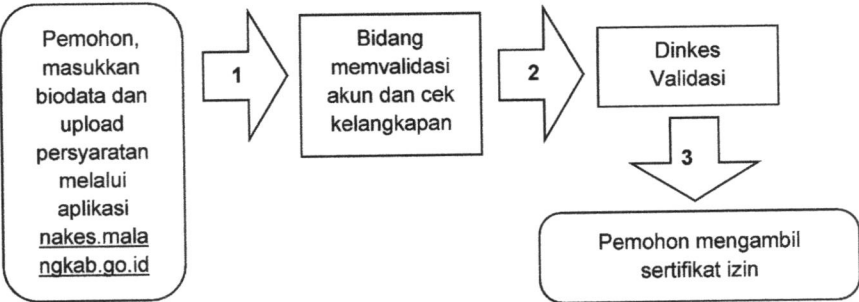


16. STANDAR PELAYANAN IZIN PRAKTIK PENATA ANESTESI (SIPPA)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----------------------------|--------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| I. Service Delivery | | |
| 1. | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Fotocopy</i> ijazah Diploma III Keperawatan Anestesi yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan; 2. <i>Fotocopy</i> STRPA yang masih berlaku; 3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP; 4. Pas foto berwarna terbaru berlatar belakang warna merah, jenis file JPG/PNG ukuran maksimal 1,5 MB; 5. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau yang menyatakan masih bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan; 6. Rekomendasi dari Ikatan Penata Anestesi Indonesia (IPAI); dan 7. Surat pernyataan. |
| 2. | Sistem, mekanisme dan prosedur |  <pre> graph LR 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> <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; dan 4. Pemohon menerima sertifikat izin jadi. |
| 3. | Jangka waktu penyelesaian | 7 (tujuh) hari kerja sejak berkas diterima. |
| 4. | Biaya/tarif | Tidak ada biaya dalam pengurusan izin atau Rp0,- |
| 5. | Produk pelayanan | Sertifikat Izin Praktik Penata Anestesi. |
| 6. | Penanganan pengaduan | 3. 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 Kepanjen. |

| 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|----------------------------------|---|
| | | 4. Menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan langsung melalui: 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 |
| II. Manufacturing | | |
| 1. | Dasar Hukum | 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Anestesi; |
| 2. | Sarana, prasarana, dan fasilitas | 1. Peraturan Perundang-undangan yang mendasari perizinan; 2. Peralatan komputer pendukung perizinan; dan 3. Alat Tulis kantor. |
| 3. | Kompetensi pelaksana | 1. Memiliki pengetahuan tentang Sertifikat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM); dan 2. Memiliki keterampilan mengelola data dan informasi serta mampu menyampaikan informasi secara lengkap, terbuka, bertanggungjawab, serta santun kepada pihak yang memerlukan. |
| 4. | Pengawasan internal | 1. Supervisi atasan langsung; 2. Dilakukan sistem pengendalian internal pemerintah dan pengawasan fungsional oleh inspektorat; dan 3. Dilaksanakan secara kontinu. |
| 5. | Jumlah pelaksana | Paling sedikit 2 (dua) orang di setiap bidang perizinan. |
| 6. | Jaminan pelayanan | Apabila penerbitan izin melewati batas waktu yang ditetapkan, 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. |