

SURAT PERNYATAAN KOMITMEN PESERTA
PENUGASAN KHUSUS TENAGA MEDIS DAN TENAGA KESEHATAN
PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN MURUNG RAYA TAHUN 2026

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	
NIK	
Tempat/Tanggal Lahir	
Profesi	
Nomor STR	
Alamat	
Nomor HP/WhatsApp	
Formasi/Lokasi Penugasan	

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya dinyatakan lulus dan ditetapkan sebagai peserta Penugasan Khusus Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten Murung Raya, saya:

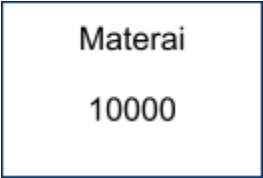
1. Bersedia ditempatkan dan melaksanakan tugas pada fasilitas pelayanan kesehatan/lokasi yang ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Murung Raya;
2. Bersedia menjalankan masa penugasan sampai selesai sesuai keputusan, perjanjian penugasan, dan ketentuan yang berlaku;
3. Tidak akan meninggalkan tempat tugas, berpindah lokasi, atau mengakhiri penugasan secara sepihak tanpa mengikuti mekanisme dan memperoleh persetujuan dari pejabat yang berwenang;
4. Bersedia tinggal/berada di wilayah penugasan sesuai kebutuhan pelayanan dan ketentuan jam kerja, jadwal pelayanan, serta kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan;
5. Bersedia melaksanakan pelayanan sesuai kompetensi, kewenangan, standar profesi, standar prosedur operasional, etika profesi, dan prinsip keselamatan pasien;
6. Bersedia bekerja sama dengan Kepala Puskesmas/pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga lintas profesi, pemerintah kecamatan/desa, dan masyarakat;
7. Bersedia melaksanakan pencatatan, pelaporan, pemutakhiran data SDM Kesehatan/SATUSEHAT SDMK dan kewajiban administratif lainnya sesuai ketentuan;
8. Bersedia menjaga aset, fasilitas, obat/bahan medis, dokumen, data pasien, dan rahasia kedinasan/profesi yang menjadi tanggung jawab saya;
9. Bersedia melaporkan kepada atasan apabila terdapat keadaan yang menghambat pelaksanaan tugas dan tidak mengambil keputusan meninggalkan penugasan secara sepihak;

- 10. Bersedia menerima pembinaan, pemantauan, evaluasi, dan tindakan administratif sesuai perjanjian penugasan serta ketentuan peraturan perundang-undangan apabila tidak memenuhi kewajiban;
- 11. Menyatakan bahwa seluruh data dan dokumen yang saya sampaikan dalam proses seleksi adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Demikian Surat Pernyataan Komitmen ini saya buat dengan sadar, tanpa paksaan dari pihak mana pun, untuk dipatuhi dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Murung Raya

Puruk Cahu, 2026
Yang membuat pernyataan



dr. Suwirman Hutagalung, M.Si
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19740427 200501 1 003

NAMA PESERTA TUGSUS

