



Checklist Persyaratan Izin Operasional Klinik (Utama dan Pratama)

Kewenangan	Kecamatan
Pengertian	Izin kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik (Utama dan Pratama)
Dasar Hukum	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014
Diajukan Melalui Web	Pelayanan

No	Perubahan Persyaratan	ada	tidak
1	Menginput Formulir Izin Operasional Klinik (Utama dan Pratama) secara elektronik melalui <i>pelayanan.jakarta.go.id</i>		
2	Identitas Pemohon/Penanggung Jawab • WNI : Scan Asli Kartu Tanda Penduduk (KTP-el)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dan KTP-el orang yang diberi kuasa		
4	Jika Usaha Perorangan • NPWP Perorangan (<i>Fotokopi</i>) Jika Badan Usaha/Hukum • Akta pendirian dan perubahan Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>) • SK pengesahan pendirian dan perubahan (<i>Fotokopi</i>) yang dikeluarkan oleh Kemenkumham • NPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>) Jika Instansi Pemerintah • SK Pembentukan Klinik dari Instansi (<i>Fotokopi</i>) • NPWP Instansi (<i>Fotokopi</i>)		
5	Nomor Induk berusaha (NIB)		
6	SPPL (Rawat Jalan) atau UKL-UPL (Rawat Inap)		
7	Surat pernyataan tidak keberatan dari atasan langsung (untuk PNS atau TNI atau POLRI atau BUMN atau BUMD)		
8	Surat kerjasama dengan Puskesmas Kecamatan setempat		
9	Proposal Teknis yang dilengkapi dengan: • Struktur organisasi klinik • Daftar ketenagaan (tenaga kesehatan dan non kesehatan) (disertai dengan nomor STR dan /atau SIP dan Masa Berlaku STR dan/atau SIP), • Daftar Sertifikat pendidikan dan pelatihan (kecantikan estetika, gawat darurat, kontrasepsi, APN PONE, EKG, USG, dan lain-lain) • Daftar alat kesehatan (medis) disertai Nomor Kalibrasi dan masa berlaku Kalibrasi (Jika alat radiasi pengion disertai nomor dan masa berlaku BAPETEN) dan peralatan non medis • Denah lokasi disertai dengan Titik Koordinat (Google Map) dan Denah ruangan klinik • Daftar kelengkapan bangunan atau ruangan • Daftar obat yg tersedia (minimal dilengkapi No.Bact dan tanggal Expired) • Daftar tarif dan jenis pelayanan yang dilengkapi dengan nama penanggung jawab pelayanan • Daftar Izin Apotek / Laboratorium / Pelayanan lainnya (jika memiliki izin tersendiri)		
10	Jika memiliki layanan kecantikan estetika melampirkan surat kerjasama (MOU) dengan Distributor Obat Estetika yang dilengkapi dengan Nomor Registrasi Obat dari Badan POM (<i>fotokopi</i>).		
11	Bukti Kepemilikan Tanah atau bangunan Jika Milik Pribadi • Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon , lampirkan data pendukung Jika tanah atau bangunan disewa: • Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan dari pemilik tanah atau bangunan		
12	Izin operasional klinik yang lama (<i>Fotokopi</i>)		
13	Laporan Penyelenggaraan Klinik 1(satu) tahun terakhir kepada pejabat terkait		

Keterangan Persyaratan :

Baru : 1-11; Perpanjangan/ Perubahan :1-5, 9-13;

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 penomeran			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
8 Hari Kerja	Rp 0,-	5 Tahun

Perpanjangan izin operasional harus diajukan pemohon paling lama 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlaku izin operasional

Catatan

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