



PEDOMAN PELAKSANAAN

SATUAN PEMERIKSA INTERNAL

(Internal Audit Charter)

2022

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
 Jl. Raya Menur No. 137 Telp. 362500 – 362501 Gembles

KEPUTUSAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR
 Nomor: 185.4/0416/2021/2021

TENTANG
TIM SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI) TAHUN 2021
DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR

- Menimbang :**
- bahwa dalam rangka pelaksanaan Otonomi Daerah, perlu penataan fungsi-fungsi Manajemen Rumah Sakit yang berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, rasionalitas, independensi, keefisienan dan keadilan; maka Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur perlu membentuk Tim Satuan Pemeriksaan Internal;
 - kebutuhan baik di rumah Tim Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- Mengingat :**
- Undang-undang Nomor: 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 - Undang-undang Nomor: 25 Tahun 2008 tentang Pelayanan Public;
 - Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor: 23 Tahun 2006 tentang Badan Layanan Umum;
 - Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor: 11 Tahun 2006 tentang Pelayanan Public;
 - Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor: 112 Tahun 2008 tanggal 25 Agustus 2008 tentang Usulan Tugas dan Fungsi Wakil Direktur Bidang, Bagian, Seksi dan Sub Bagian di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur;
 - Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor: 18 Tahun 2010 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur;
 - Peraturan Gubernur Jawa Timur tanggal 14 Oktober 2013 Nomor: 68 Tahun 2013 tentang Peraturan Kerja dan Pelaksanaan Tugas dan Fungsi Dewan Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2013;
 - Surat Rumah Sakit tentang Tugas Gubernur Jawa Timur Nomor: 351.24421/2014/0201 tanggal 30 Juli 2021.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR TENTANG TIM SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI) TAHUN 2021.**

- KESATU :** Menetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur tanggal 1 Juli 2021 Nomor: 185.4/172021/0219 tentang Tim Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur;
- KEDUA :** Menetapkan Tim Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) dengan komposisi sebagaimana tertera di dalam lampiran;
- KETIGA :** Tugas Tim Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) sebagai berikut :
- Menyusun program kerja dan kegiatan SPI
 - Membuat perencanaan anggaran kegiatan SPI
 - Melaksanakan pengawasan dan pemantauan / monitoring dan evaluasi secara berkala dan berkala-kontinuitas;
 - Melaporkan hasil Pemeriksaan kepada Direktur;
 - Melakukan pembinaan berdasarkan temuan hasil Pemeriksaan;
 - Melakukan evaluasi kegiatan;
 - Melakukan laporan Tahunan kepada Direktur.
- KEEMPAT :** Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal yang ditetapkan dengan catatan apabila ditemukan hal yang dapat menimbulkan atau berkaitan dalam Keputusan ini akan diadakan perubahan / perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : SURABAYA
 Pada tanggal : 25 Oktober 2021.



Lampiran: Keputusan Direktur Rumah Sakit
 Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
 Nomor: 185.4/0416/2021/2021
 Tanggal: 25 Oktober 2021

TIM SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI) TAHUN 2021
DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR

NO	JABATAN	NAMA/NIP	GOL	PNS/PTT-PN	SI
1	Kesaku	Drg. Debit Herdawan, Sp.KG NIP 19701117 203603 1 300	8/c	PNS	L
2	Audiotor	1. Dg. Risa Ruman H, NM MP 12193429 200401 1 033	7/a	PNS	L
		2. Pingsaku Rahayu, A.Md.Kep NIP 19306411 200604 2 025	8/c	PNS	P
		3. W. Yudianto Bakti Juwanti, ST NIP 18540307 201907 2 001	8/b	PNS	P
		4. Dadi Andayani, S.Ti.Pad NIP 18710630 200501 2 012	8/b	PNS	P
		5. Mayyasa NIP 12183015 200801 1 036	8/d	PNS	L
3	Administrasi	1. Irfah Sofiana, A.Md.Kes.G NIP 19020205 200501 2 000	8/b	PNS	P
		2. Dony Harsono, A.Md.RMRS NIPPT 205 06091902 070705 7134	-	PTT-PN	L



KATA PENGANTAR

Dalam rangka pengawasan atas seluruh kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit, maka Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Kaidah-kaidah *Good Corporate Governance* meliputi transparansi, akuntabilitas, pertanggungjawaban, kemandirian serta kewajaran / kepatutan sesuai dengan prinsip korporasi yang sehat dan taat kepada peraturan perundangan.

Suatu mekanisme dan sistem pengendalian internal merupakan salah satu sarana utama untuk dapat memastikan bahwa pengelolaan rumah sakit telah dilaksanakan sesuai dengan kaidah-kaidah yang berlaku. Pengawasan dapat dilakakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal (SPI). SPI akan memberikan keyakinan yang memadai bagi terciptanya efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset, dan ketaatan terhadap peraturan perundangan.

Semoga Pedoman Pelaksanaan SPI Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan pengawasan maupun pemeriksaan oleh SPI dan sebagai akhir kata, saran dan koreksi demi perbaikan pedoman ini sangat kami harapkan.

TIM PENYUSUN

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN	
1.1	Latar Belakang	1
1.2	Visi, Misi dan Atribut	2
BAB II	SATUAN PEMERIKSA INTERNAL	
2.1	Fungsi	3
2.2	Tugas dan Tanggung Jawab	3
2.3	Wewenang	4
2.4	Lingkup Kerja	4
BAB III	STANDAR AUDIT	
3.1	Ketentuan Umum	5
3.2	Persyaratan Profesional Auditor dan SPI	5
3.3	Persyaratan Lingkup Kerja Audit	8
3.4	Persyaratan Pelaksanaan dan Pelaporan Audit	10
3.5	Persyaratan Pengelolaan Unit SPI	13
BAB IV	KODE ETIK	
4.1	Ketentuan Umum	16
4.2	Standar Prilaku Internal Auditor	16
BAB V	PENUTUP	18

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Undang-undang nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit pada Pasal 39 mengamanatkan :

- (1) Dalam penyelenggaraan rumah sakit harus dilakukan audit.
- (2) Audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa audit kinerja dan audit medis.
- (3) Audit kinerja dan audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan secara internal dan eksternal.
- (4) Audit kinerja eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilakukan oleh tenaga pengawas.
- (5) Pelaksanaan audit medis berpedoman pada ketentuan yang ditetapkan oleh Menteri.

Selanjutnya sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Pasal 123 menetapkan:

- (1) Pengawas operasional BLUD dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah pemimpin BLUD.

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

Suatu mekanisme dan sistem pengendalian internal merupakan salah satu sarana utama untuk dapat memastikan bahwa pengelolaan rumah sakit telah dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip *Good Corporate Governance* yang diinginkan tersebut.

Pedoman pelaksanaan ini merupakan salah satu penjabaran dari Pedoman Pelaksanaan *Good Corporate Governance* dan disusun untuk menjadi norma-norma acuan kerja bagi unit Satuan Pemeriksa Internal (SPI) agar dapat bekerja secara profesional sesuai dengan tujuan penugasannya dan sekaligus sebagai sarana komunikasi agar kerja unit Satuan Pemeriksa Internal dapat diterima dan didukung oleh unit kerja lainnya.

1.2. VISI, MISI DAN ATRIBUT

1.2.1. VISI

Menjadi *Strategic Business Partner* yang tanggap dan terpercaya bagi pejabat pengelola, pejabat pelaksana dan jajarannya di RS Jiwa Menur Surabaya.

1.2.2. MISI

- a. Melaksanakan audit internal yang berbasis risiko.
- b. Meningkatkan kompetensi sehingga menjadi audit internal yang profesional.
- c. Memberikan nilai tambah pada bisnis dengan memanfaatkan secara optimal sistem teknologi informasi.

1.2.3. ATRIBUT

Sebagai *strategic business partner* SPI harus mampu memberi nilai tambah dan dapat dipercaya, melalui proses kerja yang:

- a. Berfokus pada pelanggan
- b. Berfokus pada proses bisnis.
- c. Bersikap proaktif, antusias dan terpercaya.
- d. Berkomunikasi secara efektif baik lisan maupun secara tertulis.
- e. Mengukur sukses berdasarkan kualitas dan bukan kuantitas semata.
- f. Mampu mengidentifikasi akar masalah dan bukan hanya gejala saja.

BAB II

SATUAN PEMERIKSA INTERNAL

2.1. FUNGSI

1. SPI adalah unit internal yang bersifat independen dan berfungsi untuk:
 - a. Membantu direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset rumah sakit.
 - b. Melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal, apakah cukup memadai dan dilaksanakan sistem pengendalian internal yang diciptakan untuk dapat menjamin data-data keuangan dapat dipercaya.
 - c. Melakukan analisis dan evaluasi efektifitas sistem dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit.
2. Dalam menjalankan fungsinya SPI bertanggung jawab langsung kepada direktur rumah sakit.

2.2. TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB

1. Melakukan kajian dan analisis terhadap rencana investasi rumah sakit, khususnya sejauh mana aspek pengkajian dan pengelolaan risiko telah dilaksanakan oleh unit-unit kerja yang bersangkutan.
2. Melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian pengelolaan, pemantauan efektivitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang-bidang :
 - a. Keuangan
 - b. Operasional dan pelayanan
 - c. Pemasaran
 - d. Sumber daya manusia
 - e. Pengembangan
3. Melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi untuk memastikan bahwa :
 - a. Informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya.
 - b. Fungsi Sistem Informasi rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif.

- c. Penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan perundang-undangan.
4. Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan oleh direktur.

2.3. WEWENANG

SPI mempunyai kewenangan dalam hal :

1. Menyusun, mengubah dan melaksanakan kebijakan audit internal termasuk antara lain menentukan prosedur dan lingkup pelaksanaan pekerjaan audit.
2. Akses terhadap semua dokumen, pencatatan, personal dan fisik, informasi atas obyek audit yang dilaksanakannya, untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya
3. Melakukan verifikasi dan uji kehandalan terhadap informasi yang diperolehnya, dalam kaitan dengan penilaian efektivitas system yang diauditnya.

SPI tidak mempunyai kewenangan pelaksanaan dan tanggung jawab atas aktivitas yang *direview* / diaudit, tetapi tanggung jawab SPI adalah pada penilaian dan analisis atas aktivitas tersebut.

2.4. LINGKUP KERJA

Lingkup kerja SPI mencakup:

1. Audit dan evaluasi tentang kemampuan, efektivitas, ketaatasaan dan kualitas pelaksanaan tugas manajemen pelayanan, manajemen penunjang dan manajemen umum dan keuangan pada RS Jiwa Menur Surabaya yang antara lain meliputi pengelolaan risiko, material, kontrol, pengadaan dan pembelian, serta lain sebagainya.
2. SPI dapat melakukan penilaian tentang efektivitas dan efisiensi dalam penggunaan sarana yang tersedia dan kualitas pelaksanaan tugas manajemen operasional.
3. Penilaian tentang hasil guna atau manfaat yang direncanakan dari suatu kegiatan atau program.

BAB III

STANDAR AUDIT

3.1. KETENTUAN UMUM

Standar audit merupakan syarat yang harus dipenuhi untuk menjaga kualitas kinerja auditor dan hasil auditnya dalam pelaksanaan tugas. Standar audit sangat menekankan tidak hanya terhadap pentingnya kualitas profesional auditor tetapi juga terhadap bagaimana auditor mengambil pertimbangan dan keputusan waktu melakukan audit dan pelaporan.

Hasil audit internal yang memenuhi standar sangat membantu pelaksanaan tugas manajemen unit kerja yang diaudit maupun untuk Dewan Pengawas dan auditor eksternal.

Standar Audit ini merupakan ketentuan yang harus dipatuhi oleh unit SPI dan auditor internal yang mencakup persyaratan mengenai :

1. Profesionalisme Auditor dan SPI
2. Lingkup Kerja Audit
3. Pelaksanaan dan Pelaporan Audit
4. Pengelolaan SPI.

3.2. PERSYARATAN PROFESIONALISME AUDITOR DAN SPI

1. Standar Independensi

Dalam pelaksanaan tugasnya unit organisasi SPI maupun auditornya haruslah independen dari aktivitas yang diauditnya.

Untuk dapat melakukan hal ini maka unit organisasi SPI dan auditornya haruslah :

- a. Unit organisasi SPI berada langsung dibawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur. Semua jajaran dalam rumah sakit dan unit kerja lainnya berkewajiban untuk berkerjasama dengan unit SPI, sehingga memungkinkan pelaksanaan tanggung jawab audit.
- b. Bersikap independen yaitu dapat melaksanakan tugas auditnya dengan bebas baik secara organisatoris maupun secara pribadi terhadap auditee dan organisasinya, dengan demikian ia dapat memberikan pendapat penting yang tidak memihak dan tidak berprasangka

- dalam pelaksanaan dan pelaporan hasil auditnya.
- c. Bersikap obyektif yaitu jujur terhadap diri sendiri serta yakin bahwa hasil kerjanya dapat diandalkan, dapat dipercaya dan bebas dari pengaruh pihak-pihak lain, untuk itu tidak boleh mengesampingkan pertimbangan-pertimbangan obyektif 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 lainnya yang tidak berhak.

2. Standar Keahlian

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

- 2.1. Tanggung jawab unit SPI untuk memenuhi standar kecakapan profesionalisme meliputi :
 - a. Rekrutmen, seleksi dan penugasan tenaga auditor internal yang memenuhi syarat tuntutan tugas audit baik dari segi pendidikan, kemampuan teknis, luas cakupan dan kompleksitas tugas audit tersebut.
 - b. Pemenuhan kebutuhan tenaga-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 (*out sourcing*) paling lama 6 bulan.
 - c. Menugaskan seorang ketua tim auditor yang berpengalaman dan ahli sehingga terlaksana supervisi yang baik mulai sejak perencanaan audit, pelaksanaan audit, pelaporan hingga pemantauan tindak lanjut hasil audit. Supervisi ini dilaksanakan secara seksama dan terdokumentasi dengan baik serta dapat diuji efektivitasnya.

2.2. Tanggung jawab auditor internal mengenai kecakapan profesionalnya meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a. Kepatuhan kepada Standar Audit dan Kode Etik Satuan Pemeriksa Internal.
- b. Pengusahaan atas pengetahuan teori dan kecakapan praktek disiplin ilmu tertentu yang berkaitan dengan tugas auditnya. Kecakapan ini haruslah dapat diterapkan dalam bentuk standar prosedur dan teknik audit dalam praktek bisnis yang sehat.
- c. Meningkatkan kemampuan komunikasi lisan dan tertulis sehingga dapat berkomunikasi secara efektif dengan auditee dan manajemen rumah sakit.
- d. Memelihara kemampuan teknis auditnya melalui pembelajaran baik melalui training, seminar ataupun buku / *periodical journal*, sehingga tetap mengikuti perkembangan standar, prosedur dan teknik audit rumah sakit, termasuk perkembangan dunia usaha rumah sakit.
- e. Menjaga dan meningkatkan kemampuan dan kecermatan profesionalnya dengan memperhatikan :
 - 1). Cakupan kerja audit yang harus dilaksanakan sehingga sasaran audit dapat dicapai.
 - 2). Materialitas atau signifikansi permasalahan yang ditemui.
 - 3). Standar operasional yang ada apakah dapat diterima / dipatuhi oleh pelaksana.
 - 4). Tingkat kehandalan dan efektivitas pengendalian sistem operasional dan pelayanan yang ada.
 - 5). Biaya audit dibandingkan dengan potensi manfaat yang diperoleh.
 - 6). Menjaga tingkat kecermatan dan kewaspadaan terhadap kemungkinan penyimpangan, pemborosan, ketidak-efektifan dan kelemahan pengendalian internal, dengan melakukan pengujian dan verifikasi yang memadai dan dapat dipertanggungjawabkan tanpa harus melakukannya untuk seluruh proses atau transaksi.

3.3 .PERSYARATAN LINGKUP KERJA AUDIT

1. Lingkup kerja audit harus meliputi pengujian dan penilaian :
 - a. Bidang keuangan dan ketaatan pada peraturan perundang- undangan, termasuk ketaatan terhadap Rencana Strategis Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang telah ditetapkan.
 - b. Keandalan dan efektivitas sistem pengendalian internal rumah sakit dan kegiatan operasionalnya termasuk manajemen risiko.
 - c. Kualitas kinerja pelaksanaan suatu kegiatan khususnya analisis terhadap manfaat dan biaya yang digunakan dalam kegiatan tersebut.

2. Kegiatan tinjauan dalam audit sistem pengendalian internal mempunyai tujuan sebagai berikut :
 - a. Audit keandalan sisitem pengendalian internal bertujuan untuk memastikan bahwa sistem yang dipakai mampu untuk mencapai sasaran rumah sakit secara efisien dan ekonomis.
 - b. Audit efektivitas sistem pengendalian internal bertujuan untuk memastikan bahwa sistem dapat berjalan sebagaimana mestinya, sehingga kekeliruan material, penyimpangan maupun perbuatan melawan hukum dapat dicegah atau dideteksi dan diperbaiki secara dini.
 - c. Audit terhadap kualitas kinerja pelaksanaan tugas pengendalian internal bertujuan untuk memastikan bahwa sasaran dan tujuan rumah sakit dapat tercapai dengan optimal.

3. Pelaksanaan audit internal harus memastikan terdapatnya :
 - a. Keandalan dan kebenaran informasi keuangan dan operasional rumah sakit. Auditor internal harus memeriksa cara yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengklasifikasi, mengukur dan melaporkan informasi-informasi tersebut, sehingga keandalan dan kebenarannya dapat dipastikan. Untuk itu penyajian laporan keuangan dan kinerja non keuangan rumah sakit harus diuji apakah telah akurat, handal, tepat waktu, lengkap dan mengandung informasi yang bermanfaat serta sesuai dengan standar.

- b. Kepatuhan terhadap kebijakan, rencana kerja dan anggaran, prosedur dan peraturan perundang-undangan. Untuk itu auditor 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.
- c. Keamanan aset rumah sakit, termasuk memeriksa keberadaan aset tersebut sesuai dengan prosedur yang benar.
- d. Efisiensi pemakaian sumber daya rumah sakit; untuk itu auditor harus memeriksa apakah :
 - 1). Standar operasional dan pelayanan telah dibuat sehingga mampu untuk mengukur efisiensi dan penghematan yang dicapai.
 - 2). Standar operasional yang digunakan dapat dipahami dengan mudah dan baik serta dapat dilaksanakan secara efektif.
 - 3). Penyimpangan terhadap standar operasional dan pelayanan dapat mudah diidentifikasi, dianalisis dan dapat dilaporkan kepada penanggung jawab kegiatan untuk diambil langkah perbaikan.
 - 4). Terdapat kondisi dimana sarana yang digunakan di bawah standar kerja yang non produktif, kelebihan / kekurangan tenaga kerja, penggunaan system / sarana yang kurang dapat dipertanggung jawabkan dari segi biaya.
- e. Hasil keluaran suatu kegiatan atau operasi sesuai dengan sasaran dan tujuan yang ingin dicapai. Untuk ini auditor internal harus memeriksa apakah:
 - 1). Program tersebut dilaksanakan sesuai dengan 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 kerja terkait.

3.4. PERSYARATAN PELAKSANAAN DAN PELAPORAN AUDIT

Pelaksanaan audit harus meliputi perencanaan audit, pelaksanaan audit lapangan, evaluasi temuan data dan informasi, pengkomunikasian hasil audit, rekomendasi tindak lanjut dan pemantauan pelaksanaan tindak lanjut.

1. Untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab SPI maka perlu disusun perencanaan kegiatan yang konsisten dan sesuai dengan program dan sasaran rumah sakit yang antara lain meliputi :
 - a. Rencana Strategis Bisnis (RSB) untuk jangka 5 (lima) tahun.
 - b. Rencana Kerja Audit Tahunan untuk tahun berikutnya yang dijabarkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), dan Program Kerja Pengawas Tahunan untuk rutin dan Program Pengawas khusus untuk yang non rutin. Termasuk dalam rencana ini adalah jadwal kerja audit dan sasarannya, rencana pengembangan dan pemenuhan tenaga audit yang profesional.
2. Auditor internal harus merencanakan setiap pelaksanaan audit dengan sebaik-baiknya. Untuk itu auditor internal haruslah mendokumentasikan rencana kerja audit dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Informasi dan latar belakang mengenai obyek audit, bila pernah diaudit maka perlu diperiksa bagaimana hasil pelaksanaan tindak lanjut yang pernah disarankan, bagaimana dampaknya terhadap audit yang dilakukan.
 - b. Jenis luasnya cakupan kerja audit yang akan dilaksanakan.
 - c. Sasaran audit harus dinyatakan dengan jelas, sehingga auditor dapat mengetahui dengan tepat masalah-masalah khusus apa yang harus mendapatkan prioritas Pengawas.
 - d. Penentuan prosedur dan teknik audit yang akan digunakan untuk memastikan bahwa audit dapat mencapai sasarannya, tanpa menghalangi kemungkinan pertimbangan lain yang berdasarkan keahlian auditor.
 - e. Kebutuhan sumber daya pelaksanaan audit, yang meliputi jumlah auditor dan bidang keahlian yang diperlukan, tingkat pengalaman yang diinginkan dan bila perlu menggunakan

konsultan / tenaga ahli luar, sarana kerja yang dibutuhkan serta biaya pelaksanaan audit.

- f. Mengkomunikasikan rencana audit dengan pihak-pihak terkait terutama mengenai bentuk aktivitas, jadwal kegiatan, sumber daya yang diperlukan, dan bila diperlukan ada rencana survei awal sebelum audit dilaksanakan. Survei awal ini dimaksudkan untuk mengurangi risiko audit dan hal-hal rawan yang perlu diantisipasi atau pendalaman lebih lanjut.
 - g. Format dan rencana susunan laporan hasil audit dan rencana kepada siapa laporan tersebut didistribusikan serta cara mengkomunikasikannya.
 - h. Mendapatkan persetujuan pimpinan unit SPI sebelum audit dimulai.
3. Dalam melaksanakan audit, auditor internal harus menggunakan prosedur dan tehnik yang memadai dalam melakukan pengumpulan, pengawasan, evaluasi dan analisis informasi serta mendokumentasikan hasil kerjanya sedemikian rupa sehingga :
- a. Semua informasi yang berkaitan dengan tujuan dan ruang lingkup audit beserta bukti faktual yang diperoleh telah memenuhi kebutuhan audit.
 - b. Kepastian apakah prosedur dan tehnik audit yang dipakai, termasuk metode sampling, metode pengklasifikasian hingga penarikan kesimpulan hasil temuan sesuai dengan sasaran audit.
 - c. Obyektivitas dalam mulai pengumpulan informasi hingga penarikan kesimpulan hasil temuan tetap terjaga.
 - d. Format kertas kerja dan pelaporan hasil temuan cukup komunikatif baik bagi team audit sendiri dan terutama bagi auditee. Beberapa ketentuan mengenai kertas kerja ini antara lain adalah :
 - 1) Cakupan lengkap dan teliti.
 - 2) Tampilannya rapi, jelas dan ringkas
 - 3) Sistimatikanya mudah dibaca dan dimengerti
 - 4) Informasi yang disampaikan relevan dan tepat dengan tujuan audit.
4. Auditor internal harus melaporkan hasil kerja audit mereka kepada auditee dan pemberi tugas. Dalam menyampaikan laporan hasil audit. Auditor internal harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- a. Draft laporan hasil audit yang berisi hasil temuan, butir-butir kesimpulan dan butir-butir rekomendasi haruslah *direview* dan didiskusikan bersama dengan pimpinan *auditee* dan stafnya untuk menghindari kesalah-pahaman.
- b. Laporan hasil audit harus mengungkapkan tujuan, lingkup kerja, hasil temuan dan kesimpulan yang berupa opini auditor internal terhadap dampak temuan terhadap aktivitas yang diaudit.
- c. Laporan temuan antara lain harus bersifat :
 - 1). Obyektif, tidak memihak dan bebas dari prasangka dan bebas dari kekeliruan.
 - 2). Jelas, mudah dimengerti, logis, lugas dan sederhana serta menghindari bahasa teknis yang terlalu rumit.
 - 3). Singkat, langsung ke inti masalah tidak bertele-tele.
 - 4). Konstruktif, lebih membantu *auditee* kearah perbaikan dari pada kritik.
- d. Laporan hasil audit seyogyanya juga mengungkapkan hal-hal sebagai berikut:
 - 1). Hal-hal yang masih merupakan masalah dan belum dapat terselesaikan hingga saat audit berakhir.
 - 2). Pengakuan terhadap prestasi kerja *auditee* hasil perbaikan yang telah dilaksanakan dan terutama bila perbaikan ini dapat diterapkan pada bagian lain.
 - 3). Rekomendasi tindak lanjut bila memang ada hal-hal yang perlu dilakukan perbaikan pada proses kerja *auditee*.
- e. Dalam hal terjadi perbedaan pendapat antara pimpinan *auditee* dan auditor internal mengenai hasil temuan dan kesimpulan hasil audit maka perbedaan pendapat ini harus juga diungkapkan dalam laporan hasil audit.
- f. Pimpinan SPI harus *meriview* dan menyetujui laporan hasil audit sebelum menerbitkan dan mendistribusikan laporan tersebut.

5. SPI harus menindaklanjuti laporan hasil audit untuk mendapatkan kepastian bahwa langkah yang tepat atas hasil temuan audit telah dilaksanakan. Jika pimpinan unit kerja yang bersangkutan memutuskan untuk tidak mengikuti saran tindak lanjut atas suatu pertimbangan tertentu, maka SPI harus melaporkan hal tersebut.

3.5. PERSYARATAN PENGELOLAAN UNIT SPI

Kepala SPI beserta para auditornya wajib berusaha secara terus menerus agar organisasi SPI dapat berfungsi sesuai dengan visi, misi atribut dan tanggung jawabnya. Untuk dapat melaksanakan hal tersebut diatas maka :

1. SPI harus mempunyai uraian tertulis mengenai tujuan, tugas, wewenang dan tanggung jawab yang disebut dalam pembentukan Pedoman Pelaksanaan SPI (*Internal Audit Charter*) yang disahkan dengan surat keputusan direktur.
2. Kepala SPI harus menerbitkan program kerja unit SPI yang berisikan :
 - a. Rencana Kerja unit SPI yang sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan SPI (*Internal Audit Charter*). Rencana Kerja ini haruslah mencakup hal-hal sebagai berikut:
 - 1) Tujuan, jenis dan macam kegiatan / program, jadwal pelaksanaan dan pelaporannya serta lokasinya.
 - 2) Ketentuan mengenai ukuran keberhasilan kinerja dan indikator kinerja, kuncinya dari tiap kegiatan atau program.
 - 3) Uraian rinci dari setiap kegiatan / program yang terkait dan sumber daya yang diperlukan.
 - 4) Rincian sumber daya yang diperlukan yang meliputi antara lain anggaran / dana, waktu, jumlah personil, dan peralatan lainnya.
 - b. Pedoman audit (*Audit manual*) yang berisikan kebijakan dan prosedur audit mulai dari persiapan sampai dengan penyelesaian laporan hasil audit dan pemantauan hasil tindak lanjut.

3. Kepala SPI harus mempunyai program untuk pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia dan program pengembangannya yang meliputi :
- a. Uraian tugas setiap jenjang auditor .
 - b. Persyaratan kualifikasi dan kemampuan individu dari setiap jenjang tersebut.
 - c. Program pelatihan dan pengembangan bagi setiap auditor.
 - d. Penilaian kinerja, *coaching* dan konseling bagi tiap auditor sebagai bagian dari proses pengembangan profesionalisme mereka.

4. Kepala SPI harus mengadakan koordinasi dengan dewan pengawas dan auditor eksternal untuk menghindari tumpang tindih dan memperkecil kemungkinan duplikasi kegiatan audit.

Hal ini dapat dilakukan melalui :

- a. Rapat periodik dengan dewan pengawas dan auditor eksternal membahas kepentingan bersama rencana audit.
- b. Penyelarasan program audit dan akses timbal balik terhadap program audit dan kertas kerja masing-masing.
- c. Pertukaran laporan hasil audit dan rekomendasi manajemen dari auditor eksternal.
- d. Persamaan persepsi mengenai tehnik, metode dan terminologi audit sehingga dapat diperoleh keseragaman dalam penggunaannya.

5. Kepala SPI harus mempunyai dan melakukan program jaminan mutu untuk dapat mengevaluasi kinerja unitnya dengan tujuan agar memperoleh keyakinan yang memadai bahwa kinerja SPI telah sesuai dengan *Internal Audit Charter* dan tujuan rumah sakit.

Untuk itu kepala SPI haruslah :

- a. Melakukan supevisi dan pemberdayaan terus menerus sejak tahap perencanaan, pelaksanaan, evaluasi pelaporan, hingga pemantauan tindak lanjut.
- b. Melakukan *review* internal secara berkala bersama pimpinan dan staf atau tim lain yang independen, untuk menilai tingkat efektivitas audit, kepatuhan auditor terhadap standar audit, kode etik serta ketentuan dan kebijakan lain.

- c. Melakukan review eksternal setiap 2 (dua) tahun oleh organisasi, tim atau individu yang mampu, independen dan tidak mempunyai konflik kepentingan dengan rumah sakit, untuk memberikan penilaian dan opini pada efektivitas SPI terhadap standar audit, Internal Audit Charter, tujuan rumah sakit dan ketentuan lainnya.

BAB IV

KODE ETIK

4.1. KETENTUAN UMUM

Hasil kerja unit SPI sangat ditentukan oleh hasil /kerja auditor internalnya. Hasil kerja ini akan sangat bermanfaat bagi SPI dan terutama bagi rumah sakit, bila pemakai jasa atau unit kerja dalam rumah sakit yakin, tahu dan merasakan bahwa pelaksanaan audit internal oleh SPI memang memberikan nilai tambah bagi unit kerja khususnya dan rumah sakit pada umumnya.

Untuk keperluan ini maka perlu disyaratkan suatu kode etik yang mengatur perilaku dan kepatuhan para internal auditor lebih dari tuntutan perundang-undangan. Kode etik ini mengatur prinsip dasar perilaku yang dalam pelaksanaannya memerlukan pertimbangan yang seksama dari masing-masing auditor.

Pelanggaran terhadap kode etik ini dapat mengakibatkan yang bersangkutan mendapatkan peringatan dan bahkan diberhentikan dari tugas audit atau keluar dari rumah sakit.

4.2. STANDAR PERILAKU INTERNAL AUDITOR

Auditor Internal harus memegang teguh dan mematuhi kode etik berikut ini, yaitu:

1. Berperilaku dan bersikap jujur, obyektif dan cermat dalam melaksanakan tugas.
2. Memiliki integritas dan loyalitas tinggi terhadap profesi, rumah sakit dan audit internal.
3. Menghindari kegiatan atau perbuatan yang merugikan atau patut diduga dapat merugikan profesi internal audit atau rumah sakit.

4. Menghindari aktivitas yang bertentangan dengan kepentingan rumah sakit atau yang mengakibatkan tidak dapat melakukan tugas dan kewajiban secara obyektif.
5. Tidak menerima imbalan / suap dari pihak manapun yang terkait dengan temuan.
6. Mematuhi sepenuhnya standar profesional auditor internal, kebijakan rumah sakit dan peraturan perundangan.
7. Memelihara dan mempertahankan moral dan martabat audit internal.
8. Tidak memanfaatkan informasi yang diperoleh untuk kepentingan atau keuntungan pribadi atau hal lain yang menimbulkan atau patut diduga dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit dengan alasan apapun.
9. Melaporkan semua hasil audit material dengan mengungkapkan kebenaran sesuai fakta yang ada dan tidak menyembunyikan hal yang dapat merugikan rumah sakit dan atau dapat melanggar hukum.

BAB V

PENUTUP

1. Pedoman Pelaksanaan SPI (*Internal Audit Charter*) ini mulai diberlakukan sejak tanggal ditetapkan.
2. Sesuai dengan tuntutan perkembangan dan kebutuhan rumah sakit, maka Pedoman Pelaksanaan SPI ini akan ditinjau dan *direview* secara berkala.