

**CHEKLIST PERSYARATAN IZIN UTD (UNIT TRANSFUSI DARAH) KELAS PRATAMA  
TINGKAT KABUPATEN**

| <b>NO.</b> | <b>URAIAN</b>   | <b>YA</b> | <b>TIDAK</b> | <b>KET</b> |
|------------|---|-----------|--------------|------------|
| 1          | Surat Permohonan Sertifikat standar Izin UTD (ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan bematerai 10.000,-)   |           |              |            |
| 2          | Surat Keterangan dari Puskesmas setempat  |           |              |            |
| 3          | Foto copy identitas pemohon (KTP dan NPWP)  |           |              |            |
| 4          | Fotokopi NIB (Nomor Induk Berusaha) & Izin Operasional terbitan OSS   |           |              |            |
| 5          | Salinan/ Fotokopi pendirian Akta Badan Hukum  |           |              |            |
| 6          | Denah Bangunan Klinik dan Peta Lokasi   |           |              |            |
| 7          | Fotokopi surat yang menyatakan status bangunan (Akte / Hak milik / Sewa / Kontrak)  |           |              |            |
| 8          | Fotokopi IMB (Izin Mendirikan Bangunan)   |           |              |            |
| 9          | Daftar Kelengkapan Sarana, Prasarana dan Peralatannya sesuai dengan kelas kemampuan UTD yang diusulkan  |           |              |            |
| 10         | Daftar kendaraan UTD  |           |              |            |
| 11         | Daftar SDM sesuai dengan jenis kelas kemampuan UTD yang diusulkan, kompetensi profesi dan kewenangan pekerjaannya   |           |              |            |
| 12         | Fotokopi Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) bagi tenaga medis/kesehatan.<br>Fotokopi Ijazah untuk tenaga non-medis   |           |              |            |
| 13         | Surat pernyataan bersedia sebagai kepala UTD, Penanggung Jawab teknis pelayanan, penanggung jawab administrasi dan penanggung jawab mutu (Lampiran 1-3)   |           |              |            |
| 14         | Surat pernyataan bersedia mengikuti program pemantapan mutu eksternal (Lampiran 4)  |           |              |            |
| 15         | Dokumen Self Assessment UTD sesuai klasifikasi UTD yang Diinginkan meliputi kemampuan pelayanan UTD dan pemenuhan persyaratan sarana, prasarana, peralatan, kendaraan dan sumber daya manusia UTD sesuai dengan jenis kelas kemampuan pelayanan UTD yang diusulkan. |           |              |            |
| 16         | Dokumen Profil UTD meliputi Nama dan alamat Lengkap, Visi, Misi, Lingkup Kegiatan, rencana Strategi dan Struktur Organisasi   |           |              |            |
| 17         | Dokumen Perjanjian kerja sama pembuangan limbah B3 (MoU Limbah medis)   |           |              |            |
| 18         | Melampirkan Surat Izin Unit Transfusi Darah (UTD) Asli yang masih berlaku (Untuk Perpanjangan)  |           |              |            |

Indramayu,

Penerima izin .....(.....)

Pemeriksa Izin .....(.....)

**Lampiran 1**

**SURAT PERNYATAAN SEBAGAI KEPALA UNIT TRANSFUSI DARAH (UTD)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Tempat/Tgl.lahir : .....

Pangkat/Golongan : .....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Kepala Unit Transfusi Darah (UTD) pada :

Nama : UTD .....

Alamat : .....

.....

.....

Demikianlah pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Indramayu, .....20.....

Meterai 10.000

.....

**Lampiran 2**

**SURAT PERNYATAAN PENANGGUNG JAWAB TEKNIS PELAYANAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Tempat/Tgl.lahir : .....

No. SIP : .....

Masda Berlaku SIP : .....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Penanggung Jawab Teknis Pelayanan pada :

Nama : UTD .....

Alamat : .....

.....

.....

Dimulai sejak UTD ..... tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja sebagai Penanggung Jawab Teknis pada Unit Transfusi Darah (UTD) lain. Dan bersedia membuat laporan bulanan yang dikirimkan ke Puskesmas setempat.

Demikianlah pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Indramayu,

Meterai 10.000

.....

**Lampiran 3**

**SURAT PERNYATAAN SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB ADMINISTRASI**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
Tempat/Tgl.lahir : .....  
Pangkat/Golongan : .....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Penanggung Jawab Administrasi Unit Transfusi Darah (UTD) pada :

Nama : UTD .....  
Alamat : .....  
.....  
.....

Demikianlah pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Indramayu, .....20.....

Meterai 10.000

.....

**Lampiran 4**

**PERNYATAAN KESEDIAAN MENGIKUTI PROGRAM**  
**PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Pemilik Unit Transfusi Darah : .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bahwa :

UTD ..... bersedia mengikuti Program Pemantapan Mutu Eksternal.

Mengetahui  
Pernanggung Jawab Teknis  
  
(.....)

Indramayu, .....20.....  
Yang membuat pernyataan  
  
*Materai Rp. 10.000*  
  
(.....)