



**PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 117/UN4.24.0/2023**

TENTANG

PEDOMAN KERJA SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS

- Menimbang : a. bahwa untuk memastikan pengorganisasian Rumah Sakit Universitas Hasanuddin telah sesuai dengan kaidah yang berlaku diperlukan pengawasan dan pemeriksaan oleh pihak independen yaitu Satuan Pemeriksaan Internal dengan menggunakan instrumen berupa pedoman kerja unit.
- b. bahwa Peraturan Direktur Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Nomor : 44/UN4.26/KEP/2019 tentang Pedoman Kerja Satuan Pemeriksaan Internal tidak berlaku lagi.
- c. bahwa berdasarkan huruf a, dan b di atas maka perlu revisi Peraturan Direktur Tentang Pedoman Kerja 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 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 158);

7. 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;
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
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 Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penetapan Universitas Hasanuddin sebagai Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum (Tambahan Lembaran Negara Tahun 2014 Nomor 303);
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2015 Tentang Statuta Universitas Hasanuddin;
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 93 Tahun 2015 Tentang Rumah Sakit Pendidikan;
13. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
14. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045 Tahun 2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1069 Tahun 2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971 Tahun 2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
21. 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;
22. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 6 Tahun 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
23. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 2 tahun 2022, tentang Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Universitas Hasanuddin;
24. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor

51973 tahun 2016 tentang Penetapan Pola Pengelolaan Keuangan dan Aset Universitas Hasanuddin Tahun 2017.

25. Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Nomor 74/UN4.24/2022 Tentang Pedoman Pengorganisasian Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN TENTANG PEDOMAN KERJA SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI) RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN.

BAB I

Ketentuan Umum

Pasal 1

1. *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.
2. 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.
3. Satuan Pemeriksaan Internal selanjutnya disingkat 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.
4. *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, kebijakan, prosedur, moral dan etika.
5. *Operational audit* atau audit operasional adalah proses audit untuk memastikan bahwa kegiatan yang faktual atasoperasional organisasi telah dijalankan secara efektif, efisien dan ekonomis untuk mencapai target dan sasaran yang telah ditetapkan.
6. *Compliance audit* atau audit kepatuhan adalah proses audit untuk memastikan bahwa kebijakan dan peraturan, prosedur telah dijalankan sesuai dengan regulasi atau ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan persyaratan lain yang ditetapkan oleh organisasi.

7. *Financial audit* atau audit keuangan adalah proses audit untuk memastikan kewajaran, kehandalan, keakuratan, otorisasi, klasifikasi data-data keuangan yang memadai sehingga Laporan Keuangan disajikan secara wajar dan bebas dari salah saji yang material, berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan yang berlaku.
8. *Fraud* adalah tindakan melanggar hukum yang bersifat menipu, menyembunyikan atau menyalahgunakan kepercayaan yang dilakukan oleh pihak-pihak dan atau organisasi untuk mendapatkan keuntungan bagi kepentingan pribadi atau kelompok.
9. *International Professional Practice Framework* (IPPF) merupakan buku pedoman standar profesi audit internal yang berlaku dan menjadi acuan bagi seluruh auditor internal secara universal dalam melaksanakan tugas dan fungsi yang diberikan.
10. Kode etik adalah standar yang mengatur Prinsip Dasar dan Aturan Perilaku yang dalam pelaksanaannya memerlukan pertimbangan yang seksama dari masing-masing auditor.
11. *Auditee* adalah entitas atau objek audit.
12. Pedoman kerja adalah suatu standar yang secara tertulis digunakan sebagai panduan pelaksanaan pekerjaan sehingga tujuan rumah sakit atau unit kerja dapat tercapai.
13. Program Kerja adalah rancangan kegiatan yang kelak dilaksanakan sebagai upaya pencapaian tujuan rumah sakit atau unit kerja yang didalamnya memaparkan uraian kegiatan, waktu pelaksanaan, anggaran yang dibutuhkan serta sarana prasarana penunjang lainnya.
14. Rencana Kerja Anggaran Tahunan adalah dokumen turunan dari rencana strategis rumah sakit ke dalam perencanaan kegiatan dan penganggaran dalam periode 1(satu) tahun yang disertai jadwal pelaksanaannya.
15. KKA adalah kertas kerja audit yang merupakan lembar evaluasi atas dokumen dan data yang diperiksa.
16. LHA adalah laporan hasil akhir dari suatu proses audit berdasarkan program kegiatan yang telah ditetapkan.
17. Temuan adalah perbedaan atau gap antara kondisi *factual* di lapangan yang dibandingkan dengan standar.
18. Rekomendasi adalah merupakan pendapat auditor yang dipertimbangkan mengenai suatu situasi tertentu yang mencerminkan pengetahuan dan penilaian auditor mengenai pokok persoalannya tentang apa yang harus dilakukan untuk mengatasinya.

BAB II

Maksud dan Tujuan

Pasal 2

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) dibentuk oleh Direktur Utama untuk menjalankan fungsi terdiri atas :
 - a. *assurance* atau audit;
 - b. *consulting* atau pembimbingan/ pendampingan;
 - c. administrasi; dan
 - d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (2) *Assurance* atau audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah melaksanakan audit terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan

keuangan rumah sakit, melaksanakan audit kinerja manajemen serta memastikan kepatuhan rumah sakit terhadap seluruh regulasi yang berlaku.

- (3) *Consulting* atau pembimbingan/ pendampingan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah memberikan layanan, konsultasi, advokasi, pembimbingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional administrasi umum dan keuangan rumah sakit sesuai dengan regulasi dalam upaya peningkatan efektivitas *internal control*, *risk control* sebagai implementasi GCG.
- (4) Administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah menyusun perencanaan, mengorganisir, mengarahkan, mengkoordinasikan dan melaporkan aktivitas SPI sesuai tugas dan tanggung jawab yang diberikan melalui interaksi dengan unit kerja lainnya.
- (5) Pelaksanaan kegiatan di SPI juga berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien.

BAB III

Tatalaksana

Pasal 3

Ketentuan lebih lanjut mengenai tatalaksana kerja 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) Audit dan evaluasi tentang kemampuan, efektifitas, ketaat-azasan dan kualitas pelaksanaan tugas unit kerja baik *profitcenter* 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 penerapan prinsip-prinsip GCG.
- (3) SPI berkoordinasi dengan Lembaga Satuan Pengawasan Internal Rektorat dan Dewan Pengawas dalam hal menyampaikan laporan audit.
- (4) Memastikan bahwa semua unit pada rumah rumah sakit taat terhadap kebijakan, prosedur, dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Memastikan bahwa pengamanan dan pemanfaatan asset rumah sakit berjalan sebagaimana mestinya.
- (6) Memastikan pencapaian target sesuai dengan rencana.

BAB V

Organisasi

Pasal 5

- (1) SPI merupakan salah satu unsur organisasi bertugas 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 memperhatikan 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.

Pasal 10

- (1) LHA sebagaimana dimaksud pada pasal 9 ayat (3) harus mengungkapkan gambaran singkat terdiri atas :
 - a. tujuan;
 - b. lingkup kerja;
 - c. metodologi audit; dan
 - d. hasil pemeriksaan, meliputi kondisi, sebab, akibat dan rekomendasi.
- (2) LHA harus memiliki sifat meliputi :
 - a. objektif (tidak memihak);
 - b. jelas (mudah dimengerti);
 - c. logis lugas dan sederhana);
 - d. singkat (langsung ke inti masalah);
 - e. konstruktif (membantu Auditee kearah perbaikan daripada kritik); dan
 - f. mengemukakan pengakuan atas suatu prestasi atau suatu tindak perbaikan.

Pasal 11

- (1) LHA sebagaimana dimaksud pada pasal 9 disampaikan kepada Direktur Utama dan Auditee secara tepat waktu.
- (2) LHA dipergunakan oleh Direktur Utama dan Auditee sebagai salah satu dasar pengambilan keputusan.

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 UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 117/UN4.24.0/2023
TANGGAL 03 JANUARI 2023
TENTANG PEDOMAN KERJA
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)
RUMAH SAKIT UNHAS

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah rumah sakit yang dikembangkan untuk menjadi rumah sakit dengan *environmental friendly*, *energy saving* serta memiliki teknologi informasi yang canggih dalam menjalankan pelayanannya. Rumah Sakit ini diharapkan dapat menjadi rujukan teknologi medis pendidikan dan penelitian bagi mahasiswa kedokteran Universitas Hasanuddin sebagai wadah 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 standard dalam upaya meningkatkan taraf kesehatan masyarakat.

Lokasi strategis dengan berbagai lembaga kesehatan diantaranya dengan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo mencetuskan konsep *Academic Health Centre* di Indonesia bagian Timur yang 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.

Dalam upaya pencapaian tujuan – tujuan tersebut, 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. Dalam penerapannya, tata kelola rumah sakit yang baik memerlukan praktik pengawasan yang mengacu pada prinsip *Good Corporate Governance* (GCG) melalui suatu mekanisme dan Sistem Pemeriksaan Internal. Peran Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) sebagai internal kontrol dalam mewujudkan GCG adalah (i) sebagai pemeriksa dan/ 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 tata kelola dan praktik GCG serta dalam upaya meningkatkan kinerja dan nilai rumah sakit secara berkelanjutan.

Keberadaan Satuan Pemeriksaan Internal di rumah sakit juga semakin diperkuat dengan adanya beberapa aturan perundang-undangan maupun permenkes yang mewajibkan keberadaan SPI disuatu rumah sakit.

Untuk mendukung kinerja SPI di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin maka dibuatlah pedoman pelayanan yang merupakan salah satu Unit SPI agar dapat bekerja secara profesional 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

1. Tujuan Umum

Pedoman kerja unit SPI sebagai dasar acuan pelaksanaan program kerja yang terkait dengan fungsi internal control rumah sakit,

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

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 *profitcenter* 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.

D. BATASAN OPERASIONAL

Dalam memberikan pelayanan, SPI memiliki batasan operasional yang didefinisikan sebagai berikut :

1. Pedoman pelayanan SPI adalah pernyataan formal terkait pedoman kerja Internal Audit yang memuat maksud, visi, misi, struktur dan hubungan kerja, fungsi, tugas dan tanggung jawab, wewenang, ruang lingkup, kebijakan, standar, kode etik, evaluasi dan penyempurnaan.
2. *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 peraturan perundang-undangan, moral dan etika.
3. *Operational audit* adalah proses audit untuk memastikan bahwa kegiatan operasional organisasi telah dijalankan secara efektif, efisien dan ekonomis untuk mencapai target dan sasaran yang telah ditetapkan.
4. *Compliance audit* adalah proses audit untuk memastikan bahwa kebijakan dan peraturan, prosedur telah dijalankan sesuai dengan ketentuan dan peraturan

perundangan-undangan yang berlaku dan persyaratan lain yang ditetapkan oleh organisasi.

5. *Financial audit* adalah proses audit untuk memastikan kehandalan, keakuratan, otorisasi, klasifikasi data-data keuangan yang memadai sehingga Laporan Keuangan disajikan secara wajar dan bebas dari salah saji yang material, berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan yang berlaku.
6. *Fraud* adalah tindakan melanggar hukum yang bersifat menipu, menyembunyikan atau menyalahgunakan kepercayaan yang dilakukan oleh pihak-pihak dan atau organisasi untuk mendapatkan keuntungan bagi kepentingan pribadi atau kelompok.
7. *Conflict of interest* adalah benturan kepentingan yang mengakibatkan seseorang tidak mampu untuk membuat pertimbangan ataupun keputusan yang bersifat obyektif.
8. *Soft Control* adalah ketrampilan (*skill*), perilaku, nilai, suasana yang terdapat pada individu dan komunikasi personal antar individu dalam organisasi, seperti kompetensi, kepercayaan, kebersamaan nilai, etika dan lain-lain.
9. *Hard control* adalah sarana, kelengkapan organisasi, pengaturan kewenangan serta tanggung jawab dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan kegiatan, berupa kebijakan dan prosedur, struktur organisasi, otorisasi, dokumen.

E. LANDASAN HUKUM

Keberadaan Satuan Pemeriksaan Internal di rumah sakit juga semakin diperkuat dengan adanya beberapa aturan perundang-undangan maupun permenkes yang mewajibkan keberadaan SPI disuatu rumah sakit, antara lain sebagai berikut:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit pasal 33 ayat 2 "Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, Unsur Pelayanan Medis, Unsur Keperawatan, Unsur Penunjang Medis, Komite Medis, Satuan Pemeriksaan Internal, serta Administrasi Umum dan Keuangan".
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Bab II Organisasi Bagian Kesatu Umum Pasal 6 dan Bab II Organisasi Bagian Kedelapan Satuan Pemeriksaan Internal Pasal 21 Ayat 1 Satuan pemeriksaan internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf g merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit. Ayat 2 Satuan pemeriksaan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Bab II Organisasi Bagian Kedelapan Satuan Pemeriksaan Internal Pasal 22, Dalam melaksanakan tugas sebagaimana

dimaksud dalam Pasal 21 ayat (1), satuan pemeriksaan internal menyelenggarakan fungsi: a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit; b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan; c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit; d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang pedoman organisasi rumah sakit di lingkungan departemen kesehatan, Bab V Unit-unit Non Struktural Bagian Pertama Satuan Pengawas Intern Pasal 18 : Ayat 3 Satuan Pengawas Intern dibentuk dan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, Ayat 1 Satuan Pengawas Intern adalah Satuan Kerja Fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan intern rumah sakit. Ayat 2 Satuan Pengawas Intern berada di bawah dan bertanggungjawab kepada pimpinan rumah sakit
4. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 28261/UN4.1/OT.04/2017 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin bahwa Struktur Organisasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin terdiri atas : Direktur Utama; Dewan Pengawas; Direktur; SPI dan SPM; Komite Medik dan KSM; Bidang; Instalasi dan Casemix; Pusat Layanan Unggulan dan Pusat Layanan Pengadaan; Seksi; dan unsur lain yang diperlukan.

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

1. Standar Jumlah

Dalam upaya meningkatkan kinerja SPI melalui peningkatan tandar jumlah dna kualitas untuk pencapaian SDM yang handal, perlu kiranya dilaksanakan kegiatan pemenuhan Sumber Daya Manusia (SDM) yang tepat bagi organisasi. Kebutuhan SDM di SPI mengacu pada analisis beban kerja sebagai berikut:

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
PENGEMBANGAN PROFESI AUDIT					
A. KETUA SPI					
1	Merumuskan Rencana Strategis SPI.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
2	Penyusunan program pemeriksaan.	1 keg/ thn	180 mnt/ keg	180 mnt/ thn	180 mnt/ thn
3	Pengontrolan program pemeriksaan.	24 keg/ thn	1.080 mnt/ keg	25.920 mnt/ thn	25.920 mnt/ thn
4	Menetapkan pedoman audit, mekanisme kerja di dalam organisasi SPI, serta penilaian program jaminan dan peningkatan kualitas.	24 keg/ thn	600 mnt/ keg	14.400 mnt/ thn	14.400 mnt/ thn
5	Menerbitkan Rencana Kerja Tahunan (RKT) sebagai dasar perencanaan kegiatan pemeriksaan yang adaptif, proaktif dan aplikabel melalui identifikasi masalah dan membicارannya kepada Dirut dan Direksi lainnya sebagai dasar untuk menyusun perencanaan audit baik jangka pendek dan jangka panjang.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
6	Menentukan lingkup, indikator dan metode kerja setiap kegiatan audit.	24 keg/ thn	1.440 mnt/ keg	34.560 mnt/ thn	34.560 mnt/ thn
7	Mengontrol program kerja berjalan sesuai Rencana	24 keg/ thn	1.440 mnt/ keg	34.560 mnt/ thn	34.560 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	Strategis.				
8	Mengkomunikasikan rencana kerja audit yang telah disusun berdasarkan Renstra SPI kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS.	1 keg/ thn	90 mnt/ keg	90 mnt/ thn	90 mnt/ thn
9	Menyusun dan melaksanakan rencana pemeriksaan/ pengawasan intern melalui pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, pengawasan dan reviu laporan keuangan dan kegiatan lainnya.	5 keg/ thn	180 mnt/ keg	900 mnt/ thn	900 mnt/ thn
10	Memberikan saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diperiksa/ diawasi pada semua tingkat manajemen.	5 keg/ thn	90 mnt/ keg	450 mnt/ thn	450 mnt/ thn
11	Memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/ peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis.	5 keg/ thn	90 mnt/ keg	450 mnt/ thn	450 mnt/ thn
12	Membuat laporan hasil audit dan menyampaikan laporan tersebut kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS.	5 keg/ thn	180 mnt/ keg	900 mnt/ thn	900 mnt/ thn
13	Memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh SPI, aparat pengawasan intern pemerintah, aparat pemeriksaan ekstern	5 keg/ thn	120 mnt/ keg	600 mnt/ thn	600 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	pemerintah, dan pembina BLU.				
14	Melaksanakan pemantauan pengendalian kecurangan/fraud di lingkungan RS.	12 keg/ thn	120 mnt/ keg	1.440 mnt/ thn	1.440 mnt/ thn
15	Melaksanakan tugas khusus/audit khusus berdasarkan permintaan dari Direktur Utama.	1 keg/ thn	28.800 mnt/ keg	28.800 mnt/ thn	28.800 mnt/ thn
16	Pemantauan dan evaluasi sistem manajemen risiko unit kerja.	12 keg/ thn	60 mnt/ keg	720 mnt/ thn	720 mnt/ thn
17	Menyusun dan/ atau mendelegasikan penyusunan analisis risiko.	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
18	Mendampingi dan mengikuti pelaksanaan audit external.	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
19	Melaksanakan secara langsung atau mendelegasikan supervisi bawahan, dengan elemen penilaian meliputi : keterampilan yang dibutuhkan (komputer, komunikasi, dan lainnya), 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.	12 keg/ thn	360 mnt/ keg	4.320 mnt/ thn	4.320 mnt/ thn
20	Memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.	10 keg/ thn	600 mnt/ keg	6.000 mnt/ thn	6.000 mnt/ thn
21	Menjadi pemateri dalam	keg/	mnt/	mnt/	60 mnt/

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	<i>inhouse training</i> terkait internal control.	1 thn	60 keg	60 thn	thn
22	Memberikan bimbingan dan/pendampingan kepada peserta didik yang melaksanakan penelitian atau magang di SPI.	1 keg/ thn	35 mnt/ keg	35 mnt/ thn	35 mnt/ thn
23	Mengikuti program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
24	Memimpin rapat internal SPI.	12 keg/ thn	60 mnt/ keg	720 mnt/ thn	720 mnt/ thn
25	Mengikuti rapat/pertemuan internal rumah sakit.	24 keg/ thn	90 mnt/ keg	2.160 mnt/ thn	2.160 mnt/ thn
26	Menyusun Indikator Kinerja Individu dan Indikator Kinerja Unit SPI.	1 keg/ thn	180 mnt/ keg	180 mnt/ thn	180 mnt/ thn
27	Pelaksanaan tugastugas lain yang ditugaskan oleh Direktur Utama	1 keg/ thn	1.440 mnt/ keg	1.440 mnt/ thn	1.440 mnt/ thn
B.	Pengendali Teknis				
1	Membantu ketua SPI merumuskan Rencana Strategis.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
2	Mengajukan usulan/ draft RKA kepada Ketua SPI	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
3	Memberikan pemahaman komprehensif dan motivasi kerja kepada Tim berdasarkan program audit.	12 keg/ thn	720 mnt/ keg	8.640 mnt/ thn	8.640 mnt/ thn
4	Memonitoring peraturan dan kebijakan yang berlaku.	24 keg/ thn	720 mnt/ keg	17.280 mnt/ thn	17.280 mnt/ thn
5	Mengendalikan teknis audit dan efektifitas pelaksanaan program audit sesuai standar, rencana, anggaran, dan jadwal.	5 keg/ thn	60 mnt/ keg	300 mnt/ thn	300 mnt/ thn
6	Melaksanakan review atas draf Laporan Hasil Sementara (LHS) dan Laporan Hasil	5 keg/ thn	60 mnt/ keg	300 mnt/ thn	300 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	Audit (LHA) yang disusun Ketua Tim.				
7	Mereview atas draf Laporan Akuntabilitas yang disusun Ketua Tim.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
8	Monitoring tindak lanjut Hasil Audit dan evaluasi monitoring tindak lanjut rekomendasi.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
9	Menyusun dan/ atau mendelegasikan penyusunan analisis risiko.	1 keg/ thn	30 mnt/ keg	30 mnt/ thn	30 mnt/ thn
10	Melaksanakan pendelegasian supervisi dari Ketua SPI atas Ketua Tim dan Anggota Tim dengan elemen penilaian meliputi : ketrampilan 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.	12 keg/ thn	360 mnt/ keg	4.320 mnt/ thn	4.320 mnt/ thn
11	Menyusun draft laporan capaian kinerja SPI.	4 keg/ thn	90 mnt/ keg	360 mnt/ thn	360 mnt/ thn
12	Mengikuti program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
13	Memimpin rapat internal SPI berdasarkan pendelegasian Ketua SPI.	12 keg/ thn	60 mnt/ keg	720 mnt/ thn	720 mnt/ thn
14	Mengikuti rapat/pertemuan internal rumah sakit.	24 keg/ thn	120 mnt/ keg	2.880 mnt/ thn	2.880 mnt/ thn
15	Menyusun draft Indikator	keg/ thn	mnt/ keg	mnt/ thn	180 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	Kinerja Individu dan Indikator Kinerja Unit SPI.	1 thn	180 keg	180 thn	thn
A.	Ketua Tim				
1	Berkoordinasi dengan anggota tim dalam penyusunan draf Rencana Kerja Tahunan (RKT) SPI.	1 keg/ thn	420 mnt/ keg	420 mnt/ thn	420 mnt/ thn
2	Berkoordinasi dengan pengendali teknis terkait pelaksanaan program audit.	5 keg/ thn	120 mnt/ keg	600 mnt/ thn	600 mnt/ thn
3	Mengkordinir anggota tim dalam proses pelaksanaan audit agar arah audit tidak melenceng dari yang ditargetkan.	5 keg/ thn	120 mnt/ keg	600 mnt/ thn	600 mnt/ thn
4	Melaksanakan review, validasi kebenaran, kesesuaian data dan informasi yang diperoleh anggota tim untuk menjamin mutu data audit.	5 keg/ thn	60 mnt/ keg	300 mnt/ thn	300 mnt/ thn
5	Merancang alur kerja program audit, alur teknis pemeriksaan dan seluruh prosedur pelaksanaan program audit kepada anggota tim.	5 keg/ thn	60 mnt/ keg	300 mnt/ thn	300 mnt/ thn
6	Menjelaskan alur kerja program audit, alur pemeriksaan dan seluruh prosedur pelaksanaan program audit kepada anggota tim.	5 keg/ thn	120 mnt/ keg	600 mnt/ thn	600 mnt/ thn
7	Melaksanakan prosedur pelaksanaan audit terkait verifikasi dan crosscheck mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari :				

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	- SIM RS	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Pengajuan Klaim	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Data Pengklaiman BPJS	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Portal INACBg's	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Instalasi terkait	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien)	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Sistem kompensasi berupa gaji, insentif, honor dan lainnya (jika ada))	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- SPO, Panduan, Pedoman, Kebijakan, Peraturan dan Perundang- undangan terkait program audit yang berjalan	5 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	14.400 mnt/ thn	14.400 mnt/ thn
	- Akun per mata anggaran RS	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Data pendukung lainnya	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
8	Membuat master aplikasi hasil pengolahan dan perhitungan data audit baik berupa statistik, formula, maupun tabel matriks sebagai korelasi berbagai data.	5 keg/ thn	600 mnt/ keg	3.000 mnt/ thn	3.000 mnt/ thn
9	Menyusun draf Laporan Hasil Sementara (LHS) pelaksanaan audit disertai rekomendasi penyelesaian masalah melalui metode RCA atas hasil pengolahan, perhitungan, interview, observasi dan telusur masalah.	5 keg/ thn	240 mnt/ keg	1.200 mnt/ thn	1.200 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
10	Menyusun draf Laporan Hasil Audit (LHA).	5 keg/ thn	2.100 mnt/ keg	10.500 mnt/ thn	10.500 mnt/ thn
11	Mendokumentasikan hasil audit berdasarkan bukti-bukti audit yang telah dikumpulkan dalam bentuk tabel, ringkasan, catatan, dsb untuk keperluan pengujian dan analisis.	5 keg/ thn	120 mnt/ keg	600 mnt/ thn	600 mnt/ thn
12	Menyusun draf Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahunan SPI.	1 keg/ thn	1.260 mnt/ keg	1.260 mnt/ thn	1.260 mnt/ thn
13	Mengkordinir pelaksanaan rapat internal SPI dan pertemuan dengan auditee.	5 keg/ thn	1.260 mnt/ keg	6.300 mnt/ thn	6.300 mnt/ thn
14	Menyusun Laporan Program Sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit.	1 keg/ thn	2.100 mnt/ keg	2.100 mnt/ thn	2.100 mnt/ thn
15	Berkordinasi dengan anggota tim dalam melaksanakan proses survei kepuasan kepada auditee atas hasil audit yang telah dilaksanakan.	1 keg/ thn	180 mnt/ keg	180 mnt/ thn	180 mnt/ thn
16	Menyusun draft analisis risiko.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
17	Melaksanakan pendelegasian supervisi dari atasan terhadap anggota tim meliputi : ketrampilan yang dibutuhkan (komputer, komunikasi, dan lainnya), 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	12 keg/ thn	60 mnt/ keg	720 mnt/ thn	720 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	perencanaan.				
18	Menyusun draft laporan capaian kinerja SPI.	4 keg/ thn	120 mnt/ keg	480 mnt/ thn	480 mnt/ thn
19	Mengikuti program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit.	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
20	Memimpin rapat internal SPI berdasarkan pendelegasian Ketua SPI	1 keg/ thn	90 mnt/ keg	90 mnt/ thn	90 mnt/ thn
21	Mengikuti rapat/pertemuan internal rumah sakit.	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
C.	Anggota Tim				
1	Melaksanakan alur kerja dan seluruh prosedur pelaksanaan program audit yang telah dirancang tertuang dalam Program Kerja Tahunan (RKT).	1 keg/ thn	30 mnt/ keg	30 mnt/ thn	30 mnt/ thn
2	Berkordinasi dengan Ketua Tim dalam proses pelaksanaan audit, terkait verifikasi mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari :				
	- SIM RS	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Pengajuan Klaim	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Data Pengklaiman BPJS	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Portal INACBg's	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Instalasi terkait	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien)	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Sistem kompensasi berupa gaji, insentif, honor	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
	dan lainnya (jika ada)				
	- SPO, Panduan, Pedoman, Kebijakan, Peraturan dan Perundang- undangan terkait program audit yang berjalan	5 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	14.400 mnt/ thn	14.400 mnt/ thn
	- Akun per mata anggaran RS	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
	- Data pendukung lainnya	2 keg/ thn	2.880 mnt/ keg	5.760 mnt/ thn	5.760 mnt/ thn
3	Mendokumentasikan hasil audit berdasarkan bukti-bukti audit yang telah dikumpulkan dalam bentuk tabel, ringkasan, catatan, dsb untuk keperluan pengujian dan analisis .	5 keg/ thn	60 mnt/ keg	300 mnt/ thn	300 mnt/ thn
4	Menyusun simpulan hasil audit bersama Ketua Tim.	5 keg/ thn	180 mnt/ keg	900 mnt/ thn	900 mnt/ thn
5	Menggandakan dan mendistribusikan dokumen & Laporan Hasil Audit.	5 keg/ thn	30 mnt/ keg	150 mnt/ thn	150 mnt/ thn
6	Notulen rapat internal (SPI) dengan <i>auditee</i> .	24 keg/ thn	120 mnt/ keg	2.880 mnt/ thn	2.880 mnt/ thn
7	Berkoordinasi dengan Ketua Tim dalam pelaksanaan program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit.	1 keg/ thn	60 mnt/ keg	60 mnt/ thn	60 mnt/ thn
8	Menyusun draf laporan program Sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit.	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
9	Mengikuti program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit.	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
10	Mengikuti rapat internal SPI.	1 keg/ thn	90 mnt/ keg	90 mnt/ thn	90 mnt/ thn
11	Mengikuti rapat/pertemuan internal rumah sakit.	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5 (3*4)	6
12	Mengisi Indikator Kinerja Individu	12 keg/ thn	90 mnt/ keg	1.080 mnt/ thn	1.080 mnt/ thn
PENGEMBANGAN PROFESI AUDIT					
1	Membuat daftar rencana pelatihan/ magang/ <i>workshop</i> / <i>benchmarking</i>	1 keg/ thn	420 mnt/ keg	420 mnt/ thn	420 mnt/ thn
2	Membuat surat dan TOR rencana pelatihan/ magang/ <i>workshop</i> maupun <i>benchmarking</i>	1 keg/ thn	120 mnt/ keg	120 mnt/ thn	120 mnt/ thn
3	Mengikuti pendidikan berjenjang profesi pemeriksaan (<i>Qualified Internal Auditor</i> Dasar 1)	1 keg/ thn	8.400 mnt/ keg	8.400 mnt/ thn	8.400 mnt/ thn
4	Mengikuti kegiatan pelatihan/ magang/ <i>workshop</i> / <i>benchmarking</i>	1 keg/ thn	1.080 mnt/ keg	1.080 mnt/ thn	1.080 mnt/ thn
5	Mengikuti kegiatan Pelatihan Kantor Sendiri	3 keg/ thn	1.080 mnt/ keg	3.240 mnt/ thn	3.240 mnt/ thn
TUGAS TAMBAHAN					
1	Mengikuti kepanitiaan	10 keg/ thn	11.520 mnt/ keg	115.200 mnt/ thn	115.200 mnt/ thn
2	Panitia Konsumsi Rapat Rutin Manajemen	4 keg/ thn	90 mnt/ keg	360 mnt/ thn	360 mnt/ thn
KEGIATAN LAINNYA					
1	ISOMA	260 keg/ thn	60 mnt/ keg	15.600 mnt/ thn	15.600 mnt/ thn
2	Toileting	260 keg/ thn	15 mnt/ keg	3.900 mnt/ thn	3.900 mnt/ thn
3	Telepon urusan kantor dan pribadi	260 keg/ thn	10 mnt/ keg	2.600 mnt/ thn	2.600 mnt/ thn
Jumlah WPT					513.48 menit
Konversi ke Jam					8.558 jam

$$\begin{aligned}
 \text{Jumlah Pegawai yang Dibutuhkan} &= 5.497 / 1.255 \\
 &= 6,819 \\
 \text{Pembulatan} &= 7 \text{ org}
 \end{aligned}$$

*Jumlah SDM yang dibutuhkan untuk area kerja seperti sekarnag sebanyak 7 orang dan akan mengalami penambahan jika area kerja semakin luas.

2. Standar Kompetensi

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 dibutuhkan dapat dilaksanakan oleh tenaga ahli dari luar (auditor eksternal).

Dalam menjalankan fungsi internal control rumah sakit, berikut adalah standar ketenagaan Unit SPI :

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 perumaha-sakitan meliputi kepemimpinan, perencanaan bisnis strategis, tatakelola rumah sakit, sistem akuntabilitas, manajemen keuangan, manajemen sumberdaya manusia dan proses bisnis rumah sakit lainnya.
- 6) Keterampilan Kerja : Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- 7) 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.
- 8) 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 perbuatan kesimpulan penilaian atau pembuatan peraturan berdasarkan kriteria rangsangan indera atau atas dasar pertimbangan pribadi.
- 5) 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.
- 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.

9) 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.

10) 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

11) Kondisi Fisik

:

1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki

2) Umur : ≥ 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
- 12) 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.

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 perumahasakitan 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*).
- 7) Keterampilan Kerja : Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- 8) 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.
- 9) 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.

10) 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.

11) 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
- 12) Kondisi Fisik :
- 1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki
 - 2) Umur : ≥ 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
- 13) 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.

c. Ketua Tim

- 1) Jumlah : 1 orang (rangkap dengan pengendali teknis)
- 2) Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan S1 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 ABK
7) Dan sebagainya
- 4) Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman kerja minimal 4 tahun di rumah sakit atau 7 tahun di luar rumah sakit.
- 5) Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS atau Pegawai kontrak 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 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 perumahsakit meliputi kepemimpinan, tatakelola rumah sakit, manajemen keuangan, manajemen sumberdaya manusia dan proses bisnis rumah sakit lainnya serta kemampuan komputerisasi (minimal *Ms. Office*).
- 7) Keterampilan Kerja : Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- 8) 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.
- 9) 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 Creteria* (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.

10) 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.

11) 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

12) Kondisi Fisik

- :
1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki
2) Umur : ≥ 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
- 13) 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
Mengidentifikasikan 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.

d. Anggota Tim

- 1) Jumlah : 2 orang
- 2) Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan S1 bidang Kesehatan atau bidang Ekonomi/ Manajemen atau bidang Teknik.
- 3) Pend. & Pelatihan : 1) Pelatihan terkait audit internal rumah sakit
2) Pelatihan terkait operasional rumah sakit
3) Dan sebagainya
- 4) Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman kerja minimal 2 tahun di rumah sakit atau 4 tahun di luar rumah sakit.
- 5) Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS atau Pegawai kontrak 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 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).
- 7) Keterampilan Kerja : Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- 8) 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.
- 9) 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.

10) 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.

11) 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
- 12) Kondisi Fisik :
- 1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki
 - 2) Umur : ≥ 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
- 13) 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.

e. Sekretaris

- 1) Jumlah : - (dirangkap oleh anggota tim)
- 2) Pendidikan Formal : Minimal berpendidikan D3 segala bidang, diutamakan Bidang Kesehatan atau bidang Ekonomi/ Manajemen/ Teknik/ Sospol/.
- 3) Pend. & Pelatihan : 1) Pelatihan terkait kesekretarian.
2) Dan sebagainya
- 4) Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman kerja minimal 2 tahun di rumah sakit maupun di luar rumah sakit
- 5) Status Kepegawaian : PNS atau Pegawai Tetap Non PNS atau Pegawai kontrak 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 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*).
- 7) Keterampilan Kerja : Menguasai penggunaan bahan dan perangkat kerja
- 8) 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.
- 9) 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.

10) 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.

11) 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

12) Kondisi Fisik

:

- 1) Jenis Kelamin : Perempuan/ laki-laki
- 2) Umur : ≥ 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
- 13) 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. 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.

4. 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.

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).

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 sehingga terlaksana 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 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, termasuk perkembangan dunia usaha.

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.

5. 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 (ISPPIA)*.
5. Secara terus-menerus meningkatkan kompetensi dan kualitas jasa-jasa yang diberikan.

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

Jumlah SDM yang ada di Unit SPI diharapkan dapat memenuhi seluruh area dan dimensi audit, namun hingga saat ini dengan jumlah yang terbatas SPI masih senantiasa melaksanakan tugas dan tanggung jawab semaksimal mungkin sesuai batas kemampuan dan profesionalismenya. Adapun ketenagaan SPI saat ini adalah sebagai berikut :

Jabatan	Jumlah	Area Kerja
Ketua SPI	1 orang	Dengan jumlah sebanyak 4 (empat) orang SPI sebisa mungkin melaksanakan audit pemeriksaan, investigasi dan monitoring internal kontrol rumah sakit di seluruh unit kerja dari aspek kepatuhan regulasi, operasional dan keuangan
Pengendali Teknis	1 orang (merangkap)	
Ketua Tim		
Anggota Tim	2 orang	

C. PENGATURAN JAM KERJA

Berikut adalah jadwal jam kerja SPI :

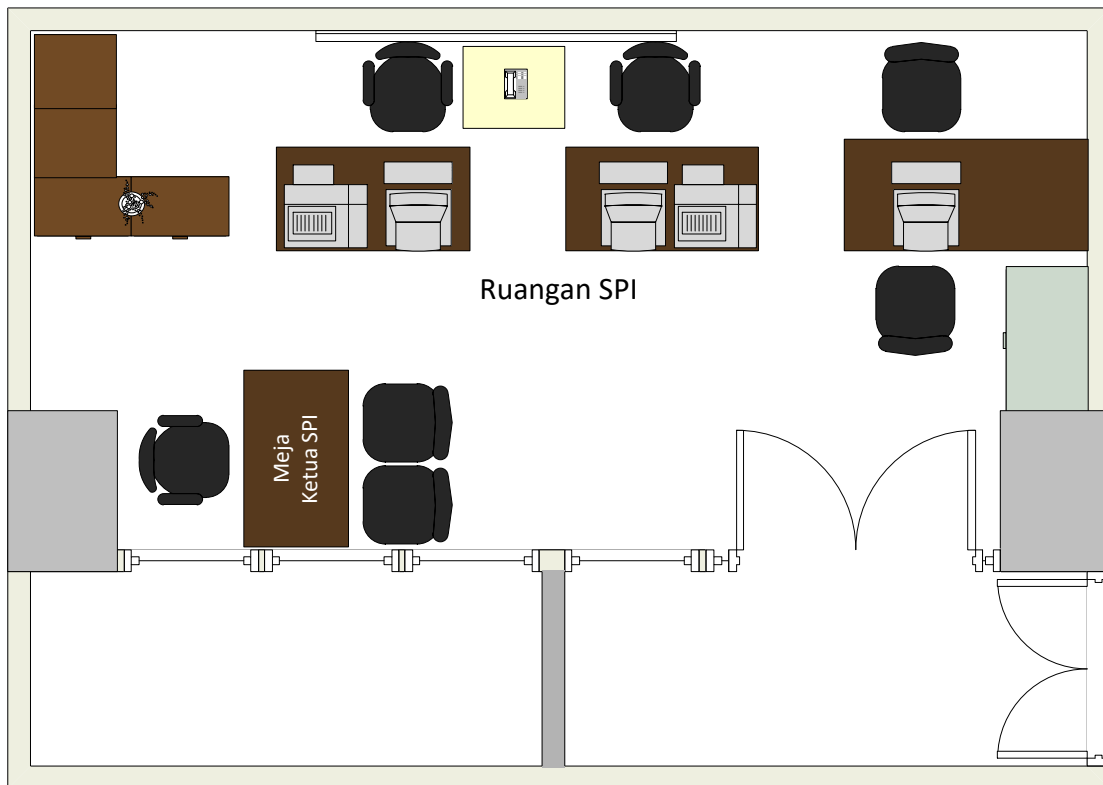
1. Hari Senin sampai hari Kamis adalah pukul 07.30-16.00 WITA
2. Hari Jumat adalah pukul 07.30-16.30 WITA

Apabila ada sejumlah pekerjaan yang memiliki kompleksitas untuk menyelesaikannya, maka jam kerja akan memanjang hingga berjam-jam (lembur). Kemudian jika ada rekan kerja yang mengambil cuti baik cuti melahirkan, cuti menikah dan lainnya, maka yang bersangkutan akan mengisi surat izin cuti dan mendelegasikan tugas serta tanggung jawabnya kepada rekan kerja yang dianggap kompeten untuk menggantikan.

BAB III STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANGAN

Berikut adalah denah ruangan Unit SPI :



B. STANDAR FASILITAS

1. Standar Ruang (Prasarana)

Dalam rangka menunjang pelaksanaan layanan audit internal, berikut adalah standar ruangan yang dibutuhkan :

Parameter	Uraian
Privatisasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Tempat kerja utama di dalam ruangan. b. Terpisah dari ruangan unit kerja lainnya. Jika tergabung dengan unit kerja lainnya, maka ruangan SPI diberikan sekat khusus yang tertutup.
Struktur ruangan	<ul style="list-style-type: none"> a. Luas ruangan cukup lapang untuk beraktivitas b. Ventilasi udara memadai untuk sirkulasi normal. c. Jendela ke luar dengan sistem penguncian. d. Kontur lantai yang datar.
Kondisi ruangan	<ul style="list-style-type: none"> a. Suhu ruangan sejuk/ dingin dengan perubahan. b. Udara yang memiliki kelembaban standar, namun tidak membuat dinding ataupun lantai menjadi

Parameter	Uraian
	<p>lembab dan berjamur.</p> <p>c. Penerangan yang terang (d disesuaikan dengan pekerjaan).</p> <p>d. Suara yang tenang, tingkat kebisingan rendah.</p> <p>e. Keadaan tempat kerja yang bersih.</p> <p>f. Tidak ada getaran.</p>
Fasilitas ruangan	<p>a. Ruangan disertai smook/fire detector, springkle, speaker.</p> <p>b. Kelistrikan fasilitasi dengan beberapa soket/terminal listrik.</p> <p>c. Tata letak mobiler tidak berhimpitan disesuaikan luas ruangan</p> <p>d. Akses ke toilet dekat.</p>
Kemanan ruangan	<p>a. Kunci ruangan hanya dimiliki oleh staf SPI dan 1 kunci backup di Seksi Rumah Tangga.</p> <p>b. Setiap lemari/ laci penyimpanan berkas penting memiliki kunci.</p>

2. Sarana

Berikut adalah kebutuhan sarana unit SPI diantaranya :

- a. Meja dan kursi kerja.
- b. Laci/ lemari dokumen.
- c. Kursi pengunjung/ pengguna informasi.
- d. Telepon *centre* lebih dari 1.
- e. Berbagai informasi baik berupa buku panduan layanan, brosur, buklet dan lainnya yang terkait informasi rumah sakit.
- f. Perangkat computer (3 unit).
- g. Printer.
- h. Perekam suara.
- i. Berbagai ATK.
- j. *Wifi*.
- k. Dispenser air minum.
- l. Peralatan makan dan minum.

3. Perangkat Kerja

No.	Perangkat Kerja	Penggunaan Dalam Tugas
1.	Ketetapan MPR, Peraturan Perundang-undangan,	Sebagai panduan dan

No.	Perangkat Kerja	Penggunaan Dalam Tugas
	Peraturan Pemerintah RI, Peraturan Presiden, Keputusan Presiden, Instruksi Presiden, Surat Edaran Presiden, Peraturan Menteri, Keputusan Menteri, Surat Edaran Menteri, Peraturan Komisi/ Lembaga setara Kementerian, Peraturan Kepala setara Kementerian, Surat Edaran Kepala setara Kementerian, terkait objek audit, proses audit, <i>consulting</i> dan proses kerja lainnya.	referensi dalam melaksanakan program audit
2.	Peraturan Kepala Daerah Provinsi/ Gubernur, Keputusan Kepala Daerah Provinsi/ Gubernur, Surat Edaran Kepala Daerah Provinsi/ Gubernur, Peraturan Walikota, Keputusan Walikota, Surat Edaran Walikota jika ada yang terkait rumah sakit khususnya RS Unhas.	
3.	Peraturan Rektor Unhas, Keputusan Rektor, Surat Edaran Rektor, Peraturan Direktur Utama, Keputusan Direktur Utama, Surat Edaran Direktur Utama.terkait objek audit, proses audit, <i>consulting</i> dan proses kerja lainnya.	
4.	<i>International Standards for Professional Practice of Internal Auditing (ISPPIA)</i>	
5.	Kebijakan, pedoman, panduan, SOP terkait auditee	
6.	Kebijakan, pedoman, panduan, SOP SPI	
7.	Tata nilai dan etik rumah sakit, etika profesi beserta hal semisalnya.	Sebagai acuan bagi semua auditor dalam menerapkan prinsip profesionalitas yang telah ditetapkan, sebagai alat kontrol dan sarana untuk mempertahankan independensi dan penjaga integritas dalam melaksanakan tugas dan berinteraksi antara auditor dan dengan rekan unit-unit kerja lainnya.
8.	Renstra, RKA dan beserta hal semisalnya.	Sebagai data pendukung

No.	Perangkat Kerja	Penggunaan Dalam Tugas
		proses pemeriksaan
9.	Surat Tugas.	Sebagai dasar pelaksanaan tugas dan tanggungjawab program audit
10.	Alur kerja audit	Penjaminan efektifitas, efisiensi pelaksanaan pemeriksaan sehingga sesuai arah sasaran dan ruang lingkup audit
11.	Jurnal atau literatur lainnya	Penunjang dalam memperluas pengetahuan dan kompetensi staf terkait audit

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

Pelaksanaan pelayanan atau kerja unit SPI sebagai internal control terdiri atas pelayanan *Assurance*, *Consulting* dan pelayanan Administratif.

A. ASSURANCE

Dalam melaksanakan audit meliputi perencanaan audit, pelaksanaan audit, evaluasi temuan dan Informasi, pengkomunikasian hasil audit, rekomendasi tindak lanjut dan pemantauan pelaksanaan tindak lanjut.

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 di dalamnya meliputi :
 - program pengawasan/ pemeriksaan rutin, disusun berdasarkan permasalahan dari berbagai rapat yang dihadiri, permintaan direksi , penentuan dari internal SPI berdasarkan *cost centre* dan *revenue center*
 - audit khusus, didasarkan instruksi Direktur Utama yang dapat dilaksanakan sewaktu-waktu.
 - 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) Sistematisnya 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 perlu dilakukan peninjauan setempat guna memperoleh informasi mengenai praktek objek yang akan diaudit. 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 sasarannya .
- 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. CONSULTING

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab SPI juga memberikan jasa konsultasi atau pendampingan yang independen dan obyektif untuk memberi nilai tambah meningkatkan operasi organisasi.

1. Kompetensi yang dimiliki SPI berdasarkan level :

- a. Ahli (*Proficiency*) berarti memiliki kemampuan untuk menerapkan pengetahuan pada setiap situasi yang dihadapi, dan mendalaminya tanpa memerlukan bantuan yang mendalam.
 - b. Memahami (*understanding*) berarti memiliki kemampuan untuk menerapkan pengetahuannya yang luas pada setiap situasi yang dihadapi, untuk dapat mengenali penyimpangan signifikan, dan mampu melakukan penelitian yang diperlukan untuk mencapai simpulan yang masuk akal.
 - c. Mengenali (*appreciation*) berarti memiliki kemampuan untuk dapat mengenali timbulnya permasalahan atau potensi permasalahan, dan mengidentifikasi perlunya penelitian tambahan yang diperlukan atau bantuan yang dibutuhkan.
2. Kecermatan profesional pada penugasan konsultasi, yaitu terkait :
 - a. Kebutuhan dan harapan klien, serta sifat, saat, dan komunikasi hasil penugasan.
 - b. Motivasi dan alasan yang mungkin melatar belakangi permintaan jasa konsultasi.
 - c. Luasnya cakupan pekerjaan yang diperlukan dalam mencapai tujuan penugasan.
 - d. Keahlian dan sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan penugasan.
 - e. Pengaruhnya pada ruang lingkup rencana audit yang telah disetujui sebelumnya.
 - f. Dampak potensial terhadap penugasan di waktu yang akan datang.
 - g. Manfaat potensial bagi organisasi yang dapat diperoleh dari penugasan.

C. KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: Assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Tujuan Keselamatan Pasien Rumah sakit adalah:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dari unit kerja Ke Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien:

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift (paling lambat 2x24jam), jangan menunda laporan

3. Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada PJ Keselamatan Pasien unit kerja atau Atasan langsung pelapor
4. Atasan langsung bersama dengan PJ Keselamatan Pasien Unit Kerja akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan
5. Hasil Grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :
6. Grade biru : Investigasi sederhana oleh Atasan Langsung, waktu maksimal 1 minggu
 - a) Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan Langsung, waktu maksimal 2 minggu
 - b) Grade kuning ; Investigasi komprehensif/ Analisis Akar Masalah/ *Root Cause Analysis* oleh Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit, waktu 45 hari
 - c) Grade Merah : Investigasi Komprehensif/ Analisis Akar Masalah/ *Root Cause Analysis* oleh Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit, waktu 45 hari
7. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil infestigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit
8. Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan Root Cause Analisis (RCA).
9. Untuk grade kuning/merah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit akan melakukan Analisis Akar Masalah/ Root Cause Analisis (RCA).
10. Setelah melakukan RCA, ` Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
11. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan ke Direksi
12. Rekomendasi untuk Perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik ke unit kerja terkait
13. Unit kerja membuat analisa dan trend kejadian di satuan kerjanya masing-masing.
14. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien.
15. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin minimal harus melakukan *Failure Mode and Effect Analysis* minimal 1 tahun sekali.

D. ADMINISTRATIF

SPI merupakan salah satu unit kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang memiliki tanggungjawab administratif, yaitu :

1. Berkoordinasi dengan anggota tim dalam penyusunan draf Rencana Kerja Tahunan (RKT) SPI.
2. Berkoordinasi dengan Ketua SPI terkait pelaksanaan program audit Menyusun draf Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan, yang menguraikan :

- a. Kendala yang menghambat
 - b. Potensi yang dapat mendukung efisiensi dan efektifitas kinerja unit dan rumah sakit.
3. Menyusun laporan capaian kinerja tahunan sebagai bentuk akuntabilitas dalam melaksanakan tugas dan kewajiban yang diberikan, dengan menguraikan :
 - a. Kendala yang menghambat
 - b. Potensi yang dapat mendukung efisiensi dan efektifitas kinerja unit dan rumah sakit.
 - c. pembelajaran yang diperoleh.
 4. Membuat daftar rencana pelatihan/ magang/ workshop/ benchmarking
 5. Membuat surat dan TOR rencana pelatihan/ magang/ workshop maupun benchmarking
 6. Notulen rapat internal (SPI) dan auditee.
 7. Menghadiri Rapat Manajemen dan mengkomunikasikan kepada Ketua SPI atas issue terkini dan potensi resiko yang dapat terjadi.
 8. Merencanakan kebutuhan ATK SPI.
 9. Melaksanakan fungsi inventarisasi di SPI.
 10. Melaksanakan fungsi pengarsipan/ penyimpanan dokumen, surat masuk dan surat keluar
 11. Mengatur dan mengingatkan jadwal Ketua SPI dan Pengendali Teknis untuk menghadiri pertemuan-pertemuan.

Untuk dapat melaksanakan pelayanan sebaik mungkin, tentunya SPI harus memiliki kompetensi yang terstandar yang diperoleh dari berbagai pelatihan yang tersertifikasi maupun pelatihan wajib lainnya. Untuk itu SDM di SPI wajib mengikuti pendidikan sertifikasi berjenjang profesi auditor internal yaitu :

1. Qualified Internal Auditor Dasar I
2. Qualified Internal Auditor Dasar II
3. Qualified Internal Auditor Lanjutan I
4. Qualified Internal Auditor Lanjutan II
5. Qualified Internal Auditor Manajerial
6. Pelatihan sertifikasi manajemen risiko dan pelatihan lainnya terkait internal auditor.

BAB V LOGISTIK

A. Bahan Kerja

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab, Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) tentunya membutuhkan bahan kerja untuk memudahkan dalam proses kerja, sebagai berikut :

NO.	BAHAN KERJA	PENGGUNAAN DALAM TUGAS
Benda		
Dokumen		
1.	Data/ dokumen primer dari auditee	Sebagai bukti utama dan materi olahan utama proses pemeriksaan
2.	Data/ dokumen pendukung dari auditee	
3.	Bukti foto dokumen/ aktivitas auditee	
4.	Hasil observasi/ monitoring langsung auditee	
5.	Data/ dokumen pendukung dari unit kerja terkait	Sebagai bukti pendukung dan materi olahan penunjang proses pemeriksaan
6.	Data/ dokumen hasil analisis anggota SPI	Sebagai bentuk verifikasi dan analisis dalam proses pemeriksaan
Perlalatan		
1.	Unit Komputer	Alat pengolah data dalam program pemeriksaan dan menampilkan materi presentasi
2.	Laptop	
3.	<i>Software</i> program sesuai kebutuhan	
4.	<i>Printer</i>	Pencetakan dokumen/ laporan
5.	<i>Recorder</i>	Pendokumentasian pernyataan/ hasil wawancara/ peristiwa
6.	Kamera	Pendokumentasian dokumen atau kegiatan
7.	Proyektor/ LCD	Alat memproyeksikan laporan saat presentasi
Perlengkapan		
1.	ATK	Menulis, menandai dokumen, mengarsipkan, dan sebagainya yang mempermudah pekerjaan

NO.	BAHAN KERJA	PENGGUNAAN DALAM TUGAS
2.	Internet	Untuk online mencari referensi regulasi, journal, artikel dan sejenisnya terkait RS, SPI dan program pemeriksaan
3.	Peralatan makan	Penunjang kebutuhan primer staf
Sarana		
1.	Meja kerja	Untuk media bekerja yang dapat menciptakan kenyamanan, kepuasan kerja dan mempercepat proses kerja.
2.	Kursi kerja	
3.	Kursi tamu	Memfasilitasi tamu yang berkonsultasi atau yang diwawancarai/ dimintai keterangan dalam proses audit
4.	Lemari Arsip	Penyimpanan dokumen SPI
5.	Loker	Penyimpanan barang pribadi staf
6.	Laci staf	Penyimpanan buku atau literatur atau ATK
7.	Dispenser air minum	Penunjang kebutuhan primer staf
8.	Laci perlengkapan makan	
9.	AC	Memberikan kenyamanan dalam bekerja
Jasa		
1.	Pernyataan dari ahli	Menunjang analisi akar masalah dan kualitas rekomendasi
2.	Teknisi	Perbaikan alat dan sarana di unit kerja SPI
3.	<i>Cleaning services</i>	Pembersihan ruangan untuk kenyamanan kerja
4.	<i>Security</i>	Pengamanan ruangan untuk keamanan kerja
Informasi		
1.	Pernyataan/ rekaman dari hasil wawancara auditee	Sebagai bukti utama dan materi olahan utama proses pemeriksaan
2.	Pernyataan/ rekaman dari hasil wawancara unit terkait	
3.	Data historis rumah sakit yang terkait	Penunjang dalam memperluas

NO.	BAHAN KERJA	PENGGUNAAN DALAM TUGAS
	program audit	pengetahuan dan kompetensi staf terkait audit

B. Penyediaan Alat Kesehatan, Logistik Medis dan Medis

Satuan Pemeriksaan Internal tidak melakukan penyediaan alat kesehatan dan obat. SPI lebih berfokus pada pemeriksaan kesesuaian penggunaan seluruh persediaan medis, non medis, inventaris medis dan non medis serta seluruh aset yang ada di rumah sakit. Jika dalam pengawasan dan pemeriksaan ditemukan suatu permasalahan, maka SPI akan melaksanakan penelusuran/ audit lebih lanjut dan memberikan rekomendasi penyelesaian masalah dalam bentuk Laporan Hasil Audit Direktur utama. SPI hanya merencanakan dan mengajukan usulan persediaan/ logistik untuk kebutuhan unit SPI sendiri.

Logistik adalah ketersediaan barang atau bahan yang dibutuhkan untuk kegiatan operasional unit tersebut dalam jumlah, kualitas dan pada waktu yang tepat. Ketersediaan logistik akan sangat menunjang terlaksananya seluruh program kerja pada semua komponen organisasi yang mengarah pada pencapaian tujuan bersama. Kebutuhan logistik berupa ATK diantaranya meliputi :

1. Baterai alkaline
2. Buku A3 100 lbr
3. Buku ekspedisi 100 lbr
4. Buku folio 200 lbr
5. Buku kwarto 100 lbr
6. Cutter
7. File box bantex
8. Gunting
9. Isi cutter
10. Isolasi bening 1 cm
11. Isolasi bening 5 cm
12. Isolasi lakban
13. Kertas A4
14. Lem kertas
15. Map bening
16. Map filling
17. Map outner bantex
18. Pelubang kertas
19. Pembuka steples
20. Penggaris

21. Penghapus pensil
22. Penjepit kertas besar
23. Penjepit kertas sedang
24. Pensil 2B
25. Pulpen tinta biru
26. Pulpen tinta hitam
27. Sign note
28. Spidol permanen hitam
29. Spidol snowman merah kecil
30. Stabilo
31. Stapler
32. Staples
33. Sticky note
34. Tinta printer
35. Tipe-x
36. Dan sebagainya.

Daftar logistik ini setiap direncanakan setiap bulan dan diakumulasi menjadi perencanaan tahunan yang diserahkan ke Direktur Keuangan, SDM dan Administrasi Umum sebagai salah satu program RKT SPI. Perencanaan tahunan yang telah disetujui akan menjadi daftar kebutuhan SPI di Gudang Logistik yang akan didistribusikan berdasarkan amprahan dari SPI.

C. Perencanaan Peralatan dan Kalibrasi

Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) tidak membuat rencana peremajaan untuk alat kesehatan maupun alat non kesehatan rumah sakit. Bila terjadi kerusakan pada peralatan di ruang SPI akan dibuatkan laporan ke bagian yang mengelola pemeliharaan peralatan tersebut, misalnya Instalasi Prasarana dan Sarana Rumah Sakit (IPSR) untuk ditindak lanjuti.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien di Rumah Sakit adalah sistem pelayanan dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman, termasuk di dalamnya mengukur risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap pasien, analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindak lanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi risiko. "Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of hospital quality management." (World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO 2004).

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang sangat dibutuhkan mengingat saat ini banyak pasien yang dalam penanganannya sangat memprihatikan, dengan adanya sistem ini diharapkan dapat meminimalisir kesalahan dalam penanganan pasien baik pada pasien IGD, rawat inap maupun pada pasien poliklinik.

Keselamatan pasien merupakan ruang lingkup kerja Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien. Namun SPI juga harus dapat berperan dalam mewujudkan keselamatan pasien melalui dukungan penuh terhadap Program Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien dalam mewujudkannya. Tujuh langkah keselamatan pasien yang diprogramkan, yaitu:

1. Asesmen budaya keselamatan pasien rumah sakit
2. Komitmen, fokus yang kuat, dan jelas tentang keselamatan pasien rumah sakit
3. Pengembangan sistem & proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi & asesmen hal yang potensial bermasalah
4. Pengembangan sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit
5. Pengembangan komunikasi yg terbuka dengan pasien terkait keselamatan pasien
6. Pemahaman dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
7. Pencegahan cedera melalui sistem implementasi keselamatan pasien

Kemudian program Keselamatan Pasien secara rinci dijabarkan sebagai berikut :

A. Sembilan solusi keselamatan Pasien RS (WHO Collaborating Centre for Patient Safety, 2 May 2007), yaitu:

1. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (look-alike, sound-alike medication names)
2. Pastikan identifikasi pasien
3. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5. Kendalikan cairan elektrolit pekat
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan

7. Hindari salah kateter dan salah sambung slang
8. Gunakan alat injeksi sekali pakai
9. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

B. Tujuh Standar Keselamatan Pasien (mengacu pada “Hospital Patient Safety Standards” yang dikeluarkan oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA, tahun 2002), yaitu:

1. Hak pasien

Standarnya adalah

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).

Kriterianya adalah

- a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
- b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

2. Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah

RS harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriterianya adalah:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dgn keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada system dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- a) Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
- c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tdk dimengerti
- d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
- f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah

RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriterianya adalah:

- a) koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- b) koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
- c) koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
- d) komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan

4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standarnya adalah

RS harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP.

Kriterianya adalah

- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik
- b) sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
- c) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
- d) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
- e) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil Analisis

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standarnya adalah

- a) Pimpinan dorong dan jamin implementasi progr KP melalui penerapan "7 Langkah Menuju KP RS".
- b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP dan program mengurangi KTD.
- c) Pimpinan dorong dan tumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP
- d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja RS serta tingkatan KP.
- e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinyadalam meningkatkan kinerja RS dan KP.

Kriterianya adalah

- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi

- d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan Insiden.
- f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
- h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
- i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah

- a) RS memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas.
- b) RS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan *interdisiplin dalam pelayanan pasien*.

Kriterianya adalah

- a) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
- b) Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservicetraining* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c) menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah

- a) RS merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
- b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriterianya adalah

- a) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

C. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien (KP) RS (berdasarkan KKP-RS No.001-VIII-2005) sebagai panduan bagi staf Rumah Sakit

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan Pasien, “ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil”

Bagi Rumah sakit:

- a) Kebijakan: tindakan staf segera setelah insiden, langkah kumpul fakta, dukungan kepada staf, pasien, keluarga
- b) Kebijakan: peran dan akuntabilitas individual pada insiden
- c) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden
- d) Lakukan asesmen dg menggunakan survei penilaian KP

Bagi Tim:

- a) Anggota mampu berbicara, peduli dan berani lapor bila ada insiden
 - b) Laporan terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat
2. Pimpin dan dukung staf anda, “bangunlah komitmen dan focus yang kuat dan jelas tentang KP di Rumah sakit

Bagi Rumah Sakit:

- a) Ada anggota Direksi yang bertanggung jawab atas KP
- b) Di bagian-2 ada orang yang dapat menjadi “Penggerak” (champion) KP
- c) Prioritaskan KP dalam agenda rapat Direksi/Manajemen
- d) Masukkan KP dalam semua program latihan staf

Bagi Tim:

- a) Ada “penggerak” dalam tim untuk memimpin Gerakan KP
 - b) Jelaskan relevansi dan pentingnya, serta manfaat gerakan KP
 - c) Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, “kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah”

Bagi Rumah Sakit:

- a) Struktur dan proses mjm risiko klinis dan non klinis, mencakup KP
- b) Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko
- c) Gunakan informasi dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko dan tingkatkan kepedulian terhadap pasien

Bagi Tim:

- a) Diskusi isu KP dalam forum2, untuk umpan balik kepada mjm terkait
- b) Penilaian risiko pada individu pasien
- c) Proses asesmen risiko teratur, tentukan akseptabilitas tiap risiko, dan langkah memperkecil risiko tersebut

4. Kembangkan sistem pelaporan, “pastikan staf Anda agar dg mudah dapat melaporkan kejadian/insiden serta RS mengatur pelaporan kepada KKP-RS”

Bagi Rumah sakit : Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden, ke dalam maupun ke luar yang hrs dilaporkan ke KKPRS – PERSI

Bagi Tim: Dorong anggota untuk melaporkan setiap insiden dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, sebagai bahan pelajaran yang penting
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, “kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien”

Bagi Rumah Sakit

 - a) Kebijakan : komunikasi terbuka tentang insiden dg pasien dan keluarga
 - b) Pasien dan keluarga mendapat informasi bila terjadi insiden
 - c) Dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga (*dalam seluruh proses asuhan pasien*)

Bagi Tim:

 - a) Hargai dan dukung keterlibatan pasien dan keluarga bila tll terjadi insiden
 - b) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bila terjadi insiden
 - c) Segera setelah kejadian, tunjukkan empati kepada pasien dan keluarga
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan pasien, “dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.”

Bagi Rumah Sakit:

 - a) Staf terlatih mengkaji insiden secara tepat, mengidentifikasi sebab
 - b) Kebijakan: kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) atau *Failure Modes dan Effects Analysis (FMEA)* atau metoda analisis lain, mencakup semua insiden dan minimum 1 x per tahun untuk proses risiko tinggi

Bagi Tim:

 - a) Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
 - b) Identifikasi bgn lain yang mungkin terkena dampak dan bagi pengalaman tersebut
7. Cegah cedera melalui implementasi system Keselamatan pasien, “Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Bagi Rumah Sakit:

 - a) Tentukan solusi dg informasi dr sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, audit serta analisis

- b) Solusi mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf dan kegiatan klinis, penggunaan instrumen yang menjamin KP
- c) Asesmen risiko untuk setiap perubahan
- d) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS-PERSI
- e) Umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden

Bagi Tim:

- a) Kembangkan asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman
- b) Telaah perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya
- c) Umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

D. Langkah Langkah Kegiatan Pelaksanaan *Patient Safety*

1. Rumah sakit agar membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dengan susunan organisasi sebagai berikut: Ketua: dokter, Anggota: dokter, dokter gigi, perawat, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya.
2. Rumah sakit agar mengembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden
3. Rumah sakit agar melakukan pelaporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) secara rahasia.
4. Rumah Sakit agar memenuhi standar keselamatan pasien rumah sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
5. Rumah sakit pendidikan mengembangkan standar pelayanan medis berdasarkan hasil dari analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar-standar yang baru dikembangkan.

E. Aspek Hukum Terhadap *Patient Safety*

Aspek hukum terhadap “patient safety” atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

1. UU Tentang Kesehatan dan UU Tentang Rumah Sakit

Keselamatan Pasien sebagai Isu Hukum

- a) *Pasal 53 (3) UU No.36/2009*

“Pelaksanaan Pelayanan kesehatan harus mendahulukan keselamatan nyawa pasien.”

- b) *Pasal 32n UU No.44/2009*

“Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.

- c) *Pasal 58 UU No.36/2009*

- 1) “Setiap orang berhak menuntut G.R terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam Pelkes yang diterimanya.”
 - 2) “.....tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.”
2. Tanggung jawab Hukum Rumah sakit
 - a) *Pasal 29b UU No.44/2009*
 ”Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.”
 - b) *Pasal 46 UU No.44/2009*
 “Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di RS.”
 - c) *Pasal 45 (2) UU No.44/2009*
 “Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”
 3. Bukan tanggung jawab Rumah Sakit
Pasal 45 (1) UU No.44/2009 Tentang Rumah sakit
 4. “Rumah Sakit Tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif. “
 5. Hak Pasien
 - a) *Pasal 32d UU No.44/2009*
 “Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional”
 - b) *Pasal 32e UU No.44/2009*
 “Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi”
 - c) *Pasal 32j UU No.44/2009*
 “Setiap pasien mempunyai hak tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan”
 - d) *Pasal 32q UU No.44/2009*
 “Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana”
 6. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien

Pasal 43 UU No.44/2009

- a) RS wajib menerapkan standar keselamatan pasien
- b) Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
- c) RS melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri
- d) Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonym dan ditujukan untuk mengoreksi system dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Pemerintah bertanggung jawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi:

1. Assessment risiko
2. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait resiko pasien
3. Pelaporan dan analisis insiden
4. Kemampuan belajar dari insiden
5. Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan resiko

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh :

1. Kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan
2. Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

Adapun tujuan, sebagai berikut :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

F. Standar Keselamatan Pasien

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
6. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Insiden di rumah sakit yang harus dianalisis dan ditindaklanjuti meliputi:

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Kondisi Potensial Cedera (KPC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf a merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf b merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien dan segera disadari dan diperbaiki oleh petugas RS yang termasuk dan tidak terbatas pada kasus:

- a) Salah jenis operasi
- b) Salah posisi operasi
- c) Salah diagnosis pra operasi
- d) Salah jumlah pemberian obat
- e) Salah pemberian informasi kepada dokter
- f) Salah cara pemberian obat
- g) Salah dosis obat
- h) Salah pencampuran obat
- i) Salah sampling
- j) Salah identifikasi pasien pada saat pengambilan sample
- k) Salah menginput hasil
- l) Salah pengoperasian alat
- m) Salah pencampuran reagen
- n) Salah golongan darah
- o) Salah jenis darah
- p) Salah menyampaikan hasil pemeriksaan (termasuk pemeriksaan penunjang)
- q) Salah pembacaan resep

3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf c merupakan Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf d merupakan Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien yang termasuk dan tidak terbatas pada:

- a) Semua reaksi transfusi darah yang sudah dikonfirmasi
- b) Semua kejadian serius akibat efek samping obat
- c) Semua kesalahan pengobatan yang signifikan, tidak sesuai dengan 7B
- d) Semua perbedaan besar antara diagnosis pra dan post operasi

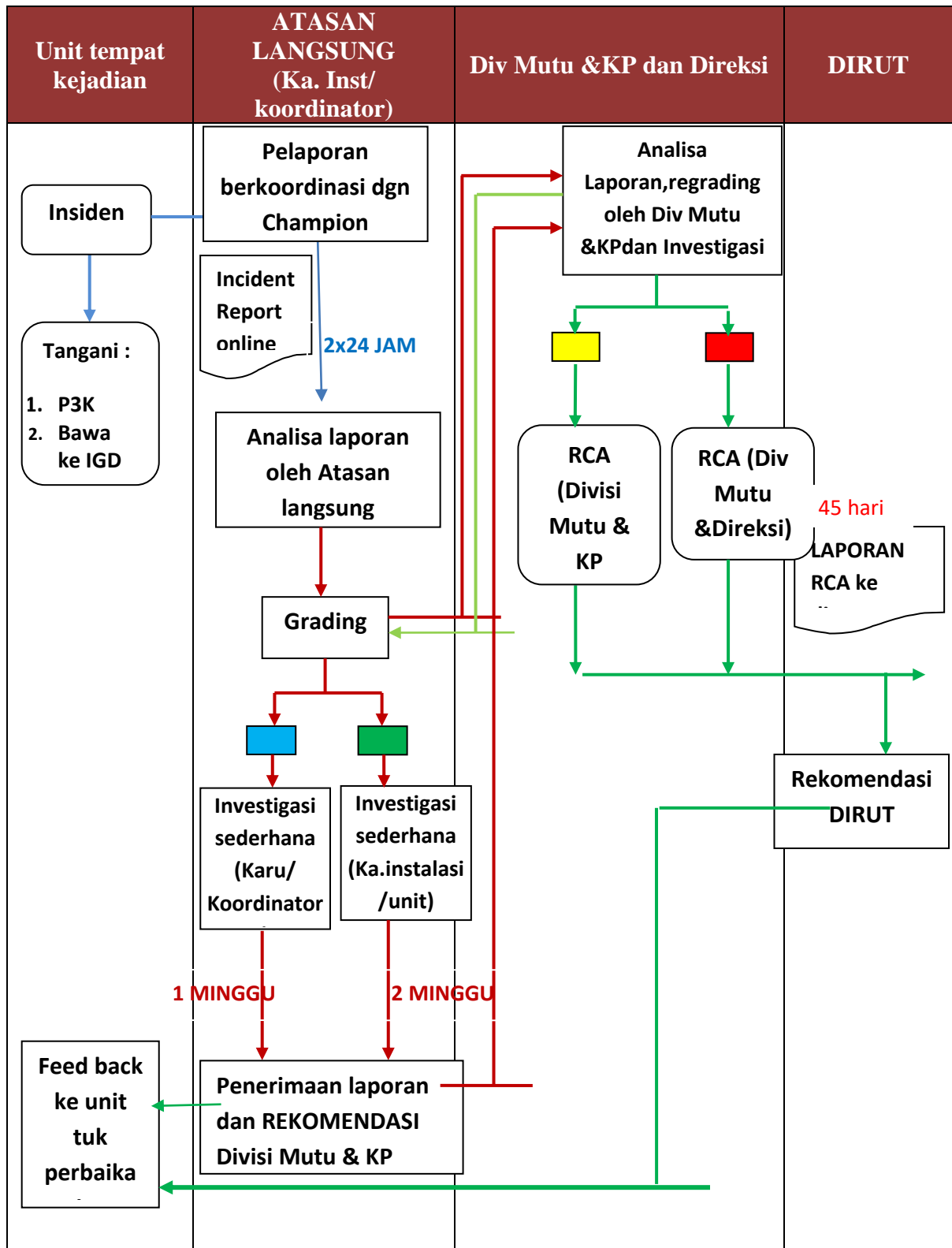
- e) Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi
 - f) Kejadian lain seperti outbreak infeksi atau pasien psikiatrik yang melarikan diri dari ruang perawatan keluar dari lingkungan RS
 - g) Kejadian lainnya yang mencederai pasien
5. *Sentinel event* sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf e merupakan suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius seperti cacat permanen yang meliputi
- a) Kematian yang tidak diduga yang termasuk dan tidak terbatas hanya pada:
 - 1) kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien seperti kematian akibat infeksi pasca operasi/emboli paru
 - 2) kematian bayi aterm
 - 3) bunuh diri
 - b) kehilangan permanen fungsi tubuh yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien
 - c) Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien
 - d) Terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan
 - e) Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orangtuanya
 - f) Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.

G. Tata Laksana

1. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien
2. Melaporkan pada dokter jaga IGD
3. Memberikan tindakan sesuai dengan instruksi dokter jaga
4. Mengobservasi keadaan umum pasien
5. Mendokumentasikan kejadian tersebut pada formulir “ Pelaporan Insiden Keselamatan”

Alur Pelaporan Insiden Keselamatan pasien adalah sebagai berikut :

ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RS UNHAS



Keselamatan pasien yang berkaitan erat dengan sarana, prasarana, peralatan kerja dan tentunya pelaksana di lingkungan kerja. Area audit internya juga mencakup hal tersebut. Untuk itu dalam melaksanakan fungsi sebagai internal control, SPI juga melaksanakan evaluasi terkait proses yang terjadi dalam pelayanan apakah berdampak pada keselamatan pasien dan berpotensi merugikan pasien.

Bentuk pelayanan keselamatan pasien yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah sebagai berikut :

- a) Melaksanakan audit investigasi atas indikasi *moral hazard* dari pelaksana di layanan kesehatan.
- b) Melaksanakan audit kepatuhan atas regulasi, peraturan perundangan yang berlaku.
- c) Berkoordinasi dengan Komite Profesi dan Satuan Penjaminan Mutu yang dilaksanakan melalui Rapat Koordinasi Komite, untuk melihat jika terdapat kasus yang perlu penanganan khusus dari SPI.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Rumah sakit merupakan salah satu tempat kerja yang wajib melaksanakan program K3 Rumah Sakit yang bermanfaat baik bagi pekerja, pasien, pengunjung maupun bagi masyarakat dilingkungan sekitar rumah sakit. SPI turut serta mendukung segala bentuk program K3 RS. Tenaga kesehatan sebagai ujung tombak yang melayani dan melakukan kontak langsung dengan pasien dalam waktu 24 jam secara terus menerus tentunya mempunyai resiko terpajan infeksi, oleh sebab itu tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan dan keselamatan dirinya dari resiko tertular penyakit agar dapat bekerja maksimal. Pada prinsipnya pelayanan keselamatan kerja berkaitan erat dengan sarana, prasarana, dan peralatan kerja.

A. Bentuk Pelayanan Keselamatan Kerja yang Dilakukan

1. Pembinaan dan pengawasan keselamatan/keamanan sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan. Lokasi RS memenuhi ketentuan mengenai kesehatan, keselamatan lingkungan, dan tata ruang, serta sesuai dengan hasil kajian kebutuhan dan kelayakan penyelenggaraan RS.
 - a) Teknis bangunan RS, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dengan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak – anak, dan orang usia lanjut.
 - b) Prasarana harus memenuhi standar pelayanan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggara RS
 - c) Pengoperasian dan pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan RS harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya (sertifikasi personil petugas/ operator sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan RS)
 - d) Membuat program pengoperasian, perbaikan dan pemeliharaan rutin dan berkala sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan dan selanjutnya didokumentasikan dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan.
 - e) Peralatan kesehatan meliputi peralatan medis dan non medis dan harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan dan layak pakai.
 - f) Membuat program pengujian dan kalibrasi peralatan kesehatan, peralatan kesehatan harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Pengujian Fasilitas Kesehatan dan / atau institusi pengujian fasilitas kesehatan yang berwenang
 - g) Peralatan kesehatan yang menggunakan sinar pengion harus memenuhi ketentuan dan harus diawasi oleh lembaga yang berwenang.
 - h) Melengkapi perizinan dan sertifikasi sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan.
2. Pembinaan dan pengawasan atau penyesuaian peralatan kerja terhadap pekerja

- a) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko ergonomi terhadap peralatan kerja dan SDM RS.
 - b) Membuat program pelaksanaan kegiatan, mengevaluasi dan mengendalikan risiko ergonomi.
3. Pembinaan dan pengawasan terhadap lingkungan kerja
 - a) Manajemen harus menyediakan dan menyiapkan lingkungan kerja yang memenuhi syarat fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial
 - b) Pemantauan / pengukuran terhadap faktor fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial secara rutin dan berkala
 - c) Melakukan evaluasi dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan lingkungan kerja.
 4. Pembinaan dan pengawasan terhadap sanitasi
 Manajemen harus menyediakan, memelihara, mengawasi sarana dan prasarana sanitasi, yang memenuhi syarat, meliputi:
 - a) Penyehatan makanan dan minuman
 - b) Penyehatan air
 - c) Penyehatan tempat pencucian
 - d) Penanganan sampah dan limbah
 - e) Pengendalian serangga dan tikus
 - f) Sterilisasi/ desinfeksi
 - g) Perlindungan radiasi
 - h) Upaya penyuluhan kesehatan lingkungan
 5. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja
 - a) Pembuatan rambu – rambu arah dan tanda – tanda keselamatan
 - b) Penyediaan peralatan keselamatan kerja dan alat pelindung diri (APD)
 - c) Membuat SOP peralatan keselamatan kerja dan APD
 - d) Melakukan pembinaan dan pemantauan terhadap keputusan penggunaan peralatan keselamatan dan APD
 6. Pelatihan/penyuluhan keselamatan kerja untuk semua pekerja
 - a) Sosialisasi dan penyuluhan keselamatan kerja bagi seluruh SDM Rumah Sakit
 - b) Melaksanakan pelatihan dan sertifikasi K3 RS kepada petugas K3 RS
 7. Merekomendasikan/masukan mengenai perencanaan, pembuatan tempat kerja dan pemilihan alat serta pengadaannya terkait keselamatan/ keamanan
 - a) Melibatkan petugas K3 RS di dalam perencanaan, desain pembuatan tempat kerja dan pemilihan serta pengadaan sarana, prasaran dan peralatan keselamatan kerja
 - b) Mengevaluasi dan mendokumentasikan kondisi sarana, prasarana dan peralatan keselamatan kerja dan membuat rekomendasi sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan standar keamanan dan keselamatan.

8. Membuat sistem pelaporan kejadian dan tindak lanjutnya
 - a) Membuat alur pelaporan kejadian nyaris celaka dan celaka
 - b) Membuat SOP pelaporan, penanganan dan tindak lanjut kejadian nyaris celaka dan celaka.
9. Pembinaan dan pengawasan Manajemen Sistem Penanggulangan Kebakaran (MSPK)
 - a) Manajemen menyediakan sarana dan prasarana pencegahan dan penanggulangan kebakaran
 - b) Membentuk tim penanggulangan kebakaran
 - c) Membuat SOP
 - d) Melakukan sosialisasi dan pelatihan pencegahan dan penanggulangan kebakaran
 - e) Melakukan audit internal terhadap sistem pencegahan dan penanggulangan kebakaran.
10. Membuat evaluasi, pencatatan, dan pelaporan kegiatan pelayanan keselamatan kerja yang disampaikan kepada Direktur utama Rumah Sakit dan Unit teknis terkait di wilayah kerja Rumah Sakit

B. Tujuan

1. Petugas kesehatan di dalam menjalankan tugas dan kewajibannya dapat melindungi diri sendiri, pasien dan masyarakat dari penyebaran infeksi.
2. Petugas kesehatan di dalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai resiko tinggi terinfeksi penyakit menular dilingkungan tempat kerjanya, untuk menghindari paparan tersebut, setiap petugas harus menerapkan prinsip "Universal Precaution".

C. Tindakan yang beresiko terpajan

1. Cuci tangan yang kurang benar.
2. Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat.
3. Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman.
4. Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman.
5. Tehnik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat.
6. Praktek kebersihan ruangan yang belum memadai.

D. Prinsip Keselamatan Kerja

Prinsip utama prosedur Universal Precaution dalam kaitan keselamatan kerja adalah menjaga higiene sanitasi individu, higiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga prinsip tersebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :

1. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang

2. Pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksi yang lain.
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.

Bentuk pelayanan keselamatan kerja secara umum yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah sebagai berikut :

- a. Mengikuti pembinaan keselamatan/ keamanan sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan yang diselenggarakan oleh Divisi K3KL Rumah Sakit Unhas.
- b. Mengikuti pelatihan terkait keselamatan/ keamanan sarana, prasarana, dan peralatan yang diselenggarakan oleh Divisi K3KL Rumah Sakit Unhas.
- c. Melaporkan kejadian ataupun potensi kecelakaan kerja yang dapat terjadi di lingkungan kerja kepada Divisi K3KL RS Unhas.
- d. Membuat pencatatan dan evaluasi atas kejadian kecelakaan kerja yang disampaikan kepada Divisi K3KL Rumah Sakit.

BAB VIII
PENGENDALIAN MUTU

Dalam proses audit sangat perlu adanya pengukuran mutu untuk menjamin pelaksanaan standar audit dan implementasi manajemen risiko. Standar audit merupakan syarat untuk menjaga kualitas kinerja auditor dan hasil auditnya dalam pelaksanaan tugas. Standar Audit sangat menekankan tidak hanya terhadap pentingnya loyalitas profesional auditor tetapi juga terhadap bagaimana auditor mengambil pertimbangan dan keputusan waktu melakukan Audit dan Pelaporan. Hasil Audit Internal yang memenuhi standar akan sangat membantu pelaksanaan tugas manajemen unit kerja yang diaudit, maupun untuk Auditor Eksternal. Selain standar audit, SPI juga harus mampu melaksanakan pengukuran manajemen risiko dan menentukan indikator mutu unitnya. Hal ini penting untuk tetap menjamin kinerja SPI telah mencapai kualitas yang diharapkan.

Berikut ini adalah cakupan yang harus dipatuhi oleh Unit SPI dalam upaya menjamin mutu dan peningkatan kinerja unit, sebagai berikut :

Standar Audit	Indikator Mutu
<ul style="list-style-type: none"> - Lingkup Kerja Audit - Persyaratan Pelaksanaan dan Pelaporan Audit - Persyaratan Pengelolaan Unit SPI 	<ul style="list-style-type: none"> - Penyusunan Risk Register <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi universal risk b. Analisis risiko c. Evaluasi risiko d. Pengelolaan risiko - Penentuan dan evaluasi indikator mutu SPI

A. STANDAR AUDIT

1. Lingkup Kerja Audit

- a) Lingkup Kerja Audit harus meliputi pengujian dan penilaian, sebagai berikut :
 - 1) Bidang keuangan dan pelayanan Rumah Sakit serta ketaatan pada peraturan perundang-undangan, termasuk ketaatan terhadap rencana kerja dan anggaran Rumah Sakit yang telah ditetapkan.
 - 2) Keandalan dan efektifitas sistem pengendalian internal rumah sakit dan kegiatan operasionalnya termasuk manajemen risiko.
 - 3) Kualitas kinerja pelaksanaan suatu kegiatan, khususnya analisis terhadap manfaat dan biaya yang digunakan dalam kegiatan tersebut.
- b) Kegiatan tinjauan dalam sistem pengendalian internal memenuhi tujuan sebagai berikut :

- 1) Audit kehandalan sistem pengendalian internal bertujuan untuk memastikan bahwa sistem yang dipakai mampu untuk mencapai sasaran rumah sakit secara efisien dan ekonomis.
 - 2) Audit efektivitas sistem pengendalian internal bertujuan memastikan bahwa sistem dapat berjalan sebagaimana mestinya, sehingga kekeliruan material, penyimpangan maupun perbuatan melawan hukum dapat dicegah atau dideteksi dan diperbaiki secara dini.
 - 3) Audit terhadap kualitas kinerja pelaksanaan tugas pengendalian internal bertujuan untuk memastikan bahwa sasaran dan tujuan rumah sakit dapat tercapai dengan optimal.
- c) Pelaksanaan Audit Internal harus memastikan terdapatnya :
- 1) Kehandalan dan kebenaran informasi keuangan operasi rumah sakit. Auditor internal harus memeriksa cara yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengklasifikasi, mengukur dan melaporkan informasi-informasi tersebut, sehingga kehandalan dan kebenarannya dapat dipastikan akurat. Untuk itu penyajian laporan keuangan dan operasi rumah sakit harus diuji apakah telah akurat, handal, tepat waktu, lengkap dan mengandung informasi yang bermanfaat serta sesuai dengan prinsip akuntansi yang berlaku.
 - 2) Kepatuhan terhadap kebijakan, Rencana Kerja dan Anggaran, prosedur dan peraturan perundang-undangan. Untuk itu Auditor Internal harus memeriksa dan meninjau apakah sistem yang digunakan telah cukup memadai dan efektif dalam menilai apakah aktivitas yang diaudit memang telah memenuhi ketentuan yang dimaksud.
 - 3) Keamanan asset rumah sakit, termasuk memeriksa keberadaan asset tersebut sesuai dengan prosedur yang benar.
 - 4) Effisiensi pemakaian sumber daya rumah sakit, untuk ini auditor internal harus memeriksa apakah:
 - Standar proses operasional telah dibuat sehingga mampu untuk mengukur efisiensi dan penghematan yang dicapai. Standar proses operasional yang digunakan dapat dipahami dengan mudah dan baik serta dapat dilaksanakan secara efektif.
 - Penyimpangan terhadap standar proses operasional dapat mudah diidentifikasi, dianalisa, dan dapat dilaporkan kepada penanggung jawab kegiatan untuk diambil langkah perbaikan.
 - Terdapat kondisi dimana sarana yang digunakan di bawah standar, kerja yang nonproduktif, kelebihan /kekurangan tenaga kerja, penggunaan sistem/sarana yang kurang dapat dipertanggung jawabkan dari segi biaya.

- d) Hasil keluaran suatu kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang ingin dicapai. Untuk ini Auditor internal harus memeriksa apakah :
- 1) Program tersebut dilaksanakan sesuai rencana.
 - 2) Kriteria yang dipakai untuk mengukur hasil yang diperoleh telah memadai dan sesuai dengan tujuannya.
 - 3) Informasi dan data mengenai hasil yang diperoleh, memang dapat dibandingkan dengan kriteria yang disusun dan sesuai dengan tujuannya.
 - 4) Temuan hasil Audit secara terpadu telah dikomunikasikan kepada pimpinan unit terkait untuk perbaikan.

2. Persyaratan Pelaksanaan Dan Pelaporan Audit

Pelaksanaan Audit harus meliputi perencanaan audit, pelaksanaan audit, evaluasi temuan dan Informasi, pengkomunikasian hasil audit, rekomendasi tindak lanjut dan pemantauan pelaksanaan tindak lanjut.

- a) 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 :
- 1) Rencana jangka panjang audit untuk 5 tahun yang disesuaikan dengan rencana jangka panjang Rumah Sakit.
 - 2) Rencana Kerja Audit Tahunan untuk tahun berikutnya yang dijabarkan dalam Rencana Kerja Manajemen, Rencana Kerja Anggaran, dan PKPT(Program Kerja Pemeriksaan Tahunan) yang rutin dan program kerja pemeriksaan khusus (Audit GCG) yang non rutin. Termasuk dalam rencana ini adalah jadwal kerja audit dan sasaran rencana pengembangan dan pemenuhan tenaga audit yang profesional.
- b) Auditor Internal harus merencanakan setiap pelaksanaan audit dengan baik, untuk itu Auditor Internal harus mendokumentasikan rencana kerja audit dengan memperhatikan hal-hal berikut :
- 1) Jenis dan luasnya cakupan kerja audit yang akan dilaksanakan.
 - 2) Informasi dan latar belakang mengenai objek audit. Bila perlu dilakukan peninjauan setempat guna memperoleh informasi mengenai praktek objek yang akan diaudit. Bila pernah diaudit maka perlu diperiksa bagaimana hasil pelaksanaan tindak lanjut yang pernah disarankan, dan bagaimana dampaknya terhadap audit yang dilakukan.
 - 3) Sasaran Audit harus dinyatakan dengan jelas, sehingga Auditor dapat mengetahui dengan tepat masalah-masalah khusus apa yang harus mendapatkan prioritas pemeriksaan/ audit.

- 4) Penentuan prosedur teknik audit yang dapat digunakan untuk memastikan bahwa Audit dapat mencapai sasarannya .
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Format rencana susunan laporan hasil audit dan rencana kepada siapa saja *LHA* tersebut didistribusikan.
- 8) Mendapat persetujuan dari kepala Unit SPI selaku penanggung jawab Audit sebelum audit dimulai.

c) 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 :

- 1) Semua Informasi yang terkait dengan tujuan dan ruang lingkup audit beserta bukti factual yang diperoleh telah memenuhi kebutuhan Audit.
- 2) Kepastian apakah prosedur dan teknik audit yang dipakai, termasuk metode sampling, metode pengklasifikasian hingga penarikan kesimpulan hasil temuan sesuai dengan sasaran audit.
- 3) Auditor harus waspada terhadap situasi dan transaksi yang dapat menunjukkan kemungkinan adanya penyimpangan, penyalahgunaan wewenang, serta tindakan yang tidak sah.
- 4) Objektivitas dalam memulai pengumpulan informasi hingga penarikan kesimpulan hasil temuan audit tetap terjaga.
- 5) Harus diperoleh bukti cukup, kompeten dan relevan sebagai dasar untuk menyusun pertimbangan kesimpulan serta saran tindak lanjut.
- 6) 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:
 - Cakupan lengkap dan jelas
 - Tampilannya rapi, jelas ringkas
 - Sistematikanya mudah dibaca dan dimengerti

- Informasi yang disampaikan relevan dan tepat dengan tujuan Audit.

d) 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 :

- 1) Draft LHA yang berisi butir-butir kesimpulan dan rekomendasi haruslah direview dan didiskusikan bersama tim audit untuk menghindari kesalahpahaman.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) Ketua SPI harus mereview dan menyetujui LHA sebelum menerbitkan dan mendistribusikan LHA tersebut.

e) Norma Tindak Lanjut

SPI harus menindaklanjuti LHA yang telah disetujui oleh Dirut (pada lembar disposisi) 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.

3. Persyaratan Pengelolaan Unit Spi

Ketua SPI beserta Auditornya wajib berusaha secara terus-menerus agar unit SPI dapat berfungsi sesuai Visi, Misi, Nilai dan Tanggung Jawabnya. Untuk dapat melaksanakan hal tersebut diatas maka :

- a) SPI harus mempunyai uraian tertulis mengenai tujuan / tugas, wewenang dan tanggung jawab, kode etik yang dibuat dalam bentuk Pedoman SPI yang disahkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Unhas.

- b) Ketua SPI harus menerbitkan Buku Panduan Kerja Unit SPI yang antara lain berisi Buku Pegangan Audit (Audit Manual) yang berisikan kebijakan dan prosedur Audit mulai dari persiapan pemeriksaan sampai dengan penyelesaian LHA dan pemantauan hasil tindak lanjut, serta fungsi dan Peran Unit SPI.
- c) Selain hal tersebut diatas, SPI mempunyai Buku Rencana Kerja Unit SPI yang sesuai dengan dengan Pedoman SPI/ Internal Auditor Pedoman SPI yang berisi :
 - 1) Tujuan ,jenis macam kegiatan / program, jadwal pelaksanaan dan nama auditor.
 - 2) Ketentuan mengenai keberhasilan kinerja dan indikator kinerja yang merupakan kunci dari tiap kegiatan/ program.
 - 3) Rincian sumber dana / budget, peralatan, kegiatan diklat Auditor dan lain-lain.
- d) Ketua Unit SPI harus mempunyai program untuk pemenuhan kebutuhan SDM dan Program Pengembangannya yang meliputi :
 - 1) Uraian tugas setiap jenjang Auditor dan Persyaratan kualifikasinya
 - 2) Program pelatihan dan pengembangan bagi setiap Auditor dan Staf SPI.
 - 3) Penilaian Kinerja ,coaching dan konseling bagi tiap Auditor dan Staf sebagai bagian dari proses pengembangan profesionalismenya.
- e) Ketua Unit SPI harus mempunyai dan melakukan program jaminan mutu untuk dapat mengevaluasi kinerja unitnya dengan tujuan agar Kinerja SPI telah memenuhi dengan Pedoman SPI dan tujuan rumah sakit, untuk itu :
 - 1) Melakukan supervisi dan pemberdayaan yang terus menerus sejak tahap perencanaan, pelaksanaan, evaluasi laporan, hingga pemantauan tindak lanjut.
 - 2) Melakukan review internal secara berkala bersama unit kerja dan tim terkait untuk menilai tingkat efektivitas audit, kepatuhan auditor terhadap standar audit, kode etik serta ketentuan dan kebijakan lain.
 - 3) Melakukan Review eksternal melalui Audit Eksternal ISO setiap tahun untuk memberikan penilaian terhadap kepatuhan sistem yang berlaku.

B. INDIKATOR MUTU

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu SPI adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit, yaitu:

1. Definisi Indikator

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variable yang digunakan untuk bias melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitive tapi juga spesifik.

2. Kriteria:

Adalah spesifikasi dari indikator.

3. Standar:

- a. Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat performance atau kondisi tersebut
- b. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik
- c. Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai berikut:

1. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan :

- a. Keprofesian
- b. Efisiensi
- c. Keamanan pasien
- d. Kepuasan pasien
- e. Sarana dan lingkungan fisik

2. Indikator yang dipilih

- a. Indikator lebih diutamakan untuk menilai output daripada input dan proses
- b. Bersifat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kelompok daripada untuk perorangan
- c. Dapat digunakan untuk membandingkan antar daerah dan antar rumah sakit
- d. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
- e. Didasarkan pada data yang ada

3. Kriteria yang digunakan

Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu buruk

4. Standar yang digunakan

- a. Acuan dari berbagai sumber
- b. Berdasarkan trend menuju kebenaran

5. Indikator Kinerja Unit

Ukuran atau cara mengukur sehingga menggambarkan performa unit kerja.

6. Profil Indikator Mutu SPI

- a) Angka Kesiapan Dokumen dari Auditee dan Unit yang Terkait dalam Proses Audit

Judul Indikator	Angka Kesiapan Dokumen dari Auditee dan Unit yang Terkait dalam Proses Audit
-----------------	--

Dasar Pemikiran	<p>1. <i>Enterprise Risk Management (ERM) by Committee of Sponsoring Organizations of Treadway Commission (COSO)</i></p> <p>2. <i>ISO 31000 by International Organization for Standardization</i></p> <p>3. <i>International Professional Practice Framework (IPPF) by The Institute of Internal Auditor's</i></p> <p>4. PSA No.22 (SA 329.11) <i>Prosedur Analitis Standar Audit</i></p> <p>5. SNARS 1.1</p>
Dimensi Mutu	<p>Beri tanda ceklist (√) jika termasuk</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. Efisiensi <input type="checkbox"/> 3. Aksesibilitas <input type="checkbox"/> 5. Fokus pada Pasien</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. Efektifitas <input type="checkbox"/> 4. Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> 6. Kestinambungan</p>
Tujuan	<p>Untuk mengetahui kesiapan dan pemahaman auditee atas dokumen-dokumen penting sebagai bentuk pelaksanaan proses bisnis yang akuntabel dan transparan di unit kerja auditee sehingga :</p> <p>1. Tidak memperpanjang masa audit</p> <p>2. - Mempercepat pelaporan audit</p> <p>- Pemenuhan kebutuhan dokumen yang penting di auditee tercapai</p> <p>- Implementasi <i>consulting</i> berupa pendampingan penyusunan dokumen penting yang belum tersedia.</p> <p>6. Pembelajaran bagi auditee agar senantiasa secara periodik mempersiapkan dokumen-dokumen penting proses bisnis unit kerjanya.</p>
Defenisi Operasional	<p>- Kesiapan dokumen dari auditee adalah ketepatan waktu dalam menyerahkan dokumen atas permintaan auditor yang tidak melewati masa toleransi 5 hari kerja dan atau/ dokumen yang diserahkan sesuai dengan permintaan auditor berdasarkan program audit yang sementara berjalan maupun yang telah selesai.</p> <p>- Auditee adalah pihak yang sedang diaudit atau yang meminta untuk diaudit</p> <p>- Unit yang terkait adalah unit kerja yang dokumen atau aktivitasnya memiliki keterkaitan dengan proses audit</p> <p>- Jika dalam 1 bulan tidak ada permintaan dokumen audit atau program audit maka capaiannya 100%</p>
Jenis Indikator	<p>Beri tanda ceklist (√) jika termasuk</p> <p><input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Proses <input type="checkbox"/> Outcome <input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome</p>
Numerator	Jumlah dokumen yang siap dan atau/ sesuai
Denominator	Jumlah seluruh dokumen berdasarkan permintaan auditor
Target Capaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	<p>Inklusi : seluruh dokumen berdasarkan permintaan auditor</p> <p>Eksklusi : -</p>
Formula	Jumlah dokumen yang siap dan atau/ sesuai dibagi seluruh dokumen berdasarkan permintaan auditor dikali seratus persen (100%)

Sumber Data	Daftar moitoring permintaan dokumen
Frekuensi Pengumpulan Data	Perbulan
Periode Analisis	Triwulan
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)
Sampel	Total Sampling
Rencana Analisis	Analisa persentasi
Instrumen Pengambilan Data	Ms Excel, SISMAKADAK
Penanggung Jawab	Pengendali Teknis/ Pengendali Mutu Unit SPI Validator : Ketua SPI

b)

Judul Indikator	Kejadian Kesesuaian mengaplikasikan Prosedur Audit
Dasar Pemikiran	1. <i>Enterprise Risk Management (ERM) by Committee of Sponsoring Organizations of Treadway Commission (COSO)</i> 2. <i>ISO 31000 by International Organization for Standardization</i> 3. <i>International Professional Practice Framework (IPPF) by The Institute of Internal Auditor's</i> 4. PSA No.22 (SA 329.11) Prosedur Analitis Standar Audit 5. SNARS 1.1
Dimensi Mutu	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk <input checked="" type="checkbox"/> 1. Efisiensi <input type="checkbox"/> 3. Aksesibilitas <input type="checkbox"/> 5. Fokus pada Pasien <input checked="" type="checkbox"/> 2. Efektifitas <input type="checkbox"/> 4. Keselamatan <input checked="" type="checkbox"/> 6. Kestinambungan
Tujuan	Untuk mengetahui sampai pada tingkat mana seorang auditor mampu menerapkan/ mengaplikasikan Prosedur Audit dengan benar melalui minimalisasi kesalahan implementasi sehingga : 1. Sumber daya audit yang digunakan seminimal mungkin 2. Pelaksanaan audit sesuai jadwal dan mencapai target mutu audit 6. Peningkatan kompetensi auditor untuk pelaksanaan audit berikutnya
Defenisi Operasional	- Kesesuaian mengaplikasikan Prosedur Audit adalah kesesuaian pelaksanaan prosedur audit baik dari sisi teknis audit maupun analitikal oleh auditor pelaksana (Ketua Tim/ Anggota Tim Audit) berdasarkan Program Audit yang sementara berjalan maupun yang telah selesai. - Objek pengukuran adalah ketua tim dan atau anggota tim pemeriksa yang melaksanakan audit. - Jika dalam 1 bulan tidak ada program audit maka capaiannya 100%.
Jenis Indikator	Beri tanda ceklist (√) jika termasuk

	<input type="checkbox"/> Struktur	<input type="checkbox"/> Proses	<input type="checkbox"/> Outcome	<input checked="" type="checkbox"/> Proses dan Outcome
Numerator	Jumlah/ frekuensi kejadian kesesuaian dalam mengaplikasikan prosedur audit/ alur proses audit.			
Denominator	Total prosedur audit/ alur proses audit berdasarkan program audit yang sementara berjalan maupun yang telah selesai.			
Target Capaian	100%			
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Inklusi : tahapan prosedur audit/ alur proses audit Eksklusi : -			
Formula	Jumlah prosedur audit/ alur proses audit yang sesuai implementasi dibagi total prosedur audit/ alur proses audit dikali seratus persen (100%)			
Sumber Data	- Dokumen Form Supervisi Pengendali Teknis/ Pengendali Mutu - Bukti koordinasi melalui Chat Sosial Media (WhatsApp, Telegram)			
Frekuensi Pengumpulan Data	Perbulan			
Periode Analisis	Triwulan			
Cara Pengumpulan Data	Retrospektif (berdasarkan kejadian masa lalu)			
Sampel	Total Sampling			
Rencana Analisis	Analisa persentasi			
Instrumen Pengambilan Data	Ms Excel, SISMADAK			
Penanggung Jawab	Pengendali Teknis/ Pengendali Mutu Unit SPI Validator : Ketua SPI			

BAB IX

PENUTUP

Pedoman pelaksanaan program kerja SPI ini hendaknya dijadikan acuan rumah sakit 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.

Dibutuhkan dukungan semua pihak terutama Direktur Utama agar pelaksanaan pedoman kerja maupun program kerja SPI senantiasa dapat ditingkatkan dan dipertahankan sesuai dengan mutu audit.

Demikianlah Pedoman Kerja Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ini disusun dan harus dilaksanakan oleh seluruh Auditor Internal dalam Unit SPI dengan penuh rasa tanggung jawab. Pedoman ini diharapkan dapat memberikan kejelasan dalam melaksanakan tanggung jawab dan meningkatkan kinerja dari unit ini yang dapat mengalami perubahan mengikuti perkembangan organisasi. Oleh karena itu, pedoman ini perlu dievaluasi secara berkala. Diharapkan pedoman ini dapat pula dijadikan sebagai dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi dalam mendukung pencapaian tujuan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin..

Ditetapkan di Makassar
Pada Tanggal 03 Januari 2023
DIREKTUR UTAMA,



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