

Jenis Pelayanan Surat Ijin Praktik Dokter Gigi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

NO	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran 3. Peraturan Walikota Tegal Nomor 29 Tahun 2017 tentang Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kesehatan di Kota Tegal.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fotocopy STR Asli yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku 2. Surat pernyataan memiliki tempat praktik bermaterai Rp. 6.000,- 3. Fotocopy KTP yang masih berlaku 4. Fotocopy Ijasah yang dilegalisir 5. Surat Rekomendasi dari PDGI Kota Tegal 6. Surat keterangan sehat dari dokter Pemerintah yang memiliki SIP 7. Surat pernyataan sanggup mentaati peraturan yang berlaku bermaterai Rp. 6.000,- 8. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara paruh waktu 9. Menyertakan fotocopy SIP sebelumnya untuk SIP yang kedua dan selanjutnya 10. Keterangan jam praktik 11. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3 x 4 sebanyak 1 (satu) lembar
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon <ol style="list-style-type: none"> a. Meminta informasi persyaratan dan formulir permohonan kepada Petugas b. Melengkapi persyaratan permohonan c. Mendaftarkan berkas permohonan kepada Petugas 2. Petugas pendaftaran <ol style="list-style-type: none"> a. Menerima dan mengecek kelengkapan berkas permohonan, apabila terdapat kekurangan persyaratan maka tidak dapat diterima dan dikembalikan kepada pemohon untuk dilengkapi, apabila sudah lengkap maka diberikan resi. b. Petugas mengagendakan jadwal kunjungan dan menyiapkan berkas kunjungan 3. Kunjungan ke Lokasi Pemohon <ol style="list-style-type: none"> a. Melihat dan memeriksa sarana dan prasarana yang ada, apakah sudah sesuai dengan ketentuan b. Melihat buku pendaftaran pasien c. Melihat catatan medis pasien d. Melihat formulir inform concent pasien e. Memeriksa stempel harus mencantumkan nama dokter dan no. SIP

		<p>f. Meminta keabsahan berita acara kunjungan dan kesanggupan tindak lanjut hasil kunjungan</p> <p>4. Membuat Ijin apabila sudah sesuai hasil kunjungan</p> <p>5. Pemohon menerima surat rekomendasi dari petugas dengan mengembalikan resi pendaftaran</p>
4	Jangka Waktu Penyelesaian	14 (empat belas) hari kerja
5	Biaya / Tarif	Tanpa biaya
6	Produk Layanan	Surat Ijin Praktik Dokter Gigi
7	Sarana / Prasarana	Gedung Kantor, Komputer, Kendaraan operasional
8	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Memahami peraturan perundang-undangan tentang Kedokteran</p> <p>2. Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan, responsif, komunikatif, sopan santun, disiplin dan kerjasama</p>
9	Pengawasan Internal	Kepala Dinas Kesehatan Kota Tegal, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan SDK, Kepala Seksi Perijinan Pembiayaan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan
10	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<p>1. Langsung dapat dilakukan melalui petugas pendaftaran</p> <p>2. Melalui Telp. (0283) 353351 Fax. (0283) 353351</p> <p>3. email : jkm.dinkeskotategal@gmail.com</p> <p>4. Melalui kotak saran</p> <p>5. Mengirim surat</p>
11	Jumlah Pelaksana	5 orang
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. Keberadaan petugas pendaftaran</p> <p>2. Ketersediaan formulir permohonan izin/rekomendasi</p> <p>3. Ketaatan jam pelayanan</p> <p>4. Kepastian waktu penyelesaian</p> <p>5. Kepastian biaya</p>
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Disediakan tempat pelayanan</p> <p>2. Dokumen yang diterbitkan sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku</p>
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan berkala 1 (satu) bulan sekali