

Surabaya, 15 Maret 2023

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 : Talitha Khansa Nabila  
Tempat/tanggal lahir : Surabaya, 21 September 1999  
Lulusan : D3 Refraksi Optisi  
Alamat : Jl. Welirang N-15 Kepuh Permai Waru, Sidoarjo

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,



Talitha Khansa Nabila

Tembusan :

- Ka. Instalasi

Form Pengajuan Kredensial / Re-Kredensial

A. IDENTITAS NAKESLA

Nama Pemohon : Talitha Khansa Nabila  
Tempat/ Tanggal Lahir : Surabaya, 21 September 1999  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Welirang N-15 Kepuh Permai Waru, Sidoarjo  
Telepon : - HP : 08985212034  
Email : litanabila99@gmail.com

B. DATA PENDIDIKAN

Institusi Pendidikan : Akademi Refraksi Optisi Leprindo Jakarta  
Jurusan/Program : D3 Refraksi Optisi  
Nomor Ijazah : 114042021001252  
Tanggal Lulus : 03 Oktober 2021  
STR : 16 05 5 2 1 22-4264548  
SIPP : 503.446/1893/0284/ 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  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
Strategi Penatalaksanaan Penglihatan Binokuler Abnormal di Ranah Optometris	IROPIN	4 Maret 2023	1 SKP		
Tehnik Pemeriksaan Phoria dengan Trial Lens	IROPIN	18 FEBRUARI 2023	1 SKP		

G. PERNYATAAN

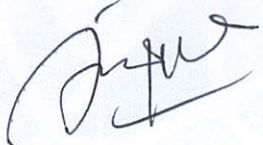
Saya menyatakan bahwa segala hal yang tertulis didalam dokumen ini adalah benar adanya. Apabila dikemudian hari terbukti ada hal yang tidak benar maka saya bersedia menanggung segala konsekuensi sesuai dengan aturan hukum yang berlaku.

Tanda Tangan : 

Nama Jelas : Talitha Khansa Nabila

Tanggal : 15 / 03/ 2023

H. MENGETAHUI

TTD Kepala Instalasi : 

Nama Jelas : SITI LAELY ROCHMAH

Tanggal : 15 / 03 / 2023

No. Ijazah : 114042021001252  
Certificate Number

Nomor Seri : 000707  
Serial Number



**AKADEMI REFRAKSI OPTISI LEPRINDO JAKARTA**  
*Academy of Optometry Leprindo Jakarta*

**IJAZAH**  
Certificate

Ijazah diberikan kepada  
This Certificate given to

**Talitha Khansa Nabila**

Tempat dan Tanggal Lahir : Surabaya, 21 September 1999  
*Place and Date of Birth*  
Nomor Induk Mahasiswa (NIM) : 18152  
*Student Registration Number*  
Jenjang Pendidikan : Diploma III  
*Level of Education*  
Program Studi : Optometri  
*Study Program*  
Tanggal Kelulusan : 03 Oktober 2021  
*Date of Graduation*

Ijazah ini diserahkan setelah yang bersangkutan memenuhi semua persyaratan yang ditentukan dan dilimpahkan segala wewenang dan hak yang berhubungan dengan ijazah yang dimilikinya, serta berhak memakai gelar akademik : Ahli Madya Kesehatan (A.Md. Kes) and the right pertaining to that degree and entitle to hold the academic degree : Diploma of Optometrist



Jakarta, 06 Desember 2021



DIREKTUR  
Director

Dian Lilla Sari, A.Md.RO.,S.Pd.,M.Kes

NIDN : 0319126402

MAJELIS TENAGA KESEHATAN INDONESIA  
(THE INDONESIAN HEALTH PROFESSION BOARD)

**SURAT TANDA REGISTRASI PROFESI OPTOMETRIS**  
**REGISTRATION CERTIFICATION OF OPTOMETRIST**

NOMOR REGISTRASI : 16 05 5 2 1 22-4264548  
REGISTRATION NUMBER

NAMA : Talitha Khansa Nabila  
NAME

TEMPAT / TANGGAL LAHIR : Surabaya, 21 September 1999  
PLACE / DATE OF BIRTH

JENIS KELAMIN : Perempuan  
SEX Female

NOMOR IJAZAH : 114042021001252  
CERTIFICATE NUMBER

TANGGAL LULUS : 3 Oktober 2021  
DATE OF GRADUATION

PERGURUAN TINGGI : Akademi Refraksi Optisi Leprindo Jakarta  
UNIVERSITY

KOMPETENSI : Refraksionis Optisien  
COMPETENCE Optometrist Diploma

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI : 0342371140420210004  
COMPETENCE CERTIFICATION NUMBER

STR BERLAKU SAMPAI : 21 September 2027  
VALID UNTIL



**Jakarta, 18 April 2022**

a.n. Menteri Kesehatan

**KETUA MAJELIS TENAGA KESEHATAN INDONESIA**  
**CHAIRMAN OF INDONESIAN HEALTH PROFESSION BOARD**



Dr. Ida Bagus Indra Gotama, SKM, M.Si

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





**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 : 503.446 / 1 / B / SIKRO / 436.7.15 / 2023**

Berdasarkan :

1. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 41 Tahun 2021, tentang tentang Perizinan Berusaha, Perizinan Non Berusaha dan Pelayanan Non Perizinan
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2013, tentang tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometris
3. Persetujuan Teknis dari Dinas Kesehatan  
Nomor : 503.446 / 1893 / 0284 / I / SIKRO / 436.7.2 / 2023  
Tanggal : 18 Januari 2023

Dengan ini Memberikan Surat Izin Kerja Refraksionis atau Optometris kepada :

**TALITHA KHANSA NABILA**

Tempat / Tgl. Lahir : SURABAYA / 21 September 1999  
Alamat KTP : JL WELIRANG N-15 KEPUH PERMAI WARU SIDOARJO  
Alamat Domisili : JL WELIRANG N-15 KEPUH PERMAI WARU SIDOARJO  
Nomor STR : 16 05 5 2 1 22-4264548  
Lulusan : DIII REFRAKSI OPTISI AKADEMI REFRAKSI OPTISI LEPRINDO  
Untuk menjalankan pekerjaan sebagai Refraksionis Optisien dan dan Optometris di :  
Nama Fasyankes I : RS MATA UNDAAN SURABAYA  
Alamat Fasyankes : JL UNDAAN KULON NO 19 SURABAYA  
Jabatan : PELAKSANA TEKNISI 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 : 21 September 2027
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, 18 Januari 2023  
a.n WALIKOTA SURABAYA,  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu



**DEWI SOERİYAWATI, ST. MT**  
Pembina Tingkat I  
NIP.197405132001122001