



# YAYASAN PANTI RAPIH

Jalan Cik Ditiro 30 Yogyakarta 55223, Indonesia  
Telepon: (0274) 521407 dan 563333 Faksimile: (0274) 564583  
email: admin@pantirapih.or.id  
http: \\www.pantirapih.or.id

8 November 2012

Nomor: 192/YPR/B/XI/2012  
Hal: Izin penelitian

Yth. Ketua Prodi Magister Hukum Kesehatan  
Program Pascasarjana, Unika Soegijapranata  
Semarang

Memperhatikan surat Saudara tanggal 5 Oktober 2012 nomor: 00021/B.7.3/MHK/X/2012 dan rekomendasi Direksi Rumah Sakit Panti Rapih, serta dalam rangka penyelesaian tesis Prodi Hukum Kesehatan di Unika Soegijapranata, Semarang, dengan ini kami memberikan izin penelitian di Yayasan Panti Rapih, khususnya di Rumah Sakit Panti Rapih, kepada Saudara

nama: B. Agung Sulistyو;

NIM: 10.93.0064;

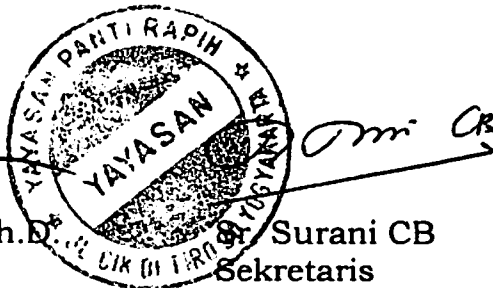
judul tesis: *Kedudukan Governing Body pada Rumah Sakit Panti Rapih Pasca-UU Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 serta Permenkes Nomor 755 Tahun 2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.*

Kami minta, agar mahasiswa tersebut menaati peraturan yang berlaku di lingkungan Yayasan Panti Rapih selama melaksanakan penelitian.

Atas perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Pengurus

T. Hani Handoko, Ph.D. Surani CB  
Ketua Umum Sekretaris



Tembusan:

1. Direktur Utama Rumah Sakit Panti Rapih
- ✓ 2. Saudara B. Agung Sulistyو



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

## DINAS KESEHATAN

Jalan Tompeyan TR III / 201 Telp. (0274) 563153 Fax. (0274) 512368  
YOGYAKARTA 55244

**SURAT IJIN PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT  
TYPE B NON PENDIDIKAN  
KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN  
PROPINSI DAERAH ISTIEMAWA YOGYAKARTA**

Nomor : 445 / 1542 / V.2

*Tentang*  
*Pemberian Ijin Penyelenggaraan kepada :*

Yayasan/ Badan Sosial : Panti Rapih  
No. & Tgl. Akte Notaris : No. 4 , Tanggal 08 Pebruari 2006  
A l a m a t : Jalan Cik Di Tiro No. 30, Terban,  
Gondokusuman, Yogyakarta

**Untuk menyelenggarakan :**

Rumah Sakit Umum : Type B Non Pendidikan "PANTI RAPIH"  
Jl. Cik Di Tiro No. 30 Yogyakarta  
Propinsi : Daerah Istimewa Yogyakarta  
Berlaku : Selama 5 (lima) tahun terhitung, tanggal  
13 Maret 2009 s/d 13 Maret 2014

Dikeluarkan Di : Yogyakarta  
Pada Tanggal : 13 Maret 2009

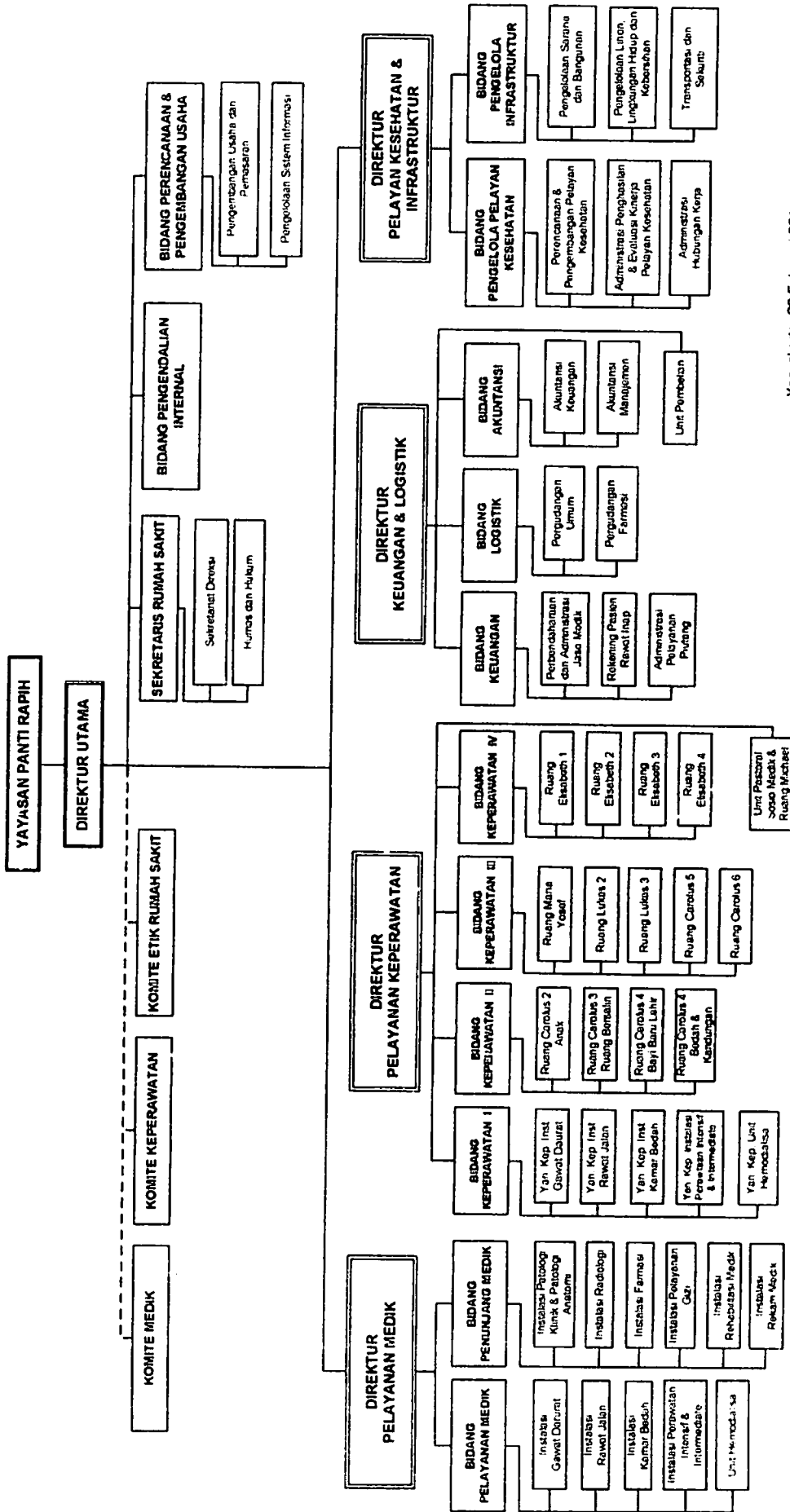
Kepala Dinas Kesehatan  
Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

  
dr. BONDAN AGUS SURYANTO, SE,MA

NIP : 140 135 516

# STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT PANTI RAPIH YOGYAKARTA

Lampiran SK Direktur Utama nomor: SK 007/RS/PR/II/2012



Yogyakarta, 28 Febr. in 2012  
 Direktur Utama RS Panti-Ra-1.

*[Signature]*

dr. Teddy Janong, 1\*\*Kes.



# YAYASAN PANTI RAPIH

Jalan Cik Ditiro 30 Yogyakarta 55223, Indonesia  
Telepon: (0274) 521407 dan 563333 Faksimile: (0274) 564583  
email: admin@pantirapih.or.id  
http: \\www.pantirapih.or.id

## KEPUTUSAN PENGURUS YAYASAN PANTI RAPIH Nomor: 43/YPR/K/B/XII/2008

Tentang

Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Panti Rapih

### PENGURUS YAYASAN PANTI RAPIH

Menimbang:

1. bahwa masa jabatan Direktur Rumah Sakit Panti Rapih periode 2007-2008 akan berakhir pada tanggal 31 Desember 2008 dan tidak diperpanjang lagi;
2. bahwa demi kesinambungan kepemimpinan dan mengingat Saudara dr. Teddy Janong, M.Kes memenuhi persyaratan yang berlaku, maka perlu mengangkat yang bersangkutan sebagai Direktur Utama Rumah Sakit Panti Rapih yang baru.

Mengingat:

1. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Yayasan Panti Rapih;
2. Keputusan Pengurus Yayasan Panti Rapih Nomor: 39/YPR/K/B/XI/2008 tanggal 26 November 2008 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Panti Rapih.

Memperhatikan:

1. data ketenagaan yang bersangkutan;
2. surat Pembina Yayasan Panti Rapih nomor: 1/YPR/A/VI/2008 tanggal 16 Juni 2008;
3. keputusan Rapat Pengurus Yayasan Panti Rapih tanggal 24 November 2008.

### MEMUTUSKAN

Menetapkan:

1. Mengangkat Saudara

nama: dr. Teddy Janong, M.Kes;  
tempat, tanggal lahir: Kalabahi (NTT), 28 Maret 1951;  
alamat rumah: Jalan Plemburan 28, Sleman, Yogyakarta;

sebagai Direktur Utama Rumah Sakit Panti Rapih, untuk masa jabatan 4 tahun, mulai tanggal 1 Januari 2009 sampai dengan 31 Desember 2012.

2. Berkaitan dengan ketentuan pada diktum 1, kepada yang bersangkutan diberikan tugas, wewenang, dan penghasilan sesuai peraturan yang berlaku di Yayasan Panti Rapih.
3. Apabila ada kekeliruan di dalam keputusan ini, maka akan dilakukan peninjauan kembali dan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Yogyakarta pada tanggal 12 Desember 2008  
Pengurus Yayasan Panti Rapih,

T. Hani Handoko, Ph.D. Sr. Surani, CB  
Ketua Umum Sekretaris

Tembusan:

1. Pembina Yayasan Panti Rapih
2. Pengawas Yayasan Panti Rapih
3. Direktur Utama Rumah Sakit Panti Rapih
4. dr. Teddy Janong, M.Kes





YAYASAN PANTI RAPIH  
**RUMAH SAKIT PANTI RAPIH**

Jalan Cik Ditiro 30 Yogyakarta 55223

Telepon : 0274 - 514014, 514845, 563333 (hunting system) Fax : 0274 - 564583  
0274 - 552118 Instalasi Gawat Darurat  
0274 - 514004, 514006 Informasi Pendaftaran  
E-mail : admin@pantirapih.or.id http://www.pantirapih.or.id



**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PANTI RAPIH**  
Nomor: SK.040/RSPR/A/II/2012

Tentang  
Pengangkatan Ketua Komite Medis  
Rumah Sakit Panti Rapih

**DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PANTI RAPIH**

**Menimbang:**

1. bahwa masa jabatan Ketua Komite Medis Rumah Sakit Panti Rapih berakhir pada tanggal 29 Februari 2012;
2. bahwa demi kesinambungan komite medis, dirasa perlu untuk mengangkat Ketua Komite Medis Rumah Sakit Panti Rapih.

**Mengingat:**

1. Permenkes nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tahun 2011 tentang penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
2. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Yayasan Panti Rapih Yogyakarta;
3. Keputusan Pengurus Yayasan Panti Rapih Nomor: SK. 039/YPR/B/XI/2008 tertanggal 26 November 2008 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Panti Rapih;
4. Keputusan Direkur Utama Rumah Sakit Panti Rapih Nomor: SK.0007/RSPR/A/II/2012 tentang Bagan Struktur Organisasi Rumah Sakit Panti Rapih Tahun 2012.

**Memperhatikan:**

Keputusan Rapat Direksi Rumah Sakit Panti Rapih tanggal 14 Februari 2012.

**MEMUTUSKAN**

**Menetapkan:**

1. Mengangkat Saudara

nama: dr. Djoko Rijanto, Sp.S;

sebagai Ketua Komite Medis Rumah Sakit Panti Rapih, untuk masa jabatan 1 tahun, mulai tanggal 1 Maret 2012 sampai dengan 28 Februari 2013.

Berkaitan dengan ketentuan pada diktum 1, kepada yang bersangkutan diberikan tugas dan wewenang untuk melakukan pengelolaan komite medis, serta diberikan insentif sesuai peraturan yang berlaku di Yayasan Panti Rapih

Apabila ada kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan dilakukan peninjauan kembali dan pembetulan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Yogyakarta pada tanggal 28 Februari 2012  
Direktur Utama,

dr. Teddy Janong, M.Kes

**Penyusunan:**

Kepala Bidang Pengelola Pelayan Kesehatan RS Panti Rapih  
Kepala Bidang Pelayanan Medis RS Panti Rapih  
Sdr. dr. Djoko Rijanto, Sp.S.



YAYASAN

Tambahan Berita-Negara R. I. tanggal 17/11 - 2006 No. 92.

Jakarta, 25 Juli 2006

Nomor : C-HT.01.09-270  
Lampiran : —  
Perihal : Yayasan Panti Rapih

Kepada Yth.  
Notaris Henricus Subekti, SH,  
Jalan Merapi Nomor 40 A  
Klaten

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor 05/YPRY/Not/II/06 tanggal 22 Pebruari 2006 dan surat Nomor 011/YPRY/Not/VI/06 tanggal 26 Juni 2006, perihal sebagaimana dimaksud pada pokok surat, dengan ini kami beritahukan bahwa perubahan Anggaran Dasar Y a y a s a n P a n t i R a p i h, berkedudukan di Jalan Cik Ditiro 30, Terban, Gondokusuman, Yogyakarta, sesuai akta Nomor 04 tanggal 08 Pebruari 2006 yang dibuat oleh Saudara, dalam rangka penyesuaian dengan Pasal 71 ayat (3) Undang-undang Nomor 28 Tahun 2004 tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 16 Tahun 2001 tentang Yayasan, telah kami terima dan kami catat dalam daftar yayasan.

Demikian untuk diketahui.

PLT. DIREKTUR JENDERAL  
ADMINISTRASI HUKUM UMUM

ZULKARNAIN YUNUS, SH, MH  
NIP. 040034478

## PERNYATAAN KEPUTUSAN RAPAT

Nomor : 4.

Pada hari ini, hari Rabu, tanggal 8 Pebruari 2006 (delapan Pebruari tahun duaribu enam).

Pukul 09.00 (sembilan) Waktu Indonesia bagian Barat.

Menghadap kepada saya, Henricus Subekti, Sarjana Hukum, Notaris di Klaten, dengan hadirnya para saksi yang saya, Notaris kenal dan yang nama-namanya akan disebut pada akhir akta ini :

Tuan Pastor Pius Riana Prapdi, Praja, Warga Negara Indonesia, lahir di Jayawijaya, pada tanggal 05 Mei 1967 (lima Mei seribu sembilanratus enam puluh tujuh), Pastor, bertempat tinggal di Gemawang, Rukun Tetangga 03, Rukun Warga 44, Desa Sinduadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Pemegang Kartu Tanda Penduduk nomor : 2700097/05051967/02103, dan yang pada saat ini sedang berada di Klaten;

menurut keterangannya dalam hal ini bertindak berdasarkan kuasa yang tercantum dalam Berita Acara Rapat Pengurus Yayasan Panti Rapih, yang dibuat secara di bawah tangan tanggal duapuluh tiga Januari tahun duaribu enam, bermeterai cukup, dilekatkan pada minuit akta ini.

Penghadap telah saya, Notaris kenal.

Penghadap yang bertindak sebagaimana tersebut di atas, menerangkan kepada saya, Notaris :

- Bahwa pada tanggal duapuluh tiga Januari tahun duaribu enam (23.01.2006), bertempat di Ruangan Rapat Lantai 3 Gedung Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Rapih, Jalan Cik Ditiro 30, Yogyakarta, telah diadakan Rapat Pengurus Yayasan Panti Rapih, berkedudukan di Yogyakarta, yang anggaran dasarnya dibuat di hadapan Dirk Johannes Mechiel De Hont dahulu vervangend Notaris di Yogyakarta, tertanggal 26-5-1928 (duapuluh enam Mei seribu sembilanratus duapuluh delapan) nomor 60, berikut perubahan-perubahannya :

- akta-akta yang dibuat di hadapan Raden Mas Wiranto, Notaris di Yogyakarta :

a. tertanggal 27-9-1955 (duapuluh tujuh September seribu sembilanratus limapuluh lima) nomor 23;

dan telah didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri Yogyakarta nomor : 11/1955/J, tanggal 25-10-1955 (duapuluh lima Oktober seribu sembilanratus limapuluh lima);

- b. tertanggal 6-6-1959 (enam Juni seribu sembilanratus limapuluh sembilan), nomor 8, dan telah didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri Yogyakarta nomor : 12/1959/J, tanggal 11-7-1959 (sebelas Juli seribu sembilanratus limapuluh sembilan);

akta-akta tersebut telah dimuat di Tambahan berita negara Republik Indonesia tertanggal 30-3-1965 (tigapuluh Maret seribu sembilanratus enampuluh lima) nomor : 26;

- akta-akta yang dibuat di hadapan Raden Mas Soerjanto Partaningrat, Sarjana Hukum Notaris di Yogyakarta :
  - a. tertanggal 25-11-1992 (duapuluh lima Nopember seribu sembilanratus sembilanpuluh dua) nomor : 115;
  - b. tertanggal 21-6-1994 (duapuluh satu Juni seribu sembilanratus sembilanpuluh empat) nomor : 159, dan telah didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri Yogyakarta, nomor : 34/VI/94/Y tanggal 29 Juni 1994 (duapuluh sembilan Juni seribu sembilanratus sembilanpuluh empat);
  - c. tertanggal 8-8-1994 (delapan Agustus seribu sembilanratus sembilanpuluh empat) nomor : 43; dan telah didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri Yogyakarta, nomor : 52/VIII/94/Y, tanggal 15 Agustus 1994 (limabelas Agustus seribu sembilanratus sembilanpuluh empat);
  - d. tertanggal 27-4-1999 (duapuluh tujuh April seribu sembilanratus sembilanpuluh sembilan) nomor : 22, dan telah didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri di Yogyakarta nomor : 10/V/99/Not.Y;
  - e. tertanggal 27-1-2001 (duapuluh tujuh Januari tahun duaribu satu) nomor 13 A, dan telah didaftarkan di Kepaniteraan Pengadilan Negeri di Yogyakarta nomor : 19/Pb-V/Rum.01.02./II/2002;
- bahwa rapat dibuka oleh Ketua Yayasan selaku Ketua Rapat, yang menerangkan terlebih dahulu :
- bahwa di dalam rapat ini hadir semua anggota pengurus Yayasan, sehingga rapat dapat mengambil keputusan-keputusan yang sah dan mengikat;

- bahwa di dalam rapat ini oleh Ketua telah ditawarkan tentang agenda rapat, yaitu :
  - adanya pemikiran untuk perlunya penyesuaian Anggaran Dasar Yayasan dengan Undang-undang nomor 16 tahun 2001 juncto Undang-undang nomor 28 tahun 2004, tentang Yayasan;
  - adanya penyempurnaan mengenai organ Yayasan.

Setelah Ketua Rapat menjelaskan tentang acara rapat hari ini, dan telah memberikan pandangan-pandangan, masukan-masukan yang diperlukan, selanjutnya meminta kepada semua yang hadir untuk memberikan usulan-usulan dan masukan-masukan tentang hal itu.

Setelah para yang hadir memberikan usulan-usulan seperlunya, maka selanjutnya rapat dengan suara bulat memutuskan :

Menyetujui penyesuaian Anggaran Dasar Yayasan Panti Rapih terhadap Undang-undang Yayasan, sehingga seluruh Anggaran Dasar Yayasan ini berbunyi sebagai berikut :

#### ANGGARAN DASAR

##### Nama dan tempat kedudukan.

###### Pasal 1.

(1) Yayasan ini bernama Yayasan Panti Rapih, (selanjutnya dalam anggaran dasar ini cukup disingkat dengan Yayasan), berkedudukan dan berkantor pusat di Jalan Cik Ditiro 30, Terban, Gondokusuman, Yogyakarta.

(2) Yayasan dapat membuka kantor cabang atau perwakilan di tempat lain, baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia berdasarkan keputusan Rapat Pembina.

##### Maksud dan tujuan.

###### Pasal 2.

Yayasan mempunyai maksud dan tujuan di bidang :

- a. Sosial;
- b. Kemanusiaan.



## Kegiatan.

### Pasal 3.

Untuk mencapai maksud dan tujuan tersebut di atas, yayasan menjalankan kegiatan sebagai berikut :

- a. Dalam bidang Sosial :
  - melakukan pendidikan tenaga kesehatan;
  - melakukan penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan kesehatan dan pendidikan tenaga kesehatan;
- b. Dalam bidang Kemanusiaan :

pelayanan kesehatan holistik, baik promotif, preventif, dan kuratif maupun rehabilitatif.

## Jangka waktu.

### Pasal 4.

Yayasan ini didirikan untuk jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya, dan telah dimulai pada tanggal 26-5-1928 (duapuluh enam Mei seribu sembilanratus duapuluh delapan).

## Kekayaan.

### Pasal 5.

(1) Yayasan ini mempunyai kekayaan awal yang berasal dari kekayaan Pendiri yang dipisahkan :

Dalam bentuk uang sebanyak Rp. 100.000,- (seratus ribu rupiah), dan pada saat ini menjadi Rp. 15.000.000.000,- (limabelas milyar rupiah).

(2) Selain kekayaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) kekayaan Yayasan dapat juga diperoleh dari :

- a. Sumbangan atau bantuan yang tidak mengikat;
- b. Wakaf;
- c. Hibah;
- d. Hibah wasiat, dan
- e. Perolehan lain yang tidak bertentangan dengan Anggaran Dasar Yayasan dan atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Semua kekayaan Yayasan harus dipergunakan untuk mencapai maksud dan tujuan Yayasan.

## Organ yayasan.

### Pasal 6.

Yayasan mempunyai organ yang terdiri dari :

- a. Pembina;
- b. Pengurus;
- c. Pengawas.

## Pembina.

### Pasal 7.

(1) Pembina adalah organ Yayasan yang mempunyai kewenangan yang tidak diserahkan kepada Pengurus atau Pengawas.

(2) Pembina terdiri dari seorang atau lebih anggota Pembina.

(3) Dalam hal terdapat lebih dari seorang anggota Pembina, maka seorang diantaranya diangkat sebagai Ketua Pembina.

(4) Yang dapat diangkat sebagai anggota Pembina adalah orang perseorangan sebagai Pendiri Yayasan dan atau mereka yang berdasarkan keputusan rapat anggota Pembina dinilai mempunyai dedikasi yang tinggi untuk mencapai maksud dan tujuan Yayasan.

(5) Pembina Yayasan terdiri atas Wali Gereja Keuskupan Semarang, Provinsial Kongregasi Suster-suster Cinta kasih Santo Carolus Borromeus, dan Rohaniwan/Awam Katolik yang dipilih dan disepakati bersama oleh Wali Gereja Keuskupan Agung Semarang dan Provinsial Kongregasi Suster-suster Cinta Kasih Santo Carolus Borromeus.

(6) Anggota Pembina tidak diberi gaji dan atau tunjangan oleh Yayasan.

(7) Apabila oleh suatu sebab jabatan anggota Pembina kosong, maka dalam jangka waktu 30 (tigapuluh) hari setelah terjadinya kekosongan, harus diselenggarakan rapat Pembina untuk mengisi kekosongan itu dengnamperhatikan ketentuan ayat (4).

(8) Dalam hal yayasan oleh sebab apapun tidak mempunyai anggota Pembina, maka dalam waktu 30 (tigapuluh) hari sejak terjadinya kekosongan tersebut wajib diangkat anggota Pembina berdasarkan keputusan rapat gabungan anggota Pengawas dan anggota Pengurus.

(9) Seorang anggota Pembina berhak mengundurkan diri dari jabatannya dengan memberitahukan secara tertulis mengenai maksud tersebut kepada Yayasan paling lambat 30 (tigapuluh) hari sebelum tanggal pengunduran dirinya.

## Pasal 8.

(1) Masa jabatan Pembina tidak ditentukan lamanya.

(2) Jabatan anggota Pembina akan berakhir dengan sendirinya apabila anggota Pembina tersebut :

- a. meninggal dunia;
- b. mengundurkan diri dengan pemberitahuan secara tertulis sebagaimana diatur dalam Pasal 7 ayat (7);
- c. tidak lagi memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- d. diberhentikan berdasarkan keputusan Rapat Pembina;
- e. dinyatakan pailit atau ditaruh di bawah pengampuan berdasarkan suatu penetapan pengadilan;
- f. dilarang untuk menjadi anggota Pembina karena ketentuan suatu peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Anggota Pembina tidak boleh merangkap sebagai anggota Pengurus dan atau anggota Pengawas.

## Tugas dan wewenang pembina.

### Pasal 9.

(1) Pembina berwenang bertindak untuk dan atas nama Pembina.

(2) Kewenangan Pembina meliputi :

- a. Keputusan mengenai perubahan Anggaran Dasar Yayasan;
- b. Pengangkatan dan pemberhentian anggota Pengurus dan anggota Pengawas;
- c. Penetapan kebijakan umum Yayasan berdasarkan Anggaran dasar Yayasan;
- d. Pengesahan program kerja dan rancangan anggaran tahunan Yayasan;
- e. Penetapan keputusan mengenai penggabungan atau pembubaran Yayasan;
- ×f. Pengangkatan dan pemberhentian Pimpinan unit-unit usaha dan pegawai/karyawan di lingkungan yayasan; (contoh ke-121)
- g. Penunjukan likuidator dalam hal Yayasan dibubarkan;
- h. Penetapan keputusan tentang hal-hal lain yang bukan wewenang Pengurus atau Pengawas, diantaranya menentukan penggunaan likuidasi serta pembentukan dan penutupan cabang.

(3) Dalam hal hanya ada seorang anggota Pembina, maka segala tugas dan wewenang yang diberikan kepada Ketua Pembina atau anggota Pembina berlaku pula baginya.

## Rapat pembina.

### Pasal 10.

(1) Rapat Pembina diadakan paling sedikit sekali dalam 1 (satu) tahun.

Pembina dapat juga mengadakan rapat setiap waktu bila dianggap perlu atas permintaan tertulis dari seorang atau lebih anggota Pembina, anggota Pengurus atau anggota Pengawas.

(2) Panggilan Rapat Pembina dilakukan oleh Pembina menurut Pasal 9 ayat (1).

(3) Panggilan Rapat Pembina disampaikan kepada setiap anggota Pembina secara langsung, atau melalui surat dengan mendapat tanda terima, paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diadakan dengan tidak memperhitungkan tanggal panggilan dan tanggal rapat.

(4) Panggilan Rapat itu harus mencantumkan hari, tanggal, waktu, tempat, dan acara rapat.

(5) Rapat Pembina diadakan di tempat kedudukan Yayasan, atau di tempat kegiatan yayasan, atau di tempat lain dalam wilayah hukum Republik Indonesia.

(6) Dalam hal semua anggota Pembina hadir, atau diwakili, panggilan tersebut tidak disyaratkan dan Rapat Pembina dapat diadakan di mana saja juga dan berhak mengambil keputusan yang sah dan mengikat.

(7) Rapat Pembina dipimpin oleh Ketua Pembina, dan jika Ketua Pembina tidak hadir atau berhalangan, maka Rapat Pembina akan dipimpin oleh seorang yang dipilih oleh dan dari anggota pembina yang hadir.

(8) Seorang anggota Pembina dapat mewakili anggota Pembina lainnya dalam Rapat Pembina berdasarkan surat kuasa.

### Pasal 11.

(1) Rapat Pembina adalah sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat apabila :

- a. Dihadiri paling sedikit 2/3 (dua pertiga) dari jumlah anggota Pembina;
- b. Dalam hal korum sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a, tidak tercapai, maka dapat diadakan pemanggilan rapat Pembina kedua;

- (1) Pengurus adalah organ yayasan yang melaksanakan kepengurusan yayasan yang sekurang-kurangnya terdiri dari :
- a. seorang Ketua;
  - b. seorang Sekretaris; dan
  - c. seorang Bendahara.
- (2) Dalam hal diangkat lebih dari satu orang Ketua, maka satu orang diantaranya diangkat sebagai Ketua Umum.
- (3) Dalam hal diangkat lebih dari satu orang Sekretaris, maka satu orang diantaranya diangkat sebagai Sekretaris Umum.
- (4) Dalam hal diangkat lebih dari satu orang Bendahara, maka satu orang diantaranya diangkat sebagai Bendahara Umum.

Pasal 13.

- (1) Yang dapat diangkat sebagai anggota Pengurus adalah orang perseorangan yang mampu melakukan perbuatan hukum dan tidak dinyatakan bersalah dalam melakukan pengurusan Yayasan yang menyebabkan kerugian bagi Yayasan, masyarakat, atau negara berdasarkan putusan Pengadilan, dalam jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal putusan tersebut berkekuatan hukum tetap.
- (2) Pengurus diangkat oleh Pembina melalui rapat Pembina untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali.
- (3) Pengurus dapat menerima gaji, upah atau honorarium apabila Pengurus Yayasan :
- a. bukan pendiri Yayasan dan tidak terafiliasi dengan Pendiri, Pembina dan Pengawas; dan
  - b. melaksanakan kepengurusan Yayasan secara langsung dan penuh.
- (4) Dalam hal jabatan Pengurus kosong, maka dalam jangka waktu paling lama 30 (tigapuluh) hari sejak terjadinya kekosongan, Pembina harus menyelenggarakan rapat, untuk mengisi kekosongan itu.
- (5) Dalam hal semua jabatan Pengurus kosong, maka dalam jangka waktu paling lama 30 (tigapuluh) hari sejak terjadinya kekosongan tersebut, pembina harus menyelenggarakan rapat untuk mengangkat Pengurus baru, dan untuk sementara yayasan diurus oleh Pengawas.

- c. Pemanggilan sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1) huruf b, harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan, dengan tidak memperhitungkan tanggal panggilan dan tanggal Rapat;
  - d. Rapat Pembina kedua diselenggarakan paling cepat 10 (sepuluh) hari dan paling lambat 21 (duapuluh satu) hari terhitung sejak Rapat Pembina pertama;
  - e. Rapat Pembina kedua adalah sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat, apabila dihadiri lebih dari 1/2 (satu perdua) jumlah anggota Pembina.
- (2) Keputusan Rapat Pembina diambil berdasarkan musyawarah untuk mufakat.
- (3) Dalam hal keputusan berdasarkan musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka keputusan diambil berdasarkan suara setuju lebih dari 1/2 (satu per dua) jumlah suara yang sah.
- (4) Dalam hal suara setuju dan tidak setuju sama banyaknya, maka usul ditolak.
- (5) Tata cara pemungutan suara dilakukan sebagai berikut :
- a. Pemungutan suara mengenai diri orang dilakukan dengan surat suara tertutup tanpa tanda tangan, sedangkan pemungutan suara mengenai hal-hal lain dilakukan secara terbuka dan ditandatangani, kecuali Ketua Rapat menentukan lain dan tidak ada keberatan dari yang hadir;
  - b. Suara yang abstain dan suara yang tidak sah tidak dihitung dalam menentukan jumlah suara yang dikeluarkan.
  - (6) Setiap rapat Pembina dibuat berita acara rapat yang ditandatangani oleh ketua rapat dan sekretaris rapat.
  - (7) Penandatanganan sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) tidak disyaratkan apabila berita acara rapat dibuat dengan akta Notaris.
  - (8) Pembina dapat mengambil keputusan yang sah tanpa mengadakan Rapat Pembina, dengan ketentuan semua anggota Pembina telah diberitahu secara tertulis dan semua anggota Pembina memberikan persetujuan mengenai usul yang diajukan secara tertulis serta menandatangani persetujuan tertulis.
  - (9) Keputusan yang diambil sebagaimana dimaksud dalam ayat (8), mempunyai kekuatan yang sama dengan keputusan yang diambil dengan sah dalam Rapat Pembina.

(6) Pengurus berhak mengundurkan diri dari jabatannya, dengan memberitahukan secara tertulis mengenai maksudnya tersebut kepada Pembina paling lambat 30 (tigapuluh) hari sebelum tanggal pengunduran dirinya.

(7) Dalam hal terdapat penggantian Pengurus Yayasan, maka dalam jangka waktu paling lambat 30 (tigapuluh) hari terhitung sejak tanggal dilakukan penggantian pengurus yayasan, Pembina wajib menyampaikan pemberitahuan secara tertulis kepada Menteri Kehakiman Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia dan instansi terkait.

(8) Pengurus tidak dapat merangkap sebagai Pembina atau Pengawas.

#### Pasal 14.

Jabatan anggota Pengurus berakhir apabila :

- (1) meninggal dunia;
- (2) mengundurkan diri;
- (3) melakukan tindak pidana yang diancam dengan hukuman penjara maksimum 5 (lima) tahun;
- (4) diberhentikan berdasarkan keputusan Rapat Pembina.

#### Tugas dan wewenang pengurus.

#### Pasal 15.

(1) Pengurus bertanggung jawab penuh atas kepemimpinan Yayasan untuk kepentingan maksud dan tujuan Yayasan. ✓ *gila e p s z x z*

(2) Pengurus wajib untuk memberikan penjelasan tentang segala hal yang ditanyakan oleh Pengawas.

(3) Setiap anggota Pengurus wajib dengan itikad baik dan penuh tanggung jawab menjalankan tugasnya dengan mengindahkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(4) Pengurus berhak mewakili Yayasan di dalam dan di luar Pengadilan ✓  
tentang segala hal dan dalam segala kejadian, dengan pembatasan terhadap hal-hal sebagai berikut :

- a. meminjam atau meminjamkan uang atas nama Yayasan (tidak termasuk mengambil uang Yayasan di Bank);
- b. mendirikan suatu usaha baru atau melakukan penyertaan dalam berbagai bentuk usaha baik di dalam maupun di luar negeri;

- c. memberi atau menerima pengalihan atas harta tetap;
- d. menjual atau dengan cara lain melepaskan kekayaan Yayasan serta mengagunkan/membeani kekayaan Yayasan;
- e. mengadakan perjanjian dengan organisasi yang terafiliasi dengan Yayasan, Pembina, Pengurus dan atau Pengawas Yayasan atau seorang yang bekerja pada Yayasan, yang perjanjian tersebut bermanfaat bagi tercapainya maksud dan tujuan Yayasan.

(5) Perbuatan Pengurus sebagaimana diatur dalam ayat (4) huruf a, b, c, d, dan e harus mendapat persetujuan dari Pembina.

#### Pasal 16.

Pengurus tidak berhak mewakili Yayasan dalam hal :

- (1) mengikat Yayasan sebagai penjamin utang;
- (2) membeani kekayaan Yayasan untuk kepentingan pihak lain;
- (3) mengadakan perjanjian dengan organisasi yang terafiliasi dengan Yayasan, Pembina, Pengurus dan atau Pengawas Yayasan atau seseorang yang bekerja pada Yayasan, yang perjanjian tersebut tidak ada hubungannya bagi tercapainya maksud dan tujuan Yayasan.

#### Pasal 17.

(1) Pengurus Yayasan mempunyai tugas dan wewenang sebagai berikut :

- a. Ketua Umum berwenang bertindak untuk dan atas nama pengurus serta mewakili Yayasan; ✓
- b. Sekretaris umum bertugas mengelola administrasi Yayasan;
- c. Bendahara umum bertugas mengelola keuangan Yayasan.

(2) Dalam hal Ketua Umum tidak hadir atau berhalangan karena sebab apapun juga, hal tersebut tidak perlu dibuktikan kepada pihak ketiga, maka seorang ketua lainnya bersama-sama dengan Sekretaris Umum atau apabila Sekretaris Umum tidak hadir atau berhalangan karena sebab apapun juga, hal tersebut tidak perlu dibuktikan kepada pihak ketiga, seorang sekretaris lainnya berwenang bertindak untuk dan atas nama Pengurus serta mewakili yayasan.

(3) Dalam hal hanya ada seorang Ketua, maka segala tugas dan wewenang yang diherikan kepada Ketua umum bertaku juga baginya.

(4) Dalam hal hanya ada seorang Sekretaris, maka segala tugas dan wewenang yang diberikan kepada Sekretaris Umum berlaku juga baginya.

(5) Dalam hal hanya ada seorang Bendahara, maka segala tugas dan wewenang yang diberikan kepada Bendahara Umum berlaku juga baginya.

(6) Pembagian tugas dan wewenang setiap anggota Pengurus ditetapkan oleh Pembina melalui Rapat Pembina.

(7) Pengurus untuk perbuatan tertentu berhak mengangkat seorang atau lebih wakil atau kuasanya berdasarkan surat kuasa.

#### Pasal 18.

(1) Pengurus berwenang mengangkat dan memberhentikan pelaksana kegiatan Yayasan dan pimpinan unit-unit usaha serta pegawai/karyawan di lingkungan Yayasan berdasarkan keputusan rapat Pengurus.

(2) Yang dapat diangkat sebagai pelaksana kegiatan Yayasan adalah orang perseorangan yang mampu melakukan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan bersalah dalam melaksanakan kegiatan yayasan yang merugikan yayasan, masyarakat atau negara berdasarkan keputusan pengadilan, dalam jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal putusan tersebut berkekuatan hukum tetap.

(3) Pelaksana kegiatan yayasan diangkat oleh pengurus berdasarkan keputusan rapat pengurus untuk jangka waktu 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali dengan tidak mengurangi keputusan rapat pengurus untuk memberhentikan sewaktu-waktu.

(5) Pelaksana kegiatan yayasan menerima gaji, upah, atau honorarium yang jumlahnya ditentukan berdasarkan keputusan rapat pengurus.

#### Pasal 19.

(1) Dalam hal terjadi perkara di Pengadilan antara Yayasan dengan anggota Pengurus atau apabila kepentingan pribadi seorang anggota pengurus bertentangan dengan yayasan, maka anggota Pengurus yang bersangkutan tidak berwenang bertindak untuk dan atas nama Pengurus serta mewakili Yayasan, dengan tidak mengurangi ketentuan sebagaimana dimaksud Pasal 16, maka anggota Pengurus lainnya bertindak untuk dan atas nama Pengurus serta mewakili Yayasan.

(2) Dalam hal Yayasan mempunyai kepentingan yang bertentangan dengan kepentingan seluruh Pengurus, maka Yayasan diwakili oleh Pengawas.

#### Rapat pengurus.

##### Pasal 20.

(1) Rapat Pengurus dapat diadakan setiap waktu bila dipandang perlu atas permintaan tertulis dari satu orang atau lebih Pengurus, Pengawas, atau Pembina.

(2) Panggilan Rapat Pengurus dilakukan oleh Pengurus yang berhak mewakili Pengurus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16.

(3) Panggilan Rapat Pengurus disampaikan kepada setiap anggota pengurus secara langsung, atau melalui surat dengan mendapat tanda terima, paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diadakan, dengan tidak memperhitungkan tanggal panggilan dan tanggal rapat.

(4) Panggilan rapat itu harus mencantumkan tanggal, waktu, tempat dan acara rapat.

(5) Rapat Pengurus diadakan di tempat kedudukan Yayasan atau di tempat kegiatan Yayasan.

(6) Rapat pengurus dapat diadakan di tempat lain dalam wilayah Republik Indonesia dengan persetujuan Pembina.

##### Pasal 21.

(1) Rapat Pengurus dipimpin oleh Ketua Umum.

(2) Dalam hal Ketua Umum tidak dapat hadir atau berhalangan, maka Rapat Pengurus akan dipimpin oleh seorang anggota Pengurus yang dipilih oleh dan dari pengurus yang hadir.

(3) Satu orang Pengurus dapat mewakili pengurus lainnya dalam Rapat Pengurus berdasarkan surat kuasa.

(4) Rapat Pengurus sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat apabila :

- a. Apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua pertiga) jumlah Pengurus;
- b. Dalam hal korum sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) huruf a, tidak tercapai, maka dapat diadakan pemanggilan Rapat Pengurus kedua;

- c. Pemanggilan sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (4) huruf b, harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan, dengan tidak memperhitungkan tanggal panggilan dan tanggal rapat;
- d. Rapat Pengurus kedua diselenggarakan paling cepat 10 (sepuluh) hari dan paling lambat 21 (duapuluh satu) hari terhitung sejak Rapat Pengurus pertama;
- e. Rapat Pengurus kedua sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat, apabila dihadiri lebih dari 1/2 (satu perdua) jumlah Pengurus.

#### Pasal 22.

(1) Keputusan Rapat Pengurus harus diambil berdasarkan musyawarah untuk mufakat.

(2) Dalam hal keputusan berdasarkan musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka keputusan diambil berdasarkan suara setuju lebih dari 1/2 (satu perdua) jumlah suara yang sah.

(3) Dalam hal suara setuju dan tidak setuju sama banyaknya, maka usul ditolak.

(4) Pemungutan suara mengenai diri orang dilakukan dengan surat suara tertutup tanpa tanda tangan, sedangkan pemungutan suara mengenai hal-hal lain dilakukan secara terbuka dan ditandatangani, kecuali Ketua Rapat menentukan lain dan tidak ada keberatan dari yang hadir.

(5) Suara yang abstain dan suara yang tidak sah tidak dihitung dalam menentukan jumlah suara yang dikeluarkan.

(6) Setiap rapat pengurus dibuat berita acara rapat yang ditandatangani oleh ketua rapat dan sekretaris rapat.

(7) Penandatanganan yang dimaksud dalam ayat (6) pasal ini tidak disyaratkan apabila Berita Acara Rapat dibuat dengan akta Notaris.

(8) Pengurus dapat juga mengambil keputusan yang tanpa mengadakan Rapat Pengurus, dengan ketentuan semua anggota Pengurus telah diberitahu secara tertulis dan semua anggota Pengurus memberikan persetujuan mengenai usul yang diajukan secara tertulis serta menandatangani persetujuan tersebut.

(9) Keputusan yang diambil sebagaimana dimaksud dalam ayat (8), mempunyai kekuatan yang sama dengan keputusan yang diambil dengan sah dalam Rapat Pengurus.

#### Pengawas.

#### Pasal 23.

(1) Pengawas adalah organ Yayasan yang bertugas melakukan pengawasan dan memberi nasehat kepada Pengurus dalam menjalankan kegiatan Yayasan.

(2) Pengawas terdiri dari 1 (satu) orang atau lebih Pengawas.

(3) Dalam hal diangkat lebih dari 1 (satu) orang Pengawas, maka 1 (satu) orang diantaranya dapat diangkat sebagai Ketua Pengawas.

#### Pasal 24.

(1) Yang dapat diangkat sebagai Pengawas adalah orang perseorangan yang mampu melakukan perbuatan hukum dan tidak dinyatakan bersalah dalam melakukan pengawasan Yayasan yang menyebabkan kerugian bagi Yayasan, masyarakat atau negara berdasarkan Putusan Pengadilan, dalam jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal putusan tersebut berkekuatan hukum tetap.

(2) Pengawas diangkat oleh Pembina melalui Rapat Pembina untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali, dengan tidak mengurangi hak Pembina melalui Rapat Pembina untuk memberhentikan sewaktu-waktu.

(3) Pengawas tidak diberi gaji dan atau tunjangan.

(4) Dalam hal jabatan Pengawas kosong, maka dalam jangka waktu 30 (tigapuluh) hari sejak terjadinya kekosongan, Pembina harus menyelenggarakan rapat untuk mengisi kekosongan itu.

(5) Pengawas berhak mengundurkan diri dari jabatannya dengan memberitahukan secara tertulis mengenai maksud tersebut kepada Yayasan paling lambat 30 (tigapuluh) hari sebelum tanggal pengunduran dirinya.

(6) Dalam hal terdapat penggantian Pengawas Yayasan, maka dalam jangka waktu paling lama 30 (tigapuluh) hari terhitung sejak tanggal dilakukan penggantian Pengawas Yayasan, Pembina wajib menyampaikan pemberitahuan secara tertulis kepada Menteri Kehakiman dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia dan instansi terkait.

(7) Pengawas tidak dapat merangkap sebagai Pembina atau Pengurus.

## Pasal 25.

Jabatan Pengawas berakhir karena :

- (1) meninggal dunia;
- (2) mengundurkan diri;
- (3) melakukan tindak pidana yang diancam dengan hukuman penjara maksimum 5 (lima) tahun; atau diberhentikan berdasarkan Keputusan Rapat Pembina.

## Tugas dan wewenang pengawas.

### Pasal 26.

(1) Pengawas wajib dengan itikad baik dan penuh tanggung jawab menjalankan tugas pengawasan untuk kepentingan Yayasan.

(2) Ketua Pengawas dan 1 (satu) anggota Pengawas berwenang bertindak untuk dan atas nama Pengawas.

(3) Pengawas berhak :

- a. memasuki bangunan, halaman, atau tempat lain yang dipergunakan Yayasan;
- b. memeriksa dokumen;
- c. memeriksa pembukuan dan mencocokkannya dengan uang kas; atau
- d. mengetahui segala tindakan yang telah dijalankan oleh Pengurus.

(4) Pengawas dapat memberhentikan untuk sementara 1 (satu) orang atau lebih Pengurus, apabila Pengurus tersebut bertindak bertentangan dengan Anggaran Dasar dan atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(5) Pemberhentian sementara itu harus diberitahukan secara tertulis kepada yang bersangkutan disertai alasannya.

(6) Dalam jangka waktu 7 (tujuh) hari terhitung sejak tanggal pemberhentian sementara itu Pengawas diwajibkan untuk melaporkan secara tertulis kepada Pembina.

(7) Di dalam jangka waktu 7 (tujuh) hari terhitung sejak tanggal laporan diterima oleh Pembina sebagaimana dimaksud dalam ayat (6), maka Pembina wajib memanggil anggota Pengurus yang bersangkutan untuk diberi kesempatan membela diri.

(8) Dalam jangka waktu 7 (tujuh) hari terhitung sejak tanggal pembelaan diri sebagaimana dimaksud dalam ayat (7), Pembina dengan Keputusan Rapat Pembina wajib :

- a. mencabut keputusan pemberhentian sementara; atau
- b. memberhentikan anggota pengurus yang bersangkutan.

(9) Dalam hal Pembina tidak melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (7) dan ayat (8), maka pemberhentian sementara batal demi hukum, dan yang bersangkutan menjabat kembali jabatannya semula.

(10) Dalam hal seluruh pengurus diberhentikan sementara maka untuk sementara Pengawas diwajibkan mengurus Yayasan.

## Rapat pengawas.

### Pasal 27.

(1) Rapat Pengawas dapat diadakan setiap waktu bila dianggap perlu atas permintaan tertulis dari seorang atau lebih Pengawas atau Pembina.

(2) Panggilan Rapat Pengawas dilakukan oleh Pengawas yang berhak mewakili Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (2).

(3) Panggilan rapat pengawas disampaikan kepada setiap pengawas secara langsung, atau melalui surat dengan mendapat tanda terima, paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diadakan, dengan tidak memperhitungkan tanggal, panggilan, dan tanggal rapat.

(4) Panggilan rapat itu harus mencantumkan tanggal, waktu, tempat, dan acara rapat.

(5) Rapat pengawas diadakan di tempat kedudukan Yayasan atau di tempat kegiatan Yayasan.

(6) Rapat Pengawas dapat diadakan di tempat lain dalam wilayah hukum Republik Indonesia dengan persetujuan Pembina.

(7) Rapat Pengawas dipimpin oleh Ketua Pengawas.

(8) Dalam hal Ketua Pengawas tidak dapat hadir atau berhalangan, maka rapat pengawas akan dipimpin oleh 1 (satu) orang Pengawas yang dipilih oleh dan dari pengawas yang hadir.

(9) Satu orang anggota pengawas dapat mewakili pengawas lainnya dalam Rapat Pengawas berdasarkan surat kuasa.

(10) Rapat Pengawas sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat :

- a. Apabila paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua pertiga) dari jumlah Pengawas;
- b. Dalam hal korum sebagaimana dimaksud dalam ayat (10) huruf a, tidak tercapai, maka dapat diadakan pemanggilan Rapat Pengawas kedua;

Pasal 29.

- (1) Rapat Gabungan adalah rapat yang diadakan oleh Pengurus dan Pengawas untuk mengangkat Pembina, apabila Yayasan tidak lagi mempunyai Pembina.
- (2) Rapat Gabungan diadakan paling lambat 30 (tigapuluh) hari terhitung sejak Yayasan tidak lagi mempunyai Pembina sebagaimana dimaksud dalam ayat (1).
- (3) Panggilan Rapat Gabungan dilakukan oleh pengurus dan atau Pengawas.
- (4) Panggilan Rapat Gabungan disampaikan kepada setiap pengurus dan pengawas secara langsung, atau melalui surat dengan mendapat tanda terima, paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diadakan, dengan tidak memperhitungkan tanggal panggilan dan tanggal rapat.
- (5) Panggilan Rapat Gabungan harus mencantumkan tanggal, waktu, tempat, dan acara rapat.
- (6) Rapat Gabungan diadakan di tempat kedudukan yayasan atau di tempat kegiatan Yayasan.
- (7) Rapat Gabungan dipimpin oleh Ketua Pengurus.
- (8) Dalam hal Ketua Pengurus tidak ada atau berhalangan hadir, maka Rapat Gabungan dipimpin oleh Ketua Pengawas.
- (9) Dalam hal Ketua Pengurus dan Ketua Pengawas tidak ada atau berhalangan hadir, maka Rapat Gabungan dipimpin oleh Pengurus atau Pengawas yang dipilih oleh dan dari Pengurus dan Pengawas yang hadir.

Pasal 30.

- (1) Satu orang Pengurus dapat mewakili Pengurus lainnya dalam Rapat Gabungan berdasarkan surat kuasa.
- (2) Satu orang Pengawas dapat mewakili Pengawas lainnya dalam Rapat Gabungan berdasarkan surat kuasa.
- (3) Setiap Pengurus atau Pengawas yang hadir berhak mengeluarkan 1 (satu) suara dan tambahan suara untuk setiap Pengurus atau Pengawas lain yang diwakilinya.
- (4) Pemungutan suara mengenai diri orang dilakukan dengan surat suara tertutup tanpa tanda tangan, sedangkan pemungutan suara mengenai

- c. Panggilan sebagaimana dimaksud dalam ayat (10) huruf b, harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan dengan tidak memperhitungkan tanggal, panggilan dan tanggal rapat;
- d. Rapat-Pengawas kedua diselenggarakan paling cepat 10 (sepuluh) hari dan paling lambat 21 (duapuluh satu) hari terhitung sejak Rapat Pengawas pertama;
- e. Rapat Pengawas kedua adalah sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat, apabila dihadiri oleh paling sedikit 1/2 (satu perdua) jumlah pengawas.

Pasal 28.

- (1) Keputusan Rapat Pengawas harus diambil berdasarkan musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal keputusan berdasarkan musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka keputusan diambil berdasarkan suara setuju lebih dari 1/2 (satu perdua) jumlah suara yang sah.
- (3) Dalam hal suara setuju dan tidak setuju sama banyaknya, maka usul ditolak.
- (4) Pemungutan suara mengenai diri orang dilakukan dengan surat suara tertutup tanpa tanda tangan, sedangkan pemungutan suara mengenai hal-hal lain dilakukan secara terbuka dan dikandatanganinya, kecuali Ketua Rapat menentukan lain dan tidak ada keberatan dari yang hadir.
- (5) Suara yang abstain dan suara yang tidak sah tidak dihitung dalam menentukan jumlah suara yang dikeluarkan.
- (6) Setiap rapat pengawas dibuat berita acara yang ditandatangani oleh ketua rapat dan sekretaris rapat.
- (7) Penandatanganan yang dimaksud dalam ayat (12) tidak disyaratkan apabila Berita Acara Rapat dibuat dengan akta Notaris.
- (8) Pengawas dapat juga mengambil keputusan yang sah tanpa mengadakan Rapat Pengawas, dengan ketentuan semua Pengawas telah diberitahu secara tertulis dan semua Pengawas memberikan persetujuan mengenai usul yang diajukan secara tertulis dengan menandatangani usul tersebut.
- (9) Keputusan yang diambil sebagaimana dimaksud dalam ayat (8), mempunyai kekuatan yang sama dengan keputusan yang diambil dengan sah dalam Rapat Pengawas.



hal-hal lain dilakukan secara terbuka dan ditandatangani, kecuali Ketua Rapat menentukan lain dan tidak ada keberatan dari yang hadir.

(5) Suara abstain dan suara yang tidak sah dianggap tidak dikeluarkan dan dianggap tidak ada.

#### Korum dan putusan rapat gabungan.

##### Pasal 31.

(1) a. Rapat Gabungan adalah sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat apabila dihadiri paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua pertiga) dari jumlah anggota Pengurus dan  $\frac{2}{3}$  (dua pertiga) dari jumlah anggota Pengawas.

b. Dalam hal korum sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a, tidak tercapai, maka dapat diadakan pemanggilan Rapat Gabungan kedua.

c. Pemanggilan sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1) huruf b, harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan, dengan tidak memperhitungkan tanggal panggilan dan tanggal rapat.

d. Rapat Gabungan kedua diselenggarakan paling cepat 10 (sepuluh) hari dan paling lambat 21 (duapuluh satu) hari terhitung sejak Rapat Gabungan Pertama.

e. Rapat Gabungan kedua adalah sah dan berhak mengambil keputusan yang mengikat apabila dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{1}{2}$  (satu perdua) dari jumlah anggota Pengurus dan  $\frac{1}{2}$  (satu perdua) dari jumlah anggota Pengawas.

(2) Keputusan Rapat Gabungan sebagaimana tersebut di atas ditetapkan berdasarkan musyawarah untuk mufakat.

(3) Dalam hal keputusan berdasarkan musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka keputusan diambil dengan pemungutan suara berdasarkan suara setuju lebih dari  $\frac{2}{3}$  (dua pertiga) bagian dari jumlah suara yang sah dikeluarkan dalam rapat.

(4) Setiap Rapat Gabungan dibuat Berita Acara Rapat, yang untuk pengesahannya ditandatangani oleh semua yang hadir dalam Rapat atau Ketua Rapat beserta Pengurus dan Pengawas yang ditunjuk oleh dan dari antara mereka yang hadir dalam Rapat.

(5) Berita Acara Rapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) menjadi bukti yang sah terhadap Yayasan dan pihak ketiga tentang keputusan dan segala sesuatu yang terjadi dalam Rapat.

(6) Penandatanganan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) tidak disyaratkan apabila Berita Acara Rapat dibuat dengan akta Notaris.

(7) Para Pengurus dan anggota Pengawas dapat juga mengambil keputusan yang sah tanpa mengadakan Rapat Gabungan, dengan ketentuan semua Pengurus dan semua Pengawas telah diberitahu secara tertulis dan semua Pengurus dan semua Pengawas memberikan persetujuan mengenai usul yang diajukan secara tertulis, dengan menandatangani persetujuan atau keputusan tersebut.

(8) Keputusan yang diambil dengan cara sebagaimana dimaksud dalam ayat (7) mempunyai kekuatan yang sama dengan keputusan yang diambil dengan sah dalam Rapat Gabungan.

#### Tahun buku.

##### Pasal 32.

(1) Tahun Buku Yayasan dimulai dari tanggal 1 (satu) Januari sampai dengan tanggal 31 (tigapuluh satu) Desember.

(2) Pada akhir Desember tiap tahun, buku Yayasan ditutup.

(3) Untuk pertama kalinya buku Yayasan dimulai pada tanggal dari Akta Pendirian Yayasan dan ditutup pada tanggal tigapuluh satu Desember seribu sembilanratus duapuluh delapan (31.12.1928).

#### Perubahan anggaran dasar.

##### Pasal 33.

(1) Perubahan Anggaran Dasar hanya dapat dilaksanakan berdasarkan keputusan Rapat Pembina, yang dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua pertiga) dari jumlah Pembina.

(2) Keputusan diambil berdasarkan musyawarah untuk mufakat.

(3) Dalam hal keputusan berdasarkan musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka keputusan ditetapkan berdasarkan persetujuan paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua pertiga) dari seluruh jumlah Pembina yang hadir.

(4) Dalam hal korum sebagaimana dimaksudkan dalam ayat (2) tidak tercapai, Rapat Pembina yang kedua dapat diselenggarakan paling cepat 3 (tiga) hari terhitung sejak tanggal Rapat Pembina yang pertama diselenggarakan.

(5) Rapat Pembina kedua tersebut sah apabila dihadiri lebih dari 1/2 (satu perdua) dari seluruh anggota Pembina.

(6) Keputusan Rapat Pembina kedua sah, apabila diambil berdasarkan persetujuan suara terbanyak dari jumlah Pembina yang hadir.

#### Pasal 34.

(1) Perubahan Anggaran Dasar tersebut dilakukan dengan akta Notaris dan dibuat dalam bahasa Indonesia.

(2) Perubahan Anggaran Dasar tidak dapat dilakukan terhadap maksud dan tujuan Yayasan.

(3) Perubahan Anggaran Dasar yang menyangkut perubahan nama dan kegiatan yayasan, harus mendapat persetujuan dari Menteri Kehakiman Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

(4) Perubahan Anggaran Dasar selain yang menyangkut hal-hal sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) cukup diberitahukan kepada Menteri Kehakiman Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.

(5) Perubahan Anggaran Dasar tidak dapat dilakukan pada saat Yayasan dinyatakan pailit, kecuali atas persetujuan kurator.

#### P e n g g a b u n g a n .

#### Pasal 35.

(1) Penggabungan Yayasan dapat dilakukan dengan menggabungkan 1 (satu) atau lebih Yayasan dengan Yayasan lain, dan mengakibatkan Yayasan yang menggabungkan diri menjadi bubar.

(2) Penggabungan Yayasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dapat dilakukan dengan memperhatikan :

- a. ketidak mampuan Yayasan melaksanakan kegiatan usaha tanpa dukungan Yayasan lain;
- b. yayasan yang menerima penggabungan dan yang bergabung kegiatannya sejenis; atau
- c. yayasan yang menggabungkan diri tidak pernah melakukan perbuatan yang bertentangan dengan Anggaran Dasarnya, ketertiban umum dan kesusilaan.

(3) Usul penggabungan Yayasan dapat disampaikan oleh Pengurus kepada Pembina.

#### Pasal 36.

(1) Penggabungan Yayasan hanya dapat dilakukan berdasarkan keputusan Rapat Pembina yang dihadiri oleh paling sedikit 3/4 (tiga perempat) dari jumlah anggota Pembina dan disetujui paling sedikit oleh 3/4 (tiga perempat) dari seluruh jumlah anggota Pembina yang hadir.

(2) Pengurus dari masing-masing Yayasan yang akan menggabungkan diri dan yang akan menerima penggabungan menyusun usul rencana penggabungan.

(3) Usul rencana penggabungan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dituangkan dalam rancangan akta penggabungan oleh Pengurus dari Yayasan yang akan menggabungkan diri dan yang akan menerima penggabungan.

(4) Rancangan akta penggabungan harus mendapat persetujuan dari Pembina masing-masing Yayasan.

(5) Rancangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) dituangkan dalam akta penggabungan yang dibuat di hadapan Notaris dalam bahasa Indonesia.

(6) Pengurus Yayasan hasil penggabungan wajib mengumumkan hasil penggabungan dalam surat kabar harian berbahasa Indonesia paling lambat 30 (tigapuluh) hari terhitung sejak penggabungan selesai dilakukan.

(7) Dalam hal penggabungan yayasan diikuti dengan perubahan Anggaran Dasar yang memerlukan persetujuan Menteri, maka akta perubahan Anggaran Dasar Yayasan wajib disampaikan kepada Menteri untuk memperoleh persetujuan dengan dilampiri akta penggabungan.

#### P e m b u b a r a n .

#### Pasal 37.

(1) Yayasan bubar karena :

- a. alasan sebagaimana dimaksud dalam jangka waktu yang ditetapkan dalam Anggaran Dasar berakhir;
- b. tujuan Yayasan yang ditetapkan dalam Anggaran Dasar telah tercapai atau tidak tercapai;
- c. putusan pengadilan yang telah berkekuatan hukum tetap berdasarkan alasan :
  1. yayasan melanggar ketertiban umum dan kesusilaan;
  2. tidak mampu membayar utangnya setelah dinyatakan pailit; atau

3. harta kekayaan Yayasan tidak cukup untuk melunasi utangnya setelah pernyataan pailit dicabut.
- (2) Keputusan untuk membubarkan Yayasan adalah sah jika dalam rapat Pembina hadir atau diwakili paling sedikit 3/4 (tiga perempat) dari jumlah anggota Pembina. Semua keputusan harus diambil berdasarkan musyawarah untuk mufakat. Dalam hal keputusan secara musyawarah untuk mufakat tidak tercapai, maka keputusan diambil dengan pemungutan suara berdasarkan suara setuju paling sedikit 3/4 (tiga perempat) dari jumlah anggota Pembina yang hadir atau diwakili dalam rapat.
- (3) Dalam hal Yayasan bubar sebagaimana diatur dalam Pasal 37 ayat (1) huruf a. dan b. Pembina menunjuk likuidator untuk membesarkan kekayaan Yayasan.
- (4) Dalam hal tidak ditunjuk likuidator, maka Pengurus bertindak sebagai likuidator.

#### Pasal 38.

- (1) Dalam hal Yayasan bubar, Yayasan tidak dapat melakukan perbuatan hukum, kecuali untuk membesarkan keayaannya dalam proses likuidasi.
- (2) Dalam hal Yayasan sedang dalam proses likuidasi, untuk semua surat keluar dicantumkan frasa "dalam likuidasi" di belakang nama Yayasan.
- (3) Dalam hal Yayasan bubar karena putusan Pengadilan, maka Pengadilan juga menunjuk likuidator.
- (4) Dalam hal pembubaran Yayasan karena pailit, berlaku peraturan perundang-undangan di bidang kepailitan.
- (5) Ketentuan mengenai penunjukan, pengangkatan, pemberhentian sementara, pemberhentian, wewenang, kewajiban, tugas dan tanggung jawab, serta pengawasan terhadap Pengurus, berlaku juga bagi likuidator.
- (6) Likuidator atau Kurator yang ditunjuk untuk melakukan pembesaran kekayaan Yayasan yang bubar atau dibubarkan, paling lambat 5 (lima) hari dihitung sejak tanggal penunjukan wajib memsumumkan pembubaran Yayasan dan proses likuidasinya dalam surat kabar harian berbahasa Indonesia.
- (7) Likuidator atau Kurator dalam jangka waktu paling lambat 30 (tigapuluh) hari dihitung sejak tanggal proses likuidasi berakhir, wajib mengumumkan hasil likuidasi dalam surat kabar harian berbahasa Indonesia.

(8) Likuidator atau Kurator dalam waktu paling lambat 7 (tujuh) hari dihitung sejak tanggal proses likuidasi berakhir wajib melaporkan Pembubaran Yayasan kepada Pembina.

(9) Dalam hal laporan mengenai pembubaran Yayasan sebagaimana dimaksud ayat (8) dan pengumuman hasil likuidasi sebagaimana dimaksud ayat (7) tidak dilakukan, maka bubarnya Yayasan tidak berlaku bagi pihak ketiga.

#### Cara penggunaan kekayaan sisa likuidasi. Pasal 39.

- (1) Kekayaan sisa hasil likuidasi diserahkan kepada yayasan lain yang mempunyai maksud dan tujuan yang sama dengan Yayasan yang bubar.
- (2) Kekayaan sisa hasil likuidasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dapat diserahkan kepada badan hukum lain yang melakukan kegiatan yang sama dengan Yayasan yang bubar, apabila hal tersebut diatur dalam Undang-undang yang berlaku bagi badan hukum tersebut.
- (3) Dalam hal kekayaan sisa hasil likuidasi tidak diserahkan kepada Yayasan lain atau kepada badan hukum lain sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2), kekayaan tersebut diserahkan kepada Negara dan penggunaannya dilakukan sesuai dengan maksud dan tujuan Yayasan yang bubar.

#### Peraturan penutup.

#### Pasal 40.

(1) Hal-hal yang tidak diatur atau belum cukup diatur dalam Anggaran Dasar ini akan diputuskan oleh Rapat Pembina.

(2) Menyimpang dari ketentuan dalam Pasal 7 ayat (4), Pasal 13 ayat (1) dan Pasal 24 ayat (1) Anggaran Dasar ini mengenai tata cara pengangkatan Pembina, Pengurus, dan Pengawas untuk saat ini diangkat susunan Pembina, Pengurus, dan Pengawas Yayasan dengan susunan sebagai berikut :

- a. Pembina  
Ketua

: Tuan Monseigneur Profesor Doktor Ignatius  
Suharyo, Warga Negara Indonesia, lahir di

- Bantul, pada tanggal 09.07.1950 (sembilan Juli seribu sembilanratus limapuluh), bertempat tinggal di Jalan Pandanaran nomor 13, Rukun Tetangga 001, Rukun Warga 001, Kelurahan Randusari, Kecamatan Semarang Selatan, Kota Semarang, Pemegang Nomor Induk Kependudukan : 11.6007.090750.0001;
- Anggota 1. : Suster Evarista Setyawati Murnining Tyas, Carolus Borromeus (CB), Warga Negara Indonesia, lahir di Magelang, pada tanggal 17.05.1952 (tujuhbelas Mei seribu sembilanratus limapuluh dua), Biarawati, bertempat tinggal di Jalan Colombo nomor 19 A, Rukun Tetangga 033, Rukun Warga 007, Kelurahan Terban, Kecamatan Gondokusuman, Yogyakarta, Pemegang Nomor Induk Kependudukan : 13.5007.570552.0011;
2. : Tuan Profesor Doctor Agustinus Dibyo Prabowo, Master Of Sains, Warga Negara Indonesia, lahir di Blitar, pada tanggal 05.12.1939 (lima Desember seribu sembilanratus tigapuluh sembilan), Dosen, bertempat tinggal di Sawitsari B-5, Rukun Tetangga 06, Rukun Warga 54, Desa Condongcatur, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Pemegang Kartu Tanda Penduduk nomor : 3405589/05121939/00156;
- b. Pengurus  
Ketua Umum : Tuan Tarsisius Hani Handoko, Phylosophi Of Doctor, Warga Negara Indonesia, lahir di Yogyakarta, pada tanggal 27.05.1957 (duapuluh tujuh Mei seribu sembilanratus limapuluh tujuh), Dosen, bertempat tinggal di Jalan Kemuning nomor 2-B Pikgondang, Desa Condongcatur, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Pemegang Kartu Tanda Penduduk nomor : 34.0407.270557.20533;

- Ketua 1. : Tuan Pastur Pius Riana Prapdi, Projo, Warga Negara Indonesia, lahir di Jayawijaya, pada tanggal 05.05.1967 (lima Mei seribu sembilanratus enampuluh tujuh), Pastur, bertempat tinggal di Gemawang, Rukun Tetangga 03, Rukun Warga 44, Desa Sinduadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Pemegang Kartu Tanda Penduduk nomor : 2700097/05051967/02183;
- Sekretaris : Suster Surani, CB (Carolus Borromeus) Warga Negara Indonesia, lahir di Bantul, pada tanggal 06.03.1951 (enam Maret seribu sembilanratus limapuluh satu), Biarawati, bertempat tinggal di Danukusuman GK 4/1178 YK, Rukun Tetangga 012, Rukun Warga 004, Kelurahan Baciro, Kecamatan Gondokusuman, Yogyakarta, Pemegang Nomor Induk Kependudukan : 13.5007.460351.00001;
- Bendahara : Tuan Doktorandus Aloysius Haryono Yusup, Master Business Of Administration Akuntan, Warga Negara Indonesia, lahir di Garut, pada tanggal 02.04.1945 (dua April seribu sembilanratus empatpuluh lima), bertempat tinggal di Jalan Kantil 6, Baciro, Rukun Tetangga 033, Rukun Warga 009, Kelurahan Baciro, Kecamatan Gondokusuman, Kota Yogyakarta 55225, Pemegang Nomor Induk Kependudukan : 13.5007.020445.0002;
- Anggota 1. : Tuan Dokter Raden Mas Silvester Maria Haripurnomo Kushadi Wijaya, Master Of Public Health, Doctor Of Public Health, Warga Negara Indonesia, lahir di Jakarta, pada tanggal 24.02.1951 (duapuluh empat Pebruari seribu sembilanratus limapuluh satu), Dokter, bertempat tinggal di Sorowajan Baru Gang Sindoro 06, Rukun Tetangga 15, Rukun Warga 12, Desa Banguntapan, Kecamatan Banguntapan, Kabupaten Bantul, Pemegang Kartu

Tanda Penduduk nomor : 240251/9189/0083/4912;

2. : Tuan Doctor Insinyur Henricus Priyosulistyo, Master Of Sains, Warga Negara Indonesia, lahir di Gunungkidul, pada tanggal 15.07.1954 (limabelas Juli seribu sembilanratus limapuluh empat), Dosen, bertempat tinggal di Jalan Gabus Raya 19, Rukun Tetangga 22, Rukun Warga 05, Desa Minomartani, Kecamatan Ngaglik, Kabupaten Sleman, Pemegang Kartu Tanda Penduduk nomor : 34.0412.150754.21658;
3. : Suster Krispiani Sukarwanti CB (Carolus Borromeus), Warga Negara Indonesia, lahir di Yogyakarta, pada tanggal 24.07.1963 (duapuluh empat Juli seribu sembilanratus enampuluh tiga), Biarawati, bertempat tinggal di Jalan Kolombo CT.VI/001, Rukun Tetangga 01, Rukun Warga 01, Desa Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Pemegang Kartu Tanda Penduduk nomor : 34.0407.640763.20148;

Pengawas  
Ketua

1. : Tuan Doktorandus Rudolfus Adi Santoso, Apoteker, Warga Negara Indonesia, lahir di Semarang, pada tanggal 04.12.1932 (empat Desember seribu sembilanratus tigapuluh dua), Karyawan, bertempat tinggal di Jalan Garuda nomor 11, Demangan Baru, Desa Caturtunggal, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Pemegang Kartu Tanda Penduduk nomor : 3212055/04121932/12327;

Anggota

1. : Tuan Insinyur Raphael Johannes Baptista Soehendrodjati, Warga Negara Indonesia, lahir di Wonosobo, pada tanggal 18.06.1937 (delapanbelas Juni seribu sembilanratus tigapuluh tujuh), bertempat tinggal di Minggiran, MJ 2/964, Yogyakarta, Rukun Tetangga 049,

Rukun Warga 014, Kelurahan Suryodiningratan, Kecamatan Mantrijeron, Yogyakarta 55141, Pemegang Nomor Induk Kependudukan : 13.5009.180637.0001;

2. : Tuan Profesor Dokter Yoseph Hari Kusnanto, Doctor Of Public Health, Warga Negara Indonesia, lahir di Yogyakarta, pada tanggal 12.11.1953 (duabelas Nopember seribu sembilanratus limapuluh tiga), bertempat tinggal di Jalan Madubronto 7, Patangpuluhan, Rukun Tetangga 13, Rukun Warga 03, Kelurahan Patangpuluhan, Kecamatan Wirobrajan, Yogyakarta 55251, Nomor Induk Kependudukan : 13.5008.121153.0001.

(3) Pengangkatan anggota Pembina Yayasan, anggota Pengurus Yayasan dan anggota Pengawas Yayasan tersebut telah diterima oleh masing-masing yang bersangkutan dan harus disahkan dalam Rapat Pembina pertama kali diadakan, setelah Akta Pendirian ini mendapat pengesahan atau didaftarkan pada instansi yang berwenang.

Pengurus yayasan dan

baik bersama-sama maupun sendiri-sendiri dengan hak untuk memindahkan kekuasaan ini kepada orang lain dikuasakan untuk memohon pengesahan dan atau pendaftaran atas Anggaran Dasar ini kepada instansi yang berwenang dan untuk membuat perubahan dan atau tambahan dalam bentuk yang bagaimanapun juga yang diperlukan untuk memperoleh pengesahan tersebut dan untuk mengajukan serta menandatangani semua permohonan dan dokumen lainnya, untuk memilih tempat kedudukan dan untuk melaksanakan tindakan lain yang mungkin diperlukan.

Demikian akta ini.

Dibuat sebagai minuta dan dilangsungkan di Klaten pada hari dan tanggal tersebut dalam bahagian awal akta ini dengan dihadiri oleh :

- Tuan Elinudin Gulo, Sarjana Hukum, beralamat di Klaten (Jalan Merapi nomor 40 A), dan

Tuan Vincentius Rusdarmanto, bertempat tinggal di Klaten (Keditan, Desa Trunuh, Kecamatan Klaten Selatan);  
keduanya sebagai para saksi.

Akta ini setelah saya, Notaris bacakan kepada penghadap dan para saksi, maka segera ditandatangani oleh penghadap, para saksi dan saya, Notaris.

Dilangsungkan dengan tanpa perubahan.

Asli akta ini telah ditandatangani secukupnya.

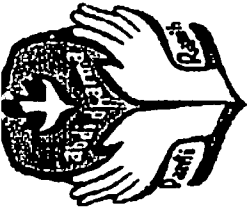
Diberikan untuk salinan yang sama bunyinya  
Notaris Klaten

HENRICUS SUBEKTI, SH

---

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip dan memperbanyak  
PERUM PERCETAKAN NEGARA R.I.



# PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT PANTI RAPIH (Hospital By Laws)



# PERATURAN INTERNAL UMAH SAKIT PANTI RAPIH (Hospital By Laws)

LAKU DI SEMUA UNIT KERJA RS PANTI RAPIH

**Jl. Cik Di Tiro 30 Yogyakarta 55223**

Telp: 0274-514845, 563333 Fax: (0274) 564583

Email: [admin@pantirapih.id](mailto:admin@pantirapih.id) Home page : [www.pantirapih.or.id](http://www.pantirapih.or.id)



**PERATURAN INTERNAL  
RUMAH SAKIT PANTI RAPIH  
(*HOSPITAL BY LAWS*)**



JALAN CIK DITIRO 30  
YOGYAKARTA  
2009

# PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT PANTI RAPIH (HOSPITAL BY LAWS)

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1 Pengertian

alam Peraturan Internal Rumah Sakit Panti Rapih ini, yang dimaksud dengan:

- Peraturan Perundang-undangan adalah segala undang-undang dan peraturan di bawah undang-undang yang berlaku di wilayah hukum Negara Kesatuan Republik Indonesia dan mengatur segala sesuatu yang berkenaan dengan badan penyelenggara dan pengelola pelayanan kesehatan pada umumnya serta penyelenggaraan dan pengelolaan rumah sakit pada khususnya;
- Menteri adalah Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
- Yayasan adalah Yayasan Panti Rapih yang berkedudukan di Jalan Cik Ditiro 30, Yogyakarta;
- Pembina adalah Pembina Yayasan;
- Pengawas adalah Pengawas Yayasan;
- Pengurus adalah Pengurus Yayasan;
- Anggaran Dasar adalah Anggaran Dasar Yayasan;
- Anggaran Rumah Tangga adalah Anggaran Rumah Tangga Yayasan;
- Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Panti Rapih yang merupakan lembaga sosial yang berbadan hukum usaha *nonprofit oriented*, sosial, kemanusiaan yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan;
- Direksi adalah Direksi Rumah Sakit, yang terdiri atas Direktur Utama, Direktur Pelayan Medik, Direktur Pelayan Keperawatan, Direktur Keuangan dan Logistik, serta Direktur Pelayan Kesehatan dan Infrastruktur;
- Direktur Utama adalah penanggung jawab dan penentu kebijakan manajemen Rumah Sakit yang diangkat oleh Pengurus;
- Peraturan Internal adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit dan tata hubungan di antara pihak-pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan Rumah Sakit, yang ditetapkan oleh Yayasan dengan mempertimbangkan usulan dari Direktur Utama, dengan mengindahkan Peraturan Perundang-undangan serta Ajaran Moral dan Ajaran Sosial Gereja Katolik;

Komite Medik adalah wadah nonstruktural kelompok profesional medis yang keanggotaannya terdiri atas anggota tenaga medik tetap dan tenaga medik tamu;

Staf Medik Fungsional (SMF) adalah kelompok tenaga medik sesuai dengan bidang keahlian/spesialisasinya;

Tenaga Medik adalah dokter umum, dokter gigi, apoteker, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang berkarya di Rumah Sakit;

Komite Keperawatan adalah wadah nonstruktural kelompok profesional keperawatan di Rumah Sakit, yang dibentuk dalam rangka pengembangan pengetahuan, ketrampilan dan sikap profesionalisme perawat dan bidan yang berkarya di Rumah Sakit, dan keanggotaannya dipilih dan ditunjuk oleh Direktur Pelayanan Keperawatan;

Komite Etik adalah wadah nonstruktural yang keanggotaannya dipilih dan diangkat oleh Direktur Utama;

Tenaga Kesehatan adalah tenaga yang tercantum dalam UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;

Tenaga Medik Tetap adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang memberikan pelayanan medis secara penuhwaktu dan berstatus sebagai karyawan tetap Yayasan;

Tenaga Medik Tamu adalah tenaga medik profesional mandiri yang berkarya di lingkungan Yayasan dengan ikatan hubungan kerja yang diatur dalam surat perjanjian hubungan kerja;

Kelompok Kerja Fungsional Keperawatan/staf keperawatan fungsional adalah staf tenaga keperawatan yang bekerja di instansi dalam jabatan fungsional;

Dokter dan dokter gigi adalah seorang tenaga medis yang memiliki kompetensi di bidang kedokteran yang terikat kerja di Rumah Sakit dan diberi kewenangan untuk melakukan pelayanan medis sesuai kompetensinya;

Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan oleh Direksi, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus;

Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direksi setiap tahun;

Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direksi di luar jadual rapat rutin untuk mengambil keputusan terkait hal-hal yang dianggap khusus.

**BAB II**  
**FALSAFAH, VISI, MISI,**  
**MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA BUDAYA KERJA**  
**RUMAH SAKIT**

**Pasal 2**  
**Falsafah**

Falsafah Rumah Sakit sebagai berikut:

- setiap pasien adalah citra Allah yang unik yang patut dihargai dan dikasihi;
- setiap pasien adalah pribadi yang bermartabat dan mempunyai hak untuk memperoleh layanan optimal, agar dapat menjadi bagian dari masyarakat umum, sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud;
- layanan diberikan secara menyeluruh dilandasi iman, pengharapan dan kasih yang diwujudkan dalam semangat pendampingan dan layanan kepada para pasien dan keluarganya;
- Karyawan Rumah Sakit adalah bagian integral tak terpisahkan dari karya Rumah Sakit dan kesejahteraan karyawan secara wajar dan terhormat menjadi bagian dari tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan Rumah Sakit.

**Pasal 3**  
**Visi**

Visi Rumah Sakit sebagai berikut:

Rumah Sakit sebagai rumah sakit rujukan yang memandang pasien sebagai sumber inspirasi dan motivasi kerja dengan memberikan pelayanan kepada siapa saja secara professional dan penuh kasih dalam rasa syukur kepada Tuhan.

---

**Pasal 4**  
**Misi**

Visi Rumah Sakit adalah:

Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan menyeluruh secara ramah, adil, profesional, ikhlas dan hormat dalam semangat iman Katolik yang gigih membela hak hidup insani dan berpihak kepada yang berkekurangan.

Rumah Sakit memandang karyawan sebagai mitra karya dengan memberdayakan mereka untuk mendukung kualitas kerja demi kepuasan pasien dan keluarganya dan dengan mewajibkan diri menyelenggarakan kesejahteraan karyawan secara terbuka, profesional, adil dan merata sesuai dengan perkembangan kemampuan.

## Pasal 5 Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan Rumah Sakit adalah:

Mengabdikan sesama yang menderita dan sakit agar nama Tuhan semakin dimuliakan dengan:

1. mengantar masyarakat mencapai status kesehatan yang optimal melalui pendekatan layanan holistik (menyeluruh) yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual dan intelektual;
2. menciptakan budaya kerja yang dipenuhi buah penghayatan iman sejati guna mewujudkan pengabdian yang penuh kasih, saling menghargai, membela hak hidup setiap insan dan sekaligus mewujudkan kesejahteraan umum bagi seluruh karyawan secara wajar;
3. mengupayakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran bagi seluruh lapisan masyarakat.

## Pasal 6 Budaya Kerja

Budaya kerja Rumah Sakit adalah:

1. Ramah: keterbukaan yang menyambut kepada siapa saja yang sudah dikenal maupun yang tersembunyi sebagai misteri dalam pribadi, orang-orang, ide, pengalaman, kondisi alam kepada Tuhan;
2. Adil: keseimbangan dan hubungan yang jujur dan terbuka kepada diri sendiri, tetangga dan segala makhluk ciptaan-Nya serta dengan Tuhan sendiri;
3. Profesional: memberikan layanan standar secara optimal serta dengan tersedianya sumber-sumber daya yang ada;
4. Ikhlas: kerelaan yang luas dan mendalam dalam melayani sesama untuk tidak memperhitungkan di depan risiko yang harus diterima, melainkan semata demi kelangsungan nama Tuhan.
5. Hormat: sikap menghargai keunikan sebagai sumber yang mendasari pengabdian kepada setiap orang dan semua makhluk ciptaan Tuhan.

## BAB III TUGAS POKOK DAN TUJUAN RUMAH SAKIT

### Pasal 7

Rumah Sakit adalah merupakan lembaga moral yang berbadan hukum usaha *nonprofit oriented*, sosial kemanusiaan yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan dalam semangat iman Katolik di bawah pembinaan dan pengawasan Yayasan.

2. Rumah Sakit mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan tujuan:
  - a. mengantarkan masyarakat mencapai status kesehatan yang optimal melalui pendekatan layanan holistik (menyeluruh) yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan intelektual;
  - b. mengoptimalkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran bagi seluruh lapisan masyarakat;
  - c. menciptakan budaya kerja yang dipenuhi buah pengharapan iman sejati guna mewujudkan pengabdian yang penuh kasih, saling menghargai, membela hak hidup setiap insan dan mewujudkan kesejahteraan karyawan secara wajar.

## **BAB IV ORGANISASI RUMAH SAKIT**

### **Pasal 8**

Organisasi Rumah Sakit terdiri atas:

1. Direktur Utama;
2. Direktur, terdiri atas:
  - a. Direktur Pelayanan Medik;
  - b. Direktur Pelayanan Keperawatan;
  - c. Direktur Keuangan dan Logistik;
  - d. Direktur Pelayan Kesehatan dan Infrastruktur;
3. Bidang;
4. Satuan Pemeriksaan Intern;
5. Komite;
6. Instalasi;
7. Staf Medik Fungsional;
8. Kelompok Kerja Fungsional Keperawatan;
9. Kelompok Kerja Fungsional yang lain;
10. Unit kerja lain.

## **BAB V PENGURUS**

### **Pasal 9 Direksi**

1. Pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan di Rumah Sakit dilakukan oleh Direksi.
2. Jumlah anggota Direksi terdiri atas 5 orang, dan seorang di antaranya diangkat menjadi Direktur Utama.
3. Direksi terdiri atas Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik, Direktur Pelayanan Keperawatan, Direktur Keuangan dan Logistik, serta Direktur Pelayan Kesehatan dan Infrastruktur.

4. Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Pengurus sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Direksi bertanggung jawab kepada Pengurus dalam hal pengelolaan Rumah Sakit beserta fasilitas, personel, dan sumber daya terkait.
6. Direktur bertugas melaksanakan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit yang sudah ditetapkan oleh Yayasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan segala ketentuan umum yang berlaku dan berbagai aturan dalam Peraturan Internal ini, serta memperhatikan hasil pelaksanaan tindakan/audit yang dilaksanakan oleh komite dan SPI (Satuan Pemeriksa Intern) di Rumah Sakit.
7. Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direksi ditentukan oleh Yayasan dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam struktur organisasi dan tata laksana Rumah Sakit.
8. Direksi mempunyai tugas dan wewenang untuk:
  - a. memimpin dan mengurus Rumah Sakit sesuai dengan tujuan dan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
  - b. menguasai, memelihara, dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
  - c. mewakili Rumah Sakit di dalam dan di luar pengadilan;
  - d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Yayasan;
  - e. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
  - f. menyiapkan rencana jangka panjang, rencana kerja, dan anggaran Rumah Sakit;
  - g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi rumah sakit;
  - h. menyusun struktur organisasi Rumah Sakit dan mengusulkan kepada Pengurus untuk memperoleh pengesahan;
  - i. mengangkat dan memberhentikan pejabat struktural setingkat kepala bidang setelah mendapat persetujuan Pengurus;
  - j. mengangkat dan memberhentikan pejabat struktural di bawah kepala bidang;
  - k. menetapkan tata kerja Rumah Sakit;
  - l. menetapkan ketua-ketua komite, kepala satuan pemeriksa intern dan ketua atau kepala satuan kerja;
  - m. mengangkat dan memberhentikan Pekerja Tetap non-Medis dan non-Edukatif sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - n. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban Pekerja sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - o. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
  - p. menerbitkan kewenangan klinis (clinical privilege) bagi seluruh staf medis;
  - q. melakukan pengelolaan pelayanan medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang serta peningkatan mutu layanan kesehatan Rumah Sakit;
  - r. melakukan pengelolaan sumber daya manusia;

- s. melakukan pengelolaan keuangan Rumah Sakit yang meliputi penyusunan dan evaluasi anggota, perbendaharaan, dan mobilisasi dana serta akuntansi dan verifikasi;
  - t. melakukan pengelolaan layanan umum, perencanaan, dan evaluasi kegiatan Rumah Sakit, hukum dan hubungan dengan masyarakat.
9. Anggota Direksi dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatan, apabila berdasarkan kenyataan anggota Direksi:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dalam kepengurusan Rumah Sakit.

#### **Pasal 10**

Dalam rangka menjalankan tugas Direksi:

1. Direktur Utama dapat bertindak atas nama Direksi berdasarkan persetujuan para anggota Direksi lainnya;
2. para Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Direksi masing-masing untuk bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.

#### **Pasal 11 Masa Jabatan**

1. Masa jabatan Direksi 4 (empat) tahun.
2. Direksi dapat diangkat lagi sesuai dengan keputusan Pengurus, dalam 1 (satu) kali periode lagi.

#### **Pasal 12 Rapat Direksi**

1. Rapat Direksi diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali. Bila dipandang perlu Rapat Direksi dapat dilaksanakan sewaktu-waktu atas permintaan salah satu atau lebih anggota Direksi.
2. Dalam rapat dimaksud dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan, dan kewajibannya.
3. Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
4. Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.



5. Dalam rapat-rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Pengurus, Pengawas, dan Pembina, dalam waktu 48 jam sebelumnya.
6. Untuk setiap rapat dibuat risalah rapat.

### **Pasal 13** **Satuan Pemeriksa Intern**

1. Satuan Pemeriksa Intern (SPI) merupakan satuan organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan dan pengawasan intern keuangan dan operasional Rumah Sakit.
2. SPI dipimpin oleh ketua yang bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
3. SPI mempunyai tugas pokok membantu Direktur Utama dalam melaksanakan pemeriksaan intern keuangan dan operasional Rumah Sakit.

### **Pasal 14** **Komite**

1. Komite adalah wadah nonstruktural yang terdiri atas tenaga ahli atau profesi, dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan Rumah Sakit.
2. Organisasi Komite terdiri atas ketua, sekretaris, dan anggota.
3. Kepengurusan Komite berlaku selama 3 (tiga) tahun.
4. Ketua Komite bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
5. Komite terdiri atas:
  - a. Komite medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik Rumah Sakit.

### **Pasal 15** **Staf Medis Fungsional**

1. Staf Medis Fungsional (SMF) berperan mengatur kegiatan profesi, mengkoordinasi pengembangan staf medis dan menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medis yang sudah berlaku dan terus berkembang.
2. Anggota SMF diangkat dan ditempatkan oleh Direktur Utama sesuai dengan prosedur yang berlaku.
3. Kenggotaan SMF dapat diberhentikan oleh Direktur Utama sesuai prosedur yang berlaku.
4. Anggota SMF adalah semua staf medik tetap dan staf medik tamu.
5. SMF dipimpin oleh seorang ketua.

6. SMF ditugaskan menurut jenis keahlian dan kompetensinya.
7. Untuk membenarkan SMF, minimal ada 2 (dua) orang anggota, yang terdiri atas dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis.
8. Ketentuan lebih lanjut mengenai SMF diatur tersendiri dalam *Medical Staff by Laws*.

#### **Pasal 16** **Kelompok Kerja Fungsional Keperawatan**

1. Kelompok Kerja Fungsional Keperawatan (KKFK) berperan mengatur kegiatan profesi, mengkoordinasikan pengembangan staf keperawatan dan menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan dan asuhan keperawatan yang berlaku.
2. Anggota KKFK diangkat dan ditempatkan oleh Direktur Utama sesuai dengan prosedur yang berlaku.
3. Keanggotaan KKFK dapat diberhentikan oleh Direktur Utama sesuai dengan prosedur yang berlaku.
4. Anggota KKFK yang telah mendapat penugasan klinis fungsional keperawatan di Rumah Sakit berstatus sebagai tenaga keperawatan tetap, selanjutnya ditetapkan dengan surat keputusan Direktur Utama.
5. KKFK dipimpin oleh seorang ketua.
6. Anggota KKFK mempunyai tugas melaksanakan pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pengembangan keperawatan.

#### **Pasal 17** **Rapat Rutin**

1. Rapat rutin adalah setiap rapat terjadual yang diselenggarakan Rumah Sakit dan atau Komite Medik yang bukan termasuk rapat tahunan atau rapat khusus.
2. Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang diselenggarakan, baik oleh Direksi dan atau Komite Medik untuk mendiskusikan/mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah Rumah Sakit.
3. Rapat rutin dilaksanakan dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan, baik oleh Direksi, Komite Medik, dan atau satuan-satuan kerja. Sekretariat Rumah Sakit menyampaikan undangan kepada setiap peserta rapat paling lambat 48 jam sebelum rapat.
4. Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretariat Rumah Sakit sebagaimana diatur dalam ayat (3) dapat melampirkan:
  - a. satu salinan agenda;
  - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu;
  - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

## **Pasal 18 Rapat Khusus**

1. Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direksi dan atau Komite Medik untuk menetapkan kebijakan hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
2. Pembina, Pengurus, Pengawas, Direksi, dan atau Komite Medik mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan, atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit setengah lebih satu dari anggota.
3. Undangan rapat khusus disampaikan oleh sekretariat kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.
4. Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
5. Rapat khusus yang diminta oleh Pembina, Pengurus, Pengawas, Direksi dan atau Komite Medik sebagaimana diatur dalam ayat (2) di atas harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

## **Pasal 19 Rapat Tahunan**

1. Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direksi setiap tahun dengan tujuan untuk evaluasi dan menetapkan kebijakan lebih lanjut operasional Rumah Sakit.
2. Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun kalender.
3. Sekretariat menyampaikan undangan tertulis kepada para peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.

## **Pasal 20 Undangan Rapat**

Setiap rapat dinyatakan sah bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

## **Pasal 21 Peserta Rapat**

Setiap rapat rutin dapat dihadiri oleh pihak-pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit atau di luar lingkungan Rumah Sakit, bila diperlukan.

## Pasal 22 Kuorum

1. Rapat hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
2. Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh dua per tiga (2/3) dari seluruh undangan rapat.
3. Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari, jam, pada waktu yang ditentukan berikutnya.
4. Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada waktu yang ditentukan berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat berikutnya.

## Pasal 23 Risalah Rapat

1. Penyelenggaraan setiap risalah rapat menjadi tanggung jawab Sekretaris Rumah Sakit.
2. Risalah rapat harus disahkan dalam waktu maksimal 7 hari setelah rapat diselenggarakan dan segala putusan dalam risalah rapat tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh ketua rapat.

## Pasal 24 Pemungutan Suara

Kecuali telah diatur dalam Peraturan Internal ini, maka:

1. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota rapat, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
2. putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
3. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka ketua rapat berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara yang kedua kalinya;
4. suara yang diperhitungkan hanyalah suara anggota yang hadir pada rapat tersebut.

## Pasal 25 Pembatalan Putusan Rapat

1. Keputusan rapat dapat berubah atau dibatalkan, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal ini.

2. Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan putusan tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan sejak saat ditolaknya usulan.

## **BAB VI SUMBER DANA, SARANA, DAN PRASARANA**

### **Pasal 26**

1. Sumber dana Rumah Sakit berasal dari:
  - a. penerimaan dari pasien/pelayanan kesehatan;
  - b. donatur tidak tetap;
  - c. wakaf;
  - d. hibah;
  - e. hibah wasiat;
  - f. perolehan lain yang tidak bertentangan dengan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Yayasan/peraturan perundang-undangan.
2. Penggunaan dana Rumah Sakit sesuai dengan peraturan Yayasan.
3. Rencana kerja dan anggaran tahunan Rumah Sakit diusulkan oleh Direksi kepada Pengurus.
4. Direksi menyusun usulan tarif pelayanan Rumah Sakit dan selanjutnya diusulkan ke Pengurus.

### **Pasal 27 Sarana dan Prasarana**

Pengelolaan sarana dan prasarana diatur oleh Direksi melalui peraturan Rumah Sakit.

## **BAB VII KERJASAMA**

### **Pasal 28**

1. Kerjasama antara Rumah Sakit dengan pihak luar dilaksanakan dengan tujuan untuk menjamin relevansi pelaksanaan pelayanan kesehatan.
2. Bentuk dan tata cara kerjasama diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

**BAB VIII**  
**PERATURAN RUMAH SAKIT, PERUBAHAN, DAN PEMAPARAN**  
**PERATURAN INTERNAL**

**Pasal 29**

1. Petunjuk pelaksanaan Peraturan Internal ini ditetapkan oleh Direktur Utama.
2. Peraturan Rumah Sakit termasuk kebijakan Direktur harus mengacu kepada Peraturan Internal ini.
3. Peraturan Rumah Sakit meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan keperawatan, pelayanan administrasi, keuangan, dan akuntansi.

**BAB IX**

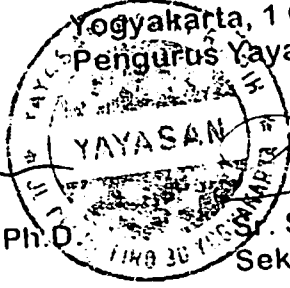
**Pasal 30**  
**Perubahan Peraturan Internal**

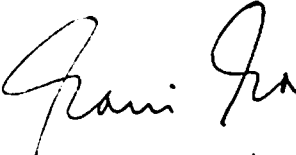
1. Peraturan Internal ini dapat dilakukan perubahan sepanjang diperlukan melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.
2. Usulan untuk mengubah Peraturan Internal ini hanya dapat dilaksanakan melalui rapat pleno khusus yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.
3. Direksi senantiasa mengupayakan agar Peraturan Internal ini dapat diketahui oleh berbagai pihak yang berkepentingan.

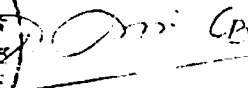
**Pasal 31**  
**Ketentuan Penutup**

1. Peraturan Internal ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.
2. Semua Peraturan Rumah Sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Internal ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal ini.
3. Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Internal ini akan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Rumah Sakit.

Yogyakarta, 1 Oktober 2009  
Pengurus Yayasan Panti Rapih



T. Hani Handoko, Ph.D.   
Ketua Umum

  
Surani, CB  
Sekretaris



**PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(MEDICAL STAFF BYLAWS)**

**RUMAH SAKIT PANTI RAPIH  
YOGYAKARTA  
2010**



# YAYASAN PANTI RAPIH

Jalan Cik Ditiro 30 Yogyakarta 55223, Indonesia  
Telepon: (0274) 521407 dan 563333 Faksimile: (0274) 564583  
email: admin@pantirapih.or.id  
http: \www.pantirapih.or.id

## KEPUTUSAN PENGURUS YAYASAN PANTI RAPIH Nomor: 20/YPR/K/B/VIII/2010

Tentang

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*)  
Rumah Sakit Panti Rapih

### PENGURUS YAYASAN PANTI RAPIH

Menimbang:

1. bahwa Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit Panti Rapih yang berlaku saat ini belum sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit;
2. bahwa dalam rangka penyesuaian dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit, perlu melakukan perubahan Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit Panti Rapih.

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Keputusan Menkes Nomor 1333/Menkes/Per/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis di Rumah Sakit;
6. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Yayasan Panti Rapih;
7. Keputusan Pengurus Yayasan Panti Rapih Nomor: 36-A/K/B/X/2009.

Mengingat:

Surat Direktur Utama Rumah Sakit Panti Rapih tanggal 23 Juli 2010 nomor: 229/KOMDIK-HBL/VII/2010.

### MEMUTUSKAN

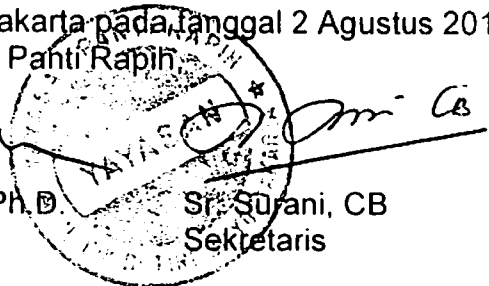
Menetapkan:

1. Memberlakukan Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit Panti Rapih sebagaimana tercantum pada lampiran keputusan.
2. Peraturan Internal Staf Medis terlampir diberlakukan di semua unit kerja Rumah Sakit Panti Rapih.
3. Apabila ada kekeliruan di dalam keputusan ini, maka akan dilakukan peninjauan kembali dan perbaikan sebagaimana mestinya.
4. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Yogyakarta pada tanggal 2 Agustus 2010  
Pengurus Yayasan Panti Rapih

T. Hani Handoko, Ph.D  
Ketua Umum

Sr. Surani, CB  
Sekretaris



Tembusan:

Direktur Utama Rumah Sakit Panti Rapih



# PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*) RUMAH SAKIT PANTI RAPIH

## PENDAHULUAN

Rumah Sakit Panti Rapih adalah suatu lembaga pelayanan kesehatan di bawah pengelolaan Yayasan Panti Rapih. Rumah Sakit Panti Rapih berkedudukan di Jalan Cik Ditiro 30, Yogyakarta.

Falsafah Rumah Sakit Panti Rapih adalah:

1. setiap pasien adalah citra Allah yang unik yang patut dihargai dan dikasihi;
2. setiap pasien adalah pribadi yang bermartabat dan mempunyai hak untuk memperoleh layanan optimal agar dapat menjadi bagian dari masyarakat umum, sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud;
3. layanan diberikan secara menyeluruh dilandasi iman, pengharapan, dan kasih yang diwujudkan dalam semangat pendampingan dan layanan kepada para pasien dan keluarganya;
4. karyawan Rumah Sakit Panti Rapih adalah bagian integral dari karya Rumah Sakit Panti Rapih dan kesejahteraan karyawan secara wajar dan terhormat menjadi bagian dari tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Panti Rapih.

Visi Rumah Sakit Panti Rapih adalah sebagai rumah sakit rujukan yang memandang pasien sebagai sumber inspirasi dan motivasi kerja dengan memberikan pelayanan kepada siapa saja secara profesional dan penuh kasih dalam suasana syukur kepada Tuhan.

Misi Rumah Sakit Panti Rapih adalah:

1. menyelenggarakan pelayanan kesehatan menyeluruh secara ramah, adil, profesional, ikhlas, dan hormat dalam semangat iman Katolik yang gigih membela hak hidup insani dan berpihak kepada yang berkekurangan;
2. memandang karyawan sebagai mitra karya dengan memberdayakan mereka untuk mendukung kualitas kerja demi kepuasan pasien dan keluarganya dan dengan mewajibkan diri menyelenggarakan kesejahteraan karyawan secara terbuka, profesional, adil, dan merata sesuai dengan perkembangan kemampuan.

Maksud dan tujuan Rumah Sakit Panti Rapih adalah mengabdikan sesama yang menderita dan sakit, agar nama Tuhan semakin dimuliakan dengan cara:

1. mengantar masyarakat mencapai status kesehatan yang optimal melalui pendekatan layanan holistik (menyeluruh) yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan intelektual;
2. menciptakan budaya kerja yang dipenuhi buah penghayatan iman sejati guna mewujudkan pengabdian yang penuh kasih, saling menghargai, membela hak hidup setiap insan, dan sekaligus mewujudkan kesejahteraan umum bagi seluruh karyawan secara wajar;
3. mengupayakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran bagi seluruh lapisan masyarakat.

Budaya kerja Rumah Sakit Panti Rapih adalah:

1. RAMAH: keterbukaan yang menyambut kepada siapa saja yang sudah dikenal maupun yang tersembunyi sebagai misteri dalam pribadi, orang-orang, ide, pengalaman, kondisi alam, dan kepada Tuhan:

2. ADIL: keseimbangan dan hubungan yang jujur dan terbuka kepada diri sendiri, tetangga, dan segala makhluk ciptaan-Nya serta dengan Tuhan sendiri;
3. PROFESIONAL: memberikan layanan standar secara optimal serta dengan tersedianya sumber-sumber yang ada;
4. IKHLAS: kerelaan yang luas dan mendalam dalam melayani sesama untuk tidak memperhitungkan di depan risiko yang harus diterima, melainkan semata demi kelangsungan nama Tuhan;
5. HORMAT: sikap menghargai keunikan sebagai sumber yang mendasari pengabdian kepada setiap orang dan semua makhluk ciptaan Tuhan.

**BAB I**  
**KETENTUAN UMUM**  
**Pasal 1**  
**Pengertian Istilah**

Dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) ini, yang dimaksud dengan:

1. **Yayasan** adalah Yayasan Panti Rapih yang beralamat di Jalan Cik Ditiro 30, Yogyakarta;
2. **Pengurus** adalah Pengurus Yayasan;
3. **Rumah Sakit** adalah Rumah Sakit Panti Rapih yang merupakan unit karya kesehatan yang berada di bawah pengelolaan Yayasan;
4. **Direktur Utama** adalah penanggung jawab dan penentu kebijakan manajemen Rumah Sakit, yang ditunjuk oleh Pengurus;
5. **Direktur Pelayanan Medik** adalah seseorang yang ditunjuk oleh Pengurus untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan yang bertanggung jawab terhadap pelayanan medik dan penunjang medik Rumah Sakit;
6. **Kepala Bidang Pelayanan Medik** adalah seseorang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Kamar Bedah, dan Instalasi Gawat Darurat, Rumah Sakit;
7. **Kepala Bidang Penunjang Medik** adalah seseorang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan Instalasi Rekam Medis, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi Rehabilitasi Medis, Instalasi Farmasi, dan Instalasi Radiologi, Rumah Sakit;
8. **Unit pelayanan** adalah Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Unit Perawatan Intensif, Unit Perawatan Khusus, Instalasi Kamar Bedah, Kamar Bersalin, Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Rehabilitasi Medis, Instalasi Hemodialisis, dan Instalasi Kamar Jenazah, Rumah Sakit Panti Rapih;
9. **Komite Medis** adalah wadah profesional medis di Rumah Sakit Panti Rapih, yang keanggotaannya berasal dari Ketua Kelompok Staf Medis atau yang mewakili dan ketua-ketua subkomite;
10. **sub-Komite** adalah kelompok kerja di bawah Komite Medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus, dan anggota sub-Komite terdiri atas Staf Medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex-officio*;
11. **Kelompok Staf Medis** adalah unit kerja dalam Komite Medis yang berupa wadah para profesional medis dengan keahlian yang tertentu;
12. **Staf Medis** adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang bekerja purnawaktu maupun paruhwaktu di unit-unit pelayanan Rumah Sakit;

13. **Tenaga administrasi** adalah orang atau sekumpulan orang yang bertugas melaksanakan administrasi kantor guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas Staf Medis, Kelompok Staf Medis, dan Komite Medis.

**BAB II**  
**NAMA, RUANG LINGKUP, TUJUAN, DAN TANGGUNG JAWAB**  
**Pasal 2**  
**Nama**

1. Komite Medis beralamat di Jalan Cik Ditiro 30, Yogyakarta.
2. Rumah Sakit adalah rumah sakit umum swasta, kelas mada, beralamat di Jalan Cik Ditiro 30, Yogyakarta.

**Pasal 3**  
**Ruang Lingkup**

Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku untuk seluruh Staf Medis yang berkarya di Rumah Sakit.

**Pasal 4**  
**Tujuan**

Tujuan organisasi Staf Medis dan peraturan pelaksanaannya adalah:

1. tersusunnya seperangkat ketentuan yang berkaitan dengan kualitas pelayanan medis yang mengutamakan keselamatan pasien, tanpa memandang agama, ras, jenis kelamin, suku, kebangsaan, sosial-ekonomi, dan golongan;
2. terciptanya suatu sistem pengaturan kemandirian profesional untuk menegakkan berbagai ketentuan yang mengatur perilaku, kompetensi, dan kinerja Staf Medis Rumah Sakit;
3. tercapainya profesionalisme Staf Medis Rumah Sakit;
4. tersedianya sarana bagi Komite Medis dan Direktur Utama untuk menyelesaikan berbagai masalah yang berkaitan dengan pelayanan medis.

**Pasal 5**  
**Tanggung Jawab**

Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam hal peningkatan mutu pelayanan medis, pembinaan etika kedokteran, dan pengembangan Staf Medis.

**BAB III**  
**PENUNJUKAN DAN PENUNJUKAN KEMBALI STAF MEDIS**  
**Pasal 6**  
**Rekrutmen Staf Medis**

1. Rekrutmen Staf Medis ditetapkan oleh Direktur Utama berdasarkan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.
2. Setiap rekrutmen Staf Medis yang dilakukan oleh Direktur Utama melibatkan Komite Medis melalui proses kredensial.

## Pasal 7 Tata Cara Penunjukan Staf Medis

Komite Medis terlibat dalam proses penunjukan Staf Medis melalui Subkomite Kredensial.

Struktur Subkomite Kredensial terdiri atas ketua, wakil ketua, sekretaris, dan anggota-anggota.

Peran dan fungsi Subkomite Kredensial adalah berupaya meningkatkan mutu profesi.

Tugas dan wewenang Subkomite Kredensial mencakup:

- a. melaksanakan proses kredensial terhadap Calon Staf Medis sesuai dengan permintaan Direktur Utama melalui Ketua Komite Medis;
- b. melakukan penyelidikan atas permohonan untuk menjadi Staf Medis secara objektif, adil, jujur, dan terbuka;
- c. membuat rekomendasi hasil penyelidikan berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan Staf Medis di Rumah Sakit;
- d. membuat laporan kepada Ketua Komite Medis apabila permohonan untuk menjadi Staf Medis tersebut sesuai dengan medical staff bylaws di Rumah Sakit;
- e. melakukan penyelidikan kompetensi Staf Medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian kewenangan klinis dan penugasan Staf Medis pada unit kerja.

5. Setiap Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit harus telah memenuhi kualifikasi tertentu sebagaimana dipersyaratkan.

6. Setiap Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam ayat 5 harus:

- a. memenuhi persyaratan administrasi, integritas, dan perilaku yang ditetapkan oleh Komite Medis;
- b. bersedia mendalami dan mengamalkan falsafah, visi, misi, budaya kerja, dan cara perwujudan maksud dan tujuan Rumah Sakit;
- c. memiliki Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia dan syarat lain yang diperlukan untuk pengurusan Surat Izin Praktik sesuai peraturan dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta;
- d. bersedia mengurus Surat Izin Praktik segera setelah diterima di Rumah Sakit;
- e. menunjukkan kemauan untuk mematuhi Peraturan Internal Rumah Sakit dan Peraturan Internal Staf Medis, kebijakan, prosedur, dan berbagai ketentuan Rumah Sakit;
- f. bebas dari keadaan yang dapat mendiskualifikasi kemampuannya dalam memberikan pelayanannya akibat hendaya fisik, mental, maupun perilaku yang dapat berpengaruh pada keterampilan, sikap, atau kemampuan pengambilan keputusan klinis.

7. Persyaratan administratif sebagaimana dimaksud dalam ayat 6.a di atas didasarkan pada pendidikan yang pernah dijalani dan pendidikan berkelanjutan, pelatihan, pengalaman, kompetensi klinis mutakhir, pengambilan keputusan klinis, dan pengamatan kinerja lainnya yang ditunjukkan dalam dokumen yang dimiliki Calon Staf Medis

8. Calon Staf Medis yang telah memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam ayat 6 dapat diberi kewenangan oleh Direktur Utama untuk memberikan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi dan kewenangan klinis yang ditentukan oleh Komite Medis.

- Staf Medis yang telah memperoleh kewenangan sebagaimana dimaksud dalam ayat 8 setuju untuk melaksanakan pelayanan medis dalam batas-batas profesi, kompetensi, dan kewenangan klinisnya.
- Kewenangan sebagaimana dimaksud dalam ayat 8 akan dinilai kembali oleh Komite Medis melalui Subkomite Kredensial dengan suatu tata cara yang ditetapkan.
1. Staf Medis yang baru ditunjuk dilakukan evaluasi dalam waktu 6 (enam) bulan pertama.
  2. Pengamatan terhadap Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam ayat 10 dilakukan oleh Subkomite Kredensial bersama Kelompok Staf Medis yang terkait.
  13. Ketua Subkomite Kredensial memberikan laporan kepada Komite Medis secara berkala.

### **Pasal 8**

#### **Tata Cara Penunjukan Kembali Staf Medis**

1. Setiap Staf Medis yang telah memiliki kewenangan klinis dilakukan rekredensial setiap 1 (satu) tahun untuk menetapkan kewenangan klinis Staf Medis yang bersangkutan untuk tahun berikutnya.
2. Subkomite Kredensial melakukan proses rekredensial bagi setiap Staf Medis sebagaimana diatur dalam ayat 1.
3. Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 dapat menetapkan panitia *ad hoc* dalam melakukan tugasnya.
4. Subkomite Kredensial menyampaikan hasil proses rekredensial kepada Ketua Komite Medis, yang selanjutnya akan disampaikan kepada Direktur Utama untuk ditetapkan kewenangan klinisnya yang baru.

### **BAB IV**

#### **KATEGORI STAF MEDIS**

#### **Pasal 9**

1. Staf Medis yang dapat melakukan tindakan medis di Rumah Sakit adalah Staf Medis yang telah dinyatakan memenuhi syarat kredensial oleh Komite Medis dan memperoleh kewenangan melakukan tindakan medis di Rumah Sakit yang diterbitkan oleh Direktur Utama serta telah mengikat perjanjian dengan Rumah Sakit.
2. Dokter konsultan adalah dokter spesialis atau dokter spesialis konsultan yang diundang untuk memberikan pendapat keahlian atau pelayanan medis ke Rumah Sakit dalam rangka alih pengetahuan atas permintaan Staf Medis Rumah Sakit yang disetujui oleh Komite Medis dan Direktur Utama.
3. Staf Medis Tetap adalah Staf Medis purnawaktu yang diangkat dengan keputusan Pengurus.
4. Staf Medis Tamu adalah Staf Medis paruhwaktu atau purnawaktu yang mengadakan perjanjian kerja sama pelayanan medis dengan Direktur Utama.
5. Dokter pengganti adalah dokter dengan kompetensi setara yang menggantikan staf medis ketika sedang berhalangan.
6. Dokter pengganti harus mendapatkan persetujuan dari Komite Medis dan Direktur Utama.

## **BAB V KEWENANGAN KLINIS**

### **Pasal 10**

1. Setiap Staf Medis hanya dapat melakukan tindakan medis sesuai dengan bidang dan kemampuannya secara spesifik di Rumah Sakit setelah mendapatkan kewenangan klinis dari Direktur Utama yang ditetapkan dengan suatu surat keputusan, kecuali dalam keadaan darurat.
2. Kewenangan klinis sebagaimana tercantum dalam ayat 1 hanya diberikan kepada Staf Medis yang telah terikat perjanjian kerja sama dengan Direktur Utama setelah memenuhi persyaratan sebagaimana ditentukan pada Pasal 7.
3. Penilaian persyaratan sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 ditetapkan oleh Komite Medis melalui Subkomite Kredensial.
4. Hasil penilaian oleh Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam ayat 3 diserahkan kepada Komite Medis untuk disahkan.
5. Komite Medis menyerahkan hasil pengesahan penilaian kredensial kepada Direktur Utama.
6. Pemberian kewenangan kepada setiap Staf Medis untuk melakukan tindakan medis di Rumah Sakit, ditetapkan dengan surat keputusan yang diterbitkan oleh Direktur Utama.
7. Penentuan kewenangan didasarkan pada pendidikan, pelatihan, pendidikan berkelanjutan, pengalaman, dan unjuk kemampuan, termasuk pengambilan keputusan medis, sebagaimana tercantum dalam berkas kredensial, yang didasarkan pada pengamatan/kerja klinis serta dokumen hasil program peningkatan kinerja yang bersangkutan.

### **Pasal 11**

1. Kewenangan melakukan tindakan medis seorang Staf Medis berakhir apabila hubungan hukum antara Rumah Sakit dan Staf Medis tersebut berakhir atau kewenangan klinis Staf Medis tersebut dicabut oleh Direktur Utama.
2. Dalam hal hubungan hukum antara Staf Medis dengan Rumah Sakit berakhir, maka Direktur Utama memberikan surat pemberitahuan mengenai hal tersebut kepada yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medis.
3. Dalam hal seorang Staf Medis dikenai sanksi disiplin, maka setelah melalui sidang pleno di Komite Medis, Ketua Komite Medis memberikan surat rekomendasi kepada Direktur Utama dengan tembusan kepada yang bersangkutan.

## **BAB VI PEMBINAAN**

### **Pasal 12 Peningkatan Mutu Pelayanan Medis**

1. Peningkatan mutu pelayanan medis dilakukan oleh Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis.
2. Struktur Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis terdiri atas ketua, wakil ketua, sekretaris, dan anggota-anggota.

3. Tugas dan wewenang Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis mencakup:
  - a. menyusun program sesuai dengan skala prioritas;
  - b. membuat panduan mutu pelayanan medis;
  - c. menyusun indikator mutu klinis dengan melakukan koordinasi dengan Kelompok Staf Medis dan unit kerja;
  - d. menyusun anggaran pelaksanaan program;
  - e. memantau dan mengevaluasi program peningkatan mutu;
  - f. melaporkan hasil kegiatan program secara berkala kepada Komite Medis.

### **Pasal 13** **Audit iMedis**

1. Audit medis dilaksanakan oleh Komite Medis melalui sub-Komite Audit Medis.
2. Struktur Subkomite Audit Medis terdiri atas ketua, wakil ketua, sekretaris, dan anggota-anggota.
3. Tugas dan wewenang Subkomite Audit Medis adalah:
  - a. melakukan telaah yang bersifat retrospektif dari rekam medis secara berkala untuk kasus tertentu dan kasus kematian dalam rangka menjaga mutu pelayanan medis;
  - b. menyusun program sesuai dengan skala prioritas;
  - c. menyusun anggaran pelaksanaan program;
  - d. memantau dan mengevaluasi program peningkatan mutu;
  - e. melaporkan hasil kegiatan program kepada Kelompok Staf Medis terkait dan kepada Komite Medis;
  - f. membuat dan menindaklanjuti hasil audit medis dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.

### **Pasal 14** **Pembinaan Etika dan Disiplin Profesi Medis**

1. Pembinaan etika dan disiplin profesi medis dilaksanakan oleh Komite Medis melalui Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis.
2. Struktur Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis terdiri atas ketua, wakil ketua, sekretaris, dan anggota-anggota.
3. Peran dan fungsi Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis adalah melaksanakan kebijakan Komite Medis di bidang etika dan disiplin profesi medis.
4. Tugas dan wewenang Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis mencakup:
  - a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi medis;
  - b. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
  - c. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
  - d. mengusulkan kebijakan yang berkaitan dengan bioetika;
  - e. melakukan koordinasi dengan Komite Etika Rumah Sakit.

**Pasal 15**  
**Dasar Tindakan Disiplin Medis**

1. Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin medis dan tata tertib oleh seorang Staf Medis adalah hal-hal yang menyangkut:
  - a. dugaan inkompetensi klinis;
  - b. dugaan penyimpangan aturan-aturan, ketentuan-ketentuan, dan/atau standar penerapan keilmuan dalam pelayanan medis;
  - c. dugaan pelanggaran Peraturan Internal Staf Medis;
  - d. dugaan ketidakmampuan untuk bekerja sama dengan pelayan kesehatan lain di Rumah Sakit yang dapat menimbulkan inefisiensi operasional Rumah Sakit;
  - e. dugaan penyimpangan etika profesi.
2. Komite Medis menerima laporan tertulis dugaan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu) dari:
  - a. Staf Medis Rumah Sakit;
  - b. pihak lain yang berkepentingan melalui laporan kepala bidang terkait kepada Direktur Utama;
  - c. pihak di luar Rumah Sakit melalui laporan kepada Direktur Utama.
3. Setiap Staf Medis wajib memberitahukan adanya dugaan pelanggaran sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 kepada Komite Medis secara tertulis.
4. Komite Medis wajib menerima dan menindaklanjuti setiap laporan yang diterima sebagaimana dimaksud dalam ayat 2.

**Pasal 16**  
**Tata Cara Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin Medis dan Tata Tertib**

1. Komite Medis melakukan verifikasi setiap laporan dan menugaskan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis untuk melakukan penelitian lebih lanjut.
2. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis mengadakan penelitian berdasarkan tata cara yang telah ditetapkan dalam peraturan internal ini dengan melibatkan Staf Medis terkait, Staf Medis terlapor, dan pihak lain yang diperlukan.
3. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis menyelenggarakan sidang dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterbitkannya surat penugasan sebagaimana yang dimaksud dalam ayat 4.
4. Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis atau anggota yang ditunjuk memimpin sidang pertama dan menjelaskan tata cara persidangan kepada anggota subkomite dan Staf Medis lain yang terkait.
5. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis bertugas melakukan pengkajian dan penelitian atas kasus yang diterimanya dan menjalankan persidangan.
6. Dalam persidangan, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis berwenang:
  - a. meminta informasi kepada semua pihak di Rumah Sakit;
  - b. meminta bantuan pihak lain yang kompeten di luar Rumah Sakit dengan persetujuan Komite Medis dan Direktur Utama;
  - c. memeriksa semua dokumen yang terkait dengan kasus.



7. Staf Medis terlapor berhak mengajukan pembelaannya dengan menunjukkan bukti-bukti, baik berupa dokumen maupun saksi-saksi, dalam persidangan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis.
8. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis mengkaji seluruh data yang diperoleh dan membuat kesimpulan berdasarkan musyawarah-mufakat.
9. Dalam hal terdapat perbedaan pendapat dalam persidangan, maka hal tersebut dimasukkan ke dalam kesimpulan.
10. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis menyampaikan hasil penelitian kepada Komite Medis yang memuat:
  - a. ringkasan kasus atau kejadian;
  - b. kesimpulan tentang ada atau tidaknya pelanggaran;
  - c. rekomendasi tindakan disiplin berupa teguran tertulis, penangguhan kewenangan melakukan tindakan medis untuk waktu tertentu, dan pengakhiran kewenangan melakukan tindakan medis.
11. Komite Medis dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya hasil penelitian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis mengadakan rapat Komite Medis untuk menerima kesimpulan kasus dan menetapkan rekomendasi tindakan korektif.
12. Dalam hal Komite Medis tidak menyetujui kesimpulan kasus, maka Komite Medis mengembalikan kasus kepada Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan menyampaikan alasan keberatannya.
13. Setelah Komite Medis menerima kesimpulan dan menetapkan rekomendasi tindakan disiplin, maka Komite Medis menyampaikan kepada Staf Medis terlapor.
14. Dalam hal Staf Medis terlapor berkeberatan terhadap hasil tersebut, maka ia berhak mengajukan keberatannya secara tertulis paling lama 7 (tujuh) hari kerja dengan menunjukkan bukti-bukti yang mendukung.
15. Komite Medis bersama dengan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis bersidang untuk menindaklanjuti keberatan yang diajukan oleh Staf Medis terlapor.
16. Bilamana diperlukan, Komite Medis dapat membentuk panitia ad-hoc untuk mengkaji ulang kasus tersebut.
17. Kesimpulan akhir kasus dan rekomendasi tindakan disiplin disampaikan Komite Medis secara tertulis kepada Direktur Utama, paling lambat 7 (tujuh) hari setelah ditetapkannya.
18. Direktur Utama dengan mempertimbangan kesimpulan akhir kasus dan rekomendasi Komite Medis membuat keputusan dan menyampaikan secara tertulis kepada Staf Medis terlapor dengan tembusan kepada Komite Medis dalam waktu paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya rekomendasi tersebut.
19. Dalam hal Direktur Utama tidak sependapat dengan kesimpulan akhir kasus dan rekomendasi dari Komite Medis, maka Direktur Utama berwenang mengadakan rapat bersama dengan Komite Medis.
20. Seluruh hasil penelitian dan rekomendasi didokumentasikan secara lengkap oleh sekretariat Komite Medis dan diperlakukan secara rahasia.
21. Pengungkapan dokumen sebagaimana dimaksud dalam ayat 20 kepada pihak manapun hanya dengan seizin Direktur Utama.

## BAB VII ORGANISASI STAF MEDIS DAN KOMITE MEDIS

### Pasal 17 Kelompok Staf Medis

1. Setiap Staf Medis yang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit tergabung dalam Kelompok Staf Medis yang didasarkan atas pengelompokan keahlian kedokteran.
2. Kelompok Staf Medis minimal beranggotakan 2 (dua) orang Staf Medis dengan keahlian yang sama.
3. Bila hanya ada satu Staf Medis untuk keahlian tertentu, maka Staf Medis tersebut dimasukkan ke dalam Kelompok Staf Medis lain sesuai dengan kesepakatan.
4. Setiap Kelompok Staf Medis menentukan ketuanya yang dipilih dari para anggota Kelompok Staf Medis yang bersangkutan setiap tiga tahun.
5. Ketua Kelompok Staf Medis menjadi wakil Kelompok Staf Medis tersebut di Komite Medis atau dapat dipilih satu orang di antara anggota Kelompok Staf Medis untuk mewakili Kelompok Staf Medis tersebut di Komite Medis.
6. Fungsi, tugas, dan wewenang Kelompok Staf Medis adalah:
  - a. mengatur koordinasi kegiatan profesional para Staf Medis;
  - b. mengatur koordinasi pengembangan Staf Medis.
  - c. melakukan pengendalian kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medis yang telah ditetapkan.

### Pasal 18 Kriteria, Pemilihan, dan Tugas Ketua Kelompok Staf Medis

1. Kriteria ketua Kelompok Staf Medis:
  - a. Staf Medis Tetap atau Staf Medis purnawaktu Rumah Sakit;
  - b. telah bekerja minimal 2 (dua) tahun di Rumah Sakit;
  - c. berdedikasi dan loyal terhadap Rumah Sakit;
  - d. bersedia menyediakan waktu untuk mengembangkan profesi dan pelayanan medis di lingkungan Kelompok Staf Medisnya.
2. Apabila dalam Kelompok Staf Medis tersebut tidak terdapat Staf Medis Tetap Rumah Sakit, maka ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter Tamu paruhwaktu.
3. Tata cara pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis:
  - a. Ketua Kelompok Staf Medis dipilih dari Staf Medis anggota Kelompok Staf Medis tersebut melalui surat suara;
  - b. penghitungan surat suara dilakukan dalam suatu rapat Kelompok Staf Medis;
  - c. nama Staf Medis yang mendapat suara terbanyak akan diajukan oleh Ketua Komite Medis ke Direktur Utama untuk ditetapkan menjadi Ketua Kelompok Staf Medis.
4. Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah:
  - a. menyusun perencanaan dan pengembangan profesi dan sumber daya manusia dalam bidangnya;
  - b. berperan serta dalam proses seleksi dan penempatan Staf Medis dalam bidangnya;

- c. bekerja sama dengan unit pelayanan dalam penyusunan Standar Prosedur Operasional;
  - d. bersama-sama dengan anggota Kelompok Staf Medis menyusun Standar Pelayanan Medis;
  - e. membina etika dan disiplin profesi medis anggota Kelompok Staf Medis.
5. Masa jabatan Ketua Kelompok Staf Medis selama 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali.

### **Pasal 19 Komite Medis**

1. Komite Medis adalah satu-satunya wadah formal bagi Staf Medis yang mengatur masalah profesi medis.
2. Fungsi dan tugas Komite Medis adalah:
  - a. membantu Direktur Rumah Sakit menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya;
  - b. membina dan meningkatkan etika profesi, disiplin profesi, dan mutu profesi;
  - c. mengatur kewenangan profesi antara Kelompok Staf Medis;
  - d. membantu Direktur Rumah Sakit untuk menyusun *medical staff bylaws* dan memantau pelaksanaannya;
  - e. melakukan koordinasi dengan Direktur Pelayanan Medik dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staf Medis;
  - f. meningkatkan mutu Staf Medis melalui program pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di bidang medis;
  - g. melakukan pengawasan dan evaluasi mutu pelayanan medis dengan pembentukan subkomite-subkomite yang sesuai;
  - h. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur Rumah Sakit.
3. Wewenang Komite Medis adalah:
  - a. memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
  - b. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan, dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis, dan pengembangan pelayanan medis;
  - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur Utama atas hal-hal yang berkaitan dengan tugas dan fungsi Komite Medis;
  - d. pengawasan dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis;
  - e. pengawasan dan evaluasi efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran di Rumah Sakit;
  - f. melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antara Kelompok Staf Medis;
  - g. membentuk tim yang mempunyai tugas menangani kasus-kasus pelayanan medis yang memerlukan koordinasi lintas profesi;
  - h. memberikan rekomendasi tentang kerja sama antara Rumah Sakit dan institusi pendidikan.
4. Untuk memperlancar tugas sehari-hari, Direktur Utama menyediakan ruangan pertemuan, tenaga administrasi purnawaktu, dan sarana pendukung lainnya.
5. Biaya operasional Komite Medis dibebankan kepada anggaran tahunan Rumah Sakit.

**Pasal 20**  
**Kepengurusan Komite Medis**

1. Komite Medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih setiap 3 (tiga) tahun.
2. Ketua Komite Medis yang terpilih ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama.
3. Dalam melaksanakan tugas sehari-hari, dibentuk Pengurus Harian Komite Medis, yang terdiri atas ketua, wakil ketua, dan sekretaris.
4. Pengurus Harian dipilih dari dan oleh anggota Komite Medis.

**Pasal 21**  
**Pemilihan Ketua Komite Medis**

1. Semua anggota Komite Medis yang memenuhi kriteria dapat dipilih menjadi Ketua Komite Medis.
2. Kriteria Ketua Komite Medis adalah:
  - a. Staf Medis Tetap Rumah Sakit;
  - b. berdedikasi dan loyal terhadap Rumah Sakit;
  - c. bersedia menyediakan waktu untuk mengembangkan profesi dan pelayanan medis di Rumah Sakit;
  - d. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
  - e. peka terhadap perkembangan Rumah Sakit;
  - f. bersifat terbuka, jujur, bijaksana, memiliki jiwa kepemimpinan, dan dapat diterima di lingkungan Rumah Sakit.

**Pasal 22**  
**Ketua Komite Medis**

1. Masa jabatan Ketua Komite Medis adalah 3 (tiga) tahun, dan selanjutnya dapat dipilih kembali.
2. Dalam hal terjadi kekosongan jabatan sebelum masa jabatan Ketua berakhir, maka Wakil Ketua bertindak sebagai Pelaksana Harian sampai dengan pemilihan Ketua Komite Medis yang selambat-lambatnya dilakukan dalam waktu 3 (tiga) bulan.
3. Tugas Ketua Komite Medis adalah menyelenggarakan kegiatan dalam lingkup tugas Komite Medis dan bertanggung jawab atas seluruh pelaksanaan Komite Medis sebagaimana diatur dalam pasal 19 ayat 2 (dua).
4. Wewenang Ketua Komite Medis adalah:
  - a. menyusun Pengurus Harian Komite Medis;
  - b. menyelenggarakan rapat khusus Komite Medis untuk pembentukan subkomite;
  - c. menyelenggarakan rapat umum Staf Medis;
  - d. mewakili Komite Medis dalam hal berhubungan dengan pihak lain;
  - e. membuat rekomendasi dan ketetapan Ketua Komite Medis dalam hal:
    - 1) hasil seleksi, pemberian kewenangan klinis, dan penempatan Staf Medis dalam Kelompok Staf Medis;
    - 2) tindakan pembinaan dalam hal disiplin profesi medis;
    - 3) tindakan pembinaan dalam hal peningkatan mutu staf medis;
    - 4) hasil audit medis;
    - 5) penunjukan Staf Medis untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan.

5. Jabatan Ketua Komite Medis berakhir bila yang bersangkutan:
  - a. meninggal dunia;
  - b. berakhir masa jabatan;
  - c. berhalangan tetap lebih dari 3 (tiga) bulan;
  - d. tidak menjalankan kewajibannya yang dinilai oleh rapat umum tahunan.

### **Pasal 23** **Wakil Ketua Komite Medis**

1. Wakil Ketua Komite Medis dipilih dari anggota Komite Medis.
2. Wakil Ketua Komite Medis dapat menjadi ketua subkomite.
3. Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Wakil Ketua Komite Medis sebelum masa jabatannya berakhir, maka diadakan rapat Komite Medis dalam kurun waktu 1 (satu) bulan untuk memilih dan mengangkat Wakil Ketua yang baru dan selanjutnya dilaporkan kepada Direktur Utama untuk ditetapkan.
4. Tugas Wakil Ketua Komite Medis adalah:
  - a. membantu pelaksanaan tugas Ketua Komite Medis;
  - b. mewakili Komite Medis apabila Ketua Komite Medis berhalangan.

### **Pasal 24** **Sekretaris Komite Medis**

1. Sekretaris Komite Medis dipilih dari anggota Komite Medis yang juga merupakan Staf Medis purnawaktu.
2. Sekretaris Komite Medis dapat menjadi ketua subkomite.
3. Dalam melaksanakan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh staf administrasi yang disediakan oleh Direktur Utama.
4. Tugas Sekretaris Komite Medis adalah:
  - a. membantu Ketua Komite Medis dalam menyusun rencana kerja Komite Medis;
  - b. mengorganisasi rapat-rapat Komite Medis, subkomite, dan Kelompok Staf Medis;
  - c. mengelola semua kegiatan administrasi Komite Medis;
  - d. mengelola kegiatan rumah tangga Komite Medis;
  - e. menyusun anggaran Komite Medis;
  - f. melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan Komite Medis, subkomite, dan Kelompok Staf Medis.

### **Pasal 25** **Subkomite**

1. Di bawah Komite Medis, dibentuk subkomite yang terdiri atas:
  - a. Subkomite Kredensial
  - b. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis;
  - c. Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis;
  - d. Subkomite Audit Medis.
2. Dibentuk atau dibubarkannya subkomite ditentukan oleh rapat Komite Medis berdasarkan kebutuhan.
3. Tugas, kewenangan, dan tanggung jawab subkomite ditetapkan oleh Komite Medis.

4. Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris, dan anggota subkomite adalah Staf Medis Rumah Sakit.
5. Apabila bukan Ketua Kelompok Staf Medis, maka ketua subkomite diangkat menjadi anggota Komite Medis.
6. Susunan pengurus subkomite ditetapkan oleh Direktur Utama atas usulan Ketua Komite Medis.
7. Subkomite menyusun kebijakan, program, dan prosedur kerja.
8. Subkomite membuat laporan kepada Komite Medis.
9. Keanggotaan subkomite selama 3 (tiga) tahun dengan penggantian keanggotaan secara bertahap.
10. Biaya operasional subkomite dibebankan pada anggaran tahunan Rumah Sakit melalui Komite Medis.

## **BAB VIII RAPAT**

### **Pasal 26 Rapat Komite Medis**

1. Rapat Komite Medis terdiri atas rapat rutin Komite Medis, rapat luar biasa Komite Medis, dan rapat Pengurus Harian Komite Medis.
2. Rapat Komite Medis dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara tertulis, kecuali rapat Pengurus Harian Komite Medis.
3. Rapat rutin Komite Medis diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Pengurus Harian Komite Medis.
4. Rapat rutin Komite Medis dihadiri Pengurus Harian dan seluruh anggota Komite Medis.
5. Rapat rutin Komite Medis membahas:
  - a. kinerja pelayanan dan profesi;
  - b. laporan subkomite dan ketua Kelompok Staf Medis;
  - c. perencanaan dan pengembangan pelayanan dan profesi.
6. Rapat rutin Komite Medis berwenang:
  - a. merumuskan hasil penilaian kinerja Staf Medis dari sisi profesi yang meliputi pengetahuan, ketrampilan, kerja sama tim, dan perilaku;
  - b. menyusun rencana pengembangan strategis di bidang profesi medis, pelayanan medis, dan kesehatan;
  - c. menugaskan kepada subkomite untuk menangani suatu masalah tertentu.
7. Prosedur rapat rutin Komite Medis:
  - a. Sekretaris menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir 5 (lima) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan;
  - b. rapat dinyatakan sah apabila dihadiri setengah dari jumlah anggota Komite Medis ditambah satu;
  - c. Ketua Komite Medis dapat mengundang pihak lain apabila perlu;
  - d. pengambilan keputusan rapat rutin Komite Medis diupayakan melalui musyawarah mufakat.

8. Rapat luar biasa Komite Medis diselenggarakan dengan salah satu atau dua kondisi berikut ini:
  - a. permintaan rapat luar biasa disampaikan 5 (lima) atau lebih anggota Komite Medis;
  - b. permintaan Ketua Komite Medis untuk hal-hal yang memerlukan penetapan segera;
9. Prosedur rapat luar biasa Komite Medis sesuai dengan ayat 7 (tujuh).
10. Rapat Pengurus Harian Komite Medis diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam satu bulan.
11. Rapat Pengurus Harian melaksanakan tugas rutin Komite Medis dan membuat ketetapan Komite Medis.

#### **Pasal 27** **Malam Klinis Staf Medis**

1. Malam klinis Staf Medis pada dasarnya adalah rapat umum Staf Medis.
2. Malam klinis Staf Medis diadakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan dan diikuti oleh seluruh Staf Medis.
3. Sekretaris Komite Medis menyampaikan pemberitahuan tertulis malam klinis Staf Medis tersebut sekurang-kurangnya 7 (tujuh) hari sebelum rapat tersebut diadakan.
4. Dalam hal malam klinis Staf Medis akan membuat keputusan, maka harus terpenuhi kuorum rapat umum tahunan, yaitu sekurang-kurangnya setengah dari jumlah anggota Staf Medis ditambah satu, dengan ketentuan:
  - a. apabila belum tercapai, ketua dapat menskors rapat selama 10 (sepuluh) menit;
  - b. apabila dalam sepuluh menit belum tercapai kuorum, maka kuorum dianggap telah tercapai.
5. Pengambilan keputusan diupayakan melalui musyawarah mufakat. Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil dengan pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir. Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka Ketua Komite Medis berwenang membuat keputusan hasil rapat.

#### **Pasal 28** **Tata Tertib Rapat**

1. Setiap rapat Komite Medis dapat dihadiri Direktur Pelayanan medis.
2. Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medis. Dalam hal Ketua Komite Medis berhalangan, maka rapat dipimpin oleh Wakil Ketua Komite Medis. Dalam hal keduanya berhalangan, maka rapat dipimpin oleh salah satu anggota rapat yang disepakati oleh anggota rapat.
3. Peserta rapat wajib mengikuti seluruh rangkaian rapat sesuai dengan agenda rapat.
4. Agenda rapat adalah agenda sebagaimana dalam undangan rapat, yang dapat ditambah sesuai dengan kesepakatan peserta rapat.
5. Seluruh peserta rapat memiliki hak bicara, berpendapat, dan hak suara
6. Ketua rapat dapat mengeluarkan peserta rapat yang tidak tertib atau tidak dapat santun, atau yang mengganggu jalannya rapat.
7. Semua risalah rapat (notulen) dicatat oleh Sekretaris Komite Medis atau penggantinya yang ditunjuk.

8. Notulen ditandatangani oleh ketua rapat, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
9. Notulen akan diedarkan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir, termasuk yang tidak dapat hadir.

## **BAB IX PENGAWASAN**

### **Pasal 29**

1. Pengawasan terhadap etika, disiplin, dan mutu pelayanan medis dilaksanakan oleh Kelompok Staf Medis, berdasarkan ketentuan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis, Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis, dan Subkomite Audit Medis.
2. Dalam melaksanakan fungsi pengawasan, Kelompok Staf Medis dapat berkoordinasi dengan unsur-unsur manajemen terkait.
3. Hasil pengawasan di bidang etika dan disiplin dilaporkan kepada Ketua Komite Medis untuk selanjutnya ditindaklanjuti oleh subkomite disiplin.
4. Hasil pengawasan di bidang mutu dilaporkan kepada Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis, dan Subkomite Audit Medis.
5. Seluruh subkomite menindaklanjuti, mengkaji, membuat rekomendasi, dan melaporkannya ke Ketua Komite Medis.
6. Ketua Komite Medis memberikan hasil penilaian dan rekomendasi yang dimaksud dalam ayat 5 (lima) kepada Direktur Utama.

## **BAB X KETENTUAN PERUBAHAN**

### **Pasal 30**

1. Peraturan internal Staf Medis ini akan dievaluasi dan direvisi secara berkala selama-lamanya 3 (tiga) tahun sekali oleh tim yang dibentuk oleh Direktur Utama atas usul Komite Medis.
2. Jika diperlukan, Peraturan Internal Staf Medis ini dapat direvisi sewaktu-waktu atas pertimbangan Komite Medis dengan membentuk tim sebagaimana yang disebut dalam ayat 1 (satu).
3. Perubahan Peraturan Internal Staf Medis ini hanya berlaku setelah ditetapkan/disahkan oleh Pengurus.

## **BAB XI KETENTUAN PENUTUP**

### **Pasal 31 Perubahan Peraturan Internal Staf Medis**

1. Komite Medis berhak mengusulkan perubahan Peraturan Internal Staf Medis ini kepada Direktur Utama.
2. Berdasarkan usul Komite Medis, Direktur Utama mengusulkan perubahan Peraturan Internal Staf Medis ini kepada Pengurus.




**Pasal 32**  
**Penutup**

1. Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku sejak tanggal ditetapkan oleh Pengurus.
2. Semua peraturan yang mengikat Staf Medis yang ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Internal ini dinyatakan masih berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Staf Medis ini.

Ditetapkan di Yogyakarta  
Pada tanggal 2 Agustus 2010

Pengurus Yayasan Panti Rapih

T. Hani Handoko, Ph.D.  
Ketua Umum

Sri Surani, CB  
Sekretaris

## **ATURAN STAF MEDIS**

### **Pasal 1 Tugas dan Fungsi Staf Medis**

1. Staf Medis berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di bidang medis.
2. Staf Medis bertugas melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi pemeriksaan medis untuk penegakan diagnosis, merencanakan dan memberikan terapi, melakukan tindak lanjut, dan pemulihan/rehabilitasi.
3. Staf Medis bertugas meningkatkan kemampuannya profesinya, melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan.

### **Pasal 2 Pelayanan Medis**

1. Seluruh Staf Medis wajib mempunyai Surat Izin Praktik di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan perundangan, peraturan Menteri Kesehatan, peraturan Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dan peraturan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.
2. Seluruh Staf Medis wajib memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar pelayanan medis.
3. Seluruh Staf Medis wajib memberikan pelayanan sesuai dengan standar prosedur operasional di unit kerja terkait.
4. Dalam hal pelayanan medis di instalasi rawat jalan, instalasi gawat darurat, instalasi kamar bedah, instalasi hemodialisis, dan ruang perawatan, setiap Staf Medis berada di bawah koordinasi Kepala Bidang Pelayanan Medis.
5. Dalam hal pelayanan medis di instalasi laboratorium, instalasi gizi, instalasi rehabilitasi medis, dan instalasi radiologi, setiap Staf Medis berada di bawah koordinasi Kepala Bidang Penunjang Medis.
6. Setiap Staf Medis berkewajiban melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
7. Setiap Staf Medis wajib mematuhi kebijakan Rumah Sakit mengenai obat dan formularium yang berada di Rumah Sakit.
8. Apabila berhalangan, Staf Medis wajib memberitahukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medis melalui sekretariat pelayanan medis, menunjuk pengganti dengan keahlian yang sama, dan melimpahkan perawatan pasien yang dirawat di ruang perawatan kepada penggantinya tersebut.

### **Pasal 3 Jadual Jaga dan Siaga**

1. Jadual jaga dan siaga dibuat oleh Kelompok Staf Medis, disahkan oleh Ketua Kelompok Staf Medis, diketahui oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis, dan didistribusikan oleh sekretariat pelayanan medis.
2. Setiap Staf Medis wajib mematuhi jadual jaga dan siaga.

3. Apabila berhalangan, Staf Medis wajib memberitahukan kepada Kepala Bidang Pelayanan Medis melalui sekretariat pelayanan medis dan menunjuk pengganti dengan keahlian yang sama.
4. Staf Medis jaga di ruang perawatan dan instalasi gawat darurat wajib hadir tepat waktu dan melakukan serah terima dengan Staf Medis jaga sebelumnya.
5. Setiap Staf Medis jaga dan siaga wajib mengaktifkan alat komunikasi dan segera menjawab apabila ada panggilan dari Rumah Sakit.

#### **Pasal 4**

#### **Standar Pelayanan Medis**

1. Standar Pelayanan Medis disusun oleh masing-masing Kelompok Staf Medis.
2. Standar Pelayanan Medis disahkan oleh Direktur Utama.
3. Perubahan Standar Pelayanan Medis dilakukan pada rapat Kelompok Staf Medis.

#### **Pasal 5**

#### **Standar Prosedur Operasional**

1. Kelompok Staf Medis bersama-sama dengan unit kerja terkait menyusun Standar Prosedur Operasional.
2. Standar Prosedur Operasional disahkan oleh Direktur Utama.
3. Perubahan Standar Prosedur Operasional dilakukan pada rapat bersama antara Kelompok Staf Medis dan unit kerja terkait.

#### **Pasal 6**

#### **Dokter Penanggung Jawab Pelayanan**

1. Dokter penanggung jawab pelayanan adalah Staf Medis yang mengelola rangkaian asuhan medis pasien berupa pemeriksaan medis untuk penegakan diagnosis, merencanakan dan memberikan terapi, melakukan tindak lanjut, merencanakan rehabilitasi, dan melakukan konsultasi sesuai kebutuhan untuk pendapat atau rawat bersama.
2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rangkaian asuhan medis seperti yang tertulis pada ayat 1 (satu) di atas.
3. Penjelasan seperti yang disebutkan dalam ayat 2 (dua) di atas harus mencakup kemungkinan adanya kejadian yang diharapkan dan tidak diharapkan.
4. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya mengenai kewajiban pasien dan keluarganya terhadap Rumah Sakit.
5. Penjelasan seperti yang disebutkan dalam ayat 4 (empat) ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama.
6. Penjelasan yang diberikan oleh dokter penanggung jawab pelayanan harus ditulis dalam berkas rekam medis.

**Pasal 7**  
**Persetujuan dan Penolakan Tindakan Medis**

1. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib meminta persetujuan tindakan medis kepada pasien atau keluarganya setelah memberikan penjelasan dengan lengkap.
2. Persetujuan tindakan medis tersebut dinyatakan dalam formulir persetujuan tindakan medis yang sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan Direktur Utama.
3. Dalam hal pasien atau keluarganya menolak tindakan medis yang direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan, maka penolakan tersebut harus dinyatakan dalam formulir penolakan tindakan medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan Direktur Utama.
4. Persetujuan dan/atau penolakan tindakan medis tersebut harus ditulis dalam berkas rekam medis.

**Pasal 8**  
**Konsultasi, Rawat Bersama, dan Alih Rawat**

1. Seluruh Staf Medis wajib melakukan konsultasi, atau rawat bersama, atau alih rawat kepada Staf Medis lain yang lebih kompeten, apabila kasus yang dihadapi membutuhkan keahlian yang bukan merupakan kompetensi Staf Medis yang bersangkutan.
2. Konsultasi dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan kepada Staf Medis Konsultan, baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit.
3. Dalam hal pasien memerlukan rawat bersama, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dapat merawat pasien bersama dengan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang lain, didahului dengan pengisian berkas konsultasi terlebih dahulu.
4. Dalam hal pasien memerlukan alih rawat, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dapat menyerahkan perawatan pasien kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang lain, didahului dengan pengisian berkas konsultasi terlebih dahulu.
5. Jawaban konsultasi sifatnya adalah usulan yang dapat diterima maupun tidak diterima oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang memerlukan konsultasi tersebut.
6. Direktur Utama menetapkan prosedur konsultasi, rawat bersama, dan alih rawat, atas usulan Komite Medis.

**Pasal 9**  
**Kerahasiaan dan Informasi Medis**

1. Seluruh Staf Medis wajib mengisi berkas rekam medis dengan baik dan benar.
2. Seluruh Staf Medis wajib menyimpan rahasia kedokteran dalam menjalankan praktik kedokteran.
3. Rahasia kedokteran dan informasi medis dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku dalam rangka penegakan hukum, atas permintaan atau izin pasien, atau berdasarkan ketentuan perundangan.

4. Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia kedokteran mengikuti peraturan Menteri Kesehatan.


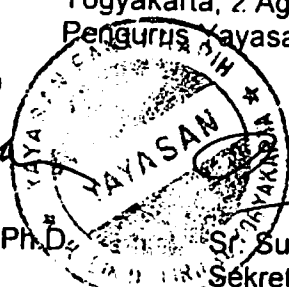

### **Pasal 10 Formularium**

1. Seluruh Staf Medis wajib memperhatikan dan mematuhi ketentuan mengenai obat dan formularium obat yang berlaku di Rumah Sakit.
2. Seluruh Staf Medis wajib memperhatikan dan mematuhi ketentuan formularium obat untuk pelayan kesehatan Rumah Sakit.
3. Dalam hal pasien adalah nasabah perusahaan asuransi, atau karyawan perusahaan, atau di bawah tanggungan institusi, yang mana perusahaan asuransi, perusahaan, atau institusi tersebut mempunyai perjanjian kerja sama dengan Rumah Sakit yang menyangkut formularium, maka seluruh Staf Medis wajib menjadikan formularium tersebut sebagai acuan persepsan obat.

### **Pasal 11 Pendidikan Berkelanjutan**

1. Seluruh Staf Medis wajib melakukan pendidikan berkelanjutan sebagai bagian dari proses pembelajaran seumur hidup.
2. Dalam hal Staf Medis meminta dukungan kepada Rumah Sakit dalam pembiayaan pendidikan berkelanjutan, maka materi dan substansi pembelajaran harus mendapatkan persetujuan terlebih dahulu dari Kelompok Staf Medis terkait dan Ketua Komite Medis.

Yogyakarta, 2 Agustus 2010  
Pengurus Yayasan Panti Rapih

T. Hani Handoko, Ph.D.  
Ketua Umum

Sr. Surani, CB  
Sekretaris

## STRUKTUR KOMITE MEDIS

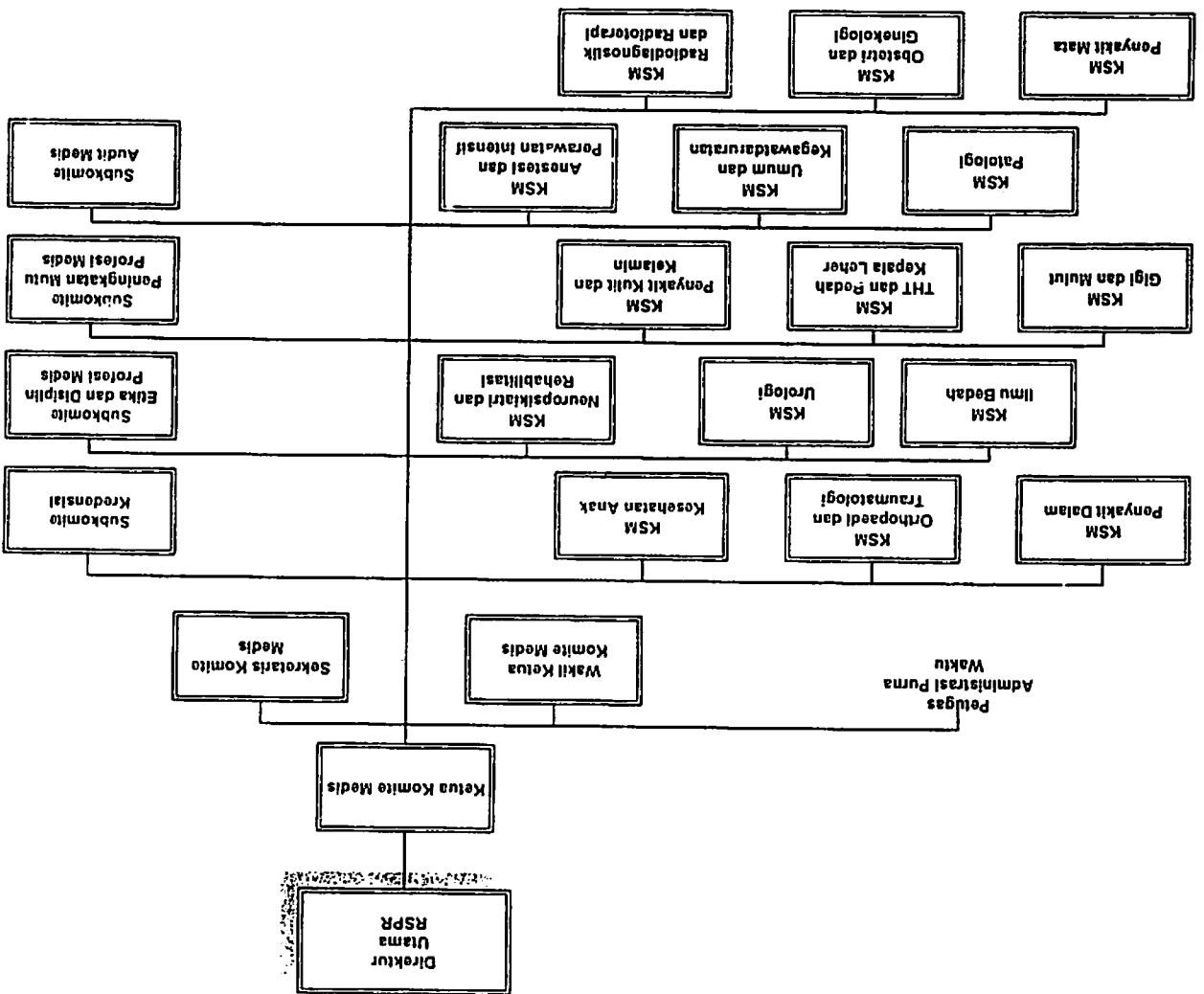
Komite Medis terdiri atas 15 (lima belas) Kelompok Staf Medis sebagai berikut:

1. Kelompok Staf Medis Penyakit Dalam, beranggotakan semua dokter spesialis penyakit dalam, termasuk semua konsultan, ditambah spesialis jantung dan pembuluh darah dan spesialis paru dan saluran pernafasan.
2. Kelompok Staf Medis Ilmu Bedah, beranggotakan semua dokter spesialis bedah, termasuk semua konsultan dan semua subspecialisasi, kecuali urologi dan orthopaedi dan traumatologi.
3. Kelompok Staf Medis Urologi, beranggotakan semua dokter spesialis urologi.
4. Kelompok Staf Medis Orthopaedi dan Traumatologi, beranggotakan semua dokter spesialis orthopaedi dan traumatologi.
5. Kelompok Staf Medis Kesehatan Anak, beranggotakan semua dokter spesialis kesehatan anak, termasuk semua konsultan dan semua subspecialisasinya.
6. Kelompok Staf Medis Obstetri dan Ginekologi, beranggotakan semua dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan (obstetri dan ginekologi), termasuk semua konsultan dan semua subspecialisasinya.
7. Kelompok Staf Medis Neuropsikiatri dan Rehabilitasi, beranggotakan semua dokter spesialis saraf, spesialis kesehatan jiwa, dan spesialis rehabilitasi medis, termasuk semua konsultan dan subspecialisasinya.
8. Kelompok Staf Medis Gigi dan Mulut, beranggotakan semua dokter gigi, termasuk semua spesialisasi, konsultan, dan subspecialisasinya.
9. Kelompok Staf Medis THT dan Bedah Kepala Leher, beranggotakan semua dokter spesialis THT-KL, termasuk konsultan, dan semua subspecialisasinya.
10. Kelompok Staf Medis Penyakit Kulit dan Kelamin, beranggotakan semua dokter spesialis penyakit kulit dan kelamin, termasuk semua konsultan dan subspecialisasinya.
11. Kelompok Staf Medis Patologi, beranggotakan semua dokter spesialis patologi anatomi dan spesialis patologi klinik, termasuk semua konsultan dan subspecialisasinya.
12. Kelompok Staf Medis Radiodiagnostik dan Radioterapi, beranggotakan semua dokter spesialis radiologi, baik radiodiagnostik maupun radioterapi, termasuk semua konsultan dan subspecialisasinya.
13. Kelompok Staf Medis Penyakit Mata, beranggotakan semua dokter spesialis mata, termasuk semua konsultan dan subspecialisasinya.
14. Kelompok Staf Medis Anestesi dan Perawatan Intensif, beranggotakan semua dokter spesialis anestesi, termasuk semua konsultan dan subspecialisasinya.
15. Kelompok Staf Medis Umum dan Kegawatdaruratan, beranggotakan semua dokter praktik umum di rawat jalan, gawat darurat, dan ruang perawatan, termasuk dokter spesialis yang tidak masuk ke dalam Kelompok Staf Medis lain atau dokter spesialis yang praktik umum.

Komite Medis juga membawahi 4 (empat) subkomite sebagai berikut:

1. Subkomite Kredensial;
2. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis;
3. Subkomite Peningkatan Mutu Profesi Medis;
4. Subkomite Audit Medis.

Bagan Struktur Organisasi Komite Medis Rumah Sakit Panti Rapih



Yogyakarta, 2 Agustus 2010  
 Pengurus Yayasan Panti Rapih

*[Signature]*  
 T. Hani Handoko, PhD  
 Sekretaris, CB  
 Ketua Umum

**YAYASAN PANTI RAPIH**  
 YOGYAKARTA