

Jenis Pelayanan Rekomendasi Klinik Utama

NO	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 09 Tahun 2014 tentang Klinik 2. Peraturan Walikota Tegal Nomor 29 Tahun 2017 tentang Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kesehatan Kota Tegal.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fotocopy Pemohon 2. Fotocopy NPWP 3. Fotocopy Laik Sehat yang masih berlaku 4. Fotocopy SPPL 5. Surat Pernyataan bermaterai tidak melakukan Operasi 6. Struktur Organisasi Daftar Ketenagaan (Medis dan Non Medis) 7. Foto copy Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan (Minimal) <ol style="list-style-type: none"> a. 1 orang Dokter Spesialis sebagai Penanggungjawab Klinik b. 1 orang Dokter sebagai Pemberi Pelayanan c. 1 orang Apoteker sebagai Penanggungjawab (bagi klinik yang melaksanakan pelayanan kefarmasian) d. Tenaga Medis Perawat/Bidan/atau Tenaga Kesehatan lainnya sesuai jenis Pelayanan Kesehatan yang ada di Klinik 8. Denah Klinik (Ruang Pendaftaran/ruang tunggu, ruang administrasi, ruang tindakan/ruang pemeriksaan , ruang obat, pojok ASI, toilet pasien) 9. Surat Keterangan Prasarana Klinik yang ada (APAR,Tabung O2, Instalasi Listrik termasuk ketersediaan Genset)
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. Memeriksa jenis pelayanan dokter spesialis yang ada c. Memeriksa jumlah dan kondisi ruang tindakan pasien d. Memeriksa jumlah dan kondisi ruang pemeriksaan

		<ul style="list-style-type: none"> e. Memeriksa kondisi ruang apotik/ruang pelayanan kefarmasian f. Memeriksa kondisi ruang penunjang lainnya (R.Laborat, Gudang, R. Administrasi, dll) g. Meminta keabsahan berita acara kunjungan dan kesanggupan tindak lanjut hasil kunjungan <p>4. Membuat Rekomendasi 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	Rekomendasi Klinik Utama
7	Sarana / Prasarana	Gedung Kantor, Komputer, Kendaraan operasional
8	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan tentang Klinik 2. Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan, responsif, komunikatif, sopan santun, disiplin dan kerjasama
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	<ul style="list-style-type: none"> 1. Langsung dapat dilakukan melalui petugas pendaftaran 2. Melalui Telp. (0283) 353351 Fax. (0283) 353351 3. email : jkm.dinkeskotategal@gmail.com 4. Melalui kotak saran 5. Mengirim surat
11	Jumlah Pelaksana	5 orang
12	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Keberadaan petugas pendaftaran 2. Ketersediaan formulir permohonan izin/rekomendasi 3. Ketaatan jam pelayanan 4. Kepastian waktu penyelesaian 5. Kepastian biaya
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Disediakan tempat pelayanan 2. Dokumen yang diterbitkan sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan berkala 1 (satu) bulan sekali