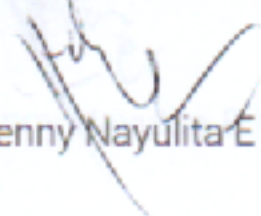


PENGAJUAN NASKAH DINAS PENGATURAN DAN PENETAPAN

I	JENIS NASKAH DINAS	:	Panduan
II	SIFAT	:	A. AMAT SEGERA
	(PILIH SALAH SATU)	:	B. SEGERA
		:	C. BIASA
III	TINGKAT KEAMANANAN	:	A. SANGAT RAHASIA
	(PILIH SALAH SATU)	:	B. RAHASIA
		:	C. BIASA
IV	JUDUL	:	Piagam Audit Internal (<i>audit charter</i>) SPI RS. Mata Undaan
V	DASAR NASKAH DINAS	:	1. UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
			2. PP RI nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan
			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)



i
RS MATA
UNDAAN

PIAGAM AUDIT INTERNAL (**AUDIT CHARTER**)

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 Piagam Audit Internal (**Audit Charter**). Piagam Audit Internal (**Audit Charter**) ini disusun berdasarkan referensi yang terkait dengan aspek pemeriksaan internal. Piagam Audit Internal (**Audit Charter**) ini disusun dengan harapan dapat dijadikan acuan atau referensi yang memudahkan dalam pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal nantinya.

Piagam Audit Internal (**Audit Charter**) 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 Piagam Audit Internal (**Audit Charter**) 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
SK PANDUAN AUDIT CHARTER	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Piagam Audit Internal	2
1.3. Definisi Operasional	2
BAB II RUANG LINGKUP	4
2.1. Sasaran	4
2.2. Landasan Hukum	5
BAB III TATA LAKSANA	6
3.1. Kode Etik	6
3.1.1. Ketentuan Umum	6
3.1.2. Standar Perilaku	6
3.2. Standar Audit	7
3.2.1. Ketentuan Umum	7
3.2.2. Standar Audit	8
A. Standar Profesionalisme Auditor Internal	8
B. Standar Lingkup Kerja Auditor	9
C. Standar Perencanaan Audit	9
D. Standar Pelaksanaan Audit	10
E. Standar Pelaporan Audit	11
F. Standar Tindak Lanjut Hasil Audit	11
3.2.3. Kebijakan Audit	12
3.3. Persyaratan Kompetensi, tanggung Jawab, Tugas dan Kewajiban, Kewenangan	13
3.2.1. Kompetensi	13
3.2.2. Tanggung Jawab	13
3.2.3. Tugas dan Kewajiban	13
3.2.4. Kewenangan	14
3.4. Pola Hubungan Antar Pemeriksa	15
3.5. Pola Hubungan Internal	15
3.6. Pola Hubungan dengan Eksternal (Audit Eksternal)	15
BAB IV DOKUMENTASI	17
4.1. Pencatatan	17
4.2. Pelaporan	18
4.3. Monitoring dan Evaluasi	18
BAB V PENUTUP	20

SK
PEDOMAN KERJA SPI

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

RS. Mata Undaan adalah badan usaha yang dibentuk oleh perkumpulan P4MU yang bergerak dibidang pelayanan jasa kesehatan. Dalam menjalankan kegiatannya, RS. Mata Undaan memegang kaidah-kaidah keselamatan pasien yang bertujuan tercapainya patient center care (PCC) menuju peningkatan mutu layanan terbaik sesuai regulasi yang berlaku tanpa melanggar norma dan aturan yang ada.

Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan operasional yang dilaksanakan di RS. Mata Undaan disesuaikan dengan prinsip-prinsip **good corporate governance** yang meliputi kemandirian, transparansi, akuntabilitas, pertanggungjawaban, kewajaran, dan prinsip tata kelola rumah sakit yang baik serta kepatuhan terhadap peraturan yang berlaku. Dalam rangka mewujudkan rumah sakit menjadi **good corporate governance** dan **good clinical governance**, RS. Mata Undaan membentuk satuan yang efektif, efisien dalam menjaga dan mengamankan aset, serta pelaksanaan operasional rumah sakit, yang disebut Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).

Sebagai dasar pelaksanaan pemeriksaan internal, maka perlu disusun dan disahkannya piagam audit internal yang berisikan pengakuan keberadaan dan komitmen pimpinan di RS. Mata Undaan atas fungsi SPI di organisasi rumah sakit. Piagam audit internal (**Audit Charter**) disahkan oleh direktur yang selanjutnya dijadikan pegangan oleh **internal auditor** dalam melaksanakan pemeriksaan internal baik pelayanan maupun keuangan secara independen dan obyektif untuk menciptakan **effective corporate governance**, pemeriksaan internal, risk assesment dan pengelolaan rumah sakit secara keseluruhan. Piagam audit internal merupakan suatu dokumen penting yang keberadaannya dapat memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap performance dari setiap **internal auditor** yang ada dalam rumah sakit. Salah satunya adalah memitigasi kemungkinan risiko yang akan terjadi dalam rumah sakit sendiri. Idealnya piagam audit internal memberikan penegasan atas garis pelaporan yang mendukung independensi **internal auditor** dengan melaporkan secara fungsional kepada fungsi oversight (atau fungsi yang bertanggung jawab atas tata kelola organisasi) dan secara administratif kepada manajemen. Selain itu juga internal audit charter dapat mempertegas kembali segala kewenangan daripada auditor internal itu sendiri pada saat ia menjalankan tugasnya. Misalnya hak untuk dapat mengakses segala jenis informasi yang ditutuhkan, dan juga terkait hak untuk mengikuti meeting berskala besar yang melibatkan banyak departemen dan juga top management yang ada didalamnya.

Mengingat luasnya penugasan **internal auditor** maka sebaiknya dapat memungkinkan bahwa ruang lingkup kegiatan audit internal dapat didefinisikan secara khusus sesuai kebutuhan unik rumah sakit. Piagam audit internal yang baik adalah **internal audit charter** yang dapat menjelaskan dengan rinci apa saja yang diperlukan dan dilakukan seorang auditor internal dan dukungan seperti apakah yang akan didapatkan dari top management yang ada didalamnya. Sehingga internal audit charter ini juga dapat digunakan untuk mengukur efektivitas dari SPI itu sendiri. Dalam implementasinya piagam audit internal disosialisasikan agar dipahami oleh semua pihak dan terbangun kerjasama yang baik sehingga mempermudah pelaksanaan kerja pemeriksa/**internal auditor**.

1.2. Tujuan Panduan Audit Charter

- A. Sebagai acuan auditor internal dalam mengimplementasikan strategi untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan serta merepresentasikan nilai yang ingin ditanamkan oleh rumah sakit, tingkat ketaatan dan kontribusi pada pembentukan citra rumah sakit.
- B. Meningkatkan fungsi pengendalian yang terintegrasi untuk memastikan bahwa kegiatan operasional sudah dijalankan dengan baik dan dapat meningkatkan **value added** bagi rumah sakit melalui efektifitas pelaksanaan manajemen resiko dan prinsip-prinsip **good corporate governance**.
- C. Meningkatkan kualitas sistem dan sumber daya audit internal melalui pengembangan **soft control** dan **hard control** secara berkesinambungan sehingga diharapkan sistem pengendalian yang semakin baik dapat mengoptimalkan pencapaian sasaran yang ditetapkan.

1.3. Definisi Operasional

- A. Piagam audit internal adalah dokumen formal komitmen direktur RS. Mata Undaan atas pengakuan keberadaan dan fungsi satuan pemeriksaan internal (SPI) di dalam rumah sakit. Piagam audit internal berisi tujuan, fungsi, tanggung jawab, kewenangan, ruang lingkup, standar, kode etik, dan pola hubungan.
- B. **Good corporate governance** (GCG) adalah suatu proses dan mekanisme yang digunakan rumah sakit dalam rangka meningkatkan keberhasilan usaha dan akuntabilitas organisasi untuk mewujudkan dan meningkatkan nilai rumah sakit (**corporate value**) dengan memperhatikan kepentingan **stake holder** berlandaskan peraturan perundang-undangan, moral dan etika.
- C. **Hard control** adalah sarana, kelengkapan organisasi, pengaturan kewenangan serta tanggung jawab dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan kegiatan, berupa kebijakan dan prosedur, struktur organisasi, otorisasi dan dokumen.
- D. **Soft control** adalah ketrampilan, perilaku, nilai, suasana yang terdapat pada individu dan komunikasi personal antar individu dalam organisasi seperti kompetensi, kebersamaan nilai, etika dll

- E. **Operational audit** adalah proses audit untuk memastikan bahwa kegiatan operasional organisasi telah dijalankan secara efisien , efektif dan ekonomis untuk mencapai sasaran dan targaet yang telah ditetapkan
- F. **Compliance audit** adalah proses audit untk memastikan bahwa kebijakan dan peraturan serta prosedur dijalankan sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan persyaratan lain yang ditetapkan oleh RS. Mata Undaan.
- G. **Finansial audit** adalah proses audit untuk memastikan kehandalan keakuratan otorisasi klarifikasi data keuangan yang memadai sehingga laporan keuangan yang disajikan secara wajar dan bebas dari salah saji yang material berdasarkan standar akuntansi keuangan yang berlaku
- H. **Fraud** adalah tindakan melanggar hukum yang bersifat menipu, menyembunyikan atau menyalahgunakan kepercayaan yang dilakukan oleh pihak dan atau rumah sakit untuk mendapatkan keuntungan bagi kepentingan pribadi atau kelompok
- I. **Conflict of interest** adalah benturan kepentingan yang mengakibatkan seseorang tidak mampu untuk membuat pertimbangan ataupun keputusan yang bersifat obyektif

BAB II

RUANG LINGKUP

2.1. Sasaran

Lingkup kerja pemeriksa internal secara umum mencakup :

- A. Melakukan kajian, penilaian, audit analisis dan evaluasi terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, manajemen resiko, material, kemampuan, ketaatan, kualitas pelaksanaan tugas, pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang kinerja manajemen pelayanan, manajemen penunjang, manajemen umum dan keuangan, komite, tim, unsur kerja yang ada, termasuk sumber daya manusia didalam RS. Mata Undaan
- B. Melakukan penilaian efektifitas dan efisiensi dalam penggunaan sarana yang tersedia dan kualitas pelaksanaan tugas manajemen operasional
- C. Penilaian tentang hasil guna atau manfaat yang direncanakan dari suatu kegiatan atau program
- D. Melakukan penialian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi untuk memastikan bahwa informasi penting rumah sakit terjamin aman, fungsi sekretariat rumah sakit pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif, penyajian laporan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Lingkup kerja pemeriksa internal secara khusus mencakup lingkup pengendalian internal, lingkup manajemen resiko, lingkup **corporate governance**.

A. Lingkup pengendalian internal

1. Memastikan bahwa informasi ataupun data yang dikelola dan dilaporkan memenuhi kriteria akurat, dapat diandalkan, tepat waktu, konsisten dan bermanfaat
2. Memastikan bahwa semua elemen pada RS. Mata Undaan taat terhadap kebijakan, prosedur dan peraturan yang berlaku
3. Memastikan bahwa pengamanan dan pemanfaatan aset RS. Mata Undaan berjalan sebagaimana mestinya
4. Memastikan bahwa penggunaan sumber daya dijalankan secara efisien dan efektif
5. Memastikan bahwa pencapaian target sesuai dengan rencana
6. Melakukan audit, evaluasi dan konsultasi tentang kemampuan, efektifitas, ketaatan dan kualitas pelaksanaan tugas manajemen operasional termasuk pengelolaan resiko, pengadaan, pembelian dan lainnya
7. Melakukan audit, evaluasi dan konsultasi tentang kemampuan, efektifitas, ketaatan dan kualitas tugas manajemen operasional pada RS. Mata Undaan atas perintah direktur

B. Lingkup manajemen resiko

1. Memastikan bahwa jajaran manajemen telah menetapkan nilai dan sasaran rumah sakit dan mengkomunikasikan dengan **stakeholder**
2. Memastikan bahwa semua bisnis proses dalam rumah sakit memenuhi aspek akuntabilitas

3. Memonitoring kepatuhan terhadap kebijakan pendukung penerapan **good corporate governance** dalam RS. Mata Undaan
 4. Memonitoring kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan maupun peraturan lain yang berlaku di RS. Mata Undaan
 5. Melakukan review terhadap praktik **good corporate governance** di rumah sakit dan menyampaikan laporan kepada direktur
- C. Lingkup **corporate governance**
1. Memastikan bahwa resiko yang dikelola rumah sakit sudah diidentifikasi, dianalisa, dievaluasi, ditangani, dimonitor dan dikomunikasikan
 2. Mempertimbangkan aspek keterbatasan jumlah auditor terhadap jumlah yang diaudit, obyek audit berbentuk fungsi, kegiatan, program, aset dan lainnya sehingga jumlah auditor lebih sedikit dari obyek audit. Untuk itu pelaksanaan audit berdasarkan **risk based audit** atau berbasis resiko dengan tahapan perilaku resiko (**risk assesment**) pada rumah sakit.

2.2. Landasan Hukum

- A. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit pasal 33
- B. Perpres nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit pasal 6, 21, 22
- C. PP RI nomor 60 tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah pasal 1 butir 1
- D. PP RI nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha sakitan pasal 38
- 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

BAB III TATA LAKSANA

3.1. Kode Etik

3.1.1. Ketentuan Umum

Kode etik mengatur prinsip dasar perilaku yang dalam pelaksanaan memerlukan pertimbangan yang seksama dari masing-masing auditor. Kode etik pemeriksa adalah kumpulan asas atau nilai positif dalam perilaku yang harus dipegang teguh, dipatuhi dan dijalankan oleh pemeriksa di RS. Mata Undaan. Kode etik berpengaruh besar terhadap hasil audit yang nantinya dapat dipergunakan sebagai acuan bagi unit kerja yang diperiksa untuk melakukan tindak lanjut. Tindak lanjut sendiri bertujuan menumbuhkan kepercayaan, rasa hormat dan memelihara citra pemeriksa dan SPI dikalangan masyarakat RS. Mata Undaan sehingga mampu meningkatkan kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Kode etik auditor internal sendiri mengacu kepada kode etik IIA (***International of Internal Auditors***), yang disesuaikan dan didasari oleh peraturan yang berlaku dan kebutuhan RS. Mata Undaan.

3.1.2. Standar Perilaku

Auditor internal mematuhi kode etik sebagai berikut :

A. Integritas (***Integrity***)

Auditor internal menunjukkan sikap jujur, obyektif, dan sungguh-sungguh dalam melaksanakan tugas dan memenuhi tanggung jawab profesinya. Memiliki integritas dan loyalitas tinggi terhadap profesi, SPI dan rumah sakit. Memperhatikan peraturan dan perundang-undangan, mengikuti perkembangan regulasi dan kebijakan yang ada di RS. Mata Undaan, menghindari kegiatan atau perbuatan melawan hukum yang merugikan atau patut diduga dapat merugikan atau diduga dapat merugikan/ mendiskreditkan profesi auditor internal dan rumah sakit. Menghormati dan mendukung nama baik rumahsakit dari sisi hukum dan etika. Menjaga citra pemeriksa, mendukung dan membantu pencapaian visi dan misi RS. Mata Undaan. Menggalang kerjasama dengan sesama pemeriksa dalam pelaksanaan pemeriksaan, saling mengingatkan, membimbing, memberi masukan, mengoreksi perilaku tidak baik kepada sesama pemeriksa.

B. Obyektifitas (***Obyectivity***)

Auditor internal menjalankan obyektifitas/kenetralan dalam mengumpulkan, mengevaluasi dan mengkomunikasikan informasi mengenai kegiatan atau proses yang diaudit. Mengungkapkan semua fakta material yang harus diketahui, terutama yang dapat mengubah pelaporan kegiatan terperiksa Membuat penilaian yang sudah diseimbangkan atas semua kondisi yang relevan dan tidak dipengaruhi oleh kepentingan sendiri atau pihak lain dalam

membuat penilaian. Oleh karenanya auditor internal hendaknya tidak terlibat dalam suatu hubungan atau kegiatan yang dapat menimbulkan pertentangan kepentingan, ataupun yang dapat menimbulkan prasangka yang meragukan kemampuannya untuk dapat melaksanakan tugas dan memenuhi tanggung jawab profesinya secara obyektif. Melaporkan semua hasil audit tanpa ada yang disembunyikan. Auditor internal mengusahakan berbagai upaya agar memenuhi standar profesi suditor internal.

C. Kerahasiaan (**Confidentiality**)

Auditor internal menghormati nilai dan kepemilikan informasi serta tidak mengungkapkan informasi tanpa otoritas yang seharusnya kecuali ada kewajiban hukum atau profesional yang mengharuskan.. Wajib berhati-hati menggunakan dan menjaga informasi yang dibutuhkan saat menjalankan kegiatan. Tidak memanfaatkan informasi yang diperoleh untuk kepentingan atau keuntungan pribadi yang dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

Pemeriksa hanya boleh mengungkapkan informasi tersebut kepada yang berhak menerimanya yaitu pemberi tugas/direktur, atau pihak lain atas persetujuan direkur RS. Mata Undaan.

D. Kompetensi (**Competency**)

Pengetahuan, keahlian dan pengalaman sangat diperlukan dalam pelaksanaan tugas. Auditor internal secara berkala meningkatkan kemampuan, efektifitas, dan kualitas sesuai dengan standar profesional auditor internal, kebijakan rumah sakit dan peraturan perundang-undangan. 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.

Menolak melaksanakan tugas apabila tidak sesuai dengan pengetahuan, keahlian dan ketrampilan yang dimiliki, kecuali dibantu oleh ahlinya atau yang memiliki kompetensi.

Pelanggaran atas kode etik akan ditindaklanjuti. Pelanggaran diklasifikasikan sesuai tingkatannya ringan, sedang dan berat. Sanksi yang diberikan juga disesuaikan dengan pelanggaran yang dilakukan. Ketua SPI melaporkan kepada direktur terkait tingkat pelanggaran yang sudah dilakukan.

3.2. Standar dan Kebijakan Audit

3.2.1. Ketentuan Umum

Standar audit merupakan syarat yang harus dipenuhi untuk menjaga kualitas kinerja auditor internal dan hasil auditnya dalam pelaksanaan tugas. Standar audit sangat menekankan tidak hanya terhadap pentingnya kualitas profesional auditor internal tetapi bagaimana juga auditor internal mengambil pertimbangan dan keputusan waktu melakukan audit dan pelaporan. Standar auditor internal mengacu kepada kode etik IIA (**International of Intrenal Auditors**), yang disesuaikan dan didasari oleh peraturan yang berlaku dan kebutuhan RS. Mata Undaan.

Hasil auditor internal yang memenuhi standar membantu pelaksanaan tugas manajemen unit kerja yang diaudit dan audit eksternal. Adapun standar audit mencakup diantaranya ; profesionalisme auditor internal, lingkup kerja audit, perencanaan audit, pelaksanaan audit, pelaporan audit, tindak lanjut hasil audit.

3.2.2. Standar Audit

A. Standar profesionalisme auditor internal

1. Independensi
 - a. Melaksanakan tugas SPI dan auditor dengan bebas, independen. Sehingga auditor internal dapat memberikan pendapat penting yang tidak memihak, bebas dari pengaruh pihak lain serta tidak berprasangka dalam pelaksanaan dan pelaporan hasil audit.
 - b. Bersikap jujur/obyektif serta yakin bahwa hasil kerja dapat diandalkan dan dipercaya. Untuk itu auditor internal tidak boleh mengesampingkan pertimbangan obyektif yang ditemui dalam tugas auditnya.
 - c. Tidak memanfaatkan informasi yang diperoleh untuk kepentingan atau keuntungan pribadi atau hal lain yang patut diduga dapat disalahgunakan baik oleh diri sendiri atau pihak lain yang tidak berhak. Selalu menjaga integritas sebagai auditor internal.
 - d. SPI berada dibawah dan bertanggung jawab kepada direktur langsung. Semua jajaran di rumah sakit berkewajiban bekerjasama dengan SPI agar pelaksanaan tanggung jawab audit dapat berjalan.
2. Keahlian
 - a. Audit dilaksanakan oleh auditor yang baik secara individu ataupun kolektif mempunyai kecakapan profesional yang memadai dan kecermatan yang seksama pada bidang tugasnya.
 - b. Kepatuhan kepada standar audit dan kode etik auditor internal
 - c. Penguasaan atas teori pengetahuan dan kecakapan praktik disiplin ilmu tertentu yang berkaitan dengan tugas auditnya. Kecakapan ini harus dapat diterapkan dalam bentuk standar prosedur dan tehnik audit.
 - d. Meningkatkan kemampuan komunikasi lisan dan tertulis sehingga dapat berkomunikasi secara efektif dengan unit kerja yang diaudit dan jajaran manajemen.
 - e. Memelihara kemampuan tehnik audit melalui pembelajaran, sehingga mengikuti perkembangan standar, prosedur dan tehnik audit rumah sakit, termasuk perkembangan dunia perumah sakitan sendiri.
 - f. Menjaga dan meningkatkan kemampuan dan kecermatan profesional dengan memperhatikan cakupan kerja audit internal, materialitas atau signifikansi permasalahan yang ditemui, SPO yang ada, biaya audit dibandingkan manfaat yang diperoleh.

- g. Menjaga tingkat kecermatan dan kewaspadaan terhadap kemungkinan penyimpangan, pemborosan, ketidak efektifan dan kelemahan pengendalian internal, dengan melakukan pengujian dan verifikasi yang memadai dan dapat dipertanggung jawabkan tanpa harus melakukannya untuk seluruh proses atau tindakan layanan.

B. Standar lingkup kerja audit

1. Pengujian dan penilaian
 - a. Pada bidang keuangan adalah ketaatan pada peraturan perundang-undangan termasuk ketaatan terhadap rencana kerja dan anggaran organisasi yang telah ditetapkan
 - b. Keandalan dan efektifitas sistem pengendalian internal rumah sakit dan kegiatan operasional termasuk manajemen resiko
 - c. Kualitas kinerja pelaksanaan suatu kegiatan khususnya analisis terhadap manfaat dan biaya yang digunakan dalam kegiatan tersebut
2. Sistem pengendalian internal
 - a. Audit keandalan sistem pengendalian internal bertujuan memastikan bahwa sistem yang dipakai mampu mencapai sasaran rumah sakit secara efisien dan ekonomis
 - b. Audit efektifitas sistem pengendalian internal bertujuan memastikan sistem dapat berjalan sebagaimana mestinya, sehingga kekeliruan materil, penyimpangan maupun perbuatan melawan hukum dapat dicegah atau dideteksi dan dapat diperbaiki secara dini.
 - c. Audit terhadap kualitas kinerja pelaksanaan tugas pengendalian internal yang bertujuan memastikan sasaran dan tujuan rumah sakit dapat tercapai optimal.

C. Standar perencanaan audit

1. Untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab audit disusunlah perencanaan kegiatan yang konsisten dan sesuai dengan program, sasaran rumah sakit yang telah ditetapkan.
2. Rumah sakit menyusun rencana strategis bisnis (RSB) untuk jangka waktu 5 tahun
3. Rumah sakit menyusun rencana bisnis dan anggaran (RBA) yang dilanjutkan oleh SPI dengan rencana kerja audit tahunan untuk tahun berikutnya. Program ini berisikan program kerja pemeriksaan tahunan rutin dan non rutin.
4. Penyusunan rencana kerja audit tahunan rumah sakit memperhatikan ;
 - a. Tujuan, jenis dan luasnya cakupan kinerja, jadwal pelaksanaan, pelaporan serta lokasi audit
 - b. Ketentuan mengenai ukuran keberhasilan kinerja dan indikator kinerja yang terdapat pada tiap kegiatan atau program audit
 - c. Ketersediaan anggaran, waktu, jumlah tenaga dan sumber daya lainnya

- d. Program untuk kebutuhan sumber daya manusia dan program pengembangan yang meliputi ; uraian tugas setiap auditor internal, persyaratan dan kualifikasi, program pelatihan dan pengembangan, penilaian kinerja bagi auditor internal sebagai bagian proses pengembangan profesionalisme
- e. Informasi dan latar belakang mengenai obyek audit. Termasuk pemetaan obyek yang diaudit, saat pernah diaudit maka diperiksa hasil tindak lanjut yang pernah disarankan dan bagaimana dampak terhadap audit yang dilakukan
- f. Sasaran audit dinyatakan dengan jelas, sehingga dapat ditentukan prioritas pemeriksaan
- g. Penentuan prosedur dan tehnik audit yang digunakan untuk memastikan bahwa audit mencapai sasaran berdasarkan keahlian auditor internal
- h. Kebutuhan sumber daya pelaksana audit meliputi jumlah auditor internal dan bidang keahlian yang diperluakn. Tingkat pengalaman yang diperlukan, sarana kerja yang dibutuhkan serta biaya pelaksanaan audit.
- i. Mengkomunikasikan rencana audit dengan pihak terkait mengenai aktifitas, jadwal kegiatan, sumber daya yang diperlukan survei pendahuluan yang diperlukan.
- j. Format dan rencana susunan laporan hasil audit dan rencana distribusi serta cara pengkomunikasiannya.

D. Standar pelaksanaan audit

1. Semua informasi yang terkait tujuan dan ruang lingkup audit beserta bukti faktual yang diperoleh telah memenuhi kebutuhan audit
2. Terdapat kepastian bahwa prosedur dan tehnik audit yang dipakai, termasuk metode sampling, pengklasifikasian hingga penarikan kesimpulan hasil temuan sesuai dengan sasaran audit
3. Pengumpulan informasi hingga penarikan kesimpulan hasil temuan dilakukan secara obyektif
4. Format kertas kerja dan pelaporan cukup komunikatif bagi tim audit ; cakupan lengkap dan teliti, tampilan rapi jelas, ringkas, sistematis mudah dibaca dan dimengerti, relevan tepat sesuai tujuan.
5. Keandalan dan kebenaran informasi keuangan dan op[erasional rumah sakit. Auditor memeriksa cara yang digunakan mengidentifikasi, mengklasifikasi, mengukur dan melaporkan informasi atau data sehingga kebenaran dan keandalan dapat dipastikan. Untuk itu uji terhadap laporan keuangan dan kinerja pelayanan harus akurat, handal, tepat waktu, lengkap dan bermanfaat sesuai standar yang telah ditentukan.
6. Kepatuhan terhadap kebijakan, rencana kerja dan anggaran, prosedur, peraturan yang ada. Auditor memeriksa apakah sistem yang digunakan efektif dalam emnilai aktifitas yang diaudit dan telah memenuhi ketentuan yang berlaku

7. Keamanan aset rumah sakit, termasuk memeriksa keberadaan aset tersebut sesuai prosedur yang berlaku
8. Efisiensi pemakaian sumber daya rumah sakit. Auditor internal memeriksa apakah SPO telah dibuat, dilaksanakan, termasuk penyimpangan terhadap pelaksanaan SPO dapat diidentifikasi, dianalisis, dilaporkan dan diambil langkah perbaikan untuk efisiensi, penghematan dan efektifitas. Serta terdapat kondisi dimana sarana yang digunakan dibawah standar kerja yang non produktif, kelebihan/kekurangan tenaga kerja, penggunaan sistem/sarana yang kurang dapat dipertanggung jawabkan dari segi biaya.
9. Keluaran suatu kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan. Auditor memeriksa apakah program sudah dibuat, dilaksanakan sesuai rencana, kriteria yang dipakai untuk mengukur hasil, informasi dan data mengenai hasil dapat dibandingkan dengan kriteria dan tujuan. Temuan hasil audit dikomunikasikan pada pimpinan unit kerja dan direktur rumah sakit agar dapat dijadikan tindak lanjut nantinya.

E. Standar pelaporan audit

1. Melaporkan hasil audit kepada direktur dan unit kerja yang diaudit
2. Laporan audit berisi hasil temuan, kesimpulan, rekomendasi, di-review dan didiskusikan bersama direktur dan unit kerja yang diaudit untuk menghindari kesalahpahaman
3. Laporan hasil audit mengungkapkan tujuan, lingkup kerja, hasil temuan dan kesimpulan yang berupa opini auditor internal terhadap dampak temuan dan aktifitas yang diaudit
4. Laporan audit bersifat ; obyektif, jelas, singkat dan konstruktif
5. Laporan audit mengungkapkan tentang ; masalah yang belum dapat diselesaikan hingga audit selesai, pengakuan terhadap prestasi kerja unit kerja yang diaudit, termasuk hasil perbaikan yang telah dilaksanakan
6. Rekomendasi tindak lanjut bila ada perbaikan yang harus dilakukan
7. Perbedaan pendapat yang terjadi antara pimpinan unit kerja yang diaudit dan auditor internal diungkapkan dalam laporan hasil audit
8. Ketua SPI mereview dan menyetujui laporan sebelum didistribusikan
9. Distribusi laporan disampaikan kepada direktur rumah sakit dan ditembuskan kepada dewan pengawas rumah sakit

F. Standar tindak lanjut hasil audit

SPI menindaklanjuti hasil audit yang telah dilaksanakan untuk mendapatkan kepastian bahwa hasil audit telah dilaksanakan oleh unit kerja. Jika atas dasar pertimbangan tertentu pimpinan unit kerja tidak mengikuti rekomendasi auditor internal maka SPI melaporkannya kepada direktur rumah sakit.

3.2.3. Kebijakan Audit

Rencana audit tahunan (**annual audit plan**) mempertimbangkan alokasi waktu dan sumber daya audit serta anggaran yang tersedia untuk periode satu tahun ke depan. Terdapat skala prioritas dalam rencana audit tahunan tersebut.

Audit khusus diluar dari rencana audit tahunan yang diminta oleh direktur ditentukan berdasarkan obyek audit secara khusus maupun berdasarkan permintaan dimana waktunya dapat diluar ketentuan yang normal atas persetujuan direktur. Kebijakan audit berdasarkan kelompok aktifitas dibagi menjadi 4 macam kebijakan antara lain ;

A. Kebijakan operasional audit

Kegiatan operasional audit tercapai secara ekonomis, efisien dan efektif. Kegiatan meliputi semua hal yang berkaitan dengan proses operasional dalam rumah sakit. Tergantung kategori resiko, auditor internal dapat melakukan pemeriksaan berkala pada aktifitas operasional dalam rumah sakit. Tujuannya mencegah/preventif kesalahan baik berupa kesalahan SDM, sistem ataupun lainnya, pemeriksaan ini akan bekerja dengan baik apabila semua lapisan menjalankan fungsinya sesuai tugas dan tanggung jawab masing-masing. Pencegahan dapat bersifat mencegah kerugian materiil dan non materiil. Selain bagian dari program kerja, operasional audit dapat dilakukan atas permintaan tertulis dari unit kerja yang disetujui oleh direktur. Hasil temuan dan rekomendasi yang diberikan oleh auditor internal harus dijadikan masukan dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk memperbaiki/meningkatkan kinerja operasional rumah sakit.

B. Kebijakan kepatuhan audit

Memastikan kegiatan yang dilaksanakan oleh rumah sakit sesuai dengan kebijakan, aturan rumah sakit, rencana kegiatan dan SPO yang dijalankan dan tidak bertentangan dengan aturan perundang-undangan. Untuk itu auditor internal melakukan perbaikan atas kelemahan yang terdeteksi serta melakukan tindakan pencegahan berdasarkan analisa akar masalahnya. Pengendalian atas ketaatan dilakukan melalui proses pengujian dan evaluasi .

C. Kebijakan audit keuangan

Memberikan jaminan terhadap kehandalan data mencakup kemungkinan akurasi klasifikasi dan otorisasi yang memadai sehingga pelaporan keuangan yang dihasilkan tepat waktu, tepat guna dan bebas dari salah saji material

D. Kebijakan audit khusus

Mendeteksi kesalahan atau penyimpangan yang berindikasi ke arah kecurangan (**fraud**). Audit internal melakukan audit investigasi. Keahlian sebagai **fraud** auditor diperlukan pendalaman bukti terhadap kasus kecurangan, audit internal dapat meminta bantuan kepada pihak auditor eksternal untuk melakukan investigasi dan penilaian independen.

3.3. Persyaratan Kompetensi, Tanggung Jawab, Tugas dan Kewajiban, Kewenangan

3.3.1. Kompetensi

- A. Kompetensi profesional pemeriksa
 - 1. Penugasan berdasarkan kompetensi
 - 2. Pemeriksa harus mempunyai pendidikan, pengetahuan, keahlian dan ketrampilan, pengalaman serta kompetensi lain yang diperlukan untuk melaksanakan tanggung jawabnya
 - 3. Pendidikan formal minimal D3 dan memiliki sertifikasi sebagai pemeriksa atau sertifikasi lainnya sesuai penugasannya
 - 4. Harus bersedia mengikuti pelatihan auditor berkelanjutan
 - 5. Ketua SPI wajib memfasilitasi pemeriksa untuk mengikuti pelatihan serta uji sertifikasi sesuai ketentuan dan jenjang yang dibutuhkan
 - 6. Ketua SPI harus memiliki semua hal diatas dan kemampuan manajerial dibidang pemeriksaan
- B. Kompetensi kecermatan pemeriksa
 - 1. Menggunakan kemahiran profesionalnya terutama dalam perencanaan, pelaksanaan tugas yang diterimanya
 - 2. Menggunakan kecermatan profesional yang menuntut pelaksanaan tugas secara cermat dan seksama
 - 3. Mempunyai sikap skeptisme profesional yaitu sikap mempertanyakan dan melakukan pengujian bukti pemeriksaan secara kritis dengan mempertimbangkan relevansi, kompetensi, dan kecukupan bukti serta tidak boleh menganggap bahwa terperiksa selalu tidak jujur.

3.3.2. Tanggung Jawab

- A. Menjadi penilai independen yang berperan membantu direktur mengamankan investasi dan aset rumah sakit secara efektif
- B. Melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal, untuk menjamin data keuangan yang dapat dipercaya
- C. Melakukan analisis dan evaluasi efektifitas sistem dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit
- D. Bertanggung jawab kepada direktur langsung
- E. Mendampingi pelaksanaan audit eksternal agar kelancaran proses audit tercapai

3.3.3. Tugas dan Kewajiban

- A. Melakukan kajian dan analisis terhadap rencana investasi rumah sakit, khususnya sejauh mana aspek pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit kerja yang bersangkutan

- B. Melakukan penilaian sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur baik baru maupun yang sedang berjalan dalam bidang keuangan, operasional dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia, pengembangan di rumah sakit.
- C. Melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi agar informasi rumah sakit aman, pengendalian informasi berjalan efektif dan penyajian laporan sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- D. Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pemeriksaan internal yang ditugaskan direktur
- E. Melaksanakan pemeriksaan atau audit terhadap jalannya sistem pengendalian internal pada penerapan GCG dalam penyajian penilaian sesuai ketentuan ataupun kebijakan peraturan organisasi yang berlaku
- F. Melakukan monitoring dan evaluasi atas hasil temuan audit serta menyampaikan saran perbaikan terhadap penyelenggaraan kegiatan rumah sakit dan aturan yang sesuai dengan persyaratan dan regulasi yang berlaku
- G. Menyampaikan hasil audit kepada direktur

3.3.4. Wewenang

- A. Menyusun, mengubah dan melaksanakan kebijakan audit internal termasuk antara lain menentukan prosedur dan lingkup pelaksanaan pekerjaan audit
- B. Akses terhadap semua dokumen, pencatatan, personal dan fisik, informasi atas obyek audit yang dilaksanakan untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya
- C. Melakukan verifikasi dan uji kehandalam terhadap informasi yang diperolehnya dalam kaitan dengan penilaian efektifitas sistem yang diaudit
- D. Menilai dan analisis kegiatan rumah sakit, tetapi tidak bertanggung jawab terhadap kegiatan yang diaudit
- E. Mengalokasikan sumber daya auditor internal, menentukan fokus, ruang lingkup dan jadwal audit, penerapan teknik yang dipandang perlu untuk mencapai tujuan audit, meminta tanggapan lisan atau tertulis pada unit kerja yang diaudit, memberikan saran dan rekomendasi.
- F. Mendapatkan saran dari profesional dalam kegiatan audit
- G. Menyampaikan laporan dan menyampaikan konsultasi dengan direktur serta dapat memberikan teguran bila terjadi penyimpangan jika diminta oleh direktur
- H. Mengusulkan staf internal audit untuk promosi, rotasi, mutasi dan pelatihan demi kelancaran proses audit untuk memenuhi kompetensi dan jenjang karir yang ditetapkan rumah sakit

3.4. Pola Hubungan Antar Pemeriksa

Hubungan antar pemeriksa :

- A. Menggalang kerjasama yang sehat dan sinergis;
- B. Menumbuhkan dan memelihara rasa kebersamaan dan kekeluargaan
- C. Saling mengingatkan, membimbing, dan mengoreksi perilaku.

3.5. Pola Hubungan Internal

- A. Menjaga penampilan/performance sesuai dengan tugasnya;
- B. Menjalin kerja sama dengan saling menghargai dan mendukung penyelesaian tugas
- C. Menghindari setiap tindakan dan perilaku yang memberikan kesan melanggar hukum atau etika profesi terutama pada saat bertugas.
- D. Ketua SPI beserta anggotanya tidak diperbolehkan rangkap jabatan sebagai pelaksana kegiatan dalam penyusunan kebijakan, penyusunan sistem atau prosedur dan penetapan resiko kegiatan yang terkait dengan kemungkinan terjadinya konflik kepentingan dalam pelaksanaan tugasnya.

3.6. Pola Hubungan dengan Eksternal (auditor eksternal)

- A. Pendidikan dan pengalaman auditor memungkinkan ia menguasai atau memahami hal-hal bisnis secara umum, tetapi ia tidak diharuskan memiliki keahlian sebagai seorang yang terlatih atau memenuhi syarat untuk melaksanakan praktik profesi atau pekerjaan lain. Namun dalam audit intern, auditor mungkin menjumpai masalah-masalah yang kompleks dan subjektif, yang secara potensial material terhadap pelaksanaan audit intern. Masalah-masalah seperti ini mungkin memerlukan keterampilan atau pengetahuan khusus dan menurut pertimbangan auditor memerlukan penggunaan pekerjaan tenaga ahli untuk mendapatkan bukti audit yang kompeten.
- B. Ketua SPI harus memperoleh saran/nasihat dan bantuan dari pihak yang berkompeten dalam hal auditor tidak memiliki pengetahuan, keahlian dan keterampilan, serta kompetensi lain yang diperlukan untuk melaksanakan penugasan audit intern.
- C. Tenaga ahli yang dimaksud mencakup, namun tidak terbatas pada, aktuaris, penilai (**appraiser**), pengacara, insinyur, konsultan lingkungan, profesi medis, ahli statistik maupun geologi. Tenaga ahli tersebut dapat berasal dari dalam maupun dari luar rumah sakit
- D. Dalam hal penggunaan tenaga ahli, auditor harus menilai kualifikasi profesional, kompetensi, dan pengalaman yang relevan, independensi, dan proses pengendalian kualitas dari tenaga ahli tersebut sebelum menerima pekerjaan. Penggunaan tenaga ahli harus disupervisi sebagaimana supervisi terhadap auditor.
- E. Dalam hal tenaga ahli digunakan untuk penugasan audit intern, maka harus ada pemahaman dan komunikasi yang cukup antara Auditor dengan tenaga ahli tersebut untuk meminimalkan kesalahpahaman yang dapat menyebabkan salah menafsirkan hasil pekerjaan dan/atau informasi dari tenaga ahli tersebut.

- F. Ketepatan dan kelayakan metode dan asumsi yang digunakan dan penerapannya merupakan tanggung jawab tenaga ahli, sedangkan tanggung jawab auditor terbatas kepada simpulan dan fakta atas hasil audit intern. Auditor harus memahami metode dan asumsi yang digunakan oleh tenaga ahli, melakukan pengujian semestinya atas data yang disediakan oleh tenaga ahli, dengan memperhitungkan taksiran risiko pengendalian auditor
- G. Mengevaluasi apakah fakta yang ditemukan tenaga ahli mendukung pelaksanaan penugasan auditor. Biasanya auditor akan menggunakan pekerjaan tenaga ahli, kecuali jika prosedur auditor menyebabkan ia yakin bahwa fakta yang ditemukan tenaga ahli tersebut tidak masuk akal dalam keadaan tersebut. Jika auditor yakin bahwa fakta yang ditemukan tenaga ahli tidak masuk akal, ia harus menerapkan prosedur tambahan, yang dapat mencakup pemerolehan pendapat dari tenaga ahli lain.
- H. Ketua SPI harus menolak penugasan konsultasi atau memperoleh saran/nasehat dan bantuan yang kompeten jika auditor tidak memiliki pengetahuan, keahlian dan keterampilan, atau kompetensi lain yang dibutuhkan untuk melakukan semua atau sebagian dari penugasan.

BAB IV DOKUMENTASI

4.1. Pencatatan

Auditor harus menyiapkan dan mendokumentasikan informasi audit intern dalam bentuk kertas kerja audit intern. Informasi harus didokumentasikan dan disimpan secara tertib dan sistematis agar dapat secara efektif diambil kembali, dirujuk, dan dianalisis.

- A. Informasi yang berkaitan dengan perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan audit intern harus berisi informasi yang cukup untuk memungkinkan auditor yang berpengalaman tetapi tidak mempunyai hubungan dengan audit tersebut dapat memastikan bahwa informasi tersebut dapat menjadi informasi yang mendukung kesimpulan, fakta, dan rekomendasi auditor.
- B. Bentuk dan isi informasi harus dirancang secara tepat sehingga sesuai dengan kondisi masing-masing penugasan atau jenis audit intern. Informasi harus menggambarkan catatan penting mengenai penugasan audit intern yang dilaksanakan oleh auditor sesuai dengan Standar Audit dan kesimpulan auditor. Kuantitas, jenis, dan isi informasi audit intern didasarkan atas pertimbangan profesional auditor.
- C. Informasi harus berisi : sasaran, lingkup, dan metodologi audit intern, termasuk kriteria pengambilan uji petik (sampling) yang digunakan. Dokumentasi penugasan yang dilakukan digunakan untuk mendukung pertimbangan profesional dan fakta yang ditemukan. Informasi tentang reviu dan supervisi terhadap penugasan yang dilakukan. Penjelasan auditor mengenai Standar Audit yang tidak diterapkan, apabila ada, alasan, dan akibatnya.
- D. Penyusunan dokumentasi informasi harus cukup rinci untuk memberikan pengertian yang jelas tentang sasaran, sumber, dan kesimpulan yang dibuat oleh auditor, dan harus diatur secara jelas sehingga ada hubungan antara fakta dengan kesimpulan yang ada dalam laporan hasil audit intern.
- E. Setiap kertas kerja audit intern harus dilakukan reviu secara berjenjang untuk memastikan bahwa kertas kerja audit intern telah disusun dan memuat semua informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan program kerja penugasan.
- F. Ketua SPI harus menetapkan kebijakan dan prosedur yang wajar mengenai pengamanan dan penyimpanan informasi audit intern selama waktu tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- G. Dokumentasi informasi memungkinkan dilakukannya reviu terhadap kualitas pelaksanaan audit intern, yaitu dengan memberikan informasi tersebut kepada pereviu, baik dalam bentuk dokumen tertulis maupun dalam format elektronik. Apabila informasi audit intern hanya disimpan secara elektronik, Ketua SPI harus yakin bahwa informasi elektronik tersebut dapat diakses sepanjang periode penyimpanan yang ditetapkan dan akses terhadap informasi elektronik tersebut dijaga secara memadai.

H. Ketua SPI harus mengembangkan kebijakan yang mengatur pengamanan dan retensi catatan penugasan consulting, serta pendistribusiannya kepada pihak internal dan eksternal. Kebijakan ini harus konsisten dengan pedoman kerja SPI dan persyaratan peraturan atau lainnya yang bersangkutan.

4.2. Pelaporan

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 Reviuw (LHR)

Adalah dokumen baku yang disusun oleh pe-reviuw setelah menyelesaikan tugas reviuw 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 ketua SPI untuk selanjutnya diberikan kepada direktur RS. Mata Undaan.

4.3. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan dan dilaporkan dalam bentuk laporan hasil pemeriksaan (LHP), laporan hasil reviuw 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 di SPI, sehingga mempermudah kegiatan monitoring dan evaluasi itu sendiri

Pada setiap tahap penugasan audit intern, auditor harus disupervisi secara memadai untuk memastikan tercapainya sasaran, terjaminnya kualitas, dan meningkatnya kompetensi auditor. Supervisi merupakan tindakan yang terus-menerus selama penugasan audit intern, mulai dari perencanaan hingga dikomunikasikannya hasil akhir audit intern. Supervisi harus diarahkan baik pada

substansi maupun metodologi audit intern dengan tujuan antara lain untuk mengetahui: pemahaman tim audit intern atas rencana audit intern; kesesuaian pelaksanaan penugasan audit intern dengan standar audit; kelengkapan informasi yang terkandung dalam kertas kerja audit intern untuk mendukung kesimpulan dan rekomendasi sesuai dengan jenis audit intern; kelengkapan dan akurasi laporan hasil audit intern yang mencakup terutama pada kesimpulan dan rekomendasi sesuai dengan jenis audit intern.

Semua penugasan audit intern harus direviu secara berjenjang sebelum dikomunikasikannya hasil akhir audit intern. Reviu secara berjenjang dan periodik dilakukan untuk memastikan bahwa: tim audit intern memahami sasaran dan rencana audit internal, audit intern dilaksanakan sesuai dengan standar audit, prosedur audit intern telah diikuti, kertas kerja audit intern memuat informasi yang mendukung fakta, simpulan, rekomendasi; dan sasaran audit telah dicapai.

BAB V PENUTUP

Piagam Audit Internal (***Audit Charter***) ini merupakan panduan yang digunakan sebagai pegangan SPI dalam menjalankan kegiatan pemeriksaan internal di RS. Mata Undaan. Tujuan disusunnya Piagam Audit Internal (***Audit Charter***) ini agar setiap pemeriksa mengetahui kode etik, standar audit, serta ketentuan yang mengatur sebagai seorang pemeriksa, sehingga setiap pemeriksa 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.

Piagam Audit Internal (***Audit Charter***) akan dilakukan revisi dikemudian hari apabila didapati ketidaksesuaian isi dengan kondisi ataupun perkembangan yang ada. Agar nantinya implementasi audit internal sesuai dengan regulasi terkini yang berlaku.

Dengan demikian diharapkan kegiatan pemeriksaan oleh SPI dapat berjalan dengan baik sesuai dengan kaidah yang berlaku. 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