



PEMERINTAH KABUPATEN WAY KANAN

DINAS KESEHATAN

Komplek Perkantoran Pemerintah Daerah Kabupaten Way Kanan KM.02

Telp. (0723) 461021 Fax. (0723) 461021

Email/Website:dinkes@waykanankab.go.id

BLAMBANGAN UMPU 34764



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

DINAS KESEHATAN KABUPATEN WAY KANAN

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DASAR HUKUM

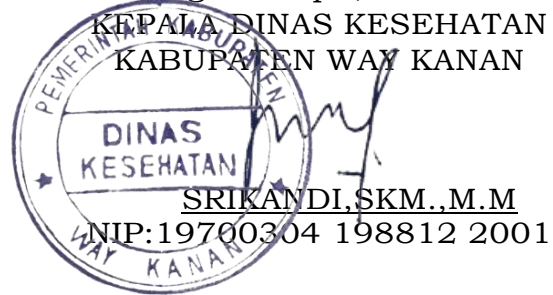
- : REKOMENDASI SURAT TERDAFTAR PENYEHAAT TRADISIONAL (STPT)
- : 1. UNDANG – UNDANG NOMOR 23 TAHUN 2014 TENTANG PEMERINTAH DAERAH (LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 244, TAMBAHAN LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA NOMOR 5587);
- 2. UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN
- 3. PERATURAN PEMERINTAH NOMOR 103 TAHUN 2014 TENTANG PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL
- 4. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 61 TAHUN 2016 TENTANG PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL EMPIRIS
- 5. PERATURAN BUPATI WAY KANAN NOMOR 26 TAHUN 2018 TENTANG PENDELEGASIAN KEWENANGAN PERIZINAN DAN NON PERIZINAN KEPADA KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KABUPATEN WAY KANAN.
- 6. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 14 TAHUN 2021 TENTANG STANDAR KEGIATAN USAHA DAN PRODUK PADA PENYELENGGARAAN PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RESIKO SEKTOR KESEHATAN

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	PERSYARATAN	1. Surat permohonan Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan dengan melampirkan : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Surat pernyataan mengenai metode atau teknik pelayanan yang diberikan;</li> <li>b. Fotokopi KTP yang masih berlaku;</li> <li>c. Pas photo terbaru ukuran 4x6</li> </ul>

		<p>2(dua) lembar;</p> <p>d. Surat keterangan lokasi tempat praktik dari lurah atau desa;</p> <p>e. Surat pengantar puskesmas;</p> <p>f. Surat rekomendasi dari Asosiasi sejenis atau surat keterangan dari tempat kegiatan magang (dengan melampirkan STPT pemilik sarana magang yang masih berlaku).</p>
2	MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemohon datang ke Dinas Kesehatan dengan membawa syarat yang telah ditetapkan.</li> <li>2. Petugas melakukan telaah terhadap dokumen permohonan rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)</li> <li>3. Jika berkas dinyatakan tidak lengkap maka berkas akan dikembalikan dan akan diserahkan ke bagian seksi kesehatan tradisional setelah dinyatakan lengkap.</li> <li>4. Setelah berkas diterima dari petugas, Dinas Kesehatan melakukan penilaian teknis terhadap metode dan teknik dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional empiris yang akan diterapkan.</li> <li>5. Apabila dari hasil penilaian teknis teknis tersebut dinyatakan memenuhi syarat, maka Dinas Kesehatan akan mengeluarkan rekomendasi.</li> <li>6. Rekomendasi diberikan ke pemohon untuk selanjutnya dibawa ke Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) untuk diterbitkan Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT) sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku.</li> </ol>
3.	JANGKA WAKTU PELAYANAN	Paling lama 14 hari kerja sejak berkas diterima.
4	BIAYA/TARIF	<b>Gratis</b> (Tidak dipungut retribusi) sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.
5	PRODUK LAYANAN	Rekomendasi Surat Terdaftar Penyehat Tradisional (STPT)
6	UNIT KERJA PENGELOLA	Bidang Pelayanan Kesehatan

7	PENGELOLAAN PENGADUAN	Pengaduan dapat disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Way Kanan melalui : Telp : (0723) 461021 Fax : (0723) 461021 SMS/WA : Email : <i>dinkes@waykanankab.go.id</i> Website : <i>dinkes@waykanankab.go.id</i>
---	--------------------------	---

Blambangan Umpu, Januari 2024



KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN WAY KANAN

SRIKANDI, SKM., M.M

NIP:19700304 198812 2001

2	MEKANISME DAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemohon (Apoteker Pemegang SIA) mengajukan Surat Permohonan izin Operasional izin Apotek ke DPM -PTSP</li> <li>2. Surat Permohonan tembusannya disampaikan kepada : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan</li> <li>b) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Lampung</li> <li>c) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Way Kanan</li> </ol> </li> <li>3. Berkas Surat Permohonan yang telah diterima dilakukan pemeriksaan kelengkapan dokumen oleh DPM-PTSP kab. Way Kanan <b>(Ketentuan Persyaratan Izin Apotek Oleh DPM-PTSP, Ketentuan Persyaratan Rekomendasi Izin Operasional Apotek oleh Dinas Kesehatan)</b></li> <li>4. Persyaratan dokumen lengkap di teruskan ke Dinas Kesehatan Kab. Way Kanan untuk dilanjutkan ke proses pembuatan Rekomendasi Izin Operasional Apotek oleh Dinas Kesehatan Kab. Way Kanan.</li> <li>5. Penerbit Rekomendasi Izin Operasional Apotek harus menerbitkan bukti penerimaan berkas permohonan yang telah lengkap atau memberikan informasi apabila berkas permohonan belum lengkap kepada pemilik atau pengelola yang mengajukan permohonan</li> </ol>

		<p>izin Operasional dalam jangka waktu paling lama 7 (enam) hari kerja sejak berkas permohonan diterima. Dokumen yang belum lengkap agar segera dilengkapi oleh Pemohon selama waktu 7 (enam) hari</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Telaah terhadap kelengkapan dokumen</li> <li>7. Membentuk Tim Visitasi izin Operasional Apotek</li> <li>8. Tim Visitasi akan melaksanakan kunjungan Apotek untuk melakukan penilaian dokumen dan peninjauan lapangan atas kelayakan paling lama 14 (tujuh) hari setelah penunjukan dibuktikan dengan berita acara pemeriksaan Apotek dan bukti hasil pemeriksaan sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku.</li> <li>9. Dinas Kesehatan Kabupaten Way Kanan yang berwenang Operasional persetujuan rekomendasi izin Operasional Apotek Surat Rekomendasi Izin Operasional Apotek diserahkan ke Pemohon (Apoteker Pemegang SIA), untuk diserahkan ke DPM -PTSP.</li> </ol>
3	WAKTU PELAYANAN	<b>Paling lama 20 (dua puluh) hari kerja sejak permohonan diterima</b>
4	BIAYA/TARIF	<b>Gratis</b> (Tidak dipungut retribusi) sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah
5	PRODUK	Rekomendasi Izin Operasional Apotek untuk diteruskan ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPM-PTSP)
6	UNIT KERJA PENGELOLA	Bidang Pelayanan Kesehatan Primer
7	PENGELOLAAN PENGADUAN	<p>Pengaduan dapat disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Way Kanan melalui :</p> <p>Telp : (0723) 461021  Fax : (0723) 461021  SMS/WA :  Email : <a href="mailto:dinkes@waykanankab.go.id">dinkes@waykanankab.go.id</a>  Website : <a href="http://dinkes@waykanankab.go.id">dinkes@waykanankab.go.id</a></p>

Blambangan Umpu, Januari 2021

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Way Kanan



**ANANG RISGIYANTO, S.KM., M.Kes**  
NIP. 19750731 200003 1 002

