



PEMERINTAH PROVINSI JAMBI  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RADEN MATTABER**

NOMOR AKREDITASI : YM.00.03.3.5.3974

Jl. Let. Jend Soeprapto No. 31 Telanaipura – Jambi 36122

Telp. (0741) 61692, 61694

Fax. (0741) 60014

63394, 62364



TERAKREDITASI PARIPURNA  
KARS

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RADEN MATTABER

PROVINSI JAMBI

NOMOR : **122** TAHUN 2018

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN

PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RADEN MATTABER PROVINSI JAMBI  
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RADEN MATTABER PROVINSI  
JAMBI

- Menimbang : a. bahwa pelayanan dan asuhan kepada pasien rumah sakit merupakan hal pokok dalam pelayanan rumah sakit;
- b. bahwa dalam pemberian pelayanan dan asuhan pasien memerlukan acuan agar dapat dilaksanakan secara seragam, konsisten dan terintegrasi;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu adanya Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan dan Asuhan Pasien di Rumah Sakit Daerah Raden Mattaher Provinsi Jambi.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 19 Darurat Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Swatantra Tingkat 1 Sumatra Barat, Jambi dan Riau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1957) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 61 Tahun 1958 tentang Penetapan Undang-Undang Nomor 19 Darurat Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Swatantra Tingkat 1 Sumatra Barat, Jambi, dan Riau menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara RI Tahun 1958 Nomor 112 Tambahan Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 1646) ;
2. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 3890)
3. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
4. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437). Sebagaimana telah diubah dengan undang-undang

nomor 8 tahun 2005 tentang perubahan atas undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah menjadi undang-undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 108, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);

5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 531, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1531, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072).
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4002);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien.
11. Peraturan Daerah Provinsi Jambi Nomor 6 tahun 2010 tentang Perubahan atas peraturan Daerah Provinsi Jambi Nomor 15 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan lembaga teknis daerah Provinsi Jambi (Lembaran Daerah Provinsi Jambi Tahun 2010 Nomor 1, tambahan Lembaran Daerah Nomor 16);
12. Peraturan Gubernur Jambi No 45 Tahun 2009 Tentang Pola Tata Kelola RSUD Raden Mattaher Jambi.
13. Peraturan Gubernur Jambi Nomor 60 Tahun 2011 Tentang perubahan atas peraturan Gubernur Nomor 45 Tahun 2009 Tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi.

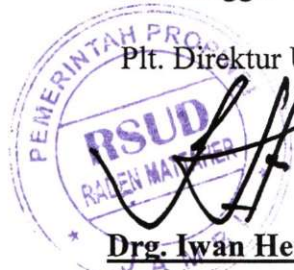
## MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

- Kesatu : Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Provinsi Jambi Tentang Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien pada Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Provinsi Jambi.
- Kedua : Kebijakan Pelayanan dan Asuhan Pasien pada Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi sebagaimana dimaksud diatas tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Pelayanan dan Asuhan Pasien di dalam Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi dilaksanakan oleh Direktur Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi.
- Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jambi  
Pada tanggal : 06-02-2018

Plt. Direktur Utama,



**Drg. Iwan Hendrawan**

Pembina

NIP: 197407292006041010



Lampiran I : Keputusan Direktur Utama  
Rumah Sakit Umum Daerah  
Raden Mattaher Jambi  
Nomor : 122  
Tentang : Pelayanan dan Asuhan Pasien

**KEBIJAKAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN**  
**BAB I**  
**KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.
3. Staf klinis adalah tenaga kesehatan yang memberikan asuhan langsung pada pasien
4. Profesional Pemberi Asuhan adalah staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien.  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya
6. Perawat Penanggung Jawab Asuhan adalah perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya.
7. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
8. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.

9. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik.

#### Pasal 2

1. Staf medis yang melakukan praktik kedokteran wajib memiliki Surat Izin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Staf klinis wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Setiap tenaga kesehatan harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.
4. Staf klinis memberikan pelayanan dan asuhan kepada pasien sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang ditetapkan.

## BAB II SKRINING

#### Pasal 3

1. Skrining dilakukan untuk menilai apakah rumah sakit mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien serta konsisten dengan misi rumah sakit;
2. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau hasil pemeriksaan fisis, psikologis, laboratorium klinis, atau diagnostik imaging.
3. Pada pelaksanaan skrining, dapat ditentukan tes atau bentuk penyaringan terhadap populasi pasien tertentu sebelum menetapkan pasien dapat dilayani.
4. Pasien diterima bila rumah sakit dapat memberi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dibutuhkan pasien.
5. Pada proses admisi pasien rawat inap dilakukan skrining kebutuhan pasien untuk menetapkan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif yang diprioritaskan berdasar atas kondisi pasien.

### BAB III

#### ASESMEN PASIEN

##### Pasal 4

Asesmen pasien terdiri atas 3 (tiga) proses utama dengan metode IAR:

1. Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien (informasi dikumpulkan).
2. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien (analisis data dan informasi).
3. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi (rencana asuhan dan pelayanan disusun).

##### Pasal 5

1. Asesmen pasien meliputi asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat.
2. Asesmen dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis yang kompeten dan berwenang.

##### Pasal 6

1. Asesmen awal pasien dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).
2. Asesmen awal pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.
3. Dalam asesmen awal juga dilakukan:
  - a. asesmen risiko nutrisi, dan
  - b. kebutuhan fungsional dan risiko jatuh,
  - c. skrining nyeri, dan dilakukan asesmen nyeri bila ada nyeri.
4. Bila diperlukan, asesmen awal dilengkapi dengan asesmen tambahan dengan memperhatikan kebutuhan dan kondisi pasien.

## BAB IV

### HAK PASIEN

#### Pasal 7

1. Pada pelaksanaan asuhan pasien, staf klinis harus memperhatikan hak pasien;
2. Pemberian asuhan pasien harus dengan menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien;
3. Sesuai kebutuhan pasien, dapat dilayani permintaan kompleks terkait dukungan agama atau bimbingan kerohanian.
4. Dalam proses asuhan, pasien atau keluarga dapat mengajukan *second opinion* tanpa rasa khawatir akan memengaruhi proses asuhannya.

#### Pasal 8

1. Dari hasil asesmen, pasien berhak mendapat informasi tentang kondisi, diagnosis pasti, rencana asuhan dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan;
  2. Staf klinis menjelaskan setiap tindakan atau prosedur yang diusulkan kepada pasien dan keluarga, dan informasi yang diberikan memuat elemen:
    - a. diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) dan dasar diagnosis;
    - b. kondisi pasien;
    - c. tindakan yang diusulkan;
    - d. tata cara dan tujuan tindakan;
    - e. manfaat dan risiko tindakan;
    - f. nama orang mengerjakan tindakan;
    - g. kemungkinan alternatif dari tindakan;
    - h. prognosis dari tindakan;
    - i. kemungkinan hasil yang tidak terduga;
    - j. kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan;
    - k. Pasien dijelaskan tentang hasil asuhan dan pengobatan, termasuk hasil asuhan dan pengobatan yang tidak terduga.
-



## BAB V

### ASESMEN ULANG

#### Pasal 9

1. Asesmen ulang medis dan keperawatan dilaksanakan oleh PPA yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenang klinis yang ditetapkan untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan;
2. Asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut;
3. Asesmen ulang perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien;
4. Asesmen ulang oleh PPA lainnya dilaksanakan sesuai kondisi pasien.

## BAB VI

### ASUHAN PASIEN

#### Pasal 10

1. Asuhan pasien dilakukan oleh PPA dan staf klinis yang kompeten dan berwenang.
  2. Asuhan pasien dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasarkan hasil asesmen dan asesmen ulang pasien.
  3. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua PPA, dan dapat dibantu oleh staf klinis lainnya.
  4. Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat asuhan yang sama/seragam di rumah sakit.
  5. Asuhan pasien yang seragam terefleksi dalam hal-hal sebagai berikut:
    - a. akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai diberikan oleh PPA yang kompeten, dapat dilakukan setiap hari, setiap minggu atau setiap waktu;
    - b. penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama;
    - c. pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien sama di semua unit pelayanan di rumah sakit;
-



- d. pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh rumah sakit;
- e. penerapan serta penggunaan regulasi, form dan rekam medis yang sama dalam asuhan klinis pasien.

#### Pasal 11

1. Pelayanan dan asuhan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk pelayanan dan asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal.
2. Pelayanan/asuhan terintegrasi horizontal melibatkan kontribusi PPA yang sama pentingnya/ sederajat.
3. Pelayanan/asuhan terintegrasi vertikal merupakan pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan sampai ke tingkat pelayanan yang berbeda.
4. Manajer Pelayanan Pasien (MPP) berperan dalam mengintegrasikan pelayanan dan asuhan melalui komunikasi dengan para PPA.

#### Pasal 12

Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berfokus pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut:

1. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga;
2. DPJP sebagai Ketua tim PPA;
3. DPJP melakukan koordinasi asuhan inter PPA dan bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis pasien;
4. Bila kondisi pasien membutuhkan lebih dari 1 (satu) DPJP, ditetapkan DPJP Utama;
5. PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan berkolaborasi secara interprofesional;
6. Perencanaan pemulangan pasien yang terintegrasi;
7. Asuhan gizi yang terintegrasi;
8. Peran MPP dalam mendorong penerapan pelayanan dan asuhan yang terintegrasi antar PPA.

BAB VII  
ALUR PASEN  
Pasal 13

1. Untuk menghindari penumpukan di unit gawat darurat disediakan ruang transit rawat inap.
2. Pengelolaan yang efektif terhadap alur pasien (seperti penerimaan, asesmen dan tindakan, transfer pasien, serta pemulangan) dilaksanakan agar dapat mengurangi penundaan asuhan kepada pasien.
3. Komponen dari pengelolaan alur pasien meliputi:
  - a. ketersediaan tempat tidur rawat inap;
  - b. perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien;
  - c. perencanaan tenaga untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit darurat;
  - d. alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan, dan pelayanan (seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi, dan unit pasca-anestesi);
  - e. efisiensi pelayanan nonklinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti kerumahtanggaan dan transportasi);
  - f. pemberian pelayanan ke rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien;
  - g. akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual, dan sebagainya).

BAB VIII  
PENUNDAAN PELAYANAN

Pasal 14

1. Apabila terjadi penundaan dan kelambatan pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap harus disampaikan kepada pasien;
  2. Pasien diberi tahu alasan penundaan dan kelambatan pelayanan dan diberi informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan klinis pasien dan dicatat di rekam medis.
-

BAB IX  
PEMULANGAN PASIEN

Pasal 15

1. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan dan asuhan pasien, harus dilakukan rencana pemulangan pasien yang terintegrasi;
2. Perencanaan pemulangan pasien dilaksanakan oleh MPP;
3. Selama perawatan di rumah sakit, pasien hanya bisa meninggalkan rumah sakit atas persetujuan DPJP;
4. Bila diperlukan, pada pemulangan pasien dapat dirujuk kepada fasilitas kesehatan, baik perorangan ataupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada yang bertujuan untuk memberikan kelanjutan pelayanan atau asuhan;
5. Rencana pemulangan pasien dilakukan pada pasien yang rencana pemulangannya kompleks;
6. Rencana pemulangan yang kompleks dimulai segera setelah pasien masuk rawat inap;
7. Kriteria pasien yang pemulangannya kompleks adalah:
  - a. Bayi kurang bulan dengan berat badan lahir rendah;
  - b. Pasien usia lanjut dengan dementia;
  - c. Pasien dengan gangguan mobilitas sehingga tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk aktivitas kesehariannya;
  - d. Pasien yang masih memerlukan pertolongan untuk melanjutkan terapi atau perawatan.

Pasal 16

1. Pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks atau yang diagnosisnya kompleks diperlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ).
  2. Pasien rawat jalan yang memerlukan PRMRJ adalah:
    - a. Pasien dengan diagnosis yang kompleks;
    - b. Pasien dengan asuhan yang kompleks.
  3. Penyimpanan berkas PRMRJ harus mudah untuk dicari kembali;
  4. Pelaksanaan pembuatan PRMRJ dievaluasi agar dapat memenuhi kebutuhan para DPJP serta untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
-



## BAB X

### PENOLAKAN ASUHAN MEDIS

#### Pasal 17

1. Pasien mempunyai hak untuk memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
2. Kepada pasien atau keluarga yang menolak asuhan atau meminta penghentian asuhan/pengobatan, termasuk pulang atas permintaan sendiri, harus dijelaskan konsekuensi dari keputusan mereka;
3. Penjelasan juga meliputi risiko medis yang belum lengkap;
4. Untuk pasien yang keluar rumah sakit atas permintaan sendiri tetap harus diupayakan kesinambungan asuhannya, termasuk melalui rujukan kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di area domisili pasien;
5. Dilakukan evaluasi secara berkala terhadap alasan penolakan asuhan medis, termasuk pasien yang pulang atas permintaan sendiri.

## BAB XI

### RUJUKAN

#### Pasal 18

1. Rujukan dilaksanakan atas persetujuan pasien atau keluarga;
  2. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang.
  3. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) 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; dan
    - e. risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan.
-

#### Pasal 19

Hal-hal yang harus dilakukan sebelum melakukan rujukan adalah:

- a. melakukan 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; dan
- c. membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan.

#### Pasal 20

Surat pengantar rujukan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf c sekurang-kurangnya memuat:

- a. identitas pasien;
- b. hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
- c. diagnosis kerja;
- d. terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
- e. tujuan rujukan; dan
- f. nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

#### Pasal 21

1. Transportasi untuk rujukan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien;
  2. Selama proses transportasi rujukan ada staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis;
  3. Rujukan dianggap telah terjadi apabila pasien telah diterima oleh penerima rujukan.
-

Pasal 22

Pasien atau keluarga diberi penjelasan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan.

BAB XII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 23

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Jambi

Pada tanggal : 07-02-2018

Plt. Direktur Utama,

The image shows a circular official stamp of the RSUD Raden Mattaher. The text 'PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARU' is around the top edge, and 'RSUD RADEN MATTATHER' is in the center. A handwritten signature in black ink is written over the stamp.

**Drg. Iwan Hendrawan**

Pembina

NIP: 197407292006041010