



DINAS KESEHATAN KABUPATEN PESAWARAN

PRODUK LAYANAN PERIZINAN TENAGA KESEHATAN

1. REKOMENDASI IZIN PRAKTIK DOKTER (SIP)
2. REKOMENDASI IZIN KERJA TENAGA GIZI (SIKTGz)
3. REKOMENDASI IZIN PRAKTIK PERAWAT (SIPP)
4. REKOMENDASI IZIN PRAKTIK PENATA ANESTESI (SIPPA)
5. REKOMENDASI IZIN PRAKTIK BIDAN (SIPB)
6. REKOMENDASI IZIN PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT (SIPTGM)
7. REKOMENDASI IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)
8. REKOMENDASI IZIN KERJA TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIKTTK)
9. REKOMENDASI IZIN KERJA TENAGA SANITARIAN (SIKTS)

MAKLUMAT PELAYANAN

Dengan ini kami menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan dan apabila tidak menepati, kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Pesawaran

dr. Media Apriliana, MKM

Nomor Pengaduan : (0721) 8032004

ALUR PREKOMENDASI IZIN KERJA/ PRAKTIK TENAGA KESEHATAN



SANKSI TERHADAP PELANGGARAN KETENTUAN PERATURAN PERUNDANG- UNDANGAN

1. Teguran lisan
2. Teguran tertulis
3. Pencabutan izin tenaga kesehatan

SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

1. Fotokopi STRA yang dilegalisir
2. Surat pernyataan memiliki tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi
3. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
4. Pas foto berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 lembar

SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN KERJA TENAGA TEKNIS

1. Fotokopi STRTTK
2. Surat pernyataan apoteker/ pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian
3. Rekomendasi dari organisasi profesi
4. Pas foto terbaru berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar

SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN KERJA TENAGA SANITARIAN

1. Fotokopi ijazah yang dilegalisir
2. Fotokopi STRTS
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan
5. Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Pas foto berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 lembar

**SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN
PRAKTIK DOKTER (SIP)**

1. Mengajukan permohonan pembuatan surat izin praktik (SIP)
2. Fotokopi surat tanda registrasi (STR) dokter atau dokter gigi yang telah dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku
3. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik
4. Pas foto berwarna uk 4 x 6 sebanyak 3 lembar
5. Untuk pembuatan SIP yang kedua dan ketiga pada jam kerja, dokter & dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah harus melampirkan surat izin dari pimpinan instansi/ sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja

**SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN
KERJA TENAGA GIZI (SIKTGz)**

1. Fotokopi STR yang masih berlaku
2. Fotokopi ijazah
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan gizi mandiri
5. Rekomendasi dari organisasi profesi (PERSAGI)
6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar

**SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN
PRAKTIK PERAWAT (SIPP)**

1. Fotokopi STR yang masih berlaku
2. Surat pernyataan memiliki tempat praktik
3. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Perawat akan berpraktik (kecuali untuk Praktik Mandiri Perawat)
4. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4x6 cm sebanyak 3 lembar
5. Rekomendasi dari Organisasi Profesi

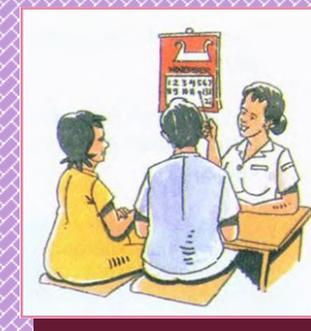
**SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN
PRAKTIK PENATA ANESTESI (SIPPA)**

1. Fotokopi ijazah DIII Keperawatan Anestesi yang dilegalisir
2. Fotokopi STRPA yang masih berlaku
3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
4. Rekomendasi dari organisasi profesi (IPAI)
5. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.
6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar



**SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN
PRAKTIK BIDAN (SIPB)**

1. Fotokopi STRB yang masih berlaku
2. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik
3. Surat pernyataan memiliki tempat praktik
4. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Bidan akan berpraktik (kecuali untuk Praktik Mandiri Bidan)
5. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4x6 cm sebanyak 3 lembar
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi



**SYARAT ADMINISTRASI REKOMENDASI IZIN
PRAKTIK TERAPIS GIGI DAN MULUT**

1. Fotokopi ijazah
2. Fotokopi STRTGM
3. Surat keterangan sehat dari Dokter yang memiliki SIP
4. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan
5. Rekomendasi dari organisasi profesi
6. Pas foto terbaru dan berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar