



**PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. SARDJITO YOGYAKARTA
DENGAN
DINAS KESEHATAN KABUPATEN LAMANDAU
KALIMANTAN TENGAH**

**TENTANG
RUJUKAN PEMERIKSAAN SKRINING HIPOTIROID KONGENITAL (SHK)**

NOMOR : HK.03.01/D.XI/68/2024

NOMOR : 444.1/143/I/DINKES/2024

Pada hari ini, Selasa, tanggal Dua bulan Januari tahun Dua ribu dua puluh empat (02/01/2024), kami yang bertandatangan di bawah ini :

1. Nama : **dr. Eniarti, M.Sc., Sp.KJ., M.M.R**
NIP : 196901102001122002
Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Alamat : Jl. Kesehatan No. 1 Sendowo Sinduadi Mlati Sleman D.I. Yogyakarta 55284

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor KP.03.03/MENKES/1347/2023 tanggal 13 April 2023 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan Direksi Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dari dan oleh karena itu bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta yang berkedudukan Jl. Kesehatan No. 1 Sendowo Sinduadi Mlati Sleman D.I. Yogyakarta, Untuk selanjutnya dalam Perjanjian ini disebut **PIHAK KESATU**

2. Nama : **Resmawati, S.Si.Apt., M.Si**
NIP : NIP.19750305 200312 2 006
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lamandau
Alamat : Jalan Bukit Hibul Utara No.50, Nanga Bulik

Berdasarkan Keputusan Bupati Lamandau Nomor : 821.2/260/V/BKPSDM-2020 tanggal 28 Mei 2020 tentang Pengangkatan Pegawai Negeri Sipil Dalam Jabatan Struktural Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamandau, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Dinas Kesehatan Kabupaten Lamandau, Untuk selanjutnya dalam Perjanjian ini disebut **PIHAK KEDUA**

PIHAK KESATU dan **PIHAK KEDUA** untuk selanjutnya bersama-sama disebut "**PARA PIHAK**".

PARA PIHAK sepakat untuk membuat Perjanjian Kerja Sama yang mengikat kedua belah pihak dalam bidang Rujukan Pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK), sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam pasal-pasal tersebut dibawah ini:

PASAL 1 PENGERTIAN

- (1) Dinas Kesehatan Kabupaten Lamandau adalah Dinas Kesehatan merupakan unsur pelaksana otonomi daerah di bidang kesehatan yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah, yang mempunyai tugas memberikan pelayanan di bidang kesehatan termasuk skrining hipotiroid kongenital.
- (2) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta adalah Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, merupakan Rumah Sakit Vertikal Klas A, Rujukan Nasional, yang melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang berkedudukan di Jl. Kesehatan No. 1 Sendowo Sinduadi Mlati Sleman D.I. Yogyakarta, 55284.
- (3) Hipotiroid Kongenital adalah kelainan akibat kekurangan hormon tiroid yang terjadi sejak dalam kandungan.
- (4) Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah Skrining/uji saring yang dilakukan pada bayi baru lahir untuk memilah bayi yang menderita Hipotiroid Kongenital (HK) dan bayi yang bukan penderita.

PASAL 2 MAKSUD DAN TUJUAN

- (1) Maksud Perjanjian Kerja Sama ini adalah dalam rangka melakukan deteksi dini Hipotiroid Kongenital (HK) terhadap bayi baru lahir sehingga dapat mencegah terjadinya hambatan pertumbuhan dan retardasi mental;
- (2) Tujuan Perjanjian Kerja Sama ini adalah penurunan angka kematian bayi dan prevalensi stunting

PASAL 3 RUANG LINGKUP

- (1) Pelaksanaan Pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) dari daerah kerja PIHAK KEDUA.
- (2) Pembinaan, pengawasan, pengendalian monitoring dan evaluasi bagi Dinas Kesehatan maupun faskes pengirim sampel darah bayi baru lahir.
- (3) Pembayaran Pelaksanaan Pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK).

PASAL 4 TATA CARA PELAKSANAAN

- (1) **PIHAK KEDUA** mengajukan surat permohonan Kerja Sama Pemeriksaan Sampel Darah Bayi Baru Lahir atau Skrining Hipotiroid Kongenital kepada Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Cq. Ka. Instalasi Laboratorium Terpadu RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dengan alamat pengiriman surat : tu.rssardjito@gmail.com CC lab.sardjito@gmail.com dan hukorsardjito@gmail.com
- (2) **PIHAK KEDUA** mengirimkan sampel dari Faskes/Dinkes ke PIHAK KESATU; dilampiri:
 - a) Input data pasien di sihalo.sardjito.co.id
 - b) Form/List Pasien => Print data excel yang diambil dari sihalo.

- c) Alamat pengiriman sampel :
Kepala Instalasi Laboratorium Terpadu RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Jl. Kesehatan No. 1 Sendowo Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta 55284
(hub HP: 082322838482) Ibu Indah Sulistyowati.
- (3) **PIHAK KESATU** akan menerima sampel darah Bayi Baru Lahir dan melakukan pemeriksaan sampel.
- (4) Apabila sampel yang diterima oleh **PIHAK KESATU** tidak memenuhi persyaratan atau tidak lengkap, maka **PIHAK KESATU** berhak melakukan hal-hal sebagai berikut :
- a) Melakukan konfirmasi segera, apabila data berupa identitas dan/atau informasi tentang sampel yang tidak lengkap kepada pengirim; dan
- b) Menolak sampel, apabila kondisi sampel tidak sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan sehingga tidak dapat dilakukan uji laboratorium sebagaimana diatur dalam buku pedoman, penolakan atas sampel harus diinformasikan kepada pengirim paling lambat 2 (dua) hari kerja sejak sampel dinyatakan tidak dapat dilakukan uji laboratorium.
- (5) Untuk hasil laboratorium dengan hasil uji positif, pihak **KESATU WAJIB SEGERA MEMBERITAHUKAN** kepada **PIHAK KEDUA**, selaku pengirim sampel agar dapat ditindaklanjuti dengan menelusuri keberadaan pasien tersebut.
- (6) **PIHAK KESATU** mengajukan klaim pemeriksaan yang telah dilakukan paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya.
- (7) **PIHAK KEDUA** akan membayarkan pemeriksaan SHK yang dilakukan oleh **PIHAK KESATU** sesuai dengan jumlah sampel yang diperiksa.
- (8) **PARA PIHAK** wajib melaksanakan/mematuhi ketentuan dalam Perjanjian ini dengan penuh tanggung jawab dan ketentuan lainnya yang berlaku sebagai standar pelayanan laboratorium ataupun standar operasional prosedur yang berlaku.

PASAL 5

HAK DAN KEWAJIBAN

- (1) **PIHAK KESATU** mempunyai Hak, sebagai berikut:
- a) Menerima sampel yang akan diperiksa dari **PIHAK KEDUA**.
- b) Melakukan konfirmasi ke **PIHAK KEDUA**, apabila data berupa identitas dan/atau informasi sampel tidak lengkap;
- c) Menolak pemeriksaan sampel, apabila kondisi sampel tidak sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan; dan
- d) Memutuskan perjanjian kerjasama ini apabila ternyata **PIHAK KEDUA** melanggar ketentuan dalam Perjanjian.
- (2) **PIHAK KESATU** mempunyai kewajiban, sebagai berikut:
- a) Mengkoordinasikan pemeriksaan SHK dan tes konfirmasi sesuai ketentuan yang berlaku.
- b) Melakukan pemeriksaan atas sampel yang dikirimkan oleh **PIHAK KEDUA** yaitu pemeriksaan skrining hipotiroid kongenital dan tes konfirmasi atau tes diagnostik paling lambat 3 (tiga) hari setelah sampel diterima;
- c) Menjamin hasil pemeriksaan **PIHAK KESATU** adalah akurat;
- d) Melakukan pemeriksaan ulang berdasarkan permintaan dari fasilitas pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA** apabila terdapat hasil pemeriksaan yang meragukan menurut **PIHAK KEDUA**.

- e) Senantiasa menjaga kerahasiaan data yang digunakan, baik data berupa hasil pemeriksaan pasien dan/atau data lainnya yang berkenaan dengan pemeriksaan;
 - f) Menghormati semua ketentuan yang berlaku dalam isi Perjanjian ini.
- (3) **PIHAK KEDUA** mempunyai Hak, sebagai berikut:
- a) Mengirimkan sampel darah bayi baru lahir sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - b) Menerima hasil pemeriksaan yang akurat setelah pelaksanaan pemeriksaan selesai.
 - c) Meminta pemeriksaan ulang apabila hasil pemeriksaan meragukan menurut **PIHAK KEDUA**; dan
 - d) Memutuskan Perjanjian ini apabila ternyata **PIHAK KESATU** melanggar ketentuan dalam Perjanjian.
- (4) **PIHAK KEDUA** mempunyai kewajiban, sebagai berikut:
- a) Memastikan agar sampel yang terkirim dapat diperiksa/tidak reject dengan mengkomunikasikan terlebih dahulu ke PIC SHK **PIHAK KESATU**, sebelum sampel dikirim.
 - b) Menyediakan secara mandiri BMHP/logistik yang diperlukan untuk pengambilan sampel, sesuai standar dari Tim SHK **PIHAK KESATU**.
 - c) Membayar biaya pemeriksaan sampel yang diperiksa sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam Perjanjian ini;
 - d) Menjaga kerahasiaan data yang digunakan, baik data berupa hasil pemeriksaan pasien dan atau data lainnya yang berkenaan dengan pemeriksaan dan
 - e) Menghormati semua ketentuan yang berlaku dalam isi Perjanjian ini.

PASAL 6

PENGULANGAN PEMERIKSAAN

Apabila menurut **PIHAK KEDUA** terdapat hasil pemeriksaan yang meragukan sehingga diperlukan pemeriksaan ulang, maka **PIHAK KESATU** bersedia untuk melakukan pemeriksaan ulang, dengan ketentuan meliputi:

- a) Hasil pemeriksaan tidak sesuai dengan keadaan klinis pasien menurut dokter pemeriksa atau terdapat alasan-alasan lain yang dapat dipertanggungjawabkan secara medis;
- b) Interpretasi hasil pemeriksaan yang dianggap meragukan tersebut disampaikan secara tertulis dari dokter pengirim; dan
- c) Pengulangan pemeriksaan dengan menggunakan sampel yang sudah ada, atau sampel baru ditentukan berdasarkan stabilitas sampel dan kepentingan pengulangan pemeriksaan. Pengulangan pemeriksaan dapat dilakukan pada umur bayi hari ke 14 dan hari ke 28.

PASAL 7

LAPORAN HASIL PEMERIKSAAN

- (1) **PIHAK KESATU** akan menerbitkan hasil pemeriksaan dalam bentuk atau tampilan dan format sesuai dengan format baku.
- (2) Hasil pemeriksaan diumpankanbalikan kepada **PIHAK KEDUA**. Umpan balik hasil TSH tinggi dilakukan sesegera mungkin selambatnya 24 jam, sedangkan hasil TSH normal selambatnya 7 (tujuh) hari setelah pemeriksaan selesai dilaksanakan.

- (3) Apabila terjadi hal-hal diluar kemampuan **PIHAK KESATU** untuk mengendalikan dan/atau mengatasinya, hal mana menyebabkan tertundanya pemeriksaan, maka **PIHAK KESATU** harus segera memberitahukan kepada **PIHAK KEDUA** mengenai keterlambatan ini.
- (4) Hal-hal di luar kemampuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2),
 - a) Listrik padam karena kerusakan fasilitas Perusahaan Listrik Negara atau terjadi pemadaman aliran listrik tanpa pemberitahuan terlebih dahulu dari pihak Perusahaan Listrik Negara, dimana rentang waktu padamnya aliran listrik tersebut melampaui rentang waktu kemampuan supply alat cadangan listrik (*UPS/Uninterrupted Power Supply*) **PIHAK KESATU**.
 - b) Kekosongan reagen dan/atau bahan pereaksi untuk pemeriksaan yang disebabkan pasokan dari pemasok terhambat.
 - c) Sampel tidak memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan atau diperlukan pemeriksaan ulang karena hasil pemeriksaan dikategorikan dalam "border line" atau "gray zone".

PASAL 8

TARIF PEMERIKSAAN

- (1) Tarif Pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) Tahun 2024 sesuai regulasi yang berlaku, sbb:
 - a) **Tarif tanpa logistik (BMHP) sebesar Rp. 59.500,-** (Lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah)/ sampel.
 - b) **Tarif dengan logistik (BMHP) sebesar Rp. 70.000,-** (Tujuh puluh ribu rupiah)/ sampel.
 - c) **Tarif harga pemeriksaan konfirmasi sampel TSH (Thyroid Stimulating Hormone) sebesar Rp. 220.000** (Dua ratus dua puluh ribu rupiah) / sampel.
 - d) **Tarif harga pemeriksaan konfirmasi sampel FT4 (Free T4) sebesar Rp. 220.000** (Dua ratus dua puluh ribu rupiah) / sampel.
- (2) Biaya pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) dan tes konfirmasi disesuaikan dengan jumlah sampel yang telah dilakukan pemeriksaan.
- (3) Pengajuan klaim pemeriksaan yang telah dilakukan paling lambat tanggal 10 setiap bulannya..
- (4) Apabila sampel yang akan diperiksa tidak dapat dibaca atau tidak dapat diperiksa (*reject*), maka **PIHAK KEDUA** tetap wajib membayar kepada **PIHAK KESATU** sesuai dengan alat yang di digunakan, (menggunakan logistik/BMHP dari **PIHAK KESATU** sebesar @ Rp. 10.500,- (Sepuluh ribu lima ratus rupiah))
- (5) Dalam hal **PIHAK KESATU** akan melakukan perubahan tarif pemeriksaan, maka **PIHAK KESATU** akan membuat surat pemberitahuan kepada **PIHAK KEDUA** sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari sebelum tarif baru tersebut diberlakukan.

PASAL 9

TATA CARA PEMBAYARAN

Cara pembayaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dilaksanakan oleh **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan sebagai berikut:

- (1) Pembayaran diberikan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK KESATU** berdasarkan nilai tagihan **PIHAK KESATU** dengan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang sesuai, atas

pelayanan kesehatan per sampel sesuai dengan klaim yang diajukan, selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja terhitung sejak surat penagihan diterima **PIHAK KEDUA**.

- (2) **PIHAK KESATU** dalam mengajukan Klaim melampirkan persyaratan sebagai berikut:
- a) Surat permohonan pembayaran ;
 - b) Kuitansi pembayaran total dengan melampirkan rekap pelayanan pemeriksaan sampel (berisi Nama Bayi Baru Lahir, NIK, Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pengirim sampel); dan hasil pemeriksaan) yang telah di tandatangani oleh **PIHAK KESATU**; dan
 - c) NPWP (Nomor Pokok Wajib pajak).
 - d) Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang ditandatangani **PIHAK KEDUA**
- (3) Pembayaran kepada **PIHAK KESATU** akan melalui transfer ke rekening **PIHAK KESATU** dengan nomor rekening dan nama bank yang termasuk dalam **Himpunan Bank Milik Negara** sebagai berikut:
- | | |
|---------------------|--|
| Nama Bank | : PT. Bank MANDIRI |
| Atas Nama | : RPL 030 BLU RSUP DR. SARDJITO UNTUK-OPS-P |
| Cabang | : KCP RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta |
| No. Virtual Account | : 8814001000536201 |
| NPWP | : 00.144.760.6.542.000 |
| E-mail | : piutang.rssardjito@gmail.com |
- (4) Pembayaran kepada **PIHAK KESATU** dari **PIHAK KEDUA** atas pelaksanaan Perjanjian ini dilakukan sesuai dengan prestasi pekerjaan yang telah dilaksanakan oleh **PIHAK KESATU**.

PASAL 10 PEMBIAYAAN

Sumber pembiayaan rujukan pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) dibebankan kepada **PIHAK KEDUA**.

PASAL 11 KERAHASIAAN MEDIS

- (1) **PARA PIHAK** setuju bahwa setiap informasi rahasia, termasuk namun tidak terbatas pada data-data, identitas dan/atau hasil pemeriksaan pasien yang diberikan baik selama maupun setelah berakhirnya jangka waktu Perjanjian ini harus diperlakukan secara sangat rahasia dan tidak boleh diperdagangkan, dipublikasikan ataupun dan/atau diberitahukan kepada Pihak manapun dengan cara apapun, termasuk di dalamnya membuat fotokopi atau reproduksi tanpa persetujuan tertulis terlebih dahulu dari Pihak yang memberikan.
- (2) Pihak yang menerima harus menggunakan cara yang sama untuk melindungi kerahasiaan informasi tersebut sebagaimana halnya Pihak tersebut melindungi hal-hal miliknya sendiri yang bersifat rahasia.
- (3) Kerahasiaan medis dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

PASAL 12
KORESPONDENSI

- (1) Semua komunikasi, konfirmasi dan permintaan dalam hubungan dengan perjanjian ini dapat dilakukan secara tertulis maupun lisan (melalui telepon), apabila lisan selanjutnya dimintakan konfirmasi/permintaan secara tertulis yang harus ditandatangani oleh pihak yang berwenang, selanjutnya disampaikan ke alamat di bawah ini :

PIHAK PERTAMA

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. SARDJITO YOGYAKARTA.

Jalan Kesehatan No.1 Sendowo Sinduadi Mlati Sleman D.I. Yogyakarta 55284.

Telp. 0274 587333.

- 1) PIC Klaim Ikatan Kerja Sama
Nama : Delviani Rizka Putri
Jabatan : Pengelola Keuangan
No. Telp : 082332993679
Email : jamkesdarss@gmail.com
- 2) PIC Keuangan
Nama : Tri Sugiarto
Jabatan : Anggota Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan
Telp. : 0274 587 333 ext. 1214 / 0823 2919 9292
Email : piutang.rssardjito@gmail.com
- 3) PIC (MoU / Kerja Sama)1 :
Nama : Arum Sendanu, SH
Jabatan : Staf Sub Bagian Hukum dan Organisasi
Telp/ HP : (0274) 587333 Ext 1583 / 085742473977
Email : hukorsardjito@gmail.com
- 4) PKS (MoU / Kerja Sama) 2 :
Nama : Ismaryanto, SH
Jabatan : Staf Sub Hukum
Telp/ HP : (0274) 587333 Ext 1583 / 081328824725
Email : hukorsardjito@gmail.com
- 5) PIC LAB Konfirmasi 1
Nama : dr. Indah Ajeng, M.Sc., Sp.PK
Jabatan : Tim SHK RSUP Dr Sardjito Yogyakarta
Unit Kerja : Instalasi Laboratorium Terpadu
Email : lab.sardjito@gmail.com
No. Telp./HP : 0274 587333 ext 1633 / 081325993589
- 6) PIC LAB Konfirmasi 2
Nama : dr. Windarwati, M.Sc., Sp.PK(K).
Jabatan : Tim SHK RSUP Dr Sardjito Yogyakarta
Unit Kerja : Instalasi Laboratorium Terpadu
Email : labklin.sardjito@gmail.com
No. Telp./HP : 0274 587333 ext 1633 / 081229456692
- 7) PIC Sampel dan Hasil :
Nama : Indah Sulistyowati, S.A.P
Jabatan : Tim SHK RSUP Dr Sardjito Yogyakarta

Unit Kerja : Instalasi Laboratorium Terpadu
Email : lab.sardjito@gmail.com
No. Telp./HP : 0274 587333 ext 1633 / 082322838482
8) PIC Logistik :
Nama : Siti Binzanah. Amd, Ak
Jabatan : Tim SHK RSUP Dr Sardjito Yogyakarta
Unit Kerja : Instalasi Laboratorium Terpadu
Email : lab.sardjito@gmail.com
No. Telp./HP : 0274 587333 ext 1633 / 08562881629

PIHAK KEDUA

DINAS KESEHATAN KABUPATEN LAMANDAU KALIMANTAN TENGAH

Jln.Bukit Hibul Utara no 50 Telp. (0532) 2071010; Fax : -

Email : dinkeslamandau@yahoo.com

- 1) PIC Pembayaran Klaim
Nama : Vanda Yuni Dewi,SE.M.M
Jabatan : Analis Kesehatan Ibu dan Anak
Telp. / HP : 082158021895
Email : vandayuni76@gmail.com
- 2) PIC Legal
Nama : Mahrus Ependi,S.A.P
Jabatan : Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat.
Telp./ Hp : 0823 5753 7878
Email : mahrusefendi1972@gmail.com
- 3) PIC Rujukan
Nama : Sampun
Jabatan : Koordinator Kesga dan Gizi
Telp. / HP : 081346612107
Email : imunisasi.70@gmail.com

- (2) Semua pemberitahuan dari masing-masing pihak berlaku efektif setelah diterima oleh **PARA PIHAK**.
- (3) Pemberitahuan yang disyaratkan berdasarkan Perjanjian ini oleh **PARA PIHAK** harus dianggap telah diberikan dan dilakukan jika:
 - a. dikirim langsung pada saat tanggal pengiriman;
 - b. dikirim melalui fax setelah konfirmasi laporan pengiriman, kecuali ada laporan dari penerimaan bahwa transmisi telah diterima namun tidak lengkap atau rusak; dan
 - c. Dikirim melalui surat tercatat dalam waktu tujuh hari setelah tanggal pengiriman surat tercatat dimaksud. Apabila jangka waktu tersebut bertepatan dengan hari libur, maka surat dianggap telah diterima pada hari berikutnya.

PASAL 13 JANGKA WAKTU

- (1) Perjanjian ini berlaku mulai tanggal **02 Januari 2024 sampai dengan 31 Desember 2026** dan dapat diperpanjang atas persetujuan **PARA PIHAK**.

- (2) Apabila salah satu **PIHAK** berkeinginan untuk mengakhiri Perjanjian sebelum jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir, maka **PIHAK** yang ingin mengakhiri harus memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya paling lambat 10 (sepuluh) hari sebelum Perjanjian tersebut diakhiri.
- (3) Perjanjian ini dapat berakhir atau batal dengan sendirinya apabila ada peraturan perundang-undangan yang tidak memungkinkan berlangsungnya Perjanjian ini.

PASAL 14 **PENYELESAIAN PERSELISIHAN**

- (1) Dalam hal terdapat perbedaan pendapat atau perselisihan sehubungan dengan pelaksanaan Perjanjian ini (selanjutnya disebut sebagai "Perselisihan"), **PARA PIHAK** sepakat untuk menyelesaikannya secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal penyelesaian secara musyawarah untuk mufakat tersebut tidak tercapai dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak tanggal dimulainya musyawarah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyelesaikannya pada Pengadilan Negeri Jakarta Pusat.
- (3) Timbulnya Perselisihan di antara **PARA PIHAK** tidak menghilangkan kewajiban masing-masing **PIHAK** untuk menyelesaikan kewajibannya berdasarkan Perjanjian ini yang bukan merupakan obyek dari Perselisihan dan sepanjang Perjanjian ini tidak diakhiri.

PASAL 15 **FORCE MAJEURE**

- (1) **PARA PIHAK** dianggap tidak melalaikan kewajiban melaksanakan isi Perjanjian ini, apabila tidak dimungkinkan akibat keadaan dan sebab-sebab di luar kemampuan **PARA PIHAK** atau karena adanya keadaan kahar (*force majeure*);
- (2) Keadaan kahar (*force majeure*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi bencana alam, wabah, perang, pemberontakan, huru hara, pemogokan umum, kebakaran dan perubahan kebijakan pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Perjanjian ini;
- (3) Dalam hal terjadi keadaan kahar (*force majeure*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka **PIHAK** yang mengalami keadaan kahar tersebut wajib memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya dengan disertai bukti-bukti dan keterangan dari instansi yang berwenang paling lama 14 (empat belas) hari kerja setelah terjadinya keadaan kahar (*force majeure*) dimaksud.
- (4) Apabila dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak diterimanya pemberitahuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak ada tanggapan dari **PIHAK** yang menerima pemberitahuan, maka adanya keadaan kahar (*force majeure*) tersebut dianggap telah disetujui.

PASAL 16 **PEMINDAHTANGANAN PERJANJIAN**

Selama pelaksanaan Perjanjian ini berlangsung, **PARA PIHAK** dilarang untuk memindahtangankan baik sebagian atau seluruh isi dan atau kondisi Perjanjian ini kepada **PIHAK KETIGA** atau Pihak lainnya.

PASAL 17
PENUTUP

- (1) Perjanjian kerja sama ini dibuat rangkap 2 (dua) masing-masing bermeterai cukup mempunyai kekuatan hukum yang sama untuk dipertanggungjawabkan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Perjanjian kerja sama ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan ditinjau kembali bila ternyata ada ketidaksesuaian dalam penetapan.

PIHAK KEDUA
DINKES KAB. LAMANDAU
KALIMANTAN TENGAH



Rosmawati, S.Si.Apt., M.Si
Kepala Dinas Kesehatan

PIHAK KESATU
RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA



dr. Eniarti, M.Sc., Sp.KJ., M.M.R
Direktur Utama