



**PERJANJIAN KERJASAMA  
ANTARA  
RUMAH SAKIT MITRA MEDIKA  
DENGAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PONTIANAK  
TENTANG  
PEMERIKSAAN SWAB TEST PCR DAN RAPID ANTIGEN UNTUK STAF DAN  
MAHASISWA POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PONTIANAK**

Nomor Pihak I : 002/DIR-RSMM/PKS/II/2021

Nomor Pihak II : HK.05.01/1.3/773/2021

Perjanjian Kerjasama ini (untuk selanjutnya disebut "**Perjanjian**") ditandatangani pada hari jumat tanggal **Dua Puluh Sembilan** bulan **Januari** tahun **Dua Ribu Dua Puluh Satu (29-01- 2021)** di Pontianak, oleh dan diantara :

- I. **Rumah Sakit Mitra Medika**, berkedudukan di Pontianak dan berkantor di Jalan Sultan Abdurrahman No. 25, yang didirikan berdasarkan hukum negara Republik Indonesia, dalam hal ini diwakili oleh **dr. Suriviana, MSc., Sp. A** selaku **Direktur** oleh karena itu sah bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Mitra Medika, selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**.
- II. **Politeknik Kesehatan Kemenkes Pontianak**, berkedudukan di Pontianak dan berkantor di Jalan 28 Oktober Siantan Hulu Pontianak, yang didirikan berdasarkan hukum negara Republik Indonesia, dalam hal ini diwakili oleh **Didik Hariyadi, S.Gz.M.Si** selaku **Direktur** oleh karena itu sah bertindak untuk dan atas nama Politeknik Kesehatan Kemenkes Pontianak, selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA**.

**PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** secara bersama-sama disebut sebagai "**PARA PIHAK**" dan secara sendiri-sendiri disebut sebagai "**PIHAK**"-----

Bahwa **PARA PIHAK** terlebih dahulu memberitahukan dan menerangkan dalam perjanjian kerja sama ini sebagai berikut: -----

1. **PIHAK PERTAMA** adalah sebuah instansi yang melakukan kegiatan dalam bidang pelayanan kesehatan; -----
2. **PIHAK KEDUA** adalah sebuah Instansi Pendidikan Negeri yang bergerak dalam bidang Ilmu Kesehatan; -----
3. **PARA PIHAK** sepakat untuk mengadakan Perjanjian dalam hal "Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen" bagi Staf dan Mahasiswa **PIHAK KEDUA** (untuk selanjutnya disebut juga "**Pasien**"); -----

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk melaksanakan Perjanjian dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut: -----

### **Pasal 1**

#### **MAKSUD DAN TUJUAN**

**PIHAK KEDUA** menyerahkan pekerjaan Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen pasien kepada **PIHAK PERTAMA**, dimana **PIHAK PERTAMA** menerima maksud tersebut dengan memberikan pemeriksaan sesuai dengan permintaan **PIHAK KEDUA** dan berdasarkan ketentuan pelayanan yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**; -----

### **Pasal 2**

#### **TATA CARA PELAKSANAAN**

1. Pelaksanaan pelayanan Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen kepada Staf dan Mahasiswa **PIHAK KEDUA** bila memungkinkan dapat di lakukan di kantor **PIHAK KEDUA** yaitu di jalan 28 Oktober Siantan Hulu atau di Kantor **PIHAK PERTAMA** yaitu di Rumah Sakit Mitra Medika;-----
2. Penentuan hari serta tanggal pelaksanaan pekerjaan sebagai dimaksud pada ayat 1 pasal ini berdasarkan pada kesepakatan **PARA PIHAK**; -----
3. Untuk memenuhi standar pelayanan pekerjaan sebagaimana dimaksud ayat 1 pasal ini petugas **PIHAK PERTAMA** wajib menggunakan alat pelindung diri secara lengkap dan benar sesuai standar yang berlaku serta Staf dan Mahasiswa **PIHAK KEDUA** wajib mengenakan masker; -----
4. Pelaksanaan pelayanan Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen dilakukan dengan memperhatikan prinsip *social distancing* atau *physical distancing* dan harus dilakukan ditempat terbuka atau dengan sirkulasi udara yang baik; -----
5. Pelaksanaan Onsite dilakukan dengan minimal kuota 30 peserta, bilamana dibawah kuota minimal peserta akan dirujuk **PIHAK KEDUA** untuk dilakukan di RS Mitra Medika; ----

### **Pasal 3**

#### **HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK**

1. **PIHAK PERTAMA** wajib memberikan pelayanan yang berkualitas, tepat, akurat dan terpercaya serta senantiasa menjaga mutu pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditentukan; -----
2. **PIHAK PERTAMA** wajib menyediakan perlengkapan medis yang diperlukan untuk Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen yang dimaksud dalam Perjanjian ini; ----
3. **PIHAK KEDUA** wajib memberikan data yang diperlukan oleh **PIHAK PERTAMA** berkaitan dengan Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen dalam Perjanjian ini; -

4. **PIHAK PERTAMA** wajib melakukan Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen dengan baik dan benar sesuai dengan standar ketentuan yang berlaku; -----
5. **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk memenuhi pembayaran atas biaya Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen, sesuai dengan jenis pelayanan yang telah dilakukan oleh **PIHAK PERTAMA**; -----
6. **PARA PIHAK** wajib melaksanakan dan mematuhi ketentuan dalam Perjanjian ini dengan penuh tanggung jawab dan ketentuan lainnya yang berlaku sebagai standar pelayanan ataupun standar operasional prosedur yang berlaku; -----

#### **Pasal 4**

#### **HASIL PEMERIKSAAN**

1. Hasil Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen hanya diberikan kepada Pihak Yang berwenang yaitu Pihak Politeknik Kesehatan Kemenkes Pontianak atau orang yang ditunjuk sebagai perwakilan Politeknik Kesehatan Kemenkes Pontianak dengan menunjukkan bukti keterangan yang sah;-----
2. Pasien yang dinyatakan TERDETEKSI berdasarkan hasil Swab Test PCR dan Rapid Antigen harus melakukan isolasi mandiri serta bersedia dilaporkan ke Dinas Kesehatan untuk ditindaklanjuti; -----

#### **Pasal 5**

#### **KERAHASIAAN MEDIS**

**PARA PIHAK** sepakat dan setuju selama pelaksanaan Perjanjian ini maupun setelah selesainya Perjanjian ini, wajib senantiasa menjaga kerahasiaan data/identitas Staf dan Mahasiswa (pasien) sebagaimana ketentuan perundang-undangan yang mengatur mengenai kerahasiaan pasien; -----

#### **Pasal 6**

#### **TARIF PELAYANAN**

Tarif Pelayanan Pemeriksaan Swab Test PCR dan Rapid Antigen sebagaimana telah disepakati **PARA PIHAK** untuk diberlakukan dalam Perjanjian ini tercantum pada Lampiran 1; -----

#### **Pasal 7**

#### **TATA CARA PEMBAYARAN**

1. **PIHAK PERTAMA** akan membuat tagihan secara lengkap dan benar dan akan dikirimkan kepada **PIHAK KEDUA** setelah seluruh pekerjaan terlaksana dengan melampirkan nota atau kwitansi; -----

2. Pembayaran atas tagihan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 pasal ini, akan dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK PERTAMA** paling lambat 14 (empat belas) hari setelah surat tagihan asli diterima **PIHAK KEDUA** secara lengkap dan benar, dengan cara transfer atau pemindahbukuan ke nomor rekening dan nama bank sebagaimana tercantum dalam surat tagihan; -----
3. Terhadap adanya keterlambatan pembayaran oleh **PIHAK KEDUA**, akan dikenakan sanksi berupa denda sebesar 0.25% dari total tagihan yang belum dibayar untuk setiap hari keterlambatan, dihitung dari hari kerja ke 15 (lima belas) sejak diterimanya surat tagihan oleh **PIHAK KEDUA** dengan kumulatif maksimum 5%; -----
4. Terhadap keterlambatan pembayaran sebagaimana dimaksud dalam ayat 3 pasal ini yang berlangsung berturut-turut hingga hari ke 30 (tiga puluh) sejak diterimanya surat tagihan, maka untuk permintaan pelayanan berikutnya, dihitung sejak hari ke 31 (tiga puluh satu) **PIHAK KEDUA** tidak melaksanakan kewajibannya tersebut maka **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pembayaran tunai untuk setiap permintaan pelayanan sampai dengan **PIHAK KEDUA** melunasi kewajiban pembayarannya tersebut; -----

#### **Pasal 8**

#### **JANGKA WAKTU PERJANJIAN**

1. Perjanjian kerjasama ini berlaku dihitung sejak tanggal 29-01-2021 sampai dengan tanggal 28-01-2024; -----
2. Perjanjian ini tidak dapat dibatalkan secara sepihak sebelum waktu berakhirnya. Pembatalan secara sepihak mengakibatkan timbulnya kewajiban pihak yang membatalkan secara sepihak untuk membayarkan sisa pembayaran bulan berjalan sampai dengan waktu berakhirnya perjanjian kepada pihak yang terkena pembatalan perjanjian secara sepihak tersebut; -----
3. Perjanjian ini hanya dapat dibatalkan sebelum waktu berakhirnya berdasarkan kesepakatan tertulis dari **PARA PIHAK**; -----
4. Berakhirnya masa berlaku Perjanjian ini tidak serta merta menghapuskan kewajiban masing-masing Pihak terhadap Pihak Lainnya yang belum terselesaikan; -----

#### **Pasal 9**

#### **PENANGGUNG JAWAB HARIAN**

1. Yang dimaksud dengan penanggung jawab harian adalah karyawan/petugas dari masing-masing pihak yang ditunjuk oleh masing-masing pihak untuk bertugas sebagai penanggung jawab selama penyelenggaraan Perjanjian ini; -----

2. Penanggung Jawab Harian yang ditetapkan oleh **PIHAK PERTAMA** adalah :

Nama : Irmina Susanti  
Jabatan : Koord. Pemasaran  
Alamat Korespondensi : Rumah Sakit Mitra Medika  
Alamat : Jl. Sultan Abdurrahman No. 25, Pontianak  
No. Telephone : 081345274813  
Email : [irminasusanti@gmail.com](mailto:irminasusanti@gmail.com)

Penanggung Jawab Harian yang ditetapkan oleh **PIHAK KEDUA** adalah:

Nama : Dahliansyah, SKM.M.Gz  
Jabatan : Koordinator Kerjasama dan Promosi  
Alamat Korespondensi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Pontianak  
Alamat : 28 Oktober Siantan Hulu  
(Untuk pengiriman hasil dan *invoice*)  
No telephone : 081256026808  
Email : [humaspoltekkespontinak@gmail.com](mailto:humaspoltekkespontinak@gmail.com)

Surat menyurat sehubungan dengan pelaksanaan Perjanjian ini ditujukan kepada Penanggung Jawab Harian dan dianggap telah diterima jika disertai dengan tanda penerimaannya; -----

#### **Pasal 10**

#### ***FORCE MAJEURE***

1. **PARA PIHAK** sepakat bahwa, apabila di dalam melaksanakan Perjanjian ini terjadi *force majeure*, maka pihak yang secara langsung terkena dampak dari *force majeure* sehingga tidak dapat melaksanakan salah satu atau seluruh kewajibannya berdasarkan Perjanjian ini akan memberitahukan secara tertulis mengenai keadaan tersebut kepada pihak lainnya selambat- lambatnnya dalam 3 x 24 jam setelah terjadinya peristiwa *force majeure* tersebut;-----
2. Keadaan *force majeure* seperti yang dimaksudkan pada ayat (1) diatas adalah peperangan, huru-hara, unjuk rasa massal, pemberontakan, krisis nasional, kebakaran, sabotase, epidemi, bencana alam seperti banjir, gempa bumi dan hal-hal lain diluar kemauan dan kemampuan **PARA PIHAK** untuk mengendalikannya; -----
3. Apabila terjadi keadaan *force majeure* seperti tersebut diatas, sehingga dapat mengakibatkan keterlambatan salah satu atau seluruh pihak untuk melaksanakan kewajibannya berdasarkan Perjanjian ini, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyelesaikan segala sesuatunya secara musyawarah untuk mencapai mufakat; -----





**LAMPIRAN 1 – Harga Swab Test**

<b>Swab Test H+1</b>	Rp	850.000
<b>Rapid Antigen</b>	Rp	150.000

- *Harga tidak termasuk pajak*



**Pasal 11**

**PENGALIHAN PERJANJIAN**

**PARA PIHAK** selama Perjanjian ini berlangsung, dilarang untuk memindahtangankan sebagian atau seluruh isi dan atau kondisi dalam Perjanjian ini kepada pihak ketiga atau pihak-pihak lainnya; -----

**Pasal 12**

**PENYELESAIAN PERSELISIHAN**

1. Perjanjian ini dibuat dan diatur dengan tunduk kepada hukum yang berlaku di Republik Indonesia; -----
2. Jika terjadi perselisihan sebagai akibat dari pelaksanaan Perjanjian ini, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyelesaikan permasalahan tersebut secara musyawarah guna mencapai mufakat; -----
3. Dalam hal perselisihan tersebut tidak dapat diselesaikan secara musyawarah untuk mufakat, maka **PARA PIHAK** setuju untuk memilih tempat kedudukan yang tetap di kantor Panitera Pengadilan Negeri Pontianak; -----

**Pasal 13**

**LAIN-LAIN**

Hal-hal lain yang belum cukup diatur dalam Perjanjian ini akan diatur kemudian oleh **PARA PIHAK** berdasarkan persetujuan tertulis **PARA PIHAK**; -----

**Pasal 14**

**PENUTUP**

1. Perjanjian ini dibuat rangkap 2 (dua) ditandatangani di atas materai yang cukup dan mempunyai kekuatan hukum yang sama kuatnya, masing-masing untuk **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA**; -----
2. Perjanjian Kerjasama ini dibuat dan ditandatangani di Pontianak pada tanggal tersebut di atas; -----

**PIHAK PERTAMA**

**RUMAH SAKIT MITRA MEDIKA**



**dr. SURIVIANA, MSc., Sp. A**

Direktur

**PIHAK KEDUA**

**POLITEKNIK KESEHATAN  
KEMENKES PONTIANAK**



**DIDIK HARIYADI, S.Gz.M.Si**

Direktur