



**KOMITE NASIONAL  
UJI KOMPETENSI AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**

Sekretariat : Ruang G401, Gedung G FKM UI, Kampus UI, Depok, Jawa Barat 16424  
Telp 081210211598, Email : [kn.ukakmi@gmail.com](mailto:kn.ukakmi@gmail.com)



Nomor : 003/KN-UKAKMI/XII/2017

Depok, 21 Desember 2017

Lampiran : -

Hal : Pendaftaran Pengawas Pusat *Try Out* Soal UKAKMI 2018

**Yth. Bapak/Ibu Pimpinan Institusi Pendidikan Tinggi/ Organisasi Profesi Kesehatan Masyarakat  
Di tempat**

Dengan hormat,

Berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan *Try Out* Soal Uji Kompetensi Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (TOS UKAKMI) periode Februari 2018, maka Komite Nasional UKAKMI membuka kesempatan bagi dosen maupun pengurus organisasi profesi kesehatan masyarakat yang memenuhi persyaratan sebagai Pengawas Pusat (PP) TOS UKAKMI. Pendaftaran dibuka mulai tanggal 2 – 12 Januari 2018 dengan mengirimkan persyaratan (terlampir) ke email [kn.ukakmi@gmail.com](mailto:kn.ukakmi@gmail.com) dengan judul email “**Pendaftaran PP TOS Februari 2018**”. Adapun PP yang lolos verifikasi akan diinformasikan melalui email pada tanggal 20 Januari 2018.

Demikian pemberitahuan ini kami sampaikan, besar harapan kami Bapak/Ibu dapat menyampaikan informasi ini kepada dosen/pengurus di institusi Bapak/Ibu untuk dapat berpartisipasi dalam kegiatan *Try Out* Soal Uji Kompetensi ini.

Untuk informasi lebih lanjut dapat menghubungi Sekretariat Komite Nasional UKAKMI di nomor telephone 081210211598 selama jam kerja. Atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

**Ketua Komite Nasional UKAKMI**

**Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc.**

---

## **Lampiran 1**

### **Persyaratan Umum**

#### **A. Dosen**

1. Syarat pendidikan:
  - a. Minimal magister (bidang Kesehatan Masyarakat) dengan jabatan fungsional Lektor /III C, atau
  - b. Doktor dibidang Kesehatan Masyarakat dengan jabatan fungsional Asisten Ahli/III B.
2. Dosen tetap pendidikan tinggi kesehatan masyarakat anggota AIPTKMI dan tercatat di Pangkalan Data Dikti, dengan masa kerja minimal 5 tahun dan telah memiliki sertifikat dosen.
3. Pernah menjadi Penanggung Jawab Lokal (PJJ)/ Pengawas Lokal (PL) dalam kegiatan Uji Kompetensi Kesehatan Masyarakat minimal 2 kali
4. Pernah mengikuti Pelatihan Penulisan dan Penelaahan Soal (dibuktikan dengan sertifikat);
5. Pernah menjadi Reviewer pada Item Review Regional/Nasional atau Panel Expert (dibuktikan dengan sertifikat).
6. Belum pernah menjadi Pengawas Pusat

#### **B. Pengurus Organisasi Profesi Kesehatan Masyarakat**

1. Berstatus sebagai pengurus inti (ketua/ Sekretaris/ Bendahara) minimal ditingkat daerah.
2. Pendidikan minimal S2 dibidang Kesehatan Masyarakat
3. Memiliki pengalaman sebagai dosen tidak tetap atau dosen luar biasa di salah satu program studi kesehatan masyarakat sekurang-kurangnya 5 tahun.
4. Pernah mengikuti Pelatihan Penulisan dan Penelaahan Soal (dibuktikan dengan sertifikat)
5. Pernah menjadi Reviewer pada Item Review Regional/Nasional (dibuktikan dengan sertifikat).
6. Pernah menjadi Penanggung Jawab Lokal (PJJ)/ Pengawas Lokal (PL) dalam kegiatan Uji Kompetensi Kesehatan Masyarakat minimal 2 kali
7. Belum pernah menjadi Pengawas Pusat

#### **Persyaratan administratif**

1. Melampirkan surat keterangan sebagai dosen tetap/ pengurus inti dari institusi (format terlampir);
2. Melampirkan semua sertifikat yang pernah diikuti: Pelatihan Penulisan dan Penelaahan Soal, Item Review Regional/Nasional, Penanggung Jawab Lokasi, Pengawas Lokal;
3. Melampirkan surat kesediaan menjadi Pengawas Pusat (form terlampir);
4. Melampirkan surat pernyataan sehat (form terlampir)
5. Melampirkan surat kesediaan mengikuti kegiatan rangkaian kegiatan Pengawas Pusat (form terlampir).



**KOMITE NASIONAL  
UJI KOMPETENSI AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**

Sekretariat : Ruang G401, Gedung G FKM UI, Kampus UI, Depok, Jawa Barat 16424  
Telp 081210211598, Email : [kn.ukakmi@gmail.com](mailto:kn.ukakmi@gmail.com)



---

**Lampiran 2**

Surat Pernyataan Kesediaan menjadi Pengawas Pusat

**Surat Pernyataan Kesediaan Menjadi Pengawas Pusat  
Try Out Soal Uji Kompetensi Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Februari 2018**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :  
Asal Institusi :  
Jabatan :  
Nomor telephone/HP :  
Email :

Dengan ini menyatakan:

Segala persyaratan yang saya lampirkan adalah benar dan saya bersedia menjadi Pengawas Pusat pada Try Out Soal Uji Kompetensi Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia yang akan dilaksanakan pada tanggal 24 Februari 2018.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk dapat menjadi acuan pelaksanaan kegiatan selanjutnya.

....., ..... Januari 2018

Yang membuat pernyataan,

(.....)



**KOMITE NASIONAL  
UJI KOMPETENSI AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**

Sekretariat : Ruang G401, Gedung G FKM UI, Kampus UI, Depok, Jawa Barat 16424  
Telp 081210211598, Email : [kn.ukakmi@gmail.com](mailto:kn.ukakmi@gmail.com)



**Lampiran 3**

Surat Pernyataan Sehat

**Surat Pernyataan Sehat Pengawas Pusat**

**Try Out Soal Uji Kompetensi Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Februari 2018**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Asal Institusi : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Nomor telephone/HP : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan bahwa saya:

1. Sehat, baik sehat jasmani dan rohani
2. Tidak sedang mengikuti proses terapi/pemulihan/tindakan medis tertentu
3. Tidak sedang dalam kondisi hamil (untuk calon PP perempuan).
4. Tidak ada hambatan fisik jika harus membawa beban berkas ujian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Saya siap menerima segala konsekuensi apabila dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dari apa yang saya nyatakan.

....., ..... Januari 2018

Yang membuat pernyataan,

(.....)



**KOMITE NASIONAL  
UJI KOMPETENSI AHLI KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA**

Sekretariat : Ruang G401, Gedung G FKM UI, Kampus UI, Depok, Jawa Barat 16424  
Telp 081210211598, Email : [kn.ukakmi@gmail.com](mailto:kn.ukakmi@gmail.com)



**Lampiran 4**

Surat Pernyataan Kesediaan mengikuti Rangkaian Kegiatan PP

**Surat Pernyataan Kesediaan mengikuti Rangkaian Kegiatan Pengawas Pusat  
Try Out Soal Uji Kompetensi Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Februari 2018**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_  
Asal Institusi : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_  
Nomor telephone/HP : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia:

1. Hadir tepat waktu dan mengikuti seluruh rangkaian kegiatan TOS UKAKMI yang dimulai dari H-3 pelaksanaan ujian hingga selesai pelaksanaan ujian.
2. Melaksanakan tugas pokok dan fungsi PP serta melaksanakan kewajiban dan menjaga kode etik PP.
3. Jika saya telah terpilih menjadi pengawas pusat kemudian membatalkan secara sepihak, maka saya akan mengganti seluruh biaya yang telah dikeluarkan panitia nasional.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Apabila dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan apa yang saya nyatakan, saya bersedia menerima konsekuensi/sanksi yang berlaku.

....., ..... Januari 2018

Yang membuat pernyataan,

(.....)