

## 10. Jenis Pelayanan Rekomendasi Praktik Bidan Mandiri

NO	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. /MENKES/PER/V/2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan praktik Bidan</li> <li>2. Peraturan Walikota Tegal Nomor 29 Tahun 2017 01.A Tahun 2012 tentang Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kesehatan di Kota Tegal</li> </ol>
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Foto copy KTP</li> <li>2. Foto copy STR yang masih berlaku</li> <li>3. Foto copy Ijasah</li> <li>4. Foto copy Laik Sehat yang masih berlaku</li> <li>5. Surat Keterangan Sehat dari dokter pemerintah yang memiliki Surat Izin Praktik</li> <li>6. Surat Pernyataan memiliki tempat praktek Kebidanan</li> <li>7. Foto copy Rekomendasi dari IBI Cab. Kota Tegal</li> <li>8. Foto copy Surat Keterangan Dari Atasan bagi PNS</li> <li>9. Foto copy Surat Rekomendasi dari Puskesmas setempat</li> <li>10. Foto copy Surat Ijin Bidan yang bekerja di BPM</li> <li>11. Surat Rekomendasi mematuhi Kode Etik Kebidanan</li> </ol>
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemohon <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Meminta informasi persyaratan dan formulir permohonan kepada Petugas</li> <li>b. Melengkapi persyaratan permohonan</li> <li>c. Mendaftarkan berkas permohonan kepada Petugas</li> </ol> </li> <li>2. Petugas pendaftaran <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>b. Petugas mengagendakan jadwal kunjungan dan menyiapkan berkas kunjungan</li> </ol> </li> <li>3. Kunjungan ke Lokasi Pemohon <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melihat dan memeriksa sarana dan prasarana yang ada, apakah sudah sesuai dengan ketentuan</li> <li>b. Memeriksa SOP persalinan</li> <li>c. Memeriksa SOP antenatal care</li> <li>d. Memeriksa buku-buku administrasi (buku pendaftaran, buku registrasi ibu hamil, buku persalinan, formulir rujukan)</li> <li>e. Memeriksa buku catatan imunisasi</li> <li>f. Meminta keabsahan berita acara kunjungan dan kesanggupan tindak lanjut hasil kunjungan</li> </ol> </li> <li>4. Membuat Ijin apabila sudah sesuai hasil kunjungan</li> <li>5. Pemohon menerima surat rekomendasi dari petugas dengan mengembalikan resi pendaftaran</li> </ol>

4	Jangka Waktu Penyelesaian	14 (empat belas) hari kerja
5	Biaya / Tarif	Tanpa biaya
6	Produk Layanan	Surat Rekomendasi Praktik Bidan Mandiri
7	Sarana / Prasarana	Gedung Kantor, Komputer, Kendaraan operasional
8	Kompetensi Pelaksana	1. Memahami peraturan perundang-undangan tentang Kebidanan 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	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	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	1. Disediakan tempat pelayanan 2. Dokumen yang diterbitkan sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan berkala 1 (satu) bulan sekali