lain sesuai kebutuhan : ada/tidak

MEUBELAIR

- Kursi kerja : ada/tidak
- Lemari arsip : ada/tidak
- Meja tulis ½ biro : ada/tidak
- Tempat tidur periksa : ada/tidak
- Tempat tidur untuk persalinan : ada/tidak
- Tempat tidur nifas : ada/tidak
- Boks bayi : ada/tidak

PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. Kesehatan Ibu dan KB

- a. Buku KIA : ada/tidak
- b. Buku kohort ibu : ada/tidak
- c. Kartu ibu : ada/tidak
- d. Buku register ibu : ada/tidak
- e. Pencatatan asuhan kebidanan : ada/tidak
- f. Formulir informed consent : ada/tidak

- g. Formulir laporan : ada/tidak
- h. Formulir rujukan : ada/tidak
- i. Surat keterangan hamil : ada/tidak
- j. Formulir dan surat keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan : ada/tidak

## 2. Kesehatan Anak

- a. Bagan dinding MTBS : ada/tidak
- b. Bagan MTBS : ada/tidak
- c. Buku register bayi : ada/tidak
- d. Formulir deteksi dini tumbuh kembang anak : ada/tidak
- e. Formulir Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) : ada/tidak
- f. Formulir rekapitulasi laporan kesehatan bayi : ada/tidak
- g. Register kohort bayi : ada/tidak

## 3. Imunisasi

- a. Formulir laporan : ada/tidak
- b. Formulir lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan : ada/tidak

## 4. Persalinan

- a. Informed Consent : ada/tidak
- b. Kantong persalinan : ada/tidak
- c. Formulir laporan : ada/tidak
- d. Formulir partograf : ada/tidak
- e. Formulir persalinan/nifas dan KB : ada/tidak
- f. Formulir rujukan : ada/tidak
- g. Formulir surat kelahiran : ada/tidak
- h. Formulir dan surat keterangan lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan : ada/tidak

## 5. Nifas

- a. Buku register pelayanan : ada/tidak
- b. Formulir lain sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan : ada/tidak

# D. PERALATAN

## 1. Set Pemeriksaan Obstetri dan Gynekolog

- a. Bak instrumen dengan tutup : ada/tidak
- b. Baki logam tempat alat steril bertutup : ada/tidak
- c. Palu refleks : ada/tidak
- d. *Pen lancet* : ada/tidak
- e. Tensimeter dewasa : ada/tidak
- f. Stetoskop dewasa : ada/tidak
- g. Sudip lidah : ada/tidak
- h. Termometer dewasa : ada/tidak
- i. Timbangan dewasa : ada/tidak
- j. Torniket karet : ada/tidak
- k. Doppler : ada/tidak
- l. Gunting benang : ada/tidak
- m. Gunting episiotomi : ada/tidak
- n. Gunting tali pusat : ada/tidak
- o. Gunting verband : ada/tidak
- p. Klem kasa (korentang) : ada/tidak
- q. Tempat klem kasa (korentang) : ada/tidak
- r. Lampu periksa halogen : ada/tidak
- s. Masker oksigen + kanula nasal dewasa : ada/tidak
- t. Meja instrumen : ada/tidak
- u. *Needle holder Matheiu* : ada/tidak
- v. Pelvimeter obstetrik : ada/tidak
- w. Pinset jaringan (chirurgis) : ada/tidak
- x. Pinset kasa (anatomis) : ada/tidak
- y. Pinset bedah : ada/tidak
- z. Setengah Kocher : ada/tidak
- aa. Spekulum (Sims) : ada/tidak
- bb. Spekulum cocor bebek : ada/tidak
- cc. Standar infus : ada/tidak
- dd. Stetoskop dewasa : ada/tidak
- ee. Stetoskop janin/Fetoscope : ada/tidak
- ff. Tabung oksigen dan regulator : ada/tidak

- 2. Set Pemeriksaan Kesehatan Anak**
  - a. Alat pengukur panjang bayi : ada/tidak
  - b. Lampu periksa : ada/tidak
  - c. Pengukur lingkar kepala : ada/tidak
  - d. Pengukur tinggi badan anak : ada/tidak
  - e. Timbangan bayi : ada/tidak
- 3. Set Pelayanan KB**
  - a. Baki logam tempat alat steril bertutup : ada/tidak
  - b. Implant kit : ada/tidak
  - c. IUD kit : ada/tidak
  - d. Aligator ekstraktor AKDR : ada/tidak
  - e. Gunting mayo CVD : ada/tidak
  - f. Klem kasa lurus (*Sponge Foster Straight*) : ada/tidak
  - g. Klem penarik benang AKDR : ada/tidak
  - h. Sonde uterus Sims : ada/tidak
  - i. Tenakulum Schroeder : ada/tidak
  - j. Scapel : ada/tidak
  - k. Trochar : ada/tidak
- 4. Set Imunisasi**
  - a. *Vaccine carrier* : ada/tidak
  - b. *Vaccine refrigerator* : ada/tidak
- 5. Set Resusitasi Bayi**
  - a. *Baby suction pump portable* : ada/tidak
  - b. Meja resusitasi dengan pemanas (*infant radiant warmer*) : ada/tidak
  - c. Penghisap lendir DeLee (neonatus) : ada/tidak
- 6. Peralatan Lain**
  - a. Bantal : ada/tidak
  - b. Celemek plastik : ada/tidak
  - c. Kacamata gogle : ada/tidak
  - d. Sepatu boot : ada/tidak
  - e. Penutup rambut : ada/tidak
  - f. Duk bolong : ada/tidak
  - g. Kasur : ada/tidak
  - h. Lemari alat : ada/tidak
  - i. Lemari obat : ada/tidak
  - j. Meteran (untuk mengukur tinggi Fundus) : ada/tidak
  - k. Perlak : ada/tidak
  - l. Pispot : ada/tidak
  - m. Pita pengukur Lila : ada/tidak
  - n. Sprei : ada/tidak
  - o. Set tumbuh kembang anak : ada/tidak
  - p. Sikat untuk membersihkan peralatan : ada/tidak
  - q. Tempat sampah tertutup yang dilengkapi dengan injakan pembuka penutup : ada/tidak
  - r. Tirai : ada/tidak
  - s. Toples kapas/kasa steril : ada/tidak
  - t. Tromol kasa/kasa steril : ada/tidak
  - u. Waskom kecil : ada/tidak
  - v. Bengkok : ada/tidak
  - w. Pengukur tinggi badan (microtoise) : ada/tidak
  - x. Pisau pencukur : ada/tidak
  - y. Handuk pembungkus neonatus : ada/tidak
  - z. Kantong metode Kanguru sesuai ukuran neonatus : ada/tidak
  - aa. Lemari kecil pasien : ada/tidak
  - bb. Selimut bayi : ada/tidak
  - cc. Selimut dewasa : ada/tidak
  - dd. Sterilisator : ada/tidak

## E. OBAT DAN BAHAN HABIS PAKAI

- 1. Jenis Obat yang harus ada di PMB**
  - a. Oksitosin inj 10 IU/mL : ada/tidak
  - b. Metilergometrin inj 0,2 mg/mL : ada/tidak
  - c. Magnesium sulfat inj 40% (iv) : ada/tidak
  - d. Kalsium glukonat inj 10% : ada/tidak



## 2. Jenis Obat yang bisa disimpan di PMB

a. Vitamin A dosis tinggi	: ada/tidak
b. Tablet Tambah Darah	: ada/tidak
c. Vitamin K1 injeksi	: ada/tidak
d. Salep mata gentamicin	: ada/tidak
e. Desogestrel tablet	: ada/tidak
f. Kombinasi desogestrel dan etinilestradiol tablet	: ada/tidak
g. Kombinasi levonorgestrel dan etinilestradiol tablet	: ada/tidak
h. Linestrenol tablet	: ada/tidak
i. Kombinasi cyproterone acetat dan etinilestradiol tablet	: ada/tidak
j. Kombinasi gestodene dan etinilestradiol tablet	: ada/tidak
k. Levonorgestrel tablet	: ada/tidak
l. Kombinasi drospirenone dan etinilestradiol tablet	: ada/tidak
m. Kombinasi etinilestradiol dan linestrenol tablet	: ada/tidak
n. Medroxyprogesteron e acetate (DMPA) vial	: ada/tidak
o. Kombinasi Medroxyprogesteron e acetate (DMPA) dan estradiol cypionate vial	: ada/tidak
p. Levonorgestrel rods	: ada/tidak
q. Etonogestrel rods	: ada/tidak
r. IUD Cu T 380 A	: ada/tidak
s. IUD Levonorgestrel	: ada/tidak
t. Kondom	: ada/tidak

## BAHAN MEDIS HABIS PAKAI

a. Alkohol	: ada/tidak
b. Cairan desinfektan	: ada/tidak
c. Kain steril	: ada/tidak
d. Kapas	: ada/tidak
e. Kasa non steril	: ada/tidak
f. Kasa steril	: ada/tidak
g. Lidi kapas steril	: ada/tidak
h. Masker	: ada/tidak
i. Podofilin tinctura 25%	: ada/tidak
j. Sabun tangan atau antiseptik	: ada/tidak
k. Benang chromic catgut	: ada/tidak
l. Gelang bayi	: ada/tidak
m. Infus set dewasa	: ada/tidak
n. Infus set dengan wing needle untuk anak dan bayi nomor 23 dan 25	: ada/tidak
o. Jarum jahit	: ada/tidak
p. Kantong urin	: ada/tidak
q. Kateter Folley dewasa	: ada/tidak
r. Kateter Nelaton	: ada/tidak
s. Pembalut	: ada/tidak
t. Pengikat tali pusat	: ada/tidak
u. Plester	: ada/tidak
v. Sabun cair untuk cuci tangan	: ada/tidak
w. Sarung tangan	: ada/tidak
x. Sarung tangan (manual plasenta)	: ada/tidak

## F. STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

1. SPO pelayanan antenatal	: ada/tidak
2. SPO pelayanan persalinan	: ada/tidak
3. SPO pelayanan nifas	: ada/tidak
4. SPO penanganan bayi baru lahir	: ada/tidak
5. SPO pelayanan KB	: ada/tidak
6. SPO penanganan PER, PEB, Eklamsi	: ada/tidak
7. SPO penatalaksanaan rujukan	: ada/tidak
8. SPO Haemorrhagic Ante Partum (HAP)	: ada/tidak
9. SPO Haemorrhagic Post Partum (HPP)	: ada/tidak
10. SPO penanganan bayi asfiksia	: ada/tidak
11. SPO mengatasi syok	: ada/tidak
12. SPO Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)	: ada/tidak

**G. KESIMPULAN**

Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**H. KEWAJIBAN**

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia pasien.
- 3. Membuat persetujuan tindakan asuhan kebidanan.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. Melakukan pengelolaan limbah B3 dan limbah medis cair yang dihasilkan.
- 7. ....  
.....  
.....
- 8. Kewajiban lain sesuai Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan pasal 28 dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN****Praktik Mandiri Tenaga Gizi**

Berdasarkan :

1. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
2. Permenkes Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi
3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

**A. SARANA**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Ruang periksa                             | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| d. Wastafel                                  | : ada/tidak         |
| e. Tempat sampah domestik (berkantong hitam) | : ada/tidak         |
| 2. Ruang tunggu                              | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| 3. Ruang istirahat                           | : ada/tidak         |
| 4. Plang nama                                | : ada/tidak         |

**B. FASILITAS SANITASI**

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) | : ada/tidak |
| 2. Kamar mandi                                 | : ada/tidak |

**C. PERALATAN DAN BAHAN**

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. <i>Food model</i>  | : ada/tidak |
| 2. Timbangan berat badan                                      | : ada/tidak |
| 3. Pengukur tinggi badan ( <i>microtoise</i> )                | : ada/tidak |
| 4. <i>Skinfold calipper</i>                                   | : ada/tidak |
| 5. Poster gizi seimbang                                       | : ada/tidak |
| 6. Buku penuntun/Pedoman Konseling Gizi                       | : ada/tidak |
| 7. Leaflet gizi (Diet untuk semua kasus sesuai Penuntun Diet) | : ada/tidak |
| 8. Leaflet bahan makanan penukar                              | : ada/tidak |
| 9. Lembar diagnose gizi dan riwayat makan klien               | : ada/tidak |
| 10. Poster ASI dan MP ASI                                     | : ada/tidak |
| 11. Lembar balik penyuluhan gizi                              | : ada/tidak |

**D. KESIMPULAN**

Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**E. KEWAJIBAN**

1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia klien.
3. Membuat persetujuan tindakan pelayanan gizi.
4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.

- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. ....  
.....  
.....
- 7. Kewajiban lain sesuai Permenkes Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Fisioterapis

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- 2. Permenkes Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis
- 3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- 1. Ruang intervensi : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - d. Wastafel : ada/tidak
  - e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) : ada/tidak
  - f. Tempat sampah medis (berkantung kuning) : ada/tidak
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
- 3. Ruang istirahat : ada/tidak
- 4. Plang nama : ada/tidak

B. FASILITAS SANITASI

- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
- 2. Kamar mandi : ada/tidak

C. PERALATAN

- 1. Administrasi
  - a. Meja dan kursi : ada/tidak
  - b. Alat tulis kantor : ada/tidak
  - c. Catatan tindakan fisioterapis : ada/tidak
  - d. Formulir rujukan : ada/tidak
- 2. Pemeriksaan
  - a. Meteran gulung : ada/tidak
  - b. Goniometer : ada/tidak
  - c. Tensimeter : ada/tidak
  - d. Stetoskop : ada/tidak
- 3. Intervensi
  - a. Tempat tidur : ada/tidak
  - b. Matras : ada/tidak

D. KESIMPULAN

Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

E. KEWAJIBAN

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia klien.
- 3. Membuat persetujuan tindakan pelayanan fisioterapis.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. ....  
.....  
.....
- 7. Kewajiban lain sesuai Permenkes Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Okupasi Terapis

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- 2. Permenkes Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis
- 3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- 1. Ruang periksa : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - d. Wastafel : ada/tidak
  - e. Tempat sampah domestik (berkantong hitam) : ada/tidak
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
- 3. Ruang istirahat : ada/tidak
- 4. Plang nama : ada/tidak

B. FASILITAS SANITASI

- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
- 2. Kamar mandi : ada/tidak

C. PERALATAN

- 1. Meja dan kursi : ada/tidak
- 2. Alat tulis kantor : ada/tidak
- 3. Formulir rujukan : ada/tidak
- 4. Lembar rekam medis pasien : ada/tidak
- 5. Lembar kajian khusus terapi okupasi : ada/tidak

D. KESIMPULAN

Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

E. KEWAJIBAN

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia pasien.
- 3. Membuat persetujuan tindakan pelayanan okupasi terapis.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.

- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. ....
- 7. Kewajiban lain sesuai Permenkes Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP



**BERITA ACARA PEMERIKSAAN****Praktik Mandiri Terapis Wicara**

Berdasarkan :

1. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
2. Permenkes Nomor 24 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara
3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
 Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
 Alamat Praktik :

**A. SARANA**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Ruang periksa                             | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| d. Wastafel                                  | : ada/tidak         |
| e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) | : ada/tidak         |
| 2. Ruang tunggu                              | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| 3. Ruang istirahat                           | : ada/tidak         |
| 4. Plang nama                                | : ada/tidak         |

**B. FASILITAS SANITASI**

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) | : ada/tidak |
| 2. Kamar mandi                                 | : ada/tidak |

**C. PERALATAN**

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. Stetoskop                                      | : ada/tidak |
| 2. Spirometer                                     | : ada/tidak |
| 3. Kaca laring                                    | : ada/tidak |
| 4. <i>Tongue spatel</i> kayu/stainless            | : ada/tidak |
| 5. Tensimeter                                     | : ada/tidak |
| 6. <i>Token test</i> (dewasa)                     | : ada/tidak |
| 7. <i>Faciometer</i> (jangka corong)              | : ada/tidak |
| 8. <i>Flash card</i> /kartu gambar/kartu kategori | : ada/tidak |
| 9. Lampu senter kecil                             | : ada/tidak |
| 10. Gambar anatomi fisiologi proses mendengar     | : ada/tidak |
| 11. Gambar anatomi fisiologi proses bicara        | : ada/tidak |
| 12. Gambar anatomi fisiologi proses menelan       | : ada/tidak |
| 13. Gambar/model tubuh manusia                    | : ada/tidak |
| 14. <i>Sound recorder</i> (perekam suara)         | : ada/tidak |
| 15. Model konsep bentuk                           | : ada/tidak |
| 16. Model konsep warna                            | : ada/tidak |
| 17. Model konsep ukuran                           | : ada/tidak |

18. Cermin ( <i>portable, standing</i> dan tiga pintu)	: ada/tidak
19. Vibrator	: ada/tidak
20. Sikat gigi elektrik	: ada/tidak
21. Peralatan oral motor	: ada/tidak
22. <i>White board</i>	: ada/tidak
23. Papan flanel	: ada/tidak
24. <i>Form board</i> (alat transportasi)	: ada/tidak
25. <i>Form board</i> (orang)	: ada/tidak
26. <i>Form board</i> (binatang)	: ada/tidak
27. <i>Form board</i> (buah-buahan)	: ada/tidak
28. <i>Form board</i> (tumbuh-tumbuhan)	: ada/tidak
29. <i>Form board</i> (benda alam)	: ada/tidak
30. <i>Pin board</i> (diameter 2cm, 18 lubang, 6 warna)	: ada/tidak
31. Balok ukur (terpendek 1cm, terpanjang 40cm)	: ada/tidak
32. Alat stimulasi <i>auditory</i> (harmonica, gitar, peluit, genderang, bel, piano)	: ada/tidak
33. Alat stimulasi visual	: ada/tidak
34. Alat stimulasi <i>tactail</i> /kinestetik	: ada/tidak
35. <i>Feeding aid</i> (cangkir, gelas, sendok, garpu, pisau potong gergaji, biasa dan khusus)	: ada/tidak
36. <i>Stopwatch</i>	: ada/tidak
37. <i>Timer</i>	: ada/tidak
38. <i>Counter</i>	: ada/tidak
39. Multimedia terapi (Kamera digital, komputer kids, LCD, komputer)	: ada/tidak
40. Meja kursi terapi individu dewasa	: ada/tidak
41. Tempat tidur pasien/klien	: ada/tidak
42. Meja kursi terapi individu anak	: ada/tidak
43. Matras	: ada/tidak
44. Oksigen <i>portable</i>	: ada/tidak
45. Lemari kayu/besi/ <i>locker</i>	: ada/tidak
46. Garpu tala	: ada/tidak
47. <i>Otoscope</i>	: ada/tidak
48. <i>Diagnostic set</i>	: ada/tidak
49. Alat bantu terapi visual	: ada/tidak
50. Alat bantu terapi <i>auditory</i>	: ada/tidak
51. <i>Suction</i>	: ada/tidak
52. <i>Speech trainer</i>	: ada/tidak
53. Formulir pendaftaran	: ada/tidak
54. Rekam medis pasien	: ada/tidak
55. Formulir perencanaan pelayanan terapi wicara	: ada/tidak
56. Formulir program harian	: ada/tidak

#### D. KESIMPULAN

Tidak/memenuhi syarat

Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

#### E. KEWAJIBAN

- Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia pasien.
- Membuat persetujuan tindakan pelayanan terapis wicara.
- Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- .....
- .....

7. Kewajiban lain sesuai Permenkes Nomor 24 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Teknisi Gigi

Berdasarkan :

- 1. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- 2. Permenkes Nomor 54 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Teknisi Gigi
- 3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- 1. Ruang periksa : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - d. Wastafel : ada/tidak
  - e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) : ada/tidak
  - f. Tempat sampah medis (berkantung kuning) : ada/tidak
- 2. Ruang tunggu : ada/tidak
  - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
  - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
  - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
- 3. Ruang istirahat : ada/tidak
- 4. Plang nama : ada/tidak

B. FASILITAS SANITASI

- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
- 2. Kamar mandi : ada/tidak
- 3. Pengelolaan limbah B3 padat : ada/tidak
  - a. SPPL : ada/tidak
  - b. Perjanjian Kerja Sama : ada/tidak
  - c. Manifest : ada/tidak

C. PERALATAN MINIMAL

- 1. Electromotor + handpiece (1 set) : ada/tidak
- 2. Mesin poles (1 set) : ada/tidak
- 3. Kompor gas/minyak tanah + panci rebus (1 set) : ada/tidak
- 4. Macam-macam tang teknik gigi (1 set) : ada/tidak
- 5. Acrylic mixing vessel + spatula untuk mengaduk acrylic Bowl + spatula (1 set) : ada/tidak
- 6. Brander spiritus (2 set) : ada/tidak
- 7. Wax carver/lecron (2 bh) : ada/tidak
- 8. Wax knife (2 bh) : ada/tidak
- 9. Base former (2 bh) : ada/tidak
- 10. Hand press (kecil dan besar, @ 1 bh) : ada/tidak
- 11. Kuvet (besar, sedang dan kecil, @ 2 bh) : ada/tidak
- 12. Occludator (2 bh) : ada/tidak
- 13. Artikulator (1 bh) : ada/tidak
- 14. Chip blower (1 bh) : ada/tidak
- 15. Shade guide (1 set) : ada/tidak
- 16. Palu kecil (1 bh) : ada/tidak
- 17. Tang gips (1 bh) : ada/tidak
- 18. Alat pemadam api ringan (1 bh) : ada/tidak

D. BAHAN MINIMAL

- 1. Base plate wax (hard dan medium) : ada/tidak
- 2. Sticky wax : ada/tidak
- 3. Self curing acrylic : ada/tidak
- 4. Heat curing acrylic (pink dan macam2 warna crown) : ada/tidak
- 5. Kawat klamer (penampang 0,6; 0,7 dan 0,8) : ada/tidak
- 6. Expansi screw : ada/tidak
- 7. Macam-macam set gigi akrilik : ada/tidak
- 8. Macam-macam bur untuk akrilik, logam : ada/tidak
- 9. Macam-macam felt cone : ada/tidak
- 10. Macam-macam cotton wheel dan brush wheel : ada/tidak
- 11. Mandrill, amplas : ada/tidak
- 12. Bahan-bahan polishing (pumice dan cryte; polishing paste untuk logam) : ada/tidak
- 13. Gips : ada/tidak
- 14. Stone gips : ada/tidak
- 15. Vaseline : ada/tidak
- 16. Spiritus : ada/tidak
- 17. Gas elpiji/minyak tanah : ada/tidak

E. KESIMPULAN

Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

F. KEWAJIBAN

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia pasien.
- 3. Membuat persetujuan tindakan pelayanan teknisi gigi.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. ....
- 7. Kewajiban lain sesuai Permenkes Nomor 54 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Teknisi Gigi dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Praktik Mandiri Terapis Gigi dan Mulut

Berdasarkan :

- UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Permenkes Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut
- Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

A. SARANA

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Ruang periksa (minimal 9 m2)              | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| d. Wastafel                                  | : ada/tidak         |
| e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) | : ada/tidak         |
| f. Tempat sampah medis (berkantung kuning)   | : ada/tidak         |
| 2. Ruang tunggu                              | : ada/tidak         |
| a. Penerangan                                | : baik/cukup/kurang |
| b. Ventilasi                                 | : baik/cukup/kurang |
| c. Kebersihan                                | : baik/cukup/kurang |
| 3. Ruang istirahat                           | : ada/tidak         |
| 4. Plang nama                                | : ada/tidak         |

B. FASILITAS SANITASI

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) | : ada/tidak |
| 2. Kamar mandi                                 | : ada/tidak |
| 3. Pengelolaan limbah B3 padat                 | : ada/tidak |
| a. SPPL  | : ada/tidak |
| b. Perjanjian Kerja Sama                       | : ada/tidak |
| c. Manifest                                    | : ada/tidak |

C. PERALATAN

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. Dental chair (1 unit)                              | : ada/tidak |
| 2. Alat diagnostic dasar                              |             |
| a. <i>Sonde half moon</i> (3 tangkai)                 | : ada/tidak |
| b. <i>Periodontal probe</i> (1 tangkai)               | : ada/tidak |
| c. <i>Ekscavator</i> (3 tangkai)                      | : ada/tidak |
| d. Kaca mulut (3 tangkai)                             | : ada/tidak |
| e. Pinset (3 tangkai)                                 | : ada/tidak |
| f. <i>Nier bekhan</i> (2 buah)                        | : ada/tidak |
| 3. <i>Pit dan fissure sealant set</i>                 |             |
| a. Mesin bur portable untuk <i>low speed</i> (1 unit) | : ada/tidak |
| b. <i>Contra angle low speed</i> (1 unit)             | : ada/tidak |
| c. Plastik instrument (1 tangkai)                     | : ada/tidak |
| d. <i>Cement spatula</i> (1 tangkai)                  | : ada/tidak |
| e. <i>Agata spatula</i> (1 tangkai)                   | : ada/tidak |
| f. <i>Cement stopper</i> (1 tangkai)                  | : ada/tidak |
| g. <i>Water syringe</i> (1 tangkai)                   | : ada/tidak |

- 4. *Universal scaller ultrasonic* (1 set) : ada/tidak
- 5. Alat pencabut gigi sulung (@ 1buah)
  - a. Tang mahkota anterior gigi sulung rahang atas : ada/tidak
  - b. Tang akar gigi sulung rahang atas : ada/tidak
  - c. Tang mahkota anterior gigi sulung rahang bawah : ada/tidak
  - d. Tang akar gigi sulung rahang bawah : ada/tidak
  - e. Tang mahkota posterior gigi sulung rahang atas : ada/tidak
  - f. Tang mahkota posterior gigi sulung rahang bawah : ada/tidak
- 6. Alat sterilisasi (1 unit) : ada/tidak
- 7. Lain-lain/alat penunjang
  - a. Tempat kapas bersih (1 bh) : ada/tidak
  - b. Tempat kapas kotor (1 bh) : ada/tidak
  - c. Tempat tampon/*cotton roll* steril (1 bh) : ada/tidak
  - d. Bak instrument (1 bh) : ada/tidak
  - e. Gelas kumur (2 bh) : ada/tidak
  - f. Tempat desinfektan (1 bh) : ada/tidak
  - g. Alat poles glas ionomer (1 set) : ada/tidak
  - h. *Brush* (1 set) : ada/tidak

**C. OBAT-OBATAN**

- 1. Larutan antiseptik (1 botol) : ada/tidak
- 2. Povidon iodine (1 botol) : ada/tidak
- 3. Disclosing solution (1 botol) : ada/tidak
- 4. Alkohol 70% (1 botol) : ada/tidak
- 5. Bahan topical anestesi (1 botol) : ada/tidak
- 6. Larutan/bahan flour (1 botol) : ada/tidak
- 7. Bahan sealant (1 set) : ada/tidak
- 8. Pumice (1 plastik) : ada/tidak
- 9. Pasta gigi (1 tube) : ada/tidak

**D. ADMINISTRASI**

- 1. Buku register pasien (2 buku) : ada/tidak
- 2. Kartu status asuhan kesehatan gigi dan mulut (1 set) : ada/tidak
- 3. Kartu pendaftaran pasien (1 set) : ada/tidak
- 4. Surat rujukan (1 set) : ada/tidak
- 5. Kuitansi ( 1 buku) : ada/tidak
- 6. Stempel/cap (1 bh) : ada/tidak
- 7. Map (1 pak) : ada/tidak

**F. ALAT PERAGA**

- 1. Model rahang dan sikat gigi (1 bh) : ada/tidak
- Poster : flip chart, flash card yg mendukung kesgilut
- 2. Model yang digunakan pada waktu konseling/penyuluhan : ada/tidak
- (1 bh)

**G. PERALATAN NON MEDIS**

Lemari obat (ada/tidak); meja tulis (ada/tidak); kursi (ada/tidak); meja peralatan (ada/tidak); kursi tunggu (ada/tidak); penyekat ruangan (ada/tidak); lap pengering (ada/tidak)

**H. KESIMPULAN**

Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**I. KEWAJIBAN**

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia pasien.
- 3. Membuat persetujuan tindakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. ....
- .....

7. Kewajiban lain sesuai Permenkes Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP



**BERITA ACARA PEMERIKSAAN**  
**Praktik Mandiri Ortotis Prostetis**

- Berdasarkan :
- 1. UU RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
  - 2. Permenkes Nomor 22 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Ortotis Prostetis
  - 3. Perda Kota Depok Nomor 11 Tahun 2017 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan

Pada hari ini ..... tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap:

Nama Pemohon :  
Pekerjaan : PNS/Non PNS \*)  
Alamat Praktik :

- A. SARANA**
- 1. Ruang kerja (3 x 3 m) : ada/tidak
    - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
    - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
    - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
    - d. Wastafel : ada/tidak
    - e. Tempat sampah domestik (berkantung hitam) : ada/tidak
  - 2. Ruang periksa (1 x 2 m) : ada/tidak
    - a. Penerangan : baik/cukup/kurang
    - b. Ventilasi : baik/cukup/kurang
    - c. Kebersihan : baik/cukup/kurang
  - 3. Ruang istirahat : ada/tidak
  - 4. Plang nama : ada/tidak

- B. FASILITAS SANITASI**
- 1. Sarana air bersih (PAM/air tanah/air sumur) : ada/tidak
  - 2. Kamar mandi : ada/tidak

- C. PERALATAN**
- 1. Meja kerja (1 bh) : ada/tidak
  - 2. Mesin bor tangan (1 bh) : ada/tidak
  - 3. Mesin jahit (1 bh) : ada/tidak
  - 4. Oven (1 bh) : ada/tidak
  - 5. Gerinda (1 bh) : ada/tidak
  - 6. Gunting gips (1 bh) : ada/tidak
  - 7. Meteran (1 bh) : ada/tidak
  - 8. Gunting jahit (1 bh) : ada/tidak
  - 9. Gunting plat (1 bh) : ada/tidak
  - 10. Alat K3 (pelindung mata, pelindung telinga, masker : ada/tidak  
pelindung debu) (1 set)
  - 11. *Heatgun* (1 bh) : ada/tidak
  - 12. Ragum (1 bh) : ada/tidak

- D. KESIMPULAN**
- Tidak/memenuhi syarat  
Tidak/dapat diberikan izin praktik mandiri

**E. KEWAJIBAN**

- 1. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan pasien.
- 2. Membuat dan menyimpan rekam medis serta menyimpan rahasia pasien.
- 3. Membuat persetujuan tindakan pelayanan ortotis prostetis.
- 4. Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
- 5. Membuat dan memasang plang nama praktik dengan membuat nama perawat, nomor STR dan nomor SIP.
- 6. ....
- 7. Kewajiban lain sesuai Permenkes Nomor 22 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Ortotis Prostetis dan peraturan perundang-undangan lain yang berlaku.

Mengetahui,  
Pemohon

(.....)  
NIP

Pemeriksa

(.....)  
NIP

(.....)  
NIP

PERMOHONAN PENCABUTAN IZIN PRAKTIK

Hal : Permohonan Pencabutan Izin Praktik

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
Di Depok

Dengan hormat,  
Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama Lengkap :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin :  
Alamat :

Nomor SIP :

dengan ini mengajukan permohonan pencabutan izin praktik yang ke ..... dengan  
alamat di .....

- Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan:
- a. SIP asli;
  - b. Surat keterangan berhenti praktik dari fasyankes atau fasilitas kefarmasian;
  - c. Surat keterangan pengangkatan penanggung jawab baru dari fasyankes atau fasilitas kefarmasian (untuk penanggung jawab);
  - d. BAP serah terima sediaan farmasi yang ditandatangani tim teknis perizinan (untuk apoteker penanggung jawab apotek);

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Depok,  
Pemohon

Materai 6000

( )