

Surabaya, 5 Desember 2022

Perihal : Permohonan Proses Rekredensial
Lampiran : 3 Bendel

**Yth. Direktur RS Mata Undaan
Di Tempat**

Dengan Hormat,

Bersamaan dengan ini, saya menyampaikan permohonan proses ~~Kredensial~~/Rekredensial di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dengan data sebagai berikut:

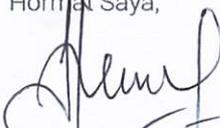
Nama : Fachrozi, S.Kep., Ns
Tempat/tanggal lahir : Lamongan, 24 April 1972
Lulusan : STIKES Husada Jombang
Alamat : Kapas Madya 1 - F/24 Surabaya

sebagai bahan pertimbangan, berikut saya lampirkan :

1. Fotokopi Ijazah
2. Fotokopi STR
3. Fotokopi SIKP

Besar harapan saya kiranya permohonan ini dapat diterima dan sebelumnya saya mengucapkan terima kasih atas perhatian yang diberikan

Hormat Saya,



Fachrozi, S.Kep., Ns

Tembusan :

1. Ka. Instalasi

Form Pengajuan Kredensial / Rekredensial

A. IDENTITAS PERAWAT

Nama Pemohon : Fachrozi, S.Kep., Ns
Tempat/ Tanggal Lahir : Lamongan, 24 April 1972
Jenis Kelamin : Laki - laki
Alamat : Kapas Madya 1 - F/24 Surabaya

Telepon : - HP : 081339320495
Email : Fahrozi1972@gmail.co.

B. DATA PENDIDIKAN

Institusi Pendidikan : STIKES Husada Jombang
Jurusan/Program : Keperawatan / S1 dan ners
Nomor Ijazah : 073139/19040333/II/Ns/2021
Tanggal Lulus : 7 Februari 2022
STR : 16 01 7 1 1 22-4174998
SIKP : 503.446/ 458 / B / SIPP / 436.7.15 / 2022

C. DATA PEKERJAAN

Unit kerja : Kamar operasi
Jabatan : Perawat Pelaksana
Level Kompetensi : PK III

D. STATUS KREDENSIALING YANG DIUSULKAN (berikan cek list pada salah satu kotak)

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Kredensial |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Re-Kredensial |
| <input type="checkbox"/> | Pemulihan Kewenangan |

E. INFORMASI KREDENSIALING INDIVIDU

a. Apakah anda pernah dilakukan kredensialing sebelumnya ? jika Ya, tuliskan kapan dilakukannya kredensialing terakhir.

Ya

Tidak

b. Apakah anda memiliki surat penugasan klinis yang menjelaskan kewenangan klinis anda? Jika Ya, tuliskan tanggal penugasan klinis dan nomor surat penugasan klinis

Ya



Tidak

19 Januari 2023 / Nomor :532/RSMU/DIR/I/2020

c. Apakah kewenangan klinis anda pernah:

- Dikurangi Ya
- Dibekukan Ya
- Dicabut Ya

- Tidak
- Tidak
- Tidak

Jika Ya, tuliskan kapan hal tersebut terjadi

F. Tuliskan program pengembangan profesional berkelanjutan (CPD) bagi perawat yang anda ikuti dalam 3 tahun terakhir, yang terkait dengan kewenangan klinis yang diajukan.

Nama CPD	Institusi Penyelenggara	Waktu & berapa lama	SKP	Kompetensi yang telah dicapai	Bukti fisik

G. PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa segala hal yang tertulis didalam dokumen ini adalah benar adanya. Apabila dikemudian hari terbukti ada hal yang tidak benar maka saya bersedia menanggung segala konsekuensi sesuai dengan aturan hukum yang berlaku.

Tanda Tangan :

Nama Jelas : Fachrozi, S.Kep., Ns

Tanggal : 5 Desember 2022

H. MENGETAHUI

TTD Kepala Instalasi :

Nama Jelas : Fajar Santoso, S.Kep., Ns

Tanggal : 5 Desember 2022

Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia

f Rumah Sakit Mata
Undaan Surabaya

T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id

@ rs.mataundaan
rsmataundaan.co.id



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU**

Jalan Tunjungan No. 1-3 (Lt.3) Surabaya (60275)
Telp. (031) 99001785 Fax. (031) 99001785

SURAT IZIN PRAKTIK PERAWAT (SIPP)

NOMOR : 503.446 / 458 / B / SIPP / 436.7.15 / 2022

Berdasarkan :

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan
2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 41 Tahun 2021 Tentang Perizinan Berusaha, Perizinan Non Berusaha dan Pelayanan Non Perizinan
3. Persetujuan Teknis dari Dinas Kesehatan
Nomor : 503.446 / 8960 / 6773 / SIPP / 436.7.2 / 2022
Tanggal : 01 Maret 2022

Dengan ini memberikan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) kepada:

FACHROZI, S.Kep., Ns

Tempat / Tgl. Lahir : LAMONGAN, 24 April 1972
Alamat KTP : KAPAS MADYA 1-F/24
Alamat Domisili : KAPAS MADYA 1-F/24
Nomor STR : 16 01 7 1 1 22-4174998
Untuk menjalankan praktik perawat di
Nama Fasyankes I : RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
Alamat Fasyankes : JALAN UNDAAN KULON NO. 17-19

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati Peraturan Perundangan yang berlaku, Standar Profesi dan Kode Etik Perawat.
2. Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) berlaku sejak tanggal dikeluarkan sampai dengan :
24 April 2027
3. Surat Izin Praktik Perawat (SIPP) berlaku apabila Izin Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tercantum di atas masih berlaku.
4. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Surabaya, 1 Maret 2022

a.n WALIKOTA SURABAYA,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu



Dewi Soeriyawati, ST. MT
Pembina
NIP. 197405132001122001



Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya;
3. Organisasi Profesi.

MAJELIS TENAGA KESEHATAN INDONESIA
(THE INDONESIAN HEALTH PROFESSION BOARD)

SURAT TANDA REGISTRASI PERAWAT
REGISTRATION CERTIFICATION OF NURSE

NOMOR REGISTRASI
REGISTRATION NUMBER : 16 01 7 1 1 22-4174998

NAMA
NAME : Fachrozi

TEMPAT / TANGGAL LAHIR
PLACE / DATE OF BIRTH : Lamongan, 24 April 1972

JENIS KELAMIN
SEX : Laki-Laki
Male

NOMOR IJAZAH
CERTIFICATE NUMBER : 073139/19040333/II/Ns/2021

TANGGAL LULUS
DATE OF GRADUATION : 23 Februari 2021

PERGURUAN TINGGI
UNIVERSITY : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Jombang

KOMPETENSI
COMPETENCE : Ners
Bachelor Nurse

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI
COMPETENCE CERTIFICATION NUMBER : 0731391490120210118

STR BERLAKU SAMPAI
VALID UNTIL : 24 April 2027



Jakarta, 7 Februari 2022

a.n. Menteri Kesehatan

KETUA MAJELIS TENAGA KESEHATAN INDONESIA
CHAIRMAN OF INDONESIAN HEALTH PROFESSION BOARD



Drs. Sulistiono, SKM, M.Sc

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) BSSN, dinyatakan sah secara hukum dan tidak diperlukan legalisir



Sekretariat KTKI - ktki.kemkes.go.id

No. Seri Ijazah : 073139 / 18 03 0028 / III / S.Kep / 2020
PIN / NIK : 142012020000128 / 3578102404720001



No. 000 1417

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HUSADA

IJAZAH

Memberikan kepada : Fachrozi
Tempat Tanggal Lahir : Lamongan, 24 April 1972
NPM : 2018.03.0028
Tahun Masuk : 2018
Program Pendidikan : Sarjana (S-1)
Jurusan / Program Studi : Ilmu Keperawatan
Tanggal Kelulusan : 17 Maret 2020
Status : SK. Dirjen Dikti No. 234 / D / O / 2006
Terakreditasi LAM-PTKes No. 0626/ LAM-PTKes/ Akr/ Sar/ VI/ 2016
Terakreditasi BAN-PT Nomor : 2730/SK/BAN-PT/Akred/PT/VIII/2017

PENGESAHAN
Telah diperiksa kebenarannya
dan sesuai dengan aslinya
Jombang, _____
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Husada Jombang
KETUA

Dra. Hj. Soeljah Hadi, M.Kes., MM
NPP. 010201001

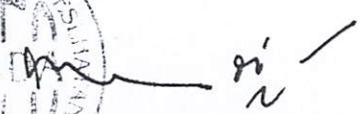
Ijazah ini diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi semua persyaratan yang ditentukan, dan kepadanya dilimpahkan segala hak dan kewajiban yang berhubungan dengan Ijazah yang dimilikinya, serta berhak memakai gelar akademik SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

WAKIL KETUA I


dr. Hany Puspita Aryani, MM., M.Kes
NPP. 010801059



Jombang, 24 Maret 2020

KETUA

Dra. Hj. Soeljah Hadi, M.Kes., MM
NPP. 010201001