

Surabaya, 03 Januari 2024

Perihal : Permohonan Proses Kredensial / Re-Kredensial
Lampiran : 1 Bendel

Yth. Direktur RS 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 : Putri Aulia Adiansyah
Tempat/tanggal lahir : Surabaya, 20 Mei 2001
Lulusan : D3 Refraksi Optisi
Alamat : Muteran 1/10 RT. 01 RW. 08, Kel. Krembangan Utara, Kec. Pabean Cantian, Surabaya

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,



Putri Aulia Adiansyah

Tembusan :

- Ka. Instalasi

Form Pengajuan Kredensial / Re-Kredensial

A. IDENTITAS NAKESLA

Nama Pemohon : Putri Aulia Adiansyah
Tempat/ Tanggal Lahir : Surabaya, 20 Mei 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Muteran 1/10 RT. 01 RW. 08, Kel. Krembangan Utara, Kec. Pabean
Cantian, Surabaya.
Telepon : - HP : 085232277428
Email : adiansyahputri@gmail.com

B. DATA PENDIDIKAN

Institusi Pendidikan :
Jurusan/Program : D3 Refraksi Optisi
Nomor Ijazah : 114042022000343
Tanggal Lulus : 06 September 2022
STR : 16 05 5 2 1 23-4586475
SIPP : 400.7.5.4 / 33196 / 0307 / I / SIKRO / 436.7.2 / 2023

C. DATA PEKERJAAN

Unit kerja : Rawat jalan
Jabatan : Refraksionis Optisien
Level Kompetensi :

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

- Kredensial
 Re-Kredensial
 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

c. Apakah kewenangan klinis anda pernah:

- | | | | | |
|-------------|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| • Dikurangi | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |
| • Dibekukan | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |
| • dicabut | <input type="checkbox"/> | ya | <input type="checkbox"/> | 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.

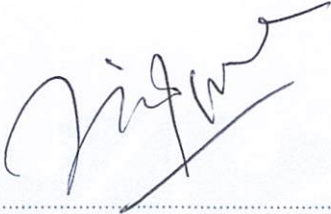
Nama CPD	Institusi Penyelenggara	Waktu & berapa lama	SKP	Kompetensi yang telah dicapai	Bukti fisik

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 : Putri Aulia Adriansyah
 Tanggal : 03 / 01 / 2024

H. MENGETAHUI

TTD Kepala Instalasi : 
 Nama Jelas : SITI LAELY ROCHMAH
 Tanggal : 03 / 01 / 2024



AKADEMI REFRAKSI OPTISI SURABAYA
(AROS)

Memberikan kepada : **PUTRI AULIA ADIANSYAH**
Tempat, Tanggal Lahir : **Surabaya, 20 Mei 2001**
N.I.M : **19003**
N.I.K : **3578126005010003**
Tahun Masuk : **2019**
Program Pendidikan : **Diploma III**
Program Studi : **Refraksi Optisi**
No. SK LAM PTKes : **0373/LAM-PTKes/Akr/Dip/xi/2020**
Tanggal Kelulusan : **06 September 2022**

Ijazah ini diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi semua persyaratan yang ditentukan,
dan kepadanya diimpahkan segala hak dan kewajiban yang berhubungan dengan ijazah yang dimilikinya,
serta berhak menyandang gelar vokasi **Ahli Madya Refraksi Optisi (A.Md.RO)**

Wakil Direktur I Bidang Akademik

Farid Yusuf, A.Md.RO.,S.K.M



Surabaya, 23 November 2022

Direktur

dr. Aminoe, sp.M

KONSIL TENAGA KESEHATAN INDONESIA
THE INDONESIAN HEALTH WORKFORCE COUNCIL

SURAT TANDA REGISTRASI OPTOMETRIS
REGISTRATION CERTIFICATE OF OPTOMETRIST

NOMOR REGISTRASI : 16 05 5 2 1 23-4586475
REGISTRATION NUMBER

NAMA : Putri Aulia Adiansyah
NAME

TEMPAT / TANGGAL LAHIR : Surabaya, 20 Mei 2001
PLACE / DATE OF BIRTH

JENIS KELAMIN : Perempuan
SEX Female

NOMOR IJAZAH/SERTIFIKAT PROFESI : 114042022000343
DIPLOMA/PROFESSION CERTIFICATE NUMBER

TANGGAL LULUS : 6 September 2022
DATE OF GRADUATION

PERGURUAN TINGGI : Akademi Refraksi Optisi Surabaya
UNIVERSITY

KOMPETENSI : Refraksionis Optisien
COMPETENCE Optometrist Diploma

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI : 0740811140420220065
CERTIFICATE OF COMPETENCE NUMBER

BERLAKU HINGGA : 20 Mei 2028
VALID UNTIL



Jakarta, 18 Januari 2023
KETUA KONSIL KETEKNISIAN MEDIS
Head of Medical Technician Council



Zaeni Dahlan, S.Si.T., MPH
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 KERJA REFRAKSIONIS OPTISIEN atau OPTOMETRIS (SIKRO)
NOMOR : 500.16.7.2 / 58 / B / SIKRO / 436.7.15 / 2023

Berdasarkan :

1. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 52 Tahun 2023, tentang tentang Perizinan dan Non Perizinan di Kota Surabaya
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013, tentang tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris
3. Persetujuan Teknis dari Dinas Kesehatan
Nomor : 400.7.5.4 / 33196 / 0307 / I / SIKRO / 436.7.2 / 2023
Tanggal : 12 Desember 2023

Dengan ini Memberikan Surat Izin Kerja Refraksionis atau Optometris kepada :

PUTRI AULIA ADIANSYAH

Tempat / Tgl. Lahir : SURABAYA / 20 Mei 2001
Alamat KTP : MUTERAN 1/10 SURABAYA
Alamat Domisili : MUTERAN 1/10 SURABAYA
Nomor STR : 16 05 5 2 1 23-4586475
Lulusan : DIPLOMA 3 AKADEMI REFRAKSI OPTISI SURABAYA

Untuk menjalankan pekerjaan sebagai Refraksionis Optisien dan dan Optometris di :

Nama Fasyankes I : RS MATA UNDAAN
Alamat Fasyankes : JL. UNDAAN KULON NO.19, PENELEH, KEC. GENTENG, KOTA SBY,
JAWA TIMUR
Jabatan : PELAKSANA TEKNIS OPTIKAL

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati Peraturan Perundangan yang berlaku dan Standar Profesi Refraksionis Optisien dan Optometris.
2. Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien dan Optometris (SIKRO/SIKO) berlaku sejak tanggal dikeluarkan sampai dengan : 20 Mei 2028
3. Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien dan Optometris (SIKRO/SIKO) berlaku apabila izin Sarana Pelayanan Kesehatan yang tercantum di atas masih berlaku.
4. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya



Surabaya, 12 Desember 2023

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



M. Afghani Wardhana S.SE, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 196405051992031009

Tembusan :

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