



Checklist Persyaratan Izin Puskesmas Kecamatan/Kelurahan

Kewenangan	UP PMPTSP Kecamatan
Pengertian	Izin fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kecamatan/Kelurahan).
Dasar Hukum	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019
Diajukan Melalui Web	Jakevo

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Menginput Formulir Tanda Daftar Usaha Kesehatan (Izin Puskesmas Kecamatan/Kelurahan) secara elektronik melalui <i>Jakevo.jakarta.go.,id</i>		
2	Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli) • WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP-el) dan Kartu Keluarga (KK)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Badan Hukum / Badan Usaha • 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 Kemenkumham, • NPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>)		
5	Scan Asli Izin Mendirikan Bangunan (IMB)		
6	Scan Asli Dokumen Lingkungan		
7	Scan Asli Surat Izin Praktik (SIP) atau Surat Izin Kerja (SIK) dokter atau dokter gigi penanggung jawab, dokter atau dokter gigi, perawat atau tenaga kesehatan lain (apoteker, asisten apoteker, dan lain-lain) yang bekerja di puskesmas		
8	Scan Asli Surat penunjukan sebagai dokter penanggung jawab dari kepala puskesmas		
9	Sertifikat Izin Edar Alat Kesehatan yang digunakan dari Kementerian Kesehatan dan jadwal pengujian dan kalibrasi alat dimaksud		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari dokter penanggung jawab yang menyatakan kesediaan sebagai penanggung jawab puskesmas		
11	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari setiap dokter yang berpraktik di puskesmas yang menyatakan kesediaan berpraktik berikut hari dan jam praktik		
12	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku yang menyatakan bahwa instalasi farmasi atau laboratorium atau fisioterapi atau klinik memiliki izin operasional tersendiri sesuai dengan ketentuan yang berlaku		
13	Scan Asli Sertifikat Pendidikan dan Pelatihan (estetika, gawat darurat, kontrasepsi, APN PONE, EKG, USG, dan lain-lain) yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan nasional atau organisasi profesi terkait yang diakui oleh pemerintah		
14	Pasfoto dokter penanggung jawab berwarna ukuran 4x6 cm		
15	Jika tanah atau bangunan disewa: (Scan Asli) • Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan • Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari pemilik tanah atau bangunan yang menyatakan tidak keberatan tanah atau bangunannya digunakan • KTP pemilik tanah atau bangunan		

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	-	5 Tahun dan dapat diperpanjang

Catatan

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