



No. /  
Bidang Kesehatan

## Checklist Persyaratan Izin Laboratorium Klinik

### Data Pemohon

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
Alamat Pemohon : \_\_\_\_\_ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
No. Telp/HP : \_\_\_\_\_  
Alamat Email : \_\_\_\_\_

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan yang didalamnya terdapat pernyataan kebenaran dan keabsahan dokumen & data di atas kertas bermaterai Rp 6.000		
2	<b>Identitas Pemohon/Penanggung Jawab</b> <ul style="list-style-type: none"><li>WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)</li></ul>		
3	<b>Jika dikuasakan</b> Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	<b>Jika Usaha Perorangan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>NPWP Perorangan (Fotokopi)</li></ul> <b>Jika Badan Hukum / Badan Usaha</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (Fotokopi)</li><li>SK pengesahan pendirian dan perubahan (Fotokopi) yang dikeluarkan oleh :<ul style="list-style-type: none"><li>Kemenkumham, jika PT dan Yayasan</li><li>Kementrian, jika Koperasi</li><li>Pengadilan Negeri, jika CV</li></ul></li><li>NPWP Badan Hukum (Fotokopi)</li></ul>		
5	Persetujuan tetangga (kiri, kanan, depan, belakang) dan KTP tetangga (kiri, kanan, depan, belakang)		
6	Dokumen Lingkungan (AMDAL/UKL-UPL/SPPL) Atau Izin Lingkungan Sesuai Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan		
7	Surat Izin Praktik (SIP) yang sesuai dengan alamat LKS [Fotokopi]		
8	Surat Tanda Registrasi (STR) perawat [Fotokopi]		
9	<b>Bukti Kepemilikan Tanah</b> Jika Milik Pribadi <ul style="list-style-type: none"><li>Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon, lampirkan data pendukung</li></ul> Jika tanah atau bangunan disewa: <ul style="list-style-type: none"><li>Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan minimal selama 5 (lima) tahun</li><li>Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemilik tanah atau bangunan yang menyatakan tidak keberatan tanah atau bangunan digunakan</li><li>Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemilik tanah atau bangunan (Fotokopi)</li></ul>		
10	Surat penunjukan sebagai dokter penanggung jawab klinik utama (dokter spesialis) dari pemilik Laboratorium Klinik Swasta (LKS)		
11	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 yang menyatakan kesediaan sebagai penanggung jawab LKS dan tidak bekerja sebagai penanggung jawab di LKS lain		
12	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemrakarsa/pemilik yang menyatakan akan tunduk kepada peraturan yang berlaku di bidang kesehatan dan bersedia mengikuti Program Pemantapan Mutu		
13	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari analis dan perawat yang menyatakan kesanggupan sebagai analis dan perawat		
14	Surat Kerjasama (MOU) rujukan dengan LKS yang lebih lengkap		
15	Ijazah dan SIP dokter penanggung jawab LKS (sesuai dengan alamat LKS) [Fotokopi]		
16	Ijazah analis [Fotokopi]		
17	Izin atasan (untuk tenaga PNS/POLRI/TNI) [Fotokopi]		
18	Proposal teknis yang dilengkapi dengan: <ul style="list-style-type: none"><li>Denah Lokasi LKS dan Denah Ruang</li><li>Daftar personalia</li><li>Data kelengkapan bangunan laboratorium</li><li>Data kelengkapan peralatan laboratorium</li><li>Daftar alat medis dan non medis</li><li>Daftar reagensia</li><li>Daftar kemampuan jenis pemeriksaan dan tarifnya</li><li>Pasfoto berwarna dokter penanggung jawab ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar</li></ul> Laboratorium klinik harus memenuhi ketentuan ketenagaan:		

	<p><b>a. laboratorium klinik umum pratama:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• penanggung jawab teknis sekurang-kurangnya seorang dokter dengan sertifikat pelatihan teknis dan manajemen laboratorium kesehatan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan, yang dilaksanakan oleh organisasi profesi patologi klinik dan institusi pendidikan kesehatan bekerjasama dengan kementerian kesehatan; dan</li> <li>• tenaga teknis dan administrasi, sekurang-kurangnya 2 (dua) orang analis kesehatan serta 1 (satu) orang tenaga administrasi.</li> </ul> <p><b>b. laboratorium klinik umum madya :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• penanggung jawab teknis sekurang-kurangnya seorang dokter spesialis patologi klinik;</li> <li>• tenaga teknis dan administrasi, sekurang-kurangnya 4 (empat) orang analis kesehatan dan 1 (satu) orang perawat serta 2 (dua) orang tenaga administrasi</li> </ul>		
--	--	--	--

*Keterangan persyaratan :*

*Permohonan perubahan sama dengan permohonan baru, ditambahkan dengan pernyataan dan dasar atas perubahan yang diajukan*

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasubag TU			
4	Kepala Unit PTSP			
5	Petugas penomoran			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
60 Hari Kerja	-	5 Tahun

*Permohonan perpanjangan izin selambat-lambatnya 6 (enam) bulan sebelum berakhirnya izin laboratorium yang bersangkutan*

**Catatan**

---



---



---

*Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur*