

**PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
RUMAH SAKIT ISLAM "SUNAN KUDUS"
DAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI KUDUS
TENTANG
PELAYANAN RUJUKAN PASIEN**

Nomor : 936 /RSI.SK/VI/2019

Nomor : 445/2351/37-02.01/2019.

Pada hari ini Sabtu tanggal Satu bulan Juni tahun Dua Ribu Sembilan Belas (01-06-2019), kami yang bertanda tangan di bawah ini:


1. **dr. SUNARYO GANA**, jabatan Direktur Rumah Sakit Islam "SUNAN KUDUS", berdasar Surat Keputusan Pengurus YAKIS nomor 124/YAKIS/SK/XIII/2016 tentang pengangkatan Direktur Rumah Sakit Islam "SUNAN KUDUS", berkedudukan di Jalan Kudus Permai No.1 Kabupaten Kudus, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Islam "SUNAN KUDUS" di Kabupaten Kudus, yang selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**.
2. **dr. ABDUL AZIZ ACHYAR, M.Kes**, jabatan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus beralamat di Jalan dr. Lukmonohadi Nomor 19 Kudus, dalam perbuatan hukum ini diwakili secara sah bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA**.

PIHAK PERTAMA dan **PIHAK KEDUA** secara bersama-sama selanjutnya disebut sebagai **PARA PIHAK**. **PARA PIHAK** sepakat untuk mengadakan Perjanjian Kerjasama tentang Pelayanan Rujukan Pasien dengan ketentuan sebagai berikut:

**KETENTUAN UMUM
PASAL 1**

Dalam Perjanjian Kerja Sama ini yang dimaksud dengan:

- (1) **Rumah Sakit Islam "SUNAN KUDUS"** adalah sebuah Rumah Sakit Swasta Kelas C Non Pendidikan di bawah dan bertanggung jawab kepada Yayasan Kesehatan Islam (YAKIS).

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

- (2) **Rumah Sakit Umum Daerah dr. Lukmono Hadi Kabupaten Kudus** adalah merupakan Rumah Sakit Umum Tipe B Non Pendidikan dan merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Kudus melalui Sekretaris Daerah.
- (3) **Pasien** adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di sarana pelayanan kesehatan.
- (4) **Surat Rujukan** adalah surat yang dibuat oleh dokter Pihak yang merujuk yang berisi pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik secara vertikal dan bukan sebagai Surat Jaminan pembayaran.
- (5) **Surat Jaminan** adalah surat yang dikeluarkan oleh Pihak yang merujuk sebagai pengantar bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan dan merupakan jaminan pembayaran atas pelayanan yang akan dilaksanakan di rumah sakit penerima rujukan yang di tanda tangani oleh Pimpinan rumah sakit yang merujuk.
- (6) **Sistem Rujukan** adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara vertikal.

DASAR PERJANJIAN KERJASAMA

PASAL 2

PIHAK PERTAMA dan **PIHAK KEDUA** mengadakan perjanjian kerjasama ini didasarkan atas kesepakatan bersama dalam memenuhi kebutuhan dan kepentingan bersama untuk melaksanakan sistem rujukan pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

RUANG LINGKUP

PASAL 3

- (1) Ruang lingkup kerjasama adalah pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan yang meliputi pelayanan Pasien:
 - a. Rawat Jalan;
 - b. Rawat Inap;
 - c. Pelayanan Penunjang Medik;
 - d. Ambulance;
 - e. Pelayanan Farmasi

| | |
|----------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

(2) Sumber Daya Manusia Tenaga Medis

Bilamana tenaga tehnis medis ada keperluan yang tidak bisa ditinggalkan, sehingga terjadi kekosongan tenaga tehnis medis di Rumah Sakit PIHAK KEDUA maka PIHAK PERTAMA akan mengirimkan Tenaga medis ke Rumah Sakit PIHAK KEDUA begitu sebaliknya.

(3) Pelaksanaan sistem rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Rujukan Vertikal dimana **PIHAK PERTAMA** sebagai tempat pelayanan kesehatan tingkat kedua akan merujuk ke Rumah Sakit **PIHAK KEDUA** atau sebaliknya meliputi:

a. Pemeriksaan Diagnostik

Ekokardiografi (USG Jantung), Endoskopi (Esofagugastro Duodenoskopi, Kolonoskopi, Rectosigmoidoskopi, Anuskopi dan Bronkoskopi), EKG, Treadmill, Audiometri, Timpanometri, Spirometri, Elektroencephalography (EEG), USG Mata, USG Kandungan, ESWL, Uroflometri, dll

b. Pemeriksaan Penunjang Medik

(1) Laboratorium Klinik dan Patologi Anatomi (PA)

(2) Radiologi: CT Scan, USG Abdomen, Rontgen, dll

(3) Rehabilitasi Medik: Fisioterapi, Okupasi Terapi, Terapi Wicara, Alat Kesehatan: Ototik dan Prostetik

c. Operasi / Tindakan Medis

Operasi Mata Phacoemulsifikasi, Caecar, dll.

d. Rawat Inap

Rujukan Rawat Inap, Rujukan ICU, Rujukan PICU-NICU, PONEK (Emergency Maternal & Neonatal), HIV AIDS (Lab. CD 4, Terapi ARV dan Infeksi Oportunistik).

e. Rawat Jalan

Rujukan Dokter Spesialis, Rujukan Dokter Sub Spesialis, Kemoterapi, TB DOTS (TB MDR), Hemodialisa (HD), Psikologi, Klinik VCT.

f. Rujukan Pasien yang tidak diketahui identitasnya sampai 2x24 jam tidak ada keluarganya .

g. Farmasi

Pelaksanaan sebagaimana yang dimaksud adalah pembelian sediaan farmasi apabila terjadi kekosongan, **PARA PIHAK** sepakat untuk berkomunikasi secara efektif tentang kebutuhan obat, jumlah dan lain sebagainya dengan mengirimkan tenaga farmasi.

| | |
|----------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

KONTROL MUTU

PASAL 4


Untuk menjamin mutu pelayanan, masing-masing Pihak berhak mendapatkan hasil pemantapan mutu internal dan mutu external dari Pihak lainnya secara periodik. sebagai berikut :

- (1) Mutu Pelayanan Radiologi meliputi:
 - a. Sertifikat akreditasi rumah sakit;
 - b. Sertifikat kalibrasi atau uji kesesuaian pesawat atau peralatan (Rontgen, CT Scan, USG) setiap 1 (satu) tahun sekali;
 - c. Lampiran tarif pelayanan Radiologi (untuk memberikan ketepatan informasi kepada pasien yang akan dirujuk).
- (2) Mutu Pelayanan Laboratorium meliputi :
 - a. Sertifikat pemantapan mutu eksternal laboratorium setiap 1 (satu) tahun sekali;
 - b. Sertifikat kalibrasi laboratorium setiap 1 (satu) tahun sekali;
 - c. Lampiran tarif pelayanan laboratorium (untuk memberikan ketepatan informasi kepada pasien yang akan dirujuk).
- (3) Mutu Pelayanan Farmasi
 1. Produk farmasi yang dijual harus terjamin mutunya, keamanannya dan kemanfaatannya;
 2. Lampiran tarif pelayanan farmasi untuk memberikan ketepatan informasi kepada pasien.

EVALUASI DAN PENILAIAN PELAYANAN

PASAL 5

- (1) **Pihak Penerima Rujukan** wajib mengikuti tahap evaluasi dan penilaian kesiapan sebagai Rumah Sakit Rujukan pelayanan Rawat Jalan Lanjutan dan Rawat Inap yang dilakukan oleh **Pihak Pengirim Rujukan**.
- (2) **Pihak Pengirim Rujukan** akan mengirimkan pemberitahuan tertulis hasil evaluasi dan penilaian yang dilakukan sebagaimana dimaksud ayat 1 Pasal ini beserta rekomendasi yang diperlukan.
- (3) Apabila **Pihak Penerima Rujukan** dinyatakan tidak lulus tahap evaluasi dan penilaian sebagaimana dimaksud ayat 1 Pasal ini, **Pihak Pengirim Rujukan** berhak untuk melakukan peninjauan atas Perjanjian ini dan memutuskan untuk


| | |
|-------------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

mengakhiri atau melanjutkan dengan melakukan perubahan terhadap syarat dan ketentuan dalam Perjanjian ini.

KETENTUAN RUJUKAN

PASAL 6

- (1) **PARA PIHAK** akan saling merujuk pasien ke Rumah Sakit **Penerima Rujukan** apabila:
 - a. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik; dan
 - b. Pihak **Pengirim Rujukan** tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan atau ketenagaan.
- (2) Rumah Sakit **Penerima Rujukan** akan merujuk kembali pasien ke Rumah Sakit **Pengirim Rujukan** apabila:
 - a. Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh **Pihak Pengirim Rujukan** sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
 - b. Kompetensi dan kewenangan **Pihak Pengirim Rujukan** akan lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
 - c. Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh **Pihak Pengirim Rujukan** untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang;
 - d. Pihak **Penerima Rujukan** tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan atau ketenagaan.
- (3) **Pihak Pengirim Rujukan** yang akan merujuk dan atau **PARA PIHAK** yang akan merujuk kembali pasien harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan atau keluarga pasien setelah diberi penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang
- (4) Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. Diagnosis dan terapi dan atau tindakan medis yang diperlukan;
 - b. Alasan dan tujuan dilakukan rujukan;
 - c. Risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan;
 - d. Transportasi rujukan;
 - e. Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

PROSEDUR RUJUKAN

PASAL 7

(1) Prosedur Rujukan Pasien:

Pasien yang akan dirujuk oleh **Pihak Pengirim Rujukan** kepada **Pihak Penerima Rujukan** dan atau sebaliknya harus:

- a. Dilakukan pertolongan pertama dan atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan.
- b. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat. Komunikasi sebagaimana dimaksud ini, wajib ditanggapi oleh **Pihak Penerima Rujukan** sebagai berikut :
 - (1) Menginformasikan mengenai ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan ke bagian terkait.
 - (2) Memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien.
- c. Melakukan komunikasi dengan bagian pendaftaran pada **Pihak Penerima Rujukan** untuk mendaftarkan pemeriksaan/tindakan yang dikehendaki bagi pasien oleh **Pihak Pengirim Rujukan**. Setelah proses pendaftaran selesai, petugas pendaftaran **Pihak Penerima Rujukan** akan menghubungkan tenaga kesehatan dari **Pihak Pengirim Rujukan** dengan tenaga kesehatan yang berwenang pada bagian/ruang pada **Pihak Penerima Rujukan**.
- d. Mendapat konfirmasi dari tenaga kesehatan yang berwenang pada bagian / ruang pada **Pihak Penerima Rujukan** yang akan melayani pasien untuk hal-hal yang dibutuhkan bagi pelayanan pasien, antara lain: syarat-syarat untuk persiapan pasien yang akan dilakukan pemeriksaan penunjang/ tindakan, obat / alat medis /bahan habis pakai / darah / komponen darah yang harus disertakan pada pengiriman pasien, hari dan jam pengiriman pasien, serta pendampingan minimal bagi pasien yang dirujuk.
- e. Melakukan konfirmasi kedatangan ke bagian pendaftaran **Pihak Penerima Rujukan** pada saat pasien telah tiba di rumah sakit penerima rujukan sesuai jadwal telah ditetapkan sebelumnya.
- f. Untuk pasien yang akan menjalankan pelayanan Hemodialisa secara rutin, supaya surat jaminan dan surat pengantar dicopy dan dilegalisir sesuai dengan jumlah kunjungan yang diperlukan.

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I | ↓ |
| Paraf Pihak II | |

g. Membuat Surat Pengantar Rujukan atau Surat Rujukan yang sekurang-kurangnya memuat:

1) Identitas pasien:

- a) Nama lengkap;
- b) Tanggal lahir;
- c) Alamat;
- d) Jenis Kelamin;
- e) Status (Tn/Ny/Nn/An/Sdr)

2) Asesmen pasien berupa hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang penting diketahui pihak penerima rujukan, termasuk riwayat alergi, riwayat pengobatan, riwayat transfuse, makan minum terakhir, diet pasien dan lain-lain;

3) Diagnosis kerja;

4) Terapi dan atau tindakan yang telah diberikan;

5) Tujuan rujukan dan;

6) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

h. Melampirkan surat jaminan dari pimpinan **Pihak Pengirim Rujukan.**,

| | |
|-------------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

RUMAH SAKIT ISLAM
"SUNAN KUDUS"

P.28

Kudus tgl.

NO. :
Hal : Pengumuman Pendarita.

ΚΕΡΑΘΑ :

YUJ 430-434 (ERRATA) 11-2000 1-800-858-6246

Bag : pp

Di.

Dengan hormat,
Kami kirimkan penderita tersebut dibawah ini :

N a m o

U 1711

Alumat
Dinnyus / Gaiun

Ելակետ: Երևան, Երևանի մարզ

Mohon penyelesaian lebih lanjut.

Atas bantuannya kami sampaikan banyak terimakasih.

YAYASAN KESEHATAN ISLAM KUDUS (YAKISI)
RUMAH SAKIT ISLAM "SUNAN KUDUS" KUDUS

[illegible]

| | |
|-------------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

Contoh surat jaminan PIHAK KEDUA



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI
Jl. dr. Lukmonohadi No. 19 Kudus 59348 Telp. (0291) 444001 Fax. (0291) 438195
Email : rsuddrloekmonohadi@kuduskab.go.id, rsudkudus@yahoo.co.id
Website : www.rsuddrloekmonohadi.kuduskab.go.id

Kudus, 2019

Nomor :
Sifat : Segera
Lampiran :
Perihal : Pengantar Rujukan Partial
Kepada :
Yth. :
di - KUDUS

Bersama ini kami mohon Pelayanan kesehatan pasien :

Nama : (L / P)
Umur : CM
Alamat :
Diagnosa :
Dokter Pengirim :
Pemeriksaan :
:

Mohon untuk bisa dilayani, pembayaran ditagihkan secara kumulatif setiap awal bulan berikutnya, atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.


An.DIREKTUR RSUD dr. LOEKMONO HADI
Wakil Direktur Pelayanan
Ub.Kepala Bidang Pelayanan

JUKISNO, SKM, MM
Pembina
NIP. 19640428 198503 1 007

Tembusan :
Kepala Bagian Keuangan RSUD dr. Loekmono Hadi.

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I | 7 |
| Paraf Pihak II | |

- i. **PARA PIHAK** hanya menerima pasien sesuai dengan kemampuan pelayanan Diagnostik dan Laboratorium yang tersedia di masing- masing Pihak.
- (2) **Persiapan Pasien Sebelum Melakukan Pemeriksaan Penunjang Diagnostik dan Radiologi sebagai berikut :**
- a. **Ekokardiografi:**
- 1) Tidak diperlukan persiapan khusus;
 - 2) Tidak diperlukan tindakan pembiusan
- b. **Endoskopi:**
- 1) Puasa paling sedikit 6 jam sebelum pemeriksaan dilakukan (Esofagogastro Duodenoskopi dan Kolonoskopi);
 - 2) Konsumsi makanan tanpa serat/ yang bisa mewarnai saluran cerna sesuai jenis dan waktu yang dijelaskan petugas (Kolonoskopi);
 - 3) Penghentian obat-obat yang mempermudah terjadinya perdarahan, beberapa waktu sebelum pemeriksaan, sesuai petunjuk petugas;
 - 4) Ada keluarga yang mengantar
- c. **Persiapan EKG:**
- 1) Sehari sebelum pemeriksaan tidak boleh melakukan olahraga atau kerja berat;
 - 2) Sehari sebelum pemeriksaan tidak minum obat-obatan, kecuali ada perintah khusus dari Dokter;
 - 3) Tidur cukup semalam sebelum pemeriksaan dilakukan;
 - 4) Pada hari pemeriksaan sebaiknya tidak merokok, tidak minum kopi;
 - 5) Peserta tidak dalam keadaan terlalu kenyang atau lapar;
 - 6) Badan bersih.
- d. **Persiapan Treadmill:**
- 1) Dilakukan pemeriksaan EKG terlebih dahulu;
 - 2) Pasien diharapkan cukup istirahat;
 - 3) Jika terdapat tekanan darah tinggi, tetapkan minum obat dan lakukan treadmill test setelah tekanan darah normal;
 - 4) Pemeriksaan dilakukan setelah pengambilan Glukosa darah 2 jam PP (jika ada);
 - 5) Diharapkan mengenakan kemeja berkancing, celana olahraga dan sepatu olahraga

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

e. Persiapan Audiometri dan Timpanometri:

- 1) Sebaiknya tidak berada di tempat bising selama 12 jam sebelum dilakukan tes (pemeriksaan);
- 2) Peserta harus menanggalkan anting;
- 3) Peserta menghentikan konsumsi obat-obatan seperti golongan analgesik/antiinflamasi non steroid, aminoglikosida, bumetanid, asam etrasinat, furosemid, kuinin, eritromisin, kapreomisin, 4-aminoquinolin, dan minosiklin, serta vankomisin dan salisilat dengan dosis tinggi;
- 4) Liang telinga dalam keadaan bersih.

f. Persiapan EEG:

- 1) Rambut dalam keadaan kering dan bersih (keramas terlebih dahulu sebelum melakukan pemeriksaan);
- 2) Pasien dalam keadaan tenang / cukup istirahat.

g. Persiapan Pemeriksaan Spirometri:

Bagi peserta MCU yang akan melakukan spirometri diharapkan sedang tidak dalam kondisi batuk/ pilek/ gangguan pernapasan. Jika sedang dalam kondisi batuk/ pilek, maka pemeriksaan spirometri ditunda sampai kondisi membaik.

h. Persiapan Foto Thorax:

Pasien tidak sedang hamil, jika ragu-ragu lakukan tes kehamilan terlebih dahulu.

i. Persiapan USG Abdomen Dewasa:

- 1) Puasa 6 jam dan hanya boleh minum air putih saja selama berpuasa;
- 2) 1 jam sebelum pemeriksaan USG, diharapkan banyak minum air putih dan menahan buang air kecil.

j. Persiapan CT Scan:

- 1) Dibuat perjanjian dengan radiologi untuk menentukan hari pemeriksaan;
- 2) Puasa 4 jam sebelum pemeriksaan;
- 3) Pasien boleh melanjutkan pengobatan/minum obat yang diberikan oleh dokter pengirimnya;
- 4) Melampirkan hasil pemeriksaan laboratorium (Ureum, Creatine) yang terakhir diperiksa, jika tidak ada maka harus ada pernyataan dari dokter pengirim yang menyatakan fungsi ginjal pasien baik.

k. Persiapan ESWL dan Uroflometri

- 1) Pasien diperiksa oleh dokter spesialis Urologi dan mendapat jadwal tindakan ESWL;

| | |
|----------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

- 2) Radiologi/imaging elektromedik : CT Urolografi non kontras atau BNO-IVP dan USG.

(3) **Prosedur pengiriman sampel laboratorium:**

- a. Sebelum melakukan pemeriksaan, **Pihak Pengirim Rujukan** diwajibkan mencatat status/ data pasien yang dikeluarkan oleh **Pihak Pengirim Rujukan** sesuai dengan blangko permintaan pemeriksaan pasien dari masing-masing Pihak.
- b. Kebenaran data pasien **Pihak Pengirim Rujukan** merupakan tanggungjawab sepenuhnya **Pihak Pengirim Rujukan**, begitu pula sebaliknya apabila **Pihak Penerima Rujukan** mengirimkan pemeriksaan rujukan kepada **Pihak Pengirim Rujukan** maka data pasien sepenuhnya menjadi tanggung jawab **Pihak Pengirim Rujukan**.
- c. **Pihak Pengirim Rujukan** akan mengirimkan sampel dan mengambil hasil pemeriksaan kepada **Pihak Penerima Rujukan** melalui Pasien/ Keluarga/ Petugas/ Petugas Ekspedisi pasien dari **Pihak Pengirim Rujukan**.
- d. Waktu penerimaan bahan pemeriksaan **PIHAK PERTAMA** adalah setiap hari (24 jam).
- e. Untuk waktu penerimaan bahan pemeriksaan **PIHAK KEDUA** adalah setiap hari (24 jam).
- f. Apabila ada pemeriksaan spesimen dari **Pihak Pengirim Rujukan** yang tidak dapat dikerjakan dalam 1 (Satu) hari oleh **Pihak Penerima Rujukan**, maka **Pihak Penerima Rujukan** akan menginformasikan kepada **Pihak Pengirim Rujukan**.
- g. Formulir pengantar rujukan laboratorium dari masing-masing Pihak.
- h. Dalam rujukan pasien untuk pemeriksaan penunjang medik, **PARA PIHAK** wajib melakukan komunikasi dengan bagian/klinik **Pihak Penerima Rujukan** yang dituju dan memastikan bahwa **Pihak Penerima Rujukan** dapat menerima pasien **Pihak Pengirim Rujukan**.
- i. Apabila pemeriksaan laboratorium yang diminta oleh **Pihak Pengirim Rujukan** terdapat pemeriksaan **NAPZA** dan/atau **HIV**, maka baik **Pihak Pengirim Rujukan** dan Pasien dengan ini sepakat untuk tunduk pada alur pemeriksaan **NAPZA** dan/atau **HIV** sesuai dengan standar operasional dan/atau segala peraturan yang berlaku mengenai pemeriksaan **NAPZA** dan/atau **HIV**. Khusus untuk pemeriksaan **HIV**, **Pihak Pengirim Rujukan** mengetahui dan menyetujui bahwa *pre-counselling* dan *post-counselling* wajib dilakukan terhadap Pasien.

| | |
|----------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

j. Melakukan komunikasi dengan bagian pendaftaran **Pihak Penerima Rujukan** untuk mendaftarkan pemeriksaan/tindakan yang dikehendaki bagi pasien **Pihak Pengirim Rujukan** akan menghubungkan tenaga kesehatan dari **Pihak Penerima Rujukan** dengan tenaga kesehatan yang berwenang pada bagian/klinik **Pihak Penerima Rujukan**.

k. **Syarat penerimaan spesimen Laboratorium:**


- 1) Melakukan konfirmasi apakah spesimen yang akan dikirimkan kepada **Pihak Penerima Rujukan** dapat dikerjakan oleh **Pihak Penerima Rujukan**.
- 2) Bahan pemeriksaan yang dikirim oleh **Pihak Pengirim rujukan** kepada **Pihak Penerima Rujukan** harus dilengkapi dengan data, antara lain:
 - a) Identitas Pasien:
 - b) Nama lengkap
 - c) Tanggal lahir
 - d) Alamat
 - e) Jenis Kelamin
 - f) Status (Tn/Ny/Nn/An/Sdr)
 - g) Tanda tangan dan nama terang Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang menghendaki pemeriksaan
 - h) Jenis Pemeriksaan
 - i) Tanggal dan jam pengambilan bahan pemeriksaan
 - j) Keterangan tentang kondisi pasien pada saat bahan pemeriksaan di ambil (misalnya: puasa, sedang menjalani terapi / pengobatan tertentu, dll)
 - k) Kondisi bahan (misalnya: volume, warna, bau, viscositas, jangka waktu penyimpanan, suhu penyimpanan, dll). Untuk persiapan pemeriksaan dapat menghubungi petugas laboratorium **Pihak Penerima Rujukan**.
 - l) Diagnosa Klinik

i. Apabila bahan dan atau identitas pemeriksaan yang diterima oleh **Pihak Penerima Rujukan** dari **Pihak Pengirim Rujukan** tidak memenuhi persyaratan atau tidak lengkap, maka **Pihak Penerima Rujukan** berhak melakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Melakukan konfirmasi, apabila data berupa identitas dan atau informasi tentang bahan pemeriksaan tidak lengkap, terhadap keadaan ini **Pihak Pengirim Rujukan** akan melengkapi data yang dibutuhkan oleh **Pihak Penerima Rujukan**, secara tertulis;

| | |
|----------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

- 2) Menolak bahan pemeriksaan, apabila kondisi bahan pemeriksaan tidak sesuai maka **Pihak Penerima Rujukan** akan menghubungi **Pihak Pengirim Rujukan** untuk konfirmasi bahan pemeriksaan / spesimen baru;
 - 3) Kondisi yang menyebabkan bahan pemeriksaan di tolak sebagai berikut:
 - a) Hemolisis
 - b) Volume sampel kurang
 - c) Antikoagulan / penampung tidak sesuai
 - d) Melampirkan Surat Jaminan dari pimpinan **Pihak Pengirim Rujukan**
 - m. Dalam hal pemeriksaan yang dikehendaki oleh **PIHAK PERTAMA** tidak tersedia di Laboratorium **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK KEDUA** berhak untuk merujuk pemeriksaan tersebut ke Laboratorium lain yang telah diseleksi berdasarkan kualitasnya untuk menjadi rekanan **PIHAK KEDUA**.
 - n. Apabila ada pemeriksaan spesimen dari **Pihak Pengirim Rujukan** yang tidak dapat dikerjakan dalam 1 (satu) hari oleh **Pihak Penerima Rujukan**, maka **Pihak Penerima Rujukan** akan menginformasikan kepada bagian Laboratorium **Pihak Pengirim Rujukan**.
 - o. Pengulangan Pemeriksaan pelayanan Diagnostik dan Laboratorium:
 - 1) Apabila hasil pemeriksaan dinilai meragukan / hasil tidak sesuai dengan klinis / permintaan dari Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) maka **Pihak Penerima Rujukan** akan meminta kepada **Pihak Pengirim Rujukan** mengirimkan sampel ulang dan biaya pemeriksaan ulang menjadi tanggungan **Pihak Pengirim Rujukan** dan akan ditagihkan pada waktu pengiriman tagihan pembayaran;
 - 2) Apabila **Pihak Pengirim Rujukan** mengendaki pemeriksaan ulang maka segera menghubungi **Pihak Penerima Rujukan**.
 - p. Pengiriman hasil Laboratorium:
 - 1) **PIHAK PERTAMA** mengirimkan hasil pemeriksaan kepada **PIHAK KEDUA** melalui petugas Ekpedisi;
 - 2) **PIHAK KEDUA** mengirimkan hasil pemeriksaan kepada **PIHAK PERTAMA** diambil oleh petugas kurir atau Ekspedisi **PIHAK PERTAMA** yang sebelumnya diinformasikan via telp 0291 434008 Ext
- (4) **Prosedur pemesanan Ambulans:**
- a. Meminta pelayanan Ambulans dengan/tanpa tenaga kesehatan pendamping pasien rujukan parsial pada saat mendaftarkan pasien ke **Pihak Penerima Rujukan**.

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

- b. Memberi keterangan yang sejelas-jelasnya tentang kondisi pasien yang akan dirujuk parsial kepada petugas yang melayani permintaan Ambulans dari **Pihak Penerima Rujukan**. Petugas Ambulans akan menentukan jenis Ambulans dan jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan berdasar keterangan dari **Pihak Penerima Rujukan**.
- c. **Pihak Penerima Rujukan** akan meminta bukti pelayanan dan surat jaminan dari pimpinan **Pihak Pengirim Rujukan** saat menjemput pasien di **Pihak Pengirim Rujukan**.

TRANSPORTASI


PASAL 8

- (1) Transportasi untuk rujukan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien dan ketersediaan sarana transportasi yang ada di **Pihak Yang Merujuk**.
- (2) Pasien yang memerlukan asuhan medis terus menerus harus dirujuk dengan Ambulans dan didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dari **Pihak Yang Merujuk**.
- (3) Dalam hal tidak tersedia Ambulans pada fasilitas pelayanan kesehatan **Pihak Yang Merujuk**, maka rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat dilakukan dengan menggunakan alat transportasi lain yang layak.
- (4) Apabila dibutuhkan, **Pihak Pengirim Rujukan** dapat memesan Ambulans dengan/tanpa tenaga kesehatan yang sesuai ke **Pihak Penerima Rujukan** untuk proses rujukan parsial pada jadwal yang telah ditetapkan.
- (5) Biaya yang timbul akibat pelayanan Ambulans dibebankan ke **Pihak Pengirim Rujukan**.
- (6) Tata cara permintaan seperti yang tertuang dalam Pasal 7 (IV) Prosedur Pemesanan Ambulans.

PENERIMAN RUJUKAN

PASAL 9

- (1) Rujukan dianggap telah terjadi apabila pasien telah diterima oleh **Pihak Penerima Rujukan**.
- (2) **Pihak Penerima Rujukan** bertanggung jawab untuk melakukan pelayanan kesehatan lanjutan sejak menerima rujukan.



| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

- (3) Pelayanan kesehatan sebagaimana tersebut pada ayat (2) wajib diberikan dengan baik sesuai dengan diagnosa dan merupakan perawatan yang normal (standar) untuk jenis penyakit atau luka badan yang diderita serta sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik dan etika medis yang berlaku.
- (4) **Pihak Penerima Rujukan** wajib memberikan informasi kepada **Pihak Yang Merujuk** mengenai perkembangan keadaan pasien setelah selesai memberikan pelayanan yang dituangkan dalam Resume Medik.

KERAHASIAAN

PASAL 10

- (1) Mengacu pada kode etik profesi dalam bidang pelayanan medis yang dianut oleh **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA**, serta berpegang pada norma-norma etika usaha yang berlaku, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk memberlakukan persyaratan bahwa masing-masing pihak berkewajiban untuk menjaga secara teguh dan / atau tidak menyebarkan setiap informasi, tarif pelayanan yang diperoleh dari dan / atau mengenai kegiatan usaha masing-masing pihak dalam keadaan apapun dan kepada siapapun, kecuali pihak-pihak yang secara operasional menurut tugas dan tanggung jawab serta kewajibannya harus terlibat dalam pelaksanaan Kesepakatan ini, atau secara hukum diwajibkan oleh undang-undang yang berlaku di wilayah Republik Indonesia.
- (2) Dalam hal membutuhkan laporan medis, maka **Pihak Pengirim Rujukan** menjamin telah memiliki otorisasi dari pasien dan bertanggung jawab terhadap segala resiko yang timbul dari penyerahan laporan medis tersebut dan **Pihak Penerima Rujukan** dibebaskan dari tanggung jawab atas pemberian laporan medis pasien dari **Pihak Pengirim Rujukan**.
- (3) **PIHAK PERTAMA** dalam memberikan resume medis kepada **PIHAK KEDUA**, dan **PIHAK PERTAMA** dibebaskan dari tanggung jawab atas pemberian resume medis pasien tertanggung **PIHAK PERTAMA** oleh **PIHAK KEDUA**.
- (4) Ketentuan Pasal ini tetap berlaku dan mengikat masing-masing Pihak meskipun jangka waktu berakhir atau Perjanjian ini diakhiri sebelum jangka waktu berakhir.

| | |
|-------------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II |  |

TARIF
PASAL 11

- (1) Dalam hal terjadi perubahan tarif, waktu pemberlakuan perubahan tarif untuk **Pihak Pengirim Rujukan** sesuai dengan waktu pemberlakuan di **Pihak Penerima Rujukan**.
- (2) Apabila terjadi perubahan tarif maka **PARA PIHAK** berkewajiban memberitahukan secara tertulis perubahan tarif tersebut kepada Pihak yang lain maksimal 30 (Tiga Puluh) hari kalender sebelum tarif berlaku.
- (3) **PARA PIHAK** saling memberikan tarif rumah sakit yang masih berlaku kepada masing-masing Pihak untuk kepentingan kerjasama.


BIAYA PELAYANAN KESEHATAN
PASAL 12

- (1) Biaya pelayanan kesehatan alih Rawat Inap menjadi tanggung jawab pasien **PARA PIHAK** sesuai sumber rujukan yang dimaksud, dimana sebelumnya **Pihak Pengirim Rujukan** dan atau **Pihak Penerima Rujukan** telah menerima konfirmasi melalui telepon mengenai identitas dan kriteria pasien yang dirujuk meliputi diagnosis, kondisi umum, peralatan medis yang mungkin dibutuhkan dan fasilitas kamar yang diinginkan dan menyampaikan tarif kelas kamar perawatan.
- (2) Biaya pelayanan kesehatan berupa rujukan parsial menjadi tanggung jawab **Pihak Pengirim Rujukan** yang harus diselesaikan sesuai tagihan berdasarkan tarif yang berlaku dengan cara pemindah bukuan oleh **Pihak Pengirim Rujukan** kepada **Pihak Penerima Rujukan**.
- (3) Pembayaran tagihan dan *Institutional Fee* dilakukan **Pihak Pengirim Rujukan** kepada **Pihak Penerima Rujukan** pada rekening:
 - a. **PIHAK PERTAMA:**

Nama Bank : BNI Kantor cabang Kudus
Nomor Rekening : 0031632047
Atas Nama : Rumah Sakit Islam Sunan Kudus

b. **PIHAK KEDUA:**

Nama Bank : Bank Jateng Kantor Cabang Kudus
Nomor Rekening : 1-024-00209-1
Atas Nama : Bendahara Penerimaan RSUD dr. Loekmono Hadi
Kabupaten Kudus

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

- (4) Setiap tagihan akan dilunasi dalam waktu selambatnya 15 (lima belas belas) hari kerja sejak tagihan diterima oleh **PARA PIHAK**.
- (5) **PARA PIHAK** akan memberikan bukti bayar kepada perawat pengantar pasien setelah selesai pelayanan, kwitansi asli beserta perinciannya akan disampaikan pada saat pengiriman tagihan.
- (6) **Pihak Pengirim Rujukan** mengirim tagihan ke **Pihak Penerima Rujukan** dengan alamat:
Rumah Sakit Islam "SUNAN KUDUS" Jl. Kudus Permai No.1 Kudus 59361
- (7) Syarat penagihan biaya pelayanan kesehatan dilakukan oleh **Pihak Penerima Rujukan** kepada **Pihak Pengirim Rujukan** dilengkapi dengan :
 - a. Kwitansi asli beserta perinciannya
 - b. Surat Pengantar asli dari manajemen Rumah Sakit **Pihak Pengirim Rujukan**
- (8) Biaya transfer atas pembayaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** ke rekening **PIHAK PERTAMA** menjadi beban **PIHAK PERTAMA** sepenuhnya.

INSTITUTIONAL FEE

PASAL 13


PIHAK PERTAMA setuju untuk memberikan potongan harga / discount untuk pelayanan pemeriksaan Radiologi dan Laboratorium rujukan pasien kepada **PIHAK KEDUA**, dengan ketentuan sebagai berikut:

- (1) **PIHAK PERTAMA**:
 - a. Radiologi 10% (sepuluh prosen) di luar fee dokter.
 - b. Laboratorium 10% (sepuluh prosen) di luar fee dokter
- (2) Rujukan pasien yang mendapatkan potongan harga/ discount dengan membawa kelengkapan sesuai yang tertuang di dalam Pasal 7 (ayat 1).

SANKSI PEMBATALAN

PASAL 14

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan dalam Perjanjian ini oleh salah satu **PIHAK** dapat berakibat putusnya perjanjian ini apabila dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sejak tanggal diterimanya surat pemberitahuan tentang pelanggaran tersebut.
- (2) Pembatalan perjanjian kerja sama ini tidak membebaskan **PARA PIHAK** untuk menyelesaikan hak dan kewajibannya yang sedang berjalan.

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II | |

PENYELESAIAN PERSELISIHAN

PASAL 15

- (1) Apabila timbul perbedaan pendapat atau perselisihan antara **PARA PIHAK** mengenai perjanjian kerja sama ini, maka diutamakan penyelesaiannya untuk dilakukan secara musyawarah dan mufakat.
- (2) Bila tidak diperoleh penyelesaian dengan cara musyawarah dan mufakat, maka Pihak yang merasa dirugikan dapat mengajukan perselisihan ini untuk diselesaikan melalui jalur hukum yang berlaku.
- (3) **PARA PIHAK** setuju untuk penyelesaian ini telah memilih tempat kedudukan yang tetap dan sah di Kantor Panitera dimana tergugat berdomisili.

FORCE MAJEURE (KEADAAN MEMAKSA)

PASAL 16

- (1) Yang dimaksud *Force Majeure* dalam perjanjian kerja sama ini adalah peristiwa-peristiwa yang terjadi diluar kekuasaan kedua belah pihak yang berakibat tidak dapat dipenuhinya perjanjian kerja sama ini. Peristiwa yang dimaksud adalah seperti: gempa bumi, angin topan, banjir, kebakaran, tanah longsor, wabah penyakit, pemogokan umum, huru - hara, sabotase, perang, pemberontakan, revolusi dan peraturan kebijaksanaan pemerintah/ penguasa.
- (2) Apabila terjadi *Force Majeure* seperti tersebut pada ayat (1) Pasal ini, maka Pihak yang terkena *Force Majeure* harus memberitahukan secara tertulis kepada pihak lainnya selambat-lambatnya dalam waktu 1 (satu) bulan sejak terjadinya peristiwa atau berakhirnya kejadian sebagaimana pada ayat 1 (satu) Pasal ini.
- (3) Setiap terjadi keadaan *Force Majeure*, semua surat keterangan yang menyatakan terjadinya peristiwa keadaan *Force Majeure* tersebut yang dibuat oleh Pihak yang mengalami peristiwa keadaan *Force Majeure*, wajib disahkan oleh instansi pemerintah setempat yang berwenang, yang menyatakan apa, kapan, dimana, mengapa, siapa, dan sebagaimana *Force Majeure* tersebut terjadi.
- (4) **PARA PIHAK** dibebaskan untuk melaksanakan kewajiban-kewajiban yang diatur dalam perjanjian kerja sama ini apabila hal tersebut diakibatkan *Force Majeure*

| | |
|-------------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

JANGKA WAKTU PERJANJIAN KERJA SAMA
PASAL 17

- (1) Perjanjian kerja sama ini berlaku selama 2 (dua) tahun terhitung mulai tanggal **02 Juni 2019** sampai dengan tanggal **30 Mei 2021** dan dapat diperbarui atau diperpanjang apabila dikehendaki oleh **PARA PIHAK**.
- (2) Perjanjian kerjasama ini dapat diperpanjang atas persetujuan **PARA PIHAK** dengan ketentuan, syarat-syarat dan hasil evaluasi (sesuai dengan Pasal 5) yang akan ditentukan kemudian selambat-lambatnya 2 (dua) bulan sebelum berakhirnya perjanjian kerja sama ini.
- (3) Pengakhiran perjanjian kerjasama ini tidak membebaskan **PARA PIHAK** untuk menyelesaikan kewajibannya yang sedang berjalan.
- (4) Pada saat pengakhiran perjanjian terdapat kewajiban-kewajiban yang belum terselesaikan, maka pihak yang masih memiliki kewajiban wajib menyelesaikan kewajibannya selambat-lambatnya **1 (satu) bulan** setelah pengakhiran Perjanjian

KORESPONDENSI
PASAL 18



Setiap pemberitahuan tambahan berkaitan dengan perjanjian kerjasama ini wajib dilakukan secara tertulis kepada **PARA PIHAK**, dilakukan melalui faximile, kurir atau dengan surat tercatat atau disampaikan langsung dengan mendapatkan tanda penerimaan yang layak kepada alamat berikut:

(1) PIHAK PERTAMA

Nama : RUMAH SAKIT ISLAM "SUNAN KUDUS"
Alamat : JL. Kudus Permai No.1 Kudus, 59316, Jawa Tengah
E-mail : rsi_sunankudus@yahoo.com
E-mail : humas.rsisk@gmail.com (Humas)
Website : www.rsisunankudus.com
No. Tlp : (0291) 434008
No. Fax : (0291) 432008

a. Kontak Person Keuangan:

1. Surat Jaminan : Ida Susilowati, SE
No. Tlp/Ext : (0291) 432008, 434008, Ext. 160 (Keuangan)
2. Penagihan : Erida Fitriyana
No. Tlp/Ext : (0291) 432008, 434008, Ext. 160 (Keuangan)

| | |
|----------------|---|
| Paraf Pihak I |  |
| Paraf Pihak II |  |

3. Bagian Pembayaran Tagihan :

No. Tlp/Ext : (0291) 432008, 434008, Ext. 160 (Keuangan)

4. Perjanjian Kerjasama : Khoirul Anam (Pemasaran)

No. Tlp/Ext : (0291) 432008, 434008, Ext. 176 (Humas)

Hp. 08995985318

5. Ketua PMKP (Mutu) : dr. Wawan Eko,

No. Tlp/Ext : (0291) 432008, 434008, Ext. 172 (Hemodialisa)

Hp. 081326233324

b. Petugas Laboratorium:

Petugas Lab. Klink : Sinta Zuhaida, AMAK (Kasubag. Laboratorium

No. Tlp/Ext : (0291) 432008, 434008, Ext. 142 (Laboratorium)

Hp. 081325862954

Lab. Klinik : 24 Jam

c. Petugas Radiologi:

Petugas Radiologi : Wiwi Palupi, Amd. Rad (Kasubag. Radiologi)

No. Tlp/Ext : (0291) 432008, 434008, Ext. 140 (Radiologi)

Hp.085225377881

Radiologi Buka : 24 Jam

(2) PIHAK KEDUA

Nama : RSUD dr. Loekmono Hadi No. 19 Kudus

Alamat : JL. dr. Lukmonohadi No. 19 Kudus, Jawa Tengah

E-mail : rsuddrloekmonohadi@kuduskab.go.id, rsudkudus@yahoo.co.id

Website : www.rsuddrloekmonohadi.kuduskab.go.id

No. Tlp : (0291) 444001

No. Fax : (0291) 438195

Kontak Person:

a) Surat Jaminan : Bidang Pelayanan (Ka. Urusan Asuransi /Surat Jaminan)

No. Ext : (0291) 444001, Ext. 1211

b) Penagihan : Sri Puji Astuti, SH, MM

No. Ext : (0291) 444001, Ext. 5206 (Perbendaharaan dan
Mobilisasi Dana) / 08112770053

c) Outstanding Penagihan : Mustadzah Lilik Wahyuni, SE.Sy

No. Ext : (0291) 444001, Ext. 5206 (Keuangan) / 0816289084

| | |
|-------------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |

- d) Perjanjian kerjasama : Laily Aisjah Siregar, SE (Kasubbag PIP)
 No. Ext : (0291) 44400 Ext. 1215 (Sekretariat) / 082242552645
- e) Petugas Laboratorium :
 Petugas Lab. Klink : dr. Siti Khoiriyah, Sp.PK (Kepala Instalasi Laboratorium)
 No. Tlp/Ext : (0291) 444001 – 04, Ext. 1109 / 081228183458
 Lab. Klinik : 24 Jam
- f) Petugas Radiologi:
 Petugas Lab. Klink : dr. Sri Hartati, Sp.Rad (Kepala Instalasi Radiologi)
 No. Tlp/Ext : (0291) 444001 – 04, Ext. 1110 / 08157614785
 Radiologi Buka : 24 Jam

KETENTUAN LAIN-LAIN


PASAL 19

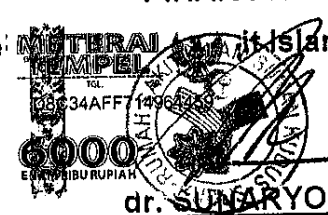
- (1) Hal-hal yang belum diatur dalam perjanjian kerja sama ini akan ditentukan kemudian berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak.
- (2) Segala perubahan, perbaikan maupun penambahan terhadap perjanjian kerja sama ini akan dibuat addendum/ amandemen berdasarkan persetujuan kedua belah pihak yang merupakan bagian tak terpisahkan dari perjanjian kerja sama ini

PENUTUP

PASAL 20

Perjanjian kerja sama ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) dengan kekuatan hukum yang sama dan ditandatangani oleh **PARA PIHAK** diatas materai secukupnya, tanpa paksaan dari pihak manapun

PIHAK KEDUA
 Direktur RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus

dr. ABDUL AZIZ ACHYAR, M.Kes

PIHAK PERTAMA
 Direksi MUI Kota Kudus
 Masjid Islam "Sunan Kudus"

dr. SUNARYO GANA

| | |
|----------------|--|
| Paraf Pihak I | |
| Paraf Pihak II | |