

Surabaya, 02 Januari 2025

Perihal : Permohonan Proses Kredensial / Re-Kredensial
Lampiran : Bendel

Yth. DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
Di Tempat

Dengan Hormat,

Bersamaan dengan ini, saya menyampaikan permohonan proses Kredensial / Re-Kredensial di Rumah Sakit Mata Undaan dengan data sebagai berikut:

Nama : GHEA MONICA HAPSARIDEWI REINNAMA, A.Md.Farm
Tempat/tanggal lahir : MALANG, 30 JANUARI 1997
Lulusan : AKADEMI FARMASI PUTRA INDONESIA MALANG TAHUN 2020
Alamat : ASRAMA YON ARMED 1/105 SINGOSARI KABUPATEN MALANG

sebagai bahan pertimbangan, berikut saya lampirkan :

1. Fotocopi Ijazah
2. Fotocopi STR
3. Fotocopi SIKP

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

Hormat Saya,



___ GHEA MONICA HAPSARIDEWI REINNAMA, A.Md.Farm___

Tembusan :
1. Ka. Instalasi

Form Pengajuan Kredensial / Re-Kredensial

A. IDENTITAS NAKESLA

Nama Pemohon : GHEA MONICA HAPSARIDEWI REINNAMA, A.Md.Farm
Tempat/ Tanggal Lahir : MALANG, 30 JANUARI 1997
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Alamat : ASRAMA YON ARMED 1/105 SINGOSARI KABUPATEN MALANG
Telepon : - HP : 085731432058
Email :

B. DATA PENDIDIKAN

Institusi Pendidikan : AKADEMI FARMASI PUTRA INDONESIA MALANG TAHUN 2020
Jurusan/Program : D3 FARMASI
Nomor Ijazah : 4840120000570
Tanggal Lulus : 22 OKTOBER 2020
STR : IR00001363821448
SIPP : 500.16.7.2/893/B/SIPTTK/436.7.15/2024

C. DATA PEKERJAAN

Unit kerja : INSTALASI FARMASI
Jabatan : TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN
Level Kompetensi :

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

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

E. INFORMASI KREDENSIALING INDIVIDU

a. Apakah anda pernah dilakukan kredensialing sebelumnya ? jika Ya, tulikan 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

.....
.....

c. Apakah kewenangan klinis anda pernah:

• Dikurangi

Ya

Tidak

• Dibekukan

Ya

Tidak

• dicabut

Ya

Tidak

Jika Ya, tuliskan kapan hal tersebut terjadi

F. Tuliskan program pengembangan profesional berkelanjutan (CPD) bagi nakesla 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



**RS MATA
UNDAAN**

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 :

GHEA MONICA HAPSARIDEWI REINNAMAH, A.Md.Farm

Tanggal :

02/JANUARI/2025

H. MENGETAHUI

TTD Kepala Instalasi :

Nama Jelas :

Apt. Antonius Bayu Wibowo S.Farm

Tanggal :

02/ JANUARI/2025

Nomor Ijazah Nasional : 484012020000570

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
AKADEMI FARMASI PUTRA INDONESIA MALANG**

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.00.06.1.1.1950 Tanggal 23 Juni 1997
Terakreditasi "B" Berdasarkan Surat Keputusan Nomor : 0355/LAM-PTKes/Akr/Dip/V/2018 Tanggal 26 Mei 2018

I J A Z A H

Diberikan kepada :

N a m a : **GHEA MONICA HAPSARI DEWI REINNAMAH**
Tempat dan tanggal lahir : **Malang, 30 Januari 1997**
Nomor Induk Mahasiswa : **AKF17163**
NIK : **3507247001970002**
Tahun masuk : **2017**

telah menyelesaikan dengan baik dan memenuhi segala persyaratan pendidikan pada Program Studi

DIPLOMA III AKADEMI FARMASI

sehingga kepadanya diberikan gelar

AHLI MADYA FARMASI (A.Md.Farm.)

beserta segala hak dan kewajiban yang melekat pada gelar tersebut.

Diberikan pada tanggal tiga bulan September tahun dua ribu dua puluh.



Wakil Direktur I
Bidang Pembelajaran dan Kemahasiswaan

apt. ENDANG SUSIOWATI, S.Si., M.Farm-Klin.
NIDN. 0728036806



Malang, 22 Oktober 2020
Direktur

Dr. apt. BIARA SUBCHAN AGUS SANTOSO, M.Farm.
NIDN. 0722086701

KONSIL TENAGA KESEHATAN INDONESIA
THE INDONESIAN HEALTH WORKFORCE COUNCIL

SURAT TANDA REGISTRASI TENAGA VOKASI FARMASI
REGISTRATION CERTIFICATE OF PHARMACY VOCATIONAL

NOMOR REGISTRASI : IR00001363821448
REGISTRATION NUMBER

NAMA : Ghea Monica Hapsaridewi R
NAME

TEMPAT / TANGGAL LAHIR : Malang, 30 Januari 1997
PLACE / DATE OF BIRTH

JENIS KELAMIN : Perempuan
SEX Female

SERTIFIKAT PROFESI/IJAZAH : 484012020000570
PROFESSION CERTIFICATE NUMBER

TANGGAL LULUS : 3 September 2020
DATE OF GRADUATION

PERGURUAN TINGGI : Akademi Farmasi Putera Indonesia Malang
UNIVERSITY

KOMPETENSI : Ahli Madya Farmasi
COMPETENCE Associate's Degree Of Pharmacy

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI : 2020.028-156/UKTTK
CERTIFICATE OF COMPETENCE NUMBER

BERLAKU HINGGA : Seumur Hidup
VALID UNTIL Lifetime



Jakarta, 17 Juli 2024

a.n. Menteri Kesehatan

On behalf of the Minister of Health

KETUA KONSIL KEFARMASIAN

Head of Pharmacy Council



Dr. apt. Priyanto, M.Biomed
Registrar

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

This document has been signed electronically using an electronic certificate issued by the National Cyber and Crypto Agency (BSSN) declared legally valid and no legalization is required.



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 TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK)
NOMOR : 500.16.7.2 / 893 / B / SIPTTK / 436.7.15 / 2024

Berdasarkan :

1. Peraturan Pemerintahan Nomor 51 Tahun 2009 tentang tentang Pekerjaan Kefarmasian
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian
3. Surat Edaran Nomor HK.02.02/MENKES/24/2017 Tahun 2017 tentang tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016
4. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 24 Tahun 2024 tentang tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Walikota Surabaya Nomor 52 Tahun 2023 tentang Perizinan dan Non Perizinan di Kota Surabaya
5. Persetujuan Teknis Dinas Kesehatan
Nomor : -
Tanggal : -

Dengan ini memberikan Izin Baru Praktik Teknis Kefarmasian - SIPTTK ke I kepada :

Nama Lengkap : GHEA MONICA HAPSARIDEWI R
Tempat / Tanggal Lahir : MALANG, 30 Januari 1997
Alamat KTP : ASRAMA YON ARMED 1/105 MALANG
Alamat Domisili : KALIANYAR WETAN I NO 17 SURABAYA
Nomor STRTTK : IR00001363821448
Masa berlaku STRTTK sampai : _____

Untuk melakukan praktik di :
Nama Fasyankes : RS MATA UNDAAN
Alamat Fasyankes : JL. UNDAAN KULON NO. 17 - 19 SURABAYA
Waktu Praktik : Sesuai Jadwal Shift Senin - Sabtu Shift 1 : 07.00 - 14.00 WIB Shift 2 :
14.00 - 21.00 WIB Minggu : Libur
Masa berlaku SIPTTK : sejak tanggal dikeluarkan sampai dengan **9 Desember 2029**

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas kefarmasian harus mengikuti standar dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPTTK ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPTTK.
3. Apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.



Dikeluarkan di : Surabaya
Pada Tanggal : **9 Desember 2024**

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



LASIDI, S.T., M.T.

Pembina

NIP. 197612252006041013

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan
2. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan
3. Ketua Komite Farmasi Nasional
4. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
6. Organisasi Profesi