



PEMERINTAH KABUPATEN KEPULAUAN MERANTI
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS ALAHAIR

Jl. Pelajar, Selatpanjang – 28791
Email : puskesmasalahair2577@mail.com Hp. 081363726513



PERSYARATAN PEMBUATAN REKOMENDASI

NO	PELAYANAN	PERSYARATAN
1	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Praktek Dokter Umum / Dokter Gigi	<ol style="list-style-type: none">1. Surat permohonan bermaterai 10.0002. Fotocopy str dokter umum / dokter gigi3. Foto copy ijazah kedokteran umum / kedokteran gigi4. Surat pernyataan mempunyai tempat praktek atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktek5. Surat rekomendasi dari organisasi profesi6. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 (1 lembar)7. Foto copy KTP8. Surat izin dari pimpinan instansi tempat pemohon bekerja (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah)9. Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah yang memiliki surat izin praktik10. Foto copy NPWP11. Foto copy tanda lunas PBB
2	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Praktek Dokter Gigi Spesialis	<ol style="list-style-type: none">1. Surat permohonan izin praktik dokter gigi spesialis bermaterai 10.000,-2. Fotokopi STR yang telah diterbitkan dan dilegalisir asli oleh konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku3. Fotokopi ijazah kedokteran4. Surat pernyataan mempunyai tempat praktek atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya5. Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah yang memiliki surat izin praktik6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi7. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (3 lembar)8. Fotokopi KTP9. Surat izin dari pimpinan instalasi tempat pemohon dimaksud bekerja (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah)10. Fotokopi surat izin sarana pelayanan kesehatan (khusus bagi pemohon yang bekerja pada sarana pelayanan kesehatan swasta)11. Surat Rekomendasi dari UPT puskesmas setempat (bagi praktik dokter) difasyankes swasta dan praktik dokter mandiri)12. Fotokopi NPWP13. Tanda lunas PBB
3	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Praktik Bidan	<ol style="list-style-type: none">1. Surat Permohonan Izin Praktik Bidan Mandiri bermaterai Rp. 10.0002. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi3. Fotokopi Ijazah Ahli Madya Kebidanan atau Ijazah Pendidikan dengan Kompetensi lebih tinggi yang diakui Pemerintah dan dilegalisir4. Fotokopi sertifikat kompetensi kebidanan5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki

		<p>Surat Izin Praktik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar 7. Surat pernyataan memiliki tempat di praktik mandiri atau di fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri 8. Surat Keterangan pengalaman kerja minimal 3 tahun dari Pimpinan Sarana Tempat Kerja Khusus bagi Ahli Madya Kebidanan 9. Fotokopi KTP 10. Surat Izin Atasan, bila dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau pada sarana Kesehatan Swasta 11. Surat Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat 12. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi 13. Fotokopi NPWP 12. Fotokopi tanda lunas PBB
4	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Praktik Perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Izin Praktik Perawat Mandiri bermaterai Rp. 10.000 2. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi 3. Fotokopi Ijazah Ahli Madya Keperawatan atau Ijazah Pendidikan dengan Kompetensi lebih tinggi yang diakui Pemerintah dan dilegalisir 4. Fotokopi sertifikat kompetensi keperawatan 5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik 6. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 lembar 7. Surat pernyataan memiliki tempat di praktik mandiri atau di fasilitas pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri 8. Surat Keterangan pengalaman kerja minimal 3 tahun dari Pimpinan Sarana Tempat Kerja Khusus bagi Ahli Madya Keperawatan 9. Fotokopi KTP 10. Surat Izin Atasan, bila dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau pada sarana Kesehatan Swasta 11. Surat Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat 12. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi 13. Fotokopi NPWP 14. Fotokopi tanda lunas PBB
5	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten kepulauan meranti/dinas penanaman modal, pelayanan terpadu satu pintu dan tenaga kerja (d disesuaikan dengan fasilitasnya : pelayanan kefarmasian/produksi/distribusi) 2. Fotokopi STRA (surat tanda registrasi apoteker) 3. Fotokopi KTP 4. Fotokopi Ijazah 5. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi 6. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi/distribusi 7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi apoteker yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian lain 8. Surat rekomendasi dari organisasi profesi 9. Pas foto berwarna ukuran 3x4 sebanyak 3 (tiga) lembar 10. Untuk pembuatan SIPA kedua harus melampirkan fotocopy SIPA kesatu 11. Untuk perpanjangan SIPA lampirkan sipa yang lama
6	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Usaha Apotek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan izin apotek bermaterai Rp.10.000 yang diajukan oleh apoteker 2. Fotocopy STRA dengan menunjukkan stra asli 3. Fotokopi surat izin praktek apoteker (sipa) 4. Fotocopy (KTP) apoteker dan pemilik sarana apotek 5. Pas foto apoteker ukuran 3x4 sebanyak 1 lembar

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Fotocopy (NPWP) apoteker 7. Fotocopy KTP, STRTTK dan SIPTTK tenaga teknis kefarmasian 8. Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah yang memiliki surat izin praktik 9. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk hak milik /sewa/kontrak 10. Fotocopy denah lokasi dan denah bangunan 11. Daftar terperinci alat perlengkapan apotek yang ditandatangani apoteker 12. Surat pernyataan bahwa apoteker tidak menjadi apoteker pengelola di apotek lain materai Rp.10.000,- 13. Surat izin atasan bagi apoteker yang bekerja di instansi pemerintah / swasta 14. Surat pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran peraturan perundangan di bidang obat materai Rp.10.000,- 15. Fotocopy surat izin tempat usaha (SITU) 16. Fotocopy tanda lunas PBB
7	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Toko Obat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan izin toko obat bermaterai rp.10.000 2. Fotokopi ktp pemohon dan tenaga teknis kefarmasian 3. Fotokopi ijazah tenaga teknis kefarmasian yang telah dilegalisir oleh pejabat yang berwenang 4. Fotokopi strttk yang masih berlaku (dilegalisir) 5. Fotokopi surat izin praktik tenaga teknis kefarmasian (sipttk) yang masih berlaku 6. Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah yang memiliki surat izin praktik 7. Surat pernyataan kesediaan bekerja tenaga teknis kefarmasian sebagai penanggung jawab teknis toko obat (matrai rp.10.000) 8. Surat izin atasan bagi tenaga teknis kefarmasian yang bekerja di instansi pemerintah / swasta 9. Denah lokasi dan denah bangunan 10. Situ (surat izin tempat usaha) 11. Ho 12. Foto copy npwp 13. Foto copy tanda lunas pbb
8	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Praktik Terapi Gigi dan Mulut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan Izin Praktik bermaterai Rp. 10.000 2. Fotokopi KTP 3. Fotokopi ijazah yang dilegalisasi (minimal D-III) 4. Fotokopi STR 5. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik 6. Surat keterangan dari tempat bekerja 7. Pas Foto ukuran 3x4 sebanyak tiga lembar 8. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi
9	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Tukang Gigi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan izin tukang gigi bermaterai 10.000 2. Biodata tukang gigi 3. Surat keterangan terdaftar tukang gigi dari dinas kesehatan 4. Fotocopy KTP 5. Surat keterangan kepala desa / lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai tukang gigi 6. Surat rekomendasi dari organisasi / asosiasi tukang gigi setempat yang diakui oleh pemerintah (jika ada) 7. Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah yang memiliki surat izin praktik 8. Pas foto terbaru ukuran 3x4 cm (berwarna) sebanyak 1 (satu) lembar 9. Foto copy NPWP 10. Foto copy tanda lunas PBB

10	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Pelayanan Izin Praktik Fisioterapis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan izin praktik fisioterapis bermaterai Rp. 10.000 2. Fotokopi STR 3. Fotokopi Ijazah yang dilegalisir (Fisioterapis profesi/Fisioterapis spesialis) 4. Fotokopi KTP 5. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP 6. Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah yang memiliki surat izin praktik 7. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasyankes atau tempat praktik pelayanan Fisioterapis secara mandiri 8. Pas foto ukuran 3 x 4 sebanyak dua lembar 9. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi
11	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Pelayanan Izin Praktik Tenaga Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Permohonan izin praktik tenaga gizi bermaterai Rp. 10.000 2. Fotokopi KTP 3. Fotokopi Ijazah 4. Fotokopi STR 5. Surat Keterangan Sehat Dari Dokter Yang memiliki Surat Izin Praktek 6. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Tempat Praktek Pelayanan Gizi Secara Mandiri 7. Pas Photo 3x4 Sebanyak 3 Lembar 8. Rekomendasi Dari Organisasi Profesi 9. Fotocopi NPWP 10. Fotocopi lunas PBB (bagi yang Praktik Mandiri)
12	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan bermaterai 10.000 2. Fotokopi strttk (surat tanda registras tenaga teknis kefarmasian) 3. Fotokopi KTP 4. Fotokopi Ijazah 5. Surat Keterangan Sehat Dari Dokter Yang memiliki Surat Izin Praktek 6. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi 7. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi/distribusi 8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga teknis kefarmasian yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian lain 9. Surat rekomendasi dari organisasi profesi 10. Pas foto berwarna ukuran 3x4 sebanyak 3 (tiga) lembar 11. Untuk pembuatan sipttk kedua harus melampirkan fotocopy sipttk kesatu dan selanjutnya 12. Untuk perpanjangan sipttk lampirkan sipttk yang lama)
13	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Surat Izin Usaha Mikro Obat Tradisional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000 2. Fotokopi akta pendirian badan usaha perorangan yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; 3. Susunan Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas dalam hal Permohonan bukan perseorangan; 4. Fotokopi KTP/identitas pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas; 5. Pas foto Pemohon ukuran 3 x 4sebanyak tiga lembar 6. Surat Pernyataan pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang farmasi; 7. Surat Keterangan Sehat Dari Dokter Yang memiliki Surat

		<p>Izin Praktek</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Fotokopi bukti penguasaan tanah dan bangunan; 9. Surat Tanda Daftar Perusahaan dalam hal permohonan bukan perseorangan; 10. Fotokopi Surat Izin Usaha Perdagangan dalam hal permohonan bukan perseorangan; 11. Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak; 12. Fotokopi Surat Keterangan Domisili. 13. Surat Pernyataan Kesediaan Menerapkan CPOTB bermaterai Rp. 10.000,- 14. Fotokopi Tanda Lunas PBB
14	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Izin Klinik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan untuk pengurusan izin klinik bermaterai 10.000 2. Foto copy akta notaries pendirian badan usaha (yayasan/PT/CV/Koperasi) untuk klinik pratama rawat inap dan klinik utama 3. Data pemohon/pemilik (foto copy KTP, NPWP, dsn pas foto ukuran 3 x4 sebanyak 2 lembar) 4. Surat pernyataan status kepemilikan bermaterai Rp. 10.000 5. Surat Keterangan Sehat Dari Dokter Yang memiliki Surat Izin Praktek 6. Data tempat usaha (foto copy IMB, izin HO, NIB, bukti kepemilikan tanah dan bangunan/sertifikat, gambar denah lokasi dan denah NIBasi bangunan, denah instalansi listrik, air bersih dan limbah) 7. Dokumen upaya kesehatan lingkungan (UKL) dan upaya pemantauan lingkungan (UPL) bagi klinik rawat inap 8. Surat perjanjian kerjasama rujukan laboratorium (bagi klinik rawat jalan dan 24 jam) 9. Surat perjanjian kerjasama pengelolaan limbah medis dengan pihak ke-3 (bila tidak mempunyai sarana pengelolaan sendiri) 10. Profil klinik (daftar ketenagaan, daftar struktur organisasi yang disahkan pimpinan, daftar peralatan medis, penunjang medis dan non medis, daftar obat, daftar pelayanan dan tarif yang disahkan pimpinan, dan daftar sarana prasarana) 11. Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp. 10.000, perihal bersedia menjadi pimpinan klinik 12. Data kepegawaian dokter penanggungjawab : (foto copy SIP, surat keterangan tidak keberatan dari atasan langsung bagi PNS dan ABRI, surat pernyataan diatas kertas bermaterai RP. 10.000 yang mencakup: sanggup menjadi dokter [enanggungjawan, sanggup membina PSM setempat dalam pembangunan kesehatan lingkungannya, sanggup melaksanakan pelayanan sesuai dengan peraturan dan perundangundangan yang berlaku) 13. Data pelaksana tenaga harian :(foto copyijazah, STR dan SIP bagi dokter,perawat, bidan, asisten apoteker dan fisioterapi, surat keterangan tidak keberatan dari atasan langsung bagi PNS dan ABRI, surat pernyataan sanggup menjadi tenaga pelaksana harian bermaterai Rp. 10.000) 14. Standar operating prosedur (SOP) 15. Surat keterangan penggunaan daya listrik 16. Surat keterangan penggunaan air bersih 17. Foto copy tanda lunas PBB
15	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000 2. Fotocopy sertifikat Penyuluhan Keamanan Pangan 3. Surat keterangan leuk hygiene dari Dinas Kesehatan 4. Foto copy KTP

	(Spp-lrt)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Denah lokasi 6. Rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat 7. Foto copy SIUP 8. Foto copy NIB 9. Pas foto 3x4 3 lembar 10. Khusus kilang sagu melampirkan surat rekom dari LBH
16	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Pelayanan Rekomendasi Izin Laboratorium Klinik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan izin laboratorium klinik bermaterai 10.000 2. Foto copy KTP pemilik dan penanggungjawab teknis 3. Pas foto 3 x 4(3 lembar) pemilik dan penanggungjawab teknis laboratorium 4. Foto copy ijazah dokter penanggungjawab teknis laboratorium 5. Daftar nama tenaga teknis laboratorium 6. Foto copy KTP tenaga teknis laboratorium 7. Foto copy Ijazah tenaga teknis laboratorium 8. Foto copy STR dan SIP tenaga teknis laboratorium 9. Daftar terperinci peralatan laboratorium 10. Data kelengkapan bangunan 11. Denah bangunan dan denah lokasi 12. SOP laboratorium klinik 13. Foto copy surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik/swasta/kontrak 14. Surat pernyataan kesanggupan yang ditandatangani oleh calon penanggungjawab teknis tersebut dan bekerja penuh sebagai penanggungjawab teknis (full timer) yang dibuat di atas materai 15. Surat pernyataan kesanggupan masing-masing tenaga teknis/administrasi 16. Surat pernyataan dari pemilik sarana yang tidak terlibat pelanggaran terhadap peraturannya perundang-undangan dibidang laboratorium atau alat. 17. Surat pernyataan kesediaan mengikuti program Pementapan Mutu.
17	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Pelayanan Izin Optikal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan bermaterai 10.000 2. Foto copy KTP pemohon 3. Pas foto pemohon ukuran 3 x 4(3 lembar) 4. Foto copy ijazah dan STR refraksionis Optisien atau Optometris 5. Foto copy SIP Refraksionis Optisien atau Optometris atau Surat Keterangan SIP dalam proses penenbitan izin dari instansi yang berwenang menerbitkan SIP 6. Surat pernyataan kesediaan refraksionis optisien atau optometris untuk menjadi penanggung jawab pada optikal yang akan didirikan 7. Daftar sarana dan peralatan yang akan digunakan 8. Foto copy perjanjian kerjasama dengan laboratorium dispensing bagi optikal yang tidak memiliki laboratorium 9. Rekomendasi dari asosiasi optikal setempat (jika ada) 10. Foto copy NPWP/SIUP/TDP perusahaan atau pemohon 11. Foto copy NIB 12. Foto copy akte pendirian perusahaan (jika ada) 13. Foto copy tanda lunas PBB.

18	Persyaratan Pembuatan Rekomendasi Laik Hygiene Sanitasi	<ol style="list-style-type: none">1. Surat rekomendasi dari UPT Puskesmas setempat2. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk3. Pas foto warna ukuran 3 x 4 (2 Lembar)4. Fotocopy surat Keterangan Domisili5. Gambar denah bangunan/lokasi6. Surat Penanggungjawab (TTU & TPM)7. Surat Keterangan berbadan sehat8. Hasil Uji Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) dan hasil9. Uji Laboratorium terakreditasi (khusus DAMIU)
----	---	---