

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

.15 MARET 2023.....

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 :

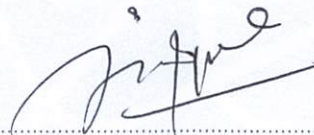


Nama Jelas : Talitha Khansa Nabila

Tanggal : 08 / 03 / 2024

H. MENGETAHUI

TTD Kepala Instalasi :



Nama Jelas : SITI LAELY ROCHMAH

Tanggal : 08 / 03 / 2024

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
Place and Date of Birth

: Surabaya, 21 September 1999

Nomor Induk Mahasiswa (NIM)
Student Registration Number

: 18152

Jenjang Pendidikan
Level of Education

: Diploma III

Program Studi
Study Program

: Optometri

Tanggal Kelulusan
Date of Graduation

: 03 Oktober 2021

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 Lina 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