

LAMPIRAN I KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
 NOMOR : 440/1975/403
 TANGGAL : 1 Juli 2021

STANDAR PELAYANAN IZIN SARANA KESEHATAN

a. Izin Penyelenggaraan Pelayanan Hemodialisis

a. Proses Penyampaian Pelayanan (*Service Delivery*)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--------------------------------|--|
| 1. | Persyaratan | 1) Surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan; 2) Profil unit/klinik Hemodialisis meliputi sarana dan prasarana, peralatan dan ketenagaan 3) Foto kopi surat izin praktik (SIP) dokter, perawat dan teknisi elektromedis beserta sertifikat pelatihan dialisis 4) MoU konsultan Ginjal Hipertensi bagi yang tidak mempunyai tenaga konsultan ginjal hipertensi (KGH) 5) Rekomendasi Dinas Kesehatan Provinsi bagi klinik pelayanan Hemodialisis |
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p style="text-align: center;"><u>PROSEDUR PELAYANAN IZIN</u></p> <pre> graph TD A[1. Pendaftaran] --> B{2. Pemeriksaan Berkas} B -- "Tidak memenuhi syarat" --> C[3.a. pengembalian berkas] B -- "Memenuhi syarat" --> D[3.b. Penjadwalan kunjungan lapangan] D --> E[4. Kunjungan lapangan] E --> F[5. Pembuatan Berita Acara Hasil Pemeriksaan] F --> G[6. Penerbitan Surat Izin Penyelenggaraan pelayanan Hemodialisis] G --> H[7. Penyerahan Izin] H --> I[8. Selesai] </pre> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>Keterangan Bagan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan permohonan izin penyelenggaraan pelayanan Hemodialisis kepada Kepala Dinas Kesehatan di Mall Pelayanan Publik, dilampiri dengan berkas persyaratan; 2. Dilakukan Pemeriksaan berkas; 3. a. Apabila berkas belum memenuhi syarat, berkas dikembalikan kepada pemohon b. Apabila berkas telah lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses lebih lanjut dengan penjadwalan kunjungan lapangan; 4. Tim perizinan melakukan kunjungan lapangan; 5. Pembuatan berita acara hasil pemeriksaan; 6. Penerbitan Izin Penyelenggaraan Pelayanan Hemodialisa; dan 7. Penyerahan Izin kepada pemohon. 8. Proses permohonan izin selesai dan Staf seksi Litbang, SDK dan Perizinan Kesehatan melakukan pencatatan terhadap penerbitan Izin. |
| 3. | Jangka waktu pelayanan | Maksimal 6 (enam) hari kerja terhitung sejak kunjungan lapangan. |
| 4. | Biaya/Tarif | Tidak dipungut biaya |
| 5. | Produk Pelayanan | Surat Izin Penyelenggaraan Pelayanan Hemodialisis |
| 6. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja Pengaduan; 2. Website: dinkes.salatiga.go.id 3. Email: dinkes@salatiga.go.id 4. Telepon: (0298) 326146, 322697 WhatsApp: 0813 9160 5449 5. Faksimile: (0298) 322697 6. Alamat Kantor: Jalan Hasanudin Nomor 110 A Salatiga Kode Pos 50721 |

b. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi
(*Manufacturing*)

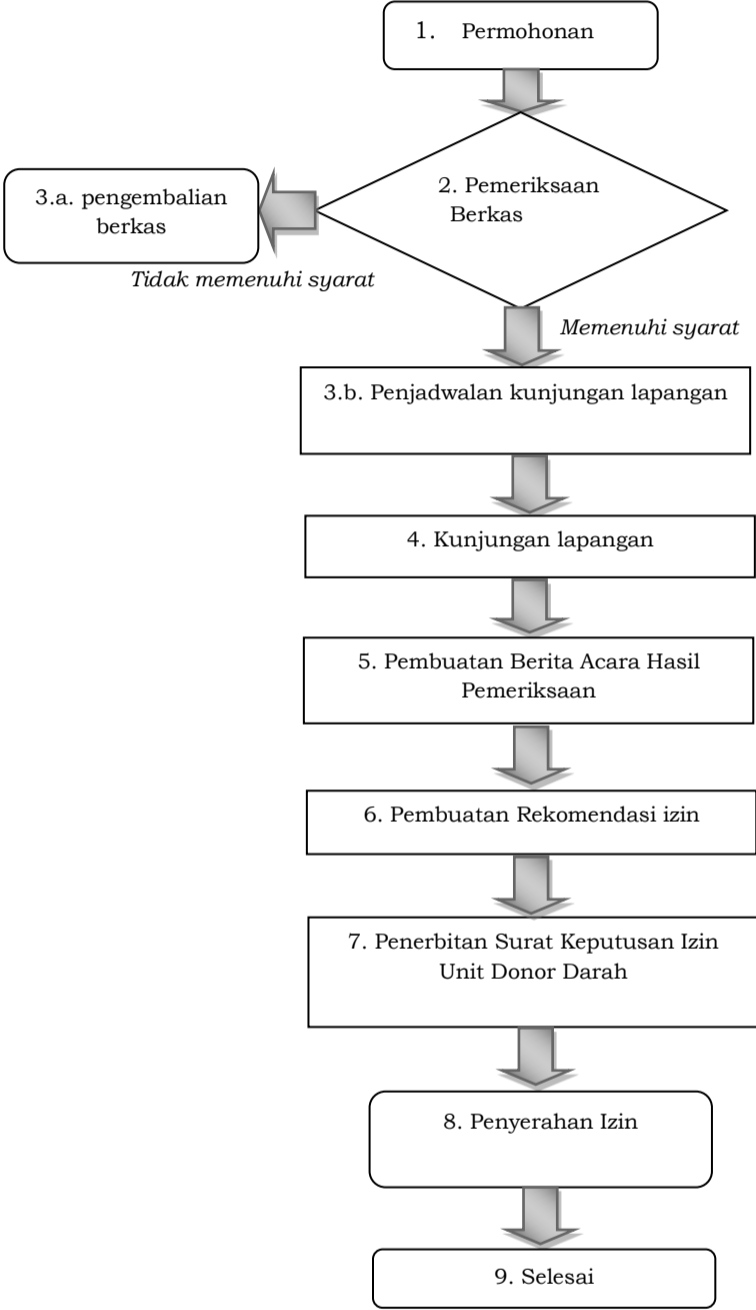
| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|---|
| 1. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. |
| 2. | Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Blangko permohonan; 2. Buku pedoman perizinan; 3. Blangko cetak izin 4. Rak Kayu; 5. Tulisan Papan Nama; 6. Ruang Laktasi; 7. Meja Pengaduan; 8. Display; 9. Kotak Surat; 10. Kamera CCTV; 11. Kursi staf; 12. Bangku Tunggu; 13. Kursi Rapat; 14. Meubeleir Lain-lain; |

| | | |
|----|--|--|
| | | <p>15. Televisi; 16. Rak/ <i>Casing Touchscreen</i>/PC unit; 17. Printer antrian; 18. Printer; 19. Lemari Buku untuk Arsip Dinamis; 20. Telepon; dan 21. Alat Tulis Kantor.</p> |
| 3. | Kompetensi pelaksana | <p>1. Pengetahuan dan ketrampilan, meliputi: a. Jenjang pendidikan : 1) Minimal D3 (<i>front office</i>) 2) Minimal D3 (<i>back office</i>) b. Ketrampilan 1) Pengetahuan tentang dasar hukum; dan 2) Ketrampilan tentang komputer</p> <p>2. Sikap, meliputi: a. Tanggung jawab b. Disiplin; c. Komunikatif; d. Cermat; e. Teliti; f. Jujur; g. Ramah; h. Kerja sama; dan i. Sabar.</p> |
| 4. | Pengawasan internal | <p>a. Sekretaris Dinas Kesehatan. b. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan pada Dinas Kesehatan (<i>back office</i>). c. Pelaksanaan pengawasan tertulis melalui lembar kendali dan uraian proses berkas pada map berkas izin.</p> |
| 5. | Jumlah Pelaksana | <p>a. Petugas <i>Front Office</i> (FO) = 1 orang b. Petugas <i>Back Office</i> (BO) = 3 orang</p> |
| 6. | Jaminan Pelayanan | <p>a. Maklumat Pelayanan b. Pakta Integritas c. Motto Kerja</p> |
| 7. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <p>a. Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) b. CCTV</p> |
| 8. | Evaluasi Kinerja Pelaksana | <p>a. Evaluasi dilaksanakan setiap tiga bulan sekali jika tidak ada pengaduan; dan b. Survei kepuasan konsumen yang dilakukan tiap tahun</p> |

b. Izin Unit Donor Darah

a. Proses Penyampaian Pelayanan (*Service Delivery*)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|-------------|--|
| 1. | Persyaratan | <p>1) Surat permohonan kepada Wali Kota Cq Kepala Dinas Kesehatan; 2) Profil UDD, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi dan struktur organisasi;</p> |

| | | |
|----|--------------------------------|---|
| | | <p>3) Denah lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan yang diusulkan;</p> <p>4) Surat pernyataan bersedia mengikuti program pemantapan mutu eksternal;</p> <p>5) Isian formulir self assessment sesuai klasifikasi UDD yang diinginkan yang meliputi bangunan, sarana dan prasarana, peralatan, sumber daya manusia, dan kemampuan pelayanan.</p> |
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p style="text-align: center;"><u>PROSEDUR PELAYANAN IZIN</u></p>  <pre> graph TD A[1. Permohonan] --> B{2. Pemeriksaan Berkas} B -- "Tidak memenuhi syarat" --> C[3.a. pengembalian berkas] B -- "Memenuhi syarat" --> D[3.b. Penjadwalan kunjungan lapangan] D --> E[4. Kunjungan lapangan] E --> F[5. Pembuatan Berita Acara Hasil Pemeriksaan] F --> G[6. Pembuatan Rekomendasi izin] G --> H[7. Penerbitan Surat Keputusan Izin Unit Donor Darah] H --> I[8. Penyerahan Izin] I --> J[9. Selesai] </pre> <p>Keterangan Bagan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan permohonan izin Unit Donor Darah kepada Wali Kota Cq Kepala Dinas Kesehatan di Mall Pelayanan Publik, dilampiri dengan berkas persyaratan; 2. Dilakukan Pemeriksaan berkas; 3. a. Apabila berkas belum memenuhi syarat, berkas dikembalikan kepada pemohon b. Apabila berkas telah lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses lebih lanjut dengan penjadwalan kunjungan lapangan 4. Tim penilai melakukan kunjungan lapangan; 5. Pembuatan berita acara hasil pemeriksaan; |

| | | |
|----|---|---|
| | | 6. Pembuatan Rekomendasi izin; 7. Pembuatan Surat Keputusan Izin; dan 8. Penyerahan Izin kepada pemohon. 9. Proses permohonan izin selesai dan Staf seksi Litbang, SDK dan Perizinan Kesehatan melakukan pencatatan terhadap penerbitan Izin. |
| 3. | Jangka waktu pelayanan | Maksimal 14 (empat belas) hari kerja terhitung sejak kunjungan lapangan |
| 4. | Biaya/Tarif | Tidak dipungut biaya |
| 5. | Produk Pelayanan | Surat Keputusan Izin Unit Donor Darah dan Sertifikat |
| 6. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | 1. Meja Pengaduan; 2. Website: dinkes.salatiga.go.id 3. Email: dinkes@salatiga.go.id 4. Telepon: (0298) 326146, 322697 WhatsApp: 0813 9160 5449 5. Faksimile: (0298) 322697 6. Alamat Kantor: Jalan Hasanudin Nomor 110 A Salatiga Kode Pos 50721 |

c. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (*Manufacturing*)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|--|
| 1. | Dasar Hukum | 1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2018 tentang Kepalangmerahan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Tranfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Tranfusi Darah. |
| 2. | Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas | 1. Blangko permohonan; 2. Buku pedoman perizinan; 3. Blangko cetak izin 4. Rak Kayu; 5. Tulisan Papan Nama; 6. Ruang Laktasi; 7. Meja Pengaduan; 8. Display; 9. Kotak Surat; 10. Kamera CCTV; 11. Kursi staf; 12. Bangku Tunggu; 13. Kursi Rapat; 14. Meubeleir Lain-lain; 15. Televisi; 16. Rak/ <i>Casing Touchscreen</i> /PC unit; 17. Printer antrian; 18. Printer; 19. Lemari Buku untuk Arsip Dinamis; 20. Telepon; dan 21. Alat Tulis Kantor. |
| 3. | Kompetensi pelaksana | 1. Pengetahuan dan ketrampilan, meliputi: a. Jenjang pendidikan : |

| | | |
|----|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 1) Minimal D3 (<i>front office</i>) 2) Minimal D3 (<i>back office</i>) b. Ketrampilan <ul style="list-style-type: none"> 1) Pengetahuan tentang dasar hukum; dan 2) Ketrampilan tentang komputer 2. Sikap, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> a. Tanggung jawab b. Disiplin; c. Komunikatif; d. Cermat; e. Teliti; f. Jujur; g. Ramah; h. Kerja sama; dan i. Sabar. |
| 4. | Pengawasan internal | <ul style="list-style-type: none"> a. Sekretaris Dinas Kesehatan. b. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan pada Dinas Kesehatan (<i>back office</i>). c. Pelaksanaan pengawasan tertulis melalui lembar kendali dan uraian proses berkas pada map berkas izin. |
| 5. | Jumlah Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas <i>Front Office</i> (FO) = 1 orang b. Petugas <i>Back Office</i> (BO) = 3 orang |
| 6. | Jaminan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> a. Maklumat Pelayanan b. Pakta Integritas c. Motto Kerja |
| 7. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> a. Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) b. CCTV |
| 8. | Evaluasi Kinerja Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi dilaksanakan setiap tiga bulan sekali jika tidak ada pengaduan; dan b. Survei kepuasan konsumen yang dilakukan tiap tahun |

c. Izin Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan dan/ atau Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT)

a. Proses Penyampaian Pelayanan (*Service Delivery*)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|-------------|--|
| 1. | Persyaratan | <ul style="list-style-type: none"> a. Foto Copy KTP b. Foto Copy NPWP c. Foto Copy NIB dan IUMK d. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte Hak Milik /Perjanjian sewa/ kontrak tempat usaha e. Peta lokasi dan denah bangunan f. Daftar peralatan produksi g. Daftar alat kesehatan dan atau PKRT yang akan di produksi h. Surat keterangan penyuluhan PRT alkes dan atau PKRT dari Dinkes Prop. Jawa Tengah |

| | | |
|----|--------------------------------|--|
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p style="text-align: center;"><u>PROSEDUR PELAYANAN IZIN</u></p> <pre> graph TD A[1. Pendaftaran] --> B{2. Pemeriksaan Berkas} B --> C[3.a. pengembalian berkas] B --> D[3.b. Penjadwalan kunjungan lapangan] D --> E[4. Kunjungan lapangan] E --> F[5a. Pembuatan Berita Acara Hasil Pemeriksaan] F --> G[5b. perbaikan sarana] F --> H[6. Penerbitan Sertifikat Perizinan] H --> I[7. Penyerahan Sertifikat Perizinan] I --> J[8. Selesai] </pre> <p>Keterangan Bagan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan berkas permohonan Sertifikat Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan Dan/Atau Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga kepada Kepala Dinas Kesehatan di Mall Pelayanan Publik; 2. Dilakukan Pemeriksaan berkas; 3. a. Apabila berkas belum memenuhi syarat, berkas dikembalikan kepada pemohon; b. Apabila berkas telah lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses lebih lanjut dengan penjadwalan kunjungan lapangan; 4. Tim perizinan melakukan kunjungan lapangan; 5. a. Pembuatan berita acara hasil pemeriksaan (verifikasi administrasi dan/ atau verifikasi lapangan); b. apabila berita acra pemeriksaan lapangan perlu perbaikan sarana maka ditindaklanjuti dengan perbaikan oleh pemohon; 6. Penerbitan permohonan Sertifikat Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan Dan/Atau Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga; dan 7. Penyerahan Surat Izin Praktek kepada pemohon. 8. Proses permohonan permohonan Sertifikat Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan Dan/Atau Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga selesai dan Staf Farmamin dan Perbekes melakukan pencatatan terhadap penerbitan permohonan Sertifikat Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan Dan/Atau Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga. |
|----|--------------------------------|--|

| | | |
|----|---|--|
| 3. | Jangka waktu pelayanan | Maksimal 12 (dua belas) hari kerja terhitung sejak kunjungan lapangan memenuhi syarat |
| 4. | Biaya/Tarif | Tidak dipungut biaya |
| 5. | Produk Pelayanan | Sertifikat Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan Dan/Atau Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga |
| 6. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> a. Meja Pengaduan; b. Website: dinkes.salatiga.go.id c. Email: dinkes@salatiga.go.id d. Telepon: (0298) 326146, 322697 e. WhatsApp: 0813 9160 5449 f. Faksimile: (0298) 322697 g. Alamat Kantor: Jalan Hasanudin Nomor 110 A Salatiga Kode Pos 50721 |

b. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi
(*Manufacturing*)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|--|
| 1. | Dasar Hukum | <ul style="list-style-type: none"> a. Undang-Undang Nomor 5 tahun 1984 tentang Perindustrian; b. Undang-Undang Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen; c. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; d. Peraturan Pemerintah Nomor 72 tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan farmasi dan Alat Kesehatan; e. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1189/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Produksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga; f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2014 tentang Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga. |
| 2. | Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas | <ul style="list-style-type: none"> a. Blangko permohonan; b. Buku pedoman perizinan; c. Blangko cetak izin d. Rak Kayu; e. Tulisan Papan Nama; f. Ruang Laktasi; g. Meja Pengaduan; h. Display; i. Kotak Surat; j. Kamera CCTV; k. Kursi staf; l. Bangku Tunggu; m. Kursi Rapat; n. Meubeleir Lain-lain; o. Televisi; p. Rak/ <i>Casing Touchscreen</i>/PC unit; q. Printer antrian; r. Printer; s. Lemari Buku untuk Arsip Dinamis; t. Telepon; dan u. Alat Tulis Kantor. |

| | | |
|----|--|--|
| 3. | Kompetensi pelaksana | <p>1. Pengetahuan dan ketrampilan, meliputi:</p> <p>a. Jenjang pendidikan :</p> <p>1) Minimal D3 (<i>front office</i>)</p> <p>2) Minimal D3 (<i>back office</i>)</p> <p>b. Ketrampilan</p> <p>1) Pengetahuan tentang dasar hukum; dan</p> <p>2) Ketrampilan tentang komputer</p> <p>2. Sikap, meliputi:</p> <p>a. Tanggung jawab</p> <p>b. Disiplin;</p> <p>c. Komunikatif;</p> <p>d. Cermat;</p> <p>e. Teliti;</p> <p>f. Jujur;</p> <p>g. Ramah;</p> <p>h. Kerja sama; dan</p> <p>i. Sabar.</p> |
| 4. | Pengawasan internal | <p>a. Sekretaris Dinas Kesehatan.</p> <p>b. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan pada Dinas Kesehatan (<i>back office</i>).</p> <p>c. Pelaksanaan pengawasan tertulis melalui lembar kendali dan uraian proses berkas pada map berkas izin.</p> |
| 5. | Jumlah Pelaksana | <p>a. Petugas <i>Front Office</i> (FO) = 1 orang</p> <p>b. Petugas <i>Back Office</i> (BO) = 2 orang</p> |
| 6. | Jaminan Pelayanan | <p>a. Maklumat Pelayanan</p> <p>b. Pakta Integritas</p> <p>c. Motto Kerja</p> |
| 7. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <p>a. Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR)</p> <p>b. CCTV</p> |
| 8. | Evaluasi Kinerja Pelaksana | <p>a. Evaluasi dilaksanakan setiap tiga bulan sekali jika tidak ada pengaduan; dan</p> <p>b. Survei kepuasan konsumen yang dilakukan tiap tahun</p> |

d. Sertifikasi Laik Higiene Sanitasi Tempat Fasilitas Umum dan Tempat Pengolahan Pangan

a. Proses Penyampaian Pelayanan (*Service Delivery*)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|-------------|---|
| 1. | Persyaratan | <p>1. Formulir permohonan;</p> <p>2. Foto copy pendirian badan usaha apabila memiliki;</p> <p>3. Foto copy KTP penanggung jawab/pengelola;</p> <p>4. Foto berwarna ukuran 4x6 2 lembar</p> <p>5. Peta/denah bangunan</p> <p>6. Sertifikat/Piagam Penjamah makanan apabila memiliki</p> <p>7. Rekomendasi dari asosiasi apabila memiliki</p> |

| | | |
|----|--------------------------------|--|
| | | 8. Fotokopi surat permohonan beserta persyaratan dibuat rangkap 2 (dua). |
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p style="text-align: center;"><u>PROSEDUR PELAYANAN IZIN</u></p> <pre> graph TD A[1. Pendaftaran] --> B{2. Pemeriksaan Berkas} B -- Tidak memenuhi syarat --> C[3.a. pengembalian berkas] B -- memenuhi syarat --> D[3.b. Penjadwalan kunjungan lapangan] D --> E[4. Kunjungan lapangan] E --> F[5. Pembuatan Berita Acara Hasil Pemeriksaan] F --> G[6. Penerbitan Sertifikat Higiene Sanitasi Tempat Fasilitas Umum dan Tempat Pengolahan Pangan] G --> H[7. Selesai] </pre> <p>Keterangan Bagan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga; 2. Petugas memeriksa berkas permohonan; 3. a. Jika berkas belum lengkap dan benar, maka berkas dikembalikan untuk dilengkapi pemohon. b. Apabila berkas telah lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses lebih lanjut. 4. Tim melakukan kunjungan lapangan; 5. Tim membuat Berita Acara dan rekomendasi perbaikan kekurangan persyaratan; 6. Tim menyampaikan rekomendasi perbaikan kekurangan persyaratan kepada pemohon; 7. Tim menerbitkan Sertifikat Higiene Sanitasi Tempat Fasilitas Umum dan Tempat Pengolahan Pangan apabila pemohon telah memenuhi persyaratan minimal terhadap usahanya; 8. Petugas melakukan pencatatan terhadap usaha yang telah memenuhi persyaratan Sertifikat Higiene Sanitasi Tempat Fasilitas Umum dan Tempat Pengolahan Pangan. |
| 3. | Jangka waktu pelayanan | 14 (empat belas) hari terhitung sejak persyaratan dinyatakan lengkap dan benar |
| 4. | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengurusan laik Sehat tidak dipungut biaya/gratis. 2. Pemeriksaan kualitas air sesuai dengan tarif Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 12 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum, yaitu: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaa uji kualitas kimia sebesar Rp. 118.000,- |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>b. Pemeriksaan uji kualitas mikrobiologi sebesar Rp. 55.000,-</p> <p>c. Biaya pengambilan sampel per lokasi Rp. 10.000,-</p> |
| 5. | Produk Pelayanan | Sertifikat Laik Higiene Sanitasi |
| 6. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja Pengaduan; 2. Website: dinkes.salatiga.go.id 3. Email: dinkes@salatiga.go.id 4. Telepon: (0298) 326146, 322697 5. WhatsApp: 0813 9160 5449 6. Faksimile: (0298) 322697 7. Alamat Kantor: Jalan Hasanudin Nomor 110 A Salatiga Kode Pos 50721 |

b. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (*Manufacturing*)

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|----|--|--|
| 1. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-undang Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 99, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3656); 3. Peraturan Presiden No 22 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup; 4. Peraturan Presiden No. 185 tahun 2014 tentang Percepatan Penyediaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonseia Nomor 32 tahun 2017 tentang Persyaratan Kualitas Air Bersih; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republi Indonesia Nomor 492 tahun 2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096 Tahun 2011 Tentang Higiene Sanitasi Jasa Boga; 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1098/MENKES/SK/VII/2003 Tentang Persyaratan Hygiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran. |
| 2. | Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Blanko permohonan 2. Buku pedoman 3. Blanko cetak laik sehat 4. Blanko hasil pemeriksaan sampel air 5. Reagen 6. Sterilisator 7. Laboratorim air 8. Meja Pengaduan; 9. Kursi staf; 10. Bangku Tunggu; 11. Kursi Rapat; 12. Meubeleir Lain-lain; 13. Printer; 14. Lemari Buku untuk Arsip Dinamis; 15. Telepon; dan 16. Alat Tulis Kantor. |

| | | |
|----|--|---|
| 3. | Kompetensi pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan dan ketrampilan, meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Jenjang pendidikan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Minimal SLTA, semua jurusan (<i>front office</i>) 2) Minimal D3, jurusan Kesehatan Lingkungan (<i>back office</i>) b. Pelatihan : Diklat Jabatan Fungsional Sanitarian c. Ketrampilan <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengetahuan tentang dasar hukum; dan 2) Ketrampilan tentang komputer 2. Sikap, meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Tanggung jawab b. Disiplin; c. Komunikatif; d. Cermat; e. Teliti; f. Jujur; g. Ramah; h. Kerja sama; dan i. Sabar. |
| 4. | Pengawasan internal | <ol style="list-style-type: none"> a. Sekretaris Dinas Kesehatan. b. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan pada Dinas Kesehatan (<i>back office</i>). c. Pelaksanaan pengawasan tertulis melalui lembar kendali dan uraian proses berkas pada map berkas izin. |
| 5. | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas <i>Front Office</i> (FO) = 1 orang b. Petugas <i>Back Office</i> (BO) = 3 orang |
| 6. | Jaminan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> a. Maklumat Pelayanan b. Pakta Integritas c. Motto Kerja |
| 7. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> a. Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) b. CCTV |
| 8. | Evaluasi Kinerja Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi dilaksanakan setiap tiga bulan sekali jika tidak ada pengaduan; dan b. Survei kepuasan konsumen yang dilakukan tiap tahun |

