

IZIN PRAKTEK TENAGA KESEHATAN

DASAR HUKUM :

1. Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 20 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi dan Mulut.
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 32 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian.
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis.
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris.
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 54 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Teknisi Gigi.
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 Tahun 2014 tentang Pembinaan, Pengawasan dan Perizinan, Pekerjaan Tukang Gigi.
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 81 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer.
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik.
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 22 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Ortotis Prostetis.
15. Peraturan Pemerintah RI Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.
16. Peraturan Bupati Nomor 32 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Perijinan dan Non Perijinan di Kabupaten Bojonegoro.
17. Peraturan Bupati Nomor 33 tahun 2017 tentang Pelimpahan Kewenangan Bupati di Bidang Perizinan dan Non Perizinan Kepada Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah dan Camat.

I. KEPERAWATAN

KETENTUAN UMUM :

1. SIPP diberikan oleh pemerintah daerah tempat perawat menjalankan praktiknya.
2. SIPP hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.
3. SIPP diberikan kepada perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat.

1. Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro)
4. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai

PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan

5. Foto copy STR yang masih berlaku
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi Perawat.
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
8. Foto copy Ijazah Pendidikan Tinggi Keperawatan.
9. **Surat Keterangan Sehat dari Dokter Pemerintah**
10. Pas foto ukuran 4 x 6 cm 2 lembar, 3 x 4 cm 2 lembar
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro.
12. Asli SIPP pertama (untuk permohonan SIPP kedua).
13. Surat Kuasa (Bila tidak diurus sendiri).
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PERAWAT WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Surat permohonan berdasarkan atas permintaan pengguna perawat warga Negara asing (WNA).
2. Kelengkapan Administratif :
 - ✚ Penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.
 - ✚ Surat keterangan sehat fisik dan mental.
 - ✚ Surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
2. Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik :
 - ✚ Surat Keterangan telah mengikuti program evaluasi kompetensi.
 - ✚ Sertifikat Kompetensi.
3. STR Sementara

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PERAWAT WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI :

1. Kelengkapan Administratif :
 - ✚ Penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.
 - ✚ Surat keterangan sehat fisik dan mental.
 - ✚ Surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
2. Penilaian kemampuan untuk melakukan praktik dilakukan melalui uji kompetensi.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

SIPP berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang.
SIPP (WNA) berlaku selama 1 (satu) tahun dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Praktik Perawat (SIPP).

2. Perpanjangan Surat Izin Praktik Perawat

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) asli;
5. Surat Tanda Registrasi (STR) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

Perpanjangan SIPP 5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.
Perpanjangan SIPP (WNA) hanya untuk 1 (satu) Tahun

e. Spesifikasi

Perpanjangan Izin Praktik Perawat (SIPP).

II. TERAPIS GIGI DAN MULUT

KETENTUAN UMUM :

1. Terapis Gigi dan Mulut yang menjalankan praktik keprofesiannya secara mandiri harus berpendidikan paling rendah Diploma Tiga Kesehatan Gigi, Keperawatan Gigi atau terapis Gigi dan Mulut.
2. Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.
3. Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) diberikan kepada perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat.

1. Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro)
4. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
5. Foto copy STRTGM (Surat Tanda Registrasi Terapis Gigi dan Mulut).
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.
7. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
8. Foto copy Ijazah yang dilegalisasi.
9. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar.

11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro.
12. Asli SIPTGM pertama (untuk permohonan SIPTGM kedua).
13. Surat Kuasa (Bila tidak diurus sendiri).
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TERAPIS GIGI DAN MULUT WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Membuat surat pernyataan mematuhi etika profesi dan peraturan perundang-undangan.
2. Mengikuti evaluasi kompetensi.
3. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PERAWAT WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : mengikuti evaluasi kompetensi.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

SIPTGM berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM).

2. Perpanjangan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut.

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Terapis Gigi dan Mulut (STRTGM) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

Tambahan persyaratan untuk terapis WNA : Membuat surat pernyataan mematuhi etika profesi dan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM).

III. BIDAN

KETENTUAN UMUM :

1. Surat Izin Kerja Bidan (SIKB) diberikan kepada Bidan yang sudah memenuhi persyaratan untuk bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) diberikan kepada bidan yang sudah memenuhi persyaratan untuk menjalankan praktik bidan mandiri.
3. SIKB atau SIPB hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat.
4. Bidan hanya dapat menjalankan praktik dan /atau kerja paling banyak di 1 (satu) tempat kerja dan 1 (satu) tempat praktik.
5. Bidan yang menjalankan praktik mandiri harus berpendidikan minimal Diploma III (D III) Kebidanan.

1. Surat Izin Kerja dan Praktik Bidan (SIKB dan SIPB) BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah Bidan;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IBI)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
13. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Bidan (SIKB) dan/atau Surat Izin Praktik Bidan (SIPB).

2. Perpanjangan SIKB dan/ atau SIPB

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Asli dan Foto copy SIKB/SIPB;
5. Asli dan Foto copy Surat Tanda Registrasi(STR) yang berlaku;
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IBI)
7. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
8. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar
9. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
10. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
11. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi

Perpanjangan SIKB dan atau SIPB

IV. TENAGA SANITARIAN

KETENTUAN UMUM :

1. Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian (SIKTS) berlaku untuk 1 (satu) tempat.
2. Tenaga Sanitarian hanya dapat melakukan pekerjaan paling banyak di 2 (dua) tempat.

1. Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian (SIKTS) BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STRTS yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (HAKLI)

8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli SIKTS pertama (untuk permohonan SIKTS kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA SANITARIAN WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.
2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA SANITARIAN WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian (SIKTS)

2. Perpanjangan Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian (SIKTS) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Tenaga Sanitarian (STRTS) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian (SIKTS).

V. TENAGA GIZI

KETENTUAN UMUM :

1. SIKTGz atau SIPTGz hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat.
2. Tenaga Gizi hanya dapat melakukan pekerjaan dan/atau praktik paling banyak di 2 (dua) tempat kerja/praktik.
3. Tenaga Gizi yang menjalankan praktik pelayanan secara mandiri harus merupakan tenaga gizi registered dietisien
4. Tenaga gizi technical registered dietisien dan nutrisionis registered hanya dapat bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

1. Surat izin Kerja dan Praktik Tenaga Gizi (SIKTGz dan SIPTGz) Baru

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STRTGz yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Persatuan Ahli Gizi Indonesia)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan gizi secara mandiri;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli dan foto copy SIKTGz dan/atau SIPTGz pertama (untuk permohonan SIKTGz dan /atau SIPTGz kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA GIZI WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.

2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA GIZI WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Tenaga Gizi (SIKTGz) dan/atau Surat Izin Praktek Tenaga Gizi (SIPTGz)

2. Perpanjangan SIKTGz dan/ atau SIPTGz

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy dan Asli SIKTGz dan/atau SIPTGz ;
5. Surat Tanda Registrasi Tenaga Gizi (STRTGz) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan SIKTGz dan/atau SIPTGz

VI. TENAGA FISIOTERAPIS

KETENTUAN UMUM :

1. SIKF atau SIPF hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat.
2. Fisioterapis hanya dapat melakukan pekerjaan dan/atau praktik paling banyak di 2 (dua) tempat kerja/praktik.
3. SIKF atau SIPF ketiga dapat diberikan apabila ada permohonan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang membutuhkan.
4. Fisioterapis yang menjalankan praktik pelayanan fisioterapis secara mandiri harus merupakan fisioterapis profesi atau fisioterapis spesialis.
5. Fisioterapis ahli madya atau fisioterapis sains terapan hanya dapat bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

1. Surat izin Kerja dan Praktik Fisioterapis (SIKF dan SIPF) Baru

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STRF yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Ikatan Fisioterapis Indonesia)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan fisioterapis secara mandiri;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli dan foto copy SIKF dan/atau SIPF pertama (untuk permohonan SIKF dan /atau SIPF kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PERMOHONAN IZIN MELAKUKAN PELAYANAN FISIOTERAPIS YANG KETIGA :

1. Surat Permohonan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang membutuhkan tenaga fisioterapis.
2. SIPF atau SIKF yang pertama dan kedua.
3. Surat persetujuan atasan langsung bagi fisioterapis yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Surat rekomendasi dari dinas kesehatan provinsi setempat.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA FISIOTERAPIS WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.
2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA FISIOTERAPIS WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Fisioterapis (SIKF) dan/atau Surat Izin Praktek Fisioterapis (SIPF)

2. Perpanjangan SIKF dan/ atau SIPF

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy dan Asli SIKF dan/atau SIPF ;
5. Surat Tanda Registrasi Fisioterapis (STRF) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan SIKF dan/atau SIPF

VII. OKUPASI TERAPIS

KETENTUAN UMUM :

1. SIKOT atau SIPOT hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat.
2. Okupasi Terapis hanya dapat melakukan pekerjaan dan/atau praktik paling banyak di 2 (dua) tempat kerja/praktik.
3. SIKOT atau SIPOT ketiga dapat diberikan apabila ada permohonan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang membutuhkan.
4. Okupasi Terapis dalam menjalankan pekerjaan dan praktiknya minimal berijazah Diploma Tiga (D III) Okupasi Terapi.

1. Surat izin Kerja dan Praktik Okupasi Terapis (SIKOT dan SIPOT) Baru

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STROT yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Ikatan Okupasi Terapis Indonesia)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan okupasi terapis secara mandiri;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli dan foto copy SIKOT dan/atau SIPOT pertama (untuk permohonan SIKOT dan /atau SIPOT kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PERMOHONAN IZIN MELAKUKAN PELAYANAN OKUPASI TERAPIS YANG KETIGA :

1. Surat Permohonan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang membutuhkan tenaga okupasi terapis.
2. SIPOT atau SIKOT yang pertama dan kedua.
3. Surat persetujuan atasan langsung bagi okupasi terapis yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Surat rekomendasi dari dinas kesehatan provinsi setempat.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA OKUPASI TERAPIS WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.

2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TENAGA OKUPASI TERAPIS WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Okupasi Terapis (SIKOT) dan/atau Surat Izin Praktek Okupasi terapis (SIPOT)

2. Perpanjangan SIKOT dan/ atau SIPOT

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy dan Asli SIKOT dan/atau SIPOT ;
5. Surat Tanda Registrasi Okupasi Terapis (STROT) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi

Perpanjangan SIKOT dan/atau SIPOT

VIII. REFRAKSIONIS OPTISIEN DAN OPTOMETRIS

KETENTUAN UMUM :

1. Refraksionis Optisien lulusan pendidikan Diploma Refraksi Optisi.
2. Optometris lulusan pendidikan Diploma empat atau Sarjana Terapan Optometri atau Sarjana Profesi Optometri.
3. SIKRO dan SIKO berlaku untuk 1 (satu) tempat.
4. Refraksionis Optisien atau Optometris hanya dapat melakukan pekerjaan paling banyak di 2 (dua) tempat.

1. Surat Izin Kerja Refraksionis Optometris (SIKRO) atau Surat Izin Kerja Optometris (SIKO) BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STRRO atau STRO yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Ikatan Refraksionis Optisien Indonesia)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli SIKRO atau SIKO pertama (untuk permohonan SIKRO atau SIKO kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK REFRAKSIONIS OPTISIEN ATAU OPTOMETRIS WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.
2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK REFRAKSIONIS OPTISIEN ATAU OPTOMETRIS WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI :

melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien (SIKRO) atau Surat Izin Kerja Optometris (SIKO).

2. Perpanjangan Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien (SIKRO) atau Perpanjangan Surat Izin Kerja Optometris (SIKO)

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien (SIKRO) atau Surat Izin Kerja Optometris (SIKO) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Refraksionis Optisien (STRRO) atau Surat Tanda Register (STRO) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi

Perpanjangan Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien (SIKRO) atau Perpanjangan Surat Izin Kerja Optometris (SIKO).

IX. TEKNISI GIGI

KETENTUAN UMUM :

1. Teknisi gigi hanya dapat menjalankan pekerjaan keteknisian gigi pada fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Teknisi gigi dapat memiliki paling banyak 2 (dua) SIKTG.
3. Pendidikan minimal teknisi gigi adalah lulusan Diploma Keteknisian Gigi.

1. Surat Izin Kerja Teknisi Gigi (SIKTG) BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STRTG yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Persatuan Teknisi Gigi Indonesia)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli SIKTG pertama (untuk permohonan SIKTG kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATANTAMBAHAN UNTUK TEKNISI GIGI WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.
2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK TEKNISI GIGI WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Teknisi Gigi (SIKTG)

2. Perpanjangan Surat Izin Kerja Teknisi Gigi

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Kerja Teknisi Gigi (SIKTG) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Teknisi Gigi (STRTG) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan Surat Izin Kerja Teknisi Gigi (SIKTG).

X. TUKANG GIGI

KETENTUAN UMUM :

- ❖ Semua tukang gigi yang menjalankan pekerjaan tukang gigi wajib mendaftarkan diri kepada pemerintah daerah kabupaten/kota atau dinas kesehatan kabupaten/kotasetempat untuk mendapat izin tukang gigi.

1. Surat Izin Tukang Gigi BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Biodata Tukang Gigi;
5. Izin Tukang Gigi (sebelum Permenkes no 39 Tahun 2014)
6. Surat Keterangan Kepala Desa/lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai tukang gigi;
7. Rekomendasi dari Organisasi Tukang Gigi setempat yang diakui oleh pemerintah.
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 2 (dua)lembar;

11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
13. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

2 (dua) Tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi :

Surat Izin Tukang Gigi .

2. Perpanjangan Surat Izin Tukang Gigi

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Tukang Gigi asli;
5. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
6. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

2 (dua) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi

Perpanjangan Surat Izin Tukang Gigi.

XI. PEREKAM MEDIS

KETENTUAN UMUM :

1. SIK Perkam Medis hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat.

2. Perekam Medis hanya dapat melakukan pekerjaan paling banyak di 2 (dua) Fasilitas Pelayanan kesehatan.

1. Surat Izin Kerja Perekam Medis BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STR Perekam Medis yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli SIK Perekam Medis pertama (untuk permohonan SIK Perekam Medis kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PEREKAM MEDIS WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.
2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PEREKAM MEDIS WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi :

Surat Izin Kerja Perekam Medis (SIK Perekam Medis)

2. Perpanjangan Surat Izin Kerja Perekam Medis

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Kerja Perekam Medis (SIK Perekam Medis) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Perekam Medis (STR Perekam Medis) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan Surat Izin Kerja Perekam Medis (SIK Perekam Medis).

XII. RADIOGRAFER

KETENTUAN UMUM :

1. SIKR hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat.
2. Radiografer hanya dapat melakukan pekerjaan paling banyak di 2 (dua) Fasilitas Pelayanan kesehatan.

1. Surat Izin Kerja Radiografer BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STR Perekam Medis yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi (Perhimpunan Radiografer Indonesia/PARI)
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;

9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli SIK Radiografer pertama (untuk permohonan SIKR kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK RADIOGRAFER WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.
2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK RADIOGRAFER WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR)

2. Perpanjangan Surat Izin Kerja Radiografer

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Radiografer (STRR) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi

Perpanjangan Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR).

XIII. AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK

KETENTUAN UMUM :

1. Ahli Teknologi Laboratorium Medik dan Ahli Teknologi Laboratorium Medik WNI lulusan Luar negeri untuk dapat menyelenggarakan atau menjalankan praktiknya harus memiliki STR-ATLM.
2. Ahli Teknologi Laboratorium Medik WNA untuk dapat menyelenggarakan atau menjalankan praktiknya harus memiliki STR-ATLM Sementara.
3. Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.
4. Ahli Teknologi Laboratorium Medik hanya dapat memiliki paling banyak untuk 2 (dua) SIP-ATLM.

1. Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro)
4. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
5. Foto copy STR-ATLM (Surat Tanda Registrasi Ahli Teknologi Laboratorium Medik).
6. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.
7. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan.
8. Foto copy Ijazah yang dilegalisasi.
9. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah..
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro.
12. Asli SIP-ATLM pertama (untuk permohonan SIPTGM kedua).
13. Surat Kuasa (Bila tidak diurus sendiri).
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PERMOHONAN IZIN MELAKUKAN PELAYANAN YANG KETIGA :

1. Surat Permohonan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang membutuhkan tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik.
2. SIP-ATLM pertama dan kedua.
3. Surat persetujuan atasan langsung bagi Ahli Teknologi Laboratorium Medik yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Surat rekomendasi dari dinas kesehatan provinsi setempat.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK WARGA NEGARA ASING (WNA) :

1. Memiliki STR-ATLM sementara.
2. Memenuhi persyaratan memperoleh SIP-ATLM.
3. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK AHLI TEKNOLOGI LABORATORIUM MEDIK WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : memenuhi persyarata memperoleh SIP-ATLM.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

SIP-ATLM berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM).

2. Perpanjangan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Ahli Teknologi Laboratorium Medik (STR-ATLM) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi

Perpanjangan Surat Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik (SIP-ATLM).

XIV. ORTOTIS PROSTETIS

KETENTUAN UMUM :

1. SIKOP atau SIPOP hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat.
2. Ortotis Prostetis hanya dapat melakukan pekerjaan dan/atau praktik paling banyak di 2 (dua) tempat kerja/praktik.
3. Ortotis Prostetis dalam menjalankan pekerjaan dan praktiknya minimal berijazah Diploma Tiga (D III) Ortotis Prostetis.

1. Surat izin Kerja dan Praktik Ortotis Prostetis (SIKOP dan SIPOP) Baru

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy STROP yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Foto copy Ijazah yang dilegalisir;
6. Surat persetujuan atasan dalam pelaksanaan masa bakti atau sebagai PNS atau Pegawai pada sarana kesehatan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi .
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin praktik;
9. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan secara mandiri;
10. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm 3 (tiga)lembar berlatar belakang merah;
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro
12. Asli dan foto copy SIKOP dan/atau SIPOP pertama (untuk permohonan SIKOP dan /atau SIPOP kedua).
13. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
14. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan

**PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK ORTOTIS PROSTETIS WARGA
NEGARA ASING (WNA) :**

1. Mengikuti evaluasi kompetensi.
2. Memiliki Surat izin kerja dan izin tinggal serta persyaratan lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Memiliki kemampuan berbahasa Indonesia.

**PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK ORTOTIS PROSTETIS WARGA
NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI :** melakukan evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Kerja Ortosis Prostetis (SIKOP) dan/atau Surat Izin Praktik Ortosis Prostetis (SIPOP)

2. Perpanjangan SIKOP dan/ atau SIPOP

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Foto copy dan Asli SIKOP dan/atau SIPOP ;
5. Surat Tanda Registrasi Ortosis Prostetis (STROP) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan SIKOP dan/atau SIPOP

XV. PENYEHAAT TRADISIONAL

KETENTUAN UMUM :

1. Jenis pelayanan kesehatan tradisional meliputi :
 - a) Pelayanan kesehatan tradisional empiris
 - b) Pelayanan kesehatan tradisional komplementer
 - c) Pelayanan kesehatan tradisional integrasi
2. Setiap penyehat tradisional yang memberikan pelayanan kesehatan tradisional Empiris wajib memiliki Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT).
3. Setiap penyehat tradisional hanya dapat memiliki 1 (satu) STPT dan hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.
4. Penyehat tradisional warga negara asing dilarang melakukan praktik/bekerja atau alih teknologi dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan tradisional Empiris di Indonesia termasuk dalam rangka kerja sosial.
5. Pelayanan kesehatan tradisional empiris secara berkelompok hanya dapat dilakukan di Panti Sehat.
6. Tenaga kesehatan tradisional hanya dapat memiliki paling banyak 2 (dua) SIPTKT
7. SIPTKT hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat
8. Bagi tenaga kesehatan tradisional dengan pendidikan dibawah sarjana, diploma empat, atau sarjana terapan bidang kesehatan tradisional komplementer, hanya dapat memiliki 1 (satu) SIPTKT.
9. Praktik pelayanan kesehatan tradisional komplementer oleh tenaga kesehatan tradisional dapat dilakukan baik secara mandiri maupun pada fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.

A. SURAT TERDAFTAR PENYEHAAT TRADISIONAL (STPT)

1. BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro)
4. Biodata pengobat tradisional
5. Surat keterangan kepala desa/lurah tempat melakukan pekerjaan sebagai pengobat tradisional
6. Rekomendasi dari asosiasi/organisasi profesi di bidang pengobatan tradisional yang bersangkutan
7. Foto copy sertifikat/ijazah pengobatan tradisional yang dimiliki.
8. Surat Pengantar Puskesmas setempat
9. Pas Foto ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar

10. Rekomendasi Kejaksaan kabupaten bagi pengobat tradisional klasifikasi supranatural dan Kantor Departemen Agama Kabupaten bagi pengobat tradisional klasifikasi pendekatan agama.
11. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro.
12. Surat Kuasa (Bila tidak diurus sendiri).
13. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

e. Masa Berlaku:

STPT berlaku selama 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

f. Spesifikasi:

Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT).

2. Perpanjangan Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT) asli;
5. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
6. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

2 (dua) Tahun dan dapat diperpanjang.

e. Spesifikasi :

Perpanjangan Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)

B. SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA KESEHATAN TRADISIONAL (SIPTKT)

1. BARU

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy KTP
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro)
4. Foto copy STRTKT yang masih berlaku.
5. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.
6. Foto copy Ijazah pendidikan di bidang kesehatan tradisional yang dilegalisasi
7. Foto copy sertifikat kompetensi.
8. Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik.
9. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah..
10. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro.
11. Surat Kuasa (Bila tidak diurus sendiri).
12. Pernyataan Pemohon ijin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK PENYEHAAT TRADISIONAL WARGA NEGARA ASING (WNA) : Mengikuti proses evaluasi kompetensi yang meliputi :

1. Surat permohonan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang mempekerjakan tenaga penyehat tradisional.
2. Penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.
3. Surat keterangan sehat fisik dan mental.
4. Surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
5. Mengikuti uji kompetensi untuk menilai kemampuan melakukan praktik.

PERSYARATAN TAMBAHAN UNTUK ORTOTIS PROSTETIS WARGA NEGARA INDONESIA LULUSAN LUAR NEGERI : Mengikuti proses evaluasi kompetensi yang meliputi :

1. Penilaian keabsahan ijazah oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.
2. Surat keterangan sehat fisik dan mental.
3. Surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
4. Mengikuti uji kompetensi untuk menilai kemampuan melakukan praktik.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku:

- SIPTKT berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.
- SIPTKT – WNA berlaku 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya 1 (satu) tahun berikutnya.

e. Spesifikasi:

Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional (SIPTKT)

2. Perpanjangan Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional (SIPTKT)

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP Pemohon;
3. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
4. Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional (SIPTKT) asli;
5. Surat Tanda Registrasi Tenaga Kesehatan Tradisional (STR-TKT) yang berlaku;
6. Surat Kuasa (Jika tidak diurus sendiri);
7. Surat Pernyataan Kesanggupan untuk memenuhi peraturan perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

- 5 (Lima) Tahun dan dapat diperpanjang.
- 1 (satu) Tahun untuk WNA

e. Spesifikasi

Perpanjangan Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional (SIPTKT).

Duplikat Surat Izin Praktek atau Surat Izin Kerja (SIP atau SIK) Tenaga Kesehatan (Baru, Perpanjangan)

1. SIP atau SIK Hilang

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP pemohon;
3. Surat keterangan kehilangan dari Kepolisian Republik Indonesia;
4. Foto copy akte pendirian perusahaan bagi yang berbadan hukum;
5. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
6. Foto copy SIP atau SIK, apabila masih ada;
7. Surat kuasa dari pemohon (apabila tidak diurus sendiri);
8. Pernyataan Pemohon izin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

Sesuai masa berlaku SIP atau SIK

e. Spesifikasi

Duplikat SIP atau SIK.

2. SIP atau SIK Rusak

a. Persyaratan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto copy KTP pemohon;
3. Foto copy akte pendirian perusahaan bagi yang berbadan hukum;
4. Foto copy NPWP (Lokasi Bojonegoro);
5. Foto copy SIP atau SIK dan Asli;
6. Surat kuasa dari pemohon (apabila tidak diurus sendiri);
7. Pernyataan Pemohon izin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

b. Retribusi :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

c. Biaya Pelayanan :

TIDAK DIKENAKAN BIAYA

d. Masa Berlaku :

Sesuai masa berlaku SIP atau SIK

e. Spesifikasi :

Duplikat SIP atau SIK.