



**PEMERINTAH KABUPATEN WAY KANAN**  
**DINAS KESEHATAN**

Jalan Widana Abdulah Darma Wijasa Komplek Perkantoran Pemda Way Kanan KM.02  
Telp : (0723) 461021/ Fax (0723) 461021 Email/website:dinkes@waykanankab.go.id  
**BLAMBANGAN UMPU 34764**



**STANDAR PELAYANAN**

**DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN WAY KANAN**

- STANDAR PELAYANAN : Rekomendasi Izin Operasional Rumah Sakit
- DASAR HUKUM : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;  
2. Peraturan Menteri Kesehatan No 14 tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usaha Dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan;  
3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;  
4. Permenkes No 04 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit;  
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;

<b>NO</b>	<b>KOMPONEN</b>	<b>URAIAN</b>
1	PERSYARATAN	1) Izin mendirikan Rumah Sakit, bagi permohonan izin operasional untuk pertama kali 2) Berbadan Hukum a) Badan hukum publik, untuk Rumah Sakit Pemerintah. b) Badan hukum yang bersifat nirlaba dan profit berupa perkumpulan, yayasan, dan perseroan terbatas, untuk Rumah Sakit Swasta. 3) Profil Rumah Sakit, meliputi : a) Visi dan Misi; b) Lingkup kegiatan; c) Rencana strategi; d) Struktur organisasi Rumah Sakit; e) Perencanaan pemenuhan ketersediaan Tenaga Kesehatan dan tenaga nonkesehatan terhadap jumlah, spesialisasi, dan kualifikasi sumber daya manusia; f) Perencanaan kebutuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan terhadap jumlah, jenis, dan spesifikasi 4) Dokumen Komitmen untuk melakukan akreditasi oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit untuk Rumah Sakit baru. 5) Surat keterangan kesesuaian peruntukan lokasi dan lahan serta pertimbangan kebutuhan rumah sakit dari dinas kesehatan kabupaten/kota

		<p>setempat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Durasi pemenuhan standar oleh pelaku usaha untuk perizinan baru selama 2 (dua) tahun, sejak NIB terbit.</li> <li>7) Mengisi instrumen <i>self-assesment</i> sesuai klasifikasi Rumah Sakit</li> <li>8) <i>Feasibility Study</i> yaitu Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan Studi Kelayakan (<i>Feasibility Study</i>) pada saat awal perizinan usaha untuk pertama kali</li> <li>9) <i>Detail Engineering Design</i> yaitu merupakan gambar perencanaan lengkap Rumah Sakit yang akan dibangun yang meliputi gambar arsitektur, struktur dan mekanika elektrik sesuai dengan persyaratan teknis.</li> <li>10) <i>Master plan</i> yang memuat analisis kondisi umum dengan aspek internal dan eksternal termasuk analisis dampak lingkungan dan lalu lintas Master Program (dalam rencana pengembangan SDM, rencana pengembangan pelayanan Rumah Sakit, rencana layanan unggulan terintegrasi), Program Fungsi (aktivitas layanan hubungan fungsional, pengelompokan/zonasi, zonasi masa pandemik, pola sirkulasi kegiatan Rumah Sakit, kebutuhan pembiayaan, rencana blok bangunan dan konsep utilitas Rumah Sakit, dan rencana pentahapan pengembangan</li> <li>11) Dokumen/bukti uji fungsi dan/atau uji coba untuk alat kesehatan baru disertai kelengkapan berkas izin pemanfaatan</li> <li>12) Dokumen kalibrasi untuk alat kesehatan yang wajib kalibrasi.</li> <li>13) Gambar desain (<i>blue print</i>) dan foto bangunan serta sarana dan prasarana pendukung</li> <li>14) Izin Penggunaan Bangunan (IPB) dan sertifikat laik fungsi</li> <li>15) Dokumen pengelolaan lingkungan berkelanjutan</li> <li>16) Daftar sumber daya manusia</li> <li>17) Daftar peralatan medis dan non medis</li> <li>18) Daftar sediaan farmasi dan alat kesehatan</li> </ol>
--	--	--

		<p>19) Dokumen administrasi dan manajemen, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Badan hukum atau kepemilikan</li> <li>b) Peraturan internal rumah sakit (hospital by laws)</li> <li>c) Komite medik</li> <li>d) Komite perawat</li> <li>e) Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)</li> <li>f) Surat izin praktek (SIP) atau Surat izin kerja (SIK) tenaga kesehatan</li> <li>g) Standar prosedur operasional kredensial staf medis</li> <li>h) Surat penugasan klinis staf medis</li> <li>i) Surat keterangan/sertifikat hasil uji/kalibrasi alat kesehatan.</li> </ol> <p>12) Surat Tanda telah terakreditasi</p>
2	PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pemilik/Pemimpin Rumah Sakit mengajukan Surat Permohonan izin operasional ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Way Kanan</li> <li>2) Berkas Surat Permohonan yang telah diterima dilakukan pemeriksaan kelengkapan dokumen;</li> <li>3) Penerbit izin harus menerbitkan bukti penerimaan berkas permohonan yang telah lengkap atau memberikan informasi apabila berkas permohonan belum lengkap kepada pemilik atau pengelola yang mengajukan permohonan izin mendirikan dalam jangka waktu paling lama 6 (enam) hari kerja sejak berkas permohonan diterima. Dokumen yang belum lengkap agar segera dilengkapi oleh Rumah Sakit selama waktu 6 (enam) hari</li> <li>4) Telaah terhadap kelengkapan dokumen</li> <li>5) Membentuk Tim Visitasi izin mendirikan RS Type C/D</li> <li>6) Tim Visitasi akan melaksanakan kunjungan ke Rumah Sakit untuk melakukan penilaian dokumen dan peninjauan lapangan paling lama 14 (empat belas) hari setelah penunjukan</li> <li>7) Setelah lengkap Petugas membuat rekomendasi Izin Operasional Rumah Sakit;</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 Rumah Sakit untuk diteruskan ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu ( DPM PTSP)
6	PENGELOLAAN PENGADUAN	Pengaduan dapat disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Way Kanan melalui : Telp : 082267686358 Fax : 082267686358 SMS/Wa : 082267686358 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>

Blambangan Umpu, Januari 2024

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN WAY KANAN**



**SRIKANDI, SKM.,MM**

**NIP. 19700304 198812 2 001**

