|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | KEGIATAN PROFESIONAL FELLOWSHIP BEDAH REFRAKSI |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Daftar Kompetensi Diagnosis Bedah Refraksi** | | | | | | | | |
| No | Diagnosis | Jumlah Kasus/5 Thn | | **Jumlah** | | | | |
| **Thn….** | **Thn….** | **Thn….** | **Thn….** | **Thn….** |
| 1 | Kelainan refraksi terkait pilihan tindakan bedah refraktif | 1 | |  |  |  |  |  |
| \* Termasuk seleksi pasien biofisika laser, jenis laser, komplikasi laser |  |  |  |  |  |
| 2 | *IOL power calculation in special cases:* | 1 | |  |  |  |  |  |
| \* Termasuk pada *IOL exchange* dan *Piggyback* IOL |  |  |  |  |  |
| - Post *Laser Vision Correction* |  |  |  |  |  |
| - Post *Retinal Surgery* |  |  |  |  |  |
| - Post Keratoplasti |  |  |  |  |  |
| 3 | Melakukan dan membaca pakimetri, mikroskop endotel, topografi kornea terkomputasi | 1 | |  |  |  |  |  |
| \* Termasuk pemahaman *wavefront analysis* |  |  |  |  |  |
| **Total Kegiatan Diagnosis 5 Tahun** | | |  |  |  |  |  |  |
| **Nilai SKP 5 Tahun** | | |  |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SKP** | **Diagnosis Dalam 5 Tahun** | **Dokumen** |
| Kategori 1 (nilai 50) | 3-4 | * Surat verifikasi yang menunjukkan jumlah pasien dan operasi dari RS dan ditandatangani oleh komite medik / direktur/ ketua SMF. * Bagi yang berpraktek pribadi, verifikasi dilakukan oleh ketua PERDAMI cabang/ ketua IDI cabang |
| Kategori 2 (nilai 75) | 5 |
| Kategori 3 (nilai 100) | >6 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Daftar Kompetensi Keterampilan Klinis Bedah Refraksi** | | | | | | | |
| No | Keterampilan Klinis | Jumlah Kasus / 5 Thn | **Jumlah** | | | | |
| **Thn…** | **Thn….** | **Thn….** | **Thn….** | **Thn…** |
| 1 | *Laser Vision Correction* : PRK\*, LASIK, *Lenticule Extraction* | 1 |  |  |  |  |  |
| a.  PRK\*  \* (Termasuk didalamnya Trans-PRK) termasuk penggunaan MMC, efek samping MMC, indikasi dan kontraindikasi tindakan |  |  |  |  |  |
| b.  LASIK\*\*  \*\*Termasuk LASIK XTRA, indikasi dan kontraindikasi Lasik Xtra |  |  |  |  |  |
| c.  Lenticule Extraction\*\*\*  \*\*\* Termasuk  pemahaman proses dasar lenticule extraction,indikasi dan kontraindikasi tindakan |  |  |  |  |  |
| 2 | Implantasi Phakic IOL | 0 |  |  |  |  |  |
| 3 | Refractive Lens Exchange ^  ^ Termasuk lensa tanam toric, multifokal, multifokal toric, atau EDOF IOL | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Bioptics | 0 |  |  |  |  |  |
| 5 | Melakukan bedah kornea yang lebih kompleks (prosedur kerato-refractive, keratektomi fototerapetik) ^^  ^^ Termasuk LASEK | 0 |  |  |  |  |  |
| **Total Kegiatan Keterampilan Klinis 5 Tahun** | |  |  |  |  |  |  |
| **Total SKP 5 tahun** | |  |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SKP** | **Tindakan Dalam 5 Tahun** | **Dokumen** |
| Kategori 1 (nilai 50) | 2 | * Surat verifikasi yang menunjukkan jumlah pasien dan operasi dari RS dan ditandatangani oleh komite medik / direktur/ ketua SMF. * Bagi yang berpraktek pribadi, verifikasi dilakukan oleh ketua PERDAMI cabang/ ketua IDI cabang |
| Kategori 2 (nilai 75) | 3 |
| Kategori 3 (nilai 100) | >4 |

………………….….,…….…./…………/…….……..

Pemohon,

Materai

10.000

……………………………………..