

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3694/A000/XI/2021

TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN
SATUAN PEMERIKSA INTERNAL

LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN SATUAN PEMERIKSA INTERNAL
NOMOR: 3694/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Ami Amanda,SE	Ketua SPI		08-11-2021
Verifikator	:	Ami Amanda,SE	Ketua SPI		08-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan,MARS	Direktur RS Intan Husada		08-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3694/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN SATUAN PEMERIKSA INTERNAL
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, Rumah Sakit Intan Husada telah memenuhi syarat dan kemampuan pelayanan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C;
- b. bahwa dalam rangka penerapan tata kelola rumah sakit yang baik dan pelayanan rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel di Satuan Pemeriksa Internal perlu dibuat ketentuan dasar untuk melakukan/melaksanakan kegiatan pelaksanaan di Satuan Pemeriksa Internal;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a dan b maka Direktur Rumah Sakit Intan Husada perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksa Internal.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
5. Surat Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 034/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
6. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN SATUAN PEMERIKSA INTERNAL.**
- Kesatu : Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksa Internal di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pengorganisasian pelayanan Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 10 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Pedoman.....	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan.....	2
D. Batasan Operasional.....	2
BAB II STANDAR KETENAGAAN	
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....	3
B. Distribusi Ketenagaan.....	7
C. Pengaturan Jaga.....	7
BAB III STANDAR FASILITAS	
A. Denah Ruang.....	8
B. Standar Fasilitas.....	8
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	
A. Tata Laksana Pemeriksaan Pelayanan dan Umum	9
B. Tata Laksana Pemeriksaan Piutang Pasien	11
C. Tata Laksana Pemeriksaan Pendapatan	11
D. Tata Laksana Pemeriksaan Administrasi Keuangan	11
E. Tata Laksana Pembuatan Kertas Kerja Pemeriksaan (KKP)	11
F. Tata Laksana Pembuatan Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP)	13
G. Tata Laksana Pembuatan Laporan Temuan Pemeriksaan	13
H. Tata Laksana Tindak Lanjut Atas Temuan	14
BAB V LOGISTIK	
A. Permintaan Barang Rutin.....	16
B. Permintaan Barang Non Rutin.....	16
C. Alur Logistik.....	17
D. Proses Pengelolaan.....	18
BAB VI KESELAMATAN PASIEN	
A. Identifikasi Resiko Keselamatan Pasien.....	19
B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien.....	19
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien.....	19
BAB VII KESELAMATAN KERJA	
A. Identifikasi Resiko Keselamatan Kerja.....	20
B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja.....	20
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja.....	21
BAB VIII PENGENDALIAN MUTU	
A. Indikator Mutu.....	22
B. Monitoring.....	23
C. Evaluasi.....	23
D. Pelaporan.....	24
E. <i>Continuous Improvement</i>	24

BAB IX PENUTUP.....	25
DAFTAR PUSTAKA.....	26

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sesuai dengan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 pasal 36, menetapkan bahwa setiap rumah sakit harus menyelenggarakan tatakelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Kaidah-kaidah *Good Corporate Governance* meliputi transparansi, akuntabilitas, kemandirian serta kepatutan sesuai dengan prinsip korporasi yang sehat dan taat kepada peraturan perundangan.

Dalam rangka meningkatkan peran dan fungsi Rumah Sakit Intan Husada sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat, perlu ditunjang oleh sistem pengawasan manajemen yang efektif terhadap pengelolaan sumber daya rumah sakit sehingga sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dengan prinsip - prinsip *Good Corporate Governance*.

Demikian pula dengan perkembangan dunia perumahsakit yang semakin kompleks maka dipandang perlu menetapkan Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit Intan Husada.

B. Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam penyusunan kebijakan, prosedur dan segala proses di unit Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit Intan Husada

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menstandarkan kebijakan dan prosedur di Satuan Pemeriksa Internal.
- b. Untuk menstandarkan pola pemeriksaan di Satuan Pemeriksa Internal.
- c. Untuk menstandarkan pola penilaian kualitas SDM di Satuan Pemeriksa Internal.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang Lingkup Pelayanan Satuan Pemeriksa Internal meliputi pengujian dan penilaian:

1. Menguji dan mengevaluasi kepatuhan pada ketaatan peraturan perundangan-undangan, termasuk ketaatan terhadap Rencana Strategis Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) yang telah ditetapkan rumah sakit.
2. Mengaudit dan mengevaluasi tentang kemampuan, efektivitas, ketaatan, kualitas pelaksanaan tugas manajemen operasi dan manajemen penunjang yang antara lain meliputi pengelolaan resiko, material, control, pengadaan, pembelian dan sebagainya.
3. SPI dapat melakukan penilaian tentang efektivitas dan efisiensi dalam penggunaan sarana yang tersedia dan kualitas pelaksanaan tugas manajemen operasi.
4. Penilaian tentang hasil guna atau manfaat yang direncanakan dari suatu kegiatan atau program, khususnya analisis terhadap manfaat dan biaya yang digunakan dalam kegiatan tersebut.

D. Batasan Operasional

Batasan operasional Satuan Pemeriksa Internal meliputi:

1. Pelaksanaan kegiatan operasional, termasuk kegiatan pelayanan (Hanya Aspek Manajerial/Administratif).
2. Pemeriksaan terkait dengan laporan keuangan Rumah Sakit. (Hanya Aspek Laporan Pendapatan dan Laporan Pengeluaran Keuangan).
3. Pemeriksaan terkait dengan kegiatan Operasional Rumah Sakit dan Marketing.

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

1. Standar Independensi

Dalam pelaksanaan tugasnya unit kerja organisasi SPI harus independen dari aktivitas yang di auditnya, sebagai berikut:

- a. Satuan Pemeriksa Internal berada langsung dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur. Dan semua unit kerja rumah sakit wajib bekerja sama dengan Satuan Pemeriksa Internal, sehingga memungkinkan pelaksanaan tanggung jawab audit.
- b. Tidak rangkap fungsi pekerjaan, tidak mempunyai hubungan kekerabatan dan keuangan dengan audit serta ahli di bidang pemeriksaan internal baik keuangan maupun operasional atau dengan pembagian tugas di SPI.
- c. Bersikap independen baik secara organisatoris maupun pribadi, dengan demikian dapat memberikan pendapat yang tidak memihak dan tidak berprasangka dalam pelaksanaan dan pelaporan hasil audit nya.
- d. Bersikap objektif dan jujur serta yakin bahwa hasil kerjanya dapat dihandalkan, dapat dipercaya, dan bebas dari pengaruh pihak lain, dan tidak boleh mengesampingkan pertimbangan – pertimbangan objektif yang ditemui dalam tugas auditnya.
- e. Menjaga integritas, yaitu tidak memanfaatkan informasi yang diperoleh untuk kepentingan, keuntungan pribadi atau hal lain yang patut diduga dapat disalahgunakan baik oleh dirinya sendiri atau pihak lain yang tidak berhak.

2. Standar Keahlian

Audit internal harus dilaksanakan oleh auditor internal yang baik secara individu ataupun secara kolektif, mempunyai kecepatan profesional yang memadai dan kecermatan yang seksama untuk bidang tugasnya.

Kualifikasi yang diperlukan untuk seorang auditor **tidak harus seorang akuntan**, bisa juga seorang yang memahami manajemen rumah sakit, Manajemen SDM, Manajemen Pemasaran, serta personil yang memiliki pengetahuan dan pengalaman lainnya tentang operasional rumah sakit dan diharapkan yang telah memiliki sertifikat auditor sehingga memenuhi syarat untuk melakukan audit internal.

3. Persyaratan Jabatan

NO	JABATAN	PERSYARATAN JABATAN						
		PENDIDIKAN	PENGALAMAN MINIMUM	PELATIHAN MINIMUM	KEAHLIAN KHUSUS	JENIS KELAMIN	KEPRIBADIAN	LAIN-LAIN
1	Kepala SPI	Sarjana (S1 segala Jurusan diutamakan Ekonomi)	3 tahun (sebagai Auditor)	Hard Skills = Ms. Office, Training Auditor SPI Soft Skills = Leadership Skills, Communication Skills	Menguasai Sistem dan Prosedur dan Audit Program	Laki-Laki / Perempuan	a) Memiliki jiwa kepemimpinan. b) Bertanggung jawab, jujur, disiplin, mandiri, kreatif. c) Memiliki kemampuan konseptual teknis dan hubungan antar manusia yang baik	Besedia melaksanakan tugas di luar jam kerja.
2	Staff SPI		Minimal 1 tahun bekerja di Rumah Sakit	Hard Skills = Ms. Office	Menguasai Sistem dan Prosedur dan Audit Program	Laki-Laki / Perempuan		

4. Kompetensi

- Menjalin komunikasi dengan seluruh Jajaran / Unit kerja dilingkungan Rumah Sakit Intan Husada, melalui sebuah metoda pendekatan audit yang bersifat fasilitatif. Anggota SPI diharapkan mampu menempatkan diri untuk membantu manajemen rumah sakit dalam mengevaluasi kinerja dan memberikan solusi / saran terhadap persoalan atau hambatan yang terjadi sehingga dapat berfungsi secara efektif dan kinerja menjadi optimal
- Anggota SPI hendaknya memiliki pemahaman yang memadai terhadap bidang – bidang yang akan diaudit. Oleh karena itu penempatan personil SPI harus dipertimbangkan dari berbagai aspek baik latar belakang pendidikan, pengalaman kerja, kompetensi melakukan audit, memiliki catatan kinerja baik, loyalitas tinggi dan dedikasi terhadap pekerjaan, Integritas dan kredibilitas menjadi penilaian utama.
- Penempatan personil SPI yang tidak layak hanya akan memperlemah SPI dan akan membuat SPI tidak bisa memberikan kinerja seperti diharapkan. Oleh karena itu SPI hendaknya juga diberikan pengetahuan dan keterampilan yang memadai sebagai dasar kompetensi mereka melakukan kegiatan audit.
- Disamping memiliki ilmu yang memadai, anggota SPI harus menguasai kemampuan untuk menganalisa, melakukan penilaian, mengajukan rekomendasi atau saran - saran perbaikan sampai melakukan penilaian ulang apakah proses perbaikan untuk dilakukan tapi sudah dilakukan, sehingga persoalan bisa benar- benar selesai dan tuntas.
- SPI bukanlah Tim yang mencari-cari kesalahan namun merupakan bagian dari rumah sakit yang membantu manajemen dalam mengevaluasi dan mengawasi sistem pengendalian manajemen untuk diarahkan kepada jalur yang benar.

- f. Untuk itu diperlukan komitmen yang kuat antara manajemen dengan SPI agar sistem kendali tetap bisa berjalan dengan baik dan tidak menimbulkan kekhawatiran pada unit kerja di lingkungan Rumah Sakit Intan Husada.
- g. Adanya kewenangan yang memadai diberikan kepada SPI untuk bisa mengakses berbagai tempat atau dokumen rumah sakit sesuai peraturan perundangan yang berlaku, dalam rangka melakukan tugasnya. Apabila tidak ada keterbukaan dan akses yang cukup, maka segala penyimpangan yang beresiko terhadap kerugian rumah sakit tidak segera diketahui untuk segera dicari jalan penyelesaiannya.
- h. SPI harus mampu mengawal tindak lanjut yang direkomendasikan auditor eksternal bekerjasama dengan Jajaran Struktural, Kepala Instalasi/Unit dan Komite-komite yang ada di rumah sakit, agar dapat terselesaikan.
- i. Adanya Independensi dari SPI, yang artinya bahwa SPI berpihak pada kebenaran faktual yang berdasarkan data dan fakta otentik, relevan dan cukup.
- j. Rekrutmen, seleksi dan penugasan tenaga auditor internal yang memenuhi syarat tuntutan tugas audit baik dari segi pendidikan, kemampuan teknis, luas cakupan kompleksitas tugas audit tersebut.
- k. Menugaskan seorang yang berkompeten agar terlaksana perencanaan audit, pelaksanaan audit, pelaporan sehingga pemantauan tindak lanjut hasil audit.

5. Tanggung Jawab Dalam Memenuhi Kecakapan Profesionalisme

- a. Kepatuhan kepada standar audit dan kode etik SPI.
- b. Penguasaan atas pengetahuan teori dan kecakapan praktek disiplin ilmu tertentu yang berkaitan dengan tugas audit.
- c. Meningkatkan kemampuan komunikasi lisan tertulis sehingga dapat berkomunikasi secara efektif dengan auditee dan manajemen RS.
- d. Memelihara kemampuan teknis auditnya melalui pembelajaran baik melalui training, seminar maupun bimbingan teknis, sehingga tetap mengikuti perkembangan standar, prosedur dan teknik audit RS.
- e. Menjaga tingkat kecermatan dan kewaspadaan terhadap penyimpangan, pemborosan, ketidak-efektifan dan kelemahan pengendalian internal, dengan melakukan pengujian dan verifikasi yang memadai dan dapat dipertanggungjawabkan melalui sample dokumen tanpa harus melakukannya seluruh proses atau transaksi.

B. Distribusi Ketenagaan

No	Jabatan	Ketenagaan	
		Dibutuhkan	Tersedia
1	Kepala Satuan Pemeriksa Internal	1	1
2	Staf Satuan Pemeriksa Internal	2	0
Total			1

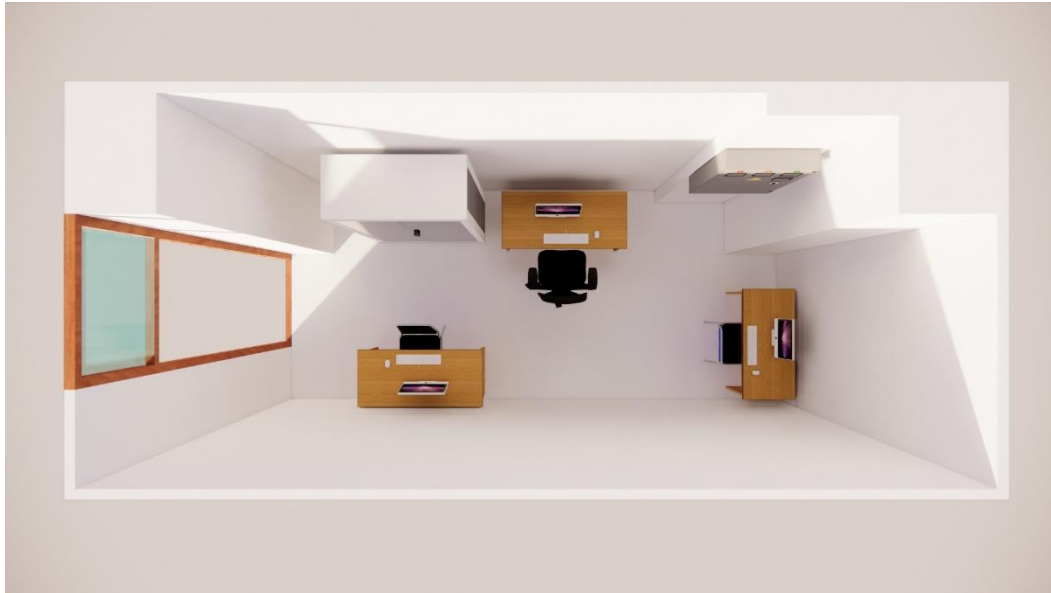
C. Pengaturan Jaga

Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit Intan Husada memberlakukan pola ketenagaan dengan pengaturan jadwal :

1. Jam kerja Berdasarkan Waktu Kerja Non *Shift*.
Senin – Jumat Pukul 07.30 – 15.30 WIB & Sabtu Pukul 07.30 – 12.00 WIB
2. Pengecualian apabila sedang melaksanakan pendampingan audit eksternal dan atau mengharuskan dinas luar yang memerlukan waktu diluar ketentuan jam kerja biasa.

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruangan



B. Standar Fasilitas

Fasilitas yang dimiliki oleh Unit Satuan Pemeriksa Internal meliputi:

No.	Nama Barang	Jumlah
1	Meja Kerja	1
2	Kursi Kerja	1
3	Printer	1
4	Laptop	1
5	Tempat Sampah Domestik	1
6	APAR	1
7	AC	1

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tata Laksana Pemeriksaan Pelayanan dan Umum

1. Pemeriksaan Pelayanan.

a. Berkaitan Dengan Pelayanan Medis.

- 1) Mintakan jadwal dokter yang bertugas.
- 2) Mintakan daftar hadir tersebut dan analisa (tepat/ terlambat).
- 3) Amati administrasi ruangan pada pelayanan dan tindakan medis dan laporan yang dibuat.
- 4) Teliti pelayanan medis kepada pasien apakah sesuai dengan prosedur atau tidak. Bila tidak teliti sebab-sebabnya.
- 5) Teliti dan telusuri laporan pelayanan/ tindakan medis serta konfirmasi dengan Bagian Keuangan untuk pembagian jasa medis.
- 6) Evaluasi tentang resep yang diberikan dokter.
- 7) Buat kesimpulan.

b. Berkaitan Dengan Pelayanan Keperawatan.

- 1) Mintakan jadwal perawat yang bertugas.
- 2) Mintakan daftar hadir tersebut dan analisa (tepat/ terlambat)
- 3) Amati administrasi ruangan pada pelayanan dan tindakan perawat dan laporan yang dibuat.
- 4) Teliti pelayanan perawat kepada pasien apakah sesuai dengan prosedur atau tidak. Bila tidak teliti sebab-sebabnya.
- 5) Teliti dan selusuri laporan pelayanan/ tindakan perawat serta konfirmasi dengan Bagian Keuangan untuk pembebanan tarif kepada pasien.
- 6) Evaluasi tentang pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat.
- 7) Buat kesimpulan.

2. Pemeriksaan Umum

a. Pemeriksaan Persediaan Obat, Alkes dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Farmasi, BMHP di Pelayanan Medis, Penunjang Medis, *Ambulance* dan Keperawatan serta Barang Non Medis di Logistik Umum.

- 1) Tentukan *item* yang akan disampling dengan melihat monitoring stok yang telah diperiksa.
- 2) Bandingkan saldo fisik stok yang diperiksa dengan saldo kartu stok manual (lakukan *cut off* pada kartu stok).
- 3) Pastikan masa kadaluarsa barang, apakah sesuai dengan ketentuan sistem prosedur operasional yang berlaku.
- 4) Pastikan penyimpanan sudah sesuai dengan standar yang berlaku.
- 5) Lakukan pengujian antara penerimaan barang dengan kelengkapan bukti dokumen penerimaan di setiap unit yang diperiksa.
- 6) Lakukan pengujian antara pengeluaran barang dengan kelengkapan dokumen pengeluaran di setiap unit yang diperiksa.
- 7) Hasil pemeriksaan disampaikan dalam Kertas Kerja Pemeriksaan (KKP).

- 8) Jika ada temuan disampaikan dalam Konfirmasi Temuan Audit (KTA), Berita Acara Selisih Barang (BASB) dan Internal Audit Memo (IAM).

b. Pemeriksaan Penerimaan barang

- 1) Dapatkan laporan pembelian barang Gas LPG, Gas Medis dan Solar.
- 2) Periksa kesesuaian antara *Purchase Order*, Surat Jalan dan Faktur Komersial dalam hal jumlah, berat dan kondisi barang dengan jumlah barang yang diterima.
- 3) Catat hasil penerimaan barang pada Kertas Kerja Pemeriksaan (KKP).
- 4) Jika terdapat ketidaksesuaian disampaikan pada berita acara penerimaan barang.

B. Tata Laksana Pemeriksaan Piutang Pasien

Pemeriksaan Piutang meliputi Piutang Pasien Umum dan Piutang Kontraktor. Pemeriksaan dilakukan terhadap semua invoice rawat jalan dan rawat inap yang masih menyisakan piutang. Adapun pemeriksaan meliputi pemeriksaan monitoring Piutang, jangka waktu (Umur Piutang), dan pembayaran/pelunasan piutang.

C. Tata Laksana Pemeriksaan Pendapatan

Pemeriksaan Pendapatan meliputi pendapatan Rawat Jalan dan Rawat Inap, pendapatan Bebas Farmasi, Pendapatan Pemakaian Ambulance, pendapatan IntanMart, Ifood dan BJA *Parking*. Pemeriksaan dilakukan terhadap seluruh *invoice* yang tercetak sampai ke pembayaran dan rekening bank masuk.

D. Tata Laksana Pemeriksaan Administrasi Keuangan

Pemeriksaan administrasi keuangan meliputi pengeluaran tunai dan non tunai. Pengeluaran dilakukan terhadap semua uang yang keluar dari *General Cashier* dan rekening Bank RSIH termasuk di dalamnya pemeriksaan pemakaian Bilyet Giro dan Cek serta rekonsiliasi bank.

E. Tata Laksana Pembuatan Kertas Kerja Pemeriksaan (KKP)

1. Bentuk KKP / Formulir

Kertas kerja pemeriksaan (KKP) adalah catatan-catatan yang dibuat dan data yang dikumpulkan pemeriksa secara sistematis pada saat melaksanakan tugas pemeriksaan. KKP tersebut harus mencerminkan langkah-langkah kerja pemeriksaan yang ditempuh, pengujian yang dilakukan, informasi yang diperoleh, dan kesimpulan hasil pemeriksaan. Setiap pemeriksa (Auditor) wajib membuat KKP pada saat melaksanakan tugasnya.

Manfaat dari KKP, antara lain :

- a. Merupakan dasar penyusunan Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP).
- b. Merupakan alat bagi atasan untuk mereview dan mengawasi pekerjaan para pelaksana pemeriksaan.
- c. Merupakan alat pembuktian dari LHP.
- d. Menyajikan data untuk keperluan referensi.
- e. Merupakan salah satu pedoman untuk tugas pemeriksaan berikutnya.

2. Persyaratan Pembuatan KKP

KKP harus memenuhi hal – hal berikut:

- a. Lengkap.
- b. Bebas dari kesalahan, baik kesalahan hitung/ kalimat maupun kesalahan penyajian informasi.
- c. Didasarkan atas fakta dan argumentasi yang rasional.
- d. Sistematis, bersih mudah diikuti (antara lain jangan membuat singkatan yang belum lazim) dan diatur rapih.
- e. Membuat hal-hal penting yang relevan dengan pemeriksaan.
- f. Mempunyai tujuan yang jelas.
- g. Sedapat mungkin dihindarkan pekerjaan menyalin ulang.
- h. Dalam tiap kertas kerja harus mencantumkan kesimpulan hasil pemeriksaan dan komentar atau catatan reviewer.

3. Isi KKP.

Isi KKP terdiri dari :

- a. Disudut kanan atas KKP ditulis Objek Audit, Kegiatan dan Periode pemeriksaan.
- b. Berkas data umum.
- c. Berkas Persiapan Pemeriksaan.
- d. Berkas Pengujian Pelaksanaan Pemeriksaan.
- e. Berkas Pemeriksaan Lanjutan dan seterusnya.
- f. Disudut kanan atas KKP harus ditulis penyusun KKP (ditulis lengkap dan di Paraf oleh Auditor).
- g. Daftar Simbol Pemeriksaan serta penjelasannya.

F. Tata Laksana Pembuatan Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP)

Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) merupakan dokumen atau media komunikasi pemeriksa untuk menyampaikan informasi tentang kesimpulan, temuan dan rekomendasi hasil pemeriksaan kepada pejabat yang berwenang.

G. Tata Laksana Pembuatan Laporan Temuan Pemeriksaan

1. Laporan temuan pemeriksaan disampaikan dalam bentuk Internal Audit Memo (IAM).

Internal Audit Memo (IAM). Internal Audit Memo (IAM) yang dibuat oleh Auditor SPI akan dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu: Internal Audit Memo (IAM) dan Internal Audit Memo Reguler (IAM Reguler).

- a. Internal Audit Memo (IAM)

Dasar pembuatan Internal Audit Memo adalah :

- 1) Temuan-temuan audit yang bersifat *urgent/* penting.
- 2) Jawaban Internal Audit Memo Reguler tidak tuntas dan tidak representatif.
- 3) Kejadian yang berulang-ulang sesuai dengan temuan yang sudah disampaikan melalui Internal Audit Memo Reguler.
- 4) Kasus yang merugikan (manipulatif).

- 5) Menyangkut temuan audit yang dianggap perlu untuk mengusulkan adanya revisi atas *Standard Operating Procedure* (SOP) atau ketentuan Rumah Sakit Intan Husada
- 6) Internal Audit Memo (IAM) dibuat oleh Kepala Unit Satuan Pemeriksa Internal
- 7) Internal Audit Memo (IAM) ditujukan kepada Direktur RSIH dan di cc – kan kepada Manajer terkait permasalahan yang ditemukan.
- b. Internal Audit Memo (IAM) Reguler
Dasar pembuatan Internal Audit Memo Reguler adalah :
 - 1) Adanya pelanggaran prosedur dan ketentuan.
 - 2) Pelanggaran manipulatif atau administratif.
 - 3) Menyangkut indiscipliner dan sikap (attitude).
 - 4) Indikasi penyimpangan yang perlu segera ditindaklanjuti atau diambil tindakan korektif oleh Manajemen.
 - 5) Internal Audit Memo Reguler dibuat oleh Staff Unit Satuan Pemeriksa Internal
 - 6) Internal Audit Memo Reguler ditujukan kepada Manager dan di cc-kan kepada kepada Direktur.
2. Isi dari Internal Audit Memo
 - a. Memuat temuan dan kesimpulan pemeriksa secara objektif serta rekomendasi yang konstruktif dan tidak mudah disalah artikan.
 - b. Mengungkapkan hal-hal yang masih merupakan masalah yang belum dapat diselesaikan sampai berakhirnya pemeriksaan bila ada.
 - c. Lebih mengutamakan usaha perbaikan/ penyempurnaan dari pada kritik.
 - d. Pihak yang berkepentingan mudah mengambil tindaklanjut atas rekomendasi dari Satuan Pemeriksa Internal.
 - e. Pembuktian menjadi mudah, jika ada keberatan dari pihak yang merasa dirugikan.
 - f. Setiap temuan penyimpangan/ indikasi penyimpangan dapat segera ditindaklanjuti dan diselesaikan.
3. Internal Audit Memo harus dibuat dengan cepat dan tepat, artinya Internal Audit Memo harus dibuat pada saat kejadian ditemukan dan dengan tujuan penyelesaian yang tepat sasaran.
4. Internal Audit Memo harus dibuat dengan rapi dan mudah dimengerti.

H. Tata Laksana Tindak Lanjut Atas Temuan

1. Pemantauan Tindak Lanjut atas Saran/ Rekomendasi Temuan
Pemantauan dilakukan secara periodik dengan melakukan hal berikut:
 - a. Verifikasi ulang terhadap perbaikan yang dilakukan oleh Auditee.
 - b. Konfirmasi kepada Audit terkait pelaksanaan perbaikan yang dilakukan terhadap temuan yang telah disampaikan.
 - c. Pemantauan tindak lanjut ke lokasi guna mendapatkan kepastian bahwa tiap rekomendasi telah diproses sesuai dengan rencana, atau terdapat rekomendasi yang tidak dapat dilaksanakan karena alasan tertentu.

2. Tujuan Pemantauan Tindak Lanjut.

Tujuan pemantauan tindak lanjut adalah :

- a. Menilai sejauh mana pimpinan/ pejabat yang berwenang telah mengambil langkah atau pelaksanaan dari rekomendasi temuan pemeriksaan;
- b. Melaporkan rekomendasi yang belum ditindaklanjuti.

BAB V LOGISTIK

Setiap pengadaan barang yang dibutuhkan oleh Satuan Pemeriksa Internal dilakukan dengan cara melakukan pengajuan kepada Logistik Umum menggunakan Form Permintaan Barang Rutin dan Non Rutin.

A. Permintaan Barang Rutin

Permintaan Barang Rutin yang diajukan oleh Satuan Pemeriksa Internal meliputi Alat Tulis Kantor (ATK) dan Alat Rumah Tangga (ART). Satuan Pemeriksa Internal melakukan pengajuan rutin sesuai dengan kebutuhan harian dan disesuaikan dengan sisa stok menggunakan Form Permintaan Barang Rutin (FPBR). Adapun jenis barang yang diajukan dalam Permintaan Barang Rutin diantaranya :

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| - Amplop | - Lem Kertas |
| - Baterai | - Ordner |
| - Binder Clip | - Pensil |
| - Buku Ekspedisi | - Pulpen |
| - Buku Tulis | - Stabilo |
| - Form Permintaan Barang | - Stik Note |
| - Form Minta Perbaikan | - Tinta Printer |
| - Gunting | - Trigonal Clip |
| - Isi Hekter | - Paper Clip |
| - Isi Ordner Plastik | - Bindex |
| - Isolasi Tape | - Tissue |
| - Kertas | - dll. |

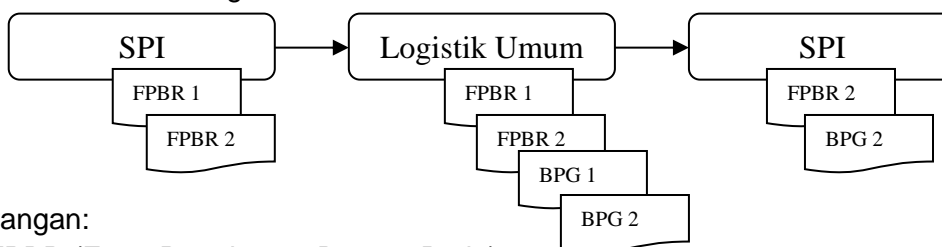
B. Permintaan Barang Non Rutin

Permintaan Barang Non Rutin yang diajukan oleh Satuan Pemeriksa Internal menggunakan Form Permintaan Barang Tidak Rutin (FPBTR) meliputi kebutuhan barang – barang yang tidak distok di Logistik Umum, diantaranya:

- Komputer Set
- Hard disk Eksternal
- Kursi Kantor
- Papan Dada
- dll

C. Alur Logistik

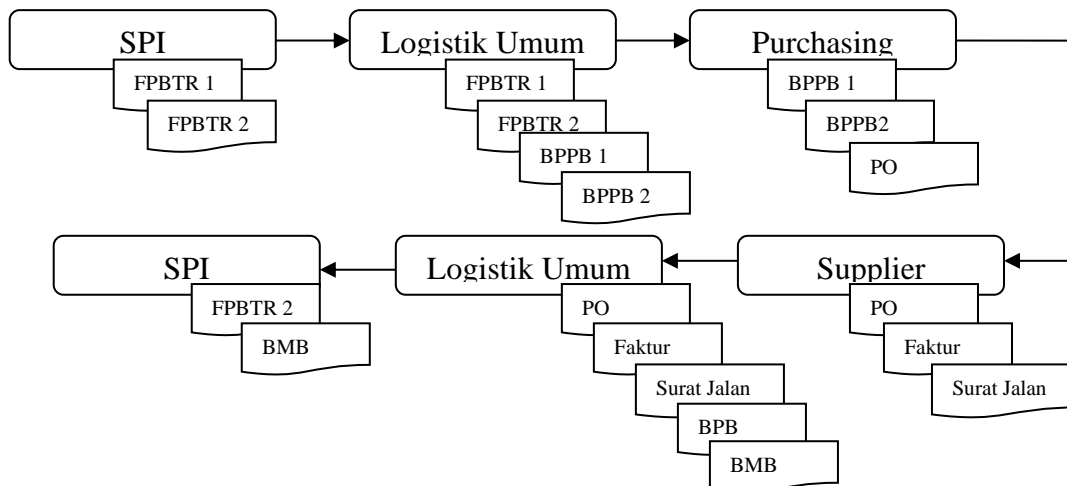
1. Alur Permintaan Barang Rutin



Keterangan:

- FPBR (Form Permintaan Barang Rutin)
- BPG (Bukti Pengeluaran Gudang)

2. Alur Permintaan Barang Non Rutin



Keterangan:

- FPBTR (Form Permintaan Barang Tidak Rutin)
- BPPB (Bon Permintaan Pembelian Barang)
- PO (*Purchase Order*)
- BPB (Bukti Penerimaan Barang)
- BMB (Bukti Mutasi Barang)

D. Proses Pengelolaan Logistik

1. Proses perencanaan logistik

Setiap awal tahun dibuatkan rencana kebutuhan logistik selama setahun yang dituangkan dalam Rencana Anggaran Biaya (RAB). Perencanaan berdasarkan riwayat permintaan dan analisa kebutuhan sesuai program pemeriksaan tahunan.

2. Proses pengadaan logistik

Proses pengadaan logistik di Satuan Pemeriksa Internal dilakukan dengan membuat pengajuan kepada Bagian Logistik Umum menggunakan Form Permintaan Barang Rutin dan Form Permintaan Barang Tidak Rutin. Untuk Permintaan Barang Rutin harus disetujui sampai tingkat Manager/Kepala (dalam hal ini Kepala SPI) dan untuk Permintaan Barang Non Rutin harus disetujui sampai tingkat Direktur. Untuk pengajuannya sendiri berdasarkan kebutuhan harian tidak langsung kebutuhan selama setahun.

3. Proses pendistribusian logistik

Proses pendistribusian logistik di Satuan Pemeriksa Internal dengan diambil sendiri oleh SPI atau melalui ekspedisi *running boy*.

4. Proses penyimpanan logistik

Setiap barang yang telah didistribusikan dari Logistik Umum akan disimpan di Ruangan Satuan Pemeriksa Internal dan setiap auditor SPI bertanggung jawab terhadap penyimpanan barang tersebut. Dikarenakan barangnya tidak distok (langsung digunakan), dimana pengajuan berdasarkan kebutuhan harian maka pengelolaannya tidak menggunakan kartu stok.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien

Semua auditor SPI harus mampu mengidentifikasi Keselamatan Pasien terutama risiko pasien cedera karena jatuh dengan melihat gelang yang dipakainya jika terdapat klip kuning maka yang bersangkutan merupakan pasien risiko jatuh.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

Jika ada auditor SPI melihat pasien jatuh agar yang bersangkutan segera membuat laporan insiden dan melaporkannya kepada Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 1 x 24 jam untuk dilakukan *Root Cause Analysis* (RCA) dan tindak lanjut perbaikannya.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien

Apabila melihat pasien dengan kondisi risiko jatuh, dimanapun tempat / areanya harus meningkatkan kepedulian dan kewaspadaan dengan cara :

1. Memastikan pasien tidak dalam kondisi sendiri tanpa pendamping
2. Apabila tanpa pendamping, siapapun yang melihat harus membantu sampai menemukan tenaga bantuan atau area yang dituju dengan ada petugas yang bertanggung jawab
3. Memastikan tidak ada genangan atau percikan air dimanapun areanya.
4. Memastikan penerangan cukup

BAB VII KESELAMATAN KERJA

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja

Di dalam melaksanakan tugas, tentunya ada resiko-resiko kerja yang harus dihadapi, meliputi:

1. Resiko bila terjadi Kebakaran.
2. Resiko bila terjadi Gempa.
3. Resiko bila terjadi Ancaman Bom.
4. Resiko bila terjadi Infeksi.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja

1. Edukasi Kode Bencana
 - a. Kode yang dimumkan melalui paging :
 - 1) *Red Code* : pemberitahuan kebakaran
 - 2) *Green Code* : pemberitahuan gempa
 - 3) *Blue Code* : pemberitahuan henti jantung
 - b. Kode yang tidak diumumkan melalui paging :
 - 1) *Black Code* : Pemberitahuan ancaman bom
 - 2) *Purple Code* : pemberitahuan pasien UGD melebihi kapasitas pelayanan
 - 3) *Pink Code* : pemberitahuan adanya wabah / epidemis
 - 4) *107 Code* : Pemberitahuan penculikan bayi / anak.
2. Edukasi Kebakaran
 - a. Prosedur bila menemukan api : RACE
 - 1) R / *Rescue* : selamatkan orang dekat api.
 - 2) A / *Alarm* : tekan alarm atau hubungi security di 8888.
 - 3) C / *Confine* : batasi perjalanan api dengan menutup pintu/jendela.
 - 4) E / *Extinguish* : padamkan api dengan APAR.
 - b. Prosedur penggunaan APAR : PASS
 - 1) P / Pin pengaman dicabut.
 - 2) A / Arahkan *spray nozzle* ke dasar api.
 - 3) S / Semprotkan APAR dengan menekan *handle*.
 - 4) S / Sapukan ke sisi-sisi api.
 - c. Prosedur bila mendengar *Code Red* : 4S
 - 1) S / Stop pekerjaan.
 - 2) S / Siapkan pasien-pasien, rekam medik dan peralatan penting lainnya yang akan di evakuasi.
 - 3) S / Setelah terdengar instruksi lewat paging lakukan evakuasi sesuai dengan petunjuk.
 - 4) S / Selalu menggunakan tangga darurat.
3. Edukasi Bila Terjadi Gempa : 4 J
 - a. J / Jangan tinggalkan ruangan sampai gempa berhenti.
 - b. J / Jatuhkan tubuh/berlindung dibawah meja atau *furniture* yang kokoh.
 - c. J / Jauhi benda yang mudah jatuh.
 - d. J / Jangan panik dan tunggu instruksi selanjutnya.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja

1. Pemberian edukasi penanganan bencana.
2. Pemberian edukasi cuci tangan.
3. Pemberian edukasi etika batuk/bersin.

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

A. Indikator Mutu

KAMUS INDIKATOR/PROFIL INDIKATOR		INDIKATOR MUTU : REALISASI AUDIT PLAN BULANAN	INDIKATOR MUTU : RESPON TIME PENERBITAN INTERNAL AUDIT MEMO (IAM)	INDIKATOR MUTU : PENYELESAIAN INTERNAL AUDIT MEMO
1	Program	Pelaksanaan Audit Plan Bulanan	Pelaporan Temuan Audit	Penyelesaian Temuan Audit
2	Dimensi Mutu	<i>Effective</i>	<i>Timely</i>	<i>Timely</i>
3	Tujuan	Agar tercapainya target pemeriksaan	Agar setiap temuan Audit dapat segera dilakukan tindakan korektif dan preventif dari manajemen	Agar penyelesaian temuan audit yang dibuatkan IAM dapat termonitoring sampai dengan selesai
4	Dasar Pemikiran/Literatur			
5	Definisi	Audit Plan merupakan rencana pemeriksaan yang akan dilakukan oleh Internal Audit yang disusun setiap bulannya	Internal Audit Memo adalah informasi tertulis kepada Manajemen yang dibuat oleh SPI dari hasil temuan pada saat melakukan pemeriksaan Audit Program	Penyelesaian IAM merupakan tindak lanjut dari manajemen berupa tindakan korektif dan preventif terhadap permasalahan yang disampaikan oleh Internal audit berdasarkan deadline yang ditentukan manajemen sampai permasalahan dapat dianggap selesai
6	a. Inklusi	Semua Rencana Audit Program	Temuan - temuan yang sudah dilakukan <i>follow up</i>	Temuan - temuan yang sudah dituangkan dalam Internal Audit Memo
	b. Eksklusi	Rencana Audit Program yang tidak terrealisasi karena ada pemeriksaan khusus	Pemeriksaan Audit program yang tidak ada temuan	IAM yang tidak dapat terselesaikan dikarenakan hal - hal

				di luar kekuasaan manajemen
7	Type Indikator	Hasil	Proses dan hasil	Hasil
8	Jenis Indikator	Presentase	Presentase	Presentase
9	Numerator	Jumlah Audit Plan yang sudah terealisasi	Jumlah Internal Audit Memo yang terbit 7 hari kerja setelah follow up terakhir	Jumlah IAM yang sudah terselesaikan dalam bulan berjalan
10	Denominator	Jumlah Audit Plan Bulanan	Jumlah Internal Audit Memo yang terbit	Jumlah IAM dengan deadline penyelesaian di bulan berjalan dan semua IAM yang belum selesai
11	Cara Pengukuran/Form ula	Jumlah audit plan yang sudah terealisasi / jumlah audit plan x 100	Jumlah IAM yang terbit 7 hari setelah follow up terakhir / Jumlah IAM yang terbit x 100	Jumlah IAM yang sudah terselesaikan dalam bulan berjalan / Jumlah IAM dengan deadline penyelesaian di bulan berjalan dan semua IAM yang belum selesai x 100
12	Nilai Ambang/standar	100%	80%	60%
13	Sumber data	1. Rencana Audit Program Bulanan 2. Kertas Kerja Pemeriksaan	1. Internal Audit Memo 2. Form Konfirmasi Audit 3. Berita Acara Selisih Barang (BASB) 4. Konfirmasi Temuan Audit (KTA)	1. Monitoring IAM 2. Form Konfirmasi Audit 3. Berita Acara Closing IAM
14	Wilayah Pengamatan	Internal Audit	Internal Audit	Internal Audit
15	Metode Pengumpulan Data	Setelah kejadian (<i>retrospective</i>)	Setelah kejadian (<i>retrospective</i>)	Setelah kejadian (<i>retrospective</i>)
16	Pengumpul data	Staf SPI	Staf SPI	Staf SPI
17	Frekuensi pengumpulan data	Keseluruhan	Keseluruhan	Keseluruhan
18	Periode waktu laporan	Perbulan	Perbulan	Perbulan
19	Rencana Analisis	Analisa mendalam (<i>deep analysis</i>)	Analisa mendalam (<i>deep analysis</i>)	Analisa mendalam (<i>deep analysis</i>)

20	Data akan disebarluaskan pada staf	Rapat Koordinasi	Rapat Koordinasi	Rapat Koordinasi
21	Nama Alat atau sistem audit	Kertas Kerja	Kertas Kerja	Kertas Kerja

B. *Monitoring*

Setiap Indikator Mutu akan dimonitoring oleh Penanggung Jawab Mutu Satuan Pemeriksa Internal dan seorang pengumpul data setiap harinya dan akan dilakukan rekapitulasi setiap periodenya untuk dievaluasi pencapaiannya. Monitoring dituangkan dalam Kertas Kerja Pemeriksaan.

C. *Evaluasi*

Setiap Indikator Mutu akan dievaluasi setiap periode pelaporannya, jika sudah mencapai standar yang diinginkan, maka jika dipandang perlu akan dipilih Indikator Mutu yang lain, namun jika belum tercapai akan dianalisa mengenai penyebab tidak tercapainya dan dilakukan perbaikan.

D. *Pelaporan*

Setiap Indikator Mutu akan dilaporkan kepada Kepala Satuan Pemeriksa Internal dan dievaluasi setiap periodenya (tergantung periode pelaporan yang ditentukan) dan akan disebarluaskan melalui Rapat Koordinasi.

E. *Continuous Improvement*

Continuous Improvement dilakukan dengan adanya review secara berkala untuk semua program pemeriksaan Satuan Pemeriksa Internal dengan melakukan analisa sampai ke akar permasalahan. Program pemeriksaan Satuan Pemeriksa Internal akan disesuaikan mengikuti perkembangan bisnis Rumah Sakit.

BAB IX PENUTUP

Demikian pedoman pelayanan Satuan Pemeriksa Internal ini dibuat, dan diharapkan dengan dibuatkannya pedoman pelayanan ini akan menjadi dasar setiap pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Rumah Sakit Intan Husada. Adapun penjelasan mengenai prosedur pemeriksaan yang lebih rinci akan dijelaskan pada Standar Prosedur Operational (SPO) masing – masing pemeriksaan.