



No. /
Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C dan D (Baru/Perpanjangan)

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	Identitas Pemohon/Penanggung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Badan Hukum / Badan Usaha <ul style="list-style-type: none">Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (Fotokopi)SK pengesahan pendirian dan perubahan (Fotokopi) yang dikeluarkan oleh :<ul style="list-style-type: none">Kemenkumham, jika PT dan YayasanKementrian, jika KoperasiPengadilan Negeri, jika CVNPWP Badan Hukum (Fotokopi)		
5	Persetujuan tetangga (kiri,kanan,depan dan belakang) + KTP tetangga (kiri,kanan,depan,belakang)		
6	Dokumen Lingkungan [Fotokopi]		
7	Gambar desain (blue print) dan foto bangunan serta sarana dan prasarana pendukung; <ul style="list-style-type: none">Detail Engineering Design Gambar arsitektur, struktur dan mekanikal elektrikal sesuai dengan persyaratan teknis yang ditetapkan oleh Menteri.Denah air dan air limbah		
8	Sertifikat laik fungsi;		
9	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemilik yang menyatakan kesanggupan menaati ketentuan dan peraturan yang berlaku di bidang kesehatan		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari dokter yang menyatakan tidak keberatan sebagai direktur dan penanggung jawab RS		
11	Surat keputusan penetapan kelas dari Kementerian Kesehatan atau dari Dinas Kesehatan		
12	berita acara hasil uji fungsi peralatan kesehatan disertai kelengkapan berkas izin pemanfaatan dari instansi berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk peralatan tertentu		
13	Isian instrumen self assessment sesuai klasifikasi Rumah Sakit yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana;		
14	Surat perjanjian kerjasama pembuangan limbah medis padat dan cair dengan pihak lain yang telah memiliki Izin Pengelolaan Limbah dari Kementerian Lingkungan Hidup		
15	Data kepegawaian yang dilengkapi dengan Dokter: <ul style="list-style-type: none">Ijazah dokterSurat penugasanSurat Izin Praktek (SIP)Surat pengangkatan sebagai direktur rumah sakit dari pemilik RSSurat izin atasan langsung untuk tenaga paruh waktu Tenaga kesehatan <ul style="list-style-type: none">Surat Izin Praktik (SIP)Ijazah Teknis administrasi <ul style="list-style-type: none">IjazahSertifikat, jika ada		
16	Dokumen dan Administrasi manajemen <ul style="list-style-type: none">Profil Rumah Sakit, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan,encana strategi, dan struktur organisasi;Daftar sumber daya manusia;Peraturan internal Rumah Sakit (hospital bylaws);Komite medik;Komite keperawatan;Satuan pemeriksaan internal;Standar prosedur operasional kredensial staf medis;Surat penugasan klinis staf medis; danSurat keterangan/sertifikat hasil uji/kalibrasi alat kesehatan		
17	Registrasi dan akreditasi Rumah Sakit		

Keterangan Persyaratan :

Baru: 1-16, Perpanjangan: 1-17

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Admin Logbook			
3	Admin Teknis			
4	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
5	Kasubag TU			
6	Kepala Unit PTSP			
7	Admin TU untuk penomeran			
8	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
14 hari kerja	-	5 Tahun

Catatan

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



No. /
Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C dan D (Perubahan)

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	Indentitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (<i>Fotokopi</i>)WNA : Kartu Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor (<i>Fotokopi</i>)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Badan Hukum / Badan Usaha <ul style="list-style-type: none">Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (<i>Fotokopi</i>)SK pengesahan pendirian dan perubahan (<i>Fotokopi</i>) yang dikeluarkan oleh :<ul style="list-style-type: none">Kemenkumham, jika PT dan YayasanKementrian, jika KoperasiPengadilan Negeri, jika CVNPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>)		
5	Rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada Pemerintah Daerah provinsi/kabupaten/kota sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;		
6	Studi kelayakan dan rencana strategis perubahan jenis Rumah Sakit yang memuat kelayakan pada aspek pelayanan, sosial ekonomi, kebijakan dan peraturan perundang-undangan		
7	Surat pernyataan pengajuan perubahan Izin Operasional dari pemilik Rumah Sakit.		
8	Registrasi dan akreditasi Rumah Sakit		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Admin Logbook			
3	Admin Teknis			
4	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
5	Kasubag TU			
6	Kepala Unit PTSP			
7	Admin TU untuk penomeran			
8	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
- hari kerja	-	5 Tahun

Catatan

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