



**PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS  
NOMOR 132/UN4.24.0/2023**

**TENTANG**

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL  
(SPI)**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka penyelenggaraan dan pelaksanaan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit Unhas, diperlukan Penataan Organisasi di setiap unit kerja Rumah Sakit Unhas;
- b. bahwa berdasarkan huruf a di atas maka perlu disusun Peraturan Direktur Utama Tentang Pedoman Pengorganisasian Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2001 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 Tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2003 Tentang Keuangan Negara;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan, Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5038);
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 158);
8. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014, Tanggal 15

- Januari 2014, tentang Aparatur Sipil Negara, Lembaran Negara R.I. Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara R.I. Nomor 5494;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
  10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2015 Tentang Statuta Universitas Hasanuddin
  11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 93 Tahun 2015 Tentang Rumah Sakit Pendidikan;
  12. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
  13. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
  14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
  15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
  16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
  17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
  18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi Terhadap Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan;
  19. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 28261/UN4.1/OT.04/2017 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
  20. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 2817/UN4.1/KEP/2018 tanggal 18 Juli 2018 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
  21. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 5441/UN4/OT.04/2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Universitas Hasanuddin;
  22. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 51973/UN4.1/KU.21/2016 tentang Penetapan Pola Pengelolaan Keuangan dan Aset Universitas Hasanuddin Tahun 2017.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN SATUAN PEMERIKSAAN

INTERNAL (SPI) RUMAH SAKIT UNIVERSITAS  
HASANUDDIN

**BAB I**

**Ketentuan Umum**

Pasal 1

1. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disingkat dengan RSUH, merupakan unit kerja didalam lingkungan Universitas Hasanuddin yang berfungsi sebagai unit penunjang akademik yang bertugas untuk mengkoordinasikan dan/atau menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelayanan dan penelitian dalam sejumlah disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran dan kesehatan atau yang terkait yang mengedepankan efisiensi dan produktivitas.
2. Dewan Pengawas adalah organ non struktural rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
3. Direktur Utama adalah organ RSUH yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Rumah Sakit.
4. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah organ yang bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam memimpin dan menyelenggarakan audit kinerja non medis internal rumah sakit.
5. *Internal Control* atau pengendalian internal adalah kegiatan atau sebuah proses penanganan risiko yang menyediakan keyakinan yang memadai bagi Direktur Utama meliputi pengendalian preventif, direktif, detektif dan korektif.
6. Audit Internal adalah aktivitas independen untuk memberikan *keyakinan* yang obyektif serta pemberian saran perbaikan demi peningkatan nilai tambah operasi suatu entitas, yang akan membantu pencapaian tujuan entitas tersebut melalui langkah-langkah yang sistematis dan pendekatan yang disiplin, dengan melakukan evaluasi dan meningkatkan keefektifan manajemen risiko, pengendalian dan proses tatakelola yang amanah.
7. Satuan Pemeriksaan Internal selanjutnya disingkat SPI adalah organ yang bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam memberikan pertimbangan-pertimbangan non medis sebagai alat pengambilan keputusan dengan tugas merencanakan, menerapkan, melaksanakan, mengendalikan, dan mengembangkan standar audit kinerja rumah sakit non medis.
8. Ketua SPI adalah organ bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam memberikan pertimbangan-pertimbangan non medis sebagai alat pengambilan keputusan dengan tugas merencanakan, menerapkan, melaksanakan, mengendalikan, dan mengembangkan standar audit kinerja rumah sakit non medis..
9. *Good Corporate Governance* (GCG) adalah suatu proses dan mekanisme yang digunakan oleh organisasi dalam rangka meningkatkan *keberhasilan* usaha dan akuntabilitas organisasi guna mewujudkan dan meningkatkan nilai rumah sakit (*corporate value*) dengan memperhatikan kepentingan stakeholders berlandaskan perundang-undangan, kebidakan, prosedur, moral dan etika.
10. Standar keilmuan adalah standar kecakapan profesionalisme dengan

mempertimbangkan penugasan tenaga auditor internal baik dari segi pendidikan, pengalaman, keterampilan, kemampuan teknis dan pelatihan minimal yang harus dimiliki oleh setiap jenjang jabatan di SPI.

11. Standar Independensi adalah keharusan yang dimiliki SPI sebagai Unit dan seluruh SDM di dalamnya untuk independent dari aktivitas yang diauditnya.
12. Standar perilaku adalah keharusan dari setiap SDM SPI untuk mematuhi kode etik seorang auditor.
13. Kode etik adalah standar yang mengatur Prinsip Dasar dan Aturan Perilaku yang dalam pelaksanaannya memerlukan pertimbangan yang seksama dari masing-masing auditor.
14. Pengendali mutu adalah jabatan dalam Unit SPI yang bertanggung jawab agar mutu audit dapat terjaga untuk setiap kegiatan audit.
15. Pengendali teknis adalah jabatan dalam Unit SPI yang bertanggung jawab atas pelaksanaan audit sesuai dengan prosedur sehingga efektifitas dan efisiensi kerja dapat terwujud.
16. Ketua tim adalah jabatan dalam Unit SPI yang melaksanakan seluruh prosedur audit yang telah disusun dan mengawasi secara langsung proses kerja anggota tim.
17. Anggota tim adalah jabatan dalam Unit SPI yang bertanggung jawab dalam pengolahan data dan dokumen audit.

## **BAB II**

### **Maksud dan Tujuan**

#### Pasal 2

- (1) Pedoman pengorganisasian ini dimaksudkan dijadikan acuan dalam penyelenggaraan dan penyusunan prosedur operasional standar pengendalian internal rumah sakit. Pelaksanaan pedoman kerja SPI didasarkan pada kemampuan atau kompetensi, jumlah SDM, sarana dan prasarana serta peralatan yang ada.
- (2) Pedoman ini disusun dan harus dilaksanakan oleh seluruh Auditor Internal dalam Unit SPI dengan penuh rasa tanggung jawab sehingga terjaga dalam melaksanakan tanggung jawab dan dapat meningkatkan kinerja dari unit ini yang tentunya juga berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien

## **BAB III**

### **Penyelenggaraan**

#### Pasal 3

Ketentuan lebih lanjut mengenai pengorganisasian SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

## **BAB IV**

### **Ruang Lingkup**

#### Pasal 4

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab di Unit SPI, perlu diketahui dengan jelas ruang lingkup kerja agar efisiensi dan efektivitas dapat tercapai.

- (2) Audit dan evaluasi tentang kemampuan, efektifitas, ketaat-azasan dan kualitas pelaksanaan tugas unit kerja baik *profit center* maupun penunjang di lingkungan Rumah Sakit Unhas dengan memperhatikan pengelolaan risiko, material kontrol, pengadaan dan pembelian, pelayanan dan kegiatan operasional lainnya
- (3) Melaksanakan audit penerapan prinsip-prinsip GCG.
- (4) Memastikan pencapaian target sesuai dengan rencana.

## **BAB V**

### **Organisasi**

#### Pasal 5

- (1) SPI merupakan unit langsung di bawah Direktur Utama yang melaksanakan pengendalian internal Rumah Sakit meliputi audit pelaksanaan manajemen pelayanan, penunjang, umum dan sumber daya manusia, serta pengawasan manajemen keuangan.
- (2) Visi SPI adalah “Menjadi mitra kerja Unit yang independen sesuai dengan prinsip *Good Corporate Governance* (GCG), untuk mendukung tugas Direktur Utama dan Jajaran Manajemen dalam upaya mewujudkan tujuan rumah sakit”.
- (3) Adapun misi yang diemban oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas terdiri atas :
  - a. membantu Direktur Utama dan Jajaran Manajemen dalam mewujudkan operasional rumah sakit yang efektif, efisien dan ekonomis.
  - b. meningkatkan kompetensi staf menjadi auditor internal profesional.
  - c. memberikan layanan konsultasi dalam penerapan nilai-nilai GCG di rumah sakit.

#### Pasal 6

Dalam penyelenggaraan tata kelola SPI sebagaimana dimaksud pasal 5 SPI harus memenuhi standar yang terdiri atas :

- a. Standar Keilmuan;
- b. Standar Independensi;
- c. Standar Keahlian; dan
- d. Standar Perilaku.

#### Pasal 7

- (1) Dalam penyelenggaraan tata kelola SPI sebagaimana dimaksud pasal 5 huruf d, SPI harus menggunakan dan menegakkan prinsip-prinsip etika terdiri atas :
  - a. integritas;
  - b. objektivitas;
  - c. kerahasiaan; dan
  - d. kompetensi.
- (2) Integritas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah auditor internal akan membangun kepercayaan dan menyajikan dasar untuk dipercayanya *judgements* auditor internal.
- (3) Objektivitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah auditor internal harus memperlihatkan tingkatan tertinggi dari objektivitas profesinya dalam pengumpulan, penilaian dan pengkomunikasian informasi mengenai kegiatan atau proses yang sedang diuji. Auditor internal harus melakukan *assessment* yang

seimbang untuk berbagai kondisi/ situasi yang relevan dan tidak dipengaruhi oleh kepentingan pribadi atau golongan.

- (4) Kerahasiaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah auditor internal harus menghormati nilai dan kepemilikan informasi yang diterima dan tidak mengungkapkan informasi tanpa wewenang yang sesuai, kecuali terdapat kewajiban hukum atau profesi yang mengharuskan diungkapkannya informasi dimaksud.
- (5) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah auditor internal harus menggunakan pengetahuan, keahlian dan pengalaman yang dibutuhkan dalam pelaksanaan jasa-jasa audit internalnya.

## **BAB VI**

### **Pengawasan**

#### **Pasal 8**

- (1) SPI bertanggung jawab dalam melaksanakan pengawasan dan pemeriksaan di lingkungan rumah sakit berdasarkan uraian pekerjaan.
- (2) Pengawasan dan pemeriksaan yang dilaksanakan meliputi aspek kepatuhan, operasional dan keuangan.
- (3) Pengawasan dan pemeriksaan merupakan kinerja SPI yang akan diawasi dan dinilai oleh Direktur Utama sebagai capaian kinerja SPI.

## **BAB VII**

### **Pencatatan dan Pelaporan**

#### **Pasal 9**

- (1) Pelaksanaan Audit meliputi perencanaan audit, pelaksanaan audit, evaluasi temuan dan Informasi, pengkomunikasian hasil audit, rekomendasi tindak lanjut dan pemantauan pelaksanaan tindak lanjut.
- (2) Dalam melaksanakan audit, Auditor Internal harus melaksanakan pencatatan yang memadai dalam pengumpulan, pemeriksaan, evaluasi, investigasi, forensik, analisis informasi serta melaporkan hasil audit kepada Direktur Utama dan Auditee.
- (3) Laporan hasil audit setiap program audit yang selanjutnya disebut LHA oleh Ketua SPI disampaikan kepada Direktur Utama dan Auditee.

## **BAB VIII**

### **Penutup**

#### **Pasal 10**

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Makassar  
Pada Tanggal 03 Januari 2023  
DIREKTUR UTAMA,



ANDI MUHAMMAD ICHSAN *k*  
NIP. 19700212 200801 1 013

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN  
NOMOR 132/UN4.24.0/2023  
TANGGAL : 03 JANUARI 2023  
TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN  
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)  
RUMAH SAKIT UNHAS

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)  
TAHUN 2023  
DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**BAB I  
PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Dalam upaya pencapaian tujuan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, tugas kepengurusan rumah sakit haruslah dilaksanakan sesuai dengan kaidah-kaidah yang berlaku, meliputi Transparansi, Kemandirian, Akuntabilitas, Pertanggungjawaban dan Kewajaran (Fairness) sesuai dengan prinsip rumah sakit yang sehat, beretika dan taat kepada peraturan perundang-undangan. Rumah sakit harus menerapkan *Good Corporate Governance* (GCG). Dalam penerapannya, tata kelola rumah sakit yang baik memerlukan praktik pengawasan yang mengacu pada prinsip GCG. Suatu mekanisme dan Sistem Pemeriksaan Internal merupakan salah satu sarana utama untuk dapat memastikan bahwa pengelolaan rumah sakit telah dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip GCG. Peran SPI dalam mewujudkan GCG adalah (i) sebagai pengawas independen yang melakukan audit, evaluasi dan menilai operasional dan aktivitas rumah sakit, (ii) sebagai katalisator dan konsultan dalam hal-hal tertentu bagi Direksi dan manajemen yang berkaitan dengan praktik manajemen risiko, sistem pengendalian internal dan praktik GCG serta dalam upaya meningkatkan kinerja dan nilai rumah sakit secara berkelanjutan.

Untuk mendukung kinerja SPI di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin maka dibuatlah sebuah Pedoman SPI yang merupakan salah satu penjabaran dari Pedoman pelaksanaan GCG dan disusun sebagai pernyataan formal tertulis, yang menjadi dasar pengakuan keberadaan dan berfungsinya Satuan Pengawasan Internal (SPI) dalam melaksanakan tanggung jawab pengawasan pengendalian dan pemeriksaan. Pedoman SPI juga menjadi norma-norma acuan kerja bagi Unit SPI agar dapat bekerja secara

*professional* sesuai dengan tujuan penugasannya dan sekaligus sebagai sarana komunikasi agar kerja Unit Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) dapat diterima dan didukung oleh unit kerja lainnya.

## **B. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS**

Pedoman penyelenggaraan unit SPI sebagai dasar acuan seluruh kebijakan, prosedur dan program kerja yang terkait dengan unit SPI dalam menjalankan fungsi sebagai *internal control* rumah sakit.

### **1. Tujuan Umum**

Pedoman penyelenggaraan unit SPI bertujuan menyusun langkah-langkah penerapan kontrol internal rumah sakit yang terintegrasi dengan program kerja rumah sakit untuk menciptakan sistem manajemen dan tata kelola rumah sakit yang sesuai dengan prinsi GCG, yaitu :

- a. *Transparansi (Transparency)*, yaitu keterbukaan dalam melaksanakan proses pengambilan keputusan dan keterbukaan dalam mengemukakan informasi materiil dan relevan mengenai perusahaan.
- b. *Akuntabilitas (Accountability)*, yaitu kejelasan fungsi, pelaksanaan dan pertanggungjawaban organisasi sehingga pengelolaan perusahaan terlaksana secara efektif.
- c. *Kemandirian (Independency)*, yaitu suatu keadaan dimana perusahaan dikelola secara professional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan prinsip-prinsip korporasi yang sehat.
- d. *Pertanggungjawaban (Responsibility)*, yaitu kesesuaian di dalam pengelolaan perusahaan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku dan prinsip-prinsip korporasi yang sehat.
- e. *Kewajaran (Fairness)*, yaitu keadilan dan kesetaraan di dalam memenuhi hak-hak stakeholders yang timbul berdasarkan perjanjian dan perundang-undangan yang berlaku.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk memberikan pendapat (opini) mengenai kewajaran laporan keuangan yang disajikan oleh manajemen.
- b. Untuk memastikan apakah kondisi yang faktual sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Seluruh aktivitas organisasi dipastikan sesuai dengan kebijakan, peraturan organisasi, rencana kegiatan dan *Prosedur Operasional Standar (POS)* yang dijalankan dan tidak bertentangan dengan ketentuan

perundang-undangan yang berlaku serta sesuai dengan standar/ persyaratan yang diberlakukan oleh organisasi.

- c. Untuk memastikan apakah kegiatan operasional dan tujuannya telah dapat dicapai dengan cara yang efektif, efisien dan ekonomis.
- d. Maksud kegiatan operasional adalah semua aktivitas dalam kaitan dengan proses pelayanan maupun administrasi rumah sakit kecuali aspek medis rumah sakit.
- e. Pengendalian dalam lingkup operasional audit bersifat mencegah sebelum terjadinya kerugian material dan non material.
- f. Standarisasi ketenagaan, struktur, kebutuhan dan kualifikasi sumber daya manusia dan lain-lain

### **C. RUANG LINGKUP**

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab di Unit SPI, perlu diketahui dengan jelas ruang lingkup kerja agar efisiensi dan efektivitas dapat tercapai, berikut ini adalah ruang lingkup kerja Unit SPI Rumah Sakit Unhas :

1. Audit dan evaluasi tentang kemampuan, efektifitas, ketaat-azasan dan kualitas pelaksanaan tugas unit kerja baik *profit center* maupun penunjang di lingkungan Rumah Sakit Unhas dengan memperhatikan pengelolaan risiko, material kontrol, pengadaan dan pembelian, pelayanan dan kegiatan operasional lainnya.
2. SPI dapat melakukan audit dan evaluasi tentang kemampuan, efektivitas ketaat-azasan dan kualitas pelaksanaan tugas seluruh unit kerja dalam lingkungan Rumah Sakit Unhas atas perintah Direksi dan Direktur Utama.
3. SPI dapat melakukan audit penerapan prinsip-prinsip GCG.
4. SPI berkoordinasi dengan Lembaga Satuan Pengawasan Internal Rektorat dan Dewan Pengawas dalam hal menyampaikan laporan audit internal secara berkala, membahas temuan hasil audit, mengadakan rapat berkala untuk membahas tindak lanjut temuan hasil audit minimal setahun sekali.
5. Memastikan bahwa semua unit pada rumah rumah sakit taat terhadap kebijakan, prosedur, dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
6. Memastikan bahwa pengamanan dan pemanfaatan asset rumah sakit berjalan sebagaimana mestinya.
7. Memastikan bahwa penggunaan sumber daya dijalankan secara efektif dan efisien.
8. Memastikan pencapaian target sesuai dengan rencana.

## **BAB II**

### **GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT**

#### **A. Sejarah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**

Sejak awal Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin mempergunakan Rumah Sakit Umum Labuang Baji, Rumah Sakit Stella Maris, Rumah Sakit Pelamonia, Rumah Sakit Jiwa DADI dan menyusul Rumah Sakit Akademis sebagai tempat praktek Mahasiswa Kedokteran Universitas Hasanuddin untuk mencapai gelar Dokter.

Sesuai dengan perkembangan zaman dan tuntutan waktu, Rumah Sakit Jiwa DADI di bangun di Kampus Universitas Hasanuddin yang baru yang bernama Rumah Sakit Umum Dokter Wahidin Sudirohusodo, dimana Rumah Sakit Umum Dokter Wahidin Sudirohusodo juga berfungsi sebagai pusat rujukan di Kawasan Timur Indonesia. Sampai sekarang ini, kesemua rumah sakit tersebut diatas, ditambah dengan Rumah Sakit Umum Islam Faisal menjadi tempat praktek Mahasiswa yang akan menjadi dokter. Adapun Kelas dan Kepemilikan rumah sakit tersebut berbeda-beda.

Berhubung dengan kepemilikan dan kelas yang berbeda-beda, maka kebijakan pelayanan pendidikan dan penelitian dalam rumah sakit tersebut bervariasi satu sama lainnya dan seringkali menimbulkan konflik atau ketidakserasian antara pelayanan, pendidikan dan penelitian. Kondisi ini tentunya menghambat proses pelayanan maupun proses pendidikan yang berakibat ketidakpuasan pasien dan keterlambatan kelulusan bagi mahasiswa kedokteran. Sehubungan dengan hal tersebut, dibutuhkan suatu rumah sakit khusus pendidikan yang dapat menjadi rujukan teknologi medis pendidikan dan penelitian bagi mahasiswa kedokteran Universitas Hasanuddin.

Sehingga dianggap perlu untuk mengembangkan RS Pendidikan yang bisa dijadikan sebagai laboratorium pendidikan tidak hanya untuk fakultas kedokteran UNHAS namun juga untuk fakultas ilmu-ilmu kesehatan di Unhas seperti Fakultas Kesehatan Masyarakat, Farmasi, Fakultas Keperawatan yang sesuai standar, oleh karena itu dibangunlah RS Pendidikan Universitas Hasanuddin. Hal ini dapat tergambar pada struktur organisasi pengelola Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, dimana pengelolanya berasal dari berbagai fakultas di UNHAS sesuai kompetensi yang dibutuhkan untuk mengelola RS Pendidikan.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin atau Hasanuddin University Hospital (HUH) ini ,berlokasi di Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Kampus Tamalanrea Makassar dan diresmikan pada tanggal 15 Februari 2010 di Makassar oleh Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Prof.Dr.M.Nuh. Rumah Sakit ini terletak berdampingan dengan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo bertujuan untuk efisiensi penggunaan

sarana dan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia (SDM) sehingga dapat dikembangkan konsep saling menguatkan dalam mengintegrasikan program pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan dengan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo (RSWS).

Selain diatas, lokasi yang berdekatan ini juga dalam rangka perkembangan wilayah kampus Unhas Tamalanrea akan dikembangkan menjadi Academic health Centre di Indonesia bagian Timur. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin akan dikembangkan sebagai rumah sakit yang environmental friendly, energy saving serta mengembangkan teknologi informasi yang canggih dalam menjalankan pelayanannya. Pelayanan kesehatan yang dilayani di rumah sakit ini antara lain dektesi dini penyakit melalui penggunaan teknologi canggih (Hi-Tech) seperti penggunaan Biomolekuler serta pengembangan teknologi modern dan pengembangan pusat-pusat layanan yang tidak dikembangkan oleh rumah sakit yang ada di Sul-Sel.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mengembangkan pelayanan unggulan sesuai dengan Memorandum of Understanding (MOU) RS Dr Wahidin Sudirohusodo (RSWS) yaitu Eye Center, Trauma Center, Cancer Centre, Fertility Endocrine Center dan Neurointervention Center. Dalam menjalankan operasionalisasinya, RS Unhas banyak bekerja sama dengan RS WS dalam hal penggunaan layanan yang belum dimiliki oleh RSUH seperti Instalasi Gizi dan Laundry, Layanan Laboratorium serta sebagai tempat magang beberapa tenaga professional

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah rumah sakit tipe B, saat ini memiliki beberapa buah gedung yang terpisah letaknya dan telah beroperasi dengan jumlah total 207 tempat tidur yang terdiri atas beberapa kelas yaitu Kelas Super VIP, Kelas VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III, dengan suasana yang tenang, nyaman serta berlokasi di Makassar, Sulawesi Selatan, Indonesia.

Tahun 2009, Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mulai dibangun yang merupakan sumbangan dari Dirjen Pendidikan Tinggi. Penyerahan secara resmi pada tanggal 15 Februari 2010 yang kemudian dikenal sebagai hari jadi Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin merupakan rumah sakit pendidikan baik untuk pendidikan dokter spesialis dan juga untuk tempat pendidikan dan pelatihan dokter, perawat, petugas laboratorium, rekam medis dan petugas lain yang berasal dari berbagai daerah. Sebagai rumah sakit pendidikan bertaraf internasional yang dibangun karena kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas semakin meningkat, terjadinya transisi epidemiologi, semakin banyaknya pasien yang berobat keluar negeri dan pengembangan teknologi yang pesat tidak bisa diimbangi oleh rumah sakit yang tersedia saat ini, dengan demikian diharapkan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mampu mengintegrasikan PENDIDIKAN, PENELITIAN dan

PELAYANAN kesehatan yang sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat.

Adapun klasifikasi RS Unhas adalah sebagai berikut :

- 1 Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- 2 Alamat / Telpon / Fax. : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar, Sulawesi Selatan 90245  
Telepon : (0411) 591331  
Fax : (0411) 591332  
Email : info@rs.unhas.ac.id  
Website : www.rs.unhas.ac.id
- 3 Status Kepemilikan : Universitas Hasanuddin
- 4 Nama Direktur Utama : Prof. Dr. dr. Syafri K Arif, Sp.An-KIC-KAKV
- 5 Kelas Rumah Sakit & SK : RS Kelas B (HK.02.03/2180/2014)  
Menkes RI
- 6 No. & tanggal ijin operasional RS : No: 6/J.09/PTSP/2018 berlaku hingga 24 Agustus 2023
- 7 Luas Bangunan : - Gedung A : 14.813 m<sup>2</sup>  
- Gedung EF : 28.000 m<sup>2</sup>  
- Gedung BCD : 32.000 m<sup>2</sup>
- 8 Kapasitas Tempat Tidur : - 200 TT  
- Rencana Gedung BCD: 400 TT

## **B. Tugas Pokok Dan Fungsi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin merupakan rumah sakit pendidikam dengan kapasitas 227 tempat tidur, dikoordinasi oleh Universitas hasanuddin dibawah naungan Kementrian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan paripurna dengan motto "Tulus Melayani".

Dalam mengemban fungsi tersebut di atas, Royal progress mempunyai tugas pokok berupa :

1. Mewujudkan upaya pemeliharaan kesehatan paripurna yang terintegrasi dan berkesinambungan
2. Menciptakan upaya pendidikan yang menunjang pengembangan SDM yang bermutu dan berkesinambungan
3. Menciptakan upaya penelitian yang menunjang upaya pemeliharaan kesehatan dan pendidikan.
4. Menyelenggarakan jejaring rumah sakit yang mengemban tugas pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan

## BAB III

### VISI, MISI, FALSAFAH, LANDASAN NILAI, TUJUAN RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

#### A. Visi, Misi dan Falsafah

##### 1. Visi

“Menjadi pelopor terpercaya dalam mengintegrasikan Pendidikan, Penelitian dan Pemeliharaan Kesehatan yang bertaraf internasional”.

##### 2. Misi

- a. Menciptakan tenaga profesional yang unggul dalam *interprofessional collaboration*.
- b. Menciptakan lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pengintegrasian pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.
- c. Mempelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu pelayanan berkesinambungan.
- d. Memberikan pemeliharaan kesehatan secara *interprofessional collaboration* dengan pendidikan dan penelitian yang mengedepankan aspek humanis.
- e. Menyelenggarakan tata kelola berdasarkan prinsip *Good Governance*.

##### 3. Falsafah

Menghargai hakekat manusia sebagai makhluk paripurna dengan totalitas dan nilai-nilai yang dianutnya.

#### B. Landasan Nilai :

1. Motto Rumah Sakit Unhas adalah : “***Tulus Melayani***”

2. Nilai Dasar Rumah Sakit Unhas :

“***Long Life Learning, Innovation, Trustfulness, Togetherness, Compassion***”

- a. ***Long Life Learning*** : RS melakukan proses pembelajaran yang terus menerus dan berkesinambungan.
  - b. ***Innovation*** : Melakukan inovasi terbaru tanpa henti. RS menciptakan sistem/kreatifitas baru dalam meningkatkan kualitas pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan.
  - c. ***Trustfulness*** : Teguh terpercaya dan jujur dalam pengembangan ilmu dan keprofesian.
  - d. ***Togetherness*** : Bekerjasama dalam kebersamaan. RS ini milik bersama yang harus dikembangkan bersama melalui kerjsama dan kebersamaan.
  - e. ***Compassion*** : Tulus melayani dengan penuh perhatian dan kasih sayang.
3. Budaya Kerja Rumah Sakit Unhas :
- a. Cepat Tanggap
  - b. Cerdas Berinovasi
  - c. Cekatan Bertindak
  - d. Cermat Menilai
  - e. Ceria Melayani
  - f. Canggih Teknologi
  - g. Curahan Hati Pelanggan

### **C. Tujuan**

1. Tersedianya SDM dalam Bidang pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang profesional, berakhlak mulia dan unggul yang memiliki komitmen.
2. Terwujudnya upaya pemeliharaan kesehatan paripurna yang menyeluruh terintegrasi dan berkesinambungan.
3. Terciptanya suasana akademik yang mendukung pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang bermutu dan aman.
4. Terbinanya tim kerjasama profesional yang solid dengan perbaikan mutu kinerja berkesinambungan.
5. Terselenggaranya jejaring rumah sakit yang mengemban tugas pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.

**BAB IV**  
**STRUKTUR ORGANISASI**  
**RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**A. Struktur Organisasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**

Struktur organisasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin efektif berlaku sejak 13 Juni 2016. Organisasi Universitas Hasanuddin dipimpin oleh Direktur utam dan dibantu oleh 4 Direksi. Direksi yang terdiri dari Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, Direktur Administrasi Umum, Pemasaran dan Keuangan, Direktur Pelayanan Penunjang & Teknik Perumhaskitan, sarana medis dan Kerjasama, Direktur Pendidikan, Penelitian & SDM.

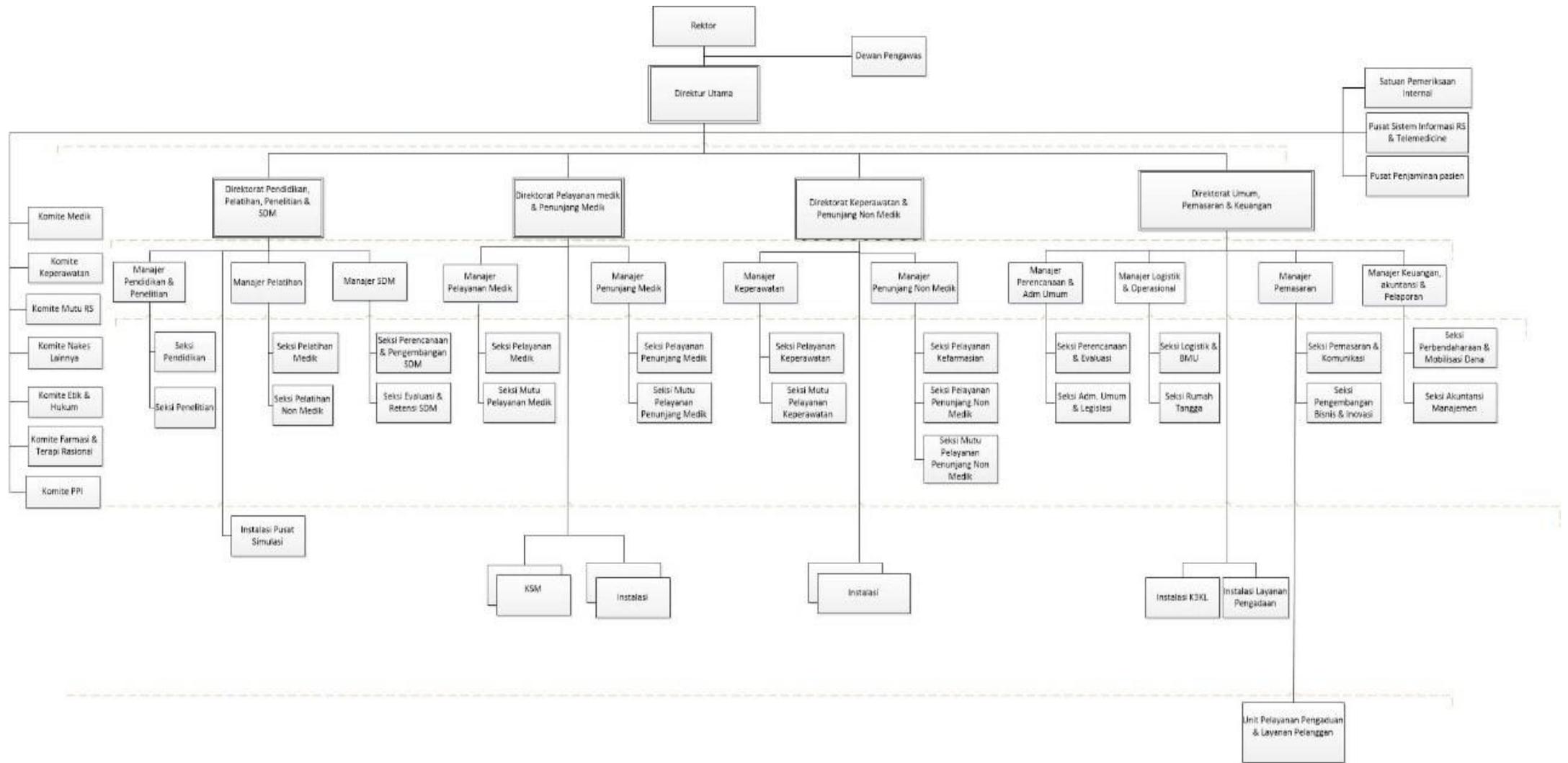
Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan membawahi 2 bidang, 1 unit, 12 Instalasi dan 6 center. Direktur Administrasi Umum, Pemasaran dan Keuangan membawahi 3 Bagian dan 3 Unit. Direktur Pelayanan Penunjang & Teknik Perumhaskitan membawahi 2 bagian, 8 instalasi dan 1 center. Direktur Pendidikan, Penelitian & SDM membawahi 2 bagian, 1 unit dan 3 center. Para kepala bidang dapat dibantu oleh staff bidang. Sedangkan unsur ini adalah Unit, yang dipimpin oleh koordinator Unit.

Direksi wajib membuat rencana jangka panjang berupa Rencana Strategis 5 tahun yang membuat sasaran dan tujuan yang hendak dicapai dalam 5 tahun. Renstra sekurang-kurangnya memuat :

1. Evaluasi kinerja 5 tahun sebelumnya.
2. Posisi rumah sakit saat ini,
3. Asumsi yang digunakan dalam menyusun renstra.

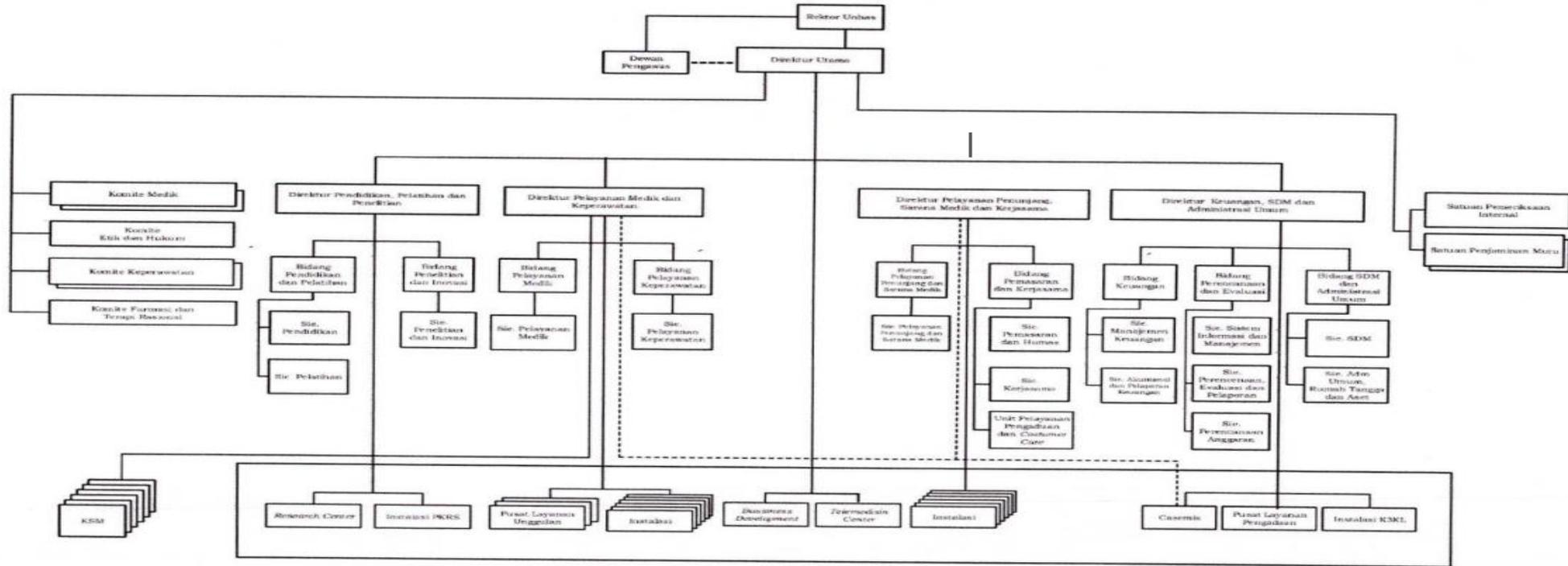
Penetapan sasaran, strategi dan program kerja 5 tahunan. Renstra disahkan oleh Ketua Bidang. Universitas Hasanuddin dipimpin oleh seorang direktur utama rumah sakit yang dibantu oleh direktur administrasi, SDM dan keuangan.

Struktur organisasi RS Unhas sesuai Tahun 2023 sebagai berikut:



Struktur organisasi RS Unhas sesuai dengan Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor : 6/UN4.1/2022 tanggal 22 April 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagai berikut:

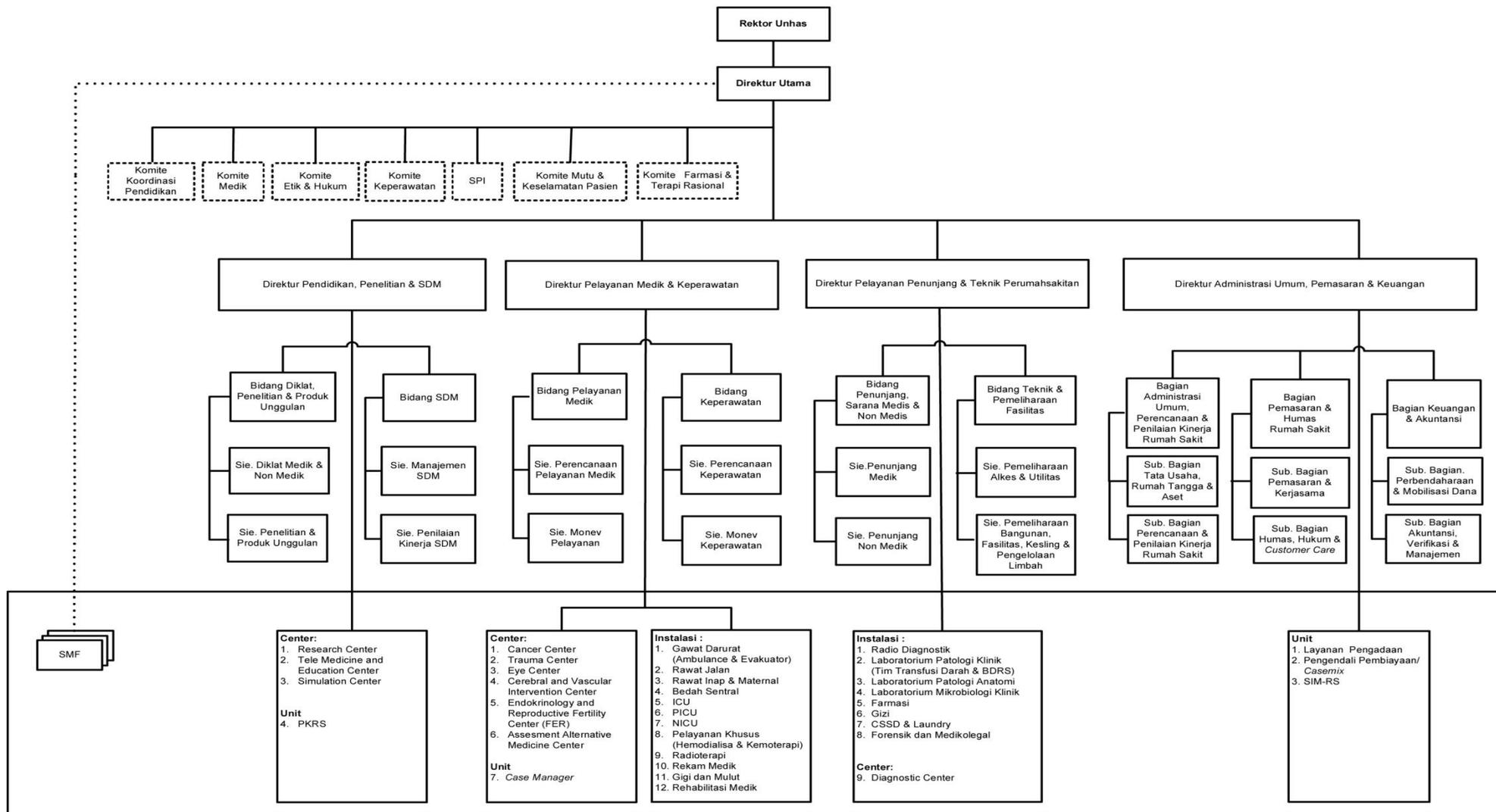
LAMPIRAN  
 PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN  
 NOMOR 6/UN4.1/2022  
 TANGGAL 22 APRIL 2022  
 TENTANG ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH  
 SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN



Ditetapkan di Makassar  
 pada tanggal 22 April 2022  
 REKTOR,

DWIA ARIES TINA PULUBUHU  
 NIP196404191989032002

**STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**REVISI : SENIN, 13 JUNI 2016**



## **BAB V**

### **PENGORGANISASIAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)**

#### **A. VISI**

Visi Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas sebagai Auditor Internal adalah: “Menjadi mitra kerja Unit yang independen sesuai dengan prinsip *Good Corporate Governance* (GCG), untuk mendukung tugas Direktur Utama dan Jajaran Manajemen dalam upaya mewujudkan tujuan rumah sakit”.

#### **B. MISI**

Adapun misi yang diemban oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas adalah :

1. Membantu Direktur Utama dan Jajaran Manajemen dalam mewujudkan operasional rumah sakit yang efektif, efisien dan ekonomis.
2. Meningkatkan kompetensi staf menjadi auditor internal profesional.
3. Memberikan layanan konsultasi dalam penerapan nilai-nilai GCG di rumah sakit.

#### **C. NILAI-NILAI**

Sebagai mitra kerja manajemen, Unit SPI harus mampu memberi rekomendasi dan konsultasi dalam meningkatkan nilai-nilai rumah sakit yang dapat dipercaya, melalui proses kerja yang memiliki :

1. Akuntabilitas (*accountability*).
2. Pertanggungjawaban (*responsibility*).
3. Tansparansi (*transparancy*).
4. Kewajaran (*fairness*).
5. Kemandirian (*independency*).
6. Sikap proaktif, tanggap, terpercaya dan objektif.
7. Komunikasi secara efektif baik lisan maupun tertulis.
8. Kemampuan mengukur sukses berdasarkan kualitas dan kuantitas.
9. Kemampuan menemukan, mengenali akar masalah dan mendeteksi dini.
10. Kemampuan menyajikan temuan secara objektif dan potensial.
11. Kemampuan menyampaikan rekomendasi yang efektif dan terimplementasi.

#### **D. KODE ETIK AUDIT INTERNAL**

Audit internal diharapkan menggunakan dan menegakkan prinsip-prinsip etika berikut :

1. Integritas.

Integritas auditor internal akan membangun kepercayaan dan menyajikan dasar untuk dipercayanya *judgements* auditor internal.

2. **Objektivitas**

Auditor internal harus memperlihatkan tingkatan tertinggi dari objektivitas profesinya dalam pengumpulan, penilaian dan pengkomunikasian informasi mengenai kegiatan atau proses yang sedang diuji. Auditor internal harus melakukan *assessment* yang seimbang untuk berbagai kondisi/ situasi yang relevan dan tidak dipengaruhi oleh kepentingan pribadi atau golongan.

3. **Kerahasiaan**

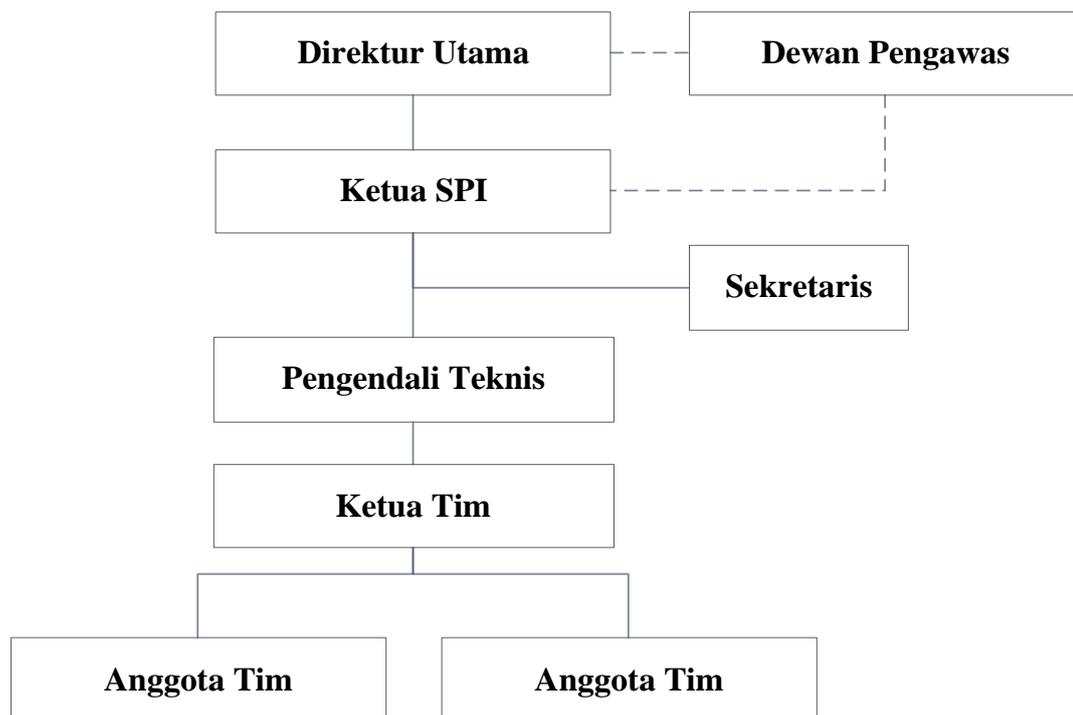
Auditor internal harus menghormati nilai dan kepemilikan informasi yang diterima dan tidak mengungkapkan informasi tanpa wewenang yang sesuai, kecuali terdapat kewajiban hukum atau profesi yang mengharuskan diungkapkannya informasi dimaksud.

4. **Kompetensi**

Auditor internal harus menggunakan pengetahuan, keahlian dan pengalaman yang dibutuhkan dalam pelaksanaan jasa-jasa audit internalnya.

### E. STRUKTUR ORGANISASI

Berikut adalah bagan struktur organisasi Satuan Pemeiksaan Internal (SPI) Rumah Sakit Universitas Hasanuddin :



## **F. KEDUDUKAN DAN FUNGSI**

1. Kedudukan :
  - a. Unit SPI adalah Pelaksana Tugas di bidang pemeriksaan internal rumah sakit yang berkedudukan langsung di bawah Direktur Utama.
  - b. Unit SPI dipimpin oleh seorang Ketua Unit yang dalam melaksanakan tugas bertanggungjawab langsung kepada Direktur Utama.
2. Fungsi :

SPI adalah unit internal yang bersifat independen dan berfungsi untuk:

  - a. Membantu Direktur Utama dalam hal pemeriksaan/ audit, penilaian, penyajian, evaluasi, saran perbaikan serta konsultasi kepada unit kerja untuk dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya secara efektif dan efisien sesuai dengan kebijakan yang ditentukan oleh rumah sakit.
  - b. Melakukan analisis dan evaluasi pengendalian internal atas pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan di rumah sakit melalui pengukuran efektifitas, efisiensi dan ekonomisasi sistem tata kelola organisasi serta memberikan saran perbaikan yang efektif.

## **G. TUGAS**

Tugas SPI adalah :

1. Memimpin penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektivitas, serta efisiensi sistem prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, administrasi umum, dan keuangan berdasarkan regulasi pemerintah maupun peraturan internal Universitas dan Rumah Sakit Unhas;
2. Melaksanakan penyusunan dan mengusulkan penetapan regulasi, pedoman audit, mekanisme kerja dan supervisi, serta penilaian program jaminan dan peningkatan kualitas di dalam organisasi SPI;
3. Melaksanakan program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit;
4. Mengajukan usulan pengembangan kompetensi SDM dalam bidang Pendidikan dan Pelatihan;
5. Mengkomunikasikan rencana kerja audit yang telah disusun berdasarkan Renstra SPI kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas rumah sakit;
6. Menerbitkan Rencana Kerja Tahunan yang disahkan oleh Direktur Utama sebagai dasar perencanaan kegiatan pemeriksaan yang adaptif, proaktif, dan aplikabel melalui identifikasi masalah dan menyampaikan kepada Direktur Utama dan Direksi lainnya sebagai dasar untuk menyusun perencanaan audit baik jangka pendek dan jangka panjang;

7. Memberikan materi dalam pelatihan internal maupun eksternal, benchmarking, dan kegiatan serupa lainnya serta pendampingan peserta didik terkait internal control, sebagai upaya mendukung program wahana Pendidikan Rumah Sakit;
8. Melaksanakan pengawasan dan review laporan keuangan;
9. Menyusun program pemeriksaan;
10. Menentukan lingkup, indikator, dan metode kerja audit yang akan dilakukan berdasarkan dimensi audit yang akan diterapkan;
11. Mengontrol program pemeriksaan;
12. Memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis;
13. Mengevaluasi, pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas hasil audit;
14. Menyusun dan melaporkan hasil pemeriksaan kepada Direktur Utama;
15. Melaksanakan Audit Khusus berdasarkan permintaan dari Direktur Utama/Direksi lainnya;
16. Memberikan jasa konsultasi, advokasi, pembimbingan, saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit baik yang berada di dalam maupun di luar program pemeriksaan atau pengawasan pada semua tingkat manajemen berdasarkan standar/regulasi yang berlaku;
17. Mendampingi dan ikut serta dalam pelaksanaan audit external;
18. Melaksanakan supervisi bawahan meliputi keterampilan yang dibutuhkan (komputer, komunikasi, dll), pelaksanaan tanggung jawab, cakupan dan kualitas usaha, kesesuaian jenis pekerjaan, pengetahuan auditing dan prosedur organisasi, relasi dengan auditee, upaya perbaikan sejak penilaian terakhir, pendidikan berkelanjutan, kemampuan dalam perencanaan;
19. Menyusun indikator kinerja individu dan indikator kinerja unit SPI;
20. Menyampaikan laporan kinerja penyelenggaraan pengelolaan SPI kepada Direktur Utama;
21. Menyusun analisis risiko SPI dan mengevaluasinya (risk register dan indikator mutu unit); dan
22. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;

## **H. TANGGUNG JAWAB**

Tugas dan tanggung jawab SPI adalah :

1. Terlaksananya program pembimbingan dan/atau pendampingan peserta kunjungan rumah sakit maupun peserta didik;

2. Terlaksananya penilaian kinerja internal dalam pencapaian tujuan strategis rumah sakit secara efektif dan efisien;
3. Terciptanya inovasi terkait *assurance* dan *consulting*;
4. Terbinanya kerja sama dengan seluruh unit kerja, sebagai partner kerja dalam upaya mewujudkan *good corporate governance* menuju Wilayah Bebas Korupsi dan Wilayah Bersih Birokrasi Melayani (WBK/ WBBM);
5. Menjaga dan meningkatkan program mutu di SPI;
6. Memberikan pembinaan kepada staf yang membutuhkan;
7. Terlaksananya program konsultasi dan pendampingan unit-unit kerja terkait operasional rumah sakit; dan
8. Terlaksananya Rencana Kerja Tahunan (RKT) SPI

## **I. WEWENANG SPI**

1. SPI mempunyai kewenangan :
  - a. Mendapatkan akses penuh terhadap seluruh dokumen, data, pencatatan, IT, SDM, personal baik manual maupun komputerisasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya.
  - b. Menyusun, mengubah, dan melaksanakan kebijakan audit internal termasuk antara lain menentukan prosedur dan lingkup pelaksanaan pekerjaan audit.
  - c. Mengkoordinasikan rekomendasi atas temuan yang prinsipil dengan potensi resiko yang dapat terjadi kepada Direktur Utama.
  - d. Melaksanakan koordinasi dan pemeriksaan dengan seluruh unit kerja.
  - e. Mengusulkan staf SPI untuk promosi, rotasi, mengikuti pendidikan, pelatihan, seminar, dan kursus yang berkaitan dengan kelancaran tugas-tugas audit atau untuk memenuhi kompetensi staf/auditor sesuai tuntutan dan jenjang karier yang telah ditetapkan oleh organisasi.
  - f. Mengajukan usulan penambahan staf, pembinaan staf dan rotasi staf SPI berdasarkan pertimbangan khusus.
  - g. Menerbitkan Surat Penugasan audit beserta rincian kewenangan; dan
  - h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dan/ atau Dewas RS Unhas dan/ atau Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus.
2. SPI tidak mempunyai kewenangan :
  - a. Pelaksanaan dan tanggung jawab atas aktivitas yang direview/ diaudit, tetapi tanggung jawab SPI adalah pada penilaian dan analisa atas aktivitas tersebut.
  - b. Melaksanakan tugas operasional untuk organisasi serta afiliasinya.
  - c. Menyetujui transaksi akuntansi di luar lingkup audit internal.

## BAB VI

### URAIAN JABATAN

#### A. KETUA SPI

##### 1. Identitas Pekerjaan

- a. Nama jabatan adalah Ketua SPI
- b. Unit kerja adalah Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)
- c. Atasan langsung adalah Direktur Utama
- d. Bawahan langsung adalah seluruh Staf SPI (Sekretaris, Pengendali Teknis, Ketua Tim, Anggota Tim)

##### 2. Syarat Jabatan :

- a. Keterampilan Kerja: Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- b. Bakat Kerja :
  - 1) G, Intelegensia  
kemampuan belajar secara umum.
  - 2) V, Bakat Verbal  
kemampuan untuk memahami arti kata-kata dan penggunaannya secara tepat dan efektif.
  - 3) N, Bakat Numerik  
Kemampuan untuk melakukan operasi aritma-tik secara tepat dan akurat.
  - 4) Q, Bakat Ketelitian  
Kemampuan menyerap perincian yang berkaitan dalam bahan verbal atau dalam table.
  - 5) E, Koordinasi Mata, Tangan, Kaki  
Kemampuan menggerakkan tangan dan kaki secara koordinatif satu sama lain sesuai dengan rangsangan penglihatan.
  - 6) C, Kemampuan membedakan warna  
Kemampuan memadukan atau membedakan berbagai warna yang asli, yang gemerlapan.
- c. Temperamen Kerja:
  - 1) D, *Directing Control Planning* (DCP)  
Kemampuan menyesuaikan diri menerima tanggung jawab untuk kegiatan memimpin, mengendalikan atau merencanakan.
  - 2) F, *Feeling- Idea- Fact* (FIF)  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan yang mengandung penafsiran perasaan, gagasan atau fakta dari sudut pandangan pribadi.
  - 3) I, *Influencing* (INFLU)  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk pekerjaan mempengaruhi orang lain dalam pendapat, sikap atau pertimbangan mengenai gagasan
  - 4) J, *Sensory and Judgmental Creteria* (SJC)

Kemampuan menyesuaikan diri pada kegiatan pembuatan kesimpulan penilaian atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria rangsangan indera atau atas dasar pertimbangan pribadi.

- 5) *M, Measurable and Verifiable Criteria (MVC)*  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan pengambilan peraturan, pembuatan pertimbangan, atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria yang diukur atau yang dapat diuji.
- 6) *P, Dealing with People (DEPL)*  
Kemampuan menyesuaikan diri dalam berhubungan dengan orang lain lebih dari hanya penerimaan dan pembuatan instruksi.
- 7) *S, Performing Under Stress (PUS)*  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk bekerja dengan ketegangan jiwa jika berhadapan dengan keadaan darurat, kritis, tidak biasa atau bahaya, atau bekerja dengan kecepatan kerja dan perhatian terus menerus merupakan keseluruhan atau sebagian aspek pekerjaan.
- 8) *T, Set of Limits, Tolerance and Other Standart (STS)*  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan situasi yang menghendaki pencapaian dengan tepat menurut perangkat batas, toleransi atau standar-standar tertentu.
- 9) *V, Variety and Changing Conditions (VARCH)*  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk melaksanakan berbagai tugas, sering berganti dari tugas yang satu ke tugas yang lainnya yang "berbeda" sifatnya, tanpa kehilangan efisiensi atau ketenangan diri.

- d. Minat Kerja
- : 1) Realistik  
Aktivitas yang memerlukan manipulasi eksplisit, teratur atau sistematis terhadap obyek/alat/benda/ mesin.
  - 2) Investigatif  
Aktivitas yang memerlukan penyelidikan observasional, simbolik dan sistematis terhadap fenomena dan kegiatan ilmiah.
  - 3) Sosial  
Aktivitas yang bersifat sosial atau memerlukan keterampilan berkomunikasi dengan orang lain.
  - 4) Kewirausahaan  
Aktivitas yang melibatkan kegiatan pengelolaan/ manajerial untuk pencapaian tujuan organisasi.
- e. Upaya Fisik
- : 1) Berdiri melakukan pemeriksaan di lapangan
  - 2) Berjalan saat observasi lapangan
  - 3) Memanjat, naik turun tangga observasi lapangan
  - 4) Berbicara
  - 5) Mendengar
  - 6) Melihat
  - 7) Ketajaman jarak jauh
  - 8) Ketajaman jarak dekat

- 9) Pengamatan secara mendalam
  - 10) Melihat berbagai warna
  - 11) Luas
- f. Kondisi Fisik :
- 1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki
  - 2) Umur :  $\geq 35$  tahun
  - 3) Tinggi Badan : Relatif
  - 4) Berat Badan : Relatif
  - 5) Postur Badan : Normal dan baik (telinga, bahu dan panggul sejajar)
  - 6) Penampilan : Ectomorph, Mesomorph atau Endomorph
- g. Fungsi Pekerjaan :
- 1) B7, Memegang  
Menggunakan anggota badan, perkakas tangan atau alat khusus lain dalam mengerjakan, memindahkan atau membawa benda.
  - 2) D2, Menganalisis data  
Mempelajari, mengurangi, merinci dan menilai data untuk mendapatkan kejelasan, atau menyajikan tindakan alternatif.
  - 3) O0, Menasehati  
Memberi bimbingan, saran, konsultasi atau nasehat kepada perorangan atau instansi dalam pemecahan masalah berdasarkan disiplin ilmu, spiritual, atau prinsip-prinsip keahlian lainnya
  - 4) O1, Berunding  
Menyelesaikan masalah tukar menukar & beradu pendapat, argumen, gagasan, dengan pihak lain membuat keputusan
  - 5) O2, Mengajar  
Melatih orang lain dengan memberikan penjelasan, peragaan, bimbingan teknis, atau memberikan rekomendasi atas dasar disiplin yang bersifat teknis.
  - 6) O3, Menyelia  
Melatih orang lain dengan memberikan penjelasan, peragaan, bimbingan teknis, atau memberikan rekomendasi atas dasar disiplin yang bersifat teknis.
  - 7) O5, Mempengaruhi  
Mempengaruhi orang lain untuk memperoleh keuntungan dalam benda, jasa atau pendapat.
  - 8) O7, Melayani orang  
Memenuhi kebutuhan atau permintaan orang lain atau hewan, baik yang dinyatakan atau yang tidak langsung dinyatakan tetap harus dilaksanakan menurut ketentuan. Fungsi ini diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakannya.
  - 9) O8, Menerima instruksi  
Membantu melaksanakan kerja berdasarkan perintah atasan yang tidak memerlukan tanggapan.

### **3. Fungsi Utama**

#### a. *Assurance*

Melaksanakan audit terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum, keuangan dan operasional rumah sakit, melaksanakan audit kinerja manajemen serta memastikan kepatuhan rumah sakit terhadap seluruh regulasi yang berlaku.

#### b. *Consulting*

Memberikan layanan, konsultasi, advokasi, pembimbingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit internal dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan rumah sakit sesuai dengan regulasi dalam upaya peningkatan efektivitas *internal control*, *risk control* sebagai implementasi GCG.

### **4. Tanggung Jawab**

- a. Terlaksananya program pembimbingan dan/atau pendampingan peserta kunjungan rumah sakit maupun peserta didik;
- b. Terlaksananya evaluasi kinerja internal dalam pencapaian target kinerja berkala rumah sakit secara efektif dan efisien; terciptanya inovasi terkait kerja dalam melaksanakan audit dan konsultasi;
- c. Terbinanya kerja sama dengan seluruh unit kerja, sebagai partner kerja dalam upaya mewujudkan good corporate governance menuju Wilayah Bebas Korupsi dan Wilayah Bersih Birokrasi Melayani (WBK/ WBBM);
- d. Menjaga keberlangsungan evaluasi mutu di SPI;
- e. Terlaksananya program konsultasi dan pendampingan unit-unit kerja terkait proses bisnis rumah sakit diluar aspek medis.

### **5. Tugas Pokok**

- a. Memimpin penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektivitas, serta efisiensi sistem prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, administrasi umum, dan keuangan berdasarkan regulasi pemerintah maupun peraturan internal Universitas dan Rumah Sakit Unhas;
- b. Melaksanakan penyusunan dan mengusulkan penetapan regulasi, pedoman audit, mekanisme kerja dan supervisi, serta penilaian program jaminan dan peningkatan kualitas di dalam organisasi SPI;
- c. Melaksanakan program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit;
- d. Mengajukan usulan pengembangan kompetensi SDM dalam bidang Pendidikan dan Pelatihan;

- e. Mengkomunikasikan rencana kerja audit yang telah disusun berdasarkan Renstra SPI kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas rumah sakit;
- f. Menerbitkan Rencana Kerja Tahunan yang disahkan oleh Direktur Utama sebagai dasar perencanaan kegiatan pemeriksaan yang adaptif, proaktif, dan aplikabel melalui identifikasi masalah dan menyampaikan kepada Direktur Utama dan Direksi lainnya sebagai dasar untuk menyusun perencanaan audit baik jangka pendek dan jangka panjang;
- g. Memberikan materi dalam pelatihan internal maupun eksternal, benchmarking, dan kegiatan serupa lainnya serta pendampingan peserta didik terkait internal control, sebagai upaya mendukung program wahana Pendidikan Rumah Sakit;
- h. Melaksanakan pengawasan dan review laporan keuangan;
- i. Menyusun program pemeriksaan;
- j. Menentukan lingkup, indikator, dan metode kerja audit yang akan dilakukan berdasarkan dimensi audit yang akan diterapkan;
- k. Mengontrol program pemeriksaan;
- l. Memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis;
- m. Mengevaluasi, pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas hasil audit;
- n. Menyusun dan melaporkan hasil pemeriksaan kepada Direktur Utama;
- o. Melaksanakan Audit Khusus berdasarkan permintaan dari Direktur Utama/Direksi lainnya;
- p. Memberikan jasa konsultasi, advokasi, pembimbingan, saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit baik yang berada di dalam maupun di luar program pemeriksaan atau pengawasan pada semua tingkat manajemen berdasarkan standar/regulasi yang berlaku;
- q. Mendampingi dan ikut serta dalam pelaksanaan audit external;
- r. Melaksanakan supervisi bawahan meliputi keterampilan yang dibutuhkan (komputer, komunikasi, dll), pelaksanaan tanggung jawab, cakupan dan kualitas usaha, kesesuaian jenis pekerjaan, pengetahuan auditing dan prosedur organisasi, relasi dengan auditee, upaya perbaikan sejak penilaian terakhir, pendidikan berkelanjutan, kemampuan dalam perencanaan;
- s. Menyusun indikator kinerja individu dan indikator kinerja unit SPI;
- t. Menyampaikan laporan kinerja penyelenggaraan pengelolaan SPI kepada Direktur Utama;
- u. Menyusun analisis risiko SPI dan mengevaluasinya (risk register dan indikator mutu unit); dan

- v. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;

## **6. Wewenang**

- a. Mendapatkan akses penuh terhadap seluruh dokumen, data, pencatatan, IT, SDM, personal baik manual maupun komputerisasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya.
- b. Menyusun, mengubah, dan melaksanakan kebijakan audit internal termasuk antara lain menentukan prosedur dan lingkup pelaksanaan pekerjaan audit.
- c. Mengkoordinasikan rekomendasi atas temuan yang prinsipil dengan potensi resiko yang dapat terjadi kepada Direktur Utama.
- d. Melaksanakan koordinasi dan pemeriksaan dengan seluruh unit kerja.
- e. Mengusulkan staf SPI untuk promosi, rotasi, mengikuti pendidikan, pelatihan, seminar, dan kursus yang berkaitan dengan kelancaran tugas-tugas audit atau untuk memenuhi kompetensi staf/auditor sesuai tuntutan dan jenjang karier yang telah ditetapkan oleh organisasi.
- f. Mengajukan usulan penambahan staf, pembinaan staf dan rotasi staf SPI berdasarkan pertimbangan khusus.
- g. Menerbitkan Surat Penugasan audit beserta rincian kewenangan; dan
- h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dan/ atau Dewas RS Unhas dan/ atau Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus.

## **B. PENGENDALI TEKNIS**

### **1. Identitas Pekerjaan**

- a. Nama jabatan adalah Pengendali Teknis
- b. Unit kerja adalah Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)
- c. Atasan langsung adalah Ketua SPI
- d. Bawahan langsung adalah Ketua Tim dan Anggota Tim

### **2. Syarat Jabatan**

- a. Keterampilan Kerja: Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- b. Bakat Kerja : 1) G, Intelegensia  
kemampuan belajar secara umum.  
7) V, Bakat Verbal  
kemampuan untuk memahami arti kata-kata dan penggunaannya secara tepat dan efektif.  
8) N, Bakat Numerik  
Kemampuan untuk melakukan operasi aritmatik secara tepat dan akurat.  
9) Q, Bakat Ketelitian

Kemampuan menyerap perincian yang berkaitan dalam bahan verbal atau dalam table.

- 10) K, Koordinasi Motorik  
Kemampuan untuk mengkoordinasikan mata dan tangan secara cepat dan cermat dalam membuat gerakan yang cepat.
  - 11) F, Kecekatan Jari  
Kemampuan menggerakkan jari-jemari dengan mudah dan perlu keterampilan.
  - 12) E, Koordinasi Mata, Tangan, Kaki  
Kemampuan menggerakkan tangan dan kaki secara koordinatif satu sama lain sesuai dengan rangsangan penglihatan.
  - 13) C, Kemampuan membedakan warna  
Kemampuan memadukan atau membedakan berbagai warna yang asli, yang gemerlapan.
  - 14) M, Kecekatan Tangan  
Kemampuan menggerakkan tangan dengan mudah dan penuh keterampilan.
- c. Temperamen Kerja : 1) D, *Directing Control Planning* (DCP)  
Kemampuan menyesuaikan diri menerima tanggung jawab untuk kegiatan memimpin, mengendalikan atau merencanakan.
- 10) F, *Feeling- Idea- Fact* (FIF)  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan yang mengandung penafsiran perasaan, gagasan atau fakta dari sudut pandangan pribadi.
  - 11) I, *Influencing* (INFLU)  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk pekerjaan mempengaruhi orang lain dalam pendapat, sikap atau pertimbangan mengenai gagasan
  - 12) J, *Sensory and Judgmental Creteria* (SJC)  
Kemampuan menyesuaikan diri pada kegiatan perbuatan kesimpulan penilaian atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria rangsangan indera atau atas dasar pertimbangan pribadi.
  - 13) M, *Measurable and Verifiable Creteria* (MVC)  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan pengambilan peraturan, pembuatan pertimbangan, atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria yang diukur atau yang dapat diuji.
  - 14) P, *Dealing with People* (DEPL)  
Kemampuan menyesuaikan diri dalam berhubungan dengan orang lain lebih dari hanya penerimaan dan pembuatan instruksi.
  - 15) R, *Repetitive and Continuous* (REPCON)  
Kemampuan menyesuaikan diri dalam kegiatan yang berulang, atau secara terus-menerus melakukan kegiatan

yang sama, sesuai dengan perangkat prosedur, urutan atau kecepatan tertentu.

16) S, *Performing Under Stress* (PUS)

Kemampuan menyesuaikan diri untuk bekerja dengan ketegangan jiwa jika berhadapan dengan keadaan darurat, kritis, tidak biasa atau bahaya, atau bekerja dengan kecepatan kerja dan perhatian terus menerus merupakan keseluruhan atau sebagian aspek pekerjaan.

17) T, *Set of Limits, Tolerance and Other Standart* (STS)

Kemampuan menyesuaikan diri dengan situasi yang menghendaki pencapaian dengan tepat menurut perangkat ba-tas, toleransi atau standar-standar tertentu.

18) V, *Variety and Changing Conditions* (VARCH)

Kemampuan menyesuaikan diri untuk melaksanakan berbagai tugas, sering berganti dari tugas yang satu ke tugas yang lainnya yang "berbeda" sifatnya, tanpa kehilangan efisiensi atau ketenangan diri.

d. Minat Kerja

: 1) Realistik

Aktivitas yang memerlukan manipulasi eksplisit, teratur atau sistematis terhadap obyek/alat/benda/ mesin.

5) Investigatif

Aktivitas yang memerlukan penyelidikan observasional, simbolik dan sistematis terhadap fenomena dan kegiatan ilmiah.

6) Sosial

Aktivitas yang bersifat sosial atau memerlukan keterampilan berkomunikasi dengan orang lain.

7) Kewirausahaan

Aktivitas yang melibatkan kegiatan pengelolaan/ manajerial untuk pencapaian tujuan organisasi.

8) Konvensional

Aktivitas yang memerlukan manipulasi data yang eksplisit, kegiatan administrasi, rutin dan klerikal.

e. Upaya Fisik

: 1) Berdiri melakukan pemeriksaan di lapangan

12) Berjalan saat observasi lapangan

13) Duduk dalam waktu lama mengolah dokumen

14) Mengangkat dokumen-dokumen

15) Membawa dokumen

16) Memanjat, naik turun tangga saat mengumpulkan dokumen atau ketika observasi lapangan, stok opname

17) Menunduk ketika mencari dokumen atau barang

18) Berlutut mencari dokumen atau barang

19) Bekerja dengan jari saat mengerjakan dokumen atau menghitung persediaan

20) Berbicara

21) Mendengar

22) Melihat

23) Ketajaman jarak jauh

24) Ketajaman jarak dekat

- 25) Pengamatan secara mendalam  
 26) Melihat berbagai warna  
 27) Luas
- f. Kondisi Fisik :
- 1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki
  - 2) Umur :  $\geq 33$  tahun
  - 3) Tinggi Badan : Relatif
  - 4) Berat Badan : Relatif
  - 5) Postur Badan : Normal dan baik (telinga, bahu dan panggul sejajar)
  - 6) Penampilan : Ectomorph, Mesomorph atau Endomorph
- g. Fungsi Pekerjaan :
- 1) B7, Memegang
  - 10) Menggunakan anggota badan, perkakas tangan atau alat khusus lain dalam mengerjakan, memindahkan atau membawa benda.
  - 11) D0, Memadukan data  
Menyatukan atau memadukan hasil analisis data untuk menemukan fakta menyusun karangan atau mengembangkan konsep, pengetahuan, interpretasi, menciptakan gagasan dengan menggunakan imajinasi.
  - 12) D1, Mengkoordinasi data  
Menentukan waktu, tempat atau urutan operasi yang akan dilaksanakan atau tindakan yang harus diambil berdasarkan hasil analisa data, melaksanakan ketentuan atau melaporkan kejadian dengan cara menghubungkan, mencari kaitan serta membandingkan data setelah data tersebut dianalisa.
  - 13) D2, Menganalisis data  
Mempelajari, mengurangi, merinci dan menilai data untuk mendapatkan kejelasan, atau menyajikan tindakan alternatif.
  - 14) D3, Menyusun data  
Mengerjakan, menghimpun atau mengelompokkan tentang data, orang atau benda.
  - 15) D4, Menghitung data  
Mengerjakan perhitungan aritmatika, (tambah, kurang, bagi).
  - 16) D5, Menyalin data  
Menyalin, mencatat atau memindahkan data.
  - 17) D6, Membandingkan data  
Mengidentifikasi persamaan atau perbedaan sifat data, orang atau benda yang dapat diamati secara langsung, serta secara fisik, dan sedikit sekali memerlukan upaya mental.
  - 18) O0, Menasehati  
Memberi bimbingan, saran, konsultasi atau nasehat kepada perorangan atau instansi dalam pemecahan masalah berdasarkan disiplin ilmu, spiritual, atau prinsip-prinsip keahlian lainnya
  - 19) O1, Berunding

Menyelesaikan masalah tukar menukar & beradu pendapat, argumen, gagasan, dengan pihak lain membuat keputusan

20) O2, Mengajar

Melatih orang lain dengan memberikan penjelasan, peragaan, bimbingan teknis, atau memberikan rekomendasi atas dasar disiplin yang bersifat teknis.

21) O3, Menyelia

Melatih orang lain dengan memberikan penjelasan, peragaan, bimbingan teknis, atau memberikan rekomendasi atas dasar disiplin yang bersifat teknis.

22) O5, Mempengaruhi

Mempengaruhi orang lain untuk memperoleh keuntungan dalam benda, jasa atau pendapat.

23) O7, Melayani orang

Memenuhi kebutuhan atau permintaan orang lain atau hewan, baik yang dinyatakan atau yang tidak langsung dinyatakan tetap harus dilaksanakan menurut ketentuan. Fungsi ini diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakannya.

24) O8, Menerima instruksi

Membantu melaksanakan kerja berdasarkan perintah atasan yang tidak memerlukan tanggapan.

### 3. Fungsi Utama

#### a. Assurance

- 1) Melaksanakan penugasan audit sesuai dengan kebijakan pemeriksaan dan rencana yang telah ditetapkan pimpinan yang tertuang dalam Program Kerja Tahunan (RKT).
- 2) Melaksanakan pengendalian dan memberikan jaminan atas hasil penugasan audit sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan.
- 3) Melaksanakan monitoring, evaluasi dan kendali atas layanan audit sehingga menghasilkan Laporan Audit yang berkualitas.
- 4) Memberikan saran perbaikan dan informasi terkait pelaksanaan kerja berdasarkan standar/ regulasi yang berlaku.
- 5) Mendampingi auditor external dalam melakukan pemeriksaan berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.

#### b. Consulting

- 1) Memberikan layanan layanan, konsultasi, advokasi, pembimbingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit internal dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan rumah sakit sesuai dengan regulasi dalam upaya peningkatan efektivitas internal control, risk control sebagai implementasi GCG berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.

- 2) Memberikan pendampingan kepada auditee terkait proses bisnis RS berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.
- 3) Memberikan inhouse training/ pelatihan terkait internal control berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.
- 4) Memberikan bimbingan dan/ pendampingan kepada peserta didik yang melaksanakan penelitian atau magang di SPI.

#### **4. Tanggung Jawab**

- a. Terlaksananya Program Kerja Tahunan (RKT) SPI.
- b. Menindaklanjuti teknis pelaksanaan audit di lapangan.
- c. Mereview draft laporan hasil sementara dan laporan Hasil Audit serta mengkoordinasikan kegiatan audit kepada ketua SPI.
- d. Memastikan validitas data/ dokumen yang akan diolah.
- e. Identifikasi dan diskusi permasalahan dengan staf
- f. Membimbing dan/ atau mendampingi peserta didik.
- g. Melaksanakan dan menjaga program mutu di SPI.

#### **5. Tugas Pokok**

- a. Menyusun Analisis Beban Kerja SPI sesuai struktur audit.
- b. Tersusunnya daftar rencana pelatihan/ magang/ workshop/ benchmarking.
- c. Tercapainya profesi pemeriksaan (Qualified Internal Auditor Dasar I/ Dasar II/ Lanjutan I/ Lanjutan II/ Manajerial).
- d. Terlaksananya pelatihan/ magang/ workshop/ benchmarking.
- e. Terlaksananya diseminasi internal atas pelatihan yang telah diikuti kepada rekan unit kerja yang tidak ikut serta dalam pelatihan tersebut.
- f. Tersusunnya materi dan memberikan materi dalam inhouse training terkait internal control.
- g. Terlaksananya pembimbingan/ pendampingan peserta benchmarking atau kunjungan lainnya dari berbagai institusi.
- h. Terlaksananya pembimbingan peserta didik dari berbagai institusi sesuai strata pendidikannya.
- i. Tersusunnya berbagai draf regulasi meliputi kebijakan, pedoman dan atau panduan, buku saku dan lainnya terkait program audit, internal control dan proses bisnis serta pelayanan rumah sakit.
- j. Terevaluasinya hasil pengukuran survei kepuasan auditee dari Ketua Tim.
- k. Terlaksananya monitoring perundang-undangan, peraturan dan kebijakan yang berlaku terkait program audit, internal control dan proses bisnis serta pelayanan rumah sakit.

- l. Terlaksananya review berbagai draft regulasi yang disusun oleh Ketua Tim dan sekretaris.
- m. Terlaksananya revisi berbagai draft regulasi terkait ruang lingkup kerja SPI.
- n. Tersusunnya draft Rencana Strategis SPI untuk direview oleh Ketua SPI.
- o. Terlaksananya review dan pengajuan usulan RKT kepada Ketua SPI.
- p. Terlaksananya pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit.
- q. Terlaksananya pendampingan/ pembimbingan terkait berbagai aspek terkait kecurangan, gratifikasi dan berbagai bentuk fraud lainnya sebagai bentuk implementasi internal control.
- r. Memberikan pendampingan atau consulting terkait berbagai aspek proses bisnis dan pelayanan rumah sakit sebagai bentuk implementasi internal control.
- s. Terlaksananya review monitoring tindak lanjut Hasil Audit dari Ketua Tim dan melaporkan kepada Ketua SPI.
- t. Tersusunnya draft Laporan Akuntabilitas SPI.
- u. Terlaksananya evaluasi ketersediaan regulasi di unit-unit kerja dan menyusun program audit berdasarkan skala prioritas revenue centre, cost center dan high risk.
- v. Terlaksananya koordinasi dengan Ketua SPI terkait pelaksanaan program audit.
- w. Terlaksananya rapat internal SPI terkait program audit. Tersusunnya rancangan dan pemaparan alur kerja serta seluruh prosedur pelaksanaan program audit kepada anggota tim.
- x. Terkendalinya teknis audit dan efektifitas pelaksanaan program audit berdasarkan alur proses audit sesuai standar, rencana, anggaran, dan jadwal.
- y. Terlaksananya review dan validasi kebenaran data yang akan diolah dan informasi yang diperoleh Ketua Tim atau Anggota Tim untuk menjamin mutu data audit.
- z. Terlaksananya implementasi prosedur pelaksanaan audit terkait verifikasi dan crosscheck : data jumlah/ pasien/ pemeriksaan/obat/ BHP/ jasa/ akun anggaran/ regulasi dan lainnya (sampling pekerjaan Ketua dan Anggota) .
- aa. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscheck melalui interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien).
- bb. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscheck ke standar SPO, Panduan, Pedoman dan regulasi lainnya.
- cc. Terlaksananya implementasi prosedur pelaksanaan audit terkait verifikasi dan crosscheck dengan data pendukung lainnya .
- dd. Tersusunnya master aplikasi pengolahan dan perhitungan data audit baik berupa statistik, formula, maupun tabel matriks sebagai korelasi berbagai data.

- ee. Terlaksananya monitoring pelaksanaan program pemeriksaan, mengevaluasi kendala dan mencari solusi yang efektif yang tidak dapat diselesaikan oleh Ketua Tim.
- ff. Terlaksananya review atas draf Laporan Hasil Sementara (LHS) yang disusun Ketua Tim dan memberikan rekomendasi penyelesaian masalah melalui metode RCA atas hasil pengolahan, perhitungan, interview, observasi dan telusur masalah.
- gg. Terususunnya Laporan Hasil Audit (LHA).Terfinalisasinya materi sosialisasi dalam lingkup internal rumah sakit termasuk hal-hal menyangkut perundangan, peraturan dan atau regulasi lainnya serta pencegahan kecurangan dan gratifikasi.
- hh. Tereviewnya Laporan program Sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit dari Ketua Tim.
- ii. Terpenuhiya kehadiran Rapat Manajemen dan Komite berdasarkan instruksi Ketua SPI atau Penedali Teknis kemudian melaporkan/ mendiskusikan secara internal SPI atas issue terkini dan potensi resiko yang dapat terjadi.
- jj. Terlaksananya Pendampingan dan ikut serta dalam pelaksanaan audit external berdasarkan pendelegasian dari Ketua SPI.
- kk. Terpenuhiya kehadiran rapat/ pertemuan tim fraud atau rapat penting lainnya dan mengkomunikasikan kepada Ketua SPI.
- ll. Terlaksananya pendampingan/ pembimbingan terkait berbagai aspek terkait kecurangan, gratifikasi dan berbagai bentuk fraud lainnya sebagai bentuk implementasi internal control.
- mm. Terlaksananya pendelegasian supervisi dari Ketua SPI atas Ketua Tim dan Anggota Tim .
- nn. Tersusunnya draft Indikator Kinerja Individu dan Indikator Kinerja Unit SPI (SKP).
- oo. Terisinya Indikator Kinerja Individu dan Indikator Kinerja Unit SPI (SKP) yang telah disetujui pimpinan.
- pp. Terlaksananya review segala bentuk dokumen atau surat yang keluar dan masuk di Unit SPI terkait program audit.
- qq. Tersusunnya draft Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan dengan menguraikan kendala yang menghambat dan potensi yang dapat mendukung efisiensi dan efektifitas kinerja unit dan rumah sakit.
- rr. Terlaksananya review segala bentuk dokumen atau surat yang keluar dan masuk di Unit SPI selain program audit.

## **6. Wewenang**

- a. Mendapatkan akses penuh terhadap seluruh dokumen, data, pencatatan, IT, SDM, personal baik manual maupun komputerisasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya;
- b. Menyusun, mengubah, dan melaksanakan kebijakan audit internal termasuk antara lain menentukan prosedur dan lingkup pelaksanaan pekerjaan audit yang dikoordinasikan dengan Ketua SPI;
- c. Mengkoordinasikan rekomendasi atas temuan yang prinsipil dengan potensi resiko yang dapat terjadi kepada Ketua SPI melaksanakan koordinasi dan pemeriksaan dengan seluruh unit kerja;
- d. Mengikuti program pengembangan kompetensi diri, mendapatkan promosi dan atau setara;
- e. Mengajukan evaluasi penilaian kinerja tim di bawahnya kepada ketua SPI;
- f. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dan/ atau Dewas RS Unhas dan/ atau Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus

## **C. KETUA TIM**

### **1. Identitas Pekerjaan**

- a. Nama jabatan adalah Ketua Tim
- b. Unit kerja adalah Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)
- c. Atasan langsung adalah Pengendali Teknis
- d. Bawahan langsung Anggota Tim

### **2. Syarat Jabatan**

- a. Keterampilan Kerja: Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- b. Bakat Kerja :
  - 1) G, Intelegensia  
kemampuan belajar secara umum.
  - 2) V, Bakat Verbal  
kemampuan untuk memahami arti kata-kata dan penggunaannya secara tepat dan efektif.
  - 3) N, Bakat Numerik  
Kemampuan untuk melakukan operasi aritmatik secara tepat dan akurat.
  - 4) Q, Bakat Ketelitian  
Kemampuan menyerap perincian yang berkaitan dalam bahan verbal atau dalam table.
  - 5) K, Koordinasi Motorik  
Kemampuan untuk mengkoordinasikan mata dan tangan secara cepat dan cermat dalam membuat gerakan yang cepat.
  - 6) F, Kecekatan Jari

Kemampuan menggerakkan jari-jemari dengan mudah dan perlu keterampilan.

- 7) E, Koordinasi Mata, Tangan, Kaki  
Kemampuan menggerakkan tangan dan kaki secara koordinatif satu sama lain sesuai dengan rangsangan penglihatan.
- 8) C, Kemampuan membedakan warna  
Kemampuan memadukan atau membedakan berbagai warna yang asli, yang gemerlapan.
- 9) M, Kecekatan Tangan  
Kemampuan menggerakkan tangan dengan mudah dan penuh keterampilan.

c. Temperamen Kerja: 1) D, *Directing Control Planning* (DCP)

Kemampuan menyesuaikan diri menerima tanggung jawab untuk kegiatan memimpin, mengendalikan atau merencanakan.

- 2) F, *Feeling- Idea- Fact* (FIF)  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan yang mengandung penafsiran perasaan, gagasan atau fakta dari sudut pandangan pribadi.
- 3) I, *Influencing* (INFLU)  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk pekerjaan mempengaruhi orang lain dalam pendapat, sikap atau pertimbangan mengenai gagasan
- 4) J, *Sensory and Judgmental Criteria* (SJC)  
Kemampuan menyesuaikan diri pada kegiatan pembuatan kesimpulan penilaian atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria rangsangan indera atau atas dasar pertimbangan pribadi.
- 5) M, *Measurable and Verifiable Criteria* (MVC)  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan pengambilan peraturan, pembuatan pertimbangan, atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria yang diukur atau yang dapat diuji.
- 6) P, *Dealing with People* (DEPL)  
Kemampuan menyesuaikan diri dalam berhubungan dengan orang lain lebih dari hanya penerimaan dan pembuatan instruksi.
- 7) R, *Repetitive and Continuous* (REPCON)  
Kemampuan menyesuaikan diri dalam kegiatan yang berulang, atau secara terus-menerus melakukan kegiatan yang sama, sesuai dengan perangkat prosedur, urutan atau kecepatan tertentu.
- 8) S, *Performing Under Stress* (PUS)  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk bekerja dengan ketegangan jiwa jika berhadapan dengan keadaan darurat, kritis, tidak biasa atau bahaya, atau bekerja dengan kecepatan kerja dan perhatian terus menerus merupakan keseluruhan atau sebagian aspek pekerjaan.

- 9) T, *Set of Limits, Tolerance and Other Standart (STS)*  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan situasi yang menghendaki pencapaian dengan tepat menurut perangkat batas, toleransi atau standar-standar tertentu.
- 10) V, *Variety and Changing Conditions (VARCH)*  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk melaksanakan berbagai tugas, sering berganti dari tugas yang satu ke tugas yang lainnya yang "berbeda" sifatnya, tanpa kehilangan efisiensi atau ketenangan diri.
- d. Minat Kerja : 1) Realistik  
Aktivitas yang memerlukan manipulasi eksplisit, teratur atau sistematis terhadap obyek/alat/benda/ mesin.
- 2) Investigatif  
Aktivitas yang memerlukan penyelidikan observasional, simbolik dan sistematis terhadap fenomena dan kegiatan ilmiah.
- 3) Sosial  
Aktivitas yang bersifat sosial atau memerlukan keterampilan berkomunikasi dengan orang lain.
- 4) Kewirausahaan  
Aktivitas yang melibatkan kegiatan pengelolaan/ manajerial untuk pencapaian tujuan organisasi.
- e. Upaya Fisik : 1) Berdiri melakukan pemeriksaan di lapangan  
2) Berjalan saat observasi lapangan  
3) Duduk dalam waktu lama mengolah dokumen  
4) Mengangkat dokumen-dokumen  
5) Membawa dokumen  
6) Memanjat, naik turun tangga saat mengumpulkan dokumen atau ketika observasi lapangan, stok opname  
7) Menunduk ketika mencari dokumen atau barang  
8) Berlutut mencari dokumen atau barang  
9) Bekerja dengan jari saat mengerjakan dokumen atau menghitung persediaan  
10) Berbicara  
11) Mendengar  
12) Melihat  
13) Ketajaman jarak jauh  
14) Ketajaman jarak dekat  
15) Pengamatan secara mendalam  
16) Melihat berbagai warna  
17) Luas
- f. Kondisi Fisik :
- 1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki  
2) Umur :  $\geq 30$  tahun  
3) Tinggi Badan : Relatif  
4) Berat Badan : Relatif  
5) Postur Badan : Normal dan baik (telinga, bahu dan panggul sejajar)  
6) Penampilan : Ectomorph, Mesomorph atau Endomorph
- g. Fungsi Pekerjaan : 1) B7, Memegang

- Menggunakan anggota badan, perkakas tangan atau alat khusus lain dalam mengerjakan, memindahkan atau membawa benda.
- 2) D0, Memadukan data  
Menyatukan atau memadukan hasil analisis data untuk menemukan fakta menyusun karangan atau mengembangkan konsep, pengetahuan, interpretasi, menciptakan gagasan dengan menggunakan imajinasi.
  - 3) D1, Mengkoordinasi data  
Menentukan waktu, tempat atau urutan operasi yang akan dilaksanakan atau tindakan yang harus diambil berdasarkan hasil analisa data, melaksanakan ketentuan atau melaporkan kejadian dengan cara menghubungkan, mencari kaitan serta membandingkan data setelah data tersebut dianalisa.
  - 4) D2, Menganalisis data  
Mempelajari, mengurangi, merinci dan menilai data untuk mendapatkan kejelasan, atau menyajikan tindakan alternatif.
  - 5) D3, Menyusun data  
Mengerjakan, menghimpun atau mengelompokkan tentang data, orang atau benda.
  - 6) D4, Menghitung data  
Mengerjakan perhitungan aritmatika, (tambah, kurang, bagi).
  - 7) D5, Menyalin data  
Menyalin, mencatat atau memindahkan data.
  - 8) D6, Membandingkan data  
Mengidentifikasi persamaan atau perbedaan sifat data, orang atau benda yang dapat diamati secara langsung, serta secara fisik, dan sedikit sekali memerlukan upaya mental.
  - 9) O0, Menasehati  
Memberi bimbingan, saran, konsultasi atau nasehat kepada perorangan atau instansi dalam pemecahan masalah berdasarkan disiplin ilmu, spiritual, atau prinsip-prinsip keahlian lainnya
  - 10) O1, Berunding  
Menyelesaikan masalah tukar menukar & beradu pendapat, argumen, gagasan, dengan pihak lain membuat keputusan
  - 11) O2, Mengajar  
Melatih orang lain dengan memberikan penjelasan, peragaan, bimbingan teknis, atau memberikan rekomendasi atas dasar disiplin yang bersifat teknis.
  - 12) O3, Menyelia  
Melatih orang lain dengan memberikan penjelasan, peragaan, bimbingan teknis, atau memberikan rekomendasi atas dasar disiplin yang bersifat teknis.

- 13) O5, Mempengaruhi  
Mempengaruhi orang lain untuk memperoleh keuntungan dalam benda, jasa atau pendapat.
- 14) O7, Melayani orang  
Memenuhi kebutuhan atau permintaan orang lain atau hewan, baik yang dinyatakan atau yang tidak langsung dinyatakan tetap harus dilaksanakan menurut ketentuan. Fungsi ini diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakannya.
- 15) O8, Menerima instruksi  
Membantu melaksanakan kerja berdasarkan perintah atasan yang tidak memerlukan tanggapan.

### **3. Fungsi Utama**

#### *a. Assurance*

- 1) Melaksanakan penugasan audit sesuai dengan kebijakan pemeriksaan dan rencana yang telah ditetapkan pimpinan yang tertuang dalam Program Kerja Tahunan (RKT) berdasarkan intruksi pengendali teknis.
- 2) Melaksanakan pengendalian dan memberikan jaminan atas hasil penugasan audit sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan atas hasil kerja anggota tim.
- 3) Melaksanakan monitoring, evaluasi dan kendali atas layanan audit yang dilakukan sehingga menghasilkan Laporan Audit yang berkualitas.
- 4) Memberikan saran perbaikan dan informasi terkait pelaksanaan kerja berdasarkan standar/ regulasi yang berlaku.

#### *b. Consulting*

- 1) Memberikan layanan jasa konsultasi internal dalam upaya peningkatan efektivitas internal control, risk control sebagai implementasi GCG berdasarkan pendelegasian Ketua SPI atau Pengendali Teknis.
- 2) Memberikan pendampingan kepada auditee terkait proses bisnis RS berdasarkan pendelegasian Ketua SPI atau Pengendali Teknis.
- 3) Memberikan inhouse training/ pelatihan terkait internal control berdasarkan pendelegasian Ketua SPI atau Pengendali Teknis.
- 4) Memberikan bimbingan dan/ pendampingan kepada peserta didik.

### **4. Tanggung Jawab**

- a. Terciptanya inovasi terkait kerja dalam melaksanakan audit;
- b. Terbinanya kerja sama dengan seluruh unit kerja dalam proses pemeriksaan;
- c. Menjaga keberlangsungan evaluasi mutu di SPI;
- d. Terlaksananya program konsultasi dan pendampingan unit-unit kerja terkait proses bisnis rumah sakit diluar aspek medis;

- e. Tersusunnya draft SOP dan dokumen penting SPI.

## **5. Tugas Pokok**

- a. Tercapainya profesi pemeriksaan (Qualified Internal Auditor Dasar 1/ Dasar II/ Lanjutan I/ Lanjutan II/ Manajerial).Terlaksananya pelatihan/ magang/ workshop/ benchmarking.
- b. Terlaksananya diseminasi internal atas pelatihan yang telah diikuti kepada rekan unit kerja yang tidak ikut serta dalam pelatihan tersebut.
- c. Menyusun draft permintaan pengadaan sarana dan prasarana SPI.
- d. Terlaksananya pendelegasian pembimbingan peserta kunjungan dari berbagai institusi.
- e. Terlaksananya pendelegasian pembimbingan peserta didik dari berbagai institusi sesuai kompetensinya di Unit SPI.
- f. Tersusunnya berbagai draf regulasi SOP terkait pelaksanaan audit.
- g. Terlaksananya koordinasi dengan anggota tim dalam melaksanakan pengukuran survei kepuasan kepada auditee atas hasil audit yang telah dilaksanakan.
- h. Terlaksananya monitoring perundang-undangan, peraturan dan kebijakan yang berlaku terkait program audit, internal control dan proses bisnis serta pelayanan rumah sakit.Tersusunnya draf usulan/ draft RKT kepada Pengendali Teknis.
- i. Tersusunnya risk register Terlaksananya pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit.
- j. Memberikan pendampingan/ pembimbingan terkait berbagai aspek terkait kecurangan, gratifikasi dan berbagai bentuk fraud lainnya sebagai bentuk implementasi internal control berdasarkan kompetensinya.
- k. Memberikan pendampingan terkait berbagai aspek proses bisnis dan pelayanan rumah sakit sebagai bentuk implementasi internal control berdasarkan kompetensinya.
- l. Terlaksananya monitoring tindak lanjut Hasil Audit dan evaluasi monitoring tindak lanjut rekomendasi.Terkonfirmasinya kondisi unit-unit kerja yang memenuhi kategori : revenue centre, cost center dan high risk.
- m. Terlaksananya koordinasi dengan pengendali teknis terkait pelaksanaan program audit.Terlaksananya persiapan atau melaksanakan pendelegasian untuk memimpin rapat internal SPI terkait program audit.
- n. Terlaksananya pemaparan alur kerja program audit, alur pemeriksaan dan seluruh prosedur pelaksanaan program audit kepada anggota tim.
- o. Terlaksananya pengecekan kesesuaian data dan informasi yang diperoleh anggota tim untuk menjamin mutu data audit.

- p. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari SIM RS.
- q. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari data pengajuan klaim dan data Pengklaiman BPJS.
- r. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ UC dan lainnya dari data Instalasi Pelayanan medik dan Pelayanan Penunjang yang terkait.
- s. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek dengan dokumen imbal jasa tenaga kesehatan dan non kesehatan dan/ atau data terkait kompensasi lainnya.
- t. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek dengan Akun per mata anggaran RS.
- u. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek melalui interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien).
- v. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek ke standar SPO, Panduan, Pedoman dan regulasi lainnya.
- w. Terlaksananya implementasi prosedur pelaksanaan audit terkait verifikasi dan crosscek dengan data pendukung lainnya .
- x. Tersusunnya master aplikasi pengolahan dan perhitungan data audit baik berupa statistik, formula, maupun tabel matriks sebagai korelasi berbagai data.
- y. Terlaksananya monitoring pelaksanaan program pemeriksaan, mengevaluasi kendala dan mencari solusi yang efektif yang tidak dapat diselesaikan oleh Anggota Tim.
- z. Tersusunnya draf Laporan Hasil Sementara (LHS) pelaksanaan audit. Terkoordinasinya pelaksanaan pertemuan pemaparan temuan dengan auditee.
- aa. Tersusunnya draf materi sosialisasi.
- bb. Tersusunnya laporan sosialisasi dan menyerahkan kepada Pengendali Teknis.
- cc. Terpenuhiya kehadiran Rapat Manajemen dan Komite berdasarkan instruksi Ketua SPI atau Pengedali Teknis kemudian melaporkan/ mendiskusikan secara internal SPI atas issue terkini dan potensi resiko yang dapat terjadi.
- dd. Terpenuhiya kehadiran rapat/ pertemuan tim fraud atau rapat penting lainnya kemudian mendokumentasikannya dalam bentuk notulensi, foto dan atau/ absensi dan mengkomunikasinnnya denga Pengendali Teknis dan/ atau Ketua SPI.
- ee. Terlaksananya pendampingan/ pembimbingan terkait berbagai aspek terkait kecurangan, gratifikasi dan berbagai bentuk fraud lainnya sebagai bentuk implementasi internal control berdasarkan kompetensinya.

- ff. Terisinya form Indikator Kinerja Individu dan Indikator Kinerja Unit SPI (SKP).
- gg. Tersusunnya draf dokumen atau surat terkait program pencegahan kecurangan.

## **6. Wewenang**

- a. Mendapatkan akses penuh terhadap seluruh dokumen, data, pencatatan, IT, SDM, personal baik manual maupun komputerisasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya.
- b. Memberikan usulan gagasan terkait program audit.
- c. Mengkoordinasikan rekomendasi atas temuan yang prinsipil dengan potensi resiko yang dapat terjadi kepada Pengendali Teknis.
- d. Melaksanakan koordinasi dan pemeriksaan dengan seluruh unit kerja.
- e. Mengikuti program pengembangan kompetensi diri
- f. Mendapatkan promosi dan atau setara.
- g. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dengan pertimbangan khusus.

## **D. ANGGOTA TIM**

### **1. Identitas Pekerjaan**

- a. Nama jabatan adalah Anggota Tim
- b. Unit kerja adalah Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)
- c. Atasan langsung adalah Ketua Tim

### **2. Syarat Jabatan**

- a. Keterampilan Kerja: Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- b. Bakat Kerja :
  - 1) G, Intelegensia  
kemampuan belajar secara umum.
  - 2) V, Bakat Verbal  
kemampuan untuk memahami arti kata-kata dan penggunaannya secara tepat dan efektif.
  - 3) N, Bakat Numerik  
Kemampuan untuk melakukan operasi aritmatik secara tepat dan akurat.
  - 4) Q, Bakat Ketelitian  
Kemampuan menyerap perincian yang berkaitan dalam bahan verbal atau dalam table.
  - 5) K, Koordinasi Motorik  
Kemampuan untuk mengkoordinasikan mata dan tangan secara cepat dan cermat dalam membuat gerakan yang cepat.
  - 6) F, Kecekatan Jari  
Kemampuan menggerakkan jari-jemari dengan mudah dan perlu keterampilan.
  - 7) E, Koordinasi Mata, Tangan, Kaki

Kemampuan menggerakkan tangan dan kaki secara koordinatif satu sama lain sesuai dengan rangsangan penglihatan.

8) C, Kemampuan membedakan warna  
Kemampuan memadukan atau membedakan berbagai warna yang asli, yang gemerlapan.

9) M, Kecekatan Tangan  
Kemampuan menggerakkan tangan dengan mudah dan penuh keterampilan.

c. Temperamen Kerja: 1) F, *Feeling- Idea- Fact* (FIF)

Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan yang mengandung penafsiran perasaan, gagasan atau fakta dari sudut pandangan pribadi.

2) J, *Sensory and Judgmental Criteria* (SJC)

Kemampuan menyesuaikan diri pada kegiatan perbuatan kesimpulan penilaian atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria rangsangan indera atau atas dasar pertimbangan pribadi.

3) M, *Measurable and Verifiable Criteria* (MVC)

Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan pengambilan peraturan, pembuatan pertimbangan, atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria yang diukur atau yang dapat diuji.

4) P, *Dealing with People* (DEPL)

Kemampuan menyesuaikan diri dalam berhubungan dengan orang lain lebih dari hanya penerimaan dan pembuatan instruksi.

5) R, *Repetitive and Continuous* (REPCON)

Kemampuan menyesuaikan diri dalam kegiatan yang berulang, atau secara terus-menerus melakukan kegiatan yang sama, sesuai dengan perangkat prosedur, urutan atau kecepatan tertentu.

6) S, *Performing Under Stress* (PUS)

Kemampuan menyesuaikan diri untuk bekerja dengan ketegangan jiwa jika berhadapan dengan keadaan darurat, kritis, tidak biasa atau bahaya, atau bekerja dengan kecepatan kerja dan perhatian terus menerus merupakan keseluruhan atau sebagian aspek pekerjaan.

7) T, *Set of Limits, Tolerance and Other Standart* (STS)

Kemampuan menyesuaikan diri dengan situasi yang menghendaki pencapaian dengan tepat menurut perangkat batas, toleransi atau standar-standar tertentu.

8) V, *Variety and Changing Conditions* (VARCH)

Kemampuan menyesuaikan diri untuk melaksanakan berbagai tugas, sering berganti dari tugas yang satu ke tugas yang lainnya yang "berbeda" sifatnya, tanpa kehilangan efisiensi atau ketenangan diri.

d. Minat Kerja : 1) Realistik

Aktivitas yang memerlukan manipulasi eksplisit, teratur atau sistematis terhadap obyek/alat/benda/ mesin.

2) Investigatif

Aktivitas yang memerlukan penyelidikan observasional, simbolik dan sistematis terhadap fenomena dan kegiatan ilmiah.

3) Sosial

Aktivitas yang bersifat sosial atau memerlukan keterampilan berkomunikasi dengan orang lain.

e. Upaya Fisik

- : 1) Berdiri melakukan pemeriksaan di lapangan  
2) Berjalan saat observasi lapangan  
3) Duduk dalam waktu lama mengolah dokumen  
4) Mengangkat dokumen-dokumen  
5) Membawa dokumen  
6) Memanjat, naik turun tangga saat mengumpulkan dokumen atau ketika observasi lapangan, stok opname  
7) Menunduk ketika mencari dokumen atau barang  
8) Berlutut mencari dokumen atau barang  
9) Bekerja dengan jari saat mengerjakan dokumen atau menghitung persediaan  
10) Berbicara  
11) Mendengar  
12) Melihat  
13) Ketajaman jarak jauh  
14) Ketajaman jarak dekat  
15) Pengamatan secara mendalam  
16) Melihat berbagai warna  
17) Luas

f. Kondisi Fisik

- :  
1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki  
2) Umur :  $\geq 27$  tahun  
3) Tinggi Badan : Relatif  
4) Berat Badan : Relatif  
5) Postur Badan : Normal dan baik (telinga, bahu dan panggul sejajar)  
6) Penampilan : Ectomorph, Mesomorph atau Endomorph

g. Fungsi Pekerjaan

- : 1) B7, Memegang  
Menggunakan anggota badan, perkakas tangan atau alat khusus lain dalam mengerjakan, memindahkan atau membawa benda.  
2) D0, Memadukan data  
Menyatukan atau memadukan hasil analisis data untuk menemukan fakta menyusun karangan atau mengembangkan konsep, pengetahuan, interpretasi, menciptakan gagasan dengan menggunakan imajinasi.  
3) D1, Mengkoordinasi data  
Menentukan waktu, tempat atau urutan operasi yang akan dilaksanakan atau tindakan yang harus diambil berdasarkan hasil analisa data, melaksanakan ketentuan atau melaporkan kejadian dengan cara menghubungkan,

mencari kaitan serta membandingkan data setelah data tersebut dianalisa.

- 4) D2, Menganalisis data  
Mempelajari, mengurangi, merinci dan menilai data untuk mendapatkan kejelasan, atau menyajikan tindakan alternatif.
- 5) D3, Menyusun data  
Mengerjakan, menghimpun atau mengelompokkan tentang data, orang atau benda.
- 6) D4, Menghitung data  
Mengerjakan perhitungan aritmatika, (tambah, kurang, bagi).
- 7) D5, Menyalin data  
Menyalin, mencatat atau memindahkan data.
- 8) D6, Membandingkan data  
Mengidentifikasi persamaan atau perbedaan sifat data, orang atau benda yang dapat diamati secara langsung, serta secara fisik, dan sedikit sekali memerlukan upaya mental.
- 9) O7, Melayani orang  
Memenuhi kebutuhan atau permintaan orang lain atau hewan, baik yang dinyatakan atau yang tidak langsung dinyatakan tetap harus dilaksanakan menurut ketentuan. Fungsi ini diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakannya.
- 10) O8, Menerima instruksi  
Membantu melaksanakan kerja berdasarkan perintah atasan yang tidak memerlukan tanggapan.

### **3. Fungsi Utama**

#### a. *Assurance*

- 1) Melaksanakan penugasan audit sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan berkordinasi dengan atasan di Unit SPI
- 2) Melaksanakan fungsi administrasi terkait audit dengan baik.

#### b. *Consulting*, melaksanakan fungsi administrasi terkait consulting sesuai kompetensinya dengan baik.

#### c. Administrasi

- 1) Menyediakan segala kebutuhan administrasi audit.
- 2) Notulen rapat pemaparan audit.
- 3) Mendokumentasikan dokumen audit.

### **4. Tanggung Jawab**

- a. Terciptanya inovasi terkait kerja dalam melaksanakan audit;
- b. Terbinanya kerja sama dengan seluruh unit kerja dalam proses pemeriksaan;
- c. Terwujudnya peningkatan kompetensi diri sebagai auditor

## 5. Tugas Pokok

- a. Tercapainya profesi pemeriksaan (Qualified Internal Auditor Dasar I/ Dasar II/ Lanjutan I/ Lanjutan II/ Manajerial).
- b. Terlaksananya pelatihan/ magang/ workshop/ benchmarking.
- c. Terlaksananya diseminasi internal atas pelatihan yang telah diikuti kepada rekan unit kerja yang tidak ikut serta dalam pelatihan tersebut.
- d. Terlaksananya koordinasi dengan Ketua Tim dalam melaksanakan pengukuran survei kepuasan kepada auditee atas hasil audit yang telah dilaksanakan.
- e. Terlaksananya monitoring perundang-undangan, peraturan dan kebijakan yang berlaku terkait program audit, internal control dan proses bisnis serta pelayanan rumah sakit.
- f. Tersusunnya Risk Register.
- g. Terlaksananya alur kerja dan seluruh prosedur pelaksanaan program audit.
- h. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari SIM RS.
- i. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari data pengajuan klaim dan data Pengklaiman BPJS.
- j. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ UC dan lainnya dari data Instalasi Pelayanan medik dan Pelayanan Penunjang yang terkait.
- k. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek dengan dokumen imbal jasa tenaga kesehatan dan non kesehatan dan/ atau data terkait kompensasi lainnya.
- l. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek dengan Akun per mata anggaran RS.
- m. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek melalui interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien).
- n. Terlaksananya implementasi prosedur audit terkait verifikasi dan crosscek ke standar SPO, Panduan, Pedoman dan regulasi lainnya.
- o. Terlaksananya implementasi prosedur pelaksanaan audit terkait verifikasi dan crosscek dengan data pendukung lainnya .
- p. Terlaksananya pengecekan kembali data hasil verifikasi/ perhitungan dan mendokumentasikan KKA.
- q. Terlaporkannya progres/ kendala dalam pelaksanaan program audit.
- r. Tersusunnya simpulan hasil audit.

- s. Terlaksananya penggandaan dan pendistribusian dokumen Laporan Hasil Audit.
- t. Terlaksananya pendokumentasian kegiatan terkait pelaksanaan program audit (KKA, Alur, Laporan Audit, UAN/ UMAN pertemuan).
- u. Terlaksananya persiapan sosialisasi (tempat, konsumsi, waktu, dan sebagainya).
- v. Terpenuhinya kehadiran Rapat Manajemen dan Komite berdasarkan instruksi Ketua SPI atau Pengedali Teknis kemudian melaporkan/ mendiskusikan secara internal SPI atas issue terkini dan potensi resiko yang dapat terjadi.
- w. Terpenuhinya kehadiran rapat/ pertemuan tim fraud atau rapat penting lainnya kemudian mendokumentasikannya dalam bentuk notulensi, foto dan atau/ absensi dan mengkomunikasinya dengan Pengendali Teknis dan/ atau Ketua SPI.
- x. Terisinya Form Indikator Kinerja Individu dan Indikator Kinerja Unit SPI (SKP).
- y. Terlaksananya penggandaan dan mendistribusikan dokumen dan surat kepada unit-unit terkait.
- z. Terlaksananya filling seluruh dokumen SPI sesuai standar dokumentasi.

## **6. Wewenang**

- a. Mendapatkan akses penuh terhadap seluruh dokumen, data, pencatatan, IT, SDM, personal baik manual maupun komputerisasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya;
- b. Memberikan usulan gagasan terkait program audit;
- c. Melaksanakan koordinasi dan pemeriksaan dengan seluruh unit kerja terkait program audit;
- d. Mengikuti program pengembangan kompetensi diri, mendapatkan promosi dan atau setara;
- e. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dengan pertimbangan khusus.

## **E. Sekretaris**

### **1. Identitas Pekerjaan**

- a. Nama jabatan adalah Sekretaris
- b. Unit kerja adalah Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)
- c. Atasan langsung adalah Ketua SPI

### **2. Syarat Jabatan**

- a. Keterampilan Kerja: Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- b. Bakat Kerja : 1) G, Intelegensia  
kemampuan belajar secara umum.

- 2) V, Bakat Verbal  
kemampuan untuk memahami arti kata-kata dan penggunaannya secara tepat dan efektif.
  - 3) Q, Bakat Ketelitian  
Kemampuan menyerap perincian yang berkaitan dalam bahan verbal atau dalam table.
  - 4) K, Koordinasi Motorik  
Kemampuan untuk mengkoordinasikan mata dan tangan secara cepat dan cermat dalam membuat gerakan yang cepat.
  - 5) F, Kecekatan Jari  
Kemampuan menggerakkan jari-jemari dengan mudah dan perlu keterampilan.
  - 6) E, Koordinasi Mata, Tangan, Kaki  
Kemampuan menggerakkan tangan dan kaki secara koordinatif satu sama lain sesuai dengan rangsangan penglihatan.
  - 7) M, Kecekatan Tangan  
Kemampuan menggerakkan tangan dengan mudah dan penuh keterampilan.
- c. Temperamen Kerja:
- 1) F, *Feeling- Idea- Fact* (FIF)  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan yang mengandung penafsiran perasaan, gagasan atau fakta dari sudut pandangan pribadi.
  - 2) J, *Sensory and Judgmental Creteria* (SJC)  
Kemampuan menyesuaikan diri pada kegiatan perbuatan kesimpulan penilaian atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria rangsangan indera atau atas dasar pertimbangan pribadi.
  - 3) M, *Measurable and Verifiable Creteria* (MVC)  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan pengambilan peraturan, pembuatan pertimbangan, atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria yang diukur atau yang dapat diuji.
  - 4) P, *Dealing with People* (DEPL)  
Kemampuan menyesuaikan diri dalam berhubungan dengan orang lain lebih dari hanya penerimaan dan pembuatan instruksi.
  - 5) R, *Repetitive and Continuous* (REPCON)  
Kemampuan menyesuaikan diri dalam kegiatan yang berulang, atau secara terus-menerus melakukan kegiatan yang sama, sesuai dengan perangkat prosedur, urutan atau kecepatan tertentu.
  - 6) S, *Performing Under Stress* (PUS)  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk bekerja dengan ketegangan jiwa jika berhadapan dengan keadaan darurat, kritis, tidak biasa atau bahaya, atau bekerja dengan kecepatan kerja dan perhatian terus menerus merupakan keseluruhan atau sebagian aspek pekerjaan.

- 7) T, *Set of Limits, Tolerance and Other Standart (STS)*  
Kemampuan menyesuaikan diri dengan situasi yang menghendaki pencapaian dengan tepat menurut perangkat batas, toleransi atau standar-standar tertentu.
  - 8) V, *Variety and Changing Conditions (VARCH)*  
Kemampuan menyesuaikan diri untuk melaksanakan berbagai tugas, sering berganti dari tugas yang satu ke tugas yang lainnya yang "berbeda" sifatnya, tanpa kehilangan efisiensi atau ketenangan diri.
- d. Minat Kerja :
- 1) Realistik  
Aktivitas yang memerlukan manipulasi eksplisit, teratur atau sistematis terhadap obyek/alat/benda/ mesin.
  - 2) Sosial  
Aktivitas yang bersifat sosial atau memerlukan keterampilan berkomunikasi dengan orang lain.
  - 3) Kewirausahaan  
Aktivitas yang melibatkan kegiatan pengelolaan/ manajerial untuk pencapaian tujuan organisasi.
  - 4) Konvensional  
Aktivitas yang memerlukan manipulasi data yang eksplisit, kegiatan administrasi, rutin dan klerikal.
- e. Upaya Fisik :
- 1) Berdiri melakukan pengarsipan
  - 2) Berjalan saat distribusi dokumen
  - 3) Duduk dalam waktu lama mengolah dokumen
  - 4) Mengangkat dokumen-dokumen
  - 5) Membawa dokumen
  - 6) Memanjat, naik turun tangga saat mengumpulkan dokumen atau ketika mendistribusikan dokumen, stok opname
  - 7) Menunduk ketika mencari dokumen atau barang
  - 8) Berlutut mencari dokumen atau barang
  - 9) Bekerja dengan jari saat mengerjakan dokumen atau menghitung persediaan
  - 10) Berbicara
  - 11) Mendengar
  - 12) Melihat
  - 13) Ketajaman jarak jauh
  - 14) Ketajaman jarak dekat
- f. Kondisi Fisik :
- 1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki
  - 2) Umur :  $\geq 25$  tahun
  - 3) Tinggi Badan : Relatif
  - 4) Berat Badan : Relatif
  - 5) Postur Badan : Normal dan baik (telinga, bahu dan panggul sejajar)
  - 6) Penampilan : Ectomorph, Mesomorph atau Endomorph
- g. Fungsi Pekerjaan :
- 1) B7, Memegang  
Menggunakan anggota badan, perkakas tangan atau alat khusus lain dalam mengerjakan, memindahkan atau membawa benda.

- 2) D0, Memadukan data  
Menyatukan atau memadukan hasil analisis data untuk menemukan fakta menyusun karangan atau mengembangkan konsep, pengetahuan, interpretasi, menciptakan gagasan dengan menggunakan imajinasi.
- 3) D1, Mengkoordinasi data  
Menentukan waktu, tempat atau urutan operasi yang akan dilaksanakan atau tindakan yang harus diambil berdasarkan hasil analisa data, melaksanakan ketentuan atau melaporkan kejadian dengan cara menghubungkan, mencari kaitan serta membandingkan data setelah data tersebut dianalisa.
- 4) D2, Menganalisis data  
Mempelajari, mengurangi, merinci dan menilai data untuk mendapatkan kejelasan, atau menyajikan tindakan alternatif.
- 5) D3, Menyusun data  
Mengerjakan, menghimpun atau mengelompokkan tentang data, orang atau benda.
- 6) D5, Menyalin data  
Menyalin, mencatat atau memindahkan data.
- 7) O7, Melayani orang  
Memenuhi kebutuhan atau permintaan orang lain atau hewan, baik yang dinyatakan atau yang tidak langsung dinyatakan tetap harus dilaksanakan menurut ketentuan. Fungsi ini diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakannya.
- 8) O8, Menerima instruksi  
Membantu melaksanakan kerja berdasarkan perintah atasan yang tidak memerlukan tanggapan.

### **3. Fungsi Utama**

Merupakan penanggung jawab atas proses penatausahaan dan administrasi SPI baik menyusun, mengkomunikasikan, mendistribusikan, mendokumentasikan, dokumen SPI sebagai notulis serta mengatur dan mengingatkan jadwal SPI termasuk di dalamnya terkait persuratan/ informasi yang masuk ke unit SPI.

### **4. Tanggung Jawab**

- a. Terlaksananya program kesekretariatan di unit SP;
- b. Termanaganya kegiatan Ketua SPI dan unit SPI;
- c. Terciptanya inovasi terkait kerja terkait kesekretariatan;
- d. Terbitnya regulasi dan dokumen penting terkait administrasi SPI.

### **5. Tugas Pokok**

- a. Terlaksananya reminding review dan persetujuan ABK SPI.
- b. Menyusun dan mendistribusikan ke unit terkait surat dan TOR penyampaian permintaan pemenuhan SDM SPI yang disetujui oleh Ketua SPI.

- c. Terdistribusikannya surat dan TOR rencana pelatihan/ magang/ workshop maupun benchmarking termasuk pengembangan SDM sebagai bagian dari Tim Pencegahan Kecurangan dan Gratifikasi ke unit terkait.
- d. Terdistribusinya bukti keikutsertaan pelaksanaan kegiatan pendidikan/pelatihan/ magang/ workshop/ benchmarking yang diikuti SDM SPI kepada pihak terkait.
- e. Terlaksananya keikutsertaan dalam pelatihan terkait kesekretariatan dan administrasi.
- f. Terlaksananya diseminasi internal atas pelatihan yang telah diikuti kepada rekan unit kerja yang tidak ikut serta dalam pelatihan tersebut.
- g. Menyusun dan mendistribusikan ke unit terkait surat penyampaian permintaan pengadaan sarana dan prasarana SPI yang disetujui oleh Ketua SPI.
- h. Tersusunnya draf pemenuhan kebutuhan ATK dan Inventaris SPI.
- i. Terdokumentasikannya pembimbingan peserta didik berbagai institusi terkait Unit SPI.
- j. Terdokumentasikannya pembimbingan peserta kunjungan dari berbagai institusi terkait Unit SPI.
- k. Terlaksananya penyusunan SOP terkait pelaksanaan administrasi unit SPI dan dokumen lainnya.
- l. Terdokumentasinya hasil survei kepuasan auditee dan unit terkait.
- m. Terlaksananya monitoring perundang-undangan, peraturan dan kebijakan yang berlaku terkait program audit, internal control dan proses bisnis serta pelayanan rumah sakit.
- n. Tersedianya jadwal kegiatan dan/ atau pertemuan Ketua SPI.
- o. Terlaksananya reminding review dan persetujuan dokumen SPI kepada Ketua SPI. Tersusunnya Risk Register.
- p. Terlaksananya reminding proses review dan persetujuan dokumen SPI kepada Ketua SPI kemudian mendistribusikan serta mendokumentasikannya.
- q. Tersusunnya surat penyampaian Laporan audit yang ditujukan kepada Direktur Utama.
- r. Terlaksananya persiapan sosialisasi (tempat, konsumsi, waktu, dan sebagainya).
- s. Terdokumentasinya program sosialisasi.
- t. Terpenuhiya reminding Ketua SPI terkait Rapat Manajemen dan Komite dan kehadiran berdasarkan instruksi Ketua SPI atau Pengedali Teknis kemudian melaporkannya.
- u. Terpenuhiya reminding Ketua SPI terkait rapat/ pertemuan penting lainnya, ikut hadir dan mendokumentasikannya dalam bentuk notulensi, foto dan atau/ absensi dan mengkomunikasikannya dengan Pengendali Teknis dan/ atau Ketua SPI.
- v. Terlaksananya persiapan rapat internal SPI (konsumsi, tempat, dan lainnya).

- w. Terdistribusikannya dokumen SPI selain Program Audit seperti Renstra SPI, RKT, Regulasi Internal SPI, SKP, Risk Register, Indikator Mutu, Capaian Kinerja, TOR Pelatihan dan Pengadaan dan lainnya kepada pihak terkait.
- x. Terisinya Form Indikator Kinerja Individu dan Indikator Kinerja Unit SPI (SKP).
- y. Terlaksananya penggandaan dan mendistribusikan dokumen dan surat kepada unit-unit terkait.
- z. Terlaksananya filling seluruh dokumen SPI sesuai standar dokumentasi.
- aa. Terlaksananya penggandaan surat atau dokumen selain program audit.
- bb. Terdokumentasikannya seluruh aktifitas/ surat/ dokumen SPI selain Program Audit .
- cc. Terdistribusikannya surat/ dokumen SPI selain Program Audit.

## **6. Wewenang**

- a. Memberikan usulan gagasan terkait kesekretariatan;
- b. Mengikuti program pengembangan kompetensi diri, mendapatkan promosi dan atau setara
- c. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dan/ atau Dewas RS Unhas dan/ atau Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus

**BAB VII**  
**TATA HUBUNGAN KERJA**

Tata hubungan kerja bersifat evaluasi, investigasi, komunikasi, koordinasi dan kerjasama dalam pelaksanaan kegiatannya baik secara internal maupun secara eksternal sebagai berikut :

**A. Ketua SPI**

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
<b>Internal RS Unhas</b>			
1.	Auditee	Unit, Pusat, Instalasi, Seksi, Bidang, Komite, Direktorat, KSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan/ audit yaitu sebagai objek dalam program audit</li> <li>- Penilaian terhadap sistem pengendalian pengelolaan, pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur</li> </ul>
2.	Staf	RS Unhas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saksi atau objek wawancara terkait program audit</li> <li>- Memberikan pembimbingan untuk perbaikan terkait proses bisnis rumah sakit, administrasi, pelayanan, keuangan, operasional, kinerja selain aspek medis</li> <li>- Berkoordinasi dalam monitoring dan evaluasi mutu pelayanan dan manajemen</li> <li>- Berkoordinasi dalam monitoring dan evaluasi rekomendasi dan penilaian manajemen risiko serta kinerja.</li> <li>- Pelaksanaan monitoring tindak lanjut temuan</li> <li>- Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal</li> </ul>
3.	Karu		
4.	Kepala Unit		
5.	Kepala Pusat		
6.	Kepala Instalasi		
7.	Kepala Seksi		
8.	Kepala Bidang		
9.	Direktur		
10.	KSM		
11.	Ketua Komite		
12.		Komite Keperawatan	
13.		Komite Tenaga	

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
		Kesehatan Lainnya	setiap bulan
14.		Komite Komite Farmasi dan Terapi Rasional	- Memberikan pembimbingan proses bisnis rumah sakit, administrasi, pelayanan, keuangan, operasional, kinerja selain aspek medis
15.		Komite Etik dan Hukum	- Menjadi tim add hoc dalam penyelesaian sengketa etik dilingkup RS Unhas, atau tim lainnya
16.		Komite PPI	
17.		Komite Mutu	- Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal
18.	Direktur Utama	RS Unhas	- Mempresentasikan dan merekomendasikan hasil kegiatan audit berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.
19.	Dewan Pengawas		- Memberikan saran terkait proses bisnis rumah sakit agar sesuai dengan prinsip-prinsip GCG - Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian intern yang ditugaskan oleh direktur dan/ atau pemilik
20.	<i>Security</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
21.	<i>Cleaning service</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
<b>Eksternal</b>			
1.	Peserta Didik	Universitas Hasanuddin dan universitas negeri atau swasta lainnya	Pemberian pembimbingan/ pendampingan pendidikan yang terkait dengan proses kerja SPI
2.	Auditor eksternal LSPI	Universitas Hasanuddin	- Melaksanakan audit Bersama - Mendampingi proses audit yang dilaksanakan oleh LSPI - Memberikan jawaban atas pertanyaan yang terkait audit kinerja RS

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
3.	Rektor	Universitas Hasanuddin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan pengesahan Audit Charter SPI</li> <li>- Memberikan jawaban atas pertanyaan yang terkait audit kinerja RS</li> <li>- Melaksanakan tugas lain yang diberikan Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus</li> </ul>
4.	Auditor eksternal	Inspektorat	Mendampingi atau memediasi proses audit yang dilaksanakan oleh Inspektorat
5.	Auditor eksternal	Badan Pemeriksa Keuangan	Mendampingi atau memediasi audit yang dilaksanakan oleh BPK
6.	Auditor eksternal	Komisi Pemberantasan Korupsi	Mendampingi atau memediasi audit yang dilaksanakan oleh KPK
7.	Assessor akreditasi pelayanan	KARS, LAM-KPRS, Lembaga serupa lainnya	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi yang dipertanyakan terkait proses audit
8.	Assessor akreditasi pendidikan	Kementerian Kesehatan	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi Pendidikan yang dipertanyakan terkait proses audit

## B. Pengendali Teknis

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
<b>Internal RS Unhas</b>			
1.	Auditee	Unit, Pusat, Instalasi, Seksi, Bidang, Komite, Satuan, Direktorat, KSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan/ audit yaitu sebagai objek dalam program audit</li> <li>- Penilaian terhadap sistem pengendalian pengelolaan, pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur</li> </ul>
2.	Staf	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
3.	Karu		- Memberikan pembimbingan untuk

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal		
4.	Kepala Unit		<p>perbaikan terkait proses bisnis rumah sakit, administrasi, pelayanan, keuangan, operasional, kinerja selain aspek medis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkoordinasi dalam monitoring dan evaluasi mutu pelayanan dan manajemen</li> <li>- Berkoordinasi dalam monitoring dan evaluasi rekomendasi dan penilaian manajemen risiko serta kinerja.</li> <li>- Pelaksanaan monitoring tindak lanjut temuan</li> <li>- Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal</li> </ul>		
5.	Kepala Pusat				
6.	Kepala Instalasi				
7.	Kepala Seksi				
8.	Kepala Bidang				
9.	Direktur				
10.	KSM				
11.	Ketua Komite			Komite Medik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saksi atau objek wawancara terkait program audit</li> <li>- Melaksanakan pertemuan koordinasi setiap bulan</li> <li>- Memberikan pembimbingan proses bisnis rumah sakit, administrasi, pelayanan, keuangan, operasional, kinerja selain aspek medis</li> <li>- Menjadi tim add hoc dalam penyelesaian sengketa etik dilingkup RS Unhas, atau tim lainnya</li> <li>- Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal</li> </ul>
12.				Komite Keperawatan	
13.				Komite Tenaga Kesehatan Lainnya	
14.		Komite Komite Farmasi dan Terapi Rasional			
15.		Komite PPI			
16.		Komite Etik dan Hukum			
17.		Komite Mutu			
18.	Direktur Utama	RS Unhas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempresentasikan dan merekomendasikan hasil kegiatan audit berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.</li> <li>- Memberikan saran terkait proses bisnis rumah sakit agar sesuai dengan prinsip-prinsip GCG</li> <li>- Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian intern yang</li> </ul>		
19.	Dewan Pengawas				

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
			ditugaskan oleh direktur dan atau pemilik
20.	<i>Security</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
21.	<i>Cleaning service</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
<b>Eksternal</b>			
1.	Peserta Didik	Universitas Hasanuddin dan universitas negeri atau swasta lainnya	Pemberian pembimbingan/ pendampingan pendidikan yang terkait dengan proses kerja SPI
2.	Auditor eksternal LSPI	Universitas Hasanuddin	- Melaksanakan audit Bersama - Mendampingi proses audit yang dilaksanakan oleh LSPI - Memberikan jawaban atas pertanyaan yang terkait audit kinerja RS
3.	Rektor	Universitas Hasanuddin	- Memberikan pengesahan Audit Charter SPI - Memberikan jawaban atas pertanyaan yang terkait audit kinerja RS - Melaksanakan tugas lain yang diberikan Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus
4.	Auditor eksternal	Inspektorat	Mendampingi atau memediasi proses audit yang dilaksanakan oleh Inspektorat
5.	Auditor eksternal	Badan Pemeriksa Keuangan	Mendampingi atau memediasi audit yang dilaksanakan oleh BPK
6.	Auditor eksternal	Komisi Pemberantasan Korupsi	Mendampingi atau memediasi audit yang dilaksanakan oleh KPK
7.	Assessor akreditasi pelayanan	KARS, LAM-KPRS, Lembaga serupa lainnya	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi yang dipertanyakan terkait proses audit

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
8.	Assessor akreditasi pendidikan	Kementerian Kesehatan	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi Pendidikan yang dipertanyakan terkait proses audit

### C. Ketua Tim

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
<b>Internal RS Unhas</b>			
1.	Auditee	Unit, Pusat, Instalasi, Seksi, Bidang, Komite, Satuan, Direktorat, KSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan/ audit yaitu sebagai objek dalam program audit</li> <li>- Penilaian terhadap sistem pengendalian pengelolaan, pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur</li> </ul>
2.	Staf	RS Unhas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saksi atau objek wawancara terkait program audit</li> <li>- Memberikan pembimbingan berdasarkan kompetensi yang dimiliki</li> <li>- Berkoordinasi dalam monitoring dan evaluasi mutu pelayanan dan manajemen</li> <li>- Berkoordinasi dalam monitoring manajemen risiko serta kinerja.</li> <li>- Pelaksanaan monitoring tindak lanjut temuan</li> <li>- Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal</li> </ul>
3.	Karu		
4.	Kepala Unit		
5.	Kepala Pusat		
6.	Kepala Instalasi		
7.	Kepala Seksi		
8.	Kepala Bidang		
9.	Direktur		
10.	KSM		
11.	Ketua Komite		
12.		Komite Keperawatan	
13.		Komite Tenaga Kesehatan Lainnya	
14.		Komite Komite Farmasi dan Terapi Rasional	

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
15.		Komite PPI	atau diseminasi internal
16.		Komite Etik dan Hukum	
17.		Komite Mutu	
18.	Direktur Utama	RS Unhas	- Mempresentasikan dan merekomendasikan hasil kegiatan audit berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.
19.	Dewan Pengawas		- Memberikan saran terkait proses bisnis rumah sakit agar sesuai dengan prinsip-prinsip GCG - Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian intern yang ditugaskan oleh direktur
20.	<i>Security</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
21.	<i>Cleaning service</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
<b>Eksternal</b>			
1.	Peserta Didik	Universitas Hasanuddin dan universitas negeri atau swasta lainnya	Pemberian pembimbingan/ pendampingan pendidikan yang terkait dengan proses kerja SPI
2.	Auditor eksternal LSPI	Universitas Hasanuddin	- Melaksanakan audit Bersama - Mendampingi proses audit yang dilaksanakan oleh LSPI - Memberikan jawaban atas pertanyaan yang terkait audit sesuai kompetensi yang dimiliki
3.	Assessor akreditasi pelayanan	KARS, LAM-KPRS, Lembaga serupa lainnya	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi yang dipertanyakan terkait proses audit
4.	Assessor akreditasi pendidikan	Kementerian Kesehatan	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi Pendidikan yang dipertanyakan terkait proses audit

#### D. Anggota Tim

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
<b>Internal RS Unhas</b>			
1.	Auditee	Unit, Pusat, Instalasi, Seksi, Bidang, Komite, Satuan, Direktorat, KSM	- Pemeriksaan/ audit yaitu sebagai objek dalam program audit - Penilaian terhadap sistem pengendalian pengelolaan, pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur
2.	Staf	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit - Pelaksanaan monitoring tindak lanjut temuan - Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal
3.	Karu		
4.	Kepala Unit		
5.	Kepala Pusat		
6.	Kepala Instalasi		
7.	Kepala Seksi		
8.	Kepala Bidang		
9.	Direktur		
10.	KSM		
11.	Ketua Komite	Komite Medik	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit - Melaksanakan pertemuan koordinasi setiap bulan - Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal
12.		Komite Keperawatan	
13.		Komite Tenaga Kesehatan Lainnya	
14.		Komite Komite Farmasi dan Terapi Rasional	
15.		Komite PPI	
16.		Komite Etik dan Hukum	
17.		Komite Mutu	
18.	Direktur Utama	RS Unhas	- Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian intern yang ditugaskan oleh direktur
19.	<i>Security</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait program audit
20.	<i>Cleaning</i>	RS Unhas	- Saksi atau objek wawancara terkait

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
	<i>service</i>		program audit
<b>Eksternal</b>			
1.	Auditor eksternal LSPI	Universitas Hasanuddin	- Melaksanakan audit Bersama
2.	Assessor akreditasi pelayanan	KARS, LAM-KPRS, Lembaga serupa lainnya	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi yang dipertanyakan terkait proses audit
3.	Assessor akreditasi pendidikan	Kementerian Kesehatan	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi Pendidikan yang dipertanyakan terkait proses audit

#### E. Sekretaris

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
<b>Internal RS Unhas</b>			
2.	Staf	RS Unhas	- Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal
3.	Karu		
4.	Kepala Unit		
5.	Kepala Pusat		
6.	Kepala Instalasi		
7.	Kepala Seksi		
8.	Kepala Bidang		
9.	Direktur		
10.	KSM		
11.	Ketua Komite		
12.		Komite Keperawatan	
13.		Komite Tenaga Kesehatan Lainnya	- Pelaksanaan sosialisasi atau pelatihan atau diseminasi internal
14.		Komite Komite Farmasi dan Terapi Rasional	
15.		Komite PPI	
16.		Komite Etik dan Hukum	
17.		Komite Mutu	

No.	Nama Jabatan	Uraian Kerja/ Instansi	Dalam Hal
18.	Direktur Utama	RS Unhas	- Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian intern yang ditugaskan oleh direktur dan atau pemilik
19.	Dewan Pengawas		
<b>Eksternal</b>			
1.	Assessor akreditasi pelayanan	KARS, LAM-KPRS, Lembaga serupa lainnya	Memberikan keterangan terkait standar akreditasi yang dipertanyakan terkait dokumen dan proses administrasi SPI.

**BAB VIII**  
**POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL**

**A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA**

**1. Standar Keilmuan dan Kondisi**

Tanggung jawab Unit SPI memenuhi standar kecakapan profesionalisme dengan mempertimbangkan penugasan tenaga Auditor internal yang memenuhi syarat tuntutan tugas baik dari segi pendidikan, kemampuan teknis, luas cakupan dan kompleksitas tugas Audit tersebut. Pemenuhan kebutuhan tenaga yang mempunyai kecakapan sesuai dengan variasi bidang kerja dan disiplin ilmu yang menjadi tugas dari Unit SPI, bila perlu dapat dilaksanakan melalui tenaga ahli dari luar (auditor eksternal).

**a. Ketua SPI**

- 1) Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan S2 bidang Kesehatan atau bidang Ekonomi/ Manajemen.
- 2) Pend. & Pelatihan :
  - 1) Pendidikan *Qualified Internal Auditor* (QIA) atau setara
  - 2) Pelatihan *Leadership*
  - 3) Pelatihan Audit Operasional Rumah Sakit
  - 4) Pelatihan Audit Pengadaan Barang dan Jasa
  - 5) Dan sebagainya
- 3) Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit atau dalam hal ini belum dimiliki dapat digantikan dengan pengalaman kerja minimal 10 tahun di rumah sakit.
- 4) Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS di RS Unhas.
- 5) Persyaratan Dasar :
  - 1) Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
  - 2) Berkewarganegaraan Indonesia;
  - 3) Sehat jasmani dan rohani;
  - 4) Berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
  - 5) Visioner dan komunikatif;
  - 6) Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
  - 7) Memahami konsep kinerja dan pengukuran baik manajerial maupun pelayanan;
  - 8) Memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
  - 9) Memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
  - 10) Tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil atau pegawai tetap non PNS tingkat sedang dan berat;

- 11) Tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan;
- 12) Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi kepemimpinan, perencanaan bisnis strategis, tatakelola rumah sakit, sistem akuntabilitas, manajemen keuangan, manajemen sumberdaya manusia dan proses bisnis rumah sakit lainnya.

## **b. Pengendali Teknis**

- 1) Jumlah : 1 orang
- 2) Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan S2 bidang Kesehatan atau bidang Ekonomi/ Manajemen atau bidang Teknik.
- 3) Pend. & Pelatihan :
  - 1) Pendidikan *Qualified Internal Auditor* (QIA) atau setara
  - 2) Pelatihan *Leadership*
  - 3) Pelatihan terkait audit internal rumah sakit
  - 4) Pelatihan terkait audit operasional Rumah Sakit
  - 5) Pelatihan terkait Pengadaan Barang dan Jasa
  - 6) Pelatihan terkait manajemen proyek
  - 7) Pelatihan terkait manajemen risiko
  - 8) Pelatihan terkait ABK
  - 9) Dan sebagainya
- 4) Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman kerja minimal 7 tahun di rumah sakit atau 10 tahun di luar rumah sakit.
- 5) Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS di RS Unhas.
- 6) Persyaratan Dasar :
  - 1) Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
  - 2) Berkewarganegaraan Indonesia;
  - 3) Sehat jasmani dan rohani;
  - 4) Berusia maksimal 50 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
  - 5) Visioner dan komunikatif;
  - 6) Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
  - 7) Memahami konsep kinerja dan pengukuran baik manajerial maupun pelayanan;
  - 8) Memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
  - 9) Memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
  - 10) Tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil atau pegawai tetap non PNS tingkat sedang dan berat;
  - 11) Tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap

karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan;

- 12) Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi kepemimpinan, perencanaan bisnis strategis, tatakelola rumah sakit, sistem akuntabilitas, manajemen keuangan, manajemen sumberdaya manusia dan proses bisnis rumah sakit lainnya serta kemampuan komputerisasi (minimal Ms. *Office*).

### c. Ketua Tim

- a. Jumlah : 1 orang (rangkap dengan pengendali teknis)
- b. Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan S1 bidang Kesehatan atau bidang Ekonomi/ Manajemen atau bidang Teknik.
- c. Pend. & Pelatihan : 1) Pendidikan *Qualified Internal Auditor* (QIA) atau setara  
2) Pelatihan *Leadership*  
3) Pelatihan terkait audit internal rumah sakit  
4) Pelatihan terkait audit operasional Rumah Sakit  
5) Pelatihan terkait Pengadaan Barang dan Jasa  
6) Pelatihan terkait ABK  
7) Dan sebagainya
- d. Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman kerja minimal 4 tahun di rumah sakit atau 7 tahun di luar rumah sakit.
- e. Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS atau Pegawai kontrak di RS Unhas.
- f. Persyaratan Dasar : 1) Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;  
2) Berkewarganegaraan Indonesia;  
3) Sehat jasmani dan rohani;  
4) Berusia maksimal 40 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;  
5) Komunikatif;  
6) Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;  
7) Memahami konsep kinerja dan pengukuran baik manajerial maupun pelayanan;  
8) Memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;  
9) Memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;  
10) Tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil atau pegawai tetap non PNS tingkat sedang dan berat;  
11) Tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan;

- 12) Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi kepemimpinan, tatakelola rumah sakit, manajemen keuangan, manajemen sumberdaya manusia dan proses bisnis rumah sakit lainnya serta kemampuan komputerisasi (minimal Ms. Office).

**d. Anggota Tim**

- a. Jumlah : 2 orang
- b. Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan S1 bidang Kesehatan atau bidang Ekonomi/ Manajemen atau bidang Teknik.
- c. Pend. & Pelatihan : 1) Pelatihan terkait audit internal rumah sakit  
2) Pelatihan terkait opsional rumah sakit  
3) Dan sebagainya
- d. Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman kerja minimal 2 tahun di rumah sakit atau 4 tahun di luar rumah sakit.
- e. Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS atau Pegawai kontrak di RS Unhas.
- f. Persyaratan Dasar : 1) Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;  
2) Berkewarganegaraan Indonesia;  
3) Sehat jasmani dan rohani;  
4) Berusia maksimal 40 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;  
5) Komunikatif;  
6) Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;  
7) Memahami konsep manajemen secara umum;  
8) Memiliki rekam jejak akademik yang baik;  
9) Memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;  
10) Tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil atau pegawai tetap non PNS tingkat sedang dan berat;  
11) Tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan;  
12) Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi proses bisnis rumah sakit serta kemampuan komputerisasi (minimal Ms. Office).

**e. Sekretaris**

- a. Jumlah : - (dirangkap oleh anggota tim)
- b. Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan D3 segala bidang, diutamakan Bidang Kesehatan atau bidang Ekonomi/ Manajemen/

- Teknik/ Sospol/.
- c. Pend. & Pelatihan : 1) Pelatihan terkait kesekretarian.  
2) Dan sebagainya
- d. Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman kerja minimal 2 tahun di rumah sakit maupun di luar rumah sakit
- e. Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS atau Pegawai kontrak di RS Unhas.
- f. Persyaratan Dasar : 1) Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;  
2) Berkewarganegaraan Indonesia;  
3) Sehat jasmani dan rohani;  
4) Berusia maksimal 40 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;  
5) Komunikatif;  
6) Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;  
7) Memahami konsep administrasi dan kesekretariatan;  
8) Memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;  
9) Memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;  
10) Tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil atau pegawai tetap non PNS tingkat sedang dan berat;  
11) Tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan;  
12) memiliki kemampuan komunikasi dan kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi administrasi, pengarsipan dan kemampuan komputerisasi (minimal Ms. *Office*).

## 2. Standar Independensi

Dalam melaksanakan tugasnya Unit SPI dan Auditornya haruslah independent dari aktivitas yang diauditnya. Untuk dapat melakukan hal ini, maka Unit SPI dan Auditornya haruslah :

- a. Unit Organisasi SPI berada langsung dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama. Semua jajaran dalam rumah sakit dan unit kerja lainnya berkewajiban untuk bekerja sama dengan Unit SPI, sehingga memungkinkan pelaksanaan tanggung jawab Audit.
- b. Bersikap independen yaitu dapat melaksanakan tugas audit dengan bebas, baik secara organisatoris maupun secara pribadi terhadap Auditee dan organisasinya dalam hal ini rumah sakit. Dengan demikian dapat memberikan pendapat penting

yang tidak memihak dan tidak berprasangka dalam pelaksanaan dan pelaporan hasil Audit.

- c. Bersikap obyektif yaitu jujur terhadap diri sendiri serta yakin bahwa hasil kerjanya dapat diandalkan, dipercaya dan bebas dari pengaruh pihak-pihak lain. Untuk itu tidak boleh mengesampingkan pertimbangan–pertimbangan objektif yang ditemui dalam tugas Auditnya.
- d. Menjaga Integritas yaitu tidak memanfaatkan informasi yang diperoleh untuk kepentingan atau keuntungan pribadi atau hal-hal lain yang patut diduga dapat disalahgunakan baik oleh dirinya sendiri atau oleh pihak lain yang tidak berhak.

### **3. Standar Keahlian**

Audit Internal haruslah dilaksanakan oleh auditor-auditor internal, yang baik secara individu ataupun secara kolektif mempunyai kecakapan professional yang memadai dan kecermatan yang seksama untuk bidang tugasnya.

Dalam penugaskan Tim Audit yang terdiri dari Pengendali Mutu yang diemban oleh Ketua SPI, Pengendali Teknis, Ketua Tim Audit, Anggota Tim Audit yang berpengalaman dan ahli, dapat menjamin terlaksananya supervisi yang baik mulai dari perencanaan sampai pelaksanaan Audit, Pelaporan Audit dan Monitoring Tindak Lanjut hasil Audit. Tanggung jawab Auditor Internal meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Kepatuhan kepada Standar Audit dan Kode Etik Satuan Pemeriksaan Internal.
2. Penguasaan atas pengetahuan (teori) dan kecakapan (praktek) disiplin ilmu tertentu atau beberapa disiplin ilmu yang berkaitan dengan tugas auditnya.
3. Meningkatkan kemampuan komunikasi lisan dan tertulis sehingga dapat berkomunikasi secara efektif dengan Auditee dan Manajemen Rumah sakit.
4. Memelihara kemampuan teknis auditnya melalui Diklat sehingga tetap mengikuti perkembangan standar, prosedur, dan teknik audit rumah sakit.

Menjaga dan meningkatkan kemampuan profesionalnya dengan memperhatikan cakupan kerja audit, materialitas/ signifikansi permasalahan, standar operasi yang dapat diterima/ dipatuhi pelaksanaannya, tingkat kehandalan dan efektifitas pengendalian sistem operasi yang ada, biaya audit dibandingkan potensi manfaat yang diperoleh, serta menjaga kecermatan dan kewaspadaan terhadap kemungkinan KKN.

### **4. Standar Perilaku**

Auditor Internal harus memegang teguh dan mematuhi Kode Etik berikut ini, yaitu :

1. Integritas, internal auditor harus :
  - a. Melaksanakan pekerjaan dengan jujur, tekun dan bertanggungjawab.

- b. Mematuhi undang-undang dan membuat pengungkapan yang ditetapkan undang-undang dan profesi.
  - c. Tidak dengan sengaja terlibat untuk setiap kegiatan ilegal atau melakukan tindakan yang dapat mendiskreditkan profesi audit internal atau organisasi.
  - d. Mematuhi dan memberikan kontribusi secara sah dan etis terhadap tujuan organisasi.
2. Objektivitas, internal auditor harus :
- a. Tidak terlibat/ berpartisipasi dalam setiap kegiatan atau hubungan yang dapat mengurangi atau dianggap mengurangi penilaiannya yang independen (tidak bias). Partisipasi/ keterlibatan ini mencakup berbagai aktivitas, kegiatan, atau hubungan yang mungkin/ berpotensi terjadi benturan kepentingan di organisasi.
  - b. Tidak menerima apapun yang dapat mengurangi atau dianggap dapat mengurangi keputusan (*judgement*) profesionalnya.
  - c. Mengungkapkan semua fakta material yang diketahui, dan jika fakta-fakta material ini tidak diungkapkan, akan mengubah pelaporan atas kegiatan-kegiatan yang direview.
3. Kerahasiaan, internal auditor harus :
- a. Berhati-hati dalam menggunakan dan melindungi informasi yang diperoleh dalam setiap pekerjaannya.
  - b. Tidak boleh menggunakan informasi untuk kepentingan pribadi atau dalam setiap tindakan yang bertentangan dengan undang-undang atau tujuan organisasi.
4. Kompetensi, internal auditor harus :
- a. Melakukan pekerjaan untuk jasa (*services*) dimana auditor internal memiliki pengetahuan, keahlian, dan pengalaman yang diperlukan.
  - b. Melaksanakan jasa-jasa audit internal sesuai dengan *International Standards for Professional Practice of Internal Auditing (ISPPA)*.
5. Secara terus-menerus meningkatkan kompetensi dan kualitas jasa-jasa yang diberikan.

## **B. PENGATURAN JAM KERJA**

Berikut adalah jadwal jam kerja reguler SPI :

1. Hari Senin sampai hari Kamis adalah pukul 07.30-16.00 WITA
2. Hari Jumat adalah pukul 07.30-16.30 WITA

Jam kerja SPI mengikuti jam kerja manajemen rumah sakit. Namun, apabila ada sejumlah pekerjaan yang memiliki kompleksitas dan fokus yang lama untuk

penyelesaiannya, maka jam kerja akan memanjang hingga berjam-jam yang dapat dikategorikan sebagai jam kerja lembur.

Kemudian jika ada rekan kerja yang mengambil cuti baik cuti melahirkan, cuti menikah dan lainnya, maka yang bersangkutan akan mengisi surat izin cuti. Tugas dan tanggung jawab rekan yang cuti akan didelegasikan kepada rekan kerja yang dianggap kompeten untuk menggantikan. Hal ini dilaksanakan agar tidak ada tugas dan tanggung jawab yang terabaikan.

## **BAB IX**

### **KEGIATAN ORIENTASI**

#### **A. Kegiatan Orientasi**

Orientasi wajib diikuti oleh seluruh staf RS, peserta didik, staf magang bahkan kepada pegawai pihak ketiga. Hal ini disebabkan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin memberikan prioritas utama pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam setiap ruang lingkup pelayanannya. Tujuan pemberian orientasi adalah agar seluruh komponen *stakeholder* dapat mengenal lebih jauh tentang kegiatan proses bisnis, peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan mengetahui program kerja secara umum unit-unit kerja rumah sakit, sehingga dapat bersinergi mewujudkan pelayanan kesehatan yang berfokus keselamatan di rumah sakit

Pemateri orientasi adalah staf dari beberapa unit kerja yang membawakan materi wajib dan diselenggarakan oleh Direktorat Diklit dan SDM terhadap seluruh staf yang akan ditugaskan di seluruh instalasi pelayanan (Rawat inap, rawat jalan, rawat darurat, rawat khusus dan intensive, instalasi bedah sentral, instalasi radioterapi, instalasi farmasi, instalasi farmasi dan instalasi gizi).

#### **B. Tujuan**

Tujuan dilaksanakan orientasi agar seluruh staf yang akan bertugas di rumah sakit dapat melaksanakan tugas yang selalu berfokus pada keselamatan pasien, efisiensi, efektivitas dan ekonomisasi secara terintegrasi sesuai dengan alur di setiap unit kerjanya.

#### **C. Sasaran**

1. Seluruh staf RS
2. Seluruh staf Magang
3. Seluruh Mahasiswa praktik (Dokter muda/ coass, ners, gizi, fisioterapis, dll)
4. Seluruh staf stakeholder yang berada dalam lingkungan RS seperti staf Bank BNI

#### **D. Jenis Orientasi**

Kegiatan Orientasi terdiri atas dua jenis yaitu orientasi umum dan orientasi khusus yang minimal dilakukan selama 3 hari atau disesuaikan dengan kebutuhan.

##### **1. Orientasi Umum**

Orientasi umum dilakukan oleh bagian SDM bekerjasama dengan bagian Diklat Rumah Sakit Unhas. Adapun materi orientasi umum sebagai berikut:

- a. *Pre-test* dan *post-test*
- b. Profil RS Unhas
- c. Gambaran umum kegiatan pendidikan, pelatihan dan penelitian

- d. Gambaran umum kegiatan pelayanan medik dan keperawatan
- e. Gambaran umum kegiatan pelayanan penunjang, sarana medik dan kerjasama
- f. Gambaran umum kegiatan pelayanan keuangan, SDM & Adm Umum
- g. Akreditasi rumah sakit
- h. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- i. Budaya anti korupsi
- j. K3 dan fire fighting serta simulasi penggunaan APAR
- k. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- l. *Service Excellence* dan Komunikasi Efektif
- m. *Basic Life Support* (BLS)
- n. Transportasi dan evakuasi pasien

## **2. Orientasi Khusus**

Kegiatan orientasi khusus dilaksanakan dalam pertemuan internal antara seluruh personel SPI dengan pegawai/ staf baru. Orientasi khusus ini dipimpin langsung oleh Ketua SPI. Dalam pelaksanaannya, Ketua SPI akan menjelaskan beberapa materi dasar terkait SPI dan materi tambahan lainnya. Materi dasar meliputi :

- a. Struktur organisasi.
- b. Regulasi dan kebijakan.
- c. Standar etika auditor.
- d. Sistem kerja.
- e. Tugas, tanggung jawab serta wewenang staf baru.

Sedangkan materi tambahan adalah hal-hal yang disampaikan oleh ketua SPI untuk menambah pengetahuan pegawai baru tentang situasi dan kondisi rumah sakit, sehingga lebih siap untuk bekerja sebagai auditor.

## **BAB X**

### **PERTEMUAN/ RAPAT**

Pertemuan/ rapat yang dilaksanakan Unit Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) terdiri dari :

#### **A. RAPAT EKSTERNAL UNIT**

##### **1. Rapat Kerja**

Rapat tahunan atau rapat kerja dilakukan dengan tujuan evaluasi kinerja SPI tahun berjalan, kegiatan ini penting untuk mengukur sejauh mana pencapaian tahunan yang telah direncanakan sebelumnya dan solusi peningkatan ke depannya.

- Hari : Setiap setahun sekali pada akhir tahun atau awal januari tahun berikutnya (tanggal menyesuaikan)
- Waktu : Menyesuaikan
- Tempat : Menyesuaikan luring atau daring
- Peserta : Rektor atau Dewas, Direktur dan jajarannya beserta pimpinan di bawahnya serta para staf.
- Agenda : Membahas capaian kinerja rumah sakit selama 1 tahun melalui presentasi dari setiap unit kerja disertai kendala dan pembelajaran yang diperoleh

##### **2. Rapat Koordinasi**

Rapat setiap 3 bulan yang dilakukan dengan tujuan evaluasi kinerja SPI setiap triwulan, kegiatan ini penting untuk mengukur sejauh mana pencapaian triwulan dapat meningkatkan capaian tahunan ke depannya.

- Hari : Setiap tiga bulan atau enam bulan sekali (tanggal menyesuaikan)
- Waktu : Menyesuaikan
- Tempat : Menyesuaikan luring atau daring
- Peserta : Rektor atau Dewas, Direktur dan jajarannya beserta pimpinan di bawahnya serta para staf.
- Agenda : Membahas capaian kinerja rumah sakit selama 3 bulan melalui presentasi dari setiap unit kerja disertai kendala dan pembelajaran yang diperoleh

##### **3. Rapat Rutin Manajemen**

Rapat setiap 2 pekan dalam sebulan untuk mendapatkan solusi dari permasalahan terkait mutu dan keselamatan pasien. Rapat bulanan ini dihadiri oleh seluruh pimpinan rumah sakti dan staf untuk memberikan pengambilan keputusan yang cepat dari pimpinan puncak

Hari : Setiap hari Selasa (dua kali dalam sebulan)  
Waktu : Pukul 14.00 wita - selesai  
Tempat : Ruang Rapat Direksi Lt.1 atau via daring  
Peserta : Seluruh direksi dan staf yang berkepentingan  
Agenda : Membahas berbagai permasalahan atau kendala operasional, pelayanan, administrasi dan lainnya yang membutuhkan solusi tingkat direksi

#### **4. Rapat Rutin Komite**

Rapat setiap sekali dalam sebulan sebagai bentuk koordinasi antara komite dan SPI yang memiliki peran yang sama dalam melaksanakan pengawasan kinerja RS dari kacamata masing-masing.

Hari : setiap satu kali dalam sebulan (waktu menyesuaikan)  
Waktu : Menyesuaikan  
Tempat : Menyesuaikan luring atau daring  
Peserta : Para Ketua beserta seluruh staf Komite, SPM dan SPI  
Agenda : Membahas berbagai permasalahan atau kendala terkait pengawasan pelaksanaan kepatuhan atas peraturan, perundang-undangan dan regulasi lainnya di rumah sakit lintas profesi

#### **5. Rapat Insidentil**

Pertemuan yang dilaksanakan secara tiba-tiba untuk membahas permasalahan yang genting.

Hari : Menyesuaikan  
Waktu : Menyesuaikan  
Tempat : Menyesuaikan luring atau daring  
Peserta : Pihak-pihak yang berkaitan dengan pertemuan  
Agenda : Membahas persiapan auditor eksternal LSPI yang akan melaksanakan audit di rumah sakit, membahas berbagai permasalahan atau kendala tertentu yang membutuhkan penyelesaian sesegera mungkin, seperti pertemuan jika terjadi insiden

#### **6. Rapat Pemaparan Temuan**

Rapat yang dilaksanakan sebagai hasil akhir tahapan audit yang didalam prosesnya terjadi proses klarifikasi dari auditee atas temuan yang diperoleh dalam proses audit.

Hari : Sehari setelah Laporan Hasil Audit dirampungkan  
Waktu : Menyesuaikan  
Tempat : Menyesuaikan luring

Peserta : Direktur Utama, Ketua SPI, staf SPI dan Auditee  
Agenda : Membahas temuan-temuan hasil audit

### **7. Rapat Kegiatan Kepanitiaan**

Pertemuan yang dilaksanakan secara tentatif yang dilaksanakan berdasarkan kegiatan-kegiatan tertentu yang akan dilaksanakan di RS yang membutuhkan penanganan oleh suatu kepanitiaan.

Hari : Menyesuaikan  
Waktu : Menyesuaikan  
Tempat : Menyesuaikan  
Peserta : Pihak-pihak yang berkaitan dengan kegiatan  
Agenda : Membahas persiapan, pembagian tugas atau pola kerja untuk kegiatan kepanitiaan

## **B. RAPAT INTERNAL**

### **1. Rapat Internal Unit**

Pertemuan yang dilaksanakan secara internal SPI untuk dapat membahas persiapan atau pelaksanaan program audit.

Hari : Menyesuaikan  
Waktu : Menyesuaikan  
Tempat : Ruang SPI atau daring  
Peserta : Ketua dan/ atau staf SPI  
Agenda : Membahas persiapan dan prosedur audit, kebutuhan logistik atau inventaris unit, pengembangan kompetensi atau berbagai permasalahan atau kendala tertentu dalam pelaksanaan audit atau program kerja SPI

Pertemuan/ rapat yang dilaksanakan tersebut sedapat mungkin terdokumentasikan dalam undangan, absen dan notulensi dapat pula disertakan foto kegiatan dan materi.

## **BAB XI**

### **PELAPORAN**

#### **A. Pelaksanaan Program Audit**

Pelaporan merupakan salah satu tahapan dalam pelaksanaan program audit yang meliputi perencanaan audit, pelaksanaan audit, evaluasi temuan dan informasi, pengkomunikasian hasil audit, rekomendasi tindak lanjut dan pemantauan pelaksanaan tindak lanjut. Pelaporan merupakan salah satu dari tahapan pelaksanaan audit

##### **1. Perencanaan Kegiatan**

Untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab Unit SPI maka perlu disusun perencanaan kegiatan yang konsisten dan sesuai dengan program dan sasaran rumah sakit yang meliputi :

- a. Rencana jangka panjang audit untuk 5 tahun yang disesuaikan dengan Renstra rumah sakit.
- b. Rencana Kerja Audit Tahunan untuk tahun berikutnya yang dijabarkan dalam Rencana Kerja Tahunan yang didalamnya meliputi program pengawasan/pemeriksaan rutin dan khusus, program pengembangan SDM dan program kegiatan administrasi.

##### **2. Norma Pelaksanaan Pemeriksaan**

Dalam melaksanakan audit, Auditor Internal harus menggunakan prosedur dan teknik yang memadai dalam melakukan pengumpulan, pemeriksaan, evaluasi dan analisis Informasi serta mendokumentasikan hasil kerjanya sedemikian rupa sehingga :

- a. Semua Informasi yang terkait dengan tujuan dan ruang lingkup audit beserta bukti factual yang diperoleh telah memenuhi kebutuhan Audit.
- b. Kepastian apakah prosedur dan teknik audit yang dipakai, termasuk metode sampling, metode pengklasifikasian hingga penarikan kesimpulan hasil temuan sesuai dengan sasaran audit.
- c. Auditor harus waspada terhadap situasi dan transaksi yang dapat menunjukkan kemungkinan adanya penyimpangan, penyalahgunaan wewenang, serta tindakan yang tidak sah.
- d. Objektivitas dalam memulai pengumpulan informasi hingga penarikan kesimpulan hasil temuan audit tetap terjaga.
- e. Harus diperoleh bukti cukup, kompeten dan relevan sebagai dasar untuk menyusun pertimbangan kesimpulan serta saran tindak lanjut.
- f. Format Kertas Kerja Audit (KKA) / Kertas Kerja Pemeriksaan (KKP) harus dibuat oleh Auditor dan disimpan sebagai bahan analisis dan kesimpulan audit dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Cakupan lengkap dan jelas
- 2) Tampilannya rapi, jelas ringkas
- 3) Sistematikanya mudah dibaca dan dimengerti
- 4) Informasi yang disampaikan relevan dan tepat dengan tujuan Audit.

### 3. Norma Pelaporan Pemeriksaan/ Audit

Auditor Internal harus melaporkan hasil Audit kepada Kepala Unit SPI dan selanjutnya LHA disampaikan kepada Direktur Utama / pemberi tugas dan Auditee dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- a. Draft LHA yang berisi butir-butir kesimpulan dan rekomendasi haruslah direview dan didiskusikan bersama tim audit untuk menghindari kesalahpahaman.
- b. LHA harus mengungkapkan gambaran singkat (berisi tujuan, lingkup kerja, metodologi audit), hasil pemeriksaan, kesimpulan yang merupakan opini auditor internal serta, rekomendasi yang dibuat tertulis dan disampaikan kepada pejabat yang berwenang secara tepat waktu.
- c. LHA harus bersifat objektif (tidak memihak), jelas (mudah dimengerti, logis lugas dan sederhana), singkat (langsung ke inti masalah), konstruktif (membantu Auditee kearah perbaikan daripada kritik), mengungkap hal-hal yang masih merupakan masalah yang belum dapat diselesaikan sampai audit berakhir, mengemukakan pengakuan atas suatu prestasi atau suatu tindak perbaikan.
- d. Dalam hal terjadi perbedaan pendapat antara tim audit dan Auditee mengenai hasil temuan dan kesimpulan hasil audit, maka perbedaan pendapat ini harus juga diungkapkan dalam laporan hasil Audit.
- e. Ketua SPI harus mereview dan menyetujui LHA sebelum menerbitkan dan mendistribusikan LHA tersebut.

### 4. Norma Tindak Lanjut

SPI harus menindaklanjuti LHA yang telah dipaparkan ke Dirut untuk mendapatkan kepastian langkah yang tepat atas hasil temuan Audit telah dilaksanakan. Jika Pimpinan Unit kerja yang bersangkutan memutuskan untuk tidak mengikuti saran tindak lanjut atas dasar suatu pertimbangan tertentu, maka SPI harus melapor kepada Dirut / Direksi.

### 5. Pendokumentasian Kegiatan

Auditor Internal harus merencanakan setiap pelaksanaan audit dengan baik, untuk itu Auditor Internal harus mendokumentasikan rencana kerja audit dengan memperhatikan hal-hal berikut :

- a. Jenis dan luasnya cakupan kerja audit yang akan dilaksanakan.

- b. Informasi dan latar belakang mengenai objek audit. Bila pernah diaudit maka perlu diperiksa bagaimana hasil pelaksanaan tindak lanjut yang pernah disarankan, dan bagaimana dampaknya terhadap audit yang dilakukan.
- c. Sasaran Audit harus dinyatakan dengan jelas, sehingga Auditor dapat mengetahui dengan tepat masalah-masalah khusus apa yang harus mendapatkan prioritas pemeriksaan/ audit.
- d. Penentuan prosedur teknik audit yang dapat digunakan untuk memastikan bahwa Audit dapat mencapai sarannya .
- e. Kebutuhan sumber daya pelaksanaan audit, yang meliputi jumlah auditor dan bidang keahlian yang diperlukan, tingkat pengalaman yang diinginkan dan bila perlu menggunakan konsultan luar, sarana kerja yang dibutuhkan dan biaya pelaksanaan audit.
- f. Mengkomunikasikan rencana audit dengan pihak terkait terutama mengenai bentuk aktivitas, jadwal kegiatan, sumber daya yang diperlukan dan rencana survey awal sebelum audit dilaksanakan. Survei awal dimaksud untuk mengurangi risiko audit dan hal-hal rawan yang perlu diantisipasi/ pendalaman lebih lanjut.
- g. Format rencana susunan laporan hasil audit dan rencana kepada siapa saja LHA tersebut didistribusikan.
- h. Mendapat persetujuan dari kepala Unit SPI selaku penanggung jawab Audit sebelum audit dimulai.

## **B. Jenis Laporan Unit SPI**

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab, SPI harus menunjukkan transparansi dan akuntabilitas sebagai bentuk pertanggungjawaban dalam pencapaian kinerja dan penggunaan anggaran rumah sakit. Untuk itu, dalam pelaporan SPI memiliki beberapa jenis laporan yang akan diserahkan kepada pihak-pihak yang berkepentingan dengan laporan tersebut.

1. Laporan Audit, merupakan laporan akhir auditor setelah melaksanakan pemeriksaan yang menyatakan bahwa pemeriksaan telah dilaksanakan sesuai dengan norma pemeriksaan, memiliki tujuan, ruang lingkup, waktu, metodologi dan hasil temuan yang setiap temuan harus memenuhi kriteria kondisi, sebab, akibat dan rekomendasi. Dimana di akhir laporan harus mendapatkan persetujuan Ketua SPI sebagai puncak penanggung jawab setiap program pemeriksaan.  
Laporan audit ini akan menjadi salah satu dasar pengambilan keputusan yang digunakan oleh Dirut dan manajemen rumah sakit.
2. Laporan Capaian Kinerja, merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap unit kerja dalam hal ini SPI atas penggunaan anggaran pada program kerja sasaran strategisnya. Hal terpenting yang diperlukan

dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran kinerja antara harapan dan realisasi capaian.

Selain itu, perlu adanya evaluasi atas gap yang terjadi serta pengungkapan (*disclosure*) secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja, termasuk di dalamnya kendala yang dihadapi maupun proses pembelajaran yang dapat dipetik dan diimplementasikan pada periode selanjutnya.

Adapun waktu pengukuran capaian kinerja yaitu :

- a) Triwulan, pemaparan yang dilaksanakan setiap tiga bulan sekali pada awal bulan berikutnya kepada pimpinan, representatif pemilik dan seluruh pihak yang ada di rumah sakit.
- b) Tahunan, pemaparan yang dilaksanakan setiap satu tahun sekali pada awal tahun berikutnya kepada pimpinan, representatif pemilik dan seluruh pihak yang ada di rumah sakit.

Laporan ini bertujuan :

- a) Memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pimpinan atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai, sehingga menjadi bahan pertimbangan rencana manajemen untuk masa depan rumah sakit.
  - b) Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi SPI untuk meningkatkan kinerja.
  - c) Memastikan anggaran yang telah disusun digunakan untuk hal yang bermanfaat.
  - d) Memperkirakan kemajuan unit SPI di masa depan yang juga menjadi pendorong kemajuan rumah sakit.
3. Laporan Capaian Indikator Mutu Unit, merupakan bentuk pertanggungjawaban dalam upaya memitigasi risiko primer di unit SPI, yang diperoleh melalui proses penyusunan risk register unit. Pengukuran ini dilaksanakan setiap triwulan dan dipaparkan kepada pimpinan, representatif pemilik dan seluruh pihak yang berkepentingan untuk mengetahuinya.
  4. Laporan Monitoring Tindak Lanjut, merupakan kegiatan untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan kemajuan auditee dalam melaksanakan rekomendasi audit.
  5. Laporan Akuntabilitas, merupakan laporan kegiatan sasaran strategis SPI, transparansi penggunaan anggaran, hasil survei kepuasan auditee yang menjadi bentuk akuntabilitas kinerja SPI setiap satu tahun.

Ditetapkan di : Makassar  
Pada Tanggal : 03 Januari 2023  
Direktur Utama



ANDI MUHAMMAD ICHSAN k  
NIP. 19700212 200801 1 013