

STANDAR PELAYANAN SURAT IZIN PRAKTIK OKUPASI TERAPIS (SIPOT)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----------|--------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| I | Service Delivery | |
| 1. | Persyaratan | <p>PERSYARATAN ADMINISTRASI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Foto copy ijazah yang dilegalisir; 2. Foto copy Surat Tanda Registrasi Okupasi Terapis (STROP); 3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP); 4. Surat pernyataan mempunyai tempat kerja difasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik pelayanan okupasi terapi secara mandiri; 5. Pas foto berwarna terbaru berlatar belakang warna merah, jenis file JPG/PNG ukuran maksimal 1,5 MB; 6. Rekomendasi dari organisasi profesi; 7. Surat pernyataan. |
| 2. | Sistem, mekanisme dan prosedur | <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Pemohon, masukkan biodata dan upload persyaratan melalui aplikasi nakes.malangkab.go.id] -- 1 --> B[Bidang memvalidasi akun dan cek kelengkapan] B -- 2 --> C[Dinkes Validasi] C -- 3 --> D[Pemohon mengambil sertifikat izin] </pre> </div> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pemohon membuat akun, mengisi biodata diri dan upload semua persyaratan lengkap melalui aplikasi <i>nakes.malangkab.go.id</i>; 2) Petugas dari Bidang Perekonomian dan Sosial Budaya memeriksa dan memvalidasi biodata semua persyaratan; 3) Dinas Kesehatan memeriksa dan memvalidasi permohonan untuk mengeluarkan rekomendasi; 4) Pemohon menerima sertifikat izin jadi. |

| 1 | 2 | 3 |
|-------------------------|----------------------------------|---|
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | 14 (empat belas) hari kerja sejak berkas diterima. |
| 4. | Biaya/ tarif | Tidak ada retribusi dalam pengurusan izin atau Rp0,- |
| 5. | Produk pelayanan | Sertifikat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT) |
| 6. | Penanganan pengaduan | <p>1. Pengaduan, saran, dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui surat yang ditujukan kepada: Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Malang Jl. Trunojoyo Kav. 2 Kapanjen</p> <p>2. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui :</p> <p>Telepon : 0341-396633 Fax : 0341-396633 SMS : 082337781113 Email : pm-ptsp@webmail.malangkab.go.id Website : http://pm-ptsp.malangkab.go.id SP4N-LAPOR! : www.lapor.go.id</p> |
| II Manufacturing | | |
| 1. | Dasar Hukum | <p>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Okupasi Terapis;</p> |
| 2. | Sarana, prasarana, dan fasilitas | <p>1. Peraturan Perundangan yang mendasari perizinan</p> <p>2. Peralatan komputer pendukung perizinan;</p> <p>3. Alat Tulis Kantor.</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|----|----------------------------|--|
| 3. | Kompetensi pelaksana | Memiliki pengetahuan tentang Surat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT), memiliki keterampilan mengelola data dan informasi serta mampu menyampaikan informasi secara lengkap, terbuka, bertanggungjawab, serta santun kepada pihak yang memerlukan. |
| 4. | Pengawasan internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi atasan langsung; 2. Dilakukan sistem pengendalian internal pemerintah dan pengawasan fungsional oleh inspektorat; 3. Dilaksanakan secara kontinyu. |
| 5. | Jumlah pelaksana | Paling sedikit 2 (dua) orang disetiap bidang perizinan. |
| 6. | Jaminan pelayanan | Apabila penerbitan izin melewati batas waktu yang ditentukan, maka petugas mempunyai kewajiban untuk mengantarkan sertifikat ke alamat pemohon. |
| 7. | Jaminan keamanan | Izin yang diurus sesuai persyaratan dan ketentuan yang berlaku dijamin keabsahannya. |
| 8. | Evaluasi kinerja pelayanan | Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan paling singkat 1(satu) kali dalam satu tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan. |