

### Jenis Pelayanan Rekomendasi Laboratorium Klinik Pratama

NO	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2013 tentang Tata Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik</li> <li>2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/ MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik</li> <li>3. Peraturan Walikota Tegal Nomor 29 Tahun 2017 tentang Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kesehatan Kota Tegal</li> </ol>
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Foto copy Akte Pendirian Badan Hukum Pemohon</li> <li>2. Denah Lokasi dan Denah Bangunan</li> <li>3. Surat Pernyataan kesanggupan Penanggungjawab Teknis (A1)</li> <li>4. Surat Pernyataan kesanggupan masing-masing Tenaga Teknis / Administrasi ( A2)</li> <li>5. Surat Pernyataan Kesiapan Mengikuti Program Pemantapan Mutu (A3)</li> <li>6. Data Kelengkapan Bangunan (A4)</li> <li>7. Data Kelengkapan Peralatan (A5)</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 ruang pemeriksaan pasien</li> <li>c. Memeriksa ruang pengambilan sample</li> <li>d. Memeriksa jenis-jenis alat pemeriksaan laborat</li> <li>e. Memeriksa ruang penunjang lainnya/pemeriksaan radiologi</li> <li>f. Memeriksa jenis pemeriksaan laboratorium</li> <li>g. 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 Laboratorium Klinik Pratama
7	Sarana / Prasarana	Gedung Kantor, Komputer, Kendaraan operasional
8	Kompetensi Pelaksana	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	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