



PEMERINTAH KABUPATEN CIANJUR
DINAS KESEHATAN

Jl. Prof. Moch. Yamin No. 8 Telp. (0263) 261482 Fax. (0263) 268894 Cianjur 43214

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN CIANJUR

NOMOR : 900 / 7246 / SK / Sekr. /III/ 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN DAN MAKLUMAT PELAYANAN
PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan Standar Pelayanan;
- b. bahwa untuk memberikan acuan dalam penilaian ukuran kinerja dan kualitas penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada huruf a, maka perlu menetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur tentang Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur ;
- Mengingat : 1. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 615);
4. Peraturan Daerah Kabupaten Cianjur Nomor 03 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintah Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Cianjur Tahun 2008 Nomor 03 Seri D);
5. Peraturan Daerah Kabupaten Cianjur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Cianjur (Lembaran Daerah Kabupaten Cianjur Tahun 2016 Nomor 8);
6. Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2013 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Daerah Kabupaten Cianjur Nomor 6 Tahun 2013);
7. Peraturan Bupati Cianjur Nomor 2 Tahun 2018 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Cianjur;
8. Peraturan Bupati Cianjur Nomor 35 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Cianjur

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR
TENTANG STANDAR PELAYANAN DAN MAKLUMAT PELAYANAN
PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR
- KESATU : Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur sebagaimana
tercantum dalam Lampiran sebagai bagian tidak terpisahkan dari Keputusan
ini.
- KEDUA : Standar Pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, meliputi ruang
lingkup pelayanan jasa.
- KETIGA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu wajib
dilaksanakan oleh penyelenggara/pelaksana dan sebagai acuan dalam
penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat
pengawasan dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
- KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

DITETAPKAN DI : C I A N J U R
PADA TANGGAL : 11 Maret 2022



Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur,

dr. H. Irvan Nur Fauzy, M.Kes
NIP. 19790114 200501 1 008

LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR
NOMOR : **900 /7246 / SK / Sekr. /III/ 2022**
TENTANG : STANDAR PELAYANAN PADA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN CIANJUR

A. PENDAHULUAN

I. Latar Belakang

Sebagaimana diamanatkan Undang- Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, bahwa setiap penyelenggara pelayanan publik, baik yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara langsung maupun tidak langsung wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan untuk setiap jenis pelayanan sebagai tolak ukur dalam penyelenggaraan pelayanan di lingkungan masing – masing.

Selanjutnya penyelenggaraan Pelayanan Publik di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur dalam beberapa hal belum berjalan sebagaimana diharapkan. Untuk mengatasi kondisi ini, perlu komitmen yang tegas dan jelas dari pimpinan unit pelayanan publik untuk menetapkan suatu acuan dalam peningkatan kualitas pelayanan publik.

Setiap unit penyelenggaraan pelayanan harus memiliki Standar Pelayanan yang harus diinformasikan kepada masyarakat sebagai penerima pelayanan. Sehubungan hal tersebut, perlu ditetapkan Peraturan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur tentang pedoman Standar Pelayanan di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.

II. Tujuan Sasaran

1. Tujuan Pedoman Standar Pelayanan di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur ini adalah untuk memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan selaras dengan kemampuan penyelenggara sehingga mendapatkan kepercayaan masyarakat.
2. Sasaran Pedoman Standar Pelayanan di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur adalah agar setiap penyelenggara pelayanan mampu menyusun, menetapkan dan menerapkan Standar Pelayanan dengan baik dan konsisten.

III. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Pedoman Standar Pelayanan ini meliputi penyusunan, penetapan dan penerapan Standar Pelayanan sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

B. JENIS PELAYANAN

Standar Pelayanan yang diberikan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur berdasarkan jenis pelayanan terdiri dari:

1. Pelayanan Surat Data Teknis Izin Apotek
2. Pelayanan Pemberian Surat Data Teknis Izin Toko Obat
3. Pelayanan Pemberian Surat Pemenuhan Komitmen PIRT
4. Pelayanan Pendaftaran Penerbitan Laik Hygiene Sanitasi
Jasa Boga / Restoran / Catering/ Tpp Tertentu
5. Pelayanan Standar Pelayanan Pendaftaran Penerbitan Laik Hygiene Sanitasi
Depot Air Minum (DAM)
6. Pelayanan Rekomendasi Izin Operasional Klinik
7. Pelayanan Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)
8. Pelayanan Penerbitan Rekomendasi Surat Izin Praktik Bagi Tenaga Kesehatan Di
Fasilitas Pelayanan Kesehatan
9. Pelayanan Penerbitan Rekomendasi Surat Izin Praktik Bagi Tenaga Kesehatan Di
Praktik Mandiri
10. Pelayanan Penerbitan Surat Izin Penelitian
11. Pelayanan Penerbitan Surat Keterangan Tidak Bekerja
12. Pelayanan Rekomendasi Izin Operasional Rumah Sakit tipe C & D
13. Pelayanan Perijinan Toko Alat Kesehatan
14. Pelayanan Perijinan Optikal

C. STANDAR PELAYANAN

1. Pemberian Surat Data Teknis Izin Apotek

I. Penyampaian Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---------------|----------|-----------------|-------|--------|-------|------------|-------------------|----------------------|---|-----------|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|-------|--------|---------|---------------|----------|--------------|-------|--------|-------|------------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|----------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|----------|-------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|--------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|----------------------|--------------------------|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|--------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|--------|------------------|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|----------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|--------|-----------------------------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|----------|---------------|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|----------|---------------------|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|--------|--------------|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|--------|-------------------------------|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|----------|---------------------------|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|--------|---|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | 1. Mengisi Surat Permohonan (format terlampir) 2. Fotocopy KTP, NPWP, STRA, SIPA 3. Fotocopy KTP, NPWP, NIB Investor 4. Peta lokasi dan Denah Bangunan 5. Daftar Prasarana, Sarana, dan Peralatan 6. Mengisi daftar ceklis dokumen (format terlampir) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Sistem, mekanisme, dan prosedur | <p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN SURAT DATA TEKNIS APOTEK</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">NO</th> <th rowspan="3">KEGIATAN</th> <th colspan="8">LANGKAH-LANGKAH</th> <th colspan="3">MUTU BAKU</th> </tr> <tr> <th colspan="8">PELAKSANAAN</th> <th rowspan="2">KELENGKAPAN</th> <th rowspan="2">WAKTU</th> <th rowspan="2">OUTPUT</th> </tr> <tr> <th>PEMOHON</th> <th>ANALIS/TEKNIS</th> <th>SUB KOOR</th> <th>TIM VISITASI</th> <th>KABID</th> <th>SEKDIS</th> <th>KADIS</th> <th>UNIT KERJA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pemohon mengajukan surat permohonan tertulis ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, di lengkapi persyaratan sesuai ketentuan</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>BERKAS</td> <td>30 menit</td> <td>RESI PENERIMAAN BERKAS</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menerima dan melakukan pengecekan kelengkapan berkas permohonan</td> <td>□</td><td>◇</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DOKUMEN</td> <td>30 menit</td> <td>KELENGKAPAN DOKUMEN DIKETAHUI</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mengajukan waktu pemeriksaan sarana</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>PENGAJUAN JADWAL</td> <td>1 Hari</td> <td>KESEPAKATAN JADWAL</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Melakukan penjadwalan visitasi dengan TIM dan menginformasikan jadwal visitasi ke pemohon</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>JADWAL</td> <td>30 menit via WA GRUP</td> <td>KESEPAKATAN TIM VISITASI</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Melaksanakan Visitasi ke sarana</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DOKUMEN</td> <td>1 Hari</td> <td>VISITASI SARANA</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Melakukan penelaahan kelayakan dan membuat berita acara hasil pemeriksaan lapangan visitasi</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DOKUMEN</td> <td>1 Hari</td> <td>TELAAH KELAYAKAN</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Melaporkan hasil pemeriksaan Sarana</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DOKUMEN</td> <td>30 menit</td> <td>HASIL VISITASI</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Membuat konsep surat data teknis apotek</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DOKUMEN</td> <td>1 Hari</td> <td>SURAT DATA TEKNIS TERKONSEP</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Memeriksa konsep surat data teknis oleh Sub koor, disetujui lanjut ke Kabid jika tidak kembali ke analis</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DOKUMEN</td> <td>30 menit</td> <td>PARAF SUBKOOR</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Memeriksa surat data teknis dan menyampaikan ke Sekdis</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DISPOSISI</td> <td>30 menit</td> <td>PARAF KEPALA BIDANG</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Memeriksa dan menyampaikan ke Kepala Dinas</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>DISPOSISI</td> <td>1 Hari</td> <td>PARAF SEKDIS</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Menandatangani surat data teknis, selanjutnya di serahkan kepada subkoor</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>SURAT DATA TEKNIS</td> <td>1 Hari</td> <td>TANDATANGAN SURAT DATA TEKNIS</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Menyerahkan kepada analis untuk didokumentasikan</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>SURAT DATA TEKNIS</td> <td>30 menit</td> <td>SURAT DATA TEKNIS SELESAI</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Mendokumentasikan surat data teknis dan menyerahkan kepada pemohon</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>SURAT DATA TEKNIS</td> <td>1 Hari</td> <td>SURAT DATA TEKNIS DIBERAHKAN KE PEMOHON</td> </tr> </tbody> </table> | NO | KEGIATAN | LANGKAH-LANGKAH | | | | | | | | MUTU BAKU | | | PELAKSANAAN | | | | | | | | KELENGKAPAN | WAKTU | OUTPUT | PEMOHON | ANALIS/TEKNIS | SUB KOOR | TIM VISITASI | KABID | SEKDIS | KADIS | UNIT KERJA | 1 | Pemohon mengajukan surat permohonan tertulis ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, di lengkapi persyaratan sesuai ketentuan | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | BERKAS | 30 menit | RESI PENERIMAAN BERKAS | 2 | Menerima dan melakukan pengecekan kelengkapan berkas permohonan | □ | ◇ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 30 menit | KELENGKAPAN DOKUMEN DIKETAHUI | 3 | Mengajukan waktu pemeriksaan sarana | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | PENGAJUAN JADWAL | 1 Hari | KESEPAKATAN JADWAL | 4 | Melakukan penjadwalan visitasi dengan TIM dan menginformasikan jadwal visitasi ke pemohon | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | JADWAL | 30 menit via WA GRUP | KESEPAKATAN TIM VISITASI | 5 | Melaksanakan Visitasi ke sarana | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 1 Hari | VISITASI SARANA | 6 | Melakukan penelaahan kelayakan dan membuat berita acara hasil pemeriksaan lapangan visitasi | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 1 Hari | TELAAH KELAYAKAN | 7 | Melaporkan hasil pemeriksaan Sarana | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 30 menit | HASIL VISITASI | 8 | Membuat konsep surat data teknis apotek | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS TERKONSEP | 9 | Memeriksa konsep surat data teknis oleh Sub koor, disetujui lanjut ke Kabid jika tidak kembali ke analis | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 30 menit | PARAF SUBKOOR | 10 | Memeriksa surat data teknis dan menyampaikan ke Sekdis | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DISPOSISI | 30 menit | PARAF KEPALA BIDANG | 11 | Memeriksa dan menyampaikan ke Kepala Dinas | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DISPOSISI | 1 Hari | PARAF SEKDIS | 12 | Menandatangani surat data teknis, selanjutnya di serahkan kepada subkoor | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | TANDATANGAN SURAT DATA TEKNIS | 13 | Menyerahkan kepada analis untuk didokumentasikan | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | SURAT DATA TEKNIS | 30 menit | SURAT DATA TEKNIS SELESAI | 14 | Mendokumentasikan surat data teknis dan menyerahkan kepada pemohon | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS DIBERAHKAN KE PEMOHON |
| NO | KEGIATAN | LANGKAH-LANGKAH | | | | | | | | MUTU BAKU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PELAKSANAAN | | | | | | | | KELENGKAPAN | WAKTU | OUTPUT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PEMOHON | ANALIS/TEKNIS | SUB KOOR | TIM VISITASI | KABID | SEKDIS | KADIS | UNIT KERJA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Pemohon mengajukan surat permohonan tertulis ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, di lengkapi persyaratan sesuai ketentuan | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | BERKAS | 30 menit | RESI PENERIMAAN BERKAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Menerima dan melakukan pengecekan kelengkapan berkas permohonan | □ | ◇ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 30 menit | KELENGKAPAN DOKUMEN DIKETAHUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Mengajukan waktu pemeriksaan sarana | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | PENGAJUAN JADWAL | 1 Hari | KESEPAKATAN JADWAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Melakukan penjadwalan visitasi dengan TIM dan menginformasikan jadwal visitasi ke pemohon | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | JADWAL | 30 menit via WA GRUP | KESEPAKATAN TIM VISITASI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Melaksanakan Visitasi ke sarana | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 1 Hari | VISITASI SARANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Melakukan penelaahan kelayakan dan membuat berita acara hasil pemeriksaan lapangan visitasi | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 1 Hari | TELAAH KELAYAKAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Melaporkan hasil pemeriksaan Sarana | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 30 menit | HASIL VISITASI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Membuat konsep surat data teknis apotek | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS TERKONSEP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Memeriksa konsep surat data teknis oleh Sub koor, disetujui lanjut ke Kabid jika tidak kembali ke analis | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DOKUMEN | 30 menit | PARAF SUBKOOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Memeriksa surat data teknis dan menyampaikan ke Sekdis | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DISPOSISI | 30 menit | PARAF KEPALA BIDANG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Memeriksa dan menyampaikan ke Kepala Dinas | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | DISPOSISI | 1 Hari | PARAF SEKDIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Menandatangani surat data teknis, selanjutnya di serahkan kepada subkoor | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | TANDATANGAN SURAT DATA TEKNIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Menyerahkan kepada analis untuk didokumentasikan | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | SURAT DATA TEKNIS | 30 menit | SURAT DATA TEKNIS SELESAI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Mendokumentasikan surat data teknis dan menyerahkan kepada pemohon | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS DIBERAHKAN KE PEMOHON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | 7 hari kerja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Biaya/Tarif | Gratis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Produk pelayanan | Surat Data Teknis Apotek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Pengelolaan Pengaduan | WA 081288585552 (Sahrul) WA 081221669684 (Wulan) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

II. Pengelolaan Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--|---|
| 1. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Pemerintah No. 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko 2. Permenkes No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan |
| 2. | Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat Tulis Kantor 2. Meja pendaftaran 3. Kursi tunggu |
| 3. | Kompetensi pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker 2. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) |
| 4. | Pengawasan internal | Supervisi oleh atasan langsung |
| 5. | Jumlah pelaksana | <p>Apoteker : 3 orang</p> <p>Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) : 3 orang</p> |
| 6. | Jaminan pelayanan | Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan (sesuai dengan standar pelayanan) |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Informasi tentang data pemohon dijamin kerahasiaannya |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Rapat Koordinasi Lintas Sektor setiap 6 bulan sekali 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 3. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan |

2. Pemberian Surat Data Teknis Izin Toko Obat

I. Penyampaian Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|--------------|----------|---------------|----------|------------|-----------|-------------------|----------------------|---|--------|--|---------|---------------|----------|------------|--|--|-------------|-------|--------|--------------|-------|--------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|----------|------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---------|----------|-------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--------|--------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--------|----------------------|--------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------|-----------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------|------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---------|----------|----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--------|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|----------|---------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|----------|---------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--------|--------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--------|-------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|----------|---------------------------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--------|---|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> Mengisi Surat Permohonan (format terlampir) Fotocopy KTP, NPWP, STRTTK, SIPTTK Fotocopy KTP, NPWP, NIB Investor Peta lokasi dan Denah Bangunan Daftar Prasarana, Sarana, dan Peralatan Mengisi daftar ceklis dokumen (format terlampir) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Sistem, mekanisme, dan prosedur | <p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN SURAT DATA TEKNIS TOKO OBAT</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">NO</th> <th rowspan="3">KEGIATAN</th> <th colspan="6">PELAKSANAAN</th> <th colspan="3">MUTU BAKU</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">PEMOHON</th> <th rowspan="2">ANALIS/TEKNIS</th> <th rowspan="2">SUB KOOR</th> <th colspan="3">UNIT KERJA</th> <th rowspan="2">KELENGKAPAN</th> <th rowspan="2">WAKTU</th> <th rowspan="2">OUTPUT</th> </tr> <tr> <th>TIM VISITASI</th> <th>KABID</th> <th>SEKDIS</th> <th>KADIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pemohon mengajukan surat permohonan tertulis ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, di lengkapi persyaratan sesuai ketentuan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>BERKAS</td> <td>10 menit</td> <td>RESI PENERIMAAN BERKAS</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menerima dan melakukan pengecekan kelengkapan berkas permohonan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DOKUMEN</td> <td>30 menit</td> <td>KELENGKAPAN DOKUMEN DIKETAHUI</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mengajukan waktu pemeriksaan sarana</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PENGAJUAN JADWAL</td> <td>1 Hari</td> <td>KESEPAKATAN JADWAL</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Melakukan penjadwalan visitasi dengan TIM dan menginformasikan jadwal visitasi ke pemohon</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>JADWAL</td> <td>30 menit via WA GRUP</td> <td>KESEPAKATAN TIM VISITASI</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Melaksanakan Visitasi ke sarana</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DOKUMEN</td> <td>1 Hari</td> <td>VISITASI SARANA</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Melakukan penelaahan kelayakan dan membuat berita acara hasil pemeriksaan lapangan visitasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DOKUMEN</td> <td>1 Hari</td> <td>TELAAH KELAYAKAN</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Melaporkan hasil pemeriksaan Sarana</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DOKUMEN</td> <td>30 menit</td> <td>HASIL VISITASI</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Membuat konsep surat data teknis Toko Obat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DOKUMEN</td> <td>1 Hari</td> <td>SURAT DATA TEKNIS TERKONSEP</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Memeriksa konsep surat data teknis oleh Sub koor, disetujui lanjut ke Kabid jika tidak kembali ke analis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DOKUMEN</td> <td>30 menit</td> <td>PARAF SUBKOOR</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Memeriksa surat data teknis dan menyampaikan ke Sekdis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DISPOSISI</td> <td>30 menit</td> <td>PARAF KEPALA BIDANG</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Memeriksa dan menyampaikan ke Kepala Dinas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DISPOSISI</td> <td>1 Hari</td> <td>PARAF SEKDIS</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Memandatangani surat data teknis, selanjutnya di serahkan kepada subkoor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SURAT DATA TEKNIS</td> <td>1 Hari</td> <td>TANDATANGAN SURAT DATA TEKNIS</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Menyerahkan kepada analis untuk didokumentasikan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SURAT DATA TEKNIS</td> <td>30 menit</td> <td>SURAT DATA TEKNIS SELESAI</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Memokumentasikan surat data teknis dan menyerahkan kepada pemohon</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SURAT DATA TEKNIS</td> <td>1 Hari</td> <td>SURAT DATA TEKNIS DISERAHKAN KE PEMOHON</td> </tr> </tbody> </table> | NO | KEGIATAN | PELAKSANAAN | | | | | | MUTU BAKU | | | PEMOHON | ANALIS/TEKNIS | SUB KOOR | UNIT KERJA | | | KELENGKAPAN | WAKTU | OUTPUT | TIM VISITASI | KABID | SEKDIS | KADIS | 1 | Pemohon mengajukan surat permohonan tertulis ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, di lengkapi persyaratan sesuai ketentuan | | | | | | | | BERKAS | 10 menit | RESI PENERIMAAN BERKAS | 2 | Menerima dan melakukan pengecekan kelengkapan berkas permohonan | | | | | | | | DOKUMEN | 30 menit | KELENGKAPAN DOKUMEN DIKETAHUI | 3 | Mengajukan waktu pemeriksaan sarana | | | | | | | | PENGAJUAN JADWAL | 1 Hari | KESEPAKATAN JADWAL | 4 | Melakukan penjadwalan visitasi dengan TIM dan menginformasikan jadwal visitasi ke pemohon | | | | | | | | JADWAL | 30 menit via WA GRUP | KESEPAKATAN TIM VISITASI | 5 | Melaksanakan Visitasi ke sarana | | | | | | | | DOKUMEN | 1 Hari | VISITASI SARANA | 6 | Melakukan penelaahan kelayakan dan membuat berita acara hasil pemeriksaan lapangan visitasi | | | | | | | | DOKUMEN | 1 Hari | TELAAH KELAYAKAN | 7 | Melaporkan hasil pemeriksaan Sarana | | | | | | | | DOKUMEN | 30 menit | HASIL VISITASI | 8 | Membuat konsep surat data teknis Toko Obat | | | | | | | | DOKUMEN | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS TERKONSEP | 9 | Memeriksa konsep surat data teknis oleh Sub koor, disetujui lanjut ke Kabid jika tidak kembali ke analis | | | | | | | | DOKUMEN | 30 menit | PARAF SUBKOOR | 10 | Memeriksa surat data teknis dan menyampaikan ke Sekdis | | | | | | | | DISPOSISI | 30 menit | PARAF KEPALA BIDANG | 11 | Memeriksa dan menyampaikan ke Kepala Dinas | | | | | | | | DISPOSISI | 1 Hari | PARAF SEKDIS | 12 | Memandatangani surat data teknis, selanjutnya di serahkan kepada subkoor | | | | | | | | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | TANDATANGAN SURAT DATA TEKNIS | 13 | Menyerahkan kepada analis untuk didokumentasikan | | | | | | | | SURAT DATA TEKNIS | 30 menit | SURAT DATA TEKNIS SELESAI | 14 | Memokumentasikan surat data teknis dan menyerahkan kepada pemohon | | | | | | | | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS DISERAHKAN KE PEMOHON |
| NO | KEGIATAN | PELAKSANAAN | | | | | | MUTU BAKU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PEMOHON | | | ANALIS/TEKNIS | SUB KOOR | UNIT KERJA | | | KELENGKAPAN | WAKTU | OUTPUT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TIM VISITASI | KABID | | | SEKDIS | KADIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Pemohon mengajukan surat permohonan tertulis ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, di lengkapi persyaratan sesuai ketentuan | | | | | | | | BERKAS | 10 menit | RESI PENERIMAAN BERKAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Menerima dan melakukan pengecekan kelengkapan berkas permohonan | | | | | | | | DOKUMEN | 30 menit | KELENGKAPAN DOKUMEN DIKETAHUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Mengajukan waktu pemeriksaan sarana | | | | | | | | PENGAJUAN JADWAL | 1 Hari | KESEPAKATAN JADWAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Melakukan penjadwalan visitasi dengan TIM dan menginformasikan jadwal visitasi ke pemohon | | | | | | | | JADWAL | 30 menit via WA GRUP | KESEPAKATAN TIM VISITASI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Melaksanakan Visitasi ke sarana | | | | | | | | DOKUMEN | 1 Hari | VISITASI SARANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Melakukan penelaahan kelayakan dan membuat berita acara hasil pemeriksaan lapangan visitasi | | | | | | | | DOKUMEN | 1 Hari | TELAAH KELAYAKAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Melaporkan hasil pemeriksaan Sarana | | | | | | | | DOKUMEN | 30 menit | HASIL VISITASI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Membuat konsep surat data teknis Toko Obat | | | | | | | | DOKUMEN | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS TERKONSEP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Memeriksa konsep surat data teknis oleh Sub koor, disetujui lanjut ke Kabid jika tidak kembali ke analis | | | | | | | | DOKUMEN | 30 menit | PARAF SUBKOOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Memeriksa surat data teknis dan menyampaikan ke Sekdis | | | | | | | | DISPOSISI | 30 menit | PARAF KEPALA BIDANG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Memeriksa dan menyampaikan ke Kepala Dinas | | | | | | | | DISPOSISI | 1 Hari | PARAF SEKDIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Memandatangani surat data teknis, selanjutnya di serahkan kepada subkoor | | | | | | | | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | TANDATANGAN SURAT DATA TEKNIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Menyerahkan kepada analis untuk didokumentasikan | | | | | | | | SURAT DATA TEKNIS | 30 menit | SURAT DATA TEKNIS SELESAI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Memokumentasikan surat data teknis dan menyerahkan kepada pemohon | | | | | | | | SURAT DATA TEKNIS | 1 Hari | SURAT DATA TEKNIS DISERAHKAN KE PEMOHON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | 7 hari kerja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Biaya/Tarif | Gratis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Produk pelayanan | Surat Data Teknis Toko Obat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Pengelolaan Pengaduan | WA 081288585552 (Sahrul) WA 081221669684 (Wulan) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

II. Pengelolaan Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--|---|
| 1. | Dasar Hukum | 3. Peraturan Pemerintah No. 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko 4. Permenkes No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan |
| 2. | Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas | 4. Alat Tulis Kantor 5. Meja pendaftaran 6. Kursi tunggu |
| 3. | Kompetensi pelaksana | 3. Apoteker 4. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) |
| 4. | Pengawasan internal | Supervisi oleh atasan langsung |
| 5. | Jumlah pelaksana | Apoteker : 3 orang Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) : 3 orang |
| 6. | Jaminan pelayanan | Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan (sesuai dengan standar pelayanan) |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Informasi tentang data pemohon dijamin kerahasiaannya |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | 4. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Rapat Koordinasi Lintas Sektor setiap 6 bulan sekali 5. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 6. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan |

3. Pemberian Surat Pemenuhan Komitmen PIRT

I. Penyampaian Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|---------------------------------|---|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Foto copy KTP pemohon 2. Surat keterangan domisili dari kelurahan apabila tidak memiliki KTP Kabupaten Cianjur 3. Pas Photo 3 x 4 berwarna terbaru 4. Desain label 5. Mengisi Formulir Permohonan 6. Denah Alur Produksi 7. Denah Lokasi Produksi 8. Contoh Sampel Produk 9. Surat pernyataan tidak memakai Bahan Tambahan Berbahaya bermaterai Rp.10.000,- 10. Surat kerja sama dengan produsen (Khusus untuk <i>repacking</i>/pengemas ulang) |
| 2. | Sistem, mekanisme, dan prosedur | <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. → Pemohon baru 2. → Tambah/perpanjangan produk |
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | 14 hari kerja |
| 4. | Biaya/Tarif | Gratis |
| 5. | Produk pelayanan | Surat Pemenuhan Komitmen PIRT |
| 6. | Pengelolaan Pengaduan | WA 081912217179 (Aning Yuningsih) WA 085314140817 (Ade Supriyatna) |

II. Pengelolaan Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--|---|
| 1. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Pemerintah No. 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko 2. Permenkes No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan 3. Peraturan BPOM No. 22 Tahun 2018 tentang Pedoman Pemberian Sertifikat Produksi Pangan Industri Rumah Tangga |
| 2. | Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat Tulis Kantor 2. Meja pendaftaran 3. Kursi tunggu |
| 3. | Kompetensi pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 5. Petugas DFI (<i>District Food Inspector</i>) 6. Penyuluh Keamanan Pangan (PKP) |
| 4. | Pengawasan internal | Supervisi oleh atasan langsung |
| 5. | Jumlah pelaksana | DFI : 5 orang PKP : 4 orang |
| 6. | Jaminan pelayanan | Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan (sesuai dengan standar pelayanan) |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Informasi tentang data pemohon dijamin kerahasiaannya |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 7. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Rapat Koordinasi Lintas Sektor setiap 6 bulan sekali 8. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 9. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan |

4. Standar Pelayanan Pendaftaran Penerbitan Laik Hygiene Sanitasi Jasa Boga / Restoran / Catering/ Tpp Tertentu

Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses Penerbitan Laik hygiene Sanitasi Jasa boga / restoran / catering/ TPP Tertentu

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--------------------------------|--|
| 1 | Persyaratan Pelayanan | <p>permohonan pembuatan Laik Sehat Jasa boga / restoran / catering/ TPP Tertentu kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten disertai lampiran :</p> <p>Fotokopi KTP pemohon yang masih berlaku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pas foto terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar 2. Fotokopi sertifikat pelatihan / kursus hygiene sanitasi bagi pemilik / pengusaha dan atau penjamah makanan atau Surat pernyataan kesediaan mengikuti pelatihan / kursus higiene sanitasi 3. Denah bangunan dapur diagram alur produksi makanan / minuman tersebut 4. NIB (Nomor Izin Berusaha) 5. Hasil pemeriksaan laboratorium Kesehatan daerah / Lab. Terakreditasi (di periksa oleh tenaga yang berkopeten) <ol style="list-style-type: none"> a. Cemaran kimia pada makanan negative b. Angka kuman escherichia coli pada makanan 0/gr per contoh makanan c. Angka kuman pada peralatan makan 0 (nol) d. Pemeriksaan bakteriologi sampel air bersih) |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p>Persiapan Bahan dan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Format Pendataan Jasa boga / restoran / catering/ TPP Tertentu 2. Format Audit/Inspeksi sanitasi Jasa boga / restoran / catering/ TPP Tertentu 3. Sampel makanan <p>Langkah – Langkah Prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengusaha mengajukan permohonan pembuatan Laik Sehat Jasa boga / restoran / catering/ TPP Tertentu kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten disertai lampiran. 2. Permohonan dicatat dalam buku register 3. Dinas Kesehatan melalui pejabat yang ditunjuk melakukan pemeriksaan (Audit Sanitasi Lingkungan) ke tempat ke tempat pengolahan Jasa boga / restoran / catering/ TPP Tertentu sesuai formulir yang baku 4. Pejabat yang ditunjuk yaitu tenaga Kesehatan lingkungan yang secara Struktural atau fungsional bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas dimaksud. 5. Dinas Kesehatan melalui pejabat yang ditunjuk melakukan pengambilan sampel Makanan, alat masak/makan, rectal swab/usap dubur dan Air Bersih. 6. Pemeriksaan sampel dilaksanakan oleh UPT Labkesda Terakreditasi 7. Bila hasil tidak memenuhi syarat maka akan dilakukan pengulangan pemeriksaan sampel Makanan alat masak/makan, rectal swab/usap dubur dan Air Bersih serta dilakukan pembinaan 8. Bagi Jasa boga / restoran / catering/ TPP Tertentu yang berdasarkan pemeriksaan memenuhi syarat, akan diberikan Sertifikat Laik Sehat. 9. Pemonon mendaftarkan usahanya melalui oss di menu PB-UMKU 10. Dinas Kesehatan melaksanakan pembinaan dan Pengawasan 11. Masa berlaku sertifikat selama 3 (tiga) tahun |

| | | |
|---|---|---|
| | | 12. Keterangan Laik Sehat dinyatakan tidak berlaku lagi apabila : a. Izin Usaha dicabut b. Perusahaan Tutup |
| 3 | Jangka Waktu Penyelesaian | 2 minggu s/d 4 minggu |
| 4 | Biaya/tarif | Gratis |
| 5 | Produk Pelayanan | Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | |
| 7 | Jam Pelayanan Pendaftaran | Senin – Kamis : 07.30 – 15.00 WIB Jumat : 08.00 – 14.00 WIB |

Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|---|
| 1 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VI/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 304/Menkes/Per/IV/1989 tentang Persyaratan Kesehatan Rumah Makan dan Restoran. 4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1098/Menkes/SK/VII/2003 tentang Persyaratan Hygiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran. 5. Peraturan Pemerintah No 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko 6. Permenkes No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan |
| 2 | Sarana, Prasarana dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat Tulis Kantor 2. Meja pendaftaran 3. Kursi Tunggu |
| 3 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas DFI (District Food Inspector) / Pengawas pangan 2. Pengelola Penyehatan Lingkungan |
| 4 | Pengawasan Internal | Supervisi oleh atasan langsung |
| 5 | Jumlah Pelaksana | DFI : 3 orang Pengelola Penyehatan Lingkungan : 1 orang |
| 6 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan (sesuai dengan standar pelayanan) |
| 7 | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Informasi tentang data pemohon dijamin kerahasiaannya |
| 8 | Evaluasi Kinerja Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Rapat Koordinasi Lintas sektor setiap 6 bulan Sekali 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 3. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan |

5. Standar Pelayanan Pendaftaran Penerbitan Laik Hygiene Sanitasi Depot Air Minum (DAM)

Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses Penerbitan Laik hygiene Sanitasi Depot Air Minum (DAM)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|---|---|
| 1 | Persyaratan Pelayanan | <p>permohonan pembuatan Laik Sehat Depot Air Minum (DAM) kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten disertai lampiran :</p> <p>Fotokopi KTP pemohon yang masih berlaku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pas foto terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar 2. Fotokopi sertifikat pelatihan / kursus hygiene sanitasi Depot Air Minum (DAM) 3. Denah bangunan DAN diagram alur produksi Depot Air Minum (DAM) 4. NIB (Nomor Izin Berusaha) 5. Hasil pemeriksaan laboratorium Kesehatan daerah / Lab. Terakreditasi (di periksa oleh tenaga yang berkopeten) <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan bakteriologi sampel air bersih terbaru b. Hasil pemeriksaan kimia air baku dan air minum terbaru (dalam 6 bulan terakhir) |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p>Persiapan Bahan dan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Format Pendataan Depot Air Minum (DAM) 2. Format Audit/Inspeksi sanitasi Depot Air Minum (DAM) <p>Langkah – Langkah Prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengusaha mengajukan permohonan pembuatan Laik Sehat Depot Air Minum (DAM) kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten disertai lampiran. 2. Permohonan dicatat dalam buku register 3. Dinas Kesehatan melalui pejabat yang ditunjuk melakukan pemeriksaan (Audit Sanitasi Lingkungan) ke tempat ke tempat Depot Air Minum (DAM) sesuai formulir yang baku 4. Pejabat yang ditunjuk yaitu tenaga Kesehatan lingkungan yang secara Struktural atau fungsional bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas dimaksud. 5. Dinas Kesehatan melalui pejabat yang ditunjuk melakukan pengambilan sampel air baku dan air minum 6. Pemeriksaan sampel dilaksanakan oleh UPT Labkesda Terakreditasi 7. Bila hasil tidak memenuhi syarat maka akan dilakukan pengulangan pemeriksaan sampel air baku dan air minum serta dilakukan pembinaan 8. Bagi Depot Air Minum (DAM) yang berdasarkan pemeriksaan memenuhi syarat, akan diberikan Sertifikat Laik Sehat. 9. Pemonon mendaftarkan usahanya melalui oss di menu PB-UMKU 10. Dinas Kesehatan melaksanakan pembinaan dan Pengawasan 11. Masa berlaku sertifikat selama 3 (tiga) tahun 12. Keterangan Laik Sehat dinyatakan tidak berlaku lagi apabila : <ol style="list-style-type: none"> c. Izin Usaha dicabut d. Perusahaan Tutup |
| 3 | Jangka Waktu Penyelesaian | 2 minggu s/d 4 minggu |
| 4 | Biaya/tarif | Gratis |
| 5 | Produk Pelayanan | Sertifikat Laik Hygiene Sanitasi |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 7 | Jam Pelayanan Pendaftaran | Senin – Kamis : 07.30 – 15.00 WIB Jumat : 08.00 – 14.00 WIB |
|---|---------------------------|--|

Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|--|
| 1 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 416/Menkes/Per/IX/1990 tentang syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air 3. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 907/Menkes/SK/2002 tentang Syarat-Syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum 4. Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 860/Menkes/VII/2002 tentang Pembinaan dan Pengawasan Hygiene Sanitasi Depot Air Minum Isi Ulang. 5. Peraturan Pemerintah No 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko 6. Permenkes No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan |
| 2 | Sarana, Prasarana dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat Tulis Kantor 2. Meja pendaftaran 3. Kursi Tunggu |
| 3 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas DFI (Districk Food Inspector) / Pengawas pangan 2. Pengelola Penyehatan Lingkungan |
| 4 | Pengawasan Internal | Supervisi oleh atasan langsung |
| 5 | Jumlah Pelaksana | DFI : 3 orang Pengelola Penyehatan Lingkungan : 1 orang |
| 6 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan (sesuai dengan standar pelayanan) |
| 7 | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Informasi tentang data pemohon dijamin kerahasiaannya |
| 8 | Evaluasi Kinerja Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Rapat Koordinasi Lintas sektor setiap 6 bulan Sekali 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 3. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan |

6. Standar Pelayanan Rekomendasi Izin Operasional Klinik Pratama dan Utama

Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|-----------------------|---|
| 1 | Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan visitasi dan penerbitan rekomendasi izin operasional kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur (Form 1) 2. Dokumen Self Assesment Klinik *(Form 2) 3. Surat pernyataan mandiri Klinik *(Form 3) 4. Salinan/fotocopi pendirian badan hukum publik (*untuk klinik Pemerintah) 5. Salinan/fotocopi pendirian CV/PT/YAYASAN/KOPERASI (*untuk klinik swasta dengan pelayanan rawat jalan dapat berbentuk perorangan, badan usaha/badan hukum) 6. Salinan/fotocopi pendirian CV/PT/YAYASAN/KOPERASI (*untuk klinik swasta dengan pelayanan rawat inap) 7. Data Tempat Usaha (Klinik) : <ol style="list-style-type: none"> a. Fotocopy bukti kepemilikan tanah dan bangunan (sertifikat) atau Surat kontrak bangunan (surat kontrak bangunan minimal jangka waktu 5 (lima) tahun) bermaterai Rp 10.000 b. Fotocopy IMB/PBG c. Gambar denah lokasi (peta) d. Gambar denah bangunan klinik (sertakan, paling sedikit terdiri atas: area parkir, ruang tunggu, ruang pendaftaran, ruang administrasi, ruang rekam medik, ruang konsultasi/ruang pemeriksaan, ruang tindakan, ruang pelayanan gigi dan mulut (bila ada), ruang gawat darurat (klinik ranap), ruang persalinan (bila ada), ruang Nifas (bila ada) ruang laboratorium (bila ada), ruang rawat inap (bila ada),ruang kefarmasian, ruang radiologi (bila ada), ruang jaga petugas, ruang dapur gizi, ruang/pojok asi, kamar mandi/wc petugas dan pasien, gudang limbah medis dan ruang lain sesuai dengan kebutuhan. e. Gambar denah instalasi listrik, air bersih, dan air limbah 8. Dokumen Profil Klinik (isi dokumen profil paling sedikit terdiri atas) : <ol style="list-style-type: none"> a. Cover, nama dan alamat lengkap, b. pendahuluan/latar belakang, daftar isi, c. Visi, Misi Klinik d. Daftar ketenagaan (daftar SDM sesuai dengan kewenangan dan kompetensi) e. Struktur organisasi yang disahkan pimpinan f. Daftar sediaan obat-obatan sesuai kebutuhan g. Daftar jenis pelayanan kesehatan pada klinik dan tarif pelayanan kesehatan yang disahkan pimpinan h. Daftar sarana, prasarana dan alat kesehatan i. Waktu penyelenggaraan Klinik j. Daftar alat non kesehatan dan bahan habis pakai 9. Dokumen SPPL |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 10. Surat perjanjian kerjasama pengelolaan sampah medis dengan pihak ke-3 (bila tidak mempunyai sarana pengelolaan sendiri) 11. Surat rekomendasi penyelenggaraan klinik dari kepala puskesmas setempat dan Surat keterangan membina Posyandu / Sekolah 12. Persyaratan SDM dokter penanggung jawab : <ol style="list-style-type: none"> a. SIP dokter penanggung jawab b. Surat pernyataan mandiri *(Form 4) 13. Persyaratan SDM Tenaga Kesehatan pelaksana harian (Dokter, Perawat, Bidan, Apoteker, Tenaga Teknik Kefarmasian, ATLM, Nutrisionis, Dokter Gigi, Fisioterapis, Sanitarian, Elektromedis, Radiographer, Rekam Medik) <ol style="list-style-type: none"> a. SIP dokter pelaksana harian, Perawat, Bidan, Analis dll (sesuaikan dengan kebutuhan) b. Surat pernyataan mandiri *(Form 5) 14. SIPA Apoteker (Klinik rawat jalan yang menyelenggarakan pelayanan kefarmasian wajib memiliki apoteker) 15. Data SDM Tenaga Non Kesehatan : <ol style="list-style-type: none"> a. Fotocopi KTP (1 lembar) b. Ijazah terakhir (1 lembar) c. Surat pernyataan mandiri *(Form 6) 16. Dokumen izin mempekerjakan tenaga asing (IMTA), bagi klinik yang mempekerjakan tenaga kerja warga negara asing (TK-WNA) 17. Dokumen Standar Operasional Prosedur Pelayanan Klinik (SOP) 18. Surat Keterangan Penggunaan Daya Listrik 19. Surat Keterangan Penggunaan Air Bersih (apabila menggunakan air bersih bukan dari sumber air berlangganan harap melampirkan surat keterangan penggunaan air bersih dari Labkesda) 20. Surat Rekomendasi dari ASKLIN 21. Persyaratan Perpanjangan Sertifikat Standar : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat Izin Berusaha Klinik yang masih berlaku b. Dokumen self assessment Klinik meliputi kemampuan pelayanan Klinik, pelayanan penunjang medik (kefarmasian dan laboratorium), pemenuhan persyaratan sarana, prasarana, peralatan dan SDM. c. Kode registrasi klinik 22. Persyaratan Perubahan (Kepemilikan modal (PMA/PMDN) / Jenis Klinik / Pelayanan dari rawat inap ke rawat jalan atau sebaliknya / Penambahan pelayanan dan/atau Alamat Klinik) : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat Izin Berusaha Klinik yang masih berlaku b. Surat pernyataan penggantian badan hukum, nama Klinik, kepemilikan modal, jenis Klinik, dan/atau alamat Klinik, yang ditandatangani pemilik Klinik. c. Dokumen perubahan NIB; dan/atau d. Self assessment Klinik yang meliputi kemampuan pelayanan Klinik, pelayanan penunjang medik (kefarmasian dan laboratorium), pemenuhan persyaratan sarana, prasarana, peralatan dan SDM. |
|--|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| 2 | Sistem, Mekanisme, dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan permohonan dengan mengupload dokumen persyaratan perizinan Sertifikat Standar melalui Aplikasi (system elektronik) OSS dengan alamat website https://oss.go.id/ 2. Dinas Kesehatan menggunakan akun aplikasi (system elektronik) OSS melakukan verifikasi kelengkapan dokumen persyaratan pengajuan sertifikat standar, Hardcopy persyaratan dikirimkan ke Dinas kesehatan untuk verifikasi lapangan dengan metode kunjungan lapangan paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak pelaku usaha menyampaikan dokumen persyaratan secara lengkap. 3. Apabila dokumen kurang lengkap maka akan dikembalikan untuk dilakukan perbaikan persyaratan. 4. Dokumen persyaratan lengkap, maka dilakukan tinjauan/verifikasi lapangan 5. Apabila hasil dari tinjauan/verifikasi lapangan dinilai tidak sesuai standar maka pemohon diharuskan memenuhi kekurangan 6. Hasil tinjauan/verifikasi lapangan dinilai sesuai standar, rekomendasi izin operasional terbit. |
| 3 | Jangka Waktu Penyelesaian | 7 hari kerja |
| 4 | Biaya/tarif | Gratis/ Tidak dipungut biaya |
| 5 | Produk Pelayanan | Rekomendasi Izin Operasional Klinik |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Whatsapp : 0821 1534 5152 2. Email : datadinkescianjur@gmail.com 3. Telepon : (0263) 261 482 4. Secara tertulis melalui : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Cianjur b. Web Kabupaten Cianjur : https://cianjurkab.go.id/ c. Web Dinkes : https://dinkes.cianjurkab.go.id/ |
| 7 | Jam Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Senin – Kamis : 08.00 – 15.00 WIB 2. Jumat : 08.00 – 11.00 WIB, 13.00 – 14.00 WIB |
| 8 | Petugas Pelayanan | Mora Zilliansyah Dongoran, S.Kep |
| 9 | Evaluasi Kinerja pelaksanaan | Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan ketepatan waktu pelaksanaan |

Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|---|
| 1 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik 3. Undang - undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Pemerintahan Daerah 4. Permenkes Nomor 26 Tahun 2018 Tentang Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan 5. Peraturan pemerintah Nomor 5 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko 6. Permenkes RI Nomor 14 Tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usahan dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan |
| 2. | Sarana, prasarana dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar Kerja / Rencana Kerja dan Anggaran 2. Pedoman Pelayanan Perizinan di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur 3. Ruang Pelayanan Publik 4. Komputer / Laptop / Printer 5. Jaringan Internet 6. File dokumen 7. Lemari arsip 8. Kendaraan roda 4 (empat) |
| 3. | Kompetensi pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki pengetahuan tentang Perizinan Klinik 2. Diutamakan pernah mengikuti pelatihan perizinan Sarana Kesehatan 3. Mampu melakukan kajian data 4. Menguasai pengoperasian komputer |
| 4. | Pengawasan internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan 2. Sub. Koordinator Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional |
| 5. | Jumlah pelaksana | 10 orang |
| 6. | Jaminan pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan yang dilakukan dengan mengacu/berpedoman pada Standar Operasional Prosedur (SOP) 2. Adanya Motto Pelayanan 3. Adanya Visi dan Misi Pelayanan |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Setiap jenis Dokumen perizinan yang dikeluarkan mempunyai kepastian hukum dan legalitas yang diproses dan diterbitkan sesuai dengan Standar Pelayanan. |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | Evaluasi penerapan standar Pelayanan ini dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan. |

7. Standar Pelayanan Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)

Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|---|--|
| 1 | Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan rekomendasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur *(Form 1) 2. Fotocopy KTP yang masih berlaku 3. Pas Photo 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar 4. Surat Keterangan lokasi tempat praktik dari Lurah/Kepala Desa 5. Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat 6. Sertifikat Pelatihan 7. Surat rekomendasi dari Perkumpulan/Asosiasi atau Surat Keterangan Magang dari Penyehat Tradisional Senior 8. SOP Metode perawatan <p>Untuk Keterampilan <i>Hipnoterapi</i> ditambah</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Ijazah S1 10. Surat Keterangan Sehat dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan |
| 2 | Sistem, Mekanisme, dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas permohonan sesuai persyaratan 2. Permohonan di kirim ke (Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur) 3. Apabila dokumen tidak lengkap maka akan dikembalikan dan dilakukan perbaikan persyaratan. 4. Apabila dokumen lengkap maka akan dilakukan tinjauan lapangan. 5. Pengelola Rekomendasi STPT Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur menghubungi pemohon untuk dilakukan tinjauan lapangan 6. Apabila hasil tinjauan lapangan kesesuaian standar tidak terpenuhi maka pengajuan dikembalikan untuk di perbaiki. 7. Apabila hasil tinjauan lapangan kesesuaian standar terpenuhi, pemohon mendapatkan rekomendasi STPT. 8. Pengelola Rekomendasi STPT Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur menghubungi Pemohon untuk dilakukan serah terima Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT). |
| 3 | Jangka Waktu Penyelesaian | 7 hari kerja |
| 4 | Biaya/tarif | Gratis/ Tidak dipugut biaya |
| 5 | Produk Pelayanan | Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT) |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Whatsapp : 0821 1534 5152 2. Email : datadinkescianjur@gmail.com 3. Telepon : (0263) 261 482 4. Secara tertulis melalui : <ol style="list-style-type: none"> d. Surat yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Cianjur e. Web Kabupaten Cianjur : https://cianjurkab.go.id/ a. Web Dinkes : https://dinkes.cianjurkab.go.id/ |
| 7 | Jam Pelayanan | 1. Senin – Kamis : 08.00 – 15.00 WIB |

| | | |
|---|------------------------------|---|
| | | 2. Jumat : 08.00 – 11.00 WIB, 13.00 – 14.00 WIB |
| 8 | Petugas Pelayanan | 1. Mora Zilliansyah Dongoran, S.Kep |
| 8 | Evaluasi Kinerja pelaksanaan | Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan ketepatan waktu pelaksanaan |

Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi

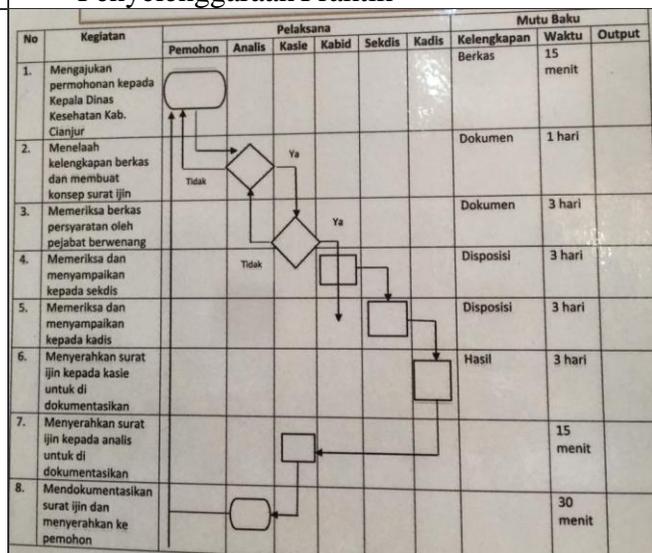
| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|---|
| 1 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan 2. UU Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan 3. UU Nomor 5 Tahun 2017 Tentang Pemajuan Kebudayaan 4. PERPRES Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional 5. PERMENKES Nomor 90 Tahun 2013 Tentang Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional 6. PERMENKES Nomor 8 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan SPA 7. PERMENKES Nomor 9 Tahun 2016 Tentang Upaya Pengembangan Kestrada melalui Asman Pemanfaatan TOGA dan Akupresur 8. PERMENKES Nomor 61 Tahun 2016 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris 9. PERMENKES Nomor 37 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi 10. PERMENKES Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer |
| 2. | Sarana, prasarana dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar Kerja / Rencana Kerja dan Anggaran 2. Pedoman Pelayanan Perizinan di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur 3. Ruang Pelayanan Publik 4. Komputer / Laptop / Printer 5. Jaringan Internet 6. File dokumen 7. Lemari arsip 8. Kendaraan roda 4 (empat) |
| 3. | Kompetensi pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki pengetahuan tentang Perizinan / Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT) 2. Diutamakan pernah mengikuti pelatihan perizinan Sarana Kesehatan 3. Mampu melakukan kajian data 4. Menguasai pengoperasian komputer |
| 4. | Pengawasan internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan 2. Sub. Koordinator Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional |
| 5. | Jumlah pelaksana | 4 orang |
| 6. | Jaminan pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan yang dilakukan dengan mengacu/berpedoman pada Standar Operasional Prosedur (SOP) 2. Adanya Motto Pelayanan 3. Adanya Visi dan Misi Pelayanan |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Setiap jenis Dokumen perizinan yang dikeluarkan mempunyai kepastian hukum dan legalitas yang diproses dan diterbitkan sesuai dengan Standar Pelayanan |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | Evaluasi penerapan standar Pelayanan ini dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan. |

8. Standar Pelayanan Penerbitan Rekomendasi Surat Izin Praktik Bagi Tenaga Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|-----------------------|---|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | <p>Pengguna layanan menyerahkan persyaratan ke Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fotocopy KTP dan NPWP 2. Forocopy STR yang masih berlaku 3. Fotocopy Ijazah 4. Rekomendasi dari Organisasi Profesi 5. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan 6. Surat Keterangan Sehat Fisik dari dokter yang memiliki SIP 7. Surat Keterangan Bekerja dari fasyankes pelayanan kesehatan 8. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3x4 cm = 2 lembar dan 4x6 cm = 2 lembar berlatar merah 9. Surat domisili apabila : <ol style="list-style-type: none"> a. KTP dari luar cianjur b. Jarak tempuh yg tidak memungkinkan (contoh : bekerja di RSUD Cimacan KTP di Sukanagara) |
| 2. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan 2. Undang – Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan 3. Undang – Undang Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 38 2014 Tentang Keperawatan 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tentang Pekerjaan Dan Praktik Tenaga Gizi 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 Bidan 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 32 Tentang Pekerjaan Tenaga Sanitarian 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2015 Izin dan Penyelenggaraan Praktik ATLM 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 |

- Tahun 2016 Tenaga Kefarmasian
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan pekerjaan dan praktik Okupasi Terapis
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 tentang Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis
 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Psikolog Klinis.
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 tentang Penyelenggara Pekerjaan Teknisi Gigi
 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013 tentang Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometrii
 18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut
 19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tentang Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara
 20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Akupunktur Terapis
 21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik

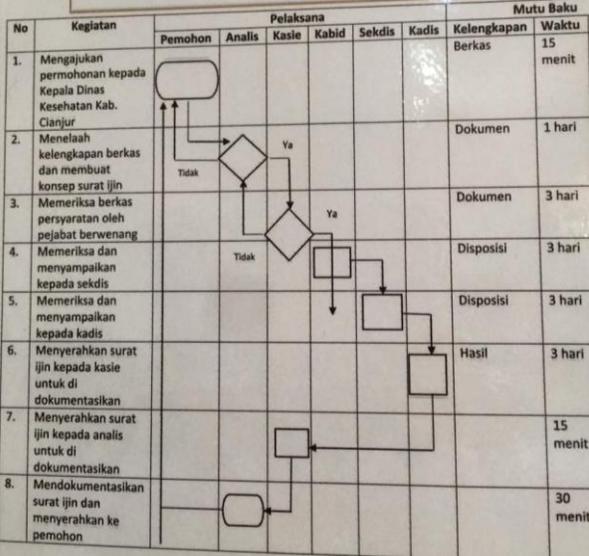
3. Sistem, Mekanisme dan Prosedur



| | | |
|-----|---|---|
| 4. | Jangka Waktu Penyelesaian | 1 Verifikasi berkas : 15 menit 2 Proses pembuatan SIP : 2 hari 3 Penandatanganan rekomendasi : 3 hari 4 Pendokumentasian SIP : 2 hari 5 Penyerahan berkas : 15 menit |
| 5. | Biaya/tarif | Gratis |
| 6. | Produk Pelayanan | Rekomendasi surat izin praktik bagi tenaga kesehatan : 1. Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis 2. Dokter Umum/ Dokter Gigi 3. Bidan 4. Analisis Kesehatan (ATLM) 5. Perawat Umum 6. Tenaga Teknis Kefarmasian 7. Perawat Gigi 8. Elektromedis 9. Refraksionis Optisien dan Optometris 10. Ragiografer 11. Apoteker 12. Sanitarian/ Kesehatan Lingkungan 13. Nutrisionist 14. Fisioterafi 15. Rekam Medis 16. Tukang Gigi 17. Terapi Wicara 18. Okupasi Terapi 19. Promkes/ Kesehatan Masyarakat 20. Penata Anestesi 21. Psikolog Klinis |
| 7. | Sarana dan Prasarana Fasilitas | Ketersediaan ruang tunggu |
| 8. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | 1. Melalui Whatsapp : Sub Koordinator atau Staf Sumber Daya Manusia Kesehatan 2. Email : kasie.sdmk.cjr@gmail.com 3. Secara tertulis melalui : Surat yang ditujukan kepada Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur |
| 9. | Jam Pelayanan | Senin – Jumat : 08.00 16.00 WIB |
| 10. | Evaluasi Kinerja pelaksanaan | Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan ketepatan waktu pelaksanaan |

**Standar Pelayanan Penerbitan Rekomendasi Surat Izin Praktik Bagi Tenaga Kesehatan
Di Praktik Mandiri**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|-----------------------|--|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | <p>Pengguna layanan menyerahkan persyaratan ke Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fotocopy KTP dan NPWP 2. Forocopy STR yang masih berlaku 3. Fotocopy Ijazah 4. Rekomendasi dari Organisasi Profesi 5. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan 6. Surat Keterangan Sehat Fisik dari dokter yang memiliki SIP 7. Surat Keterangan Bekerja dari fasyankes pelayanan kesehatan 8. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3x4 cm = 2 lembar dan 4x6 cm = 2 lembar berlatar merah 9. Surat Rekomendasi dari Puskesmas 10. Surat Rekomendasi dari Kecamatan 11. Ketersediaan membuat laporan ke Puskesmas 12. Kesiediaan membina posyandu/ SD 13. Surat domisili apabila : <ol style="list-style-type: none"> a. KTP dari luar cianjur b. Jarak tempuh yg tidak memungkinkan <p>(contoh : bekerja di RSUD Cimacan KTP di Sukanagara)</p> |
| 2. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan 2. Undang – Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan 3. Undang – Undang Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 38 2014 Tentang Keperawatan 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 Bidan 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Psikolog Klinis. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 tentang Penyelenggara Pekerjaan Teknisi Gigi |

| | | <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013 tentang Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometri</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|--------|----------|-----------|--------|-----------|-------------|----------|-----------|--|---------|--------|-------|-------|--------|-------|-------------|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--------|----------|----|---|--|--|--|--|--|--|---------|--------|----|---|--|--|--|--|--|--|---------|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--------|----|---|--|--|--|--|--|--|-----------|--------|----|---|--|--|--|--|--|--|-------|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| 3. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur |  <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kegiatan</th> <th colspan="5">Pelaksana</th> <th colspan="2">Mutu Baku</th> </tr> <tr> <th>Pemohon</th> <th>Analis</th> <th>Kasie</th> <th>Kabid</th> <th>Sekdis</th> <th>Kadis</th> <th>Kelengkapan</th> <th>Waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Cianjur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Berkas</td> <td>15 menit</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Menelaah kelengkapan berkas dan membuat konsep surat ijin</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dokumen</td> <td>1 hari</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Memeriksa berkas persyaratan oleh pejabat berwenang</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dokumen</td> <td>3 hari</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Memeriksa dan menyampaikan kepada sekdis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Disposisi</td> <td>3 hari</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Memeriksa dan menyampaikan kepada kadis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Disposisi</td> <td>3 hari</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Menyerahkan surat ijin kepada kasie untuk di dokumentasikan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Hasil</td> <td>3 hari</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Menyerahkan surat ijin kepada analis untuk di dokumentasikan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>15 menit</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Mendokumentasikan surat ijin dan menyerahkan ke pemohon</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>30 menit</td> </tr> </tbody> </table> | No | Kegiatan | Pelaksana | | | | | Mutu Baku | | Pemohon | Analis | Kasie | Kabid | Sekdis | Kadis | Kelengkapan | Waktu | 1. | Mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Cianjur | | | | | | | Berkas | 15 menit | 2. | Menelaah kelengkapan berkas dan membuat konsep surat ijin | | | | | | | Dokumen | 1 hari | 3. | Memeriksa berkas persyaratan oleh pejabat berwenang | | | | | | | Dokumen | 3 hari | 4. | Memeriksa dan menyampaikan kepada sekdis | | | | | | | Disposisi | 3 hari | 5. | Memeriksa dan menyampaikan kepada kadis | | | | | | | Disposisi | 3 hari | 6. | Menyerahkan surat ijin kepada kasie untuk di dokumentasikan | | | | | | | Hasil | 3 hari | 7. | Menyerahkan surat ijin kepada analis untuk di dokumentasikan | | | | | | | | 15 menit | 8. | Mendokumentasikan surat ijin dan menyerahkan ke pemohon | | | | | | | | 30 menit |
| No | Kegiatan | Pelaksana | | | | | Mutu Baku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Pemohon | Analis | Kasie | Kabid | Sekdis | Kadis | Kelengkapan | Waktu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Cianjur | | | | | | | Berkas | 15 menit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Menelaah kelengkapan berkas dan membuat konsep surat ijin | | | | | | | Dokumen | 1 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Memeriksa berkas persyaratan oleh pejabat berwenang | | | | | | | Dokumen | 3 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Memeriksa dan menyampaikan kepada sekdis | | | | | | | Disposisi | 3 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Memeriksa dan menyampaikan kepada kadis | | | | | | | Disposisi | 3 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Menyerahkan surat ijin kepada kasie untuk di dokumentasikan | | | | | | | Hasil | 3 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Menyerahkan surat ijin kepada analis untuk di dokumentasikan | | | | | | | | 15 menit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Mendokumentasikan surat ijin dan menyerahkan ke pemohon | | | | | | | | 30 menit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Jangka Waktu Penyelesaian | <p>1 Verifikasi berkas : 15 me</p> <p>2 Proses pembuatan SIP : 2 hari</p> <p>3 Penandatanganan rekomendasi : 3 hari</p> <p>4 Pendokumentasian SIP : 2 hari</p> <p>5 Penyerahan berkas : 15 me</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Biaya/tarif | Gratis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Produk Pelayanan | <p>Rekomendasi surat izin praktik mandiri bagi tenaga kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis 2. Dokter Umum/ Dokter Gigi 3. Bidan 4. Perawat Umum 5. Perawat Gigi 6. Refraksionis Optisien dan Optometris 7. Tukang Gigi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Sarana dan Prasarana Fasilitas | Ketersediaan ruang tunggu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melalui Whatsapp : Sub Koordinator atau Staf Sumber Daya Manusia Kesehatan 2. Email : kasie.sdmk.cjr@gmail.com 3. Secara tertulis melalui : Surat yang ditujukan kepada Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Jam Pelayanan | 4. Senin – Jumat : 08.00 – 16.00 WIB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----|------------------------------|--|
| 10. | Evaluasi Kinerja pelaksanaan | 5. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan ketepatan waktu pelaksanaan |
|-----|------------------------------|--|

10. Standar Pelayanan Penerbitan Surat Izin Penelitian

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|---|--|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | Pengguna layanan menyerahkan persyaratan ke Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat pengantar dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan atau Universitas untuk penelitian di wilayah Kabupaten Cianjur 2. Surat Izin Penelitian dari Kesbangpol |
| 2. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Nomor : 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah; 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian; 3. Peraturan Daerah Nomor : 07 Tahun 2008 Tentang Organisasi Pemerintah Daerah Perubahan Terakhir Nomor: 10 Tahun 2011 Tentang Organisasi Pemerintah Daerah dan Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Cianjur; 4. Peraturan Bupati Nomor : 07 Tahun 2012 Tentang Tugas Fungsi Dan Tata Kerja Unit Organisasi Di Lingkungan Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Cianjur; |
| 3. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | Setelah persyaratan semua lengkap, maka akan di buat surat izin penelitian untuk di Tandatangani oleh pa kepala dinas kesehatan kabupaten cianjur |
| 4. | Jangka Waktu Penyelesaian | 5 hari kerja |
| 5. | Biaya/tarif | Gratis |
| 6. | Produk Pelayanan | Surat Izin Penelitian |
| 7. | Sarana dan Prasarana Fasilitas | Ketersediaan ruang tunggu |
| 8. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melalui Whatsapp : Sub Koordinator atau Staf Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan 2. Email : kasie.sdmk.cjr@gmail.com 3. Secara tertulis melalui : 4. Surat yang ditujukan kepada Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan Dinas |

| | | |
|-----|------------------------------|---|
| | | Kesehatan Kabupaten Cianjur |
| 9. | Jam Pelayanan | Senin – Jumat : 08.00 – 16.00 WIB |
| 10. | Evaluasi Kinerja pelaksanaan | Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan ketepatan waktu pelaksanaan |

11. Standar Pelayanan Penerbitan Surat Keterangan Tidak Bekerja

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|-----------------------|--|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | <p>Pengguna layanan menyerahkan persyaratan ke Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Izin Praktik Asli 2. Fotocopy KTP 3. Fotocopy STR yang masih berlaku 4. Surat Keterangan Tidak Bekerja dari Instansi terkait |
| 2. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan 2. Undang – Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan 3. Undang – Undang Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 38 2014 Tentang Keperawatan 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tentang Pekerjaan Dan Praktik Tenaga Gizi 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 Bidan 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 32 Tentang Pekerjaan Tenaga Sanitarian 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2015 Izin dan Penyelenggaraan Praktik ATLM 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 Tahun 2016 Tenaga Kefarmasian 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan |

| | | |
|----|--------------------------------|--|
| | | <p>pekerjaan dan praktik Okupasi Terapis</p> <p>14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 tentang Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis</p> <p>15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Psikolog Klinis.</p> <p>16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 tentang Penyelenggara Pekerjaan Teknisi Gigi</p> <p>17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013 tentang Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometrii</p> <p>18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut</p> <p>19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tentang Pekerjaan dan Praktik Terapis Wicara</p> <p>20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Akupunktur Terapis</p> <p>21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik</p> |
| 3. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | 3 hari kerja |
| 4. | Jangka Waktu Penyelesaian | <p>1 Verifikasi berkas : 15 me</p> <p>2 Proses pembuatan SKTB : 1 hari</p> <p>3 Penandatanganan rekomendasi : 1 hari</p> <p>4 Pendokumentasian SIP : 1 hari</p> <p>5 Penyerahan berkas : 15 me</p> |
| 5. | Biaya/tarif | Gratis |
| 6. | Produk Pelayanan | <p>Rekomendasi surat keterangan tidak bekerja bagi tenaga kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis 2. Dokter Umum/ Dokter Gigi 3. Bidan 4. Analisis Kesehatan (ATLM) 5. Perawat Umum 6. Tenaga Teknis Kefarmasian 7. Perawat Gigi 8. Elektromedis 9. Refraksionis Optisien dan Optometris 10. Ragiografer 11. Apoteker 12. Sanitarian/ Kesehatan Lingkungan |

| | | |
|-----|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 13. Nutrisionist 14. Fisioterafi 15. Rekam Medis 16. Tukang Gigi 17. Terapi Wicara 18. Okupasi Terapi 19. Promkes/ Kesehatan Masyarakat 20. Penata Anestesi 21. Psikolog Klinis |
| 7. | Sarana dan Prasarana Fasilitas | Ketersediaan ruang tunggu |
| 8. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Melalui Whatsapp : Sub Koordinator atau Staf Sumber Daya Manusia Kesehatan 2. Email : kasie.sdmk.cjr@gmail.com 3. Secara tertulis melalui : Surat yang ditujukan kepada Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur |
| 9. | Jam Pelayanan | Senin – Jumat : 08.00 – 16.00 WIB |
| 10. | Evaluasi Kinerja pelaksanaan | Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan ketepatan waktu pelaksanaan |

12. Standar Pelayanan Rekomendasi Izin Operasional Rumah Sakit C & D

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--------------------------------|---|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none">• Melakukan pendaftaran secara <i>Online</i> melalui aplikasi <i>oss.go.id</i>• Nomor Induk Berusaha (NIB)• Dokumen Izin Mendirikan Rumah Sakit (<i>oss</i> maupun versi sebelum <i>oss</i>)• Profil Rumah Sakit, meliputi Visi dan Misi, Lingkup Kegiatan Rencana Strategis dan Struktur Organisasi• surat keterangan atau sertifikat izin kelayakan atau pemanfaatan dan kalibrasi alat kesehatan• Dokumen Pengelolaan Lingkungan berkelanjutan• self assessment meliputi jenis pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, dan bangunan dan prasarana Rumah Sakit• Dokumen izin mendirikan bangunan• Sertifikat Akreditasi (perpanjangan)• Surat pernyataan yang mencantumkan komitmen jumlah tempat tidur |
| 2. | Sistem, mekanisme dan prosedur | <ul style="list-style-type: none">▪ Pemilik Rumah Sakit mengajukan pendaftaran melalui sistem OSS untuk mendapatkan nomor induk berusaha.▪ Pemilik Rumah Sakit melengkapi dokumen persyaratan izin operasional▪ Dokumen permohonan Izin Operasional yang sudah diajukan dilakukan verifikasi dan visitasi oleh tim yang di tugaskan paling lama 14 (empat belas) hari sejak surat penugasan dari Kepala Dinas Kesehatan▪ Tim harus menyampaikan laporan hasil visitasi paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah visitasi dilakukan berupa Berita Acara▪ Berdasarkan hasil verifikasi dan visitasi Kepala Dinas Kesehatan menerbitkan surat persetujuan atau penolakan permohonan Izin Operasional |

| | | |
|----|---------------------------|---|
| | | <p>paling lama 10 (sepuluh) hari sejak diterima laporan hasil visitasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika berkas serta ketentuan-ketentuan lainnya sudah sesuai dengan perundang-undangan maka surat Rekomendasi pengajuan Ijin Operasional bisa dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan. ▪ Jika ada kekurangan lengkapan dokumen atau perbaikan fisik diperbaiki dan diselesaikan sesuai dengan komitmen maka surat Rekomendasi ditangguhkan sampai dengan batas waktu yang sudah disepakati. ▪ Surat Rekomendasi yang sudah dikeluarkan dikirim ke Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu, untuk diterbitkan SK Izin Operasional Rumah Sakit ▪ Perpanjangan Izin Operasional Rumah Sakit paling lambat 6 (enam) bulan sebelum Izin Operasional berakhir |
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | <p>30 Hari (Keluar rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan jika sudah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan)</p> <p>60 Hari (Jika masih melengkapi persyaratan yang belum terpenuhi)</p> |
| 4. | Biaya/Tarif | Tidak dipungut biaya |
| 5. | Produk pelayanan | Surat Rekomendasi Izin Operasional Rumah Sakit tipe C dan D |
| 6. | Pengelolaan Pengaduan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Whatsapp : 0821 1534 5152 2. Email : datadinkescianjur@gmail.com 3. Telepon : (0263) 261 482 4. Secara tertulis melalui : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Cianjur b. Web Kabupaten Cianjur : https://cianjurkab.go.id/ c. Web Dinkes : https://dinkes.cianjurkab.go.id/ |
| 7. | Jam Pelayanan | <p>Senin – Kamis : 08.00 – 15.00 WIB</p> <p>Jumat : 08.00 – 14.00 WIB</p> |
| 8. | Petugas Pelayanan | Mora Zilliansyah Dongoran, S.Kep |

Pengelolaan Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--|---|
| 1. | Dasar Hukum | 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan Sakitan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit |
| 2. | Sarana, prasarana dan/atau fasilitas | 1. Lembar Kerja 2. Pedoman Pelayanan Perizinan di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur 3. Komputer/ Laptop/ Printer 4. Jaringan Internet 5. File/ Dokumen 6. Lemari Arsip |
| 3. | Kompetensi pelaksana | 1. Memiliki Pengetahuan tentang Perizinan Rumah Sakit Tipe C dan D 2. Memahami Mekanisme tentang Pelayanan Perizinan Rumah Sakit Tipe C dan D 3. Memahami dasar penetapan izin dan syarat izin operasional Rumah Sakit Tipe C dan D |
| 4. | Pengawasan internal | Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan |
| 5. | Jumlah pelaksana | 3 Orang |
| 6. | Jaminan pelayanan | Pelayanan yang diberikan mengacu kepada Pedoman Pelayanan Perizinan |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Setiap dokumen perizinan yang dikeluarkan mempunyai kepastian hukum dan legalitas yang diproses dan diterbitkan sesuai dengan standar |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | Evaluasi penerapan Standar Pelayanan ini dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali. Selanjutnya dilakukan Tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan |

13. Pelayanan Perijinan Toko Alat Kesehatan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--------------------------------|---|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | Surat Permohonan Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten disertai lampiran : 1. Fotocopy KTP Pemohon yang masih berlaku 2. Fotocopy NPW Pemohon 3. 4. Pas Foto 4 x 6 (2 lembar) 5. Salinan / Fc Sertifikat tanah, atau bukti surat kontrak minimal 2 (dua) tahun 6. Fotocopy IMB 7. NIB 8. SPPL 9. Gambar Denah Lokasi |
| 2. | Sistem, mekanisme dan prosedur | <pre> graph TD Pemohon -- "Berkas Pemohon" --> DinasKesehatanKabKota[Dinas Kesehatan Kab / Kota] DinasKesehatanKabKota -- "Tambahkan Data" --> Pemohon DinasKesehatanKabKota -- "BAP, Laporan Hasil Pemeriksaan" --> IzinToko([Izin Toko]) IzinToko -- "Tembusan" --> DinasKesehatan </pre> |
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | 14 (empat belas) kerja |
| 4. | Biaya/Tarif | Rp. 0 |
| 5. | Produk pelayanan | Toko Alat Kesehatan |
| 6. | Pengelolaan Pengaduan | Alwi Jufri, SKM. 08122124845 |

Pengelolaan Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--------------------------------------|---|
| 1. | Dasar Hukum | Permenkes no. 14 Tahun 2021 |
| 2. | Sarana, prasarana dan/atau fasilitas | 1. Alat Tulis Kantor 2. Meja Pendaftaran 3. Kursi Tunggu |
| 3. | Kompetensi Pelaksana | 1. Adminkes, subkoor Alat Kesehatan 2. Inspektur Sarana dan Prasarana 3. Pengelola Alat Kesehatan |
| 4. | Pengawasan internal | Tenaga Pengawas berwenang melakukan: 1. Pemeriksaan legalitas dokumen Sarana Toko Alat Kesehatan 2. Pemeriksaan legalitas produk Alat Kesehatan yang dijual di Toko Alat Kesehatan 3. Pemeriksaan pemenuhan persyaratan Sarana Toko Alat Kesehatan 4. Pemeriksaan pemenuhan persyaratan penandaan produk Alat Kesehatan 5. Penyusunan rekomendasi berdasarkan hasil pengawasan |

| | | |
|----|--|---|
| | | <p>6. Pelaksanaan tindakan pengamanan setempat meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memisahkan bahan, produk, sarana dan/atau prasarana tidak memenuhi syarat dengan membuat garis batasan pengamanan b. Membuka dan meneliti kemasan. c. Mengambil sampel produk Alkes yang dijual untuk verifikasi penandaan/label antara lain nama produk, nomor izin edar, nomor batch/lot/seri/tipe, tanggal kadaluarsa dan informasi lainnya yang diperlukan. d. Membuat Berita Acara Pengamanan |
| 5. | Jumlah pelaksana | 3 orang |
| 6. | Jaminan pelayanan | Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman dan dapat dipertanggung jawabkan (sesuai dengan standar pelayanan) |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Informasi tentang data pemohon dijamin kerahasiaan |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Rapat Koordinasi 2. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 3. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan |

14. Pelayanan Perijinan Optikal

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--------------------------------|--|
| 1. | Persyaratan Pelayanan | Surat Permohonan Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten disertai lampiran : 1. Fotocopy KTP Pemohon yang masih berlaku 2. Fotocopy NPW Pemohon 3. Pas Foto 4 x 6 (2 lembar) 4. Salinan / Fc Sertifikat tanah, atau bukti surat kontrak minimal 2 (dua) tahun 5. Fotocopy IMB 6. NIB 7. SPPL 8. Gambar Denah Lokasi |
| 2. | Sistem, mekanisme dan prosedur | <pre> graph TD Pemohon -- "Berkas Pemohon" --> DinasKesehatanKabKota[Dinas Kesehatan Kab / Kota] DinasKesehatanKabKota -- "Tambahkan Data" --> Pemohon DinasKesehatanKabKota -- "BAP, Laporan Hasil Pemeriksaan" --> IzinOptikal([Izin Optikal]) IzinOptikal -- "Tembusan" --> DinasKesehatan </pre> |
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | 14 (empat belas) kerja |
| 4. | Biaya/Tarif | Rp. 0 |
| 5. | Produk pelayanan | Optikal |
| 6. | Pengelolaan Pengaduan | Alwi Jufri, SKM. 08122124845 |

Pengelolaan Pelayanan

| No. | KOMPONEN | URAIAN |
|-----|--------------------------------------|---|
| 1. | Dasar Hukum | Permenkes no. 14 Tahun 2021 |
| 2. | Sarana, prasarana dan/atau fasilitas | 1. Alat Tulis Kantor 2. Meja Pendaftaran 3. Kursi Tunggu |
| 3. | Kompetensi Pelaksana | 4. Adminkes, subkoor Alat Kesehatan 5. Inspektur Sarana dan Prasarana 6. Pengelola Alat Kesehatan |
| 4. | Pengawasan internal | Tenaga Pengawas berwenang melakukan: 1. Pemeriksaan legalitas dokumen Sarana Optikal 2. Pemeriksaan legalitas dokumen produk Alat Kesehatan Optik yang dijual di Optikal 3. Pemeriksaan pemenuhan persyaratan penandaan produk Alat Kesehatan OptiK. 4. Penyusunan rekomendasi berdasarkan hasil pengawasan. 5. Pelaksanaan tindakan pengamanan setempat meliputi: |

| | | |
|----|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> a. Memisahkan produk yang tidak memenuhi syarat dengan membuat garis batas pengaman b. Membuka dan meneliti kemasan. c. Mengambil sampel produk Alkes Optik yang dijual untuk verifikasi penandaan/label antara lain <ol style="list-style-type: none"> 1. Nama Produk 2. Nomor Surat Izin Edar. 3. Nomor Batch/lot/seri/tipe 4. Tanggal kadaluarsa 5. Informasi lain nya. 6. Membuat Berita Acara Pengamanan |
| 5. | Jumlah pelaksana | 3 orang |
| 6. | Jaminan pelayanan | Pelayanan yang diberikan secara cepat, aman dan dapat dipertanggung jawabkan (sesuai dengan standar pelayanan) |
| 7. | Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan | Informasi tentang data pemohon dijamin kerahasiaan |
| 8. | Evaluasi kinerja pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 4. Evaluasi kinerja dilakukan melalui Rapat Koordinasi 5. Evaluasi berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan 6. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan |

DITETAPKAN DI : C I A N J U R
PADA TANGGAL : 11 Maret 2022

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur,



dr. H. Irvan Nur Fauzy, M.Kes
NIP. 19790114 200501 1 008

LAMPIRAN II : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
CIANJUR
NOMOR : 900 / 7246 / SK / Sekr. /III/ 2022
TANGGAL : 11 Maret 2022
TENTANG : STANDAR PELAYANAN DAN MAKLUMAT
PELAYANAN DINAS KESEHATAN
KABUPATEN CIANJUR

MAKLUMAT PELAYANAN

DENGAN INI, KAMI SELURUH JAJARAN DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR MENYATAKAN SANGGUP MENYELENGGARAKAN PELAYANAN SESUAI STANDAR PELAYANAN YANG TELAH DITETAPKAN, DAN APABILA TIDAK MENEPATI JANJI INI KAMI SIAP MENERIMA SANKSI SESUAI PERATURAN PERUNDANGAN YANG BERLAKU.

Cianjur, 11 Maret 2022
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur,



dr. H. Ivan Nur Fauzy, M. Kes.

NIP. 19790114 200501 1 008

LAMPIRAN III : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
CIANJUR
NOMOR : 900 / 7246 / SK / Sekr. /III/ 2022
TANGGAL : 11 Maret 2022
TENTANG : STANDAR PELAYANAN DAN MAKLUMAT
PELAYANAN DINAS KESEHATAN
KABUPATEN CIANJUR

PEJABAT PENANGGUNG JAWAB PENGADUAN

1. Pelayanan Rekomendasi Surat Izin Praktik :
Rosdianti Permana S.P, M.P.
Sub Koordinator Sumber Daya Manusia Kesehatan
2. Pelayanan Rekomendasi Toko Alkes dan PKRT :
Alwi Jufri, SKM.
Kepala Seksi Alat Kesehatan
3. Pelayanan Rekomendasi Apotik :
Meita Triwendyarti, S.Si, Apt, MH.Kes.
Sub Koordinator Kefarmasian
4. Pelayanan Rekomendasi Izin Klinik , Sertifikasi Puskesmas:
Galuh Sifa Familia, SKM
Sub Koordinator Pelayanan Kesehatan Primer dan Tradisional
5. Pelayanan Rekomendasi Laik Sehat :
Sri Juhartini, S.AP
Sub Koordinator Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga
6. Pengaduan Sarana Dan Prasarana Ruang Pelayanan :
N. Yuyun Yuliani, S.AP.
Kasubag Umum dan Kepegawaian

DITETAPKAN DI : C I A N J U R
PADA TANGGAL : 11 Maret 2022

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur,



dr. H. Irvan Nur Fauzy, M.Kes
NIP. 19790114 200501 1 008

LAMPIRAN IV : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
CIANJUR
NOMOR : 900 / 7246 / SK / Sekr. /III/ 2022
TANGGAL : 11 Maret 2022
TENTANG : STANDAR PELAYANAN DAN MAKLUMAT
PELAYANAN DINAS KESEHATAN
KABUPATEN CIANJUR

**PETUGAS PELAYANAN TERINTEGRASI
DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR**

1. Mora Zilliansyah Dongoran, S.Kep.
2. Vantari Herera , Amd.Keb.
3. Fitria Handayani, SKM.

DITETAPKAN DI : C I A N J U R
PADA TANGGAL : 11 Maret 2022

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur,



dr. H. Irvan Nur Fauzy, M.Kes
NIP. 19790114 200501 1 008

LAMPIRAN V : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
CIANJUR
NOMOR : 900 / 7246 / SK / Sekr. /III/ 2022
TANGGAL : 11 Maret 2022
TENTANG : STANDAR PELAYANAN DAN MAKLUMAT
PELAYANAN DINAS KESEHATAN
KABUPATEN CIANJUR

**PETUGAS PELAYANAN BERKEBUTUHAN KHUSUS
DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR**

1. Yana Mulyana.
2. Indra Mulyana.
3. Mochamad Hilmi Zirmi Faiz.
4. Utas Sulaeman

DITETAPKAN DI : C I A N J U R
PADA TANGGAL : 11 Maret 2022

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur,



Dr. H. Irvan Nur Fauzy, M.Kes
NIP. 19790114 200501 1 008

LAMPIRAN VI : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
CIANJUR
NOMOR : 900 / 7246 / SK / Sekr. /III/ 2022
TANGGAL : 11 Maret 2022
TENTANG : STANDAR PELAYANAN DAN MAKLUMAT
PELAYANAN DINAS KESEHATAN
KABUPATEN CIANJUR

**PENGELOLAAN PENGADUAN PELAYANAN TERPADU
DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIANJUR**

1. Whatsapp : Mora Zilliansyah Dongoran (081321039306)
2. Web : <https://www.lapor.go.id/>
3. Web : <https://sampurasun.dinkes.cianjurkab.go.id/>

DITETAPKAN DI : C I A N J U R
PADA TANGGAL : 11 Maret 2022

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Cianjur,



dr. H. Irvan Nur Fauzy, M.Kes
NIP. 19790114 200501 1 008