

Yang terhormat,

1. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia
2. Para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi seluruh Indonesia
3. Para Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota seluruh Indonesia
4. Para Dekan Fakultas Kedokteran
5. Para Dekan Fakultas Kedokteran Gigi
6. Ketua Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI)
7. Ketua Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI)
8. Ketua Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia
9. Ketua Majelis Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia
10. Ketua Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia
11. Ketua Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Gigi Mulut Indonesia
12. Ketua Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia
13. Ketua Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia

## SURAT EDARAN

NOMOR HK.03.03/MENKES/274/2014

### TENTANG

### IZIN PRAKTIK DAN PELAKSANAAN PRAKTIK KEDOKTERAN

Berdasarkan ketentuan Pasal 36 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran jo Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, setiap dokter/dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat izin praktik dengan kewenangan sesuai kompetensinya, yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Surat Edaran ini ditujukan untuk memperjelas pelaksanaan pemberian Surat Izin Praktik bagi Dokter/Dokter Gigi khususnya Peserta PPDS/PPDGS dan contoh format Surat Izin Praktik (SIP).

Mengingat ketentuan :

- a. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671).

Berkaitan dengan tindak lanjut pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, bersama ini disampaikan sebagai berikut:

1. Rumah sakit pendidikan dan fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai wahana pendidikan kedokteran yang bekerja sama dengan fakultas kedokteran/fakultas kedokteran gigi dalam rangka jejaring pendidikan profesi, harus memberitahukan kerjasamanya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
2. Pemberian SIP Peserta PPDS/PPDGS, dilaksanakan sebagai berikut:
  - a. Peserta PPDS/PPDGS penerima program bantuan pendidikan dari Kementerian Kesehatan atau penerima beasiswa dari Pemerintah dan pemerintah daerah, harus melapor kepada Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dengan menyertakan surat perjanjian/pernyataan sebagai penerima bantuan pendidikan.
  - b. Permohonan memperoleh SIP peserta PPDS atau PPDGS, diajukan oleh Dekan Fakultas Kedokteran/Fakultas Kedokteran Gigi atau Ketua Program Studi (KPS) secara kolektif kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di tempat rumah sakit pendidikan utama berada dengan melampirkan:
    - 1) salinan asli STR lembar pertama dari KKI;
    - 2) pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar; dan
    - 3) daftar rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain jejaring pendidikan.
  - c. Paling lama 14 (empat belas) hari kerja setelah berkas permohonan SIP dari Dekan Fakultas Kedokteran/Fakultas Kedokteran Gigi atau KPS diterima, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus menerbitkan SIP bagi masing-masing dokter/dokter gigi peserta PPDS/PPDGS dengan kewenangan sesuai kompetensi yang ditetapkan KPS untuk berpraktik di rumah sakit pendidikan utama, rumah sakit pendidikan lainnya, dan wahana pendidikan kedokteran sesuai dengan daftar yang disampaikan.

- d. Dalam hal penyelenggaraan praktik kedokteran di rumah sakit pendidikan afiliasi/satelit yang termasuk dalam daftar jejaring pendidikan sebagaimana dimaksud pada huruf b angka 3, peserta PPDS/PPDGS melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menyerahkan fotokopi SIP dokter/dokter gigi peserta PPDS/PPDGS di rumah sakit pendidikan utama dan surat keterangan kompetensi yang dikeluarkan KPS atas nama Kolegium.
  - e. Peserta PPDS/PPDGS yang mendapat penugasan khusus di rumah sakit di luar daftar jejaring pendidikan harus melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota setempat dengan menyerahkan surat penugasan dan fotokopi SIP dan SKKP, untuk secara otomatis memperoleh SIP di rumah sakit tempat penugasan khusus.
3. Contoh surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam angka 2, Pasal 3 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), serta Pasal 5 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 sebagaimana terlampir dalam formulir 1, formulir 2, formulir 3, formulir 4, dan formulir 5 yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Edaran ini.

Surat Edaran ini berlaku pada tanggal ditetapkan.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 30 Mei 2014  
MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NAFSIAH MBOI

KOP  
 DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA  
 SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)  
 DOKTER/DOKTER GIGI/DOKTER SPESIALIS/DOKTER GIGI SPESIALIS\*)  
 No. ....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang bertandatangan dibawah ini Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota \*) ..... memberikan Izin Praktik kepada :

(nama Jelas)

---

Tempat/Tanggal Lahir : .....  
 Alamat : .....  
 Alamat Tempat Praktik : .....  
 No. STR : .....  
 No. Rekomendasi OP : .....  
 Untuk Praktik sebagai : dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis.....\*) dengan kewenangan sesuai kompetensi yang ditetapkan kolegium.  
 Masa berlaku SIP : .....



Ditetapkan di .....  
 Pada tanggal .....  
 Kepala Dinas Kesehatan  
 Kabupaten/Kota .....

(.....)

- Tembusan :
1. Menteri Kesehatan
  2. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia
  3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
  4. Organisasi Profesi

KOP  
DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA  
SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER INTERNSIP  
No. ....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang bertandatangan dibawah ini Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota \*)  
..... memberikan Izin Praktik kepada :

(nama Jelas)

---

Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Alamat : .....  
Alamat Wahana : .....  
Internsip  
No. STR : .....  
No. Rekomendasi OP : .....  
Untuk Praktik sebagai : Dokter Internsip dengan kewenangan sesuai kompetensi yang ditetapkan kolegium.



Ditetapkan di .....  
Pada tanggal .....  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten/Kota .....

(.....)

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan
2. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
4. Organisasi Profesi

KOP

DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER/DOKTER GIGI PPDS/PPDGS

No. ....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang bertandatangan dibawah ini Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota \*)  
..... memberikan Izin Praktik kepada :

(nama Jelas)

---

Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Alamat : .....  
Alamat Rumah Sakit : .....  
Pendidikan : .....  
No. STR : .....  
No. Rekomendasi KPS : .....  
Untuk Praktik sebagai : dokter/dokter gigi PPDS/PPDGS\*) dengan kewenangan sesuai kompetensi yang ditetapkan oleh Ketua Program Studi (KPS).  
Masa berlaku SIP : .....

SIP ini juga berlaku di RS jejaring pendidikan dan fasyankes wahana pendidikan sesuai daftar terlampir.



Ditetapkan di .....  
Pada tanggal .....  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten/Kota .....

(.....)

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan
2. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
4. Organisasi Profesi

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik PPDS/PPDGS

Yang terhormat,  
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.....

Di  
.....

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Jabatan : Dekan Fakultas Kedokteran/Fakultas Kedokteran  
Gigi .....  
Alamat Rumah sakit  
Pendidikan Utama : .....  
No. Kerjasama dengan  
Rumah sakit pendidikan : .....  
Nama Rumah Sakit/  
Wahana Pendidikan lain : 1. ....  
2. ....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik dokter/dokter gigi PPDS/PPDGS\*) dengan kewenangan yang ditetapkan oleh KPS Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi .....

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

- a. Salinan asli STR lembar pertama;
- b. surat keterangan dari KPS atas nama Kolegium sesuai pendidikan yang ditempuhnya.
- c. pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah.
- d. daftar nama dokter/dokter gigi peserta PPDS/PPDGS
- e. surat keterangan kerja sama dengan rumah sakit pendidikan/wahana pendidikan lain.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

....., 201....  
Yang memohon,

(.....)

KOP  
 DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA  
 SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER/DOKTER GIGI PENDIDIK  
 No. ....

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang bertandatangan dibawah ini Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota\*)  
 ..... memberikan Izin Praktik kepada :

(nama Jelas)

---

Tempat/Tanggal Lahir : .....  
 Alamat : .....  
 Alamat Rumah Sakit : .....  
 Pendidikan : .....  
 (juga berlaku untuk melakukan pendidikan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dalam lampiran SIP ini)  
 No. STR : .....  
 No. Rekomendasi OP : .....  
 Untuk Praktik sebagai : dokter/dokter gigi/ dokter spesialis/dokter gigi spesialis\*) Pendidik FK/FKG .....  
 Masa berlaku SIP : .....



Ditetapkan di .....  
 Pada tanggal .....  
 Kepala Dinas Kesehatan  
 Kabupaten/Kota .....

(.....)

- Tembusan :
1. Menteri Kesehatan
  2. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia
  3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
  4. Organisasi Profesi