

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 checked="" type="checkbox"/> | Tidak |
| • Dibekukan | <input type="checkbox"/> | Ya | <input checked="" type="checkbox"/> | Tidak |
| • dicabut   | <input type="checkbox"/> | ya | <input checked="" type="checkbox"/> | Tidak |

Jika Ya, tuliskan kapan hal tersebut terjadi .....

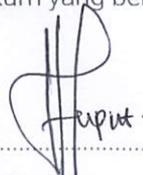
F. Tuliskan program pengembangan profesional berkelanjutan (CPD) bagi nakesla yang anda ikuti dalam 3 tahun terakhir, yang terkait dengan kewenangan klinis yang diajukan.

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 :

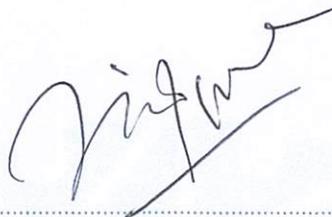


Nama Jelas : Putri Aulia Adriansyah

Tanggal : 03 / 01 / 2024

H. MENGETAHUI

TTD Kepala Instalasi :



Nama Jelas : SITI LAELY ROCHMAH

Tanggal : 03 / 01 / 2024

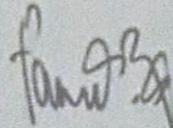


**AKADEMI REFRAKSI OPTISI SURABAYA**  
**( AROS )**

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)**

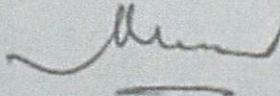
Wakil Direktur I Bidang Akademik

  
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.