

Bandung,

Nomor :  
Lampiran : 1(satu) berkas  
Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen  
Izin Menyelenggarakan Optikal

Kepada Yth :  
Kepala DPMPTSP Kota Bandung  
Jl. Cianjur No. 34  
Di -

B a n d u n g

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Badan Hukum :.....  
Nama Pemohon :.....  
Jabatan :.....  
Alamat : Jl.....RT.....RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Telepon.....Kode Pos.....

Dengan ini mengajukan permohonan pengesahan dokumen izin menyelenggarakan Optikal sebagai berikut :

Nama : Optikal.....  
Alamat : Jl.....RT.....RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Telepon.....Kode Pos.....

Penanggung Jawab :.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Denah Ruangan dan Denah Lokasi Optikal;
2. Daftar Ketenagaan dilengkapi dengan tugas dan fungsinya di Optikal;
3. Penanggung jawab Optikal melengkapi :
  - a. Surat Perjanjian Kerjasama antara Pemilik sarana dengan Penanggung Jawab Optikal atau surat pengangkatan sebagai penanggung jawab;
  - b. Surat Pernyataan kesanggupan sebagai penanggung jawab optikal;
  - c. Fotocopy Surat Ijin Praktek Refraktisionis atau Optometri yang masih berlaku di tempat tersebut;
4. Masing-masing tenaga Refraksionis Optisien atau Optometris melengkapi :
  - a. Fotocopy Surat Ijin Praktek Refraktisionis atau Optometri yang masih berlaku di tempat tersebut;
  - b. Surat Pernyataan kesediaan sebagai tenaga pelaksana di Optikal tersebut.
5. Daftar Sarana dan peralatan yang akan digunakan
6. Rekomendasi dari Puskesmas setempat
7. Fotokopi perjanjian kerja sama dengan laboratorium dispensing bagi optikal yang tidak memiliki laboratorium;
8. Rekomendasi dari GAPOPIN Kota Bandung
9. Surat Pernyataan dari Pemilik siap ditinjau ke sarana kapan saja diatas materai 6000

Pemohon

Materai 6.000

(.....)

Nama Optikal :.....  
Alamat : Jl.....RT.....RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Telepon.....Kode Pos.....

---

---

DENAH LOKASI

---

---

DENAH RUANGAN

Pemilik Optikal

(.....)



**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- 1. Nama : .....
- Alamat : Jl.....  
RT.....RW.....Telepon/HP.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....
- Jabatan : Pemilik Optikal
- 2. Nama : .....
- Alamat : Jl.....  
RT.....RW.....Telepon/HP.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....
- Jabatan : Penanggung Jawab Optikal

Dalam hal ini bertindak atas nama Optikal .....

Dengan ini menyatakan bahwa Kami bersedia dan sanggup mentaati semua peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan Optikal dan apabila melanggar ketentuan tersebut kami siap menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan dapat dipertanggungjawabkan jika kelak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan.

Bandung,.....

Yang membuat Pernyataan

1. Pemilik Optikal

2. Pimpinan/Penanggung Jawab Optikal

Materai 6000

(.....)

(.....)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Alamat : Jl.....  
RT.....RW.....Telepon/HP.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Pendidikan/Thn Lulus : .....Tahun.....  
Nomor dan Masa Berlaku STR-RO/STR-O : .....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Penanggung jawab pada :

Nama Optikal :.....  
Alamat : Jl.....  
RT.....RW.....Telepon/HP.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....

Dimulai sejak Optikal tersebut melaksanakan kegiatan

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bandung,.....  
Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

\*) coret salah satu

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....

Alamat : Jl.....  
RT.....RW.....Telepon/HP.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....

Tempat/Tanggal Lahir : .....

Pendidikan/Thn Lulus : .....Tahun.....

Nomor dan Masa Berlaku STR-RO/STR-O : .....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Pelaksana Teknis Refraksionis Optisien/Optometriss pada :

Nama Optikal :.....

Alamat : Jl.....  
RT.....RW.....Telepon/HP.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....

Wilayah Kerja Puskesmas.....

Dimulai sejak Klinik tersebut melaksanakan kegiatan

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

\*) coret salah satu

## DAFTAR SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN

Nama Optikal :.....  
Alamat : Jl.....RT.....RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Telepon.....Kode Pos.....

---

**SARANA :**

1. Ruang Tunggu/ Ruang Pamer
2. Ruang Pelayanan Refraksi Optisi
3. Ruang Pelayanan Lensa Kontak

**PRASARANA :**

1. Penerangan ruang pemeriksaan refraksi
  - a. Penyinaran luar : 480 – 600 lux
  - b. Penyinaran dalam : 120 cd/m<sup>2</sup>
  - c. Kontras : > 84 %
2. Meja untuk menempatkan trial lens set, trial frame dan lensmeter
3. Kursi untuk pasien dan pemeriksa
4. Kartu kerja/rekam medik/kartu status refraksi
5. Bak pencuci tangan, handuk/tissue

**PERALATAN :**

1. Peralatan pelayanan refraksi meliputi :
  - a. Kartu snellen/optotip yang dilengkapi dengan astigmat dials
  - b. Kartu baca
  - c. Trial lens set dan trial frame
  - d. Red green test
  - e. Worth four dots test
  - f. Penggaris PD
  - g. Kaca pembesar/loupe
  - h. Pen light/lampu senter
  - i. Buku tes buta warna
  - j. Lensmeter
  - k. retinoskop
  - l. silinder silang
2. Peralatan pelayanan optisi meliputi :
  - a. gunting
  - b. cermin
  - c. seperangkat tang fitting
  - d. seperangkat obeng
  - e. center thickness/thickness gauge
  - f. caliper
  - g. spherometer
  - h. heater/pemanas
  - i. pembersih lensa kaca mata
3. Peralatan pelayanan lensa kontak meliputi:
  - a. Keratometer (lensa uji coba);
  - b. lensa kontak lunak uji coba;
  - c. mangkok pencuci lensa kontak;
  - d. cermin cembung dan datar;
  - e. perangkat tes fungsi air mata;
  - f. Cairan pembersih lensa kontak;
  - g. Cairan tetes lensa kontak;
  - h. Lens case/tempat lensa kontak; dan
  - i. Lemari untuk menyimpan lensa kontak dan cairan.

Pemohon

(.....)

Bandung,

Nomor :  
Lampiran : 1(satu) berkas  
Perihal : Permohonan Izin Menyelenggarakan Optikal

Kepada Yth :  
Kepala DPMPSTP Kota Bandung  
Jl. Cianjur No. 34  
Di -

B a n d u n g

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Badan Hukum :.....  
Nama Pemohon :.....  
Jabatan :.....  
Alamat : Jl.....RT.....RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Telepon.....Kode Pos.....

Dengan ini mengajukan permohonan izin menyelenggarakan Optikal sebagai berikut :

Nama : Optikal.....  
Alamat : Jl.....RT.....RW.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Telepon.....Kode Pos.....

Penanggung Jawab :.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Scan NIB
2. Scan e- KTP Asli Pemohon (direktur PT/CV/Ketua Yayasan/Perorangan)
3. Scan Pengesahan Dinas Kesehatan atas pemenuhan dokumen :
  - a. Denah Ruangan dan Denah Lokasi Optikal;
  - b. Daftar Ketenagaan dilengkapi dengan tugas dan fungsinya di Optikal;
  - c. Penanggung jawab Optikal melengkapi :
    - Surat Perjanjian Kerjasama antara Pemilik sarana dengan Penanggung Jawab Optikal atau surat pengangkatan sebagai penanggung jawab;
    - Surat Pernyataan kesanggupan sebagai penanggung jawab optikal;
    - Fotocopy Surat Ijin Praktek Refraktisionis atau Optometri yang masih berlaku di tempat tersebut;
  - d. Masing-masing tenaga Refraksionis Optisien atau Optometris melengkapi :
    - Fotocopy Surat Ijin Praktek Refraktisionis atau Optometri yang masih berlaku di tempat tersebut;
    - Surat Pernyataan kesediaan sebagai tenaga pelaksana di Optikal tersebut.
  - e. Daftar Sarana dan peralatan yang akan digunakan
  - f. Rekomendasi dari Puskesmas setempat
4. Scan Fotokopi perjanjian kerja sama dengan laboratorium dispensing bagi optikal yang tidak memiliki laboratorium;
5. Scan Rekomendasi dari GAPOPIN Kota Bandung
6. Scan Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan Optikal yang ditandatangani oleh Pemilik diketahui Penanggung jawab Optikal

Pemohon

Materai 6.000

(.....)