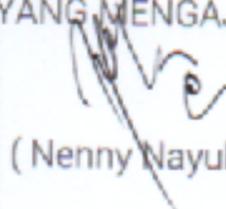


PENGAJUAN NASKAH DINAS PENGATURAN DAN PENETAPAN

I	JENIS NASKAH DINAS	:	Pedoman Kerja
II	SIFAT (PILIH SALAH SATU)	:	A. AMAT SEGERA
		:	B. SEGERA
		:	C. BIASA
III	TINGKAT KEAMANANAN (PILIH SALAH SATU)	:	A. SANGAT RAHASIA
		:	B. RAHASIA
		:	C. BIASA
IV	JUDUL	:	Pedoman Kerja SPI
V	DASAR NASKAH DINAS	:	1. UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
		:	2. PP RI nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahaan
		:	3. Peraturan P4MU nomor 12/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal RS (Hospital by Laws) RS. Mata Undaan
VI	ISI NASKAH DINAS	:	Terlampir
VII	MASA BERLAKU	:	September Tahun 2022-2025
VIII	NOMOR NASKAH DINAS (DIISI OLEH SUBAG TATA USAHA)	:	
IX	TANGGAL PENGAJUAN	:	22 September 2022

YANG MENGAJUKAN,



(Nenny Nayulita E)

			<ul style="list-style-type: none"> 10. SPO Pelaksanaan verifikasi awal SPK 11. SPO Pelaksanaan program pemeriksaan 12. SPO Teknik pemeriksaan untuk bukti fisik 13. SPO Teknik pemeriksaan untuk bukti dokumen 14. SPO Teknik pemeriksaan untuk bukti analisis 15. SPO Teknik pemeriksaan untuk bukti keberagaman 16. SPO Tata cara perolehan informasi dari pihak eksternal 17. SPO Pelaksanaan review laporan SPI 18. SPO Pelaporan hasil kegiatan pemeriksaan SPI 19. SPO Penanganan tindak lanjut hasil pemeriksaan 20. SPO Tindakan pemeriksaan SPI atas diadanya rekomendasi laporan hasil pemeriksaan 21. SPO Tindakan pemeriksaan SPI atas tidak diadanya rekomendasi laporan hasil pemeriksaan 22. SPO Penyusunan kerangka kerja pemeriksaan (KKP)
V	DASAR NASKAH DINAS	:	<ul style="list-style-type: none"> 1. PP RI nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan 2. Peraturan P4MU nomor 12/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal RS (Hospital by Laws) RS. Mata Undaan 3. Pedoman Kerja SPI P4MU tahun 2022
VI	ISI NASKAH DINAS	:	Terlampir
VII	MASA BERLAKU	:	September Tahun 2022-2025
VIII	NOMOR NASKAH DINAS (DIISI OLEH SUBAG TATA USAHA)	:	
IX	TANGGAL PENGAJUAN	:	22 September 2022

YANG MENGAJUKAN



(Nenny Nayulita E)



RS MATA
UNDAAN

PEDOMAN KERJA SPI

(SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL)

RS. Mata Undaan Surabaya

TAHUN
2022



Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343 806, 5319 619
Fax. 031 - 5317 503
www.rsmataundaan.co.id

KATA PENGANTAR

Syukur tak terbatas pada Allah SWT yang senantiasa memberikan banyak hal sesuai yang kami inginkan, sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Pedoman Kerja Satuan Pemeriksaan Internal (SPI). Pedoman Kerja ini disusun berdasarkan referensi yang terkait dengan aspek pemeriksaan internal. Pedoman Kerja ini disusun dengan harapan dapat dijadikan acuan atau referensi yang memudahkan dalam penyusunan **break down** regulasi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan pemeriksaan internal nantinya.

Pedoman Kerja ini diharapkan dapat menjadi awal perubahan baik yang membawa dampak signifikan bagi peningkatan mutu yang ada di RS. Mata Undaan. Masukan dan koreksi diperlukan untuk perbaikan serta revisi pedoman kerja ini.

Dengan demikian maka penyelenggaraan operasional RS. Mata Undaan akan dapat memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, dan lebih khusus lagi sebagai perwujudan **good corporate governance** dan **clinical good governance** di RS. Mata Undaan secara keseluruhan dapat terlaksana sesuai dengan program dan kegiatan yang telah ditetapkan.

Semoga Allah SWT akan selalu memberikan petunjuk dan meridhoi segala usaha terbaik kita.

Surabaya, Agustus 2022

SPI RS. Mata Undaan

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR TABEL	v
SK PEDOMAN KERJA SPI	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Pedoman	1
1.3. Ruang Lingkup	1
1.4. Sasaran	2
1.5. Landasan Hukum	2
BAB II KEGIATAN SPI	3
2.1. Jenis Kegiatan	3
2.2. Tata Laksana Kegiatan	3
2.2.1. Standar Pemeriksaan	4
A. Standar Umum	4
B. Pengelolaan SPI	4
C. Pelaksanaan Pemeriksaan	5
D. Pelaksanaan Reviuw	7
E. Laporan Hasil Reviuw (LHR)	8
F. Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP)	8
G. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan	8
H. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Reviuw	9
I. Kode Etik Pemeriksaan	9
2.2.2. Pelaksanaan Pemeriksaan Kinerja Pelayanan	11
A. Definisi	11
B. Tata Laksana Pemeriksaan Kinerja Pelayanan	11
C. Survey Pendahuluan	13
D. Program Pemeriksaan	14
E. Teknik dan Metode Pemeriksaan	14
F. Kertas Kerja Pemeriksaan	15
G. Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP)	16
H. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan	17
2.2.3. Pelaksanaan Pemeriksaan Kinerja Manajemen/Keuangan	17
A. Definisi	17
B. Tata Laksana Pemeriksaan Kinerja Manajemen/Keuangan	18
C. Survey Pendahuluan	21
D. Program Pemeriksaan	21
E. Teknik dan Metode Pemeriksaan	23
F. Kertas Kerja Pemeriksaan	23
G. Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP)	24
H. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan	24
2.2.4. Pelaksanaan Reviuw	25
A. Definisi	25
B. Teknik dan Metode Reviuw	25
C. Kertas Kerja Reviuw	25
D. Laporan Hasil Reviuw (LHR)	25
E. Sistematika Penyajian Laporan Hasil Reviuw	25
F. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Reviuw	26
BAB III ORGANISASI SPI	28
3.1. Struktur Organisasi RS	28
3.2. Struktur Organisasi SPI	28
3.3. Uraian Jabatan SPI	29

BAB IV SARANA DAN FASILITAS SPI	33
4.1. Ruang	33
4.2. Peralatan	33
4.3. Teknologi Medis / Non Medis	34
4.4. Denah Ruang	34
BAB V MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN	35
5.1. Pelaporan Kegiatan	35
5.2. Pelaporan Indikator Mutu dan Keselamatan	35
5.3. Penilaian dan Evaluasi Kinerja SPI	35
5.4. Monitoring dan Evaluasi Kegiatan	37
BAB VI PENUTUP	38
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Struktur Organisasi RS. Mata Undaan	43
Gambar 3.2 Struktur Organisasi SPI RS. Mata Undaan	43
Gambar 3.3 Tata Hubungan Kerja SPI RS. Mata Undaan	44
Gambar 4.1 Denah Ruang Kerja SPI	51
Gambar 5.1 Indikator Mutu Area Manajemen SPI	52
Gambar 5.2 Indikator Mutu Lokal SPI	52
Gambar 5.3 Indikator Mutu Prioritas SPI	53

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Peralatan di Ruang SPI RS. Mata Undaan	43
Tabel 4.2 ATK di Ruang SPI RS. Mata Undaan	43

vi

SK

PEDOMAN KERJA SPI

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Salah satu kegiatan manajemen yang bertujuan mewujudkan tata kelola rumah sakit yang baik, efisien, efektif serta sesuai dengan standar dan regulasi yang berlaku (**good corporate governance**) adalah dengan membentuk SPI (Satuan Pemeriksaan Internal). SPI sendiri merupakan salah satu unsur organisasi non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal kinerja rumah sakit baik pelaksanaan manajemen pelayanan, penunjang umum, SDM, serta pengawasan manajemen keuangan yang bertanggung jawab langsung kepada direktur RS. Mengaplikasikan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit mewajibkan SPI menyusun pedoman kerja sebagai acuan dalam melaksanakan tugas, tanggung jawab dan kewenangannya.

Kondisi ini yang melatar belakangi SPI menyusun kembali pedoman kerja SPI RS Mata Undaan agar mampu diimplementasikan sesuai dengan kondisi saat ini dengan berbagai tantangan yang ada.

Bukan hanya sebagai pelengkap dalam sebuah organisasi, tentunya dengan pedoman kerja ini SPI dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya seperti unsur organisasi lainnya baik struktural maupun non struktural yang sudah ada di RS. Mata Undaan.

Tentunya pemeriksaan kinerja internal RS. Mata Undaan tidak dapat berjalan baik tanpa dukungan dari setiap unsur yang ada tersebut. Pemeriksaan kinerja pelayanan/ operasional, keuangan, maupun pelaksanaan terhadap regulasi yang berlaku bertujuan untuk peningkatan mutu RS. Mata Undaan sendiri tanpa bermaksud menjatuhkan unsur yang sudah ada. Pedoman ini juga akan dilengkapi dengan alat kerja yang digunakan dalam pemeriksaan internal nantinya. Isi dari pedoman kerja SPI RS. Mata Undaan disesuaikan dengan tata naskah yang berlaku, sehingga akan mudah dibaca, dipahami dan diimplementasikan.

1.2. Tujuan Pedoman Kerja SPI

- a. Sebagai acuan dalam melaksanakan tugas rutin maupun khusus yang diberikan oleh direktur RS. Mata Undaan
- b. Sebagai acuan untuk menilai, analisis dan evaluasi efektifitas system dan prosedur yang berjalan di RS. Mata Undaan berjalan dengan baik dan benar sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- c. Mendorong SPI berperan aktif dalam perbaikan sistem dan prosedur yang bertujuan meningkatkan kinerja pelayanan dan manajemen/keuangan RS. Mata Undaan
- d. Melindungi kepentingan RS. Mata Undaan dengan menyajikan hasil pemeriksaan sebagai acuan direktur dalam pengambilan keputusan.
- e. Memberikan keyakinan yang memadai atas ketaatan, kehematan, efisiensi, dan efektifitas kepada kebijakan serta peraturan yang berlaku dalam pencapaian tujuan penyelenggaraan tugas dan fungsi RS. Mata Undaan (**assurance activities**).
- f. Memberikan peringatan dini dan meningkatkan efektifitas manajemen resiko dalam penyelenggaraan tugas dan fungsi RS. Mata Undaan (**anti corruption activities**)
- g. Memberikan masukan yang dapat memelihara dan meningkatkan kualitas tata kelola penyelenggaraan tugas dan fungsi RS. Mata Undaan (**consulting activities**)

1.3. Ruang Lingkup

Melakukan pemeriksaan yang diperlukan pada satuan/komite/tim/unit kerja yang ada di RS. Mata Undaan atas penugasan direktur, meliputi :

- a. Mengevaluasi apakah satuan/komite/tim/unit kerja yang ada di RS. Mata Undaan sudah melaksanakan tupoksinya sesuai regulasi yang ditetapkan.
- b. Melakukan konsultasi atas permasalahan yang dihadapi oleh satuan/komite/tim/unit kerja yang ada di RS. Mata Undaan.

- c. Memberikan saran/rekomendasi lisan maupun tertulis, baik diminta atau tidak yang bertujuan untuk perbaikan.
- d. Melakukan penilaian kelayakan dan kecukupan pengendalian dibidang keuangan, dan kegiatan lainnya serta peningkatan efektifitas pengendalian dengan biaya yang layak.
- e. Melakukan pemeriksaan bahwa data informasi yang disajikan kepada manajemen dapat dipertanggungjawabkan dan dipercaya.
- f. Melakukan pemeriksaan atas pengelolaan keuangan dan melakukan reuiuw atas laporan keuangan yang telah dibuat oleh pihak manajemen RS. Mata Undaan serta memastikan apakah laporan etrsebut sesuai dengan kaidah yang berlaku.
- g. Melakukan telaah atas kerjasama RS. Mata Undaan dengan pihak luar.

1.4. Sasaran

Yang dilakukan pemeriksaan internal adalah semua unsur organisasi yang ada di RS. Mata Undaan yang dapat berupa satuan atau komite atau tim atau unit kerja.

1.5. Landasan Hukum

- a. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit pasal 33
- b. PP RI nomor 60 tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah pasal 1 butir 1
- c. PP RI nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian pasal 38
- d. Perpres nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit pasal 6 ,21, 22
- e. Permenkes nomor 10 tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit pasal 5
- f. Permenkes nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit pasal 72
- g. Permenkes 16 tahun 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan **Fraud** serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap **Fraud** dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bab 3
- h. Permenkes nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien pasal 11
- i. Permenkes nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perijinan RS
- j. Pedoman Satuan Pemeriksaan Internal, Persi edisi 2017
- k. Peraturan P4MU nomor 12/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal RS (Hospital by Laws) RS. Mata Undaan pasal 49
- l. Keputusan P4MU nomor 017/P4MU/SK/VI/2022 tentang Penerapan Struktur Organisasi RS. Mata Undaan

BAB II KEGIATAN SPI

2.1. Jenis Kegiatan

Peran penting SPI RSMU yang harus dijalankan antara lain :

- a. Memberikan keyakinan (**assurance activities**) yang memadai atas ketaatan, kehematan, efisiensi, dan efektifitas kepada kebijakan serta peraturan yang berlaku dalam pencapaian tujuan penyelenggaraan tugas dan fungsi RS. Mata Undaan
- b. Memberikan peringatan dini dan meningkatkan efektifitas manajemen resiko dalam penyelenggaraan tugas dan fungsi RS. Mata Undaan (**anti corruption activities**)
- c. Memberikan masukan yang dapat memelihara dan meningkatkan kualitas tata kelola penyelenggaraan tugas dan fungsi RS. Mata Undaan (**consulting activities**)

Menjalankan peran penting tersebut hendaknya ditentukan juga jenis kegiatan yang dijalankan untuk mencapai tujuan. Adapun jenis kegiatan yang dijalankan oleh SPI RS. Mata Undaan antara lain ;

- a. Menentukan standar pemeriksaan yang akan dilakukan
- b. Pelaksanaan pemeriksaan kinerja pelayanan
- c. Pelaksanaan pemeriksaan kinerja manajemen/keuangan
- d. Pelaksanaan reviuw/laporan

Kegiatan tersebut didasarkan atas prinsip keserasian, keterpaduan, tidak tumpang tindih dan dilakukan secara berulang-ulang serta memperhatikan efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya dalam melakukan pemeriksaan internal yang meliputi :

- a. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko pada unit kerja di RS. Mata Undaan untuk menilai bahwa :
 - 1). Unit kerja yang ada di RS. Mata Undaan telah mengidentifikasi resiko-resiko dan telah dianalisis sesuai dengan pedoman yang berlaku
 - 2). Manajemen telah menyediakan system pengendalian internal terhadap berbagai resiko
 - 3). Resiko dan tindakan pengendaliannya telah di reviuw secara berkala
 - 4). Penilaian penerapan mencakup penilaian atas maturasi manajemen resiko organisasi
- b. Penilaian terhadap system pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi system dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, umum dan keuangan, mencakup semua hal yang berpotensi :
 - 1). Menggagalkan pencapaian tujuan RS. Mata Undaan
 - 2). Menimbulkan kerugian finansial, pemborosan, ketidak amanan atas aset RS. Mata Undaan
 - 3). Merugikan citra RS. Mata Undaan atau dapat menimbulkan kasus hukum yang merugikan
- c. Pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh direktur RS. Mata Undaan yang berupa ;
 - 1). Penugasan khusus oleh direktur harus dibuat secara tertulis
 - 2). Dalam hal pelaksanaan tugas khusus tersebut tumpang tindih dengan unit kerja lain di RS. Mata Undaan harus dilakukan dengan cara berkoordinasi dengan unit kerja tersebut.
- d. Pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit
- e. Pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional RS. Mata Undaan

2.2. Tata Laksana Kegiatan

Dari jenis kegiatan diatas maka akan dirincikan kembali menjadi tata laksana kegiatan agar lebih mudah diaplikasikan sehingga yang menjadi tujuan SPI dapat tercapai. Adapun tata laksana kegiatan SPI RS. Mata Undaan antara lain ;

2.2.1. Standar Pemeriksaan

Standart profesi pemeriksaan internal dibuat agar siapapun yang menjalankan fungsi SPI menampilkan hasil mutu pemeriksaan yang sama dikarenakan pemeriksa menjalankan penugasan sesuai dengan standar profesi pemeriksaan internal yang berlaku. Adapun tujuan adanya standar ini, adalah ;

- a. Menetapkan prinsip dasar yang merepresentasikan praktik pemeriksaan yang seharusnya
- b. Menyediakan kerangka kerja pelaksanaan dan peningkatan kegiatan pemeriksaan internal yang memiliki nilai tambah
- c. Menetapkan dasar pengukuran kinerja pemeriksaan
- d. Mempercepat perbaikan kegiatan operasional dan proses organisasi
- e. Menilai, mengarahkan dan mendorong pemeriksa untuk mencapai tujuan pemeriksaan
- f. Menjadi pedoman dalam pekerjaan pemeriksaan
- g. Menjadi dasar penilaian keberhasilan pekerjaan pemeriksaan

A. Standar Umum

1). **Audit Charter**

Komitmen tertulis atau aturan teknis yang ditetapkan oleh direktur RS. Mata Undaan yang ditujukan mendorong efektifitas kerja pemeriksa internal. Isi dari audit charter antara lain ; persyaratan kompetensi, kode etik, UTW, pola hubungan antar pemeriksa, pola hubungan internal dan eksternal. Detail dari **audit charter** akan disusun panduan yang menjelaskan hal tersebut.

2). Independensi dan Obyektifitas

- a) Independensi SPI
 1. SPI berada dibawah direktur dan bertanggung jawab langsung kepada direktur RS. Mata Undaan
 2. Pemimpin pemeriksa internal bertanggung jawab dan menyampaikan laporan hasil penugasan kepada direktur RS. Mata Undaan
 3. Independensi berfungsi agar pemeriksa internal tidak mempunyai benturan kepentingan dengan unit operasional yang ada di RS. Mata Undaan
- b) Obyektifitas SPI

SPI memiliki sikap mental professional, independen, obyektif, dan menghindari kemungkinan timbulnya benturan kepentingan (**conflict of interest**)

B. Pengelolaan SPI

1). Pengelolaan Kegiatan SPI

Kepala SPI mengelola kegiatan secara efektif agar memberikan nilai tambah bagi terperiksa. Efektif jika ;

- a) Hasil kerja mencapai tujuan sesuai tanggung jawab yang ada di **audit charter**
- b) Kegiatan pemeriksaan dilaksanakan sesuai standar profesi
- c) Pemeriksa patuh pada kode etik

2). Perencanaan Kegiatan SPI

- a) Kepala SPI menyusun rencana strategis dan tahunan layanan pemeriksaan internal menyesuaikan rencana strategis dan tahunan milik RS. Mata Undaan agar terintegrasi dan berkesinambungan dengan baik
- b) Rencana pemeriksaan internal tahunan di sesuaikan setiap triwulan mengikuti kondisi terakhir yang ada di RS. Mata Undaan
- c) Rencana kegiatan pemeriksaan internal diketahui dan disetujui oleh direktur RS. Mata Undaan

3). Pengorganisasian Sumber daya

- a) Kepala SPI mengelola SDM yang ada di SPI dengan memperhatikan skala prioritas resiko dan mutu system pengendalian

- b) Pemeriksaan internal tetap memenuhi standar profesi meskipun dengan keterbatasan SDM yang ada
- c) Kepala SPI dapat menggunakan sumberdaya dari pihak eksternal RS. Mata Undaan apabila dalam penugasannya membutuhkan
- 4). Kebijakan dan Prosedur SPI
 - a) Kepala SPI menyusun kebijakan dan prosedur yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan pemeriksaan
 - b) Kebijakan dan prosedur untuk memastikan pemeriksaan internal dijalankan dengan efektif dan efisien
 - c) Kebijakan dan prosedur yang berlaku direviu berkala sesuai aturan yang ada di RS. Mata Undaan
- 5). Laporan Kinerja
 - a) Kepala SPI melakukan monev kinerja anggota SPI
 - b) Kepala SPI melakukan monev pelaksanaan tugas SPI
 - c) Kepala SPI melaporkan penugasan secara berkala triwulan, baik tahunan maupun strategis, termasuk rutin dan non rutin
- 6). Pengelolaan Pengaduan dari Pemangku Kepentingan atas Kegiatan SPI
 - a) Kepala SPI menindaklanjuti pengaduan dari pemangku kepentingan yang ada di RS. Mata Undaan
 - b) Pengaduan dapat berbentuk tertulis maupun tidak tertulis
- 7). Tujuan, Sasaran dan Ruang Lingkup Penugasan
 - a) Setiap kegiatan pemeriksaan internal ditetapkan tujuan, sasaran dan kegiatan pemeriksaan yang akan dilaksanakan sesuai penugasan yang diberikan direktur
 - b) Kegiatan pemeriksaan internal ditentukan ruang lingkupnya sesuai penugasan dari direktur termasuk pengembangan ruang lingkup yang memungkinkan tetap disetujui oleh direktur.
 - c) Dalam penetapan tim penugasan, Kepala SPI harus ;
 - 1. Menetapkan tim penugasan sesuai kompetensi yang diperlukan untuk pemeriksaan internal
 - 2. Alokasi waktu pemeriksaan internal disesuaikan dengan ruang lingkup dan kegiatannya
 - 3. Mempersiapkan sarpras yang dibutuhkan untuk kegiatan pemeriksaan internal
 - 4. Menetapkan anggaran biaya kegiatan pemeriksaan internal

C. Pelaksanaan Pemeriksaan

Dalam pelaksanaan pemeriksaan internal dibuat rencana yang berisikan langkah-langkah kegiatan yang berbentuk program kerja pemeriksa (PKP) yang meliputi tahap survey pendahuluan jika diperlukan, evaluasi system pengendalian manajemen, pendalaman temuan dan rencana penyelesaian laporan hasil pemeriksaan internal. Program kerja pemeriksa internal sendiri memuat diantaranya tujuan dari setiap kegiatan, rincian langkah kerja, nama pemeriksa internal yang akan melaksanakan, rencana dan realisasi pelaksanaan kegiatan pemeriksaan, kesimpulan tim pemeriksa internal.

Pelaksanaan pemeriksaan internal disetujui oleh direktur RS. Mata Undaan, tim pemeriksa internal melaporkan kepada direktur dan mendapatkan surat tugas, rencana langkah kegiatan yang disusun oleh tim pemeriksa internal disetujui oleh Kepala SPI, selanjutnya dikomunikasikan kepada pejabat teknis yang akan diperiksa. Secara terperinci tata laksana kegiatan tersebut antara lain :

- 1). Evaluasi Manajemen Resiko, Sistem Pengendalian Internal, Dan Tata Kelola
 - a) Pemeriksa internal mengevaluasi dan memberikan kontribusi pada perbaikan manajemen resiko, pengendalian internal, dan tata kelola organisasi yang berdasarkan pada pertimbangan professional pemeriksa.

- b) Evaluasi tersebut harus dapat mengidentifikasi ketidak patuhan terhadap implementasi dari regulasi yang ada, resiko **fraud** dan bagaimana terperiksa dapat mengelola resiko tersebut dengan pertimbangan resiko terjadinya kecurangan (**fraud**) dan resiko terjadinya ketidakpatuhan (**abuse**) berpengaruh pada tujuan RS. Mata Undaan
 - c) Pemeriksa internal melaporkan ketidakpatuhan terhadap regulasi, kecurangan (**fraud**) dan ketidakpatuhan (**abuse**) yang ditemukan kepada direktur, pihak terperiksa sesuai dengan aturan yang berlaku.
- 2). Evaluasi Manajemen Resiko
- a) Pemeriksa internal memastikan RS. Mata Undaan telah menetapkan kebijakan manajemen resiko yang memadai sesuai regulasi yang berlaku
 - b) Pemeriksa internal menilai bahwa resiko yang signifikan telah diidentifikasi dan dinilai oleh unsur yang ada di RS.Mata Undaan. Informasi yang relevan juga telah dikomunikasikan tepat waktu pada terperiksa. Alternative mitigasi atau antisipasi resiko yang tepat telah dipilih oleh unsur yang ada di RS. Mata Undaan dengan mempertimbangkan selera resiko.
- 3). Evaluasi System Pengendalian Internal
- a) Pemeriksa internal memastikan RS. Mata Undaan merumuskan sistem pengendalian internal yang memadai
 - b) Unsur yang ada di RS. Mata Undaan merancang sistem pengendalian internal yang dipahami dan dilaksanakan dengan baik
 - c) Pemeriksa internal memastikan bahwa secara periodic system pengendalian internal telah dievaluasi dan dikembangkan sesuai kebutuhan oleh unsur yang ada di RS. Mata Undaan/terperiksa.
- 4). Evaluasi Tata Kelola
- a) Pemeriksa internal memastikan unsur yang ada di RS. Mata Undaan telah merumuskan kebijakan tata kelola RS yang baik sesuai dengan regulasi yang ada
 - b) Memastikan adanya regulasi yang dapat dijadikan acuan pelaksanaan tata kelola yang baik. Seperti ; pedoman penetapan, kode etik, manual dewan, piagam pemeriksaan internal, piagam komite pemeriksa, pakta integritas. Sehingga tata kelola dapat dipahami dan dilaksanakan dengan baik.
- 5). Penugasan Pemeriksa Internal
- a) Didasari dengan surat penugasan
 - b) Dilakukan supervises terhadap substansi dan metodologi secara berjenjang agar sasaran, jaminan kualitas, peningkatan kompetensi pemeriksa tercapai. Supervise dimaksudkan agar tim pemeriksa paham atas penugasan, pelaksanaan penugasan yang sesuai kompetensi, bukti lapangan lengkap, tim pemeriksa memahami tujuan, sasaran, dan rencana kerja, memastikan prosedur, kertas kerja memuat informasi yang lengkap.
 - c) Reviuw laporan penugasan dilaporkan kepada direktur secara periodic agar sasaran pemeriksaan tercapai, laporan lengkap dan akurat.
- 6). Merencanakan Pekerjaan Lapangan dan Program Kerja
- a) Sebelum memulai kegiatan pemeriksaan, tim pemeriksa menyusun rencana kerja sesuai penugasan yang diberikan
 - b) Tim pemeriksa menginventarisasi sumber data, informasi, regulasi, dan dokumen yang diperlukan
 - c) Tim pemeriksa menyusun dan mengembangkan program kerja penugasan yang mencakup ruang lingkup, tujuan, tehnik, instrument perolehan bukti lapangan
- 7). Kompetensi dan Kelengkapan Bukti
- a) Bukti lapangan yang digunakan harus relevan, kompeten, cukup, dan didokumentasikan
 - b) Bukti lapangan dapat digunakan pemeriksa lain ataupun pihak internal lain yang berkepentingan dengan ijin Kepala SPI, jika pihak eksternal harus seijin direktur RS.Mata Undaan

- c) Tim pemeriksa internal dapat menggunakan keterangan ahli untuk memperkuat tingkat kompetensi bukti
- 8). Perolehan Informasi dari Pihak Eksternal
 - a) Definisi pihak eksternal adalah pihak diluar RS.Mata Undaan yang memiliki informasi yang berhubungan dengan kegiatan pemeriksaan yang sedang dilakukan
 - b) Informasi formal yang didapat dari pihak eksternal pelaksanaannya melalui yang diperiksa atau fungsi lain yang memiliki kewenangan. Atau dapat menggunakan prosedur lain untuk meyakini hasil pemeriksaan
- 9). Prosedur
 - a) Prosedur pemeriksaan dimulai dari penugasan, persiapan, pemeriksaan, pendahuluan, evaluasi system penengndlian manajemen, pemeriksaan lanjutan, dan pelaporan hasil pemeriksaan serta pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan
 - b) Pelaksanaan kegiatan pemeriksaan dilapangan diawali dengan pembukaan dan penutupan yang keduanya dihadiri oleh Kepala SPI dan pimpinan terperiksa.
 - c) Pemeriksa melakukan identifikasi, analisa, evaluasi dan mendokumentasikan informasi selama penugasan
 - d) Seluruh hasil pemeriksaan dikomunikasikan secara berjenjang pada terperiksa dan unsur kerja tertinggi terperiksa
- 10). Kertas Kerja
 - a) Seluruh dokumen dan hasil kerja harus didokumentasikan pada kertas kerja pemeriksa
 - b) Dokumen yang diperoleh selama penugasan berdasarkan program kerja
- 11). Temuan dan Rekomendasi
 - a) Pemeriksa internal mengungkapkan semua temuan yang material dan strategis sesuai kriteria dan atribut temuan
 - b) Pemeriksa memberikan rekomendasi saran perbaikan dan mengungkapkan kelemahan dari aspek penengndlian internal yang dapat menghilangkan dampak nantinya
 - c) Mengungkapkan terjadi atau tidaknya **fraud** dan memberikan rekomendasi sesuai regulasi yang berlaku

D. Pelaksanaan Reviuw

Adalah kegiatan penelaahan atas penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan oleh pemeriksa SPI yang kompeten untuk memberikan keyakinan terbatas bahwa laporan kinerja operasional dan pelayanan telah diselenggarakan, disajikan berdasarkan regulasi yang berlaku untuk membantu direktur menghasilkan laporan yang berkualitas.

Tujuan pelaksanaan reviuw sebagai acuan bagi jajaran pemeriksa SPI dalam melaksanakan tugasnya khususnya menyangkut kegiatan reviuw laporan kinerja pelayanan dan keuangan RS.Mata Undaan. Dimana ruang lingkupnya meliputi seluruh pemeriksa SPI RS. Mata Undaan sebagai subyek, dan semua komite/tim/unit kerja yang ada di RS. Mata Undaan sebagai obyek terperiksa. Adapun prosedur kerja pelaksanaan reviuw adalah :

- 1). Menguji dan membandingkan sistematika dan format laporan kinerja opsional dan pelayanan apakah sesuai dengan kaidah, system dan standart regulasi yang berlaku
- 2). Menguji keandalan angka/data pada laporan kinerja opsional dan pelayanan dan informasi lain yang disajikan dalam laporan dengan data pendukung
- 3). Melakukan analisa untuk mengetahui hal yang tidak biasa
- 4). Menyusun kertas kerja reviuw dan catatan hasil reviuw
- 5). Membuat laporan pelaksanaan reviuw yang mengungkapkan tujuan, alasan pelaksanaan reviuw, prosedur reviuw yang dilakukan, kesalahan atau kelemahan, perbaikan yang disepakati, yang telah dilakuakn maupun yang belum

Reviuw tidak memberikan dasar untuk menyatakan pendapat sebagaimana dalam pemeriksaan, karena tidak mencakup pengujian atas pengendalian intern, penetapan resiko pengendalian dan pengujian atas respon terhadap permintaan keterangan dengan cara pemerolehan bahan bukti

yang menguatkan melalui inspeksi, pengamatan, atau konfirmasi dan prosedur tertentu lainnya yang biasa dilakukan dalam suatu pemeriksaan

E. Laporan Hasil Reviuw

Adalah dokumen yang berisi kegiatan penelaahan atas laporan kinerja pelayanan, dilakukan oleh pemeriksa SPI yang kompeten memberikan opini terbatas bahwa laporan kinerja pelayanan telah dibuat dan disajikan berdasarkan standar dan regulasi yang berlaku. Dengan tujuan dijadikan acuan bagi pemeriksa SPI khususnya menyangkut penyusunan/pembuatan laporan hasil reviuw atas laporan kinerja pelayanan. Adapun prosedur kerjanya antara lain ;

- 1). Menetapkan jadwal waktu penyusunan laporan hasil reviuw setelah dilaksanakan reviuw atas laporan kinerja pelayanan
- 2). Menyusun sistematika penyajian lapporan hasil reviuw
- 3). Melakukan koreksi dan menyusun redaksional laporan agar tidak terjadi kesalahan dikarenakan salah ketik atau kurang teliti
- 4). Melakukan pemberkasan dan pendokumentasian agar laporan hasil reviuw dapat digunakan. Pemberkasan dan pendokumentasian dilakukan mengacu pada keindahan, kekuatan, keamanan dan kemudahan dalam penyimpanan
- 5). Laporan hasil reviuw harus mudah ditemukan kembali saat diperlukan

F. Laporan Hasil Pemeriksaan

Adalah dokumen yang berisikan kegiatan pemeriksaan dan penelaahan serta pengamatan dilapangan atas penyelenggaraan pelayanan dan keuangan rumah sakit. Dilakukan oleh pemeriksa SPI yang kopeten, memberikan opini yang meyakinkan bahwa kegiatan dilakukan sesuai dengan regulasi yang berlaku. Dengan tujuan dijadikan acuan bagi jajaran pemeriksa SPI dalam menjalankan tugasnya, khususnya menyangkut penyususnan/pembuatan laporan hasil pemeriksaan baik yang menyangkut pemeriksaan kinerja pelayanan dan keuangan RS. Mata Undaan. Adapun prosedur kerjanya antara lain ;

- 1). Menetapkan jadwal penyusunan laporan hasil pemeriksaan setelah melakukan pemeriksaan atas penyelenggaraan pelayanan dan keuangan
- 2). Menyusun sistematika penyajian laporan hasil pemeriksaan
- 3). Melakukan koreksi dan menyusun redaksional laporan
- 4). Melakukan pemberkasan dan pendokumentasian mengacu pada keindahan, kekuatan, keamanan, dan kemudahan dalam penyimpanan
- 5). Laporan hasil pemeriksaan harus mudah ditemukan kembali saat diperlukan

G. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan

- 1). Tanggapan obyek penugasan
 - a) Pemeriksa internal harus meminta tanggapan obyek yang diperiksa atas temuan dan rekomendasi termasuk tindakan perbaikan yang perlu direncanakan, secara tertulis dari pejabat terperiksa
 - b) Tanggapan temuan hasil penugasan/pemeriksaan diungkapkan dalam laporan hasil pemeriksaan
- 2). Mengkomunikasikan hasil penugasan
 - a) Komunikasi hasil penugasan mencakup tujuan, sasaran, ruang lingkup penugasan, simpulan hasil penugasan dan rekomendasi
 - b) Dalam laporan diungkapkan bahwa pelaksanaan penugasan telah sesuai standar profesi pemeriksa
 - c) Pemeriksa internal mengkomunikasikan kemajuan hasil penugasan berdasarkan etika profesi
 - d) Komuniaksi yang disampaikan baik tertulis maupun lisan harus akurat obyektif jelas ringkas konstruktif lengkap dan tepat waktu

- e) Pemeriksa internal mengungkapkan kinerja positif dalam komunikasi hasil penugasan/pemeriksaan
 - f) Saat terdapat kesalahan pada laporan hasil penugasan, penanggung jawab fungsi pemeriksa internal mengkomunikasikan informasi yang dikoreksi kepada semua pihak yang menerima sebelumnya
 - g) Penugasan pemeriksaan yang dihentikan sebelum berakhir waktu dan tidak mengeluarkan laporan, maka pemeriksa membuat catatan alasan penghentian kepada Kepala SPI
 - h) Kepala SPI mengkomunikasikan secara tertulis kepada terperiksa dan pejabat lain yang berwenang beserta alasannya.
- 3). Memantau tindak lanjut
- a) Pemeriksa internal mendokumentasikan temuan hasil penugasan
 - b) Pemeriksa internal memantau periodic dan evaluasi rekomendasi telah ditindaklanjuti
 - c) Saat tindak lanjut dilakukan tidak sesuai dengan rekomendasi yang disampaikan, pemeriksa menilai efektifitas penyelesaian tindak lanjut tersebut
 - d) Saat rekomendasi belum di tindak lanjuti, pemeriksa meminta keterangan mengenai alasan, dan selanjutnya mempertimbangkan kejadian tersebut dan dampak dalam program kerja penugasan berikutnya

H. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Review

- 1). Tanggapan terperiksa
- a) Pemeriksa internal meminta tanggapan tertulis terhadap temuan dan rekomendasi termasuk tindakan perbaikan yang direncanakan dari pejabat terperiksa
 - b) Tanggapan atas temuan hasil penugasan/reviu diungkapkan dalam laporan hasil review
- 2). Mengkomunikasikan hasil penugasan/reviu
- a) Komunikasi hasil penugasan mencakup tujuan, sasaran, ruang lingkup, penugasan, simpulan hasil penugasan dan rekomendasi
 - b) Laporan mengungkapkan bahwa pelaksanaan penugasan/reviu telah sesuai dengan standar profesi
 - c) Pemeriksa internal mengkomunikasikan kemajuan hasil penugasan/reviu berdasarkan norma professional
 - d) Komunikasi tertulis ataupun tidak harus akurat, obyektif, jelas, ringkas, konstruktif, lengkap dan tepat waktu
 - e) Pemeriksa internal mengungkapkan kinerja positif dalam komunikasi hasil penugasan/reviu
 - f) Laporan hasil penugasan disampaikan kepada direktur RS.Mata Undaan
 - g) Saat terdapat kesalahan pada laporan hasil penugasan/reviu, penanggung jawab fungsi pemeriksa internal mengkomunikasikan informasi yang dikoreksi kepada semua pihak yang menerima sebelumnya
- 3). Memastikan tindak lanjut
- a) Pemeriksa internal mendokumentasikan temuan hasil penugasan/reviu
 - b) Pemeriksa internal memantau secara periodic dan memastikan rekomendasi telah ditindak lanjuti
 - c) Saat ditindaklanjuti tidak sesuai rekomendasi, pemeriksa harus menilai efektifitas penyelesaian tindak lanjut
 - d) Saat rekomendasi belum ditindak lanjuti, pemeriksa meminta penjelasan alasan tidak dilaksanakan dan mempertimbangkan kejadian tersebut dan dampaknya dalam program kerja penugasan berikutnya.

I. Kode Etik Pemeriksaan

Kode etik adalah sistem dari prinsip moral yang diberlakukan dalam suatu kelompok profesi yang ditetapkan secara bersama. Kode etik profesi adalah ketentuan perilaku yang harus dipatuhi oleh

setiap mereka yang menjalankan tugas profesi tersebut. Kode etik pemeriksa adalah kumpulan asas atau nilai positif dalam perilaku yang harus dipegang teguh, dipatuhi dan dijalankan oleh pemeriksa di RS. Mata Undaan.

Tujuan dibuatnya kode etik atau aturan perilaku untuk dipedomani oleh para pemeriksa dalam berperilaku pada saat melaksanakan pemeriksaan sehingga menumbuhkan kepercayaan, rasa hormat dan memelihara citra pemeriksa dan SPI dikalangan masyarakat RS. Mata Undaan.

Adapun prosedurnya antara lain ;

- 1). Prinsip perilaku
 - a) Integritas : pemeriksa dituntut memiliki kepribadian yang dilandasi sikap jujur, berani, bijaksana dan bertanggung jawab dalam rangka membangun kepercayaan bagi pengambil keputusan yang benar dan handal
 - b) Obyektifitas : pemeriksa menjunjung tinggi ketidakberpihakan /kenetralan, professional dalam mengumpulkan, mengevaluasi, dan memproses, data informasi pemeriksaan. Serta mampu membuat penilaian seimbang atas semua situasi yang relevan dan tidak dipengaruhi oleh kepentingan sendiri atau orang lain dalam pengambilan keputusan.
- 2). Kerahasiaan

Pemeriksa menghargai nilai dan kepemilikan informasi yang diterimanya dan tidak mengungkapkan informasi tersebut tanpa otorisasi yang memadai. Pemeriksa hanya boleh mengungkapkan informasi tersebut kepada yang berhak menerimanya yaitu pemberi tugas/direktur, atau pihak lain atas persetujuan direkur RS. Mata Undaan.
- 3). Kompetensi

Pemeriksa memiliki pengetahuan, keahlian, pengalaman dan ketrampilan yang diperlukan untuk melaksanakan tugas pemeriksaan. Kompetensi tersebut dapat diperoleh dengan mengikuti pelatihan, seminar, lokakarya dll, tetapi dapat juga dilakukan mandiri oleh pemeriksa dengan membaca/mempelajari buku dan bahan lain tentang **auditing** dll. Pemeriksa mendapatkan sertifikasi pemeriksa dari pihak yang berwenang.
- 4). Aturan perilaku
 - a) Integritas : pemeriksa SPI dituntut; jujur, teliti, bertanggung jawab dan bersungguh-sungguh. Menunjukkan kesetiaan dalam segala hal yang berkaitan dengan profesi dalam melaksanakan tugas. Mengikuti perkembangan regulasi dan kebijakan yang ada di RS. Mata Undaan. Menjaga citra pemeriksa, mendukung dan membantu pencapaian visi dan misi RS. Mata Undaan. Tidak ikut serta dalam bagian illegal atau tindakan yang dapat mendiskreditkan profesi sebagai pemeriksa. Menggalang kerjasama dengan sesama pemeriksa dalam pelaksanaan pemeriksaan, saling mengingatkan, membimbing, memberi masukan, mengoreksi perilaku tidak baik kepada sesama pemeriksa.
 - b) Obyektifitas : mengungkapkan semua fakta material yang harus diketahui, terutama yang dapat mengubah pelaporan kegiatan terperiksa. Tidak berpartisipasi dalam kegiatan yang mengganggu penilaian yang netral/tidak memihak atau yang dapat menyebabkan terjadinya benturan kepentingan. Menolak pemberian dari terperiksa yang dapat mempengaruhi pertimbangan professional pemeriksa.
 - c) Kerahasiaan : hati-hati menggunakan dan menjaga informasi yang diperoleh dalam pemeriksaan. Tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi atau kelompok tertentu, selain untuk kepentingan RS. Mata Undaan.
 - d) Kompetensi : melaksanakan tugas sesuai standar, meningkatkan kemahiran, professional, keefektifan, dan kualitas hasil pemeriksaan. Menolak melaksanakan tugas apabila tidak sesuai dengan pengetahuan, keahlian dan ketrampilan yang dimiliki, kecuali dibantu oleh ahlinya atau yang memiliki kompetensi.

2.2.2. Pelaksanaan Pemeriksaan Kinerja Pelayanan

A. Definisi

Adalah pemeriksaan yang berkaitan dengan pelaksanaan pemberian pelayanan kepada internal dan konsumen eksternal dalam rangka pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dari unit/satuan kerja terperiksa. Lingkup pemeriksaan kinerja pelayanan meliputi :

- 1). Pemeriksaan pelayanan medis
Pelayanan medis dan keperawatan
 - a) IGD
 - b) Rawat Jalan
 - c) Rawat Inap
 - d) Kamar Operasi dan sentra sterilisasi
 - e) Layanan premium
 - f) Layanan BPJS dan asuransi

Komite medis, komite keperawatan, komite tenaga kesehatan, komite etik hukum, komite mutu.
- 2). Pemeriksaan pelayanan penunjang medis dan non medis
Pelayanan penunjang medis
 - a) Penunjang diagnostic dan therapy
 - b) Farmasi
 - c) Rekam medic
 - d) Gizi

Tim PPI, tim PMKP, tim akreditasi, tim KFT, tim covid 19, tim anti **fraud**, tim TKMKB, tim keselamatan pasien, tim PPRA, tim K3RS, tim/panitia rekam medic, tim code blue, tim PKRS.
- 3). Pemeriksaan pengelolaan sumber daya manusia
- 4). Pemeriksaan pengelolaan perlengkapan/logistic medis dan non medis
- 5). Pemeriksaan pengelolaan sumber daya lain (non SDM)
- 6). Pemeriksaan kasus khusus/investigasi dan penugasan khusus dari direktur RS. Mata Undaan

B. Tata Laksana Pemeriksaan Kinerja Pelayanan

- 1). Prosedur pemeriksaan pelayanan medis
Prosedur ini mengacu pada prosedur pemeriksaan/audit medis, keperawatan, nakes lain, ataupun audit lain yang ada, yang menjadi kewenangan komite medis, komite keperawatan, komite nakes lain, komite mutu, komite farmasi dan therapy, tim-tim yang ada di RS. Mata Undaan sesuai dengan regulasi yang berlaku yang telah dibentuk oleh RS. Mata Undaan (bukan kewenangan SPI).
- 2). Pemeriksaan pelayanan penunjang medis dan non medis
 - a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi dengan susunan organisasi dan tata kerja (SOTK)
 - b) Mengevaluasi kinerja setiap tingkatan manajemen pada unit kerja tersebut
 - c) Menilai regulasi yang dimiliki unit kerja pelayanan tersebut yang menjadi dasar setiap kegiatan yang ada di unit pelayanan tersebut.
 - d) Menilai tingkat efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya, dengan membandingkan yang telah diimplementasikan dan manfaat yang diperoleh
 - e) Menilai kepatuhan pelaksanaan pedoman, panduan, SPO, regulasi yang ada di unit kerja atau RS. Mata Undaan dan melakukan evaluasi
 - f) Menilai laporan dan informasi yang dibuat dan disajikan oleh unit kerja
 - g) Mengukur dan membandingkan antara perencanaan program kegiatan dan realisasi pelaksanaannya
 - h) Menganalisis complain pasien dan pengunjung yang telah disampaikan terkait pelaksanaan tugas dan fungsi unit kerja
 - i) Melakukan kajian menyangkut resiko yang mungkin terjadi apabila terdapat penyimpangan dan ketidakpatuhan terhadap aturan dan prosedur yang berlaku

- j) Memberikan saran dan rekomendasi tindak lanjut perbaikan atas penyimpangan pelaksanaan tugas dan fungsi yang terjadi di unit kerja tersebut
 - k) Menyarankan pemberian apresiasi/penghargaan kepada unit kerja yang dinilai kinerja dan prestasinya baik, agar menjadi contoh dan mampu memotivasi unit kerja lainnya
- 3). Pemeriksaan pengelolaan sumber daya manusia
- a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi sesuai SOTK
 - b) Menilai manfaat, efektifitas, efisiensi pendayagunaan sumber daya manusia yang ada sesuai dengan aturan yang berlaku
 - c) Menguji dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan laporan kepegawaian dan informasi lain yang dihasilkan dan disajikan oleh bagian kepegawaian terkait unit kerja pelayanan medis tersebut. Termasuk koordinasi unit kerja pelayanan medis dengan bagian kepegawaian rumah sakit tentang laporan sumber daya manusia yang ada di unit kerja pelayanan tersebut.
 - d) Menilai pengelolaan tersebut sesuai dengan aturan yang berlaku
 - e) Menilai pelaksanaan penempatan pegawai di unit kerja pelayanan medis dalam tugas dan jabatannya
 - f) Mendeteksi kemungkinan adanya ketidakmaksimalan kinerja SDM yang ada dalam unit kerja pelayanan medis
 - g) Membuat kajian resiko inefisien yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan kepegawaian dalam unit kerja pelayanan medis
 - h) Melakukan reviuw atas regulasi yang dinilai tidak sesuai lagi
 - i) Mencocokkan jumlah pegawai dalam daftar gaji dengan bukti fisiknya
 - j) Mengukur kinerja pengelolaan kepegawaian dalam unit kerja pelayanan medis
 - k) Memberikan saran perbaikan
- 4). Pemeriksaan pengelolaan perlengkapan/logistic medis dan non medis
- a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi dengan SOTK
 - b) Mengukur keandalan laporan dan informasi yang dihasilkan dan disajikan oleh pengelola perlengkapan/logistic medis dan non medis yang ada di unit kerja pelayanan medis tersebut dengan berkoordinasi dengan bagian terkait di RS.Mata Undaan.
 - c) Mengevaluasi keberadaan alat, keamanan dari kehilangan dan pemeliharaannya
 - d) Menilai penggunaan alat dan barang ditinjau dari asas manfaat
 - e) Menguji dan evaluasi kesesuaian dan kepatuhan pelaksanaan pengelolaan alat dan barang yang ada di unit kerja pelayanan medis dengan aturan yang berlaku
 - f) Menguji dan mengevaluasi kecermatan, kelayakan pengeluaran alat dan barang
 - g) Menilai pelaksanaan pengendalian penggunaan alat dan barang inventaris maupun bhp termasuk obat dan reagen dalam unit kerja pelayanan medis
 - h) Mendeteksi kemungkinan adanya penyalahgunaan alat dan barang dan timbulnya kerusakan serta kehilangan alat dan barang
 - i) Membuat kajian tentang resiko yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan berkaitan dengan pengadaan alat atau barang
 - j) Melakukan reviuw atas ketentuan yang berkaitan dengan pengadaan dan penggunaan alat yang dinilai tidak sesuai lagi dengan unit kerja pelayanan medis tersebut
 - k) Mencocokkan inventaris perlengkapan/logistic medis dan non medis dengan bukti fisiknya
 - l) Mengukur kinerja pengelolaan perlengkapan/logistic medis dan non medis
 - m) Memberikan saran dan perbaikan
- 5). Pemeriksaan pengelolaan sumber daya lain (non SDM)
- Sumber daya lain (non SDM) meliputi ; sumber daya listrik, air, sarana fisik, fasilitas pemeliharaan, pemulasaran jenazah, sarpras pendukung sesuai dengan unit kerja pelayanan medis tersebut
- a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi dengan SOTK

- b) Mengukur keandalan laporan dan informasi yang dihasilkan dan disajikan oleh pengelola sumber daya non SDM di unit kerja pelayanan medis tersebut dengan berkoordinasi bagian terkait di RS. Mata Undaan
 - c) Mengevaluasi pemanfaatan sumber daya non SDM yang dimiliki unit kerja pelayanan medis, apakah sudah efektif dan efisien
 - d) Menguji dan evaluasi kesesuaian dan kepatuhan dalam pelaksanaan pengelolaan sumber daya non SDM dengan ketentuan yang berlaku
 - e) Menilai pelaksanaan pengendalian penggunaan sumber daya non SDM dan kemungkinan penyalahgunaan sumber daya non SDM yang ada
 - f) Membuat kajian resiko yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan berkaitan dengan penggunaan sumber daya non SDM
 - g) Melakukan review atas ketentuan yang berkaitan dengan pengelolaan sumber daya non SDM
 - h) Memberikan saran perbaikan
- 6). Pemeriksaan kasus khusus/investigasi dan penugasan khusus dari direktur RS. Mata Undaan
- a) Pemeriksaan kasus khusus/investigasi dilakukan jika diperkirakan ada indikasi terjadinya kasus kecurangan/manipulasi/kerugian rumah sakit yang informasinya didapat dari pihak yang bisa dipercaya
 - b) Ada surat tugas khusus yang diberikan oleh direktur RS. Mata Undaan
 - c) Mengumpulkan informasi, data dan bukti pendukung
 - d) Melakukan konfirmasi dan klarifikasi informasi ataupun data agar terhindar dari kesalahpahaman
 - e) Melakukan wawancara dengan bagian terkait
 - f) Menganalisa informasi data serta hasil wawancara
 - g) Membuat kesimpulan, rekomendasi dan laporan lengkap kepada direktur

C. Survey Pendahuluan

Adalah kegiatan pra pemeriksaan untuk memperoleh informasi terbatas terkait dengan obyek pemeriksaan. Pada proses ini dilakukan pengumpulan data, menyusun, menilai suatu kegiatan yang diperiksa untuk dapat mengetahui dan mengidentifikasi titik pengendalian utama kegiatan tersebut. Dengan begitu pemeriksa dapat menentukan pengendalian yang penting, mengarahkan dan mengembangkan program pemeriksaan yang tepat. Proses ini secara sederhana menanyakan tentang ; apa yang dikerjakan (**what**), siapa yang mengerjakan (**who**), kapan dikerjakan (**when**), di mana dikerjakan (**where**), mengapa dikerjakan (**why**), dan bagaimana mengerjakan (**how**) semua rangkaian kegiatan yang ada di unit kerja pelayanan medis tersebut. Agar informasi dapat berkembang cermat dan lengkap pemeriksa memahami unsur yang ada dalam sistem pengendalian internal suatu kegiatan dan beberapa kemampuan tertentu seperti:

- 1). Membuat dan mengembangkan pertanyaan yang relevan
 - 2). Menjalin kerjasama dengan obyek yang diperiksa agar memberikan partisipasi selama proses pemeriksaan
 - 3). Mempunyai pemahaman yang jelas mengenai informasi yang dibutuhkan, dimana dan bagaimana cara memperolehnya
 - 4). Menggunakan teknik bagan arus untuk menggambarkan kegiatan yang sukar dijelaskan secara narasi
 - 5). Mengambil intisari dari data yang diperoleh
- Unsur-unsur yang ada dalam sistem pengendalian internal di unit kerja pelayanan medis yang bertujuan untuk mencapai tujuan dari rumah sakit antara lain ;
- 1). Susunan organisasi dan tata kerja yang mencerminkan hirarki dan tata hubungan kerja serta yang memisahkan tugas dan tanggung jawab antara para petugas yang ada didalamnya
 - 2). Rancangan pembatasan akses terhadap sumber daya organisasi dan melaksanakan tugas sesuai utw nya

- 3). Sistem otorisasi dan prosedur pencatatan untuk mengendalikan aset, kewajiban, pendapatan, beban/pembiayaan
 - 4). Sistem pelaksanaan yang harus diikuti dalam implementasi tugas dan fungsi yang ada dalam setiap bagian organisasi
 - 5). Petugas yang berkualitas memelihara tingkat kompetensinya
 - 6). Teknik pengendalian internal yang efektif dan efisien
- Sehingga peran SPI dalam sistem pengendalian internal adalah ;
- 1). Mengevaluasi kecukupan dan efektifitas penerapan sistem pengendalian internal
 - 2). Berperan aktif meningkatkan efektifitas sistem pengendalian internal dengan memberi saran perbaikan penerapan system penegendalian internal
 - 3). Melaksanakan pemeriksaan internal yang independen dan menyampaikan laporan yang memadai secara berkala
 - 4). Meningkatkan keahlian pemeriksa khususnya praktik dan penerapan penilaian resiko
- Prosedur kerja/langkah kegiatan dalam survey pendahuluan/sistem pengendalian internal adalah ;
- 1). Pengkajian atas laporan tertulis dan lisan yang diterima pemeriksa
 - 2). Pengkajian atas dokumen terkait laporan kasus yang diterima
 - 3). Peninjauan lapangan ke obyek terlapor
 - 4). Melakukan wawancara/interview dengan pihak terkait
 - 5). Menyusun laporan hasil survey pendahuluan

D. Program Pemeriksaan

Adalah suatu rencana pemeriksaan yang terdiri dari prosedur yang didesain untuk mencapai tujuan yang dikembangkan selama perencanaan pemeriksaan. Adapun prosedur kerjanya meliputi ;

- 1). Pengkajian atas dokumen perencanaan program unit kerja pelayanan medis dikaitkan dengan visi dan misi rumah sakit
- 2). Pengkajian atas rencana program unit kerja pelayanan medis dikaitkan dengan master plan rumah sakit
- 3). Pengkajian atas rencana program unit kerja pelayanan medis dikaitkan dengan RSB rumah sakit
- 4). Melakukan wawancara/interview dengan pihak terkait
- 5). Melaksanakan prosedur pemeriksaan
- 6). Membuat laporan hasil audit/pemeriksaan program

E. Teknik dan Metode Pemeriksaan

Teknik Pemeriksaan

Adalah tata cara melakukan pemeriksaan yang efektif dan efisien, memerlukan waktu yang singkat tetapi memperoleh data dan informasi yang memadai, tanpa menekan pihak terperiksa dan meminimalkan/menghilangkan gangguan. Diharapkan hasilnya dapat digunakan untuk menyusun kertas kerja pemeriksaan dan laporan hasil pemeriksaan.

Adapun teknik pemeriksaannya antara lain ;

- 1). Teknik pemeriksaan bukti fisik
 - a) Observasi/pengamatan
 - b) Inventarisasi/opname
 - c) Inspeksi
- 2). Teknik pemeriksaan bukti dokumen
 - a) Verifikasi rinci dan teliti tentang kebenaran, ketelitian, perhitungan, pembukuan, pemilikan, eksistensi dari suatu dokumen
 - b) Cek kebenaran keberadaan sesuatu yang dilakukan teliti dan cermat
 - c) Melakukan pengujian mencakup hal yang esensial

- d) Kebenaran penjumlahan dan **cross footing**
 - e) Menelusuri data sampai sumber utama
 - f) Menelusuri terjadinya transaksi
 - g) Penelaahan secara umum yang dilakukan teliti, cermat, cepat untuk menemukan hal yang tidak sesuai atas informasi/data
 - h) Rekonsiliasi dua data yang terpisah mengenai hal yang sama
- 3). Teknik pemeriksaan bukti analisis
- a) Analisis data dengan lebih terperinci agar diketahui pola hubungan anatar unsur atau unsur penting yang tersembunyi
 - b) Evaluasi simpulan atau penilaian dengan mencari pola hubungan, mengkaitkan berbagai informasi, data yang diperoleh baik sama ataupun dengan periode yang berbeda untuk dapat dibuat kesimpulan
 - c) Mengupas intensif suatu permasalahan melalui penjabaran menguraikan atau meneliti mendalam
 - d) Membandingkan data dari suatu unit kerja dengan data dari unit kerja lainnya, atas hal dan periode yang sama
- 4). Teknik pemeriksaan bukti keterangan
- a) Konfirmasi bukti sebagai penguat keyakinan pemeriksa dengan meminta informasi yang sah dari pihak yang relevan
 - b) Permintaan keterangan atau informasi untuk menggali informasi tertentu dari berbagai pihak yang kompeten

Metode Pemeriksaan

Adalah perangkat pemeriksaan yang efektif dan efisien untuk memperoleh data yang diperlukan mengarah pada temuan sebagai bahan penyusunan kertas kerja pemeriksaan (KKP) dan laporan hasil pemeriksaan (LHP). Langkah yang digunakan sama dengan survey pendahuluan yaitu untuk mendapatkan jawaban atas pertanyaan 5 W 1 H. Informasi penting berhubungan dengan temuan pemeriksaan adalah ;

- 1). Ketidakefisienan
- 2). Ketidakefektifan
- 3). Pemborosan
- 4). Ketidakhematan
- 5). Pengeluaran yang tidak sepatutnya
- 6). Penerimaan yang tidak sebenarnya
- 7). Ketidaktaatan terhadap aturan yang berlaku

Adapun syarat untuk dijadikan temuan pemeriksaan antara lain :

- 1). Cukup bermakna/cukup material
- 2). Berdasarkan fakta dan bukti yang relevan, kompeten, cukup dan material
- 3). Dikembangkan secara obyektif
- 4). Berdasarkan pada kegiatan pemeriksaan yang memadai
- 5). Meyakinkan dalam arti simpulan harus logis dan jelas

Hasil pemeriksaan adalah temuan dan dari temuan akan terungkap penyebab yang membawa akibat yang tidak diinginkan. Berkaitan dengan temuan tersebut dibuatlah rekomendasi yang menyatakan tindakan apa yang harus dilakukan, yang bertujuan menghilangkan atau mengubah factor penyebab atau meminimalkan akibat.

F. Kertas Kerja Pemeriksaan

Adalah dokumen baku sebagai bagian dari proses pemeriksaan yang dibuat sebagai pertanggung jawaban dan dokumentasi pelaksanaan pemeriksaan untuk menjelaskan pihak yang akan melakukan pemeriksaan, pihak terperiksa, hasil pelaksanaan pemeriksaan.

Sistematika penyajian kertas kerja pemeriksaan adalah :

- 1). Nama diperiksa
- 2). Visi dan misi diperiksa
- 3). Tujuan diperiksa
- 4). Tugas pokok dan fungsi diperiksa
- 5). Struktur organisasi diperiksa
- 6). Input, proses, output dan outcome diperiksa
- 7). Anggaran yang dikelola diperiksa
- 8). KPI yang digunakan diperiksa dalam menilai kinerja
- 9). Ringkasan hasil pemeriksaan
- 10). Ringkasan program kegiatan diperiksa
- 11). Permasalahan yang dihadapi diperiksa dalam pelaksanaan kegiatan
- 12). Keterkaitan dengan unit kerja lain dalam pelaksanaan kegiatan
- 13). Faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi kinerja diperiksa
- 14). Kesimpulan hasil wawancara
- 15). Masalah yang teridentifikasi
 - Langkah dalam penyusunan kertas kerja pemeriksaan antara lain ;
 - 1). Himpun data yang diperlukan
 - 2). Lakukan analisa data
 - 3). Lakukan wawancara/interview dengan pihak terkait
 - 4). Lakukan konfirmasi, klarifikasi dan autentifikasi data dan informasi

G. Laporan Hasil Pemeriksaan

Adalah sarana mengkomunikasikan hasil pemeriksaan dan juga sebagai bentuk pertanggung jawaban atas tugas yang diberikan kepada SPI oleh direktur RS. Mata Undaan. LHP adalah dokumen baku sebagai bagian dari proses pemeriksaan, yang dibuat setelah berakhirnya pemeriksaan, sebagai tahapan akhir setelah dokumen KKP sudah diklarifikasi, ada sanggahan dan hak jawab dari diperiksa. Tujuannya agar dapat memberikan informasi atas pelaksanaan pemeriksaan yang selanjutnya hasilnya ditindaklanjuti serta muncul rekomendasi tindak lanjut.

Sistematika penyajian LHP adalah ;

- 1). Temuan hasil pemeriksaan
 - Kriterianya penyajian fakta antara lain, hal yang terjadi tidak sesuai kriteria, kriteria/hal yang benar atau harus terjadi
- 2). Rekomendasi
- 3). Kesimpulan
- 4). Informasi umum
 - Berisi dasar hukum pemeriksaan yaitu surat tugas dari direktur, tujuan audit, ruang lingkup, tindak lanjut hasil audit yang lalu belum dikerjakan/sudah dikerjakan, sifat audit biasa/khusus, periode pemeriksaan tahun kerja, waktu audit berisi rentang waktu, unit kerja/bagian yang diperiksa, tupoksi, SDM, data kegiatan, keuangan, pengendalian manajemen, dll
- 5). Uraian hasil pemeriksaan
 - Meliputi ; unit kerja/bagian, SDM, keuangan, logistic, pelaksanaan tupoksi, hasil pengujian sistem pengendalian internal, dll
- 6). Validasi ; ditandatangani tim pemeriksa
 - Langkah penyusunan LHP :
 - 1). Himpun data dan informasi hasil pemeriksaan
 - 2). Lakukan analisa data dan informasi yang diperoleh
 - 3). Pelajari dan periksa kembali KKP
 - 4). Susun sistematika LHP

H. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan

Adalah suatu kegiatan untuk mengetahui sejauh mana rekomendasi atas temuan yang disampaikan dalam LHP, ditindak lanjuti oleh terperiksa dan oleh manajemen RS. Mata Undaan serta pihak lain yang terkait. Langkah pemantauan tindak lanjut LHP antara lain pengamatan melalui dokumen terkait, melalui peninjauan lapangan pada obyek yang dipantau, interview dengan pihak terkait.

Tindakan SPI atas rekomendasi LHP antara lain ;

- 1) Tindakan pemeriksa SPI atas dipatuhinya dan tidak dipatuhinya rekomendasi LHP
Adalah sikap dan tindakan yang dilakukan setelah kegiatan pemeriksaan
- 2) Tindakan pemeriksa SPI atas tidak dipatuhinya rekomendasi LHP
 - a) Memberikan teguran tertulis maupun lisan kepada pihak terkait karena tidak melakukan tindak lanjut, baik secara langsung maupun tidak langsung kepada yang bersangkutan atau melalui direktur rumah sakit
 - b) Mempelajari dan memprediksi dampak negatif atas tidak dilakukannya tindak lanjut
 - c) Mengusulkan pemberian sanksi, baik berupa material maupun non material oleh direktur
- 3) Tindakan pemeriksa SPI atas dipatuhinya rekomendasi LHP
 - a) Memberikan dukungan dan penghargaan ataupun apresiasi tertulis maupun lisan kepada pihak terkait yang telah melakukan tindak lanjut
 - b) Mempelajari dan memprediksi dampak positif atas dilakukannya tindak lanjut tersebut
 - c) Mengusulkan pemberian reward oleh direktur baik material maupun non material

2.2.3. Pelaksanaan Pemeriksaan Kinerja Manajemen/Keuangan

A. Definisi

Adalah pemeriksaan kinerja manajemen, termasuk yang berkaitan dengan penerimaan dan pengeluaran serta pemanfaatan sumber daya finansial dalam rangka pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit yang dilakukan oleh berbagai unit kerja yang ada di RS. Mata Undaan. Tujuannya agar diketahui pengelolaan dilakukan dengan benar, efektif dan efisien sesuai dengan aturan yang berlaku.

Lingkup pemeriksaan manajemen/keuangan meliputi

- 1) Pemeriksaan SOTK unit kerja
- 2) Pemeriksaan administrasi
- 3) Pemeriksaan penerimaan
- 4) Pemeriksaan pengeluaran
- 5) Pemeriksaan kerjasama dengan pihak ketiga
- 6) Pemeriksaan hutang piutang RS. Mata Undaan
- 7) Pemeriksaan aset RS. Mata Undaan
- 8) Pemeriksaan pengelolaan sumber daya manusia
- 9) Pemeriksaan pengelolaan perlengkapan/logistic medis dan non medis
- 10) Pemeriksaan pengelolaan sumber daya lain (non SDM)
- 11) Pemeriksaan kasus khusus dari penugasan direktur

Dilakukan diunit kerja ;

- 1) Umum
- 2) Administrasi umum
- 3) Pemasaran dan hubungan kemitraan
- 4) Pemeliharaan sarpras RS
- 5) Keamanan, kesehatan, kebersihan lingkungan
- 6) Teknologi informasi
- 7) Bagian Keuangan
- 8) Keuangan
- 9) Akutansi dan perpajakan
- 10) Perencanaan dan pengadaan (procurement)

B. Tata Laksana Pemeriksaan Kinerja Manajemen/Keuangan

- 1). Pemeriksaan SOTK unit kerja
 - a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi dengan susunan organisasi dan tata kerja (SOTK)
 - b) Menilai kepatuhan pelaksanaan pedoman, panduan, SPO, regulasi yang ada di unit kerja atau RS. Mata Undaan dan melakukan evaluasi terkait implementasi SOTK
- 2). Pemeriksaan administrasi
 - a) Menilai regulasi yang dimiliki unit kerja yang menjadi dasar setiap kegiatan yang ada di unit kerja tersebut
 - b) Mengevaluasi kinerja setiap tingkatan manajemen pada unit kerja tersebut
 - c) Menilai tingkat efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya, dengan membandingkan yang telah diimplementasikan dan manfaat yang diperoleh
 - d) Menilai kepatuhan pelaksanaan pedoman, panduan, SPO, regulasi yang ada di unit kerja atau RS. Mata Undaan dan melakukan evaluasi
 - e) Menilai laporan dan informasi yang dibuat dan disajikan oleh unit kerja
 - f) Mengukur dan membandingkan antara perencanaan program kegiatan dan realisasi pelaksanaannya
 - g) Menganalisis komplain pasien dan pengunjung yang telah disampaikan terkait pelaksanaan tugas dan fungsi unit kerja
 - h) Melakukan kajian menyangkut resiko yang mungkin terjadi apabila terdapat penyimpangan dan ketidakpatuhan terhadap aturan dan prosedur yang berlaku
 - i) Memberikan saran dan rekomendasi tindak lanjut perbaikan atas penyimpangan pelaksanaan tugas dan fungsi yang terjadi di unit kerja tersebut
 - j) Menyarankan pemberian apresiasi/penghargaan kepada unit kerja yang dinilai kinerja dan prestasinya baik, agar menjadi contoh dan mampu memotivasi unit kerja lainnya
- 3). Pemeriksaan penerimaan
 - a) Menilai regulasi tentang penerimaan yang dimiliki unit kerja yang menjadi dasar setiap kegiatan yang ada di unit kerja tersebut
 - b) Menguji dan mengevaluasi kecermatan, kelayakan penerimaan dilakukan
 - c) Menilai kepatuhan pelaksanaan pedoman, panduan, SPO, regulasi yang ada di unit kerja atau RS. Mata Undaan dan melakukan evaluasi
 - d) Menilai laporan dan informasi yang dibuat dan disajikan oleh unit kerja terkait proses penerimaan
 - e) Menilai tingkat efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya, dengan membandingkan yang telah diimplementasikan dan manfaat yang diperoleh
 - f) Melakukan kajian menyangkut resiko yang mungkin terjadi apabila terdapat penyimpangan dan ketidakpatuhan terhadap aturan dan prosedur yang berlaku
 - g) Menganalisis komplain pasien, pengunjung yang telah disampaikan terkait pelaksanaan tugas dan fungsi unit kerja khususnya tentang penerimaan
 - h) Melakukan review regulasi yang dinilai tidak sesuai lagi
 - i) Membuat kajian inefisien yang timbul akibat berlakunya kebijakan penerimaan dalam unit kerja
 - j) Memberikan saran dan rekomendasi tindak lanjut perbaikan atas penyimpangan pelaksanaan tugas dan fungsi yang terjadi di unit kerja tersebut
- 4). Pemeriksaan pengeluaran
 - a) Menilai regulasi yang dimiliki unit kerja yang menjadi dasar setiap kegiatan yang ada di unit kerja tersebut
 - b) Menguji dan mengevaluasi kecermatan, kelayakan pengeluaran dilakukan
 - c) Menilai kepatuhan pelaksanaan pedoman, panduan, SPO, regulasi yang ada di unit kerja atau RS. Mata Undaan dan melakukan evaluasi

- d) Menilai laporan dan informasi yang dibuat dan disajikan oleh unit kerja terkait proses pengeluaran
 - e) Menilai tingkat efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya, dengan membandingkan yang telah diimplementasikan dan manfaat yang diperoleh, hingga diputuskan pengeluaran dilakukan
 - f) Melakukan kajian menyangkut resiko yang mungkin terjadi apabila terdapat penyimpangan dan ketidakpatuhan terhadap aturan dan prosedur yang berlaku
 - g) Melakukan review regulasi yang dinilai tidak sesuai lagi
 - h) Membuat kajian inefisien yang timbul akibat berlakunya kebijakan pengeluaran dalam unit kerja
 - i) Menguji dan evaluasi kesesuaian dan kepatuhan pelaksanaan pengelolaan keuangan dengan aturan yang berlaku
 - j) Menguji dan evaluasi kecermatan kelayakan pengeluaran dana
 - k) Menilai pelaksanaan pengendalian penggunaan dana
 - l) Memberikan saran dan rekomendasi tindak lanjut perbaikan atas penyimpangan pelaksanaan tugas dan fungsi yang terjadi di unit kerja tersebut
- 5). Pemeriksaan kerjasama dengan pihak ketiga
- a) Menilai regulasi yang dimiliki unit kerja yang menjadi dasar setiap kegiatan kerjasama dengan pihak ketiga
 - b) Mengevaluasi kinerja tentang kerjasama pihak ketiga di setiap tingkatan manajemen pada unit kerja tersebut
 - c) Menilai tingkat efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya, dengan membandingkan yang telah diimplementasikan dan manfaat yang diperoleh
 - d) Menilai kepatuhan pelaksanaan pedoman, panduan, SPO, regulasi yang ada di unit kerja atau RS. Mata Undaan dan melakukan evaluasi
 - e) Menilai laporan dan informasi yang dibuat dan disajikan oleh unit kerja
 - f) Mengukur dan membandingkan antara perencanaan program kegiatan kerjasama pihak ketiga dan realisasi pelaksanaannya
 - g) Menganalisis komplain pasien, pengunjung, staf rs tentang pelaksanaan kerjasama pihak ketiga yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas dan fungsi unit kerja
 - h) Melakukan kajian menyangkut resiko yang mungkin terjadi apabila terdapat penyimpangan dan ketidakpatuhan terhadap aturan dan prosedur yang berlaku
 - i) Melakukan review regulasi yang dinilai tidak sesuai lagi
 - j) Membuat kajian inefisien yang timbul akibat berlakunya kebijakan pengeluaran dalam unit kerja
 - k) Memberikan saran dan rekomendasi tindak lanjut perbaikan atas penyimpangan pelaksanaan tugas dan fungsi yang terjadi di unit kerja tersebut
 - l) Menyarankan pemberian apresiasi/penghargaan kepada unit kerja yang dinilai kinerja dan prestasinya baik, agar menjadi contoh dan mampu memotivasi unit kerja lainnya
- 6). Pemeriksaan hutang piutang RS. Mata Undaan
- a) Mengukur keandalan laporan dan informasi yang dihasilkan dan disajikan tentang hutang piutang/keuangan di RS.Mata Undaan.
 - b) Mengevaluasi hutang piutang RS. Mata Undaan
 - c) Menilai hutang piutang tersebut dapat terjadi ditinjau dari asas manfaat dan resiko
 - d) Menguji dan evaluasi kesesuaian dan kepatuhan pelaksanaan laporan hutang piutang RS.Mata Undaan dengan aturan yang berlaku
 - e) Mendeteksi kemungkinan adanya penyalahgunaan hutang piutang RS. Mata Undaan
 - f) Membuat kajian tentang resiko yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan berkaitan dengan hutang piutang RS. Mata Undaan
 - g) Melakukan review atas ketentuan yang berkaitan dengan hutang piutang RS. Mata Undaan yang dinilai tidak sesuai lagi dengan unit kerja

- h) Memberikan saran dan perbaikan
- 7). Pemeriksaan aset RS. Mata Undaan
 - a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi dengan SOTK
 - b) Mengukur keandalan laporan dan informasi yang dihasilkan dan disajikan tentang aset/keuangan RS. Mata Undaan
 - c) Menilai penggunaan dana ditinjau dari asas manfaat, ketentuan perundang-undangan dan peraturan keuangan.
 - d) Mengevaluasi keberadaan aset RS. Mata Undaan dan pemeliharaannya
 - e) Menilai penggunaan aset RS. Mata Undaan ditinjau dari asas manfaat
 - f) Menguji dan evaluasi kesesuaian dan kepatuhan pelaksanaan pengelolaan aset/keuangan RS. Mata Undaan yang ada di unit kerja dengan aturan yang berlaku
 - g) Menilai pelaksanaan pengendalian penggunaan aset RS. Mata Undaan
 - h) Mendeteksi kemungkinan adanya penyalahgunaan aset/keuangan RS. Mata Undaan dan timbulnya kecurangan serta manipulasi
 - i) Membuat kajian tentang resiko finansial yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan berkaitan dengan aset RS. Mata Undaan
 - j) Melakukan rewiuw atas ketentuan yang berdampak dengan pengeluaran dana yang dinilai tidak sesuai lagi
 - k) Mencocokkan aset/keuangan RS. Mata Undaan dengan bukti fisiknya
 - l) Mengukur kinerja pengelolaan aset/keuangan RS. Mata Undaan
 - m) Memberikan saran dan perbaikan
- 8). Pemeriksaan pengelolaan sumber daya manusia
 - a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi sesuai SOTK
 - b) Menilai manfaat, efektifitas, efisiensi pendayagunaan sumber daya manusia yang ada sesuai dengan aturan yang berlaku
 - c) Menguji dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan laporan kepegawaian dan informasi lain yang dihasilkan dan disajikan oleh bagian kepegawaian terkait unit kerja. Termasuk koordinasi unit kerja dengan bagian kepegawaian rumah sakit tentang laporan sumber daya manusia yang ada di unit kerja tersebut.
 - d) Menilai pengelolaan tersebut sesuai dengan aturan yang berlaku
 - e) Menilai pelaksanaan penempatan pegawai di unit kerja pelayanan medis dalam tugas dan jabatannya
 - f) Mendeteksi kemungkinan adanya ketidakmaksimalan kinerja SDM yang ada dalam unit kerja
 - g) Membuat kajian resiko inefisien yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan kepegawaian dalam unit kerja
 - h) Melakukan rewiuw atas regulasi yang dinilai tidak sesuai lagi
 - i) Mencocokkan jumlah pegawai dalam daftar gaji dengan bukti fisiknya
 - j) Mengukur kinerja pengelolaan kepegawaian dalam unit kerja
 - k) Memberikan saran perbaikan
- 9). Pemeriksaan pengelolaan perlengkapan/logistic
 - a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi dengan SOTK
 - b) Mengukur keandalan laporan dan informasi yang dihasilkan dan disajikan oleh pengelola perlengkapan/logistic yang ada di unit kerja dengan berkoordinasi dengan bagian terkait di RS.Mata Undaan.
 - c) Mengevaluasi keberadaan alat, keamanan dari kehilangan dan pemeliharaannya
 - d) Menilai penggunaan alat dan barang ditinjau dari asas manfaat
 - e) Menguji dan evaluasi kesesuaian dan kepatuhan pelaksanaan pengelolaan alat dan barang yang ada di unit kerja dengan aturan yang berlaku
 - f) Menilai pelaksanaan pengendalian penggunaan alat dan barang inventaris

- g) Mendeteksi kemungkinan adanya penyalahgunaan alat dan barang dan timbulnya kerusakan serta kehilangan alat dan barang
 - h) Membuat kajian tentang resiko yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan berkaitan dengan pengadaan alat atau barang
 - i) Melakukan reviu atas ketentuan yang berkaitan dengan pengadaan dan penggunaan alat yang dinilai tidak sesuai lagi dengan unit kerja
 - j) Mencocokkan inventaris perlengkapan/logistic dengan bukti fisiknya
 - k) Mengukur kinerja pengelolaan perlengkapan/logistic
 - l) Memberikan saran dan perbaikan
- 10). Pemeriksaan pengelolaan sumber daya lain (non SDM)
Sumber daya lain (non SDM) meliputi ; sumber daya listrik, air, sarana fisik, fasilitas pemeliharaan, pemulasaran jenazah, sarpras pendukung sesuai dengan unit kerja pelayanan medis tersebut
- a) Menguji dan membandingkan pelaksanaan tugas dan fungsi dengan SOTK
 - b) Mengukur keandalan laporan dan informasi yang dihasilkan dan disajikan oleh pengelola sumber daya non SDM di unit kerja dengan berkoordinasi bagian terkait di RS.Mata Undaan
 - c) Mengevaluasi pemanfaatan sumber daya non SDM yang dimiliki unit kerja, apakah sudah efektif dan efisien
 - d) Menguji dan evaluasi kesesuaian dan kepatuhan dalam pelaksanaan pengelolaan sumber daya non SDM dengan ketentuan yang berlaku
 - e) Menilai pelaksanaan pengendalian penggunaan sumber daya non SDM dan kemungkinan penyalahgunaan sumber daya non SDM yang ada
 - f) Membuat kajian resiko yang timbul akibat berlakunya suatu kebijakan berkaitan dengan penggunaan sumber daya non SDM
 - g) Melakukan reviu atas ketentuan yang berkaitan dengan pengelolaan sumber daya non SDM
 - h) Memberikan saran perbaikan
- 11). Pemeriksaan kasus khusus/investigasi dan penugasan khusus dari direktur RS. Mata Undaan
- a) Pemeriksaan kasus khusus/investigasi dilakukan jika diperkirakan ada indikasi terjadinya kasus kecurangan/manipulasi/kerugian rumah sakit yang informasinya didapat dari pihak yang bisa dipercaya
 - b) Ada surat tugas khusus yang diberikan oleh direktur RS. Mata Undaan
 - c) Mengumpulkan informasi, data dan bukti pendukung
 - d) Melakukan konfirmasi dan klarifikasi informasi ataupun data agar terhindar dari kesalahpahaman
 - e) Melakukan wawancara dengan bagian terkait
 - f) Menganalisa informasi data serta hasil wawancara
 - g) Membuat kesimpulan, rekomendasi dan laporan lengkap kepada direktur

C. Survey Pendahuluan

Adalah kegiatan pra pemeriksaan untuk memperoleh informasi awal terkait obyek pemeriksaan. Langkah-langkah kegiatan ; pengkajian atas laporan tertulis dan lisan yang diterima pemeriksa, pengkajian atas dokumen terkait laporan kasus yang diterima, peninjauan lapangan ke obyek terlapor, melakukan interview dengan pihak terkait, menyusun laporan hasil survei pendahuluan.

D. Program Pemeriksaan

Adalah suatu rencana pemeriksaan terdiri atas prosedur yang didisain untuk mencapai tujuan pemeriksaan yang dikembangkan selama fase perencanaan pemeriksaan. Langkah kegiatannya ; pengkajian atas dokumen perencanaan program keuangan dikaitkan dengan visi misi RS. Mata Undaan, pengkajian atas keterkaitan rencana program keuangan dengan master plan RS. Mata

Undaan, pengkajian atas keterkaitan rencana program keuangan dengan rencana strategis RS. Mata Undaan maupun rencana bisnis dan anggaran tahunan, melakukan interview dengan pihak terkait, melaksanakan prosedur pemeriksaan, membuat laporan hasil pemeriksaan program keuangan.

Prosedur pemeriksaan adalah Adalah teknik atau metode yang digunakan oleh para pemeriksa untuk mengumpulkan dan mengevaluasi bahan bukti yang mencukupi dan kompeten. Jenis prosedurnya antara lain ;

- 1) **Prosedur analitis (*analytical procedures*)**
Terdiri dari penelitian dan perbandingan hubungan diantara data, meliputi ; perhitungan dan penggunaan ratio sederhana, analisis vertikal atau laporan persentase, perbandingan jumlah yang sebenarnya dengan data historis atau anggaran, penggunaan model matematis dan statistik seperti analisis regresi.
Prosedur ini sering kali menggunakan pengukuran kegiatan bisnis yang mendasari operasional serta membandingkan ukuran kunci ekonomi yang menggerakkan bisnis dengan hasil keuangan terkait.
- 2) **Prosedur inspeksi (*inspecting procedures*)**
Pemeriksaan rinci terhadap dokumen dan catatan serta pemeriksaan sumber daya berwujud. Inspeksi seringkali digunakan dalam mengumpulkan dan mengevaluasi bukti dari bawah ke atas atau atas ke bawah dalam sistem manajemen. Dengan ini pemeriksa dapat menentukan ketepatan persyaratan dalam faktur atau kontrak yang memerlukan pengujian bottom-up atas akuntansi transaksi tersebut.
Menginspeksi dokumen dapat membuka jalan untuk mengevaluasi bukti dokumen. Sehingga dapat dinilai keaslian dokumen atau dapat mendeteksi keberadaan perubahan atau item yang dipertanyakan.
- 3) **Konfirmasi (*confirming*)**
Adalah bentuk permintaan keterangan yang memungkinkan pemeriksa memperoleh informasi secara langsung dari sumber independen didalam dan luar rumah sakit. Contoh, terperiksa membuat permintaan tertulis namun yang mengendalikan pengiriman permintaan keterangan tersebut tetapkan pemeriksa. Permintaan juga meliputi instruksi agar penerima mengirimkan tanggapan secara langsung kepada pemeriksa. Konfirmasi menyediakan bukti yang obyektif dan berasal dari sumber independen.
- 4) **Permintaan keterangan (*inquiring*)**
Meliputi permintaan keterangan secara lisan dan tertulis oleh pemeriksa. Biasanya ditujukan kepada manajemen atau karyawan, umumnya berupa pertanyaan yang timbul setelah dilaksanakannya prosedur analitik atau permintaan keterangan yang berkaitan dengan keuangan persediaan atau piutang yang dapat ditagih. Pemeriksa dapat meminta keterangan dari pihak eksternal seperti pasien, pengunjung, pihak ketiga tentang kemungkinan hasil litigasi.
- 5) **Perhitungan (*counting*)**
Terdapat perhitungan fisik sumber daya berwujud seperti jumlah kas dan persediaan yang ada, dan akuntansi seluruh dokumen dengan nomor urut yang tercetak. Tersedia cara untuk mengevaluasi bukti fisik tentang jumlah yang ada, selanjutnya dapat dipandang sebagai penyediaan cara untuk mengevaluasi pengendalian internal rumah sakit melalui bukti yang obyektif tentang kelengkapan catatan akuntansi.
- 6) **Penelusuran (*tracing*)**
Sering disebut penelusuran ulang, pemeriksa memilih dokumen yang dibuat pada saat transaksi dilaksanakan dan menentukan bahwa informasi yang diberikan oleh dokumen tersebut dicatat benar dalam catatan akuntansi. Agar dapat ditelusuri kembali aliran data melalui sistem akuntansi. Data ini digunakan untuk mendeteksi terjadinya salah saji berupa penyajian yang lebih rendah dari yang seharusnya dalam catatan akuntansi.
- 7) **Pemeriksaan bukti pendukung (*vaouching*)**

Meliputi pemilihan ayat jurnal untuk menentukan validitas dan ketelitian dalam pencatatan akuntansi. Prosedur ini digunakan secara luas untuk mendeteksi salah saji berupa penyajian yang lebih tinggi dari yang seharusnya dalam catatan akuntansi.

- 8) Pengamatan (**observing**)
Berkaitan dengan memperhatikan dan menyaksikan pelaksanaan beberapa kegiatan atau proses. Berupa pemrosesan rutin seperti penerimaan kas, untuk menilai apakah staf melaksanakan tugas sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ada di RS.Mata Undaan. Pengamatan untuk memperoleh pemahaman atas pengendalian internal. Pemeriksa juga mengamati kecermatan staf dalam melaksanakan pemeriksaan tahunan atas fisik persediaan. Pengamatan ini memberikan peluang membedakan antara mengamati dan menginspeksi.
- 9) Pelaksanaan ulang (**reperforming**)
Adalah pelaksanaan ulang perhitungan dan rekonsiliasi. Contohnya total jurnal, beban penyusutan, potongan, bunga akrual. Auditor dapat melaksanakan ulang beberapa aspek pemrosesan transaksi tertentu untuk menentukan bahwa pemrosesan awal telah sesuai dengan pengendalian internal yang telah dirumuskan.
- 10) Teknik audit berbantuan komputer
Auditor dapat menggunakan perangkat komputer untuk melakukan ; perhitungan dan perbandingan yang digunakan dalam prosedur analitik, memilih sampel piutang usaha untuk konfirmasi, mencari sebuah file dalam komputer untuk menentukan dokumen yang berurutan telah dipertanggung jawabkan, membandingkan elemen data dalam file yang berbeda untuk disesuaikan, memasukkan data uji dalam program yang ada, melaksanakan ulang berbagai perhitungan.

E. Teknik dan Metode Pemeriksaan

Teknik pemeriksaan adalah tatacara melakukan pemeriksaan yang efektif dan efisien, memerlukan waktu yang singkat tetapi diperoleh data dan informasi yang memadai, tanpa harus menekan pihak terperiksa dan sedapat mungkin meminimalkan atau menghilangkan gangguan. Hasilnya diperoleh data dan informasi lengkap dan memadai yang akan digunakan untuk menyusun KKP dan LHP.

Metode pemeriksaan adalah instrumen pemeriksaan yang efektif dan efisien untuk memperoleh data dan informasi yang mengarah pada temuan sebagai bahan menyusun KKP dan LHP.

Langkah yang dilakukan pemeriksa untuk memperoleh informasi dalam teknik dan metode pemeriksaan adalah memperoleh jawaban atas 6 pertanyaan fakta kejadian sebenarnya dengan mengajukan pertanyaan 5 W 1 H

F. Kertas Kerja Pemeriksaan

Adalah dokumen baku dari proses pemeriksaan. KKP dibuat sebagai pertanggung jawaban dan dokumentasi pelaksanaan pemeriksaan, untuk menjelaskan tentang pihak yang melakukan pemeriksaan, pihak terperiksa, hasil pelaksanaan pemeriksaan. KKP dibuat dengan tujuan memberikan gambaran dan informasi awal atas pelaksanaan pemeriksaan agar diketahui oleh terperiksa sehingga apabila ada hasil pemeriksaan yang dinilai terperiksa kurang tepat dapat dilakukan klarifikasi sanggahan ataupun hak jawab. Sistematika penyajian KKP ;

- 1) Nama terperiksa
- 2) Visi dan misi
- 3) Tujuan terperiksa
- 4) Tugas pokok dan fungsi terperiksa
- 5) Struktur organisasi terperiksa
- 6) Input, proses, output, dan outcome dari terperiksa
- 7) Anggaran yang dikelola terperiksa
- 8) KIP yang digunakan terperiksa dalam menilai kinerja
- 9) Ringkasan hasil pemeriksaan

- 10) Ringkasan program kegiatan terperiksa
- 11) Permasalahan yang dihadapi terperiksa dalam pelaksanaan kegiatan
- 12) Keterkaitan dengan unit kerja lain dalam pelaksanaan kegiatan
- 13) Faktor internal yang mempengaruhi kinerja terperiksa
- 14) Faktor eksternal yang mempengaruhi kinerja terperiksa
- 15) Kesimpulan hasil wawancara
- 16) Masalah yang teridentifikasi
 - Langkah penyusunan KKP
 - 1) Himpun data dan informasi yang diperlukan
 - 2) Lakukan analisis data dan informasi
 - 3) Lakukan interview dengan pihak terkait
 - 4) Lakukan konfirmasi, klarifikasi dan autentifikasi data dan informasi

G. Laporan Hasil Pemeriksaan

Adalah sarana mengkomunikasikan hasil pemeriksaan juga sebagai pertanggung jawaban atas tugas yang diberikan kepada SPI oleh direktur. LHP sebagai tahapan akhir proses pemeriksaan setelah dokumen KKP sudah diklarifikasi, sanggahan dan hak jawab dari terperiksa. Sistematika penyajian LHP ;

- 1) Temuan hasil pemeriksaan
 - Membandingkan fakta yang didapat dilapangan dengan kriteria yang seharusnya
- 2) Rekomendasi
- 3) Kesimpulan
- 4) Informasi umum
 - Dasar hukum (surat tugas direktur), tujuan pemeriksaan, ruang lingkup pemeriksaan, tindak lanjut hasil pemeriksaan lalu yang belum dan sudah ditindak lanjuti, sifat pemeriksaan, periode pemeriksaan, waktu, unit kerja, tupoksi, SDM, data kegiatan, pengendalian manajemen, dll.
- 5) Uraian hasil pemeriksaan
 - Temuan hasil pemeriksaan dan kriterianya
- 6) Validasi
 - Ditandatangani pemeriksa

H. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan

Adalah kegiatan mengetahui sejauh mana rekomendasi atas temuan yang disampaikan dalam LHP ditindak lanjuti oleh terperiksa dan oleh manajemen rumah sakit serta pihak terkait. Tujuannya agar tercapai **good corporate governance** dan **good clinical governance** rumah sakit. Langkah pemantauannya adalah ;

- 1) Pengamatan melalui dokumen terkait
- 2) Pengamatan melalui peninjauan lapangan pada obyek yang dipantau
- 3) Interview pihak terkait
 - Tindakan SPI atas dipatuhinya rekomendasi LHP
 - 1) Memberikan dukungan dan penghaegaan tertulis maupun lisan kepada pihak terkait yang melakukan tindak lanjut
 - 2) Mempelajari dan memprediksi dampak positif atas dilakukannya tindak lanjut tersebut
 - 3) Mengusulkan pemberian penghargaan oleh direktur baik material maupun non material
 - Tindakan SPI atas dipatuhinya rekomendasi LHP
 - 1) Memberikan teguran tertulis dan lisan kepada pihak terkait yang tidak melakukan tindak lanjut secara langsung atau melalui manajemen rumah sakit
 - 2) Mempelajari dan memprediksi dampak negatif atas tidak dilakukannya rekomendasi
 - 3) Mengusulkan pemberian sangsi baik materiil maupun non materiil oleh direktur

2.2.4. Pelaksanaan rewiu

A. Definisi

Bentuk laporan kinerja maupun laporan keuangan triwulan, semester atau tahunan yang bertujuan mendapatkan keyakinan terbatas mengenai akurasi, keandalan dan keabsahan data serta informasi, selain juga digunakan untuk evaluasi dan penyusunan anggaran pendapatan dan belanja.

Ruang lingkup rewiu antara lain ; laporan kinerja pelayanan dan laporan keuangan.

B. Teknik dan Metode Rewiu

Teknik dan metode rewiu laporan kinerja pelayanan

- 1) Menelusuri angka dalam laporan kinerja ke dokumen sumber
- 2) Permintaan keterangan mengenai proses pengumpulan, pencatatan pengklarifikasian data
- 3) Melakukan analitik untuk mengetahui hubungan dan hal yang kelihatannya tidak biasa

Teknik dan metode rewiu laporan keuangan

- 1) Menelusuri angka laporan keuangan dengan catatan akuntansi dan dokumen sumber
 - 2) Permintaan keterangan mengenai proses pengumpulan, pencatatan, pengklarifikasian, pengikhtisaran dan pelaporan data transaksi.
 - 3) Melakukan analisis untuk mngetahui hubungan dan hal yang kelihatannya tidak biasa
- Dititik beratkan pada akun laporan kauangan yang memiliki potensi tinggi terhadap kesalahan dalam pencatatan transaksi keuangngan dan kelemahan proses pelaporan keuangan.

C. Kertas Kerja Rewiu

Kertas kerja rewiu laporan kinerja pelayanan

Adalah bagian dari pertanggung jawaban dan pendokumentasian pelaksanaan rewiu atas laporan kinerja, yang berisi ;

- 1) Siapa yang melakukan rewiu
- 2) Tingkatan pembuatan laporan
- 3) Asersi yang dinilai dan langkah rewiu yang dilaksanakan untuk menilai asersi
- 4) Hasil pelaksanaan langkah rewiu
- 5) Simpulan rewiu
- 6) Komentar rewiu

Kertas kerja rewiu laporan keuangan

Adalah bagian dari pertanggung jawaban dan pendokumentasian pelaksanaan rewiu atas laporan keuangan, yang berisi ;

- 1) Siapa yang melakukan rewiu
- 2) Tingkatan pembuatan laporan
- 3) Aktifitas penyelenggaraan akuntansi dan komponen laporan keuangan
- 4) Asersi yang dinilai dan langkah rewiu yang dilaksanakan untuk menilai asersi
- 5) Hasil pelaksanaan langkah rewiu
- 6) Simpulan rewiu
- 7) Komentar rewiu

D. Laporan Hasil Rewiu

Dokumen yang dibuat oleh yang melakukan rewiu setelah menyelesaikan tugas melakukan rewiu atas laporan kinerja maupun laporan keuangan.

E. Sistematika Penyajian Laporan Hasil Rewiu

Sistematika penyajian laporan hasil rewiu laporan kinerja pelayanan

- 1) Ringkasan eksekutif
- 2) Dasar hukum
- 3) Tujuan dan ruang lingkup rewiu

- 4) Metodologi rewiuw
- 5) Gambaran umum obyek rewiuw
- 6) Hasil rewiuw atas capaian
- 7) Hasil rewiuw atas program kerja
- 8) Hasil rewiuw atas indikator, target
- 9) Hal yang perlu diungkapkan
- 10) Apresiasi
- 11) Lampiran
- 12) Surat pernyataan telah direwiuw
- 13) Kertas kerja rewiuw (KKR)
- 14) Catatan hasil rewiuw (CHR)

Sistematika penyajian laporan hasil rewiuw laporan keuangan

- 1) Ringkasan eksekutif
- 2) Dasar hukum
- 3) Tujuan dan ruang lingkup rewiuw
- 4) Metodologi rewiuw
- 5) Gambaran umum obyek rewiuw
- 6) Hasil rewiuw atas neraca
- 7) Hasil rewiuw atas laporan aktifitas/laporan laba rugi
- 8) Hasil rewiuw atas catatan atas laporan keuangan (CALK) dan lampiran laporan keuangan
- 9) Hal yang perlu diungkapkan
- 10) Apresiasi
- 11) Lampiran
- 12) Surat pernyataan telah direwiuw
- 13) Kertas kerja rewiuw (KKR)
- 14) Catatan hasil rewiuw (CHR)

F. Pemantauan Tindak Lanjut Hasil Rewiuw

Adalah suatu kegiatan untuk mengetahui sejauh mana rekomendasi atas temuan yang disampaikan dalam laporan hasil rewiuw ditindak lanjuti oleh pihak terperiksa dan oleh manajemen rumah sakit serta pihak yang terkait.

Langkah pemantauan dengan melakukan ; pengamatan melalui dokumen terkait, pengamatan melalui peninjauan lapangan pada obyek yang dipantau, interviuw dengan pihak tertentu

Tindakan pemeriksa SPI atas dipatuhi/tidaknya rekomendasi laporan hasil rewiuw (LHR) adalah sikap dan tindakan yang dilakukan oleh pemeriksa SPI setelah mengetahui melalui kegiatan pemantuan, apakah rekomendasi dakam LHR telah/belum dilakukan tindak lanjut oleh pihak terkait.

Tindakan SPI atas dipatuhinya rekomendasi LHR ;

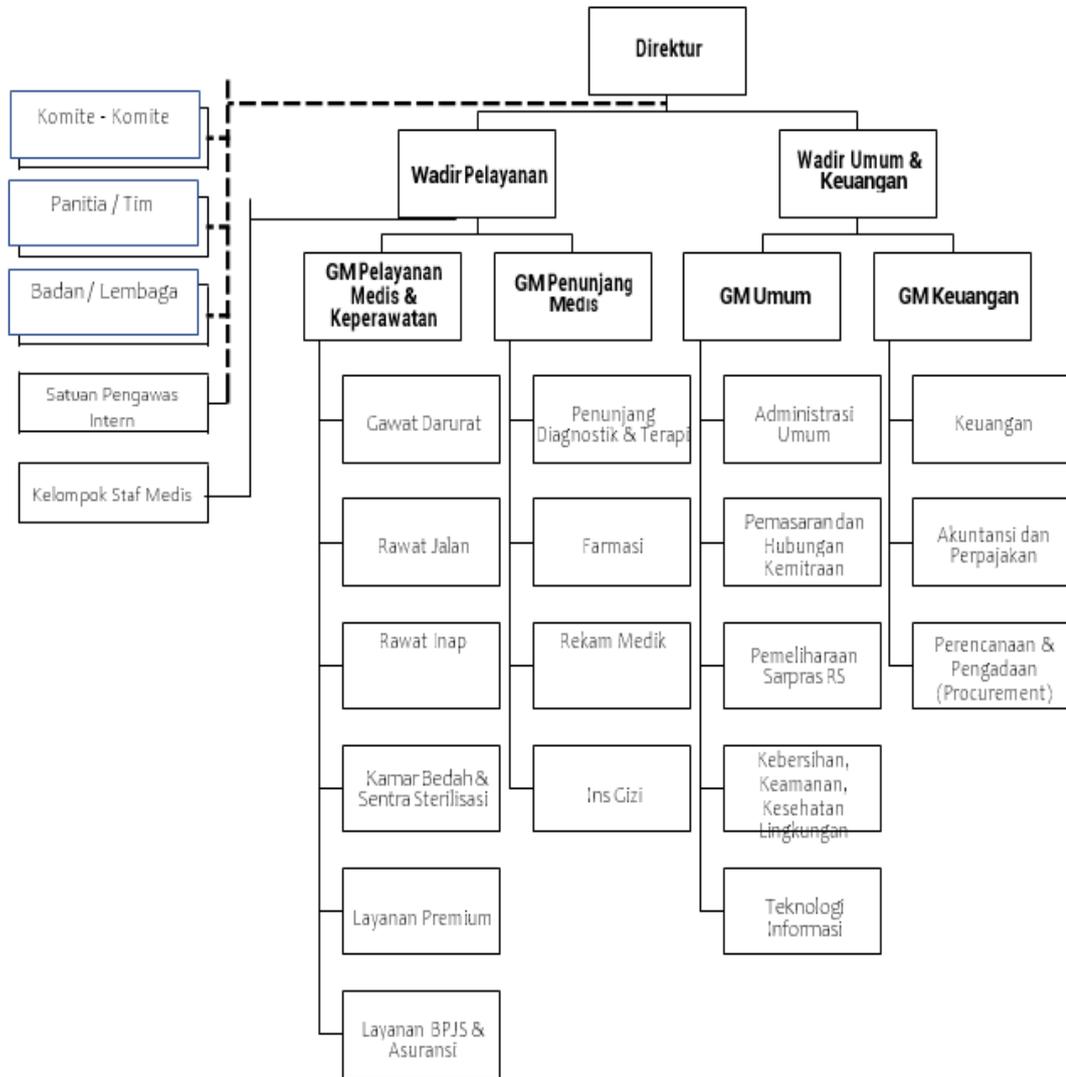
- 1) Memberikan dukungan dan penghargaan/apresiasi tertulis maupun lisan pada pihak terkait yang telah melakukan tindak lanjut
 - 2) Mempelajari dan memprediksi dampak positif atas dilakukannya tindak lanjut
 - 3) Mengusulkan pemberian penghargaan oleh direktur baik material maupun non material
- Tindakan SPI atas dipatuhinya rekomendasi LHR ;
- 1) Memberikan teguran tertulis maupun lisan pada pihak terkait yang tidak melakukan tindak lanjut baik secara langsung maupun melalui manajemen rumah sakit
 - 2) Mempelajari dan memprediksi dampak negatif atas tidak dilakukannya tindak lanjut
 - 3) Mengusulkan pemberian sanksi oleh direktur baik material maupun non material

Rekomendasi dibuat oleh SPI dengan upaya menghilangkan penyebab yang menimbulkan akibat yang merugikan rumah sakit dalam bentuk finansial, material, termasuk yang dapat mempengaruhi keamanan dan keselamatan pasien atau hal lain yang dapat menggagalkan pencapaian tujuan rumah sakit. Rekomendasi yang telah selesai tindak lanjut dinyatakan selesai

dan yang belum selesai dinyatakan sedang dalam proses penyelesaian. Laporan berkala kepada direktur dijadikan bukti kegiatan pemantauan hasil pemeriksaan yang dilakukan SPI. Laporan hasil pemeriksaan SPI dipergunakan direktur untuk membuat kebijakan selain dapat dipergunakan dewas rumah sakit setelah mendapat ijin dari direktur rumah sakit.

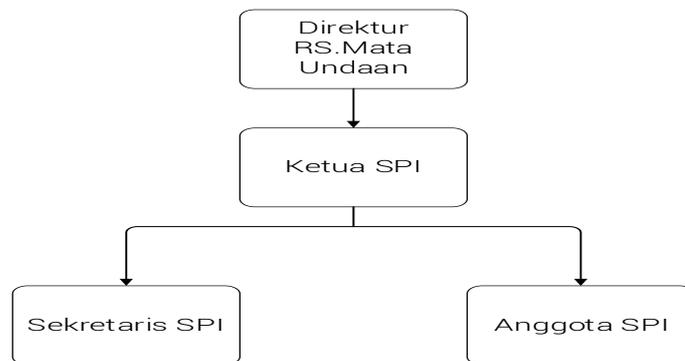
BAB III
ORGANISASI SPI

3.1. Struktur Organisasi RS



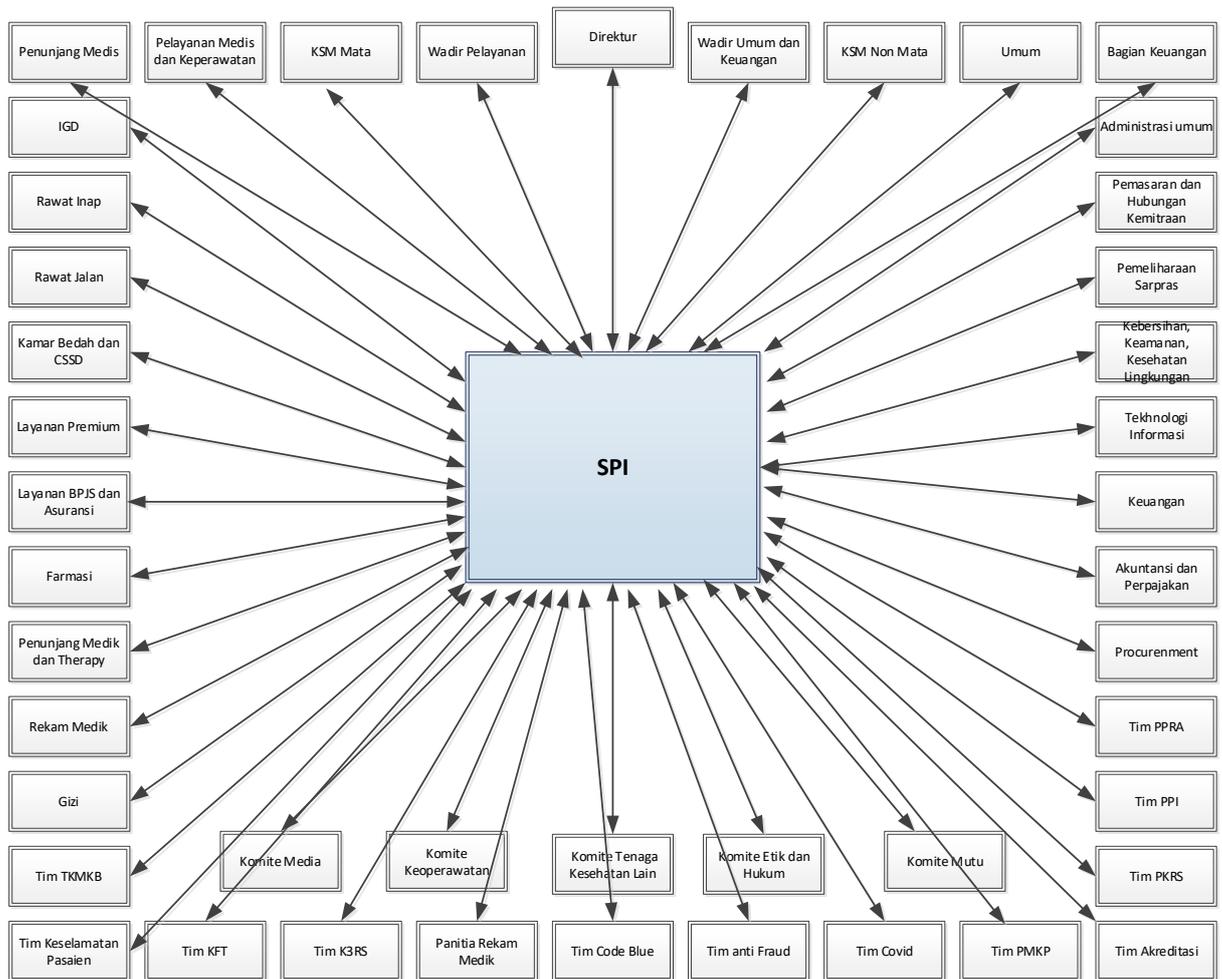
Gambar 3.1 Struktur Organisasi RS.Mata Undaan

3.2. Struktur Organisasi SPI



Gambar 3.2 Struktur Organisasi SPI RS. Mata Undaan

Tata hubungan kerja SPI dengan unit kerja yang ada RS. Mata Undaan meliputi ;



Gambar 3.3 Tata Hubungan Kerja SPI RS.Mata Undaan

3.3. Uraian Jabatan SPI

3.3.1. Kepala SPI

A. Fungsi

Membantu direktur dalam melakukan kegiatan pemeriksaan dan pengujian atas pelaksanaan program kerja operasional dan keuangan rumah sakit yang dilaksanakan atas penugasan yang diberikan oleh direktur.

B. Syarat dan kualifikasi

Pendidikan : minimal S1.

Pelatihan : **leadership skill, managerial skill**, sertifikasi audit/SPI.

Pengalaman : minimal 3 tahun dibidang manajemen rumah sakit.

Keahlian : **managerial** dan **leadership skill, strategic plan management, risk management**, pencegahan **fraud**.

C. Uraian tugas

- 1) Menyusun pedoman kerja SPI
- 2) Menyusun program kerja SPI dan mengajukan pada direktur
- 3) Menyusun panduan dan SPO serta dokumen kerja lainnya yang diperlukan SPI
- 4) Mendampingi dan atau ikut serta dalam kegiatan pemeriksaan yang dilakukan oleh pemeriksa eksternal
- 5) Melakukan rewiuw atas laporan kinerja pelayanan dan keuangan rumah sakit

- 6) Melakukan reviuw atas aturan dan kebijakan rumah sakit yang ada apabila dinilai sudah tidak sesuai lagi dan menyarankan untuk dilakukan revisi
- 7) Membuat kajian atas hal tertentu apabila diminta direktur
- 8) Memberikan masukan, saran dan rekomendasi kepada manajemen rumah sakit baik diminta maupun tidak dalam rangka peningkatan kinerja dan citra rumah sakit
- 9) Membuat laporan penyelenggaraan kegiatan SPI sesuai dengan periode yang ditentukan program kerja pemeriksaan berkala (PKPB)
- 10) Tugas lain yang diberikan direktur seperti pemeriksaan khusus dengan tujuan tertentu

D. Tanggung jawab

- 1) Menjamin terlaksananya kegiatan pemeriksaan secara teratur dan efektif
- 2) Menjaga disiplin dan semangat kerja jajaran SPI
- 3) Menjaga dan meningkatkan kualitas dan kuantitas pemeriksaan
- 4) Mengupayakan peningkatan profesionalisme dan kompetensi pemeriksa
- 5) Mengupayakan peningkatan kesejahteraan jajaran SPI
- 6) Memanfaatkan sumber daya yang disediakan rumah sakit pada SPI secara efektif, efisien dan akuntabel
- 7) Bertanggung jawab memberikan analisa, penilaian, rekomendasi, konsultasi dan informasi mengenai aktifitas yang diperiksa sesuai dengan kode etik dan standart profesi internal audit

E. Wewenang

- 1) Melakukan kegiatan pemeriksaan berdasarkan surat tugas direktur
- 2) Melakukan pemeriksaan atas aktifitas kinerja pelayanan dan keuangan
- 3) Meminta dan mempelajari dokumen yang diperlukan, melihat langsung hal yang berhubungan dengan kegiatan pemeriksaan
- 4) Menugaskan sekretaris dan anggota SPI untuk melakukan kegiatan tertentu dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi SPI
- 5) Menetapkan kebijakan dalam rangka kegiatan pemeriksaan
- 6) Memberikan pengarahan, petunjuk dan bimbingan pada unit kerja yang diperiksa
- 7) Menyusun jadwal pemeriksaan, melakukan pertemuan yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan kegiatan SPI
- 8) Mengundang staf rumah sakit yang diperlukan untuk klarifikasi, melengkapi data, konfirmasi dan diskusi satu sama lain yang berkaitan dengan kegiatan pemeriksaan
- 9) Menilai kinerja SDM dilingkungan unit kerja yang diperiksa dan memberikan teguran lisan maupun tertulis bila ada ketidaksesuaian
- 10) Menyetujui dan menandatangani laporan hasil pemeriksaan (LHP)
- 11) Mendatangkan tenaga ahli yang dibutuhkan dalam rangka membantu kegiatan SPI dengan persetujuan direktur

3.3.2. Sekretaris SPI

A. Fungsi

Membantu direktur dan Kepala SPI dalam melakukan kegiatan pemeriksaan dan pengujian atas pelaksanaan program kerja operasional dan keuangan rumah sakit yang dilaksanakan atas penugasan yang diberikan oleh direktur dan Kepala SPI. Sekretaris merangkap sebagai anggota SPI.

B. Syarat dan kualifikasi

Pendidikan : minimal D3.

Pelatihan : komputer, kearsipan, komunikasi, sertifikasi audit/SPI.

Pengalaman : minimal 1 tahun dibidang ketata usahaan atau kesekretariatan rumah sakit.

Keahlian : terampil menggunakan komputer, membuat laporan dan mengarsipkan dokumen.

C. Uraian tugas

- 1) Membantu Kepala SPI menyusun pedoman kerja SPI
- 2) Membantu Kepala SPI menyusun program kerja SPI dan mengajukan pada direktur

- 3) Membantu Kepala SPI menyusun panduan dan SPO serta dokumen kerja lainnya yang diperlukan SPI
- 4) Mendampingi dan atau ikut serta dalam kegiatan pemeriksaan yang dilakukan oleh pemeriksa eksternal
- 5) Melakukan rewiuw atas laporan kinerja pelayanan dan keuangan rumah sakit
- 6) Melakukan rewiuw atas aturan dan kebijakan rumah sakit yang ada apabila dinilai sudah tidak sesuai lagi dan menyarankan untuk dilakukan revisi
- 7) Membuat kajian atas hal tertentu apabila diminta Kepala SPI
- 8) Memberikan masukan, saran dan rekomendasi kepada manajemen rumah sakit baik diminta maupun tidak dalam rangka peningkatan kinerja dan citra rumah sakit
- 9) Membantu membuat laporan penyelenggaraan kegiatan SPI sesuai dengan periode yang ditentukan program kerja pemeriksaan berkala (PKPB)
- 10) Tugas lain yang diberikan direktur seperti pemeriksaan khusus dengan tujuan tertentu dengan sepengetahuan Kepala SPI

D. Tanggung jawab

- 1) Menjaga terlaksananya kegiatan pemeriksaan secara teratur dan efektif
- 2) Membantu Kepala menjaga disiplin dan semangat kerja jajaran SPI
- 3) Menjaga dan meningkatkan kualitas dan kuantitas pemeriksaan
- 4) Mengupayakan peningkatan profesionalisme dan kompetensi pemeriksa
- 5) Memanfaatkan sumber daya yang disediakan rumah sakit pada SPI secara efektif, efisien dan akuntabel
- 6) Bertanggung jawab memberikan analisa, penilaian, rekomendasi, konsultasi dan informasi mengenai aktifitas yang diperiksa sesuai dengan kode etik dan standart profesi internal audit

E. Wewenang

- 1) Melakukan kegiatan pemeriksaan berdasarkan surat tugas direktur dan perintah Kepala SPI
- 2) Melakukan pemeriksaan atas aktifitas kinerja pelayanan dan keuangan
- 3) Meminta dan mempelajari dokumen yang diperlukan, melihat langsung hal yang berhubungan dengan kegiatan pemeriksaan
- 4) Mengajukan kebijakan dalam rangka kegiatan pemeriksaan pada Kepala SPI
- 5) Memberikan pengarahan, petunjuk dan bimbingan pada unit kerja yang diperiksa
- 6) Membantu Kepala SPI menyusun jadwal pemeriksaan, melakukan pertemuan yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan kegiatan SPI
- 7) Mengundang staf rumah sakit yang diperlukan untuk klarifikasi, melengkapi data, konfirmasi dan diskusi satu sama lain yang berkaitan dengan kegiatan pemeriksaan
- 8) Menilai kinerja SDM dilingkungan unit kerja yang diperiksa dan memberikan teguran lisan maupun tertulis bila ada ketidaksesuaian
- 9) Membantu menyusum laporan hasil pemeriksaan (LHP)
- 10) Mengusulkan pada Kepala SPI mendatangkan tenaga ahli yang dibutuhkan dalam rangka membantu kegiatan SPI dengan persetujuan direktur

3.3.3. Anggota SPI

A. Fungsi

Membantu direktur dan Kepala SPI dalam melakukan kegiatan pemeriksaan dan pengujian atas pelaksanaan program kerja operasional dan keuangan rumah sakit yang dilaksanakan atas penugasan yang diberikan oleh direktur dan Kepala SPI.

B. Syarat dan kualifikasi

Pendidikan : minimal S1.

Pelatihan : leadership skill, managerial skill, sertifikasi audit/SPI.

Pengalaman : minimal 1 tahun dibidang manajemen rumah sakit.

Keahlian : managerial dan leadership skill, pencegahan fraud, sebagai pemeriksa bersertifikat.

C. Uraian tugas

- 1) Membantu Kepala SPI menyusun pedoman kerja SPI

- 2) Membantu Kepala SPI menyusun program kerja SPI dan mengajukan pada direktur
- 3) Membantu Kepala SPI menyusun panduan dan SPO serta dokumen kerja lainnya yang diperlukan SPI
- 4) Mendampingi dan atau ikut serta dalam kegiatan pemeriksaan yang dilakukan oleh pemeriksa eksternal
- 5) Melakukan rewiuw atas laporan kinerja pelayanan dan keuangan rumah sakit
- 6) Melakukan rewiuw atas aturan dan kebijakan rumah sakit yang ada apabila dinilai sudah tidak sesuai lagi dan menyarankan untuk dilakukan revisi
- 7) Membuat kajian atas hal tertentu apabila diminta Kepala SPI
- 8) Memberikan masukan, saran dan rekomendasi kepada manajemen rumah sakit baik diminta maupun tidak dalam rangka peningkatan kinerja dan citra rumah sakit
- 9) Membantu membuat laporan penyelenggaraan kegiatan SPI sesuai dengan periode yang ditentukan program kerja pemeriksaan berkala (PKPB)
- 10) Tugas lain yang diberikan direktur seperti pemeriksaan khusus dengan tujuan tertentu dengan sepengetahuan Kepala SPI

D. Tanggung jawab

- 1) Menjaga terlaksananya kegiatan pemeriksaan secara teratur dan efektif
- 2) Membantu Kepala menjaga disiplin dan semangat kerja jajaran SPI
- 3) Menjaga dan meningkatkan kualitas dan kuantitas pemeriksaan
- 4) Mengupayakan peningkatan profesionalisme dan kompetensi pemeriksa
- 5) Memanfaatkan sumber daya yang disediakan rumah sakit pada SPI secara efektif, efisien dan akuntabel
- 6) Bertanggung jawab memberikan analisa, penilaian, rekomendasi, konsultasi dan informasi mengenai aktifitas yang diperiksa sesuai dengan kode etik dan standart profesi internal audit

E. Wewenang

- 1) Melakukan kegiatan pemeriksaan berdasarkan surat tugas direktur dan perintah Kepala SPI
- 2) Melakukan pemeriksaan atas aktifitas kinerja pelayanan dan keuangan
- 3) Meminta dan mempelajari dokumen yang diperlukan, melihat langsung hal yang berhubungan dengan kegiatan pemeriksaan
- 4) Mengajukan kebijakan dalam rangka kegiatan pemeriksaan pada Kepala SPI
- 5) Memberikan pengarahan, petunjuk dan bimbingan pada unit kerja yang diperiksa
- 6) Membantu Kepala SPI menyusun jadwal pemeriksaan, melakukan pertemuan yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan kegiatan SPI
- 7) Mengundang staf rumah sakit yang diperlukan untuk klarifikasi, melengkapi data, konfirmasi dan diskusi satu sama lain yang berkaitan dengan kegiatan pemeriksaan
- 8) Menilai kinerja SDM dilingkungan unit kerja yang diperiksa dan memberikan teguran lisan maupun tertulis bila ada ketidaksesuaian
- 9) Membantu menyusun laporan hasil pemeriksaan (LHP)
- 10) Mengusulkan pada Kepala SPI mendatangkan tenaga ahli yang dibutuhkan dalam rangka membantu kegiatan SPI dengan persetujuan direktur

Rapat koordinasi dalam SPI dilakukan secara berkala dan terjadwal setiap bulannya. Koordinasi dilakukan untuk mengevaluasi kinerja internal dalam SPI dan menentukan langkah/kegiatan selanjutnya agar fungsi SPI dapat berjalan dan mencapai tujuan yang diinginkan. Rapat kordinasi disertai dengan bukti undangan, materi, daftar hadir dan notulensi rapat.

BAB IV SARANA DAN FASILITAS SPI

4.1. Ruang

Ruang SPI terletak di lantai 1 Gedung A (heritage) RS. Mata Undaan Surabaya. Ruang SPI menjadi satu dengan ruang Dewas RS. Mata Undaan.

4.2. Peralatan

Peralatan yang diperlukan di SPI ditentukan baik meliputi jenis, jumlah dan spesifikasi serta pengelolannya agar dapat menjamin berjalannya fungsi dari SPI itu sendiri. Pengelolaan peralatan yang ada di SPI meliputi perencanaan, pengadaan, penggunaan, pemeliharaan, penggantian, penghapusan dan pengendalian.

Pengelolaan peralatan antara lain :

- a. Peralatan diberikan label inventarisasi dari RS. Mata Undaan
- b. Perencanaan, pengadaan, penghapusan, penggantian, peralatan yang ada di SPI bekerjasama dengan bagian procurement RS. Mata Undaan
- c. Pemeliharaan, penggantian peralatan yang ada di SPI bekerjasama dengan bagian pemeliharaan sarpras RS. Mata Undaan

Peralatan di SPI antara lain ;

No	Jenis Kelengkapan	Jumlah
1	Meja Kerja	2
2	Kursi	2
3	Set komputer	2
4	Printer	2
5	Nakas/credensa	2
6	UPS	1
7	Kursi+meja set rapat (isi 3 kursi)	1
8	Dispenser	1
9	AC	2
10	Wifi	1
11	Tempat sampah	2
12	Telephon wareless	1

Tabel 4.1 Peralatan di ruang SPI RS. Mata Undaan
ATK pendukung kerja harian SPI

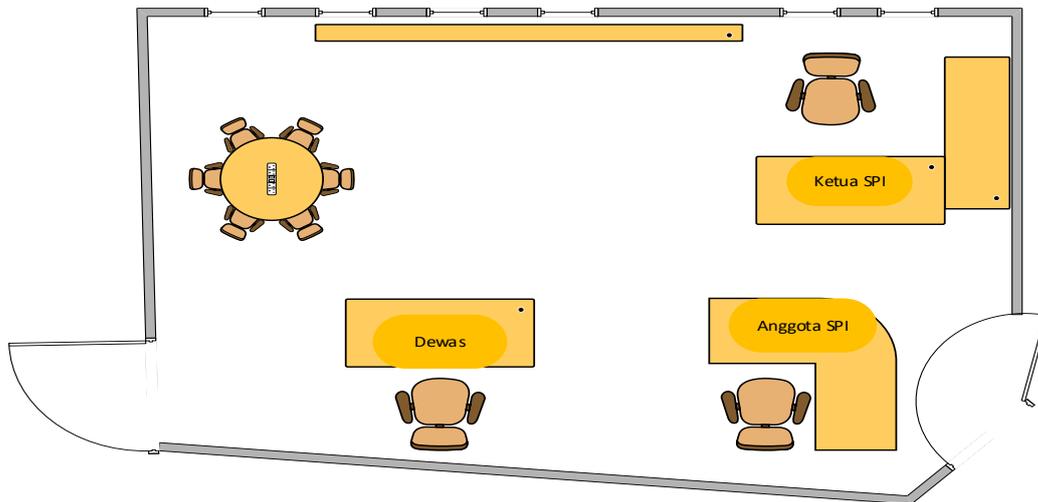
No	Jenis Kelengkapan	Jumlah
1	Kertas A4	1
2	Kertas F4	1
3	Bolpoint	2
4	Pensil	2
5	Penghapus	2
6	Stapler	2
7	Type X	1
8	Kalender	2
9	Aqua galon	1
10	Papan alas	2
11	Klip kertas 105	1

Tabel 4.2 ATK di ruang SPI RS. Mata Undaan

4.3. Teknologi Medis/Non Medis

Beberapa teknologi non medis yang menunjang penatalaksanaan dan pelayanan SPI adalah ketersediaan komputer sebagai alat kerja, telepon dan jaringan internet yang memungkinkan akses berbagai informasi yang dibutuhkan. Untuk teknologi medis belum tersedia di SPI dengan alasan penyesuaian kebutuhan agar efektif dan efisien.

4.4. Denah Ruangan



Gambar 4.1 Denah Ruang Kerja SPI RS. Mata Undaan

BAB V MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN

5.1. Pelaporan Kegiatan

Terdapat dua macam laporan dalam kegiatan kerja SPI yaitu ;

- A. Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP)
Adalah dokumen baku yang disusun oleh SPI setelah kegiatan pemeriksaan berakhir sebagai bentuk pertanggung jawaban kepada direktur RS. Mata Undaan atas tugas yang diberikan.
- B. Laporan Hasil Reviu (LHR)
Adalah dokumen baku yang disusun oleh pe-reviu setelah menyelesaikan tugas reviu terhadap laporan kinerja pelayanan dan laporan keuangan
- C. Laporan kinerja SPI setiap triwulan kepada direktur RS. Mata Undaan
Adalah laporan yang disusun SPI untuk melaporkan kinerja SPI selama triwulan berdasarkan program kerja yang telah disusun sebelumnya. Hal ini dilakukan untuk mengetahui efektifitas SPI dalam lingkup rumah sakit.

Semua laporan tersebut di berikan kepada Kepala SPI untuk selanjutnya diberikan kepada direktur RS. Mata Undaan.

5.2. Pelaporan Indikator Mutu dan Keselamatan

- A. Indikator mutu Area Manajemen

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Ketepatan waktu penyusunan Program Kerja Tahunan SPI	100%
2.	Ketepatan waktu penyusunan laporan (LHP, LHR, Laporan triwulan)	100%
3.	Hasil LHP, LHR yang ditindaklanjuti	≥80%

Gambar 5.1 indikator mutu area manajemen

- B. Indikator Mutu Lokal SPI

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal	2/tahun

Gambar 5.2 indikator mutu lokal

- C. Indikator Mutu Prioritas SPI

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Hasil LHP terkait regulasi katarak yang ditindaklanjuti	≥80%

Gambar 5.3 indikator mutu prioritas

Indikator mutu dinilai sesuai dengan profil indikator yang ada dan dilaporkan setiap bulannya ke tim mutu rumah sakit. Setiap capaian indikator yang tidak sesuai dengan standar dilakukan PDSA dan hasil PDSA disertakan dalam laporan ke tim mutu sebagai bahan evaluasi.

5.3. Penilaian dan Evaluasi Kinerja SPI

Penilaian kinerja dilakukan dengan KPI (key performance indikator) sesuai uraian tugas nya :

- A. Kepala SPI
 - 1) Menyusun program kerja tahunan
 - 2) Menyusun pedoman kerja SPI

- 3) Menyusun panduan/regulasi yang mengatur mekanisme kerja SPI, prosedur pemeriksaan yang dilakukan SPI
 - 4) Terdapat hasil rapat koordinasi dalam SPI
 - 5) Menyusun TOR setiap kegiatan pemeriksaan yang akan dilakukan
 - 6) Menjalankan kegiatan pemeriksaan sesuai dengan surat tugas yang diberikan direktur RS. Mata Undaan
 - 7) Melakukan kegiatan pemeriksaan khusus sesuai surat tugas yang diberikan direktur RS. Mata Undaan
 - 8) Menyusun laporan hasil pemeriksaan
 - 9) Menyusun laporan hasil reviu pemeriksaan
 - 10) Menyusun laporan kinerja SPI triwulan
 - 11) Menjalankan pemeriksaan sesuai dengan kode etik dan standar audit charter yang ada
 - 12) Menjalankan tugas sesuai uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang sudah diberikan.
- B. Sekretaris SPI
- 1) Membantu menyusun program kerja tahunan
 - 2) Membantu menyusun pedoman kerja SPI
 - 3) Membantu menyusun panduan/regulasi yang mengatur mekanisme kerja SPI, prosedur pemeriksaan yang dilakukan SPI
 - 4) Terdapat hasil rapat koordinasi dalam SPI
 - 5) Membantu menyusun TOR setiap kegiatan pemeriksaan yang akan dilakukan
 - 6) Menjalankan kegiatan pemeriksaan sesuai dengan surat tugas yang diberikan direktur RS. Mata Undaan dan permintaan Kepala SPI
 - 7) Melakukan kegiatan pemeriksaan khusus sesuai surat tugas yang diberikan direktur RS. Mata Undaan dan permintaan Kepala SPI
 - 8) Membantu menyusun laporan hasil pemeriksaan
 - 9) Membantu menyusun hasil reviu pemeriksaan
 - 10) Membantu menyusun kinerja SPI triwulan
 - 11) Menjalankan pemeriksaan sesuai dengan kode etik dan standar audit charter yang ada
 - 12) Menjalankan tugas sesuai uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang sudah diberikan.
- C. Anggota SPI
- 1) Membantu menyusun program kerja tahunan
 - 2) Membantu menyusun pedoman kerja SPI
 - 3) Membantu menyusun panduan/regulasi yang mengatur mekanisme kerja SPI, prosedur pemeriksaan yang dilakukan SPI
 - 4) Terdapat hasil rapat koordinasi dalam SPI
 - 5) Membantu menyusun TOR setiap kegiatan pemeriksaan yang akan dilakukan
 - 6) Menjalankan kegiatan pemeriksaan sesuai dengan surat tugas yang diberikan direktur RS. Mata Undaan dan permintaan Kepala SPI
 - 7) Melakukan kegiatan pemeriksaan khusus sesuai surat tugas yang diberikan direktur RS. Mata Undaan dan permintaan Kepala SPI
 - 8) Membantu menyusun laporan hasil pemeriksaan
 - 9) Membantu menyusun hasil reviu pemeriksaan
 - 10) Membantu menyusun kinerja SPI triwulan
 - 11) Menjalankan pemeriksaan sesuai dengan kode etik dan standar audit charter yang ada
 - 12) Menjalankan tugas sesuai uraian tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang sudah diberikan.

Selain menggunakan KPI, penilaian kinerja dilakukan dengan menggunakan balance score card (BSC) dimana BSC tersebut meliputi 4 perspektif antara lain perspektif keuangan, pelanggan, bisnis internal, dan pertumbuhan dan pengembangan. BSC disusun berdasarkan program kerja tahunan

yang dibuat sehingga penilaian BSC setiap tahunnya berbeda sesuai dengan program kerja yang dibuat oleh SPI untuk menilai kinerja dan capaian atas target tahun tersebut.

5.4. Monitoring dan Evaluasi Kegiatan

Monitoring dan evaluasi dilakukan dan dilaporkan dalam bentuk laporan hasil pemeriksaan (LHP), laporan hasil reviu pemeriksaan (LHR), maupun laporan triwulan. Laporan tersebut diserahkan kepada direktur untuk selanjutnya diberikan pengesahan atas laporan yang telah disusun tersebut sebagai bahan tindak lanjut dan pengambilan keputusan dalam kegiatan pemeriksaan selanjutnya. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara kontinyu terus menerus agar setiap input, proses, output maupun outcome dapat dilaksanakan sehingga proses perubahan menuju perbaikan dapat dicapai sesuai dengan keinginan rumah sakit menjadi **good corporate governance** dan **good clinical governance** termasuk didalamnya **good administrative governance** sehingga rumah sakit mampu menerapkan **cost effectiveness** agar rumah sakit mampu bertahan dan berkembang di era **universal health coverage** sebagai bentuk pertanggung jawaban sebagai institusi yang berada dalam bidang pelayanan kesehatan. Dibuat format baku yang dapat dijadikan acuan dalam melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan yang ada diSPI, sehingga mempermudah kegiatan monitoring dan evaluasi itu sendiri.

BAB VI PENUTUP

Pedoman kerja SPI ini merupakan pedoman kerja yang digunakan sebagai acuan bekerja dalam SPI. Acuan bekerja merupakan pegangan dalam menjalankan kegiatan pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI dalam melakukan fungsi pemeriksaan internal di RS. Mata Undaan. Tujuan disusunnya pedoman kerja SPI ini agar SPI dapat menjalankan pemeriksaan sesuai dengan standar pemeriksaan internal yang berlaku.

Pelaksanaan tugas dan fungsi SPI dilaksanakan secara disiplin dan konsisten dengan memperhatikan prinsip penyelenggaraan tugas dan fungsi yang mengutamakan integritas sebagai pemeriksa dalam rangka peningkatan mutu rumah sakit secara keseluruhan yang optimal, efektif, dan efisien dalam pemanfaatan sumber daya yang dimiliki.

Dengan demikian diharapkan penyelenggaraan operasional rumah sakit dapat memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Dan yang lebih khusus lagi penyelenggaraan pelayanan RS. Mata Undaan secara keseluruhan dapat terlaksana sesuai dengan harapan para pemangku kepentingan yaitu masyarakat pengguna, pemilik, karyawan dan **stake holder** lainnya.

Semoga Allah SWT, Tuhan YME, selalu memberikan petunjuk dan meridhoi segala usaha baik kita untuk kepentingan seluruh lapisan masyarakat.

Surabaya, Agustus 2022
SPI RS. Mata Undaan