



PROGRAM KERJA
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)
TAHUN 2023

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Sekretariat: Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245
Website: www.rs.unhas.ac.id Telp: (0411) 591 331 Fax: (0411) 591332

A. PENDAHULUAN

Dalam upaya pencapaian tujuan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, tugas kepengurusan rumah sakit haruslah dilaksanakan sesuai dengan kaidah-kaidah yang berlaku, meliputi Transparansi, Kemandirian, Akuntabilitas, Pertanggungjawaban dan Kewajaran sesuai dengan prinsip rumah sakit yang sehat, beretika dan taat kepada peraturan perundang-undangan. Untuk itu harus didukung dengan implementasi pengendalian internal sehingga semua aktivitas sesuai dengan penerapan prinsip *Good Corporate Governance* (GCG).

Dalam tata kelola rumah sakit yang baik memerlukan praktik pengawasan yang mengacu pada prinsip GCG. Suatu mekanisme dan Sistem Pemeriksaan Internal merupakan salah satu sarana utama untuk dapat memastikan bahwa pengelolaan rumah sakit telah dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip GCG. Peran SPI dalam mewujudkan GCG adalah (i) sebagai pengawas independen yang melakukan audit, evaluasi dan menilai operasional dan aktivitas rumah sakit, (ii) sebagai katalisator dan konsultan dalam hal-hal tertentu bagi Direksi dan manajemen yang berkaitan dengan praktik manajemen risiko, sistem pengendalian internal dan praktik GCG serta dalam upaya meningkatkan kinerja dan nilai rumah sakit secara berkelanjutan.

B. LATAR BELAKANG

Dalam mendukung kinerja Audit internal Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin maka dibuatlah sebuah Program kerja sebagai kerangka acuan. Program ini juga merupakan salah satu penjabaran dari pedoman kerja SPI dan disusun sebagai pernyataan formal tertulis, yang menjadi dasar pengakuan keberadaan dan berfungsinya Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) dalam melaksanakan tanggung jawab pengawasan pengendalian, pemeriksaan dan konsultasi bagi auditee.

Program kerja SPI juga menjadi norma–norma acuan kerja bagi Unit SPI agar dapat bekerja secara professional sesuai dengan tujuan penugasannya dan sekaligus sebagai sarana komunikasi agar kerja Unit Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dapat diterima dan didukung oleh unit kerja lainnya.

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Program penyelenggaraan unit SPI bertujuan menyusun langkah-langkah penerapan kontrol internal rumah sakit yang terintegrasi dengan program kerja rumah sakit untuk menciptakan sistem manajemen dan tata kelola rumah sakit yang sesuai dengan GCG.

2. Tujuan Khusus

- a. Membantu direksi dalam mewujudkan operasional rumah sakit yang efektif, efisien dan ekonomis.
- b. Meningkatkan kompetensi staf menjadi auditor internal yang professional
- c. Mengupayakan pelayanan konsultasi untuk meningkatkan kinerja rumah sakit dan sistem pendukungnya.

D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Dalam menjalankan fungsi sebagai internal control rumah sakit, SPI melaksanakan hal-hal sebagai berikut :

1. Kegiatan Pokok

- a. Menyusun Rencana Kerja Tahunan (RKT)
- b. Melaksanakan Program Audit sesuai RKT
- c. Menyusun program pengembangan staf yang akan diikuti.

2. Rincian kegiatan

- a. Menyusun Rencana Kerja Tahunan (RKT)
 - 1) RKT secara garis besar terdiri dari Program Audit yang disusun bersama dalam Rapat Internal SPI membahas program kegiatan yang akan dilaksanakan dalam periode 1 (satu) tahun oleh berdasarkan skala prioritas dan manajemen risiko dan Rencana Strategis RS.
 - 2) Mengkomunikasikan rencana kerja audit yang telah disusun berdasarkan Renstra SPI kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS.
 - 3) Menyerahkan dokumen RKT ke Bidang Perencanaan dan Evaluasi untuk disinergiskan dan dievaluasi dengan ketersediaan anggaran RS dan korelasi dengan proses bisnis RS.
- b. Melaksanakan proses *assurance*/ audit berdasarkan RKT dan audit *incidental*
 - 1) Melaksanakan administrasi (persuratan) sebagai dasar legalitas pelaksanaan Program Audit dengan pembentukan Tim Audit untuk setiap Program Audit :
 - a) Persuratan untuk setiap program audit terdiri atas Surat Penyampaian, SK Penugasan dan Permintaan Data.
 - b) SK penugasan akan memperlihatkan susunan Tim Audit yang terdiri atas Ketua Tim dan Anggota.
 - 2) Rapat internal setiap program kegiatan :
 - a) Membahas metode kerja, dokumen yang dibutuhkan, validasi data dan sistem verifikasi/ perhitungan.
 - b) Menyusun kerangka/ alur kerja program audit, alur teknis pemeriksaan program audit berdasarkan kegiatan audit yang akan dilaksanakan.

- 3) Pengumpulan data, observasi, interview, validasi data, verifikasi sample/ populasi, perhitungan, evaluasi, analisis data atas sasaran kerja dan temuan :
 - a) Menentukan unit-unit terkait sesuai sasaran audit untuk setiap Program Audit, kemudian mengumpulkan seluruh data/ dokumen sebagai bukti baik berupa hardcopy, softcopy ataupun berupa catatan, foto serta rekaman suara dari hasil interview maupun observasi lapangan.
 - b) Menentukan kebenaran data yang akan diolah, sehingga tidak menimbulkan kekeliruan dalam hasil temuan.
 - c) Memverifikasi dokumen mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari :
 - SIM RS
 - Pengajuan Klaim
 - Data Pengklaiman BPJS
 - Portal INACBg's
 - Instalasi terkait
 - Interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien)
 - Sistem kompensasi berupa gaji, insentif, honor dan lainnya (jika ada))
 - Akun per mata anggaran RS
 - Data pendukung lainnya.
- 4) Evaluasi kepatuhan atas SPO, Panduan, Pedoman, Kebijakan, Peraturan dan Perundang-undangan terkait program audit yang berjalan
- 5) Membuat master aplikasi hasil pengolahan dan perhitungan data audit baik berupa statistik, formula, maupun tabel matriks sebagai korelasi berbagai data.
- 6) Analisis akar masalah untuk setiap temuan melalui metode RCA atas hasil pengolahan, perhitungan, interview, observasi dan telusur masalah.
- 7) Menyusun rekomendasi atas temuan yang disesuaikan dengan kondisi RS dan ketentuan yang berlaku.
- 8) Koordinasi dan evaluasi berjenjang untuk menjamin mutu proses audit dan mutu hasil audit :
 - a) Ketua Tim untuk setiap program audit mengarahkan anggota tim dalam proses audit.
 - b) Seluruh hasil pada poin 3 di atas dituang dalam Laporan Hasil Sementara yang kemudian dievaluasi dan dikoreksi oleh pengendali teknis dan pengendali mutu.
- 9) Konfirmasi atas temuan yang telah disusun dalam Laporan Hasil Sementara.
 - a) Setelah Laporan Hasil Sementara terbit (Program Audit Rutin) maka diserahkan kepada auditee untuk ditanggapi.

- b) Hasil tanggapan atas setiap temuan yang disanggah dan memiliki bukti pembenaran sanggahan akan direvisi ke dalam LHA, sementara temuan yang diterima oleh auditee akan diteruskan ke dalam LHA.
 - c) Menerbitkan Laporan Hasil Audit.
- 10) Pemaparan temuan dengan unit/ bidang terkait.
- a) Mengundang unit terkait.
 - b) Diskusi atas temuan dan pemaparan bukti dari Tim Audit dan bukti sanggahan dari auditee hingga tercapai kesepakatan atas temuan.
 - c) Mendokumentasikan pemaparan temuan yaitu undangan, absen dan notulensi.
- 11) Monitoring tindak lanjut temuan berdasarkan hasil rekomendasi.
- 12) Konfirmasi dan observasi pelaksanaan tindak lanjut atas rekomendasi temuan
- c. Melaksanakan fungsi sebagai *consulting* :
- Pendampingan kegiatan-kegiatan operasional dari unit-unit rumah sakit dan terkait kegiatan pencegahan kecurangan dan gratifikasi.
- d. Melaksanakan fungsi administrasi :
- 1) Melaporkan Pencapaian Kinerja Triwulan, Tahunan dengan menguraikan kendala yang menghambat dan potensi yang dapat mendukung efisiensi dan efektifitas kinerja unit dan rumah sakit ke Bidang Perencanaan dan Evaluasi
 - 2) Menyusun UAN sebagai bukti kegiatan SPI.
 - 3) Mengingatkan dan menghadiri Rapat Manajemen dan mengkomunikasikan kepada Ketua SPI atas issue terkini dan potensi resiko yang dapat terjadi.
 - 4) Merencanakan kebutuhan ATK SPI.
 - 5) Melaksanakan fungsi inventarisasi di SPI.
 - 6) Melaksanakan fungsi pengarsipan/ penyimpanan dokumen, surat masuk dan surat keluar
 - 7) Mengikuti program pengembangan staf tentang audit internal :
 - a) Mengidentifikasi pelatihan/ pendidikan/ *workshop/ benchmarking* yang dibutuhkan.
 - b) Menyusun TOR pengembangan staf yang diserahkan ke Bidang SDM 2 (dua) s.d 1 (satu) bulan sebelum pelaksanaan.
 - c) Mengkonfirmasi kepada pihak penyelenggara untuk finalisasi pelaksanaan Program pelatihan/ pendidikan/ *workshop/ benchmarking*.
 - 8) Memberikan pendampingan dan pembimbingan kepada peserta didik.
 - 9) Melaksanakan pengukuran indikator mutu unit SPI
 - 10) Melaksanakan pengukuran IKU unit kerja SPI

E. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Untuk melaksanakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan di atas menggunakan metode sebagai berikut :

1. Melakukan pertemuan/ rapat internal untuk mengevaluasi kegiatan atau untuk pra dan pasca pemaparan temuan.
2. Penyampaian surat pelaksanaan audit, Surat Tugas dan Permintaan data atau dokumen kepada auditee.
3. Pelaksanaan audit :
 - a. Kunjungan langsung ke unit untuk menginformasikan akan pelaksanaan audit dan auditor yang menjalankan tugas.
 - b. Wawancara kepada seseorang atau lebih auditee yang memahami proses bisnis unitnya untuk mendapatkan informasi yang akurat dan relevan, secara lisan baik dilaksanakan dengan tatap muka langsung, ataupun melalui telepon.
 - c. *Collecting* yaitu mengumpulkan data atau dokumen baik itu *soft copy* maupun *hard copy* yang akan diolah sesuai kebutuhan auditor.
 - d. Observasi yaitu mengamati langsung berbagai aktivitas yang dilaksanakan objek audit.
 - e. Tinjauan dokumen-dokumen secara langsung yang terkait proses audit.
 - f. Pencatatan atas segala bentuk aktivitas yang terjadi atau informasi yang diperoleh.
 - g. Validasi data pengecekan akan kebenaran dokumen yang akan diolah sebagaisalah satu kendali mutu audit.
 - h. Penentuan sample/ populasi yaitu penentuan jumlah data yang akan diolah.
 - i. Verifikasi data dengan cara analisis dampak silang, perhitungan, restrukturisasi data dan lainnya.
 - j. Melakukan perhitungan atas nilai-nilai yang akan dibandingkan untuk mencari kesesuaian nilai.
 - k. Pengecekan berulang (*doublecheck* atau lebih) atas informasi maupun atas hasil yang diperoleh.
 - l. Evaluasi berjenjangan hasil pemeriksaan dari anggota tim, kepada ketua tim, kemudian ke pengendali teknis hingga terakhir ke Ketua SPI.
 - m. Menyusun kesimpulan dari hasil evaluasi berupa master perhitungan atau master pencatatan yang mengacu dari alur proses evaluasi atau verifikasi yang telah disusun di awal proses pemeriksaan.
 - n. Analisis akar masalah untuk setiap temuan sehingga dapat diketahui sebab dan akibat/ potensi yang dapat merugikan rumah saki.
 - o. Menentukan rekomendasi yang sesuai dan dapat dilaksanakan oleh auditee.
4. Melaksanakan audit investigasi untuk kasus khusus berdasarkan instruksi dari Direktur Utama.

5. Melaksanakan pengukuran capaian indicator mutu SPI dengan memonitoring data kesiapan dokumen dan kesesuaian prosedur audit.
6. Melaksanakan pengukuran indicator kinerja utama dengan memonitoring rekomendasi yang telah dilaksanakan oleh auditee atas temuan yang telah terjadi.
7. Melakukan koordinasi dengan komite dan SPM melalui rapat koordinasi untuk melihat hal-hal/ kegiatan yang membutuhkan audit atau pendampingan dari SPI.
(Secara umum kegiatan SPI terlihat pada lampiran 1)

F. SASARAN

Sasaran kerja SPI meliputi audit operasional, keuangan dan kepatuhan serta memberikan pendampingan atau konsultasi, untuk dapat meningkatkan pengendalian internal di seluruh unit kerja rumah sakit dalam mencapai efektivitas, efisiensi penggunaan sumberdaya yang ada dengan tetap tunduk dan patuh pada peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

Audit operasional, keuangan, kepatuhan serta memberikan pendampingan atau konsultasi semampu mungkin diterapkan untuk area yang menjadi objek audit meliputi seluruh unit kerja, sistem, fasilitas dan individu yang berada dan terkait di lingkup Rumah Sakit Unhas.

G. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Jadwal pelaksanaan kegiatan Program Kerja Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) Tahun 2023 terlampir pada Lampiran 2.

H. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

Evaluasi kerja dilakukan setelah program dilaksanakan, secara berkala yang diserahkan kepada Bidang Perencanaan dan Evaluasi rumah sakit bertujuan untuk perbaikan yang berkelanjutan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui kendala yang menyebabkan :

1. Program audit yang tidak sesuai jadwal pelaksanaan
2. Tidak terlaksananya program audit dan program kegiatan pencegahan fraud dan gratifikasi.
3. Proses pembelajaran atau *lesson learned* yang diperoleh untuk perbaikan ke depannya.

I. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

Seluruh data/ rekaman wawancara dan hasil observasi yang diperoleh dan diolah selama proses audit merupakan bukti kegiatan program kerja dan bukti atas sejumlah temuan, untuk itu didokumentasikan sebagai Kertas Kerja Audit (KKA). Satiap program audit yang telah menghasilkan Laporan Hasil Audit (LHA) diserahkan ke

Direktur Utama RS Unhas. Tindak lanjut atas temuan akan dieksekusi langsung oleh Direktur Utama kemudian SPI melakukan monitoring atas pelaksanaan rekomendasi yang disetujui oleh Direktur Utama dan Auditee.

Monitoring tindak lanjut adalah suatu proses evaluasi pelaksanaan rekomendasi atas temuan-temuan hasil pemeriksaan yang dialisa untuk dijadikan bahan pertimbangan bagi perbaikan pelaksana kegiatan yang berkesinambungan sehingga tidak terjadi temuan yang berulang di kemudian hari. Pelaksanaannya bertujuan agar pelaksanaan pelayanan dan operasional berjalan efektif, efisien dan ekonomis sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

Menyetujui,
KETUA
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

A.KURNIA BINTANG

Ditetapkan di : Makassar
Pada tanggal : 03 Januari 2023

Mengetahui,
DIREKTUR UTAMA,



ANDI MUHAMMAD ICHSAN

Alur Proses Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas

	Uraian Tugas	Anggota Tim Audit	Ketua Tim Audit	Pengendali Teknis Audit	Ketua SPI (Pengendali Mutu Audit)	Unit/ Instalasi/ Seksi	Bidang/ Bagian	Komite/ Satuan	Direktur Keuangan, SDM dan Administrasi Umum	Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan	Direktur Pendidikan, Pleatihan dan Penelitian	Direktur Utama	Dewas	LSPI Unhas	Kelengkapan	Waktu	Output	Ket.
PELAKSANAAN PROSES AUDIT																			
1.	Penyusunan RKT SPI																		
	a. Berkoordinasi dalam penyusunan draft Rencana Kerja Tahunan (RKT) SPI																Dokumen	3 jam	Draft RKT
	b. Review draft Rencana Kerja Tahunan (RKT) SPI berdasarkan skala prioritas																Dokumen	2 jam	Draft RKT
	c. Review dan mengesahkan Rencana Kerja Tahunan (RKT) yang diketahui Dirut																Dokumen	2 jam	Dokumen RKT
2.	Berkoordinasi terkait pelaksanaan program audit																Dokumen	2 jam	Program/ Sasaran Audit
3.	Menyusun prosedur pelaksanaan audit rutin :																		
	a. Membuat surat penyampaian pelaksanaan audit ke Dirut																	60 menit	Surat penyampaian audit, SK Penugasan, Permintaan Dokumen
	b. Menyampaikan surat pelaksanaan audit ke unit/ instalasi/ seksi/ bidang/ komite/ satuan/ direktorat yang akan diaudit																Surat penyampaian audit & Buku ekspedisi	60 menit	Surat penyampaian audit, SK Penugasan, Permintaan Dokumen
	c. Melakukan observasi dan Interview terhadap kegiatan yang sedang berlangsung pada auditee																Dokumen terkait sasaran audit dan surat tugas	2 jam	KKA, hasil observasi dan interview
	Menyusun prosedur pelaksanaan audit investigasi :																		
	a. Menyampaikan surat permintaan audit ke unit/ instalasi/ seksi/ bidang/ komite/ satuan/ direktorat kepada Ketua SPI																Surat Permintaan Audit dari Pemohon	1 jam	
	b. Membuat surat penyampaian pelaksanaan audit investigasi ke Dirut																Surat Penyampaian Audit kepada Dirut	1 jam	Surat Penyampaian Audit, SK dan permintaan data
	c. Melakukan observasi dan Interview terhadap kegiatan yang sedang berlangsung pada auditee dan merekap hasilnya.																Dokumen pendukung sasaran audit, Surat Tugas	2 jam	KKA, hasil observasi dan interview

Alur Proses Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas

	Uraian Tugas	Anggota Tim Audit	Ketua Tim Audit	Pengendali Teknis Audit	Ketua SPI (Pengendali Mutu Audit)	Unit/ Instalasi/ Seksi	Bidang/ Bagian	Komite/ Satuan	Direktur Keuangan, SDM dan Administrasi Umum	Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan	Direktur Pendidikan, Pleatihan dan Penelitian	Direktur Utama	Dewas	LSPI Unhas	Kelengkapan	Waktu	Output	Ket.	
4.	Mengkoordinir anggota tim dalam proses pelaksanaan audit															Dokumen auditee	30 menit	Proses yang terarah		
5.	Mereview data dan informasi yang diperoleh anggota tim															Dokumen auditee	60 menit	Dokumen yang valid		
6.	Melaksanakan prosedur pelaksanaan audit terkait verifikasi mengenai data/ jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/ obat/ BHP/ lainnya, dari :																			
	a. SIM RS																Dokumen	35 jam	Part master data	
	b. Data pengajuan klaim																Dokumen	21 jam	Part master data	
	c. Portal INA-CBG's																Dokumen	21 jam	Part master data	
	d. Data pengklaiman BPJS																Dokumen	21 jam	Part master data	
	e. Unit/ Instalasi/ Seksi/ Bidang/ Komite/ Satuan/ Direktorat																Dokumen	70 jam	Part master data	
	f. Interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien)																Dokumen	1 jam	Part master data	
	g. Jasa medik & jasa non medik (Insentif kinerja)																Dokumen	21 jam	Part master data	
	h. Data instalasi penunjang untuk membuat perhitungan real cost setiap jenis pemeriksaan																Dokumen	49 jam	Part master data	
	i. Kebijakan, peraturan perundang-undangan, pedoman SOP terkait program audit																Dokumen	4 jam	Landasan hukum : aturan, UUD atau ketentuan lainnya	
	j. Akun per mata anggaran RS																Dokumen	35 jam	Master data	
	k. Data pendukung lainnya																Dokumen	2 jam	Master data	
7.	Membuat rekap master data dan analisis															Master data landasan hukum, materi interview	21 jam	Dokumen kesimpulan		

Alur Proses Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas

	Uraian Tugas	Anggota Tim Audit	Ketua Tim Audit	Pengendali Teknis Audit	Ketua SPI (Pengendali Mutu Audit)	Unit/ Instalasi/ Seksi	Bidang/ Bagian	Komite/ Satuan	Direktur Keuangan, SDM dan Administrasi Umum	Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan	Direktur Pendidikan, Pleatihan dan Penelitian	Direktur Utama	Dewas	LSPI Unhas	Kelengkapan	Waktu	Output	Ket.
8.	Menyusun laporan Hasil Audit Sementara (LHS)																		
	a. Menyusun draft laporan hasil sementara (LHS) pelaksanaan audit															Master Data, Landasan Hukum, Materi interview	21 jam	Draft LHS	
	b. Revisi draft dan menerbitkan laporan hasil sementara pelaksanaan audit														Daft LHS, Buku Distribusi	LHS			
	c. Mendistribusikan LHS														LHS				
9.	Menyusun laporan Hasil Audit Audit (LHA)																		
	a. Menyusun draft Laporan Hasil Audit (LHA) pelaksanaan audit															Master Data, Landasan Hukum, Materi interview	35 jam	Draft LHA	
	b. Revisi draft dan menerbitkan Laporan Hasil Audit (LHA) pelaksanaan audit														Daft LHA, Buku Distribusi	LHA			
	c. Mendistribusikan LHA														LHA				
10.	Mengkoordinir pelaksanaan rapat pemaparan hasil audit bersama auditee dan unit terkait															LHA, absen, notulensi, bahan PPT	3 jam	Tindak lanjut hasil audit	
11.	Mendokumentasikan hasil audit dan berbagai dokumen (KKA, master audit, catatan, rekaman, hasil analisis, dll)															Seluruh Dokumen, KKA (hard & soft copy) per Program Audit	60 menit	Arsip dokumen	
12.	Menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahunan SPI																		
	a. Merekap seluruh LHA dan monitoring tindak lanjut															LHA seluruh program audit	35 jam	Simpulan sementara	
	b. Menyusun draft Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahunan SPI														LHA seluruh program audit	Draft laporan akuntabilitas SPI			
	c. Review draft dan menerbitkan Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahunan SPI														Draft laporan akuntabilitas SPI	Laporan akuntabilitas SPI			

Alur Proses Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas

	Uraian Tugas	Anggota Tim Audit	Ketua Tim Audit	Pengendali Teknis Audit	Ketua SPI (Pengendali Mutu Audit)	Unit/ Instalasi/ Seksi	Bidang/ Bagian	Komite/ Satuan	Direktur Keuangan, SDM dan Administrasi Umum	Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan	Direktur Pendidikan, Pleatihan dan Penelitian	Direktur Utama	Dewas	LSPI Unhas	Kelengkapan	Waktu	Output	Ket.	
13.	Sosialisasi SPI dalam lingkup internal RS, mempersiapkan :																			
	a. Materi sosialisasi																ATK dan materi pembahasan	4 jam	Materi sosialisasi	
	b. Persiapan perlengkapan dan materi penyusunan buku/ dokumen sosialisasi																Anggaran dan ATK	4 jam	Buku sosialisasi	
	c. Penggandaan buku/ dokumen sosialisasi																Buku/ dokumen sosialisasi	4 jam	Buku sosialisasi	
	d. Apresiasi bagi pemenang kuis sosialisasi SPI																Aneka barang bermanfaat	4 jam	Tingkat kepuasan peserta kuis	
	e. Konsumsi saat pelaksanaan sosialisasi																Anggaran dan peralatan	4 jam	Tingkat kepuasan peserta sosialisasi	
f. Dokumentasi program sosialisasi																Kamera dan absensi	4 jam	Bukti kegiatan		
14.	Penyusunan Laporan program sosialisasi SPI dalam lingkup internal RS																Kwitansi, foto, absen	4 jam	Dokumen kegiatan dan Laporan	
15.	Berkordinasi dengan anggota tim dalam melaksanakan survei kepuasan auditee atas hasil pelaksanaan audit																			
	a. Menyusun materi pertanyaan survei																LHA		Draft kuesioner	
	b. Review kuesioner survei kepuasan																Dokumen Kuesioner		Dokumen Kuesioner	
	c. Mendistribusikan kuesioner survei kepuasan																Kuesioner yang telah diisi	14 jam	Capaian tingkat kepuasan auditee	
d. Rekap hasil survei kepuasan																Draf resume tingkat kepuasan auditee		Resume tingkat kepuasan auditee		

Alur Proses Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RS Unhas

	Uraian Tugas	Anggota Tim Audit	Ketua Tim Audit	Pengendali Teknis Audit	Ketua SPI (Pengendali Mutu Audit)	Unit/ Instalasi/ Seksi	Bidang/ Bagian	Komite/ Satuan	Direktur Keuangan, SDM dan Administrasi Umum	Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan	Direktur Pendidikan, Pleatihan dan Penelitian	Direktur Utama	Dewas	LSPI Unhas	Kelengkapan	Waktu	Output	Ket.	
KEGIATAN PENUNJANG PROSES UNIT																				
1.	Menyusun Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan.																			
	a. Menyusun draft Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan.																14 jam	Draft Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan.		
	b. Support dokumen															RKT dan LHA dan kegiatan triwulan				
	c. Revisi draft Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan.															Draft Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan.			Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan.	
d. Menyerahkan Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan ke Bid. Perencanaan dan Evaluasi.															Laporan Pencapaian Kinerja Triwulan.			Monev capaian kinerja		
2.	Menyusun Laporan Kinerja Tahunan																21 jam			
	a. Menyusun draft Laporan Pencapaian Kinerja Tahunan																	RKT dan LHA dan kegiatan selama 1 tahun	Draft Laporan Pencapaian Kinerja Tahunan.	
	b. Support dokumen															RKT dan LHA dan kegiatan selama 1 tahun				
	c. Revisi draft Laporan Pencapaian Kinerja Tahunan.															Draft Laporan Pencapaian Kinerja Tahunan.			Laporan Pencapaian Kinerja Tahunan.	
d. Menyerahkan Laporan Pencapaian Kinerja Tahunan ke Bid. Perencanaan dan Evaluasi dan Dirut																Laporan Pencapaian Kinerja Tahunan.		Monev capaian kinerja		
3.	Menyusun Analisis Beban Kerja																7 jam			
	a. Menyusun draft analisis beban kerja																	Dok. SKP dan Uraian Kerja	Draft analisis beban kerja.	
	b. Review draft analisis beban kerja																	Draft analisis beban kerja.		Dokumen Analisis beban kerja.
c. Menyerahkan analisis beban kerja ke Bid. SDM dan Adm.																Dokumen Analisis beban kerja.		Monev beban kerja dari SDM dan tindak lanjutnya		
4.	Menyusun SOP dan alur kegiatan																14 jam			
	a. Menyusun draft SOP dan alur kegiatan																	Dokumen Uraian Kerja dan beban kerja	Draft SOP dan Alur Kegiatan.	
	b. Revisi draft SOP dan alur kegiatan																	Draft SOP dan Alur Kegiatan.		Dokumen SOP dan Alur Kegiatan.
c. Menyerahkan SOP dan alur kegiatan ke Bid. SDM dan Adm.																Dokumen SOP dan Alur Kegiatan.		Monev SDM		

RENCANA KERJA TAHUNAN (RKT) SATUAN PEMERIKSA INTERNAL RS UNHAS TAHUN 2023

Lampiran 2

No	Sasaran Strategi	Indikator Sasaran Strategi	Program Kerja	Kegiatan	Target 2023		Target dan Waktu Pelaksanaan				Jenis Kebutuhan	Volume		Biaya Satuan		Jumlah
					Jumlah	%	TW I	TW II	TW III	TW IV						
Program Kerja Strategis																
1.1	Tersedianya SDM dalam bidang pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang profesional, berakhlak mulia dan unggul yang memiliki komitmen yang tinggi	Tersedia SDM dalam bidang Pendidikan dan Pelatihan baik jumlah maupun kompetensi	Pengembangan jumlah dan kompetensi SDM dalam Bidang Pendidikan dan Pelatihan	Pelatihan Sertifikasi Audit Intern Tingkat Audit Dasar (Jakarta)	1 Pelatihan	100 %	100%				Biaya Registrasi	1 org	1 keg	Rp 17.000.000	Rp 17.000.000	
											Biaya Akomodasi	1 org	13 hari	Rp 400.000	Rp 5.200.000	
											Biaya Tiket	1 org	2 kali	Rp 2.500.000	Rp 5.000.000	
											Lump Sump	1 org	13 hari	Rp 530.000	Rp 6.890.000	
				Pelatihan Sertifikasi Audit Intern Tingkat Audit Lanjutan (Jakarta)	1 Pelatihan	100 %		100%			Biaya Registrasi	2 org	1 keg	Rp 17.000.000	Rp 34.000.000	
											Biaya Akomodasi	2 org	13 hari	Rp 400.000	Rp 10.400.000	
											Biaya Tiket	2 org	2 kali	Rp 2.500.000	Rp 10.000.000	
											Lump Sump	2 org	13 hari	Rp 530.000	Rp 13.780.000	
				Pelatihan Dasar-dasar Audit Internal	1 Pelatihan	100 %		100%			Biaya Registrasi	2 org	1 keg	Rp 5.000.000	Rp 10.000.000	
											Biaya Akomodasi	2 org	3 hari	Rp 400.000	Rp 2.400.000	
											Biaya Tiket	2 org	2 kali	Rp 2.500.000	Rp 10.000.000	
											Lump Sump	2 org	3 hari	Rp 530.000	Rp 3.180.000	
				Pelatihan Fraud Risk and Control	1 Pelatihan	100 %				100%	Biaya Registrasi	2 org	1 keg	Rp 4.000.000	Rp 8.000.000	
											Biaya Akomodasi	2 org	2 hari	Rp 400.000	Rp 1.600.000	
											Biaya Tiket	2 org	2 kali	Rp 2.500.000	Rp 10.000.000	
											Lump Sump	2 org	2 hari	Rp 530.000	Rp 2.120.000	
			Pemenuhan kebutuhan jumlah SDM internal Auditor Unit SPI	Pemenuhan kebutuhan jumlah SDM internal Auditor Unit SPI	1 Dokumen Usulan	100 %	100%									

No	Sasaran Strategi	Indikator Sasaran Strategi	Program Kerja	Kegiatan	Target 2023		Target dan Waktu Pelaksanaan				Jenis Kebutuhan	Volume		Biaya Satuan		Jumlah	
					Jumlah	%	TW I	TW II	TW III	TW IV							
2.1	Meningkatnya kecukupan dan mutu sarana dan prasarana yang mendukung pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan yang terintegrasi	Terpenuhinya standar jumlah dan mutu sarana dan prasarana modern, ergonomis dan safety mendukung pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan yang terintegrasi	Penyediaan sarana dan prasarana pemeliharaan kesehatan	Pemenuhan fasilitas ruang yang representatif (sarana)	1 Kegiatan	100 %	100%		100%		Lemari Arsip(Sliding Lion Berwarna Hijau)	1 buah		Rp 3.630.000	Rp 3.630.000		
								Lenovo V14 ILL i7 Lenovo V14 ILL i7-1065G7 8GB 512GB SSD Iris Plus Win 10 + OHS	1 unit		Rp 12.999.000	Rp 12.999.000					
								Locker 4 doors single coloumn	1 unit		Rp 1.700.000	Rp 1.700.000					
								ATK				Rp 4.585.550					
				Peningkatan prasarana dalam menunjang proses audit melalui pengusulan	1 Kegiatan	100 %	Akan disesuaikan dengan kondisi di tahun 2023				Perbaikan/ peningkatan prasarana	1 keg	1 hari	Rp 7.500.000	Rp 7.500.000		
Program Kerja Rutin																	
3.1	Terselenggaranya pelayanan unggulan rumah sakit	Tersedianya pelayanan unggulan rumah sakit di bidang pendidikan dan pelatihan	Pengembangan pusat pendidikan dan Pelatihan yang terakreditasi	Memberikan pelatihan terkait <i>intellectual capital</i> SPI, bekerjasama dengan pihak-pihak terkait	1 Kegiatan	100 %	100% Sewaktu - waktu				Biaya Honor Pemateri	2 org	9 jam	Rp 500.000	Rp 9.000.000		
								Biaya konsumsi	1 org	3 hari	Rp 50.000	Rp 1.500.000					
				Memberikan pendampingan dan pembimbingan kepada peserta didik	1 Kegiatan	100 %	100% Sewaktu - waktu berdasarkan permintaan dari Bid. Pendidikan										

No	Sasaran Strategi	Indikator Sasaran Strategi	Program Kerja	Kegiatan	Target 2023		Target dan Waktu Pelaksanaan				Jenis Kebutuhan	Volume		Biaya Satuan	Jumlah
					Jumlah	%	TW I	TW II	TW III	TW IV					
3.4	Terimplementasinya <i>Continuous Quality Improvement</i> berbasis <i>patient safety</i> dalam proses pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan	Terakreditasinya Rumah Sakit oleh KARS	Pengembangan Sistem Manajemen resiko, pengembangan budaya mutu dan keselamatan pasien yang terintegrasi	Penyusunan regulasi (kebijakan, audit charter, pedoman, SOP dll) dan Dokumen lainnya	2 Kegiatan	100 %	50% 1 kegiatan		50% 1 kegiatan						
				Revisi regulasi (kebijakan, audit charter, pedoman, SOP dll) dan Dokumen lainnya	1 Kegiatan	100 %	100% Tentatif								
				Implementasi manajemen risiko	Penyusunan dan Evaluasi risk register	5 Kegiatan	100 %	25% 2 keg	25% 1 keg	25% 1 keg	25% 1 keg				
3.5	Terwujudnya kepuasan <i>stakeholder</i>	Terlaksananya pengukuran survei kepuasan <i>stakeholder</i>	Pelaksanaan survei kepuasan auditee	Survei kepuasan auditee	1 Kegiatan	100 %				100%					
5.1	Meningkatnya penerapan prinsip <i>good governance</i> dan <i>clinical governance</i> dalam pengelolaan rumah sakit	Terlaksananya penerapan prinsip <i>good governance</i> dalam pengelolaan rumah sakit	Consulting	Pendampingan kegiatan-kegiatan operasional dari unit-unit rumah sakit	1 Kegiatan	100 %	100% Sewaktu - waktu jika dibutuhkan								
			Pengawasan dan audit internal/pemeriksaan	Laporan Akuntabilitas SPI Tahun 2021	2 Dokumen	100 %	100%				Penggandaan Laporan	1 lap	2 rangkap	Rp 25.000	Rp 50.000

No	Sasaran Strategi	Indikator Sasaran Strategi	Program Kerja	Kegiatan	Target 2023		Target dan Waktu Pelaksanaan				Jenis Kebutuhan	Volume		Biaya Satuan		Jumlah
					Jumlah	%	TW I	TW II	TW III	TW IV						
			di seluruh unit rumah sakit	Penyusunan Laporan Monitoring Tindak Lanjut Tahun 2021	1 Laporan	100 %	100%				Penggandaan Laporan	1 lap	2 rangkap	Rp 25.000	Rp 50.000	
				Audit A	1 Laporan	100 %		100%			Penyediaan konsumsi Rapat Pemaparan Hasil Audit	1 keg	15 org	Rp 12.500	Rp 187.500	
										Penggandaan Laporan	1 lap	8 rangkap	Rp 25.000	Rp 200.000		
				Audit B	1 Laporan	100 %			100%		Penyediaan konsumsi Rapat Pemaparan Hasil Audit	1 keg	15 org	Rp 12.500	Rp 187.500	
										Penggandaan Laporan	1 lap	8 rangkap	Rp 25.000	Rp 200.000		
				Audit C	1 Laporan	100 %				100%	Penyediaan konsumsi Rapat Pemaparan Hasil Audit	1 keg	15 org	Rp 12.500	Rp 187.500	
										Penggandaan Laporan	1 lap	8 rangkap	Rp 25.000	Rp 200.000		
				Melaksanakan audit investigasi	1 Laporan	100 %	100% Sewaktu - waktu berdasarkan kebutuhan/ permintaan Direksi				Penyediaan konsumsi Rapat Pemaparan Hasil Audit	1 keg	15 org	Rp 12.500	Rp 187.500	
										Penggandaan Laporan	1 lap	8 rangkap	Rp 25.000	Rp 200.000		
				Sosialisasi perundangan, peraturan dan atau regulasi lainnya	1 Kegiatan	100 %				100%	Penggandaan Regulasi	1 jilid	20 rangkap	Rp 25.000	Rp 500.000	
										Penyediaan konsumsi Rapat Pemaparan Hasil Audit	1 keg	50 org	Rp 12.500	Rp 625.000		
			Pengembangan KPI setiap unit	Peningkatan kualitas dan kuantitas KPI	3 Kegiatan Audit	100 %	50%		50%							
5.3	Meningkatnya efektivitas dan efisiensi pengelolaan	Tercapainya indikator kinerja rumah sakit	Audit kinerja keuangan rumah sakit	Melaksanakan audit keuangan	1 Kegiatan	100 %				100%	Penyediaan konsumsi Rapat Pemaparan Hasil Audit	1 keg	15 org	Rp 12.500	Rp 187.500	

No	Sasaran Strategi	Indikator Sasaran Strategi	Program Kerja	Kegiatan	Target 2023		Target dan Waktu Pelaksanaan				Jenis Kebutuhan	Volume		Biaya Satuan	Jumlah
					Jumlah	%	TW I	TW II	TW III	TW IV					
	rumah sakit	(menggunakan indikator kinerja BLU): - BEP (Break Even Point) - CRR (Current Rate Ratio) - BOR - AvLOS									Penggandaan Laporan	1 lap	8 rangkap	Rp 25.000	Rp 200.000
			Pengendalian Fraud/kecurangan	Menyusun mitigasi risiko fraud (melalui sosialisasi regulasi, evaluasi sponsorship, dll)	2 Kegiatan	100 %		50%		50%	Penyediaan konsumsi Kegiatan	1 keg	25 org	Rp 12.500	Rp 312.500
				Menyusun buku pedoman anti fraud/kecurangan	1 Dokumen				100%		Penggandaan Laporan	1 lap	8 rangkap	Rp 25.000	Rp 200.000
				Pelaksanaan Rapat (rutin / kasuistik)	2 Kegiatan			50%		50%	Penyediaan konsumsi Rapat	1 keg	10 org	Rp 12.500	Rp 125.000
TOTAL														194.284.550	