



WALIKOTA METRO

PROVINSI LAMPUNG PERATURAN WALIKOTA METRO NOMOR 18 TAHUN 2015

TENTANG

PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALIKOTA METRO NOMOR 4 TAHUN 2012 TENTANG IZIN PENYELENGGARAAN SARANA PELAYANAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA METRO,

- Menimbang** :
- a. bahwa kesehatan merupakan kebutuhan masyarakat yang sangat mendasar yang pelayanannya dapat diselenggarakan oleh pihak swasta sebagai bentuk partisipasi dalam rangka pembangunan di bidang kesehatan;
 - b. bahwa untuk penyelenggaraan sarana pelayanan kesehatan di daerah, diperlukan izin dari pemerintah daerah;
 - c. bahwa disebabkan adanya perubahan Peraturan Perundang-undangan dan untuk lebih mempermudah persyaratan izin yang ada, maka perlu melakukan perubahan dan penyempurnaan atas Peraturan Walikota Metro Nomor 4 Tahun 2012 tentang Izin Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Peraturan Walikota;
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Dati II Way Kanan, Kabupaten Dati II Lampung Timur dan Kotamadya Dati II Metro (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 46, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3825);
 2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5197);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 357/MENKES/PER/V/2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK. 02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/MENKES/PER/II/2010 tentang Laboratorium Klinik;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1189/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Produksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/PER/XI/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1363/MENKES/SK/XII/2001 tentang Registrasi dan Izin Praktik Fisioterapi;

22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1332/ MENKES/ SK/X/2002 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotek;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1331/ MENKES/ SK/X/2002 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 167/KAB/B.VIII/1972 tentang Pedagang Eceran Obat;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1424/ MENKES/ SK/XI/2002 tentang Pedoman Penyelenggaraan Optikal;
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076/ MENKES/ SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional;
26. Peraturan Gubernur Nomor 58 Tahun 2014 tentang Jenis Usaha dan/atau Kegiatan yang Wajib dilengkapi upaya Pengelolaan Lingkungan Hidup (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan Hidup (UPL);
27. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor 7 Tahun 2013 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Lembaran Daerah Kota Metro Tahun 2013 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kota Metro Nomor 7);
28. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor 7 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Metro (Lembaran Daerah Kota Metro Tahun 2008 Nomor 07, Tambahan Lembaran Daerah Kota Metro Nomor 07) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Metro Nomor 12 Tahun 2010 (Lembaran Daerah Kota Metro Tahun 2010 Nomor 01, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 01);
29. Peraturan Walikota Metro Nomor 4 Tahun 2012 tentang Izin Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Kesehatan (Berita Daerah Kota Metro Tahun 2012 Nomor 4);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALIKOTA METRO NOMOR 4 TAHUN 2012 TENTANG IZIN PENYELENGGARAAN SARANA PELAYANAN KESEHATAN.

1. **Ketentuan BAB I Pasal 1 angka 8 diubah dan ditambah angka 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 dan 21 sehingga berbunyi sebagai berikut :**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Metro.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota dan beserta Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.

3. Kepala Daerah adalah Walikota Metro.
4. Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu yang selanjutnya disingkat KPM dan PTSP adalah Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro.
5. Sarana Pelayanan Kesehatan adalah tempat/wadah/institusi yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
6. Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis.
7. Berdasarkan jenisnya klinik dibagi menjadi Klinik Pratama dan Klinik Utama. Klinik Pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar dan Klinik Utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik.
8. Izin Penyelenggaraan (Operasional) adalah pernyataan tertulis dari Pemerintah Daerah yang membolehkan hak untuk menyelenggarakan Sarana Pelayanan Kesehatan yang meliputi Izin Operasional Sementara, Izin Operasional Tetap, dan Pendaftaran (Terdaftar) sesuai dengan kewenangan Daerah dalam hal perizinan di bidang Kesehatan.
9. Praktik Bidan Swasta adalah praktik bidan mandiri/perorangan.
10. Praktik Perawat Swasta adalah praktik perawat mandiri/perorangan.
11. Klinik Fisioterapi adalah aktinoterapi (infra Red), elektroterapi (SWD US.ES), exercise terapi (*breathing exercise, static bicycle, shoulder wheel, treadmill*), faal paru (spirometri).
12. Klinik Radiologi adalah pelayanan medik yang menggunakan semua modalitas energi radiasi untuk diagnosis dan terapi, termasuk teknis pencitraan dan penggunaan emisi radiasi dengan sinar-X, radioaktif, ultrasonografi dan radiasi frekuensi elektromagnetik.
13. Laboratorium Klinik atau Laboratorium Kesehatan Masyarakat adalah Laboratorium kesehatan yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan spesimen klinik untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan perorangan terutama untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
14. Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
15. Apotek adalah suatu tempat tertentu, tempat dilakukan pekerjaan kefarmasian dan penyaluran sediaan farmasi, perbekalan kesehatan lainnya kepada masyarakat.
16. Optik adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan pemeriksaan mata dasar, pemeriksaan refraksi serta pelayanan kaca mata koreksi dan /atau lensa kontak.
17. Pengobatan Tradisional adalah Pengobatan dan / atau perawatan dengan cara obat dan pengobatannya yang mengacu kepada pengalaman, keterampilan turun-temurun dan/atau pendidikan/pelatihan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.
18. Toko Alat Kesehatan adalah unit usaha yang diselenggarakan oleh perorangan atau badan untuk melakukan kegiatan pengadaan, penyimpanan, penyaluran alat kesehatan tertentu secara eceran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
19. Toko Obat adalah pedagang eceran yang menjual obat-obat bebas dan obat-obat bebas terbatas.

20. Unit Transfusi Darah (UTD) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah dan pendistribusian darah.
 21. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diwilayah kerjanya.
2. **Ketentuan Bab IV Pasal 5 ayat (1) huruf a dihapus, huruf k terdapat penambahan kata dan Penambahan huruf m dan n. Ayat (2) huruf a dihapus, huruf B angka 2 point f diubah, huruf E ditambah huruf m dan n beserta rincian persyaratannya, penambahan ayat (3) pada Pasal 5 sehingga berbunyi sebagai berikut :**

BAB IV

RUANG LINGKUP DAN PERSYARATAN IZIN SARANA PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 5

- (1) Ruang lingkup izin sarana pelayanan kesehatan meliputi :
 - a. Dihilup
 - b. Praktik Bidan Swasta dan Praktik Perawat Swasta;
 - c. Klinik Fisioterapi;
 - d. Klinik Radiologi;
 - e. Laboratorium Klinik / Laboratorium Kesehatan Masyarakat;
 - f. Rumah Sakit;
 - g. Apotek;
 - h. Optikal;
 - i. Pengobatan Tradisional;
 - j. Toko Alat Kesehatan;
 - k. Toko Obat/Toko Obat Tradisional;
 - l. Klinik;
 - m. Unit Transfusi Darah (UTD) Palang Merah Indonesia;
 - n. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).
- (2) Persyaratan izin Sarana Pelayanan Kesehatan :
 - A. Dihilup
 - B. Praktik Bidan Swasta dan Praktik Perawat Swasta
 1. Untuk mendapatkan izin praktik perorangan Perawat / Bidan, Pemohon harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
 2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah :
 - a. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) bagi Perawat dan Bidan yang masih berlaku dan dilegalisir;
 - b. Rekomendasi dari organisasi profesi;
 - c. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP);
 - d. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
 - e. Surat Pernyataan memiliki tempat praktik;
 - f. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat;
 - g. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan.
 3. Tempat praktik harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. Ada ruang tunggu, ruang pemeriksaan, ruang administrasi, kamar mandi/WC;
 - b. Setiap ruang pemeriksaan minimal berukuran 2 m x 3 m;

- c. Setiap ruangan harus mempunyai pencahayaan dan ventilasi yang cukup;
- d. Untuk Praktik Bidan harus ada peralatan Kebidanan untuk diagnostik dan terapi serta peralatan gawat darurat sederhana;
- c. Untuk Praktik Perawat, harus ada peralatan Keperawatan dan peralatan gawat darurat sederhana.

C. Klinik Fisioterapi

Untuk mendapatkan Izin Klinik Fisioterapi, Pemohon harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.

1. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah :
 - a. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk;
 - b. Fotocopy Akta pendirian dan Struktur Organisasi Badan Hukum (jika pemohon adalah badan hukum);
 - c. Memiliki Dokter Spesialis bidang Fisioterapi atau dokter spesialis lain atau dokter umum sebagai penanggung jawab;
 - d. Memiliki tenaga kesehatan minimal lulusan diploma 3 fisioterapi sebagai pelaksana harian;
 - e. Daftar ketenagaan berikut fotocopy Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR), Surat Izin Praktik (SIP), Surat Izin Kerja (SIK), SIFB, SIPP;
 - f. Tarif pelayanan yang telah disahkan oleh pimpinan atau dokter penanggung jawab;
 - g. Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) & Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
 - h. Denah lokasi, bangunan dan ruangan;
 - i. Surat Izin Mendirikan Bangunan (IMB);
 - j. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat;
 - k. Pas foto ukuran 4 x 6 dan 3 x 4 masing-masing 2 lembar.
2. Klinik fisioterapi harus memenuhi perlengkapan sebagai berikut :
 - a. Ada ruang tunggu, ruang pemeriksaan, ruang administrasi, kamar mandi /WC;
 - b. Setiap ruang pemeriksaan dan tindakan minimal berukuran 4m x 4m;
 - c. Setiap ruangan harus mempunyai pencahayaan dan ventilasi yang cukup;
 - d. Untuk Praktik Dokter harus ada peralatan Kedokteran untuk diagnostik dan terapi serta peralatan gawat darurat sederhana;
 - c. Untuk praktik fisioterapis harus ada peralatan fisioterapi dalam kondisi baik.

D. Klinik Radiologi

1. Untuk mendapatkan Izin Klinik Radiologi, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah :
 - a. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk atas nama Pemohon;
 - b. Fotocopy Akta pendirian dan Struktur Organisasi Badan Hukum (jika pemohon adalah badan hukum);
 - c. Surat Izin peralatan dari BAPETEN/BATAN (Badan Tenaga Atom Nasional);

- d. Memiliki Dokter Spesialis Radiologi sebagai penanggung jawab dan pelaksana harian;
 - e. Daftar ketenagaan Ijazah, Izin Kerja;
 - f. Rekomendasi dari Persatuan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia (PDSRI) dan Persatuan Ahli Radiografi Indonesia (PARI);
 - g. Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) & Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
 - h. Izin Gangguan (HO);
 - i. Surat keterangan dari Puskesmas setempat.
3. Klinik Radiologi harus memenuhi perlengkapan sebagai berikut:
- a. Ada ruang tunggu, ruang periksa, ruang administrasi, kamar mandi /WC;
 - b. Setiap ruang periksa minimal berukuran 3m x 4m;
 - c. Setiap ruangan harus mempunyai pencahayaan dan ventilasi yang cukup;
 - d. Bangunan dimana terletak peralatan rontgen harus memenuhi syarat keamanan dan keselamatan terhadap bahaya radiasi.

E. Laboratorium Klinik / Laboratorium Kesehatan Masyarakat

1. Untuk mendapatkan Izin Laboratorium Klinik atau Laboratorium Kesehatan Masyarakat, pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah
 - a. Fotocopy akta pendirian dan Struktur Organisasi Badan Hukum (jika pemohon adalah badan hukum);
 - b. Denah Lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan yang disesuaikan;
 - c. Izin Gangguan (HO);
 - d. Surat Pernyataan kcsanggupan Penanggung Jawab;
 - e. Surat Pernyataan Kcsanggupan masing-masing tenaga teknis/administrasi;
 - f. Surat Pernyataan Kesiediaan mengikuti Program Pemanjapan Mutu;
 - g. Data Kelengkapan Bangunan;
 - h. Data Kelengkapan Peralatan;
 - i. Dokumen Lingkungan Hidup;
 - j. Surat keterangan dari Puskesmas setempat.
3. Laboratorium harus memenuhi perlengkapan sebagai berikut :
 - a. Ada ruang tunggu, ruang administrasi/arsip, ruang periksa (ruang pengambilan sediaan), ruang makan/minum, kamar mandi /WC untuk pasien;
 - b. Setiap ruang pemeriksaan minimal berukuran 3 m² x 10 m²;
 - c. Setiap ruangan harus mempunyai pencahayaan dan ventilasi yang cukup;
 - d. Sistem pembuangan air limbah dan sampah padat lainnya harus memenuhi syarat kesehatan & keamanan terhadap bahan beracun dan berbahaya.

F. Rumah Sakit

1. Untuk mendapatkan Izin Mendirikan Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. Studi kelayakan;

- b. Master *plan*;
 - c. Status kepemilikan;
 - d. Rekomendasi izin mendirikan;
 - e. Izin gangguan (HO);
 - f. Dokumen Lingkungan Hidup (AMDAL./UKL-UPL);
 - g. Luas tanah dan sertifikatnya;
 - h. Penamaan;
 - i. Izin Mendirikan Bangunan (IMB);
 - j. Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) dan Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
 - k. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat.
2. Untuk mendapatkan Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. Sarana dan prasarana;
 - b. Peralatan;
 - c. Sumber daya manusia; dan
 - d. Administrasi dan manajemen.
 3. Izin mendirikan diberikan untuk jangka waktu 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang untuk 1 tahun.
 4. Pemohon yang telah memperoleh izin mendirikan Rumah Sakit, apabila dalam jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) belum atau tidak melakukan pembangunan Rumah Sakit, maka pemohon harus mengajukan izin baru.
 5. Izin Penyelenggaraan/ Izin Operasional Sementara diberikan untuk jangka waktu 1 (satu) tahun.
 6. Izin tetap diberikan dalam waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

G. Apotek

1. Untuk mendapatkan Izin Apotek, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah :
 - a. Fotocopy Surat Izin Kerja Apoteker;
 - b. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk atas nama Apoteker dan pemilik Apotek;
 - c. Fotocopy Denah Bangunan;
 - d. Surat yang mengatakan status bangunan dalam bentuk Akta hak milik/sewa/kontrak;
 - e. Daftar Asisten Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) dengan mencantumkan nama alamat, tanggal lulus dan Nomor Surat Izin Kerja serta daftar tenaga lain beserta ijazah;
 - f. Asli dan salinan/fotocopy daftar terperinci alat perlengkapan Apotek;
 - g. Surat pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotek bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek di Apotek lain;
 - h. Asli/salinan fotocopy surat izin atasan bagi pemohon Pegawai Negeri, ABRI dan pegawai instansi pemerintah lainnya;

- i. Surat perjanjian Kerjasama Apoteker Pengelola Apotek dengan Pemilik sarana Apotek;
 - j. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IAI);
 - k. Fotocopy Akta Pendirian dan Struktur Organisasi Badan Hukum (jika pemohon adalah badan hukum);
 - l. Surat pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat;
 - m. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat.
3. Apotek harus memenuhi perlengkapan sebagai berikut :
- a. Ada ruang tunggu, ruang peracikan obat, ruang administrasi, kamar mandi/WC;
 - b. Lemari es/rak Obat termasuk lemari khusus untuk obat narkotika;
 - c. Peralatan kefarmasian dalam kondisi baik;
 - d. Papan nama apotek.

H. Optikal

1. Untuk mendapatkan Izin Optikal, Pemohon harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah :
 - a. Akta Pendirian Perusahaan Optikal yang disahkan oleh Notaris untuk penyelenggara yang berbentuk perusahaan bukan perorangan;
 - b. Surat Izin Tempat Usaha (SITU);
 - c. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP);
 - d. Surat pernyataan kesediaan refraksionis optisien untuk menjadi penanggungjawab pada optikal/laboratorium optik yang akan didirikan, dengan kelengkapan :
 - 1) Surat perjanjian pemilik sarana dengan refraksionis optisien tersebut;
 - 2) Surat keterangan dari pejabat setempat yang berwenang, menyatakan bahwa refraksionis optisien calon penanggung jawab bertempat tinggal/berdomisili di kabupaten/kota yang bersangkutan dan fotocopy KTP terlampir;
 - 3) Fotocopy Ijazah Refraksionis Optisien yang telah dilegalisir;
 - 4) Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
 - 5) Pas foto 3 (tiga) lembar ukuran 4x6 cm;
 - 6) Sertifikat Uji Kompetensi Refraksionis Optisien (RO).
 - e. Surat pernyataan kerjasama dari laboratorium optik tempat pemrosesan lensa-lensa pesanan, bila optikal tidak memiliki laboratorium sendiri;
 - f. Daftar sarana dan peralatan yang akan digunakan;
 - g. Daftar pegawai serta tugas dan fungsinya;
 - h. Peta lokasi sebagai penunjuk wilayah tempat domisili optikal/laboratorium optik;
 - i. Denah ruangan dibuat dengan skala 1:100;
 - j. Surat keterangan dari organisasi profesi/asosiasi setempat yang menyatakan bahwa refraksionis optisien yang diajukan hanya menjadi penanggungjawab dari optikal yang mengajukan izin tersebut, dan diketahui oleh organisasi pengusaha optikal setempat;
 - k. Untuk pembaharuan izin sertakan izin yang lama;
 - l. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat.

3. Optikal harus memenuhi perlengkapan sebagai berikut :
 - a. Ada ruang tunggu, ruang periksa, ruang administrasi;
 - b. Lemari / Rak tempat kaca mata;
 - c. Ruang periksa minimal 2 m x 6 m berikut peralatan optikal dengan kondisi baik.

I. Pengobatan Tradisional

1. Untuk mendapatkan Surat Izin Pengobat Tradisional (SIPT) atau Surat Terdaftar Pengobatan Tradisional (STPT), Pemohon harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah:
 - a. Biodata pengobatan tradisional;
 - b. Fotocopy KTP/paspor untuk TKA;
 - c. Surat keterangan Kepala Desa/Lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai pengobat tradisional;
 - d. Rekomendasi dari asosiasi/organisasi profesi di bidang pengobatan tradisional yang bersangkutan;
 - e. Fotocopy sertifikat/ijazah pengobatan tradisional (bila ada);
 - f. Surat keterangan dari puskesmas setempat;
 - g. Pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
 - h. Rekomendasi (Kejaksaan/Kantor Kementerian Agama Kabupaten/Kota).
3. Selain persyaratan administrasi, Pengobatan Tradisional/Alternatif harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. Ada ruang tunggu, ruang periksa, ruang tindakan;
 - b. Obat yang digunakan harus dapat dijamin tidak membahayakan bagi kesehatan orang yang diobati.

J. Toko Alat Kesehatan

1. Untuk mendapatkan izin, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah :
 - a. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk atas nama Pemohon;
 - b. Fotocopy Akta pendirian dan Struktur Organisasi Badan Hukum (jika pemohon adalah Badan Hukum);
 - c. Surat pernyataan kesediaan Asisten Apoteker/Tenaga Kerja Kefarmasian (TTK) untuk menjadi penanggung jawab;
 - d. Fotocopy NPWP atas Nama Pemohon;
 - e. Surat bukti kepemilikan atau surat izin penggunaan tanah dan bangunan;
 - f. Mempunyai Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) dan Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
 - g. Daftar ketenagaan berikut ijazahnya;
 - h. Surat keterangan dari Puskesmas setempat.
3. Selain persyaratan administrasi, harus pula memenuhi persyaratan sebagai berikut :
 - a. Memiliki penanggung jawab teknis yang bekerja penuh, dengan pendidikan yang sesuai dengan persyaratan dan ketentuan yang berlaku;

- b. Memiliki sarana dan prasarana berupa ruangan dan perlengkapan lainnya yang memadai untuk kantor administrasi dan gudang dengan status milik sendiri, kontrak atau sewa paling singkat 2 (dua) tahun;
- c. Memiliki bengkel atau bekerja sama dengan perusahaan lain dalam melaksanakan jaminan purna jual, untuk perusahaan yang mendistribusikan alat kesehatan yang memerlukannya;
- d. Memenuhi CDAKB (Cara Distributor Alat Kesehatan yang Baik).

K. Toko Obat / Toko Obat Tradisional

1. Untuk mendapatkan izin, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan izin.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud adalah :
 - a. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk atas nama Pemohon;
 - b. Fotocopy Akta Pendirian dan Struktur Organisasi Badan Hukum (jika pemohon adalah badan hukum);
 - c. Surat pernyataan kesediaan Asisten Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) untuk menjadi penanggung jawab;
 - d. Fotocopy NPWP atas nama pemohon;
 - e. Surat bukti kepemilikan atau surat izin penggunaan tanah dan bangunan;
 - f. Mempunyai Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) dan Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
 - g. Daftar ketenagaan berikut ijazahnya dan surat izin kerja;
 - h. Surat pernyataan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) tidak bekerja/menjadi Penanggung Jawab di tempat lain;
 - i. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat.
3. Selain persyaratan administrasi, pemohon harus memenuhi persyaratan lain yaitu lemari/rak tempat menyimpan dan memajang obat/alat harus terjamin kebersihannya.

L. Klinik

1. Untuk mendapatkan izin, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah :
 - a. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat;
 - b. Salinan/fotocopy pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
 - c. Identitas lengkap pemohon;
 - d. Surat keterangan persetujuan lokasi dari Pemerintah Daerah setempat;
 - e. Bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau izin pribadi atau surat kontrak minimal selama 5 (lima) tahun bagi yang menyewa bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan;
 - f. Dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL) untuk Klinik Rawat Inap;
 - g. Dokumen/Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL) untuk Klinik Rawat Jalan dan Klinik Kecantikan;
 - h. Profil Klinik yang akan didirikan meliputi : struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana & prasarana dan peralatan serta pelayanan yang diberikan;

- i. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat;
 - j. Persyaratan administrasi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan seperti izin kerja bagi masing-masing tenaga sesuai profesi, blanko pelaporan, register dll.
3. Untuk mendapatkan izin, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruangan, prasarana, peralatan dan ketenagaan yaitu :
- a. Lokasi pendirian klinik harus sesuai dengan tata ruang daerah masing-masing;
 - b. Tempat persebaran klinik yang diselenggarakan harus memperhatikan kebutuhan pelayanan berdasarkan rasio jumlah penduduk;
 - c. Ketentuan a dan b tidak berlaku untuk klinik perusahaan atau klinik instansi pemerintah tertentu yang hanya melayani karyawan perusahaan atau pegawai instansi pemerintah tersebut;
 - d. Bangunan harus permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya;
 - e. Lingkungan sehat dan bersih;
 - f. Bangunan klinik harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut;
 - g. Bangunan klinik paling sedikit meliputi : ruang pendaftaran/ruang tunggu, ruang konsultasi dokter, ruang administrasi, ruang tindakan, ruang farmasi, kamar mandi/wc, ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan;
 - h. Prasarana klinik harus terpelihara dan berfungsi dengan baik, meliputi : instalasi air, instalasi listrik, instalasi sirkulasi udara, sarana pengelolaan limbah, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, ambulans untuk klinik yang menyelenggarakan rawat inap dan sarana lainnya sesuai kebutuhan;
 - i. Klinik harus dilengkapi dengan peralatan medis yang harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan dan/atau institusi penguji dan pengkalibrasian yang berwenang dan yang menggunakan radiasi *pengion* harus mendapatkan izin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - j. Penggunaan peralatan medis untuk kepentingan penegakan diagnosis, terapi dan rehabilitasi harus berdasarkan indikasi medis;
 - k. Pimpinan Klinik Pratama adalah seorang dokter atau dokter gigi. Pimpinan Klinik Utama adalah dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang memiliki kompetensi sesuai dengan jenis kliniknya. Pimpinan klinik ini merupakan penanggungjawab dan merangkap sebagai pelaksana pelayanan pada klinik tersebut;
 - l. Ketenagaan klinik terdiri atas tenaga medis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan;
 - m. Klinik dilarang mempekerjakan tenaga kesehatan warga negara asing.

M. Unit Transfusi Darah (UTD) Palang Merah Indonesia

1. Untuk mendapatkan izin, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah :
 - a. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat;

- b. Salinan/fotocopy pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
 - c. Identitas lengkap pemohon;
 - d. Fotocopy NPWP atas nama pemohon;
 - e. Surat bukti kepemilikan atau surat izin penggunaan tanah dan bangunan;
 - f. Mempunyai Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) dan Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
 - g. Daftar ketenagaan berikut ijazahnya dan surat izin kerja;
 - h. Surat Pernyataan kcsanggupan Penanggung Jawab;
 - i. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat.
3. Laboratorium harus memenuhi perlengkapan sebagai berikut :
- a. Ada ruang tunggu, ruang administrasi/Arsip, ruang periksa (ruang pengambilan darah), Ruang makan/minum, kamar mandi /WC untuk pasien;
 - b. Setiap Ruang pemeriksaan/pengambilan darah minimal berukuran 3m² x 4m²;
 - c. Setiap ruangan harus mempunyai pencahayaan dan ventilasi yang cukup;
 - d. Ada kendaraan/mobil pengambil darah;
 - e. Sistem pembuangan air limbah dan sampah padat lainnya harus memenuhi syarat kesehatan & keamanan terhadap bahan beracun dan berbahaya.

N. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

1. Untuk mendapatkan izin, pemohon harus memenuhi persyaratan administrasi yang dilampirkan pada surat permohonan.
2. Persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah :
 - a. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat;
 - b. Salinan/fotocopy pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
 - c. Identitas lengkap pemohon;
 - d. Surat keterangan persetujuan lokasi dari pemerintah daerah setempat;
 - e. Bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau izin pribadi atau surat kontrak minimal selama 5 (lima) tahun bagi yang menyewa bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan;
 - f. Dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL) untuk Puskesmas Rawat Inap;
 - g. Dokumen/Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL) untuk Puskesmas Rawat Jalan;
 - h. Profil Puskesmas yang akan didirikan meliputi : struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana & prasarana dan peralatan serta pelayanan yang diberikan;
 - i. Persyaratan administrasi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan seperti izin kerja bagi masing-masing tenaga sesuai profesi, blanko pelaporan, register dll.
3. Untuk mendapatkan izin, Pemohon baik perorangan atau Badan Hukum harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruangan, prasarana, peralatan dan ketenagaan yaitu :
 - a. Lokasi pendirian Puskesmas harus sesuai dengan tata ruang daerah masing-masing.

- b. Tempat persebaran Puskesmas yang diselenggarakan harus memperhatikan kebutuhan pelayanan berdasarkan rasio jumlah penduduk.
 - c. Bangunan harus permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya.
 - d. Lingkungan sehat dan bersih.
 - e. Bangunan Puskesmas harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut.
 - f. Bangunan Puskesmas paling sedikit meliputi : ruang pendaftaran/ruang tunggu, ruang konsultasi dokter, ruang administrasi, ruang tindakan, ruang farmasi, kamar mandi/wc, ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan.
 - g. Prasarana Puskesmas harus terpelihara dan berfungsi dengan baik, meliputi : instalasi air, instalasi listrik, instalasi sirkulasi udara, sarana pengelolaan limbah, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, ambulans untuk Puskesmas yang menyelenggarakan rawat inap dan rawat jalan serta sarana lainnya sesuai kebutuhan.
 - h. Puskesmas harus dilengkapi dengan peralatan medis yang harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan dan/atau institusi penguji dan pengkalibrasian yang berwenang dan yang menggunakan radiasi *pengion* harus mendapatkan izin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - i. Penggunaan peralatan medis untuk kepentingan pencegahan diagnosis, terapi dan rehabilitasi harus berdasarkan indikasi medis.
 - j. Ketenagaan Puskesmas terdiri atas tenaga medis, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan.
- (3) Ketentuan lampiran diubah lampiran II a dihapus dan ditambah lampiran II m dan II n, lampiran III b diubah, lampiran IV a dihapus, penambahan lampiran IV m dan lampiran IV n, sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini.
3. **Ketentuan Bab VI Pasal 7 ayat (1) dihapus, ayat (6) diubah dan disisipkan ayat (6a), ditambahkan ayat (13) dan ayat (14) sehingga berbunyi sebagai berikut :**

BAB VI

MASA BERLAKU DAN DAFTAR ULANG

Pasal 7

- (1) Dihilang
- (2) Praktik perorangan perawat dan bidan berlaku selama Surat Tanda Registrasi (STR) masih berlaku.
- (3) Izin Klinik Fisioterapi diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (4) Izin Klinik Radiologi diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (5) Izin Laboratorium Klinik / Laboratorium Kesehatan Masyarakat diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (6) Izin Mendirikan Rumah sakit diberikan dalam jangka waktu 1 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama 1 tahun.

- (6a) Izin Operasional sementara Rumah Sakit diberikan dalam jangka waktu 1 (satu) tahun dan dapat di perpanjang kembali selama 1 (satu) Tahun memenuhi persyaratan.
- (6b) Izin Operasional Rumah Sakit diberikan dalam jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (7) Izin Apotek diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (8) Izin Optikal diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (9) Izin Pengobatan Tradisional/Alternatif diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (10) Izin Toko Alat Kesehatan diberikan dalam jangka waktu 3 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (11) Izin Toko Obat/Toko Obat Tradisional diberikan dalam jangka waktu 3 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (12) Izin Klinik diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (13) Izin Unit Transfusi Darah (UTD) PMI diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (14) Izin Operasional Puskesmas diberikan dalam jangka waktu 5 tahun dan dapat di perpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

4. Ketentuan Bab VII Pasal 8 judulnya ditambah kalimat pembinaan sehingga berbunyi sebagai berikut :

BAB VII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 8

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan dan penerapan Peraturan Walikota ini dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro, organisasi profesi dan dinas/instansi terkait.
- (2) Kegiatan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk :
 - a. Melindungi sarana pelayanan kesehatan dan masyarakat dalam hal pelaksanaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan ataupun masyarakat;
 - b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - c. Memberikan kepastian hukum bagi pasien, konsumen, masyarakat dan tenaga kesehatan.

5. Diantara Bab VII dan Bab VIII disisipkan 1 (satu) Bab yakni Bab VII A sehingga berbunyi sebagai berikut :

BAB VII A

SANKSI

Pasal 9 A

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan yang diatur dalam Peraturan Walikota dikenakan sanksi tindakan administratif berupa :
 - a. Teguran lisan;

- b. Teguran tertulis atau;
 - c. Pencabutan izin.
- (2) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Tindakan pencabutan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilaksanakan sesuai Peraturan Perundang-undangan yang berlaku dengan berkoordinasi dengan Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro dan Kantor Satuan Polisi Pamong Praja Kota Metro.

Pasal II

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Metro.

Ditetapkan di Metro
pada tanggal 12 Oktober 2015

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Diundangkan di Metro
pada tanggal 12 Oktober 2015

SEKRETARIS DAERAH KOTA METRO,

I S H A K

BERITA DAERAH KOTA METRO TAHUN 2015 NOMOR¹⁸.....

Lampiran 1.0 : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Perihal : Permohonan Izin Mendirikan Klinik Rawat Jalan dan Klinik Kecantikan

Kepada Yth.
Walikota Metro
Cq. Kepala KPM dan PTSP Kota Metro
di-
METRO

Dengan ini kami sampaikan permohonan izin untuk mendirikan klinik dengan jenis.....

Nama : Klinik.....
Alamat : Jalan.....
Kelurahan.....
Kecamatan.....
Kota.....

Penanggung jawab Teknis :

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap dua :

1. Identitas lengkap pemohon;
2. Fotocopy pendirian badan hukum atau badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
3. Fotocopy yang sah sertifikat tanah, bukti kepemilikan lain yang disahkan oleh notaris atau bukti surat kontrak minimal untuk jangka waktu 5 (lima) tahun;
4. Surat Pernyataan kesanggupan Penanggung Jawab;
5. Surat Pernyataan kesanggupan masing-masing tenaga;
6. Dokumen/ Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL);
7. Profil klinik yang akan didirikan meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan, kefarmasian, laboratorium serta pelayanan yang dibcrikan;
8. Surat izin kerja karyawan dan ijazah;
9. Izin Gangguan (Ho), Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP), Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
10. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat.

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui.

Metro,.....20
Pemohon

Materai
(.....)

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

PARAF HIERARKIS	
Bekda	
Ass. J	
Kepala Bagian Hukum	
Meng. Yang Per. UU	

Lampiran l.p : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 13 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Perihal : Permohonan Izin penyelenggaraan
Unit Transfusi Darah (UTD)

Kepada Yth.
Walikota Metro
Cq. Kepala KPM dan PTSP Kota Metro
di-
METRO

Dengan ini kami sampaikan permohonan izin untuk mendirikan Unit Transfusi Darah tingkat kota dengan klasifikasi.....

Nama : UTD
Alamat : Jalan
Kelurahan :
Kecamatan :
Kota :
Provinsi :

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap satu :

1. Profil UTD;
2. Denah lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan yang diusulkan;
3. Surat pernyataan kesediaan mengikuti Program Pemantapan Mutu;
4. Isian formulir *self assessment* sesuai klasifikasi UTD :
 - a. Kelengkapan bangunan, sarana dan prasarana;
 - b. Kelengkapan peralatan;
 - c. Kelengkapan SDM;
 - d. Kemampuan pelayanan.
5. Surat Keterangan dari Puskesmas setempat.

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui.

Metro,.....20

Pemohon

Materai
(.....)

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA



Lampiran I.q : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 12 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Perihal : Permohonan Izin Operasional Puskesmas Rawat Inap

Kepada Yth.
Walikota Metro
Cq. Kepala KPM dan PTSP Kota Metro
di-
METRO

Dengan ini kami sampaikan permohonan izin untuk mendirikan Puskesmas dengan:

Nama : Puskesmas.....
Alamat : Jalan.....
Kelurahan.....
Kecamatan.....
Kota.....

Penanggung jawab Teknis :

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap dua :

1. Identitas lengkap pemohon;
2. Fotocopy pendirian badan hukum atau badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
3. Fotocopy yang sah sertifikat tanah, bukti kepemilikan lain yang disahkan oleh notaris atau bukti surat kontrak minimal untuk jangka waktu 5 (lima) tahun;
4. Surat Pernyataan kesanggupan Penanggung Jawab;
5. Surat Pernyataan kesanggupan masing-masing tenaga;
6. Dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL);
7. Profil puskesmas yang akan didirikan meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketcnagaan, peralatan, kefarmasian, laboratorium serta pelayanan yang diberikan;
8. Surat izin kerja karyawan dan ijazah;
9. Izin Gangguan (HO), Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP), Tanda Daftar Perusahaan (TDP).

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui.

Metro,.....20
Pemohon

Materai
(.....)

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA



Perihal : Permohonan Izin Operasional Puskesmas Rawat Jalan

Kepada Yth.
Walikota Metro
Cq. Kepala KPM dan PTSP Kota Metro
di-
METRO

Dengan ini kami sampaikan permohonan izin untuk mendirikan Puskesmas dengan:

Nama : Puskesmas.....
Alamat : Jalan.....
Kelurahan.....
Kecamatan.....
Kota.....

Penanggung jawab Teknis :

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap dua :

1. Identitas lengkap pemohon;
2. Fotocopy pendirian badan hukum atau badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
3. Fotocopy yang sah sertifikat tanah, bukti kepemilikan lain yang disahkan oleh notaris atau bukti surat kontrak minimal untuk jangka waktu 5 (lima) tahun;
4. Surat Pernyataan kesanggupan Penanggung Jawab;
5. Surat Pernyataan kesanggupan masing-masing tenaga;
6. Dokumen/Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL);
7. Profil puskesmas yang akan didirikan meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan, kefarmasian, laboratorium serta pelayanan yang diberikan;
8. Surat izin kerja karyawan dan ijazah;
9. Izin Gangguan (HO), Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP), Tanda Daftar Perusahaan (TDP).

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui.

Metro,.....20
Pemohon

Materai
(.....)

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA



Lampiran I.s : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT KETERANGAN PUSKESMAS
NOMOR :

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- 1. Nama :
- 2. NIP :
- 3. Pangkat/Gol :
- 4. Jabatan :

Dengan ini menerangkan bahwa :

- Nama Pemilik :
- Umur :
- Nomor KTP :
- Alamat :
- Nama Usaha :
- Alamat :

Merupakan usaha yang ada dalam wilayah tugas kami dan dalam pembinaan kami.

Demikian surat keterangan ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Metro,.....20.....
Kepala Puskesmas.....



NAMA.....
NIP.....

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Praktik Bidan Swasta

BERITA ACARA PEMERIKSAAN LOKASI
Nomor : 441/ /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun.....
telah melakukan pemeriksaan lapangan terhadap Izin Praktik Bidan Swasta,
sesuai dengan Surat Perintah Tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
Nomor :, tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana
Kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Pelayanan Izin Praktik Bidan
Swasta pada : Praktik Bidan a.n....., dengan alamat
....., **dapat/tidak dapat** di berikan **rekomendasi**
terhadap Izin Praktik Bidan tersebut, karena :

1. Administrasi : Sudah / tidak memenuhi syarat
2. Keadaan fisik : Sudah / tidak memenuhi syarat
3. Peralatan dan perlengkapan : Sudah / tidak memenuhi syarat

Demikian berita acara pemeriksaan lapangan ini kami buat untuk dapat
dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/Penerbitan Surat
Izin Praktik.

Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan
perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO

PARAF MENYERAHKAN	
Gekda	
Ass. I	
Kepala B.	
Keasling	
Per UU	

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Praktik Perawat Swasta

BERITA ACARA PEMERIKSAAN LOKASI

Nomor : 441/ /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun.....
telah melakukan pemeriksaan lapangan terhadap Izin Praktik Perawat Swasta,
sesuai dengan Surat Perintah Tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
Nomor :....., tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana
Kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Pelayanan Izin Praktik Perawat
Swasta pada : Praktik Perawat a.n....., dengan alamat
....., **dapat/tidak dapat** di berikan **rekomendasi**
terhadap Izin Praktik Perawat tersebut, karena :

1. Administrasi : Sudah / tidak memenuhi syarat.
2. Keadaan fisik : Sudah / tidak memenuhi syarat.
3. Peralatan dan perlengkapan : Sudah / tidak memenuhi syarat.

Demikian berita acara pemeriksaan lapangan ini kami buat untuk dapat
dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/Penerbitan Surat
Izin Praktik. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan
diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.



Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran II.d : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Berita Acara Pemeriksaan Pemeriksaan Klinik Fisioterapi

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....**

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun....., telah melakukan pemeriksaan Lapangan terhadap **Klinik Fisioterapi.....**, sesuai dengan Surat Perintah tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Izin Klinik....., dengan alamat, memenuhi/tidak memenuhi syarat kesehatan dan **dapat/tidak dapat** diberikan **rekomendasi terhadap Izin pada sarana tersebut, karena :**

- 1.Administrasi : Sudah / tidak memenuhi syarat.
- 2.Keadaan fisik (Bangunan, peralatan, perlengkapan) : Sudah / tidak memenuhi syarat.

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

**MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO**

- Tim Teknis :**
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.

PARAF PERALIHAN	
Sekda	
Ass. I	
Ass. II	
Ass. III	
Per. UU	

(Handwritten signatures and initials are present in the form)

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran II.e : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 13 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Berita Acara Pemeriksaan Klinik Radiologi

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun....., telah melakukan pemeriksaan Lapangan terhadap **Klinik Radiologi**....., sesuai dengan Surat Perintah tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Izin klinik Radiologi....., dengan alamat....., memenuhi/tidak memenuhi syarat kesehatan dan **dapat/tidak dapat** di berikan **rekomendasi terhadap Izin pada sarana tersebut, karena :**

1. Administrasi : Sudah /tidak memenuhi syarat.
2. Keadaan fisik (Bangunan, peralatan, perlengkapan) : Sudah / tidak memenuhi syarat.

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/ penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.



Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Laboratorium Klinik

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun.....
sesuai dengan Surat Perintah tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor
: 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal.....telah melakukan
peninjauan/pemeriksaan kelengkapan persyaratan permohonan izin bagi :

Nama : Laboratorium.....

Alamat : Jalan.....

Kelurahan.....

Kecamatan.....

Kota.....

PEMERIKSA :

1. Nama :
Pangkat :
Jabatan :
NIP :

2. Nama :
Pangkat :
Jabatan :
NIP :

3. Nama :
Pangkat :
Jabatan :
NIP :

HASIL PEMERIKSAAN

No	Rincian	Persyaratan	Kenyataan	Penilaian	
				TMS	MS
1.	Persyaratan bangunan				
2.	Persyaratan peralatan laboratorium				
3.	Persyaratan ketenagaan				

No	Rincian	Persyaratan	Kenyataan	Penilaian	
				TMS	MS
4.	Surat pernyataan kesediaan mengikuti program pematapan mutu				

KESIMPULAN :

Laboratorium tersebut **belum / sudah** memenuhi persyaratan minimal.

Demikian berita acara pemeriksaan lapangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/Penerbitan Surat Izin Praktik.

Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

**MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO**

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.



Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Rumah Sakit

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
Nomor : 441/ /D2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun.....berdasarkan Permohonan dari Pimpinan Rumah Sakit.....Nomor :..... tanggal & Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (KPM dan PTSP) Kota Metro Nomor :.....perihal Permohonan Izin Penyelenggaraan (Operasional) Tetap Rumah Sakit.....Kami Tim Perizinan Dinas Kesehatan Kota Metro, sesuai dengan Surat perintah Tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor.....tanggalUntuk melakukan peninjauan lokasi/suvey terhadap :

Nama Sarana : Rumah Sakit
Alamat :

Dengan hasil peninjauan sebagai berikut :

II. IDENTITAS RUMAH SAKIT

1. Nama Rumah Sakit :
2. Kategori :
3. Alamat :
4. Kelas Rumah Sakit :
5. Pemilik/Pengelola :
6. Jumlah TT :TT
7. Direktur :

III. DATA RUMAH SAKIT

1. Tanah, Bangunan
 - * Luas Tanah Keseluruhan : M²
 - * Luas Bangunan :M²
 - * Luas tempat parkir, taman : M²
2. Unit Gawat Darurat
3. Unit Rawat Inap : TT
 - * VIP : TT
 - * Kelas I : TT
 - * Kelas II : TT
 - * Kelas III : TT
4. Poliklinik/Ruang Rawat Jalan : terdiri dari
 - *
 - *
5. Unit Penunjang
 - * Farmasi :
 - * OK :
 - * Radiologi :
 - * USG :
 - * Laboratorium :
 - * EKG :

- 6. Instalasi
 - * Instalasi gizi
 - * Instalasi Listrik :
 - * Instalasi Telepon :
 - * Londry :
 - * IPSRS :
 - * Instalasi AC :
 - * Satpam
 - * Kamar Jenazah

- 7. Sanitasi
 - *

- 12. Peralatan
 - * Medis :
 - * Non Medis :
 - * Penunjang Medis :

- 13. Transportasi :

III. KESIMPULAN DAN SARAN

1. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil peninjauan lapangan ke lokasi dengan hasil-hasil seperti tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa Rumah Sakit **layak / tidak layak** untuk Diberikan Rekomendasi Izin Operasional/Sementara/ Tetap Rumah Sakit.

2. SARAN

- a.....
- b.....

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian /penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO

Tim Teknis :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.



Pj. WALIKOTA METRO,
ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Apotek

BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Nomor : 441/ /D2 03/20

Pada hari ini.....tanggal.....bulan.....tahun
kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Pangkat :
 Jabatan :
 NIP :

Nama :
 Pangkat :
 Jabatan :
 NIP :

Berdasarkan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota.....Nomor
Tanggal.....Tahun.....telah melakukan pemeriksaan
 setempat terhadap :

Nama Apotek :
 Alamat :
 Kecamatan :
 Kotamadya :
 Provinsi :

HASIL PEMERIKSAAN

NO.	PERINCIAN	PERSYARATAN	KENYATAAN	PENILAIAN	
				TMS	MS
	BANGUNAN				
	1. Sarana Apotek	Sarana Apotek dapat didirikan pada lokasi yang sama dengan kegiatan pelayanan dan komoditi lainnya diluar sediaan farmasi.			
	2. Bangunan Apotek sekurang Kurangnya memiliki ruangan Khusus untuk :				
	a. Ruangan peracikan dan Penyerahan resep	- ada Sesuai kebutuhan			
	b. Ruangan Administrasi dan kamar kerja Apoteker.	- ada Sesuai kebutuhan			
	c. WC	- ada Sesuai kebutuhan			

	<p>3. Kelengkapan Bangunan calon Apotek :</p> <p>a. Sumber Air</p> <p>b. Penerangan</p> <p>c. Alat pemadam kebakaran</p> <p>d. Ventilasi</p> <p>e. Sanitasi</p> <p>4. Papan Nama</p>	<p>Harus memenuhi persyaratan kesehatan.</p> <p>Harus cukup terang sehingga dapat menjamin pelaksanaan tugas dan fungsi Apotek</p> <p>Harus berfungsi dengan baik sekurang-kurangnya dua buah.</p> <p>Yang baik serta memenuhi persyaratan Hygiene lainnya</p> <p>Harus baik serta memenuhi persyaratan Hygiene lainnya</p> <p>Berukuran minimal : Panjang : 60 cm Lebar : 40 cm</p> <p>Dengan tulisan : -Hitam diatas dasar Putih. -Tinggi huruf minimal : 5 cm Tebal : 5 cm</p>	<p>- Sumur/PAM/Sumur pompa dll</p> <p>- PLN /generator -Lampu Emergency dll</p> <p>.....buah Dengan ukuran Lb..... Lb.....</p> <p>- Jendela....bh -Ventilasi...bh</p> <p>-Saluran pembuangan limbah : ada / tidak - bak-bak/tempat pembuangan sampah ada / tidak</p> <p>Berukuran : Panjang...cm Lebar.....cm</p> <p>Dengan tulisan... </p>	
<p>II.</p>	<p>PERLENGKAPAN :</p> <p>1. Alat pembuatan pengolahan dan peracikan.</p> <p>a. Timbangan miligram dengan anak timbangan yang sudah ditera.</p> <p>b. Timbangan Gram dengan anak timbangan yang sudah ditera</p> <p>c. Perlengkapan lain disesuaikan dengan kebutuhan</p>	<p>- minimal 1 set</p> <p>- minimal 1 set</p>	<p>- ada / tidak</p> <p>- ada / tidak</p> <p>- ada / tidak</p>	

	2. Perlengkapan dan alat per-Bekalan farmasi :		
	a. Lemari dan Rak untuk penyimpanan obat	- ada dengan jumlah sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	b. Lemari pendingin	- minimal 1 buah	- ada / tidakbuah
	c. Lemari untuk penyimpanan	- ada dengan jumlah sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	3. Wadah pengemas dan pembungkus		
	a. Etiket	- minimal 1 buah	- ada / tidakbuah
	b. Wadah pengemas dan pembungkus untuk penyerahan obat	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	4. Alat Administrasi :		
	a. Blangko pesanan obat	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	b. Blangko Kartu stok obat	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	c. Blangko salinan resep	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	d. Blangko faktur dan Blangko nota penjualan	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	e. Buku catatan Narkotika	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	f. Buku pesanan obat Narkotika	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	g. Form laporan obat Narkotika	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidakbuah
	5.1. Buku Standar yang diwajibkan	Farmakope Indonesia Edisi terbaru 1 buah	- ada / tidak
	2. Kumpulan perundang – Undangan yang berhubungan dengan Apotek	- ada dengan jumlah Sesuai kebutuhan	- ada / tidak
III	TENAGA KESEHATAN.		
	1. Apoteker Pengelola Apotek	- adaorang
	2. Apoteker Pendamping	orang
	3. Asisten Apoteker /TTK	orang

KESIMPULAN :

.....
.....

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian /penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

**MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO**

Tim Teknis :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

PARAF HIERARKHIS	
Sekda	
Ass. Sekda	
Kepala Bidang	
Manajemen	
Per UU	

Handwritten signatures and initials are present in the table cells.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Optik

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....**

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun....., telah melakukan pemeriksaan Lapangan terhadap **OPTIK**....., sesuai dengan Surat Perintah tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal..... tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan.

Hasil Pemeriksaan :

- I. Bangunan
 - a. Kontruksi Bangunan :.....
 - b. Tata Ruang :
- II. Fasilitas / Sarana
 - a. Peralatan Optik :.....
 - b. Ketenagaan :.....
 - c. Sarana Kesehatan :.....

III. Kesimpulan

.....

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian /penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

**MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO**

Tim Teknis :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.



Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran II.j : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Berita Acara Pemeriksaan BATRA

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
Nomor :441/ /D2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun
.....telah melakukan pemeriksaan lapangan terhadap **Pengobatan Tradisional (BATRA)** sesuai dengan Surat Perintah Tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor.....tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan tersebut.

Hasil Pemeriksaan :

- a. Konstruksi bangunan :
- b. Tata Ruang :
- c. Kamar kecil/WC :
- d. Sarana kesehatan :
- e. Administrasi :

Demikian berita acara pemeriksaan lapangan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/penerbitan STPT/SIPT.

Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO



Tim Teknis :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Toko Alat Kesehatan

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun....., telah melakukan pemeriksaan Lapangan terhadap **Toko Alat Kesehatan**, sesuai dengan Surat Perintah tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Izin Toko Alat Kesehatan....., a.n.....dengan alamat....., memenuhi/tidak memenuhi syarat kesehatan dan **dapat/tidak dapat** di berikan **rekomendasi terhadap Izin pada sarana tersebut, karena :**

1. Administrasi : Sudah / tidak memenuhi syarat.
2. Kcadaan fisik (Bangunan,peralatan,perlengkapan) : Sudah / tidak memenuhi syarat.

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian /penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO



Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran II.1 : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Berita Acara Pemeriksaan Toko Obat

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun....., telah melakukan pemeriksaan Lapangan terhadap **Toko Obat**, sesuai dengan Surat Perintah tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Izin Toko Obat....., a.n.dengan alamat....., **dapat/tidak dapat** diberikan **rekomendasi terhadap Izin pada sarana tersebut, karena :**

1. Administrasi : Sudah/tidak memenuhi syarat.
2. Keadaan fisik (Bangunan, peralatan, perlengkapan) : Sudah/tidak memenuhi syarat.

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.



Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Pemeriksaan Klinik

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun....., telah melakukan pemeriksaan Lapangan terhadap **Klinik**....., sesuai dengan Surat Perintah tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Izin Klinik....., dengan alamat, **dapat/tidak dapat** diberikan **rekomendasi terhadap Izin pada sarana tersebut, karena :**

1. Administrasi : Sudah/ tidak memenuhi syarat.
2. Kcadaan fisik (Bangunan,peralatan,perlengkapan) : Sudah/ tidak memenuhi syarat.

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian /penerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.



Pj. WALIKOTA METRO,
ACHMAD CHRISNA PUTRA

Berita Acara Peninjau UTD

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....tanggal.....peninjauan ke UTD.....
berdasarkan surat tugas.....No.....tanggal..... telah
melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan persyaratan permohonan izin bagi :

Nama : UTD.....
Alamat : Jalan.....
Kelurahan.....
Kecamatan.....
Kota.....

Peninjau :

1. Nama :
Pangkat :
Jabatan :
NIP :
2. Nama :
Pangkat :
Jabatan :
NIP :
3. Nama :
Pangkat :
Jabatan :
NIP :

Hasil pemeriksaan (rincian disesuaikan dengan persyaratan untuk klasifikasi UTD yang bersangkutan) :

No	Rincian	Persyaratan	Kenyataan	PENILAIAN	
				TMS	MS
1	Persyaratan bangunan, sarana dan prasarana				
2	Persyaratan peralatan				
3	Persyaratan kemampuan pelayanan				
4	Surat pernyataan kesediaan mengikuti program pemantapan mutu				

KESIMPULAN :

- Memenuhi persyaratan minimal.
- Belum Memenuhi persyaratan minimal.

Demikian Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

**MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO**

PARAF NERAKHIS	
Sekda	
Asn I	
Kepala Bpt	h
Per UU	ay

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran II.o : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 13 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

Berita Acara Pemeriksaan Puskesmas

BERITA ACARA PEMERIKSAAN
NOMOR : 441/..... /D.2-03/...../20.....

Pada hari ini.....Tanggal.....Bulan.....Tahun....., telah melakukan pemeriksaan Lapangan terhadap **Puskesmas**, sesuai dengan Surat Perintah tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/...../D.2-03/...../20.....tanggal.....tentang pemeriksaan Sarana Kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tim Teknis Izin Operasional Puskesmas, dengan alamat, **dapat/tidak dapat** diberikan **rekomendasi terhadap Izin pada sarana tersebut, karena :**

1. Administrasi : Sudah/tidak memenuhi syarat.
2. Keadaan fisik (Bangunan, peralatan, perlengkapan) : Sudah/tidak memenuhi syarat.

Demikianlah berita acara pemeriksaan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/pencerbitan Izin. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

MENGETAHUI :
KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA METRO

PARAF HIERARKHIS	
sekda	
Ass ... I	
Kepala Bagian	
Kesubbag Per. UU	

Tim Teknis :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IIIa : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

REKOMENDASI
NOMOR : 441/..... /D.2-03/.../20.....

Berdasarkan Berita Acara Pemeriksaan lokasi Nomor : 441/..... /D.2-03/20...., tanggal.....dan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 1608.j/KPTS/D.2/2011 tanggal 21 Desember 2011 tentang Pelimpahan Wewenang Penerbitan Rekomendasi Izin Saryankes dan Laik Sehat serta Surat Perintah Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : 441/1608.i/D2/2011 tanggal 21 Desember 2011 tentang Petugas Penilai Perizinan Saryankes, PIRT dan Laik Sehat dan Hasil Pemeriksaan Tim Teknis izin..... pada sarana..... a.n.....dengan alamat....., telah **memenuhi/tidak memenuhi** syarat kesehatan dan **dapat/tidak** dapat diberikan **rekomendasi** terhadap Izin..... pada sarana tersebut, karena :

1. Administrasi : Sudah/tidak memenuhi syarat.
2. Keadaan fisik (Bangunan, peralatan, perlengkapan) : Sudah / tidak memenuhi syarat.

Demikian surat rekomendasi ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian/Penerbitan izin.....

Mengetahui :
an. Kepala Dinas Kesehatan
Kota Metro
Petugas Tekhnis

PARAF HIERARKHIS	
Kekda	
Kes...I	
Kab. Bagl...	
Kec. ...	
Kel. ...	
Per. UU	

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

**Catatan : Rekomendasi untuk Perizinan
Perawat, Bidan, Apotek, Toko Obat,
Optik, Toko Alkes, Batra
Laboratorium klinik**

REKOMENDASI

Nomor : 441/ /D.2-03/20.....

Dasar:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik, jo Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 084/Menkes/Per/II/1990 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor. 920/Menkes/Per/XII/1986;
3. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI Nomor. HK.00.06.3.5.5797 tentang Petunjuk Pelaksanaan Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik Spesialistik;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1189A/Menkes/SK/IX/1999 tentang Wewenang Penetapan Izin di Bidang Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor.....Tahun.....tentang
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor.....Tahun.....Tentang
7. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor....Tahuntentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah;
8. Keputusan Walikota Metro Nomor....Tahun.....tentang Tupoksi Dinas Kesehatan;
9. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor : tanggal.....tentang Pelimpahan Wewenang Penerbitan Rekomendasi Izin Saryankes, PIRT dan Laik Sehat;
10. Surat Pemohon.....Nomor.....Tanggal, tentang Permohonan Izin
11. Surat Perintah Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro Nomor :441/1608.i/D2/2011 tanggal 21 Desember 2011 tentang Petugas Penilai Perizinan Saryankes dan Laik Sehat;
12. Berita Acara Pemeriksaan Izin.....Nomor 441/...../D2-03/...../20.....tanggal
13. Hasil Pemeriksaan Kelengkapan Berkas pada permohonan izinTanggal.....telah **memenuhi /tidak memenuhi** persyaratan yang ditentukan.

Sesuai dengan hal tersebut diatas, Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro **memberikan / tidak memberikan Rekomendasi** Izin.....kepada :

Nama :
Pemilik :
Alamat :
Jenis Pelayanan :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Izin mendirikan.....tersebut berlaku selama.....sampai dengan20.....dan dapat diperpanjang.....dengan lama berlaku
2. Apabila sebelum habis masa berlakunya izin,telah memenuhi persyaratan melaksanakan kegiatannya maka Pemilik.....dapat mengajukan permohonan izin.....kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung disertai hasil berita acara pemeriksaan dari Dinas Kesehatan Kota Metro;

3. Izin ini akan dicabut apabila ditemukan kegiatan-kegiatan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
4. Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan kami adakan perubahan sebagaimana mestinya.

Demikian untuk menjadi perhatian.

Mengetahui :
an. Kepala Dinas Kesehatan
Kota Metro
Petugas Teknis



Pj. WALIKOTA METRO,

(Handwritten Signature)
ACHMAD CHRISNA PUTRA

Catatan : Rekomendasi untuk Perizinan :
Klinik, Rumah Sakit, Klinik Radiologi
Klinik Fisioterapi, UTD dan Puskesmas

Lampiran IV.b : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN PRAKTIK BIDAN (SIPB)
Nomor : 441/ /KPM dan PTSP/ IPB/ 20....

Dasar :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464 / MENKES /PER/XI/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1189A/Menkes/SK/IX/1999 tentang Wewenang Penetapan izin di Bidang Kesehatan;
4. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah;
5. Keputusan Walikota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Tupoksi Dinas Kesehatan Kota Metro;
6. Surat Pemohon.....Nomor.....tanggal.....tentang Permohonan Izin Praktik Bidan Swasta;
7. Hasil Pemeriksaan Kelengkapan Berkas pada permohonan izin Praktik Bidan Swastatanggal....., telah memenuhi persyaratan yang ditentukan.
8. Berita Acara Pemeriksaan Izin Praktik Bidan Swasta.....Nomortanggal.....
9. Rekomendasi dari.....Nomor.....
10. Keputusan Walikota Metro Nomor 178/KPTS/KPPT/2010 tentang Pelimpahan Penandatanganan Perizinan dari Walikota Metro kepada Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro.

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Kantor PM dan PTSP Kota Metro memberikan Izin Praktik kepada :

Nama

Tempat /Tgl Lahir :

Alamat Tempat Tinggal :

Alamat Tempat Praktik :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati Peraturan Perundang-undangan yang berlaku serta etika Kebidanan di Indonesia.
2. Surat Izin Praktik Bidan ini berlaku 5 (lima) Tahun/ selama STR masih berlaku,

Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) berlaku sampai dengan.....

PARAF NIBERKMS	
Bekda	
Ass	foto
Tupoksi Dept	
.....
Per. UU	ay

Ditetapkan di :

Pada Tanggal : _____

**an. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,**

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.c : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 19 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN PRAKTIK PERAWAT (SIPP)
Nomor : 441/ /KPM&PTSP/SIPP/20.....

Dasar :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK. 02.02 / MENKES / 148/I/ 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1189A/Menkes/SK/IX/1999 tentang Wewenang Penetapan Izin di Bidang Kesehatan;
4. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah;
5. Keputusan Walikota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Tupoksi Dinas Kesehatan Kota Metro;
6. Surat Pemohon.....Nomor.....tanggal.....tentang Permohonan Izin Praktik Perawat Swasta;
7. Hasil Pemeriksaan Kelengkapan Berkas pada permohonan izin Praktik Perawat Swasta.....tanggal....., telah memenuhi persyaratan yang ditentukan.
8. Berita Acara Pemeriksaan Izin Praktik Perawat Swasta.....Nomor.....tanggal.....
9. Rekomendasi dari.....Nomor.....
10. Keputusan Walikota Metro Nomor. 178/KPTS/KPPT/2010 tentang Pelimpahan Penandatanganan Perizinan dari Walikota Metro kepada Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (KPM dan PTSP) Kota Metro.

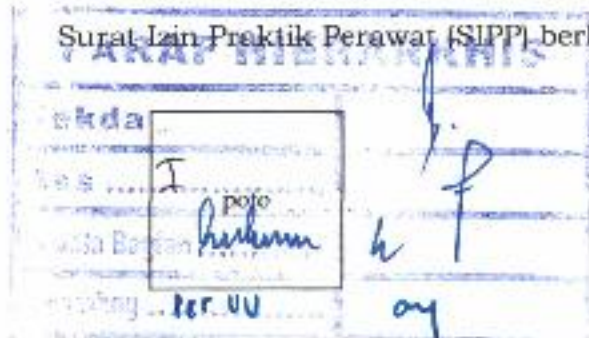
Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Kantor KPM dan PTSP Kota Metro memberikan Izin Praktik kepada :

Tempat / Tgl Lahir :
Alamat Tempat Tinggal :
Alamat Tempat Praktik :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati Peraturan Perundang-undangan yang berlaku serta etika Keperawatan di Indonesia.
2. Surat Izin Praktik Perawat ini berlaku 5 (lima) Tahun/selama STR masih berlaku.

Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) berlaku sampai dengan



Ditetapkan di :
Pada Tanggal :

an. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Tembusan :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Lampiran IV.d : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN MENDIRIKAN KLINIK FISIOTERAPIS
Nomor : 441/ /KPM dan PTSP/IKF/20.....

Dasar :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1363/Menkes/SK/XII/2001 tentang Registrasi dan Ozin Praktik Fisioterapis,
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1189A/Menkes/SK/IX/1999 tentang Wewenang Penetapan Izin di Bidang Kesehatan.
4. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.
5. Keputusan Walikota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan.
6. Surat Pemohon.....Nomor.....tanggal.....tentang Permohonan Izin Klinik Fisioterapis
7. Hasil Pemeriksaan Kelengkapan Berkas pada permohonan izin Klinik Fisioterapis.....tanggal....., telah memenuhi persyaratan yang ditentukan.
8. Berita Acara Pemeriksaan Izin Klinik Fisioterapis.....Nomor.....tanggal.....
9. Rekomendasi dari.....Nomor.....
10. Keputusan Walikota Metro Nomor. 178/KPTS/KPPT/2010 tentang Pelimpahan Penandatanganan Perizinan dari Walikota Metro kepada Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (KPM dan PTSP) Kota Metro.

Sesuai dengan hal tersebut diatas, Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro memberikan Izin Mendirikan Klinik Fisioterapis kepada :

Nama : Klinik.....
Pemilik :
Alamat :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Izin mendirikan Klinik Fisioterapis tersebut berlaku selama 5 (lima) tahun sampai dengan tanggal.....
2. Bilamana Klinik dalam keputusan ini menghentikan kegiatannya, ditutup atau sebab-sebab lainnya selama berlakunya izin ini, maka pengalihan Klinik ke pihak lain harus mendapat persetujuan dari kepala Dinas Kesehatan Kota Metro.
3. Izin ini akan dicabut apabila ditemukan kegiatan-kegiatan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan kami adakan perubahan sebagaimana mestinya.

Demikian untuk menjadi perhatian.

Ditetapkan di :

Pada Tanggal :

an. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon



Lampiran IV.e : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN MENDIRIKAN KLINIK RADIOLOGI
Nomor : 441/ /KPM dan PTSP/IKR/20.....

Dasar :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1357/Menkes/Per/V/2006 tentang Registrasi dan Izin Praktik Radiografer;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1189A/Menkes/SK/IX/1999 tentang Wewenang Penetapan izin di Bidang Kesehatan.
4. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.
5. Keputusan Walikota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Tupoksi Dinas Kesehatan.
6. Surat Pemilik.....Nomor.....tanggal.....tentang Permohonan Izin Klinik Radiologi.
7. Hasil Pemeriksaan Kelengkapan Berkas pada permohonan izin Klinik Radiologi.....tanggal....., telah memenuhi persyaratan yang ditentukan.
8. Berita Acara Pemeriksaan Izin Klinik Radiologi.....Nomor.....tanggal.....
9. Rekomendasi.....Nomor.....
10. Keputusan Walikota Metro Nomor : 178/KPTS/KPPT/2010 tentang Pelimpahan Penandatanganan Perizinan dari Walikota Metro kepada Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (KPM dan PTSP) Kota Metro.

Sesuai dengan hal tersebut diatas, Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu satu Pintu Kota Metro memberikan Izin Mendirikan Klinik..... kepada :

Nama : Klinik.....
Pemilik :
Alamat :
Jenis Pelayanan :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Izin mendirikan Klinik Radiologi tersebut berlaku selama 5 tahun sampai dengan tanggal.....
2. Bilamana Klinik dalam keputusan ini menghentikan kegiatannya, ditutup atau sebab-sebab lainnya selama berlakunya izin ini, maka pengalihan Klinik ke pihak lain harus mendapat persetujuan dari kepala Dinas Kesehatan Kota Metro.
3. Izin ini akan dicabut apabila ditemukan kegiatan-kegiatan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan kami adakan perubahan sebagaimana mestinya.



Ditetapkan di
Pada Tanggal

an. WALIKOTA METRO
Kepala Kantor Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Metro,

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.f : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN LABORATORIUM KLINIK
Nomor : 441/ /KPM & PTSP/ILK/20.....

- Membaca : Surat permohonan Saudara, Nomor.....
tanggal.....untuk memperoleh Izin/Perpanjangan Izin
Laboratorium.....
- Menimbang : Bahwa pemohon telah memenuhi persyaratan untuk melaksanakan
kegiatan laboratorium.....
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor
411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

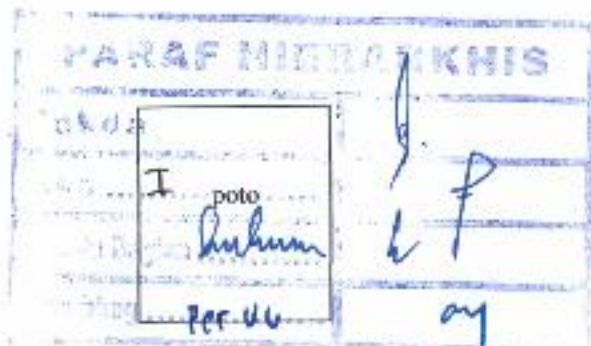
Kesatu : Memberikan izin/Perpanjangan Izin Laboratorium kepada :
Nama : Laboratorium.....
Alamat : Jl.....

Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten/Kota:

Kedua : Keputusan ini dapat dicabut kembali, apabila laboratorium yang
bersangkutan tidak memenuhi ketentuan peraturan perundang-
undangan yang berlaku.

Ketiga : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di :
Pada Tanggal :



an. **WALIKOTA METRO**
Kepala Kantor Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Metro,

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.g : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN MENDIRIKAN RUMAH SAKIT
Nomor : 441/ /KPM & PTSP/IRS/20.....

Dasar :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1189A/Menkes/SK/IX/1999 tentang Wewenang Penetapan Izin di Bidang Kesehatan.
5. Peraturan Daerah Kota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.
6. Keputusan Walikota Metro Nomor.....Tahun.....tentang Tupoksi Dinas Kesehatan.
7. Surat Pemilik.....Nomor.....tanggal.....tentang Permohonan Izin Pendirian Rumah Sakit.....
8. Hasil Pemeriksaan Kelengkapan Berkas pada permohonan izin Penyelenggaraan Rumah Sakit.....tanggal....., telah memenuhi persyaratan yang ditentukan.
9. Berita Acara Pemeriksaan Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit..... Nomortanggal
10. Rekomendasi dari.....Nomor.....
11. Keputusan Walikota Metro Nomor : 178/KPTS/KPPT/2010 tentang Pelimpahan Penandatanganan Perizinan dari Walikota Metro kepada Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (KPM dan PTSP) Kota Metro.

Sesuai dengan hal tersebut diatas, Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro **memberikan/tidak memberikan** Izin Mendirikan Rumah Sakit kepada :

Nama : Rumah Sakit.....
Pemilik :
Alamat :
Jenis Pelayanan :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Izin mendirikan Rumah Sakit tersebut berlaku selama 2 (dua) tahun sampai dengan tanggal.....dan dapat diperpanjang 1 (satu) kali dengan lama berlaku 1 (satu) tahun.
2. Apabila sebelum habis masa berlakunya izin Rumah Sakit telah memenuhi persyaratan melaksanakan kegiatannya maka Pemilik Rumah Sakit dapat mengajukan permohonan izin penyelenggaraan (operasional) kepada Kepala Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu disertai hasil berita acara pemeriksaan dari Dinas Kesehatan Kota Metro.
3. Izin ini akan dicabut apabila ditemukan kegiatan-kegiatan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan kami adakan perubahan sebagaimana mestinya.

Demikian untuk menjadi perhatian.

Ditetapkan di :
Pada Tanggal :

an. WALIKOTA METRO
Kepala Kantor Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Metro,

Pj. WALIKOTA METRO,
ACHMAD CHRISNA PUTRA

- Tembusan kepada Yth, : ay
1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
 2. Walikota Metro (sebagai laporan)
 3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
 4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
 5. Pemohon

Lampiran IV.i : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN APOTEK

Nomor : 441/ /KPM dan PTSP/APOTEK/20.....

MEMBACA : Surat permohonan.....tanggal
.....untuk memperoleh izin Apotek.

MENIMBANG : Bahwa pemohon telah memenuhi persyaratan yang telah
ditetapkan dan pemohon dapat disetujui, oleh karena itu
menganggap perlu menetapkan dengan suatu Surat Keputusan.

MENINGGAT : 1. Undang-Undang Obat Keras (St. 193 7 Nomor 54 1);
2. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan
Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir
dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga
Kesehatan;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor :
1332/Menkes/SK/IX/2002 tentang Tata Cara Pemberian Izin
Apotek;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang
Pengamanan sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang
Pekerjaan Kefarmasian;

MEMUTUSKAN :

MNETAPKAN :
KESATU : **Memberikan izin Apotek kepada :**

Nama Apotek :
Alamat :

Dengan menggunakan sarana : Milik sendiri/Milik Pihak Lain
Nama Pemilik Sarana :
Akte Perjanjian Kerjasama :
Nomor :
Tanggal :

Yang dibuat dihadapan Notaris di :
Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Izin Apotek ini berlaku untuk Apoteker atau Apoteker
bekerjasama dengan pemilik sarana apotek dilokasi dan
sarana sebagaimana tersebut diatas.
2. Penyelenggaraan Apotek, harus selalu mematuhi ketentuan
peraturan peundang-undangan yang berlaku.

KEDUA : Izin berlaku selama 5 (lima) tahun dari tanggal.....sampai dengan tanggal.....

KETIGA : Setiap pergantian Penanggungjawab/pindah alamat /ganti nama harus membuat izin baru.



Ditetapkan di :

Pada Tanggal :

an. WALIKOTA METRO
Kepala Kantor Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Metro,

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

SURAT IZIN OPTIK

Nomor : 441/ /KPM dan PTSP/OPTIK/20.....

- MEMBACA** : Surat Permohonan dari :
Nomor :
Tanggal :
Tentang :
- MENIMBANG** : Bahwa pemohon telah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan dan pemohon dapat disetujui, oleh karena itu menganggap perlu menetapkan dengan suatu Surat Keputusan.
- MENGINGAT** : a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1424 / MENKES / SK / XI / 2002 tentang Pedoman Penyelenggaraan Optikal;

MEMUTUSKAN :

- MENETAPKAN** :
KESATU : Memberi Izin ke :
Kepada :
Nama : **OPTIK**
Alamat :
Pemilik :
Penanggung Jawab :
- KEDUA** : a. Pimpinan Optik bertanggung jawab terhadap segala penyelenggaraan administrasi Optik tersebut;
b. Membuat Laporan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- KETIGA** : Penanggung jawab Optik bertanggung jawab penuh dalam bidang teknis penyelenggara Optik tersebut.
- KEEMPAT** : Optik harus memenuhi syarat-syarat untuk melakukan pemeriksaan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- KELIMA** : Optik harus mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan refraksi dan kelengkapan lainnya yang diperlukan untuk penyiapan kaca mata.
- KEENAM** : Optik harus menyiapkan ruangan laboratorium serta peralatan yang sesuai dengan persyaratan yang berlaku.

- KETUJUH** : 1. Optik dilarang mengiklankan barang-barang atau jasa kacamata yang tidak sesuai dengan persyaratan yang berlaku.
2. Ruang kerja Optik dilarang dipergunakan untuk keperluan lainnya.
3. Optik dilarang merubah kekuatan lensa dan resep yang diberikan oleh dokter.
4. Optik dilarang memberikan kacamata yang koreksinya oleh refraksionis tidak memberikan visus 100%.
5. Optik dilarang memberikan lensa kontak tanpa resep dokter mata.
6. Optik dilarang mempergunakan obat-obatan dalam pemeriksaan refraksi kecuali obat pelengkap lensa kontak.
- KEDELAPAN** : Setiap penggantian pimpinan dan Refraksionis harus dimintakan izin baru.
- KESEMBILAN** : Surat Izin ini berlaku selama 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal ditetapkan.
- KESEPULUH** : Izin ini akan ditinjau kembali, apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di :

Pada Tanggal :

PARAF NIBERARKNIS	
Bekda .. foto	
Ass .. I	
Unit Bisnis ..	
Angg .. PPT UU	

an. **WALIKOTA METRO**
Kepala Kantor Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Metro,

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

SURAT IZIN PENGOBAT TRADISIONAL (SIPT)
Nomor : 441/ /KPM & PTSP/SIPT/ 20...

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076/Menkes/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional, bahwa kepada :

Nama :
Jenis Kelamin :
Tempat/Tgl Lahir :
Agama :
Kewarganegaraan :
Pekerjaan :
Klasifikasi/Jenis :
Pengobat Tradisional :
Alamat :
Tempat Praktik :

Dinyatakan diberi izin sebagai pengobat tradisional pada Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro SIPT berlaku sampai tanggal.....

Ditetapkan di :
Pada Tanggal :



an. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro.
3. Kepala Puskesmas setempat.
4. Asosiasi/Organisasi Profesi dibidang Pengobatan Tradisional.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.1 : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT TERDAFTAR PENGOBAT TRADISIONAL (STPT)

Nomor : 441/ /KPM & PTSP/STPT/ 20...

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1076/Menkes/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional, bahwa kepada :

Nama :
Jenis Kelamin :
Tempat/Tgl Lahir :
Agama :
Kewarganegaraan :
Pekerjaan :
Klasifikasi/Jenis :
Pengobat Tradisional :
Alamat :
Tempat Praktik :

Dinyatakan telah terdaftar sebagai pengobat tradisional pada Kantor Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro.

Ditetapkan di :
Pada Tanggal :

**an. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,**



Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
3. Kepala Puskesmas setempat
4. Asosiasi / organisasi profesi dibidang pengobatan tradisional.

Pj. WALIKOTA METRO,
ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.m : Peraturan Walikota Metro

Nomor : 17 Tahun 2015

Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN TOKO ALAT KESEHATAN

Nomor : 441/ / KMP dan PTSP / SIAK/20.....

- Dasar
- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - b. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan;
 - c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1191 / MENKES / PER / VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan;
 - d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1189 / MENKES / PER/VIII/2010 tentang Produksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga;

MEMBERI IZIN :

- KEPADA : Nama Toko Alkes :
 Alamat :
 UNTUK :
 Pertama : Melaksanakan kegiatan usaha yaitu :
 A. Jenis Kegiatan / Perusahaan :
 B. Pemilik :
 C. Penanggung Jawab :
 D. NPWP :

- Kedua : Pencrima / Pemegang Izin berkewajiban untuk memperhatikan hal hal sebagai berikut :
- 1. Surat Izin ini harus ditempatkan di tempat yang mudah diketahui baik oleh petugas yang memeriksa maupun oleh instansi lain pada waktu pemeriksaan.
 - 2. Surat Izin ini berlaku selama 3 (tiga) tahun sejak tanggal dikeluarkan dan apabila hal-hal tersebut di atas tidak diperhatikan dan dilaksanakan maka Surat Izin ini akan kami cabut kembali..
 - 3. Tidak untuk melakukan kegiatan usaha selain yang tercantum dalam surat izin ini.
 - 4. Pemilik/Penanggung Jawab wajib melaksanakan Daftar Ulang setiap 3 (tiga) tahun sekali terhitung mulai penerbitan surat izin ini.



Ditetapkan di :

Pada Tanggal :

**an. WALIKOTA METRO
 KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
 PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 KOTA METRO,**

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

- Tembusan :
- 1. Inspektur Kota Metro.
 - 2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
 - 3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro.
 - 4. Kepala Balai POM Provinsi Lampung.

SURAT IZIN TOKO OBAT

Nomor : 441/ / KMP dan PTSP /ITO/20.....

- Dasar
- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1331 / MENKES / SK / X /2002 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Toko Obat;

MEMBERI IZIN :

KEPADA : Nama :
Alamat :

UNTUK :

Pertama : Melaksanakan kegiatan usaha yaitu :
A. Jenis Kegiatan/Perusahaan :
B. Pemilik :
C. Penanggung Jawab :
D. NPWP :

Kedua : Penerima/Pemegang Izin berkewajiban untuk memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Dilarang menerima atau melayani Resep Dokter.
2. Dilarang membuat, membungkus dan membungkus kembali obat.
3. Obat daftar W (Bebas Terbatas) harus disimpan dalam Almari khusus.
4. Tidak boleh memasang nama iklan-iklan cetakan toko obat yang menyamai Apotek, Pabrik Obat dan Pedagang besar Farmasi.
5. Izin batal atau di cabut harus diserahkan kepada yang berwenang.
6. Mentaati semua peraturan yang berlaku dan yang akan dikeluarkan kemudian.
7. Setiap penggantian penanggungjawab harus di laporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Dinas Kesehatan Kota Metro.
8. Menjaga agar Obat yang di jual bermutu baik dan berasal dari Pabrik Farmasi atau Pedagang Besar Farmasi yang mendapat Izin dari Kementerian Kesehatan RI.
9. Harus memasang Papan Nama dengan Tulisan TOKO OBAT BERIZIN, tidak menerima dan melayani resep dokter dan dibagian bawah pojok kanan harus dicantumkan Nomor Izin.
10. Surat Izin ini harus ditempatkan di tempat yang mudah diketahui baik oleh petugas yang memeriksa maupun oleh instansi lain pada waktu pemeriksaan.

11. Surat Izin ini berlaku selama 3 (tiga) tahun sejak tanggal dikeluarkan dan apabila hal-hal tersebut di atas tidak diperhatikan dan dilaksanakan maka Surat Izin ini akan kami cabut kembali..

Ditetapkan di :

Pada Tanggal :



**an. Pj. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN
MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,**

Tembusan :

1. Walikota Metro (sebagai laporan).
2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro.
4. Kepala Balai POM Provinsi Lampung.
5. Kepala Puskesmas setempat.

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.o : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 12 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN KLINIK
NOMOR : 441/ /KPM dan PTSP/SIK/20.....

- Membaca : Surat permohonan Saudara, Nomor.....
tanggal.....untuk memperoleh Izin/Penggantian Izin Klinik
.....
- Menimbang : Bahwa pemohon telah memenuhi persyaratan untuk melaksanakan
kegiatan Klinik.....
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang
Klinik;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu : Memberikan izin/Penggantian Izin Klinik kepada :
Nama : Klinik.....
Alamat : Jl.....
Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten/Kota:
- Kedua : Keputusan ini dapat dicabut kembali, apabila klinik yang
bersangkutan tidak memenuhi ketentuan peraturan perundang-
undangan yang berlaku.
- Ketiga : Keputusan ini berlaku selama masih melakukan kegiatan pelayanan
dan memenuhi persyaratan yang ditetapkan.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

PARAF HIERARKHIS	
Sekda	poto
Ass ...	
Kepala Bagian	
Tekhnis	

Ditetapkan di :
Pada Tanggal :

an. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,
ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.p : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN UNIT TRANSFUSI DARAH
NOMOR : 441/ /KPM dan PTSP/SIUTD/20.....

- Membaca : Surat permohonan Saudara Nomor.....tanggal.....
untuk memperoleh izin/perpanjangan Izin UTD.....
- Menimbang : Bahwa pemohon telah memenuhi persyaratan untuk
melaksanakan kegiatan UTD tingkat.....klasifikasi.....
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang
Pelayanan Darah;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang
Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring
Pelayanan Transfusi Darah;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : UTD tingkat.....dengan klasifikasi.....

- Kesatu : Memberikan izin/perpanjangan izin UTD
Nama : UTD.....
Alamat : Jl.....
Kelurahan :
Kecamatan :
Kota :
- Kedua : Keputusan ini berlaku selama UTD masih melakukan kegiatan
pelayanan dan memenuhi persyaratan yang ditetapkan selama
5 (lima) tahun.
- Ketiga : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dan akan
ditinjau kembali, apabila dikemudian hari ternyata terdapat
kekeliruan.



Ditetapkan di :
Pada Tanggal :

an. WALIKOTA METRO
Kepala Kantor Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Metro,

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA

Lampiran IV.q : Peraturan Walikota Metro
Nomor : 18 Tahun 2015
Tanggal : 12 Oktober 2015

SURAT IZIN OPERASIONAL PUSKESMAS
NOMOR : 441/ /KPM & PTSP/SIOP/20.....

- Membaca : Surat permohonan saudara, Nomor.....tanggal.....untuk memperoleh Izin/Penggantian Izin Puskesmas.....
- Menimbang : Bahwa pemohon telah memenuhi persyaratan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan Puskesmas.....
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Kesatu : Memberikan izin/Penggantian Izin Puskesmas kepada :
Nama : Puskesmas.....
Alamat : Jl.....
Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten/Kota:
- Kedua : Keputusan ini dapat dicabut kembali, apabila Puskesmas yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Ketiga : Keputusan ini berlaku selama masih melakukan kegiatan pelayanan dan memenuhi persyaratan yang ditetapkan.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

STRUKTUR ORGANISASI		HIERARKHIS	
Wakil Walikota			
Wakil Kepala Bagian			
Kepala Bagian			
Kesubbag			

Ditetapkan di :
Pada Tanggal :

an. WALIKOTA METRO
KEPALA KANTOR PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA METRO,

Tembusan kepada Yth, :

1. Dirjend Yanmedik Kem-Kes R. I. di Jakarta
2. Walikota Metro (sebagai laporan)
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Metro
5. Pemohon

Pj. WALIKOTA METRO,

ACHMAD CHRISNA PUTRA