

Surabaya, 21 Oktober 2020

Nomor : 13/RSMU/KOMWAT/X/2020
Lampiran : 2 Bendel
Perihal : Rekomendasi Kewenangan Klinis Staf Keperawatan

Yth. Direktur RS Mata Undaan
Di Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RS Mata Undaan serta hasil pelaksanaan kredensial staf keperawatan, maka kami sampaikan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan atas nama Alfilia Mariana, S.Kep. Rekomendasi dan rincian kewenangan klinis tersebut sebagai dasar pemberian kewenangan klinis oleh Direktur kepada staf keperawatan. Adapun rekomendasi dan rincian kewenangan klinis staf keperawatan atas nama Alfilia Mariana, S.Kep. terlampir pada surat ini.

Demikian surat ini kami sampaikan dan atas kerja sama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,
Ketua Komite Keperawatan,



Fachrozi, S.Kep.

REKOMENDASI KEWENANGAN KLINIS
NOMOR : 12/RSMU/KOMWAT/X/2020

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fachrozi, S.Kep.
Jabatan : Ketua Komite Keperawatan RS Mata Undaan
Alamat : Jl. Undaan Kulon No. 19 Surabaya

Dengan ini memberikan rekomendasi kepada :

Nama : Alfilia Mariana, S.Kep.
Jabatan : Perawat Pelaksana
Alamat : Jln. Kalijudan IX gang Kusuma No. II, Surabaya

Bahwa yang bersangkutan mempunyai kewenangan klinis melakukan pelayanan asuhan keperawatan di bidang keperawatan di RS Mata Undaan (Kompetensi terlampir).

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di Surabaya
Pada tanggal 21 Oktober 2020
Ketua Komite Keperawatan
RS Mata Undaan Surabaya,



Fachrozi, S.Kep.

REKOMENDASI ASESOR

| | | |
|--|--|--|
| DISETUJUI | | TIDAK DISETUJUI |
| KOMPETEN (Berwenang Penuh) | DENGAN SUPERVISI | |
| Tanggal : 5 Oktober 2020 | | |
| Catatan : - | | |
| Mengetahui Ketua Komite Keperawatan  (Fachrozi, S.Kep.) | Asesor 1  (Siti Laely Rohmah, S.Kep.,Ns) | Asesor 2  (Nenny Nayulita, S.Kep., Ns) |



RINCIAN KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)
STAF KEPERAWATAN PERAWAT PK II
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
No. 11/RSMU/KOMWAT/X/2020

Nama :
Alfilia Mariana, S.Kep.

Unit Kerja :
Kamar Bedah

Tanda Tangan :

Saya menyatakan bahwa saya kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan dengan prosedur teknis seperti tercantum dibawah ini dengan bagian dari kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) berdasarkan status kesehatan saat ini. Pendidikan dan pelatihan yang telah saya jalani serta pengalaman yang saya miliki.

Sertifikasi

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--|---|
| Pendidikan Formal : Perawat | No.Ijazah 045/2008 | Tanggal dikeluarkan : 20 Agustus 2008 | Instansi (tempat ijazah dikeluarkan) AKPER Universitas Muhammadiyah Ponorogo |
|--------------------------------|-----------------------|--|---|

Sertifikat Seminar/Pelatihan/Workshop (3 th terakhir) Terlampir

Surat Tanda Registrasi

No. P2T/4084/03.02/02/VIII/2018

Berlaku Hingga Tanggal :
20 Agustus 2018 sd 12 September 2023

Surat Izin Kerja Perawat

No. 503.446/6967/SIKP/436.7.2/2018

Berlaku Hingga Tanggal :
6 Oktober 2018 sd 12 September 2023

Petunjuk :

Untuk Perawat :

Tuliskan kode untuk perawat menurut permintaan sejawat sesuai daftar " Kode untuk Perawat" yang tersedia. Setiap kategori yang ada dan / atau Kewenangan Klinis yang diminta harus tercantum kodenya. Pengisian harus lengkap untuk seluruh Kewenangan Klinis yang tercantum. Tanda tangan dicantumkan pada akhir bagian 1 (Kewenangan Klinis). Jika terdapat revisi atau perbaikan, setelah daftar Kewenangan Klinis ini disetujui, maka harus mengisi kembali formulir yang baru.

Untuk Asesor :

Mohon melakukan telaah pada setiap kategori dan Kewenangan Klinis yang diminta oleh setiap perawat sesuai dengan kode yang tersedia. Cantumkan persetujuan yang tersedia. Persetujuan Asesor kepada Komite Keperawatan untuk pemberian penugasan klinis (*clinical appointment*) dari Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Kode untuk Perawat :

1. Kompeten
2. Memerlukan Supervisi
3. Belum Kompeten

Kode untuk Asesor:

1. Disetujui berwenang penuh
2. Disetujui di bawah supervisi
3. Tidak disetujui, karena belum kompeten

Bagian I. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Kategori Kewenangan

Kewenangan klinis diberikan untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Mata Undaan berdasarkan pada pelayanan asuhan keperawatan yang dibutuhkan pasien.

| Jenis Pelayanan | Diminta (Penilaian Diri Perawat Secara Mandiri) | Rekomendasi dari Asesor |
|---|--|----------------------------|
| Kewenangan Klinis (<i>Clinical Privilege</i>) | | |
| A. Mandiri | | |
| 1. Memenuhi Kebutuhan Kebersihan Diri & Lingkungan | | |
| a. Memfasilitasi pasien mandi di tempat tidur | 1 | 1 |
| b. Menyisir rambut pasien | 1 | 1 |
| c. Menyiapkan tempat tidur | 1 | 1 |
| d. Mengganti alat tenun | 1 | 1 |
| e. Mengganti alat tenun dengan pasien di atasnya | 1 | 1 |
| f. Membersihkan meja pasien | 1 | 1 |
| g. Membersihkan alat – alat perawatan | 1 | 1 |
| 2. Melaksanakan tindakan untuk menjaga keselamatan diri | | |
| a. Cuci tangan di air mengalir dengan sabun | 1 | 1 |
| b. Cuci tangan berbasis alkohol (Handrub) | 1 | 1 |
| 3. Memfasilitasi Pemenuhan kebutuhan nutrisi per oral | | |
| a. Membantu pasien makan / minum melalui mulut | 1 | 1 |
| 4. Menggunakan langkah / tindakan aman untuk mencegah cedera pada pasien | | |
| a. Assesment pasien resiko jatuh | 1 | 1 |
| b. Memasang gelang identitas | 1 | 1 |
| c. Melakukan pencegahan pasien jatuh | 1 | 1 |
| d. Penanganan pasien resiko jatuh | 1 | 1 |
| e. Penanganan pasien jatuh | 1 | 1 |
| 5. Memenuhi kebutuhan eliminasi urin | | |
| a. Menolong pasien buang air kecil di tempat tidur | 1 | 1 |
| b. Memasang kateter kondom | 1 | 1 |
| 6. Memindahkan pasien dari tempat tidur ke brankar dan sebaliknya | | |
| a. Memindahkan pasien dari tempat tidur ke brankar dan sebaliknya | 1 | 1 |
| b. Mobilisasi pasien miring kiri, kanan, berbaring dan tengkurap | 1 | 1 |
| c. Membantu mengantar pasien dengan kursi roda | 1 | 1 |
| 7. Mengukur tanda – tanda vital | | |
| a. Mengukur tekanan darah | 1 | 1 |
| b. Menghitung denyut nadi | 1 | 1 |
| c. Mengukur suhu badan | 1 | 1 |
| d. Menghitung respirasi / pernafasan | 1 | 1 |
| 8. Melaksanakan pengkajian keperawatan dan kesehatan yang sistematis | | |
| a. Melakukan Asuhan Keperawatan (Pengkajian, menetapkan Diagnosis Keperawatan, menetapkan intervensi dan melaksanakan tindakan keperawatan) | 1 | 1 |
| b. Menerima pasien baru | 1 | 1 |
| c. Memulangkan pasien | 1 | 1 |
| d. Menyusun SOAP | 1 | 1 |
| 9. Melakukan komunikasi interpersonal dalam melaksanakan tindakan keperawatan | | |
| a. Assesment pendidikan pasien dan keluarga | 1 | 1 |
| b. Pelaporan hasil/melaporkan hasil pemeriksaan kondisi pasien | 1 | 1 |
| c. Memberikan pendidikan kesehatan pengobatan (Edukasi) | 1 | 1 |
| d. Memberikan pendidikan kesehatan manajemen nyeri | 1 | 1 |

| | | |
|--|---|---|
| e. Pendidikan kesehatan dan edukasi | 1 | 1 |
| 10. Mempersiapkan pasien untuk prosedur diagnostik dan penatalaksanaan dengan mempergunakan sumber yang sesuai/tepat | | |
| a. Melakukan pemeriksaan visus dasar | 1 | 1 |
| b. Melakukan pemeriksaan tonometri schiottz | 1 | 1 |
| c. Melakukan pemeriksaan NCT | 1 | 1 |
| d. Pengambilan darah vena | 1 | 1 |
| e. Melakukan pemeriksaan gula darah | 1 | 1 |
| 11. Persiapan operasi mata | | |
| a. Mencukur bulu mata | 1 | 1 |
| b. Memberikan premedikasi | 1 | 1 |
| c. Serah terima pasien pre op | 1 | 1 |
| 12. Memasang dan menggunakan alat – alat medis | | |
| a. Memasang dan memeriksa EKG | 1 | 1 |
| b. Menggunakan Nebulezer | 1 | 1 |
| c. Menggunakan suction | 1 | 1 |
| 13. Membantu mengelola nyeri dengan tindakan tanpa bantuan obat | | |
| a. Memberikan manajemen nyeri / relaksasi | 1 | 1 |
| 14. Mengkomunikasikan informasi penting kepada anggota tim kesehatan tentang kondisi pasien | | |
| a. Komunikasi dengan SBAR dan Tulis Baca Konfirmasi (TULBAKON) | 1 | 1 |
| 15. Irigasi Mata | | |
| a. Melakukan Irigasi mata | 1 | 1 |
| 16. Memenuhi kebutuhan spiritual | | |
| a. Menyiapkan pelayanan bimbingan rohani | 1 | 1 |
| | | |
| B. Kolaborasi | | |
| 17. Memenuhi Kebutuhan Pemberian Obat Yang Aman Dan Tepat | | |
| a. Memberikan obat per oral | 1 | 1 |
| b. Memberikan obat per IV langsung | 1 | 1 |
| c. Memberikan obat per IV tidak langsung | 1 | 1 |
| d. Memberikan obat per IM | 1 | 1 |
| e. Memberikan obat per SC | 1 | 1 |
| f. Memberikan obat per IC | 1 | 1 |
| g. Memberikan obat melalui rectal | 1 | 1 |
| h. Memberikan obat tetes dan salep mata | 1 | 1 |
| 18. Mengelola pemberian terapi melalui pembuluh darah vena | | |
| a. Memasang infus | 1 | 1 |
| b. Melepas infus | 1 | 1 |
| c. Memasang venflon | 1 | 1 |
| 19. Memfasilitasi pemenuhan oksigen | | |
| a. Pemberian oksigen nasal / kanule | 1 | 1 |
| b. Pemberian oksigen masker | 1 | 1 |
| 20. Memenuhi kebutuhan eliminasi urin | | |
| a. Memasang kateter urin | 1 | 1 |
| 21. Memberikan bantuan hidup lanjut | | |
| a. Resusitasi Jantung Paru (RJP) | 1 | 1 |
| | | |
| C. Khusus Kompetensi Perawat Kamar Bedah | | |
| 1. Perawat Sirkulair | | |
| a. Identifikasi Pasien | 1 | 1 |
| b. Melakukan assesmen keperawatan bedah | 1 | 1 |
| c. Menegakkan diagnose keperawatan bedah | 1 | 1 |
| d. Merencanakan tindakan keperawatan bedah | 1 | 1 |
| e. Melakukan implementasi keperawatan bedah | 1 | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| f. Melakukan evaluasi keperawatan bedah | 1 | 1 |
| g. Mendokumentasikan semua asuhan keperawatan pada status rekam medis | 1 | 1 |
| h. Mengecek kelengkapan rekam medis sebelum pasien masuk ruang operasi | 1 | 1 |
| i. Melihat keadaan pasien sebelum pasien masuk ruang operasi | 1 | 1 |
| j. Memberikan edukasi pasien sebelum dilakukan pembedahan | 1 | 1 |
| k. Mengantar pasien masuk ke ruang operasi/memindahkan pasien ke meja operasi | 1 | 1 |
| l. Melakukan sign in | 1 | 1 |
| m. Melakukan time out | 1 | 1 |
| n. Melakukan sign out | 1 | 1 |
| o. Memindahkan pasien dari meja operasi ke brangkar atau kursi roda | 1 | 1 |
| p. Mengisi serah terima pasien pada status rekam medis pasien dan melakukan timbang terima dengan petugas sesuai pesanan dokter | 1 | 1 |
| 2. Perawat Instrumen | | |
| a. Asistensi operasi PE/IOL | 2 | 1 |
| b. Asistensi operasi SICS/TOL | 2 | 1 |
| c. Asistensi operasi ECCE/IOL | 2 | 1 |
| d. Asistensi operasi ICCE | 2 | 1 |
| e. Asistensi operasi Sclerafixasi | 3 | 1 |
| f. Asistensi operasi Iris Fixasi | 3 | 1 |
| g. Asistensi operasi Vitrectomy+Endolaser | 3 | 3 |
| h. Asistensi operasi Evacuasi silicon | 3 | 3 |
| i. Asistensi operasi Scleral Bucle + Cryo + Puncti | 3 | 3 |
| j. Asistensi operasi Injeksi Intravitreal | 2 | 1 |
| k. Asistensi operasi Trabeculectomy | 2 | 1 |
| l. Asistensi operasi Glaucoma Drainase Device (GDD) | 3 | 3 |
| m. Asistensi operasi Nidling | 2 | 1 |
| n. Asistensi operasi Eviscerasi/Eucleasi | 2 | 1 |
| o. Asistensi operasi Strabismus | 3 | 2 |
| p. Asistensi operasi Exterpasi Tumor | 3 | 2 |
| q. Asistensi operasi Perifer Iridectomy | 2 | 1 |
| r. Asistensi operasi Cyclo Cryo | 2 | 1 |
| s. Asistensi operasi Fornix repair | 3 | 2 |
| t. Asistensi operasi Exentrisi | 3 | 3 |
| u. Asistensi operasi Blepharoplasty | 3 | 2 |
| v. Asistensi operasi Exterpasi pterigium | 2 | 1 |
| w. Asistensi operasi Tarsotomy | 3 | 2 |
| x. Asistensi operasi Transcanal spoling | 2 | 1 |
| y. Asistensi operasi Exterpasi Corpus alineum | 2 | 1 |
| z. Asistensi operasi Exterpasi Cyste | 3 | 2 |
| aa. Asistensi operasi Dcryocystectomy | 3 | 3 |
| bb. Asistensi operasi Exterpasi Granuloma | 3 | 1 |
| cc. Asistensi operasi Exterpasi Lithiasis | 2 | 1 |
| dd. Paracenthesa Pus | 3 | 1 |
| ee. Asistensi operasi Pneumoretinopexy (retina) | 3 | 3 |
| ff. Asistensi operasi Cryopexy | 3 | 1 |
| gg. Asistensi operasi Incisi | 2 | 1 |
| hh. Asistensi operasi Symblepharectomy | 3 | 2 |
| ii. Asistensi operasi Conjunctiva Flap | 3 | 1 |
| jj. Asistensi operasi Transplantasi cornea | 3 | 3 |

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 21 Oktober 2020

Ka. Komite Keperawatan,



Fachrozi, S.Kep.

Ka. Sub Komite Kredensial,



Fajar Santoso, S.Kep.,Ns.



RSMATA
UNDAAN

Surabaya, 7 Oktober 2020

Perihal : Permohonan Proses Re-Kredensial
Lampiran : 4 Bendel

Yth. Kepala Bidang Keperawatan
Di Tempat

Dengan Hormat,

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

nama : ALFIA MARIANA
Tempat/tanggal lahir : PONOROGO 12 September 1986
lulusan : DIII Keperawatan
alamat : Jln. Kaligudan IX gang Kusuma no 11
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,

Alfia Marinn

Tembusan :
1. Ka. Instalasi

Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia

T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id

f Rumah Sakit Mata
Undaan Surabaya

rs.mataundaan

rsmataundaan.co.id

Form Pengajuan Kredensial / Rekredensial
A. IDENTITAS PERAWAT

Nama Pemohon : **ALFILIA MARIANA**
 Tempat/ Tanggal Lahir : **PONOROGO / 12 SEPTEMBER 1986**
 Jenis Kelamin : **PEREMPUAN.**
 Alamat : **Jln. Kaligvdan IX gang Kwuma no 11**
 Telepon : **HP: 083856564234**
 Email : **alfiligo@gmail.com**

B. DATA PENDIDIKAN

Institusi Pendidikan : **UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**
 Jurusan/Program : **KEPERAWATAN / D III**
 Nomor Ijazah : **045/2008**
 Tanggal Lulus : **13 AGUSTUS 2008**
 STR : **P2T / 4084 / 03.02 / 02 / UN / 2018**
 SIPP : **503.446 / 6967 / SIPK / 426.7.2 / 2018**

C. DATA PEKERJAAN

Unit kerja : **kamar operasi**
 Jabatan : **Perawat.**
 Level Kompetensi : **PK I / PK II / PK III / PK IV / PK V**

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

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Kredensial |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Re-Kredensial |
| <input type="checkbox"/> | 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 meenjelaskan kewenangan klinis anda? Jika Ya, tuliskan tanggal penugasan klinis dan nomor surat penugasan klinis

Ya Tidak

c. Apakah kewenangan klinis anda pernah:

- Dikurangi Ya
- Dibekukan Ya
- dicabut ya

- Tidak
- Tidak
- Tidak

Jika Ya, tuliskan kapan hal tersebut terjadi

F. Tuliskan program pengembangan profesional berkelanjutan (CPD) bagi perawat 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 |
|----------|-------------------------|---------------------|-----|-------------------------------|-------------|
| PP60 | Hipsabi & PONI | 3 hari | 3 | mampu membantu memenuhi B#D. | Sertifikat |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

Alfira Mariana (tulis dengan huruf cetak)

Tanggal

07/10/2020 (tanggal/bulan/tahun)

H. MENGETAHUI

TTD Kepala Instalasi



Nama Jelas

Zuci Sujanto (tulis dengan huruf cetak)

Tanggal

07/10/2020 (tanggal/bulan/tahun)

CATATAN ; FORMULIR PENGAJUAN DITUJUKAN KEPADA BIDANG KEPERAWATAN UNTUK DITERUSKAN KEPADA KOMITE KEPERAWATAN.

No.: 045/2008

No. 195750

MENGESAHKAN

Salinan/Foto copy sesuai dengan aslinya



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

IJAZAH

Diberikan kepada :

Asfia Mariana

Nama

N.I.M

05.054

Tempat dan Tgl. Lahir :

Ponorogo, 12 September 1986

telah dinyatakan lulus pada Program Pendidikan Diploma III (tiga) KEPERAWATAN

di Akademi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo

yang bersangkutan berhak menyanggah sebutan Ahli Madya Keperawatan dengan segala hak dan kewajibannya.



Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumberdaya Manusia Kesehatan

Kepala Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan



De Setiawan Soporan, IMA 1915

SI 12.140.091.966

Direktur

Abdur Umnuh Ponorogo



Siti Samudrah S.Kep.Ners..M.Kep.

SI 15.041.0150

Ponorogo, 20 Agustus 2008



NILK. 19791215 200302 12



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
UPT PELAYANAN PERIZINAN TERPADU**

Jl. Pahlawan No.116 Telp. (031) 3577691 - 3577692 Fax. (031) 3577693
Website : <http://p2t.jatimprov.go.id> Email : p2t@jatimprov.go.id
SURABAYA 60174

SURAT TANDA REGISTRASI PERAWAT

REGISTRATION CERTIFICATE OF HEALTH PROFESSION

| | |
|---|--|
| <u>NOMOR REGISTRASI</u> REGISTRATION NUMBER | : P2T/4084/03.02/02/VIII/2018 |
| <u>NAMA</u> NAME | : ALFILIA MARIANA, A.Md.Kep. |
| <u>TEMPAT / TANGGAL LAHIR</u> PLACE / DATE OF BIRTH | : PONOROGO, 12 September 1986 |
| <u>ALAMAT</u> ADDRESS | : DUKUH DESAN RT 001 RW 005 KELURAHAN PINTU KEC. JENANGAN KAB. PONOROGO |
| <u>JENIS KELAMIN</u> SEX | : PEREMPUAN |
| <u>NOMOR IJAZAH</u> CERTIFICATE NUMBER | : 045/2008 |
| <u>TANGGAL LULUS</u> DATE OF GRADUATION | : 20 Agustus 2008 |
| <u>PERGURUAN TINGGI</u> UNIVERSITY | : AKADEMI KEPERAWATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO |
| <u>KOMPETENSI</u> COMPETENCE | : PERAWAT |
| <u>NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI</u> COMPETENCE CERTIFICATION NUMBER | : - |
| <u>STR BERLAKU SAMPAI</u> VALID UNTIL | : 12 September 2023 |

Diterbitkan di Surabaya,
pada tanggal : 20 Agustus 2018



An. GUBERNUR JAWA TIMUR
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
Pelaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



SOLEH WARTADIPRADJA, MM
Pembina Utama Madya
NIP. 19580930 198603 1 016



Salinan / foto copy sesuai dengan aslinya
Surabaya,

20 AUG 2018



UNIT PELAKSANA TEKNIS
PELAYANAN PERIZINAN TERPADU

[Signature]

Drs. IMAD BASOEL, M.Si
Pembina
19600318 198603 1 027



PEMERINTAH KOTA SURABAYA

012189

DINAS KESEHATAN

Jl. Jemursari No. 197 Telp. (031) 8439473, 8439372, Fax. (031) 8473728
SURABAYA (60243)

SURAT IZIN KERJA PERAWAT (SIKP)

NOMOR : 503.446/6967/SIKP/436.7.2/2018

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02 / MENKES / 148 / I / 2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya memberikan Surat Izin Kerja (SIK) kepada :

ALFILIA MARIANA, A.Md. Kep.

Tempat / Tgl. Lahir : Ponorogo, 12 September 1986
Alamat Rumah : Jl. Undaan Peneleh II/8 Surabaya
Tempat Bekerja : RS. MATA UNDAAN SURABAYA
Alamat Tempat Bekerja : Jl. Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya
Nomor STR / SIP : P2T/4084/03.02/02/VIII/2018

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Men taati Peraturan Perundangan yang berlaku dan Standar Profesi Keperawatan
2. Surat Izin Kerja Perawat (SIKP) berlaku sejak tanggal dikeluarkan sampai dengan :
12 September 2023
3. Surat Izin Kerja Perawat (SIKP) berlaku apabila Izin Sarana Kesehatan yang tercantum di atas masih berlaku.
4. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.



Dikeluarkan di : Surabaya
Pada Tanggal : **06 Oktober 2018**

KEPALA DINAS

DINAS
KESEHATAN

drg. **Febria Rachmanita, MA**
Pembina Utama Muda
NIP.196502281992032008

Tembusan Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jatim;
2. Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Surabaya.



NO. EMT. PPGD 7764 2 16360

EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN (EMT) 118 SURABAYA



KEMENKUMHAM RI NOMOR : AHU - 0081239.AH.01.07. TAHUN 2016
AKTE NOTARIS NOMOR : 14 TAHUN 2016

HIMPUNAN PERAWAT GAWAT DARURAT DAN BENCANA INDONESIA (HIPGABI)
PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA (PPNI)

Sertifikat

Certificate

PENANGGULANGAN PENDERITA GAWAT DARURAT (PPGD)

Diberikan Kepada
This is to Certify That

ALFILIA MARIANA, A.Md.Kep

Sebagai PESERTA PELATIHAN / *As Participant*
Telah Menyelesaikan

Had Successfully Completed

PELATIHAN PENANGGULANGAN PENDERITA GAWAT DARURAT (PPGD)

Dengan Baik Sesuai Standar Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI)
dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jawa Timur

According to Standard of Indonesian National Nurses Association
and Nurses of Emergency and Disaster Association.

Diselenggarakan di / on **GEDUNG MANDIRI MANSION SURABAYA**

Di Kota / in **JL. KERTAJAYA INDAH NO.95 SURABAYA, TGL 28-30 SEPTEMBER 2018**

Masa Berlaku / valid thru **30 SEPTEMBER 2023**

Akreditasi DPW PPNI JATIM No: 1290/DPW.PPNI/SK/K.S/IX/2018

Peserta : 3 SKP



**EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN 118
SURABAYA**

Dr. Bambang Arjanto, dr.,Sp.B.,FINACS
Direktur Pelatihan / Course Director



SURABAYA, 30 SEPTEMBER 2018
DPW PPNI (PERSATUAN PERAWAT NASIONAL
INDONESIA) PROPINSI JAWA-TIMUR

Prof. Dr. H. Nursalam, M.Nurs (Hons)
Ketua / Chairman



Surabaya, 11 Oktober 2020

Nomor : 010/RSMU/YANKEP/X/2020
Lampiran : -
Perihal : Pengajuan Re-Kredensial

Kepada Yth :
Komite Keperawatan
Rumah Sakit Mata Undaan
Surabaya

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya perawat kami telah mendapatkan kompetensi tambahan sebagai perawat instrumen di kamar Operasi, maka kami mengajukan permohonan Re-kredensial guna mendapat kewenangan klinis dalam melaksanakan kompetensi sebagai perawat instrumen.

Adapun perawat kami yang mengajukan permohonan sebanyak 2 (dua) orang, antara lain :

| No. | Nama | Kualifikasi | Jabatan | STR | SIKP |
|-----|-------------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1. | Dian hadi Kuncoro | S1Kep.Ns | Perawat Pelaksana | 30 Juni 2025 | 30 Juni 2025 |
| 2. | Alfilia Mariana | Skep. | Perawat pelaksana | 12 September 2023 | 12 September 2023 |

Demikian pengajuan permohonan ini untuk bisa ditindaklanjuti, atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih

Hormat kami,

Kabid. Keperawatan

(YUNI IRAWATI, Skep.Ns)