**CHECK LIST**

**PERSYARATAN PERMOHONAN IZIN BERUSAHA (BARU)**

**KLINIK DI KABUPATEN WONOSOBO**

**( PMK No. 14 Th. 2021)**

NAMA KLINIK :

JENIS KLINIK : a. SWASTA / PEMERINTAH

 b. PRATAMA/ UTAMA

 c. RAWAT JALAN/ RAWAT INAP

TANGGAL VISITASI :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO.** | **KELENGKAPAN** | **KETERANGAN** |
|  |  | **L** | **TL** | **TA** |
| 1. | Surat Permohonan Izin bermeterai dari pemilik sarana/pimpinan badan usaha/badan hukum |  |  |  |
| 2. | Fotocopy pendirian badan hukum atau badan usaha untuk Klinik Rawat Inap |  |  |  |
| 3. | Salinan Fotocopy :1. IMB
2. Izin Pemanfaatan Ruangan(IPR)
 |  |  |  |
| 4. | Fotocopy serifikat tanah,bukti kepemilikan lainnya yang sah oleh notaris atau bukti surat kontarak minimal jangka waktu 5(lima) tahun. |  |  |  |
| 5. | Dokumen SPPL untuk Klinik Rawat Jalan dan UKL-UPL untuk Klinik Rawat Inap |  |  |  |
| 6. | Profil Klinik,terdiri dari :1. Pengorganisasian
2. Lokasi
3. Bangunan
4. Prasarana
5. Ketenagaan
6. Peralatan
7. Kefarmasian
8. Laboratorium
9. Pelayanan yang diberikan
 |  |  |  |
| 7. | Surat pernyataan memiliki luas lahan minimal 70 m2 untuk Klinik Rawat Jalan dan 150m2 untuk Klinik Rawat Inap |  |  |  |
| 8. | Jarak dari Puskesmas/Klinik ynag sudah ada minimal 1000 meter |  |  |  |
| 9. | Surat Pernyataan kesediaan mntaati peraturan perundang-undangan yang berlaku bermaterai |  |  |  |
| 10. | Identitas lengkap Pemohon meliputi:1. Fotocopy KTP Ketua Yayasan/pemilik
2. Fotocopy KTP Penanggung Jawab
 |  |  |  |
| 11. | Lampiran yang meliputi :1. Struktur organisasi serta pembagian tugas dan fungsi pelayanan
2. Surat penunjukan sebagai dokter Penanggung Jawab
3. Surat Pernyataan kesediaan sebagai penanggung jawab bermaterai
4. Surat Pernyataan kesediaan bekerja sebagai staf klinik bermaterai dan MOU semua staf klinik dengan pemilik klinik
5. Surat penunjukan/SK pengangkatan sebagai staf
6. Surat Pernyataan tidak keberatan dari atasan langsung bagi tenga medis/non medis yang telah bekerja pada instansi/Lembaga Kesehatan lainnya bermaterai
7. Fotocopy ijazah, STR,SIP,SIK paramedis dan tenaga Kesehatan lainnya
* Klinik rawat jalan (tenaga perawat 2/sesuai kebutuhan)
* Klinik Rawat Inap (tenaga non medis minimal 4,tenaga kefarmasian sesuai jam layanan kefarmasian,tenaga gizi 1,tenaga analis 1,tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan )
1. Fotocopy Ijazah,STR ,dan SIP untuk tenaga dokter(dokter minimal 2 untuk Klinik Rawat jalan dan 4 untuk Klinik rawat Inap)
2. Fotocopy sertifikat Kompetensi Pendidikan/pelatihan sesuai jenis pelayanan yang diberikan bagi dokter umum/spesialis/gigi untuk Klinik Utama dan dokter umum di Klinik Kecantikan
3. Fotocopy ijazah tenaga non Kesehatan (tenaga non Kesehatan minimal 1 untuk Klinik Rawat Jalan dan menyesuaikan dengan kebutuhan untuk Klinik Rawat Inap )
4. Daftar peralatan medis dan non medis yang tersedia sesuai dengan pelayanan yang diberikan
5. Daftar ketenagaan yang tersedia
6. Daftar jenis pelayanan yang diberikan/kegiatan yang akan dilaksanakan
7. Daftar tarif pelayanan
8. Daftar jam buka pelayanan Klinik
9. Denah bangunan beserta ukurannya
10. Surat Pernyataan Status Bangunan
11. Peta lokasi Klinik
 |  |  |  |
| 12. | Bangunan\*Bangunan klinik permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya\*Bangunan klinik harus memenuhi persyaratan lingkungan sesuai ketentuan perundang-undangan\*Bangunan klinik harus memperhatikan fungsi,keamanan,kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat,anak-anak dan usia lanjut.\*Kelengkapan bangunan,meliputi :a.Ruang pendaftaran/ruang tunggub.Ruang konsultasi dokterc.Ruang administrasid.Ruang Tindakan/UGDe.Ruang Farmasif.Kamar Mandi/WCg.Pojok ASIh.Jumlah tempat tidur untuk rawat inap(minimal 5 dan maksimal 10)i.Ruang lain-lain sesuai kebutuhan pelayanan |  |  |  |
| 13. | Kelengkapan Prasarana Klinik-Instalasi air (Rekening Air)-Instalasi listrik/genset (Rekening listrik)-Instalasi sirkulasi udara-Sarana pengolahan limbah medis(IPAL)/bisa MOU dengan pihak ke-3 yang punya izin pemanfaatan incinerator dari kementrian lingkungan hidup-Sarana pengelolaan Sampah dan limbah cair-Alat Pemadam Api Ringan(APAR)-Ambulans( untuk Klinik rawat inap)-Ruang/tempat parkir |  |  |  |
| 14. | Daftar Peralatana.Peralatan medisb.Peralatan non medis- Peralatan memenuhi standar mutu,keamanan,dan keselamatan-Peralatan diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehtan dan/atau institusi penguji dan pengkalibrasi yang berwenang-Peralatan medis yang menggunakan radiasi pengion harus mendapat izin sesuai ketentuan perundang-undangan-Penggunaan peralatan medis untuk kepentingan diagnosis terapi dan rehabilitasi berdasarkan indikasi medis |  |  |  |
| 15. | Daftar Ketenagaan-Pimpinan Klinik Pratama adalah seorang dokter atau dokter gigi-Pimpinan Klinik Utama adalah seorang spesialis/drg spesialis-Pimpinan Klinik merupakan penanggung jawab klinik dan merangkap sebagai pelaksana pelayanan-Tenaga Klinik terdiri atas tenaga medis,tenaga Kesehatan lain dan tenaga non Kesehatan-Tenaga Medis pada Klinik Pratama minimal 2(dua) orang dokter dan/atau dokter gigi-Tenaga Medis pada Klinik Utama terdiri dari 1(satu) orang dokter spesialis dari masing-masing spesialis sesuai jenis pelayanan yang diberikan-Dokter atau dokter gigi memiliki kompetensi-Tenaga medis mempunyai STR dan SIP-Tenaga Kesehatan lain mempunyai STR atau SIK atau SIPA-Klinik tidak memperkerjakan tenaga Kesehatan warga negara asing |  |  |  |
| 16. | Perizinana.Surat Rekomendasi dari KaPusk/Dinas Kesehatan Kab Wonosobob.Fotocopy pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan peroranganc.Identitas lengkap pemohond.Surat Keterangan persetujuan lokasi dari pemerintah daerah setempat(HO)e.Bukti hak kepemilikan/penggunaan tanah/izin penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak minimal selama 5(lima) tahun bagi yang menyewa bangunan (sertifikat)f.Dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan(UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan(UPL)g.Profil Klinik:Struktur Organisasi Kepengurusan,tenaga Kesehatan,sarana dan prasarana dan peralatan serta pelayanan yang diberikan |  |  |  |
| 17. | Penyelenggaraana.Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Inap\*Ruang rawat inap memenuhi persyaratan\*Tempat tidur pasien minimal 5(lima) dan maksimal 10(sepuluh)\*Tenaga medis dan keperawatan sesuai jumlah dan kualifikasinya\*Tenaga gizi,tenaga analis Kesehatan,tenaga kefarmasian dan tenaga Kesehatan dan non Kesehatan lain sesuai kebutuhan\*Dapur Gizi\*Pelayanan laboratorium Kinik Pratamab.Penyelenggaraan Pelayanan Laboratorium Klinik\*Pelayanan laboratorium klinik terintegrasi dengan perizinan kliniknya\*Persyaratan laboratorium klinik meliputi ketenagaan,bangunan,peralatan,dan kemampuan pemriksaanc.Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian\*Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian melalui ruang farmasi yang dilaksanakan oleh apoteker yang memiliki kompetensi dan kewenangan\*Bila tidak terdapat apoteker pelayanan kefarmasian dapat dilaksanakan oleh tenaga kefarmasian\*Ruang farmasi hanya melayani resep dari tenaga medis yang bekerja di klinik yang bersangkutand.Kewajiban Klinik dalam memberikan pelayanan\*Memberikan pelayanan yang aman,bermutu,dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar profesi,standar pelayanan dan standar operasional prosedur\*Memberikan pelayanan gawat darurat tanpa meminta uang muka terlebih dahulu\*Ada informed consent atas tindakan yang akan dilakukan\*Menyelenggarakan rekam medis\*Melaksanakan sistem rujukan\*Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan\*Melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan\*Memiliki peraturan internal dan standar operasional prosedur(SOP)\*Melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan baik secara regional maupun nasional\*Memasang papan nama Klinik\*Membuat daftar tenaga medis dan Kesehatan lainnya disertai STR dan SIP bagi tenaga medis dan STR dan SIPA/SIP TTK/SIP ATLM/SIK/SIPP/SIPB/SIPTW/SIPPK /SIK TGZ/SIK TS/SIK PG/SIKA PA bagi tenaga kesehatan lain\*Melaksanakan pencatatan untuk penyakit-penyakit tertentu dan melaporkan ke Dinas Kesehatan\*Daftar tarif pemeriksaan/pelayanan |  |  |  |
| 18. | Dokumen Standar Operasional Prosedur (SOP) Tindakan medis dan non medis |  |  |  |
| 19. | MOU dengan Laboratorium Klinik yang sudah berizin bagi Klinik yang tidak mempunyai alat pemeriksaan laboratorium sendiri. |  |  |  |
| 20. | MOU dengan jejaring bila ada |  |  |  |
| 21. | MOU dengan apotik yang sudah berizin untuk Klinik Rawat Jalan |  |  |  |
| 22. | Surat Pernyataan kesediaan untuk:1. Melaksanakan fungsi sosial
2. Melaksanakan program pemerintah dalam bidang Kesehatan
3. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Kesehatan
4. Membuat dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan daftar tenaga medis dan tenaga Kesehatan yang bekerja di Klinik
5. Melaporkan setiap ada perubahan mutasi ketenagaan baik medis maupun non medis,perubahan nama klinik,perubahan penanggung jawab,perubahan jenis badan usaha dan perubahan alamat atau tempat Klinik
6. Melaksanakan pencatatan untuk penyakit-penyakit tertentu dan melaaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten dalam rangka pelaksanaan program pemerintah sesuai ketentuan.
7. Tidak melaksanakan Tindakan bedah yang:
* Menggunakan anestesi umum dengan inhalasi dan/atau spinal
* Operasi sedang yang beresiko tinggi dan
* Operasi besar
 |  |  |  |
| 23. | Fotocopy SK izin Operasional yang lama untuk pengajuan Izin Operasional kedua |  |  |  |
| 24. | SerTifikat Akreditasi untuk Klinik yang mengajukan izin operasional kedua |  |  |  |

 Wonosobo,

 TIM VISITASI TTD

 1.

 2.

 3.

 4.