



 Rumah Sakit Unhas	AUDIT INTERNAL		
	Nomor Dokumen 495/UN4.24.0/OT.01.00/2023	Nomor Revisi 2	Halaman 1 / 4
PROSEDUR OPERASIONAL STANDAR SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)	Tanggal Terbit 11 Januari 2023	Ditetapkan oleh Direktur Utama,   dr. Andi Muhammad Jehsan, Ph.D, Sp.M(K) NIP. 19700212 200801 1 013	
Pengertian	Audit Internal adalah kegiatan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) di Lingkungan RS Universitas Hasanuddin mulai tahap persuratan hingga pendokumentasian Laporan Hasil Audit untuk menilai dan memastikan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan operasional organisasi telah dijalankan secara efektif, efisien dan ekonomis untuk mencapai target dan sasaran yang telah ditetapkan. 2. Kebijakan dan peraturan, prosedur telah dijalankan sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundangan-undangan yang berlaku dan persyaratan lain yang ditetapkan oleh organisasi. 3. Keandalan, keakuratan, otorisasi, klasifikasi data-data keuangan yang memadai sehingga Laporan Keuangan disajikan secara wajar dan bebas dari salah saji yang material, berdasarkan Standar Akutansi Keuangan yang berlaku. 		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dasar acuan pelaksanaan program kerja yang terkait dengan fungsi internal control rumah sakit. 2. Agar semua pihak yang berkepentingan dapat memahami tentang alur dan mekanisme Audit Internal yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal. 		
Kebijakan	Dalam melaksanakan fungsi internal control rumah sakit, setiap pelaksanaan program audit harus memiliki prosedur/ tahapan yang jelas dan transparan untuk menjaga mutu proses dan hasil audit berdasarkan Peraturan Direktur Utama RS Universitas Hasanuddin Nomor: 117/UN4.24.0/2023 tentang Pedoman Kerja Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengendali Teknis membuat draf surat tugas, penyampaian audit dan permintaan Dokumen tentang terkait pelaksanaan audit yang ditandatangani oleh Ketua SPI, sesuai dengan RKT atau sesuai permintaan Direktur Utama RS Universitas Hasanuddin. 2. Ketua SPI menerbitkan surat tugas sesuai program audit yang akan dilaksanakan. 3. Ketua SPI beserta bawahan (pengendali teknis, ketua tim dan anggota) melakukan koordinasi dengan <i>auditee</i> (unit yang diaudit), melalui 		

 <p>Rumah Sakit Unhas</p>	AUDIT INTERNAL		
	Nomor Dokumen 495/UN4.24.0/OT.01.00/2023	Nomor Revisi 2	Halaman 2 / 4
<p>kunjungan pendahuluan, untuk melihat langsung kondisi yang ada dan meminta data yang diperlukan terkait dengan <i>auditee</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tim SPI melakukan koordinasi dengan Auditee dan Unit/Bagian/Instalasi yang terkait sepanjang proses audit. 5. Ketua Tim dan anggota mengumpulkan data, dokumen atau informasi lainnya yang akan digunakan dalam proses audit. 6. Pengendali Teknis melaksanakan review, validasi kebenaran, kesesuaian data dan informasi yang diperoleh Ketua Tim dan Anggota tim untuk menjamin efektifitas pelaksanaan audit. 7. Ketua Tim SPI melaksanakan review, validasi kebenaran, kesesuaian data dan informasi yang diperoleh Pengendali Teknis untuk menjamin mutu audit audit. 8. Pengendali teknis merancang alur kerja setiap kegiatan audit, alur teknis pemeriksaan dan seluruh prosedur pelaksanaan audit kepada Ketua Tim dan Anggota Tim. 9. Pengendali teknis menjelaskan alur kerja program audit, alur pemeriksaan dan seluruh prosedur pelaksanaan program audit kepada anggota tim. 10. Ketua Tim dan Anggota melaksanakan prosedur pelaksanaan audit terkait verifikasi dan crosscheck mengenai data jumlah/ identitas pasien/ jenis pemeriksaan/obat/ BHP/ lainnya dari : <ol style="list-style-type: none"> a. SIM RS b. Pengajuan Klaim c. Data Pengklaiman BPJS d. Portal INACBg's e. Instalasi terkait f. Interview objek audit (staf dan atau pasien/ keluarga pasien) g. Sistem kompensasi berupa gaji, insentif, honor dan lainnya (jika ada)) h. SPO, Panduan, Pedoman, Kebijakan, Peraturan dan Perundang-undangan terkait program audit yang berjalan i. Akun per mata anggaran RS j. Data pendukung lainnya 11. Ketua Tim mengumpulkan data atau informasi yang diolah Anggota Tim. 12. Ketua Tim membuat master aplikasi hasil pengolahan dan perhitungan data audit baik berupa statistik, formula, maupun tabel matriks sebagai korelasi berbagai data. 			

 Rumah Sakit Unhas	AUDIT INTERNAL		
	Nomor Dokumen 495/UN4.24.0/OT.01.00/2023	Nomor Revisi 2	Halaman 3 / 4
	<p>13. Ketua Tim menyusun draf laporan hasil sementara pelaksanaan audit disertai rekomendasi penyelesaian masalah melalui metode RCA atas hasil pengolahan, perhitungan, interview, observasi dan telusur masalah kepada Pengendali Teknis untuk review dan evaluasi.</p> <p>14. Ketua Tim menyerahkan draf laporan hasil sementara kepada Pengendali Teknis untuk review berjenjang.</p> <p>15. Pengendali Teknis menyerahkan draf laporan hasil sementara kepada Ketua SPI untuk review berjenjang.</p> <p>16. Setelah di review oleh Ketua SPI kemudian direvisi selanjutnya dilakukan klarifikasi dalam pemaparan temuan.</p> <p>17. Hasil presentasi pemaparan temuan dibuatkan notulen yang berisi koreksi, masukan dan tanggapan dari peserta rapat.</p> <p>18. Setelah pertemuan Pengendali Teknis menyusun Draft Dokumen/ Laporan Hasil Audit (LHA) dan direview kembali oleh Ketua SPI.</p> <p>19. LHA yang telah sesuai ditandatangani oleh Ketua SPI dan siap diterbitkan.</p> <p>20. LHA digandakan dan diserahkan kepada Direktur Utama, Auditee dan unit terkait yang dibuktikan dengan pengisian buku ekspedisi.</p> <p>21. Anggota Tim mendokumentasikan hasil audit berdasarkan bukti-bukti audit yang telah dikumpulkan dalam bentuk tabel, ringkasan, catatan, dan sebagainya.</p>		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Utama Rumah Sakit Unhas 2. Seluruh Direktorat 3. Seluruh Komite 4. Satuan Pemeriksaan Internal 5. Seluruh unit kerja 		
Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan Hasil Audit 2. Seluruh dokumen yang menjadi KKA 		
Petugas Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDM SPI 2. Auditee/ Unit Terkait 		



Rumah Sakit Unhas

AUDIT INTERNAL

Nomor Dokumen
495/UN4.24.0/OT.01.00/2023

Nomor Revisi
2

Halaman
4 / 4

Diagram Alir

Alur Audit Internal

