****

|  |
| --- |
| **No. /** |

**Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

|  |
| --- |
| **Izin Praktik Bidan (Praktik Perorangan)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Bidan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik kebidanan. |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Izin Praktik Bidan (Fasilitas Kesehatan) secara elektronik melalui *jakevo.jakarta.go.id* |  |  |
| **2** | Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)   * WNI : Kartu Tanda Penduduk (e-KTP) |  |  |
| **3** | **Jika dikuasakan**  Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dan KTP-el orang yang diberi kuasa |  |  |
| **4** | Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar |  |  |
| **5** | Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **6** | Ijazah (Scan Asli) |  |  |
| **7** | Sertifikat Pendidikan dan Pelatihan (kontrasepsi, APN PONED, dan lain-lain) yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan nasional atau organisasi profesi terkait yang diakui oleh pemerintah (Scan Asli) |  |  |
| **8** | Surat kerjasama pengelolaan limbah medis padat dan cair dengan pihak ketiga |  |  |
| **9** | Rekomendasi dari organisasi profesi |  |  |
| **10** | Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan:   * Akan bekerja sama dengan puskesmas kecamatan setempat * Tidak melakukan tindakan aborsi * Akan melakukan penapisan pada ibu bersalin * Mentaati peraturan yang berlaku dan melaksanakan etika profesi |  |  |
| **11** | Surat Pernyataan memiliki tempat kerja/praktik di praktik mandiri (bermaterai sesuai peraturan yang berlaku) |  |  |
| **12** | Surat keterangan dari pimpinan bagi PNS atau TNI atau POLRI |  |  |
| **13** | Foto lokasi tempat praktik (tampak muka dan tampak dalam) |  |  |
| **14** | Proposal teknis yang dilengkapi dengan:   * Denah lokasi dengan situasi sekitar tempat praktik * Denah ruang praktik * Data kelengkapan alat medis dan non medis * Data obat yang tersedia * Daftar tarif dan jenis pelayanan |  |  |
| **15** | **Bukti Kepemilikan Tanah**  Jika Milik Pribadi   * Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon, lampirkan data pendukung   Jika tanah atau bangunan disewa:   * Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan * Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp sesuai peraturan yang berlaku dari pemilik tanah atau bangunan yang menyatakan tidak keberatan tanah atau bangunan digunakan * Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemilik tanah atau bangunan *(Scan Asli)* |  |  |
| **16** | Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan Dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL) |  |  |
| **17** | Persetujuan tetangga (kiri, kanan, depan, belakang disertai KTP) |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Tim Teknis   * Survey / Tidak Survey |  |  |  |
| 3 | Kasubag TU |  |  |  |
| 4 | Kepala Unit PTSP |  |  |  |
| 5 | Petugas penomeran |  |  |  |
| 6 | Front Office |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu Penyelesaian** | **Biaya Retribusi** | **Masa Berlaku** |
| 7 Hari Kerja | Rp 0,- | Sesuai STR |

**Catatan**

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