KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9 Jakarta 12950
Telepon (021) 5201590 (*Hunting*), Faksimile (021) 5261814, 5203872
Website : www.yankes.kemkes.go.id

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/19857/2023
TENTANG
PEDOMAN PENYELENGGARAAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL
RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

Menimbang :

a. bahwa untuk melaksanakan audit kinerja internal serta memastikan efektivitas sistem pengendalian intern di Rumah Sakit perlu dibentuk Satuan Pemeriksaan Internal;
b. bahwa dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi Satuan Pemeriksaan Internal, perlu disusun pedoman sebagai acuan dalam penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005

Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
4. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
5. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
6. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1300);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 84 Tahun 2019 tentang Tata Kelola Pengawasan Intern di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964);
10. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/7373/2023 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Remunerasi Pada Satuan Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN.

KESATU : Menetapkan Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEDUA : Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menjadi acuan bagi Kementerian Kesehatan, rumah sakit, dan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya sebagai pengawasan internal rumah sakit.

KETIGA : Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penerapan Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai dengan kewenanganya.

KEEMPAT : Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada diktum KETIGA, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dapat melibatkan Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan.

KELIMA : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 28 Desember 2023

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

AZHAR JAYA

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/19857/2023
TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

PEDOMAN PENYELENGGARAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kementerian Kesehatan merupakan lembaga pemerintahan yang mendapatkan amanah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat dengan meningkatkan derajat kesehatan sesuai Undang-Undang Dasar 1945. Dalam rangka peningkatan derajat kesehatannya tersebut, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai transformasi dibidang kesehatan. Transformasi kesehatan yang dilakukan Kementerian Kesehatan tersebut terdiri dari 6 (enam) pilar yang merupakan bentuk penterjemahan reformasi Sistem Kesehatan Nasional. Transformasi Pilar Ke-2 (dua) dari 6 (enam) Pilar Transformasi di Bidang Kesehatan yang dilakukan Kementerian Kesehatan tersebut adalah Transformasi Layanan Rujukan. Transformasi tersebut menekankan pada perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat yang berfokus pada perluasan akses ke pelayanan kesehatan rujukan secara merata dan berkeadilan diseluruh daerah, peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan yang mencakup obat, alat kesehatan, sarana dan prasarana dan aspek layanan lainnya, penataan sistem rujukan secara nasional dan upaya pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) secara berkelanjutan.

Pada dasarnya, terdapat 4 (empat) komponen utama Transformasi Kesehatan di Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan, antara lain adalah sebagai berikut:

1. perbaikan pengalaman pasien dengan memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan pasien;
2. peningkatan kualitas pemberi layanan dengan meningkatkan produktifitas kerja dan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan;
3. peningkatan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *clinical pathway,* serta peningkatan riset medis; dan
4. peningkatan tata kelola rumah sakit dengan memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan.

Satuan Pemeriksaan Internal merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit. Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur utama rumah sakit. Satuan Pemeriksaan Internal dibentuk untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan serta meningkatkan kinerja rumah sakit. Dengan adanya Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit maka pencapaian 4 (empat) komponen utama di dalam transformasi kesehatan akan dapat dicapai oleh rumah sakit.

Pada umumnya, terdapat permasalahan yang mendasar dalam penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit, yaitu sebagai berikut:

1. pengangkatan dan pemberhentian personil Satuan Pemeriksaan Internal yang kurang tepat sehingga Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat secara maksimal dalam melaksanakan fungsinya;
2. kompleksnya ruang lingkup kerja Satuan Pemeriksaan Internal yang berpengaruh pada independensi dan objektivitas dalam pengambilan keputusan;
3. rekomendasi hasil pemeriksaan Satuan Pemeriksaan Internal yang tidak ditindaklanjuti direktur utama rumah sakit;
4. rangkap jabatan personil Satuan Pemeriksaan Internal yang membuat implementasi tugas dan fungsi Satuan Pemeriksaan Internal tidak maksimal;

5. level jabatan Sumber Daya Manusia Satuan Pemeriksaan Internal yang tidak sama; dan
6. personil Satuan Pemeriksaan Internal yang kurang kompeten sehingga mempengaruhi kapabilitas secara keseluruhan.

Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan perlu menetapkan Pedoman Penyelenggaran Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan agar rumah sakit dapat mewujudkan Transformasi Pilar ke-2 (dua) dari 6 (enam) Pilar Transformasi Dibidang Kesehatan.

B. Tujuan

Tujuan disusunnya Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan adalah untuk:

1. menjadi panduan bagi Kementerian Kesehatan dan rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan dalam penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit;
2. memastikan rumah sakit menyelenggarakan sistem pengendalian intern yang berjalan secara efektif; dan
3. menjadi acuan bagi Satuan Pemeriksaan Internal dalam pelaksanaan tugas, fungsi, dan kewenangannya.

C. Sasaran

Sasaran dari Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan adalah:

1. Kementerian Kesehatan;
2. Dewan Pengawas;
3. Direktur Utama dan Direktur Rumah Sakit;
4. Satuan Pemeriksaan Internal; dan
5. Pegawai Aparatur Sipil Negara Rumah Sakit.

D. Ruang lingkup

Ruang lingkup Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan meliputi Organisasi, Tata Kerja dan Manajemen Sumber Daya Manusia Satuan Pemeriksaan Internal.

BAB II
ORGANISASI DAN TATA KERJA SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

A. Struktur Organisasi Satuan Pemeriksaan Internal

Struktur Organisasi Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit terdiri atas Kepala, Penanggung Jawab Pengawasan, dan Anggota. Kepala Satuan Pemeriksaan Internal bertanggung jawab kepada direktur utama rumah sakit. Pengangkatan dan pemberhentian Penanggung Jawab Pengawasan Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan ditetapkan oleh Direktur Utama sesuai dengan kompleksitas pengawasan internal rumah sakit. Penanggung Jawab Pengawasan Satuan Pemeriksaan Internal bertanggung jawab kepada Kepala Satuan Pemeriksaan Internal. Pengangkatan dan pemberhentian Anggota Satuan Pemeriksaan Internal diangkat oleh Direktur Utama. Anggota Satuan Pemeriksaan Internal bertanggung jawab kepada Kepala Satuan Pemeriksaan Internal melalui Penanggung Jawab Pengawasan.

Gambar 2.1
Kedudukan dan Struktur Satuan Pemeriksaan Internal

Penanggung Jawab Pengawasan Satuan Pemeriksaan Internal dapat melakukan pemeriksaan lebih dari 1 (satu) Direktorat rumah sakit sesuai dengan pembagian ruang lingkup kerja yang ada pada rumah sakit. Dalam hal terdapat kompleksnya ruang lingkup kerja yang ada dalam pemeriksaan, Satuan Pemeriksaan Internal dapat mengangkat tenaga administrasi.

B. Kedudukan Satuan Pemeriksaan Internal Dalam Tata Kelola Pengawasan Internal

Satuan Pemeriksaan Internal berfungsi untuk memastikan efektivitas Sistem Pengendalian Intern yang ditetapkan oleh direktur utama rumah sakit. Sebagaimana diketahui bahwa pengendalian intern adalah proses yang integral pada tindakan dan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus oleh pimpinan dan seluruh pegawai untuk memberikan kenyakinan memadai atas tercapainya tujuan organisasi melalui kegiatan yang efektif dan efisien, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan. Kedudukan Satuan Pemeriksaan Internal dalam Sistem Pengendalian Intern tersebut memperhatikan konsep model pertahanan 3 (tiga) Lapis dalam pelaksanaan pengendalian internal rumah sakit. Satuan Pemeriksaan Internal berada pada Lapis III setelah Direktorat (sebagai Lapis I selaku pelaksana pengendalian), dan Komite-Komite (sebagai Lapis II). Pada tingkat Kementerian Kesehatan, Satuan Pemeriksaan Internal berada pada Lapis II karena terdapat di antara rumah sakit (sebagai Lapis I) dan Inspektorat Jenderal (sebagai Lapis III). Pengendalian oleh rumah sakit pada Lapis I bersifat preventif dan detektif, sedangkan pengendalian pada Lapis II dan III bersifat detektif dan korektif.

C. Tugas dan Fungsi Satuan Pemeriksaan Internal

Tugas dari Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit yaitu melaksanakan pengawasan internal di rumah sakit. Untuk memastikan pelaksanaan Sistem Pengendalian Intern, Satuan Pemeriksaan Internal memiliki fungsi:

1. menyusun dan melaksanakan rencana pemeriksaan internal;
2. menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian intern dan sistem manajemen risiko;

3. melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya yang berpotensi menimbulkan resiko terjadinya inefektifitas, dan inefisiensi tata kelola rumah sakit;
4. memberikan saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
5. membuat dan menyampaikan laporan hasil pemeriksaan internal kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas;
6. memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis rumah sakit;
7. melaksanakan pemantauan dan evaluasi Reformasi Birokrasi/Wilayah Bebas dari Korupsi/Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani;
8. memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pemeriksaan internal yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Internal, Aparat Pengawasan Intern Pemerintah, Aparat Pemeriksaan Ekstern Pemerintah, Kantor Akuntan Publik dan Pembina Badan Layanan Umum;
9. melakukan reviu laporan keuangan;
10. melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan;
11. menyusun dan memutakhirkan pedoman kerja serta sistem dan prosedur pelaksanaan tugas Satuan Pemeriksaan Internal;
12. menghadiri pertemuan rutin dengan Dewan Pengawas dan Direktur Utama; dan
13. melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

D. Kewenangan Satuan Pemeriksaan Internal

Satuan Pemeriksaan Internal memiliki kewenangan sebagai berikut:

1. mendapatkan akses terhadap seluruh dokumen, pencatatan, sumber daya manusia, dan fisik yang menjadi aset dari rumah sakit;
2. melakukan komunikasi secara langsung dengan Direktur Utama dan/atau Dewan Pengawas;
3. mengadakan rapat secara berkala dan insidental dengan Direktur Utama dan/atau Dewan Pengawas;
4. melakukan koordinasi dengan Aparat Pengawasan Intern Pemerintah

dan/atau Aparat Pemeriksaan Ekstern Pemerintah; dan

5. mendampingi Aparat Pengawasan Intern Pemerintah dan/atau Aparat Pemeriksaan Ekstern Pemerintah dalam melakukan pengawasan.

E. Uraian Tugas Struktur Organisasi Satuan Pemeriksaan Internal

1. Kepala Satuan Pemeriksaan Internal
   a. menetapkan Program Kerja Tahunan Pengawasan Internal;
   b. memimpin dan atau mengkoordinir seluruh program pengawasan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal;
   c. mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas dan fungsi Satuan Pemeriksaan Internal secara langsung kepada direktur utama rumah sakit;
   d. mengawasi, membina dan memberikan petunjuk bagi Anggota Satuan Pemeriksaan Internal;
   e. menilai kinerja Penanggung Jawab Pengawasan dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal; dan
   f. melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan Direktur Utama sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Penanggung Jawab Pengawasan
   a. menyusun Program Kerja Tahunan Pengawasan Internal sesuai dengan Direktorat yang menjadi objek pemeriksaan;
   b. mengkoordinir pelaksanaan program pengawasan sesuai dengan Direktorat yang menjadi objek pemeriksaan;
   c. membantu Kepala dalam mengawasi, membina dan memberikan petunjuk bagi pelaksanaan tugas Anggota; dan
   d. melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan Kepala.
3. Anggota
   a. melaksanakan tugas pengawasan dalam rangka memberikan *assurance* yang antara lain :
      1) audit;
      2) reviu;
      3) monitoring; dan
      4) evaluasi.
   b. melaksanakan tugas konsultansi meliputi asistensi, bimbingan teknis, sosialisasi dan kegiatan konsultansi lainnya;

c. mendokumentasikan kertas kerja kegiatan pengawasan baik dalam rangka memberikan assurance maupun konsultatif;
d. menyusun laporan hasil pengawasan yang disampaikan kepada Kepala Satuan Pemeriksaan Internal; dan
e. melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

F. Tata Hubungan Kerja

Satuan Pemeriksaan Internal bertujuan untuk memastikan efektivitas Sistem Pengendalian Internal Rumah Sakit. Satuan Pemeriksaan Internal juga berfungsi untuk menilai dan memberikan keyakinan bahwa rumah sakit telah menyelenggarakan manajemen risiko dan pengendalian internal secara memadai. Oleh karena itu, agar pelaksanaan fungsi tersebut dapat berjalan secara baik maka Satuan Pemeriksaan Internal memiliki tata hubungan kerja sebagai berikut:

1. hubungan kerja dengan Direktur Utama

   Satuan Pemeriksaan Internal memiliki hubungan kerja secara langsung dengan Direktur Utama. Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama.

2. hubungan kerja dengan Direktur dan jajarannya

   Satuan Pemeriksaan Internal memiliki hubungan kerja sebagai mitra/*partner* dengan Direktur dan jajarannya. Satuan Pemeriksaan Internal berada di antara Direktur Utama dan Direktur. Satuan Pemeriksaan Internal melakukan pengawasan atas kinerja Direktorat yang dalam pelaksanaan tugasnya merupakan mitra kerja/*partner*.

3. hubungan kerja dengan Dewan Pengawas

   Satuan Pemeriksaan Internal tidak memiliki hubungan kerja secara langsung dengan Dewan Pengawas namun Dewan Pengawas memiliki kewenangan untuk berkomunikasi secara langsung dengan Satuan Pemeriksaan Internal. Di dalam penyampaian laporan hasil pemeriksaan internal yang dikomunikasikan secara langsung oleh Dewan Pengawas, Satuan Pemeriksaan Internal memiliki kewajiban menyampaikan laporan kepada Dewan Pengawas.

4. Hubungan kerja dengan Komite Audit

   Satuan Pemeriksaan Internal memiliki hubungan koordinatif melalui sinkronisasi program kerja tahunan pengawasan intern dengan Komite Audit.

5. Hubungan kerja dengan Inspektorat Jenderal

   Satuan Pemeriksaan Internal memiliki hubungan koordinatif melalui kemitraan yang konstruktif dengan Inspektorat Jenderal. Hubungan koordinatif tersebut dalam bentuk pemberian keyakinan (*assurance*) dan kegiatan konsultansi. Inspektorat Jenderal dapat meminta atau menggunakan hasil audit yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Internal melalui Direktur Utama untuk digunakan sebagai petunjuk dalam pelaksanaan keyakinan (*assurance*).

6. Hubungan kerja Satuan Pemeriksaan Internal dengan Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) selain Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Aparat Pengawas Ekstern Pemerintah dan Kantor Akuntan Publik

   Satuan Pemeriksaan Internal memiliki hubungan kerja secara koordinasi dengan Aparat Pengawasan Intern Pemerintah selain Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Aparat Pengawas Ekstern Pemerintah dan Kantor Akuntan Publik. Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberi kewenangan untuk mendampingi dalam pelaksanaan pengawasan yang dilakukan APIP selain Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Aparat Pengawas Ekstern Pemerintah dan Kantor Akuntan Publik atas persetujuan dari Direktur Utama. Mengingat pentingnya konsep hubungan kerja ini, terdapat 2 (dua) hal yang diatur secara khusus. Kedua hal tersebut antara lain adalah sebagai berikut:

   a. guna menjaga obyektifitas dalam pelaksanaan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal tidak merangkap tugas dan jabatan pada seluruh pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit kecuali pada fungsi kepatuhan dan manajemen risiko rumah sakit.
   b. kejelasan hubungan kerja Satuan Pemeriksaan Internal dengan unit lainnya dijamin dalam suatu Piagam Pengawasan Intern. Piagam tersebut memuat prinsip-prinsip hubungan kerja dan kewenangan untuk menjamin kelancaran pelaksanaan tugas dalam relasi dengan unit kerja lainnya.

G. Piagam Pengawasan Intern (*The Internal Audit Charter*)

Piagam Pengawasan Intern diperlukan dalam sudut pandang profesi. Piagam Pengawasan Intern ini merupakan dokumen resmi yang mendefinisikan tujuan, kewenangan dan tanggung jawab pengawasan intern. Piagam Pengawasan Intern menetapkan posisi pengawasan intern dalam organisasi termasuk sifat hubungan pelaporan fungsional Pimpinan Aparat Pengawasan Intern Pemerintah kepada Pimpinan K/L/D; memberikan kewenangan untuk mengakses catatan, personil, dan properti fisik yang berkaitan dengan pelaksanaan penugasan; dan mendefinisikan ruang lingkup aktivitas pengawasan intern. Piagam Pengawasan Intern di Rumah Sakit ditandatangani oleh direktur utama rumah sakit dan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal serta mendapatkan persetujuan Dewan Pengawas atau Pejabat Pengawas. Piagam Pengawasan Intern ditinjau secara berkala dan dapat dimutakhirkan sesuai kebutuhan. Piagam Pengawasan Intern di rumah sakit paling sedikit memuat unsur-unsur sebagai berikut:

1. struktur dan kedudukan Satuan Pemeriksaan Internal;
2. tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksaan Internal;
3. wewenang Satuan Pemeriksaan Internal;
4. Kode Etik Satuan Pemeriksaan Internal yang mengacu pada Kode Etik yang ditetapkan oleh Asosiasi Pengawasan Intern yang ada di Indonesia atau Kode Etik Pengawasan Intern yang lazim berlaku secara internasional;
5. persyaratan auditor di Satuan Pemeriksaan Internal;
6. pertanggung-jawaban Satuan Pemeriksaan Internal; dan
7. larangan merangkap tugas dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit kecuali pada fungsi kepatuhan dan manajemen risiko.

Bentuk Piagam Pengawasan Intern sebagaimana dimaksud disusun sebagai berikut:

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

ALAMAT RUMAH SAKIT

LOGO RUMAH SAKIT

PIAGAM PENGAWASAN INTERN (*INTERNAL AUDIT CHARTER*)
RUMAH SAKIT xxx

1. Piagam Pengawasan Intern ini merupakan penegasan komitmen dari Direktur Utama dan Dewan Pengawas terhadap arti penting fungsi pengawasan intern di lingkungan RS xxx.
2. Pengawasan Intern adalah seluruh proses kegiatan audit, reviu, evaluasi, pemantauan, dan kegiatan pengawasan lain terhadap penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi dalam rangka memberikan keyakinan yang memadai bahwa kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan tolok ukur yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien untuk kepentingan Direktur Utama dalam mewujudkan tata kepemerintahan yang baik.
3. Satuan Pemeriksaan Internal adalah unit kerja yang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama dengan tugas melaksanakan pengawasan internal dan memastikan efektifitas sistem pengendalian intern di lingkungan RS xxx.
4. Satuan Pemeriksaan Internal memiliki kewenangan untuk mengakses informasi (termasuk data digital), personil dan aset yang berkaitan dengan pelaksanaan penugasan; tidak terbatas hanya pada unit kerja di lingkungan RS xxx, namun termasuk pihak-pihak yang bekerjasama dengan dan/atau mendapatkan pendanaan dari Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit xxx yang bersumber dari dana rupiah murni, hibah, Badan Layanan Umum dan lainnya).
5. Satuan Pemeriksaan Internal dalam pelaksanaan tugasnya harus independen, obyektif dan profesional serta mengacu pada Kode Etik Auditor Intern Pemerintah Indonesia.
6. Pimpinan dan seluruh aparatur Rumah Sakit xxx harus berkomitmen mendukung pelaksanaan tugas pengawasan intern oleh Satuan Pemeriksaan Internal dan menciptakan serta memelihara lingkungan pengendalian yang baik.
7. Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari Auditor Intern dan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal yang memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
8. Satuan Pemeriksaan Internal dilarang merangkap tugas dan jabatan dari pelaksanaan kegiatan operasional Badan Layanan Umum, kecuali tugas dan jabatan pada fungsi kepatuhan dan fungsi manajemen risiko.
9. Piagam Pengawasan Intern ini akan ditinjau secara berkala dan akan dilakukan pemutakhiran apabila terdapat perubahan peraturan perundangan yang berlaku dan/atau perubahan lingkungan strategis.

(tanggal), (bulan) 2023

Direktur Utama,

Nama
NIP

Kepala Satuan Pemeriksaan Internal

Nama
NIP

Menyetujui,
Ketua Dewan Pengawas

Nama
NIP

Gambar 2.2

Piagam Pengawasan Intern (*Internal Audit Charter*)

H. Standar Pemeriksaan Internal

Standar Pemeriksaan Internal yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Internal mengacu pada Standar Audit Auditor Intern Pemerintah Indonesia (SA-AIPI) yang diterbitkan oleh Asosiasi Auditor Internal Pemerintah Indonesia (AAIPI). Standar Pemeriksaan Internal ini merupakan kriteria atau ukuran mutu minimal bagi seluruh Satuan Pemeriksaan Internal dalam melaksanakan seluruh kegiatan pemeriksaan internal di rumah sakit. Standar Pemeriksaan Internal mencakup serangkaian prinsip dan persyaratan wajib (*mandatory*) yang terdiri dari persyaratan dasar praktik profesional pemeriksaan internal dan pedoman evaluasi efektivitas kinerja pada tingkatan organisasi dan individual, interpretasi, dan implementasi.

Pada dasarnya, terdapat 2 (dua) bagian utama di dalam Standar Audit Auditor Intern Pemerintah Indonesia (SA-AIPI) yang dijadikan acuan dalam Standar Pemeriksaan Internal. 2 (dua) bagian utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Standar Atribut

   Standar Atribut mengatur mengenai karakteristik umum yang meliputi: tanggung jawab, sikap, dan tindakan dari penugasan audit internal, organisasi dan pihak-pihak yang melakukan kegiatan audit internal. Standar Atribut berlaku umum untuk semua penugasan audit internal di rumah sakit. Standar Atribut ini terbagi menjadi 2 (dua) bagian, yaitu Prinsip-Prinsip Dasar dan Standar Umum.

2. Standar Kinerja

   Standar kinerja menggambarkan sifat khusus kegiatan audit internal dan menyediakan kriteria untuk menilai kinerja audit internal di rumah sakit. Lingkup kegiatan yang diatur dalam standar pelaksanaan ini meliputi kegiatan pemberian jaminan kualitas (*quality assurance activities*) dan pemberian jasa konsultansi (*consulting activities*).

I. Program Kerja Tahunan Pemeriksaan Internal

Program Kerja Tahunan Pemeriksaan Internal (PKTPI) mengacu pada Program Kerja Tahunan yang ada dalam Pengawasan Intern. PKTPI memuat kegiatan pemeriksaan *mandatory, non mandatory* dan pengembangan Sumber Daya Manusia pada Satuan Pemeriksaan

Internal. PKTPI ini adalah berbasis resiko sehingga dalam penyusunannya terdapat beberapa tahap yang harus dilakukan antara lain:

1. mempelajari rencana strategis dan laporan kinerja rumah sakit;
2. mempelajari profil risiko rumah sakit;
3. menetapkan peringkat unit kerja rumah sakit berdasarkan tingkat risiko;
4. menentukan *auditable* unit;
5. menentukan tujuan, ruang lingkup dan jenis pengawasan yang akan dilakukan;
6. penetapan jumlah hari, tenaga dan anggaran yang tersedia untuk pemeriksaan;
7. penetapan jadwal pemeriksaan;
8. menerbitkan program kerja tahunan pemeriksaan internal dan kalender pemeriksaan; dan
9. sosialisasi program kerja tahunan pemeriksaan internal yang telah disusun ke seluruh unit kerja.

Penugasan pemeriksaan *mandatory* merupakan pemeriksaan yang dilakukan sesuai program yang telah ditetapkan. Pemeriksan *non mandatory* ditetapkan berdasarkan nilai atas jumlah resiko tinggi dan sangat tinggi ditambah nilai faktor penimbang (*custome measure)* yang dipilih dengan penetapan prioritas berdasarkan jumlah terbesar perhitungan tersebut mengacu pada kertas kerja terlampir. Penentuan skor untuk penilaian risiko dan faktor penimbang ditetapkan sebagai berikut:

1. Penerapan jumlah resiko tinggi dan sangat tinggi:
    a. jumlah risiko tinggi dan sangat tinggi > 5 (Nilai 4).
    b. jumlah risiko tinggi dan sangat tinggi 4 - 5 (Nilai 3).
    c. jumlah risiko tinggi dan sangat tinggi 2-3 (Nilai 2).
    d. jumlah risiko tinggi dan sangat tinggi 1 (Nilai 1).
    e. tidak ada risiko tinggi dan sangat tinggi (Nilai 0).
2. Keterkaitan dengan Transformasi Kesehatan (TK)
    a. memiliki keterkaitan lebih dari 1 pilar Transformasi Kesehatan (Nilai 2).
    b. memiliki keterkaitan 1 pilar Transformasi Kesehatan (Nilai 1).
    c. tidak memiliki keterkaitan pada pilar Transformasi Kesehatan (Nilai 0).

3. Keterkaitan dengan sasaran dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB)
   a. jika sasaran unit *inline* dengan sasaran rumah sakit dalam Rencana Strategi Bisnis (Nilai 1).
   b. jika sasaran unit tidak *inline* dengan sasaran rumah sakit dalam Rencana Strategi Bisnis (Nilai 0).
4. Keterkaitan dengan *Key Performance Indicator* (KPI)
   a. jika indikator kinerja unit berkaitan langsung dengan *Key Performance Indicator* rumah sakit (Nilai 1).
   b. jika indikator kinerja unit tidak berkaitan langsung dengan *Key Performance Indicator* rumah sakit (Nilai 0).
5. Perhatian Dewan Pengawas
   a. jika indikator kinerja dari unit kerja menjadi perhatian Dewan Pengawas (Nilai 1).
   b. jika indikator kinerja dari unit kerja belum menjadi perhatian Dewan Pengawas (Nilai 0).
6. Capaian Kinerja
   a. kinerja tercapai 100% atau lebih (Nilai 0).
   b. kinerja tercapai 90 – 99 % (Nilai 1).
   c. kinerja tercapai 80 – 89 % (Nilai 2).
   d. kinerja tercapai < 80 % (Nilai 3).

Rencana PKTPI yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Internal paling sedikit memuat hal-hal sebagai berikut:

1. informasi dan latar belakang mengenai objek pemeriksaan, termasuk pelaksanaan tindak lanjut hasil pemeriksaan yang disarankan sebelumnya dan dampak dari tindak lanjut dimaksud;
2. ruang lingkup atau cakupan kerja pemeriksaan;
3. objek pemeriksaan;
4. teknik pemeriksaan yang akan digunakan;
5. alokasi sumber daya; dan
6. jadwal.

Untuk penentuan *Auditable* Unit Pengawasan Intern Berdasarkan Risiko Dan *Custome Measure* menggunakan tabel sebagai berikut:

DIREKTORAT	BAGIAN	PRIORITAS RISIKO & CUSTOME MEASURE							JUMLAH
		Jumlah risiko Tinggi & Ekstrim	Keterkaitan dengan Transformasi kesehatan	Keterkaitan dengan Sasaran dalam RSB	Keterkaitan dengan KPI	Perhatian Dewas	Capaian Kinerja	Terakhir Audit	
1	2	3		4	5	6	9	10	11
Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang	Substansi pelayanan medik								0
	Substansi Pelayanan Keperawatan								0
	Substansi Pelayanan Penunjang								0
	Instalasi Bedah								0
	Instalasi Rawat Jalan								0
	Instalasi Farmasi								0
	Instalasi Rekam Medik								0
	Instalasi Gizi								0
									0
									0
									0
									0
									0
									0

Tabel 2.1

Tabel penentuan *Auditable* Unit Pengawasan Intern Berdasarkan Risiko Dan *Custome Measure*

Untuk penentuan Kriteria Risiko Dan *Custome Measure* menggunakan tabel sebagai berikut:

NO	VARIABEL	KRITERIA	NILAI
1	Jumlah risiko tinggi & sangat tinggi	Jumlah risiko tinggi & sangat tinggi > 5	4
		Jumlah risiko tinggi & sangat tinggi 4 - 5	3
		Jumlah risiko tinggi & sangat tinggi 2 - 3	2
		Jumlah risiko tinggi & sangat tinggi 1	1
		Tidak ada risiko tinggi & sangat tinggi	0
2	Keterkaitan dengan Transformasi Kesehatan (TK)	Memiliki keterkaitan lebih dari 1 pilar TK	2
		Memiliki keterkaitan 1 pilar TK	1
		Tidak memiliki keterkaitan dengan pilar TK	0
3	Keterkaitan dengan Sasaran dalam RSB	Jika Sasaran unit inline dengan sasaran RS dlm RSB	1
		Jika Sasaran unit tidak inline dengan sasaran RS dlm RSB	0
4	Keterkaitan dengan KPI	Jika Indikator kinerja unit berkaitan langsung dengan KPI RS	1
		Jika Indikator kinerja unit tidak berkaitan langsung dengan KPI RS	0
5	Perhatian Dewas	Menjadi perhatian dewas	1
		Tidak menjadi perhatian dewas	0
6	Capaian Kinerja	Kinerja tercapai 100% atau lebih	0
		Kinerja tercapai 90 - 99	1
		Kinerja tercapai 80 - 89	2
		Kinerja tercapai < 80%	3
7	Terakhir Audit	Dilakukan audit dalam 1 tahun terakhir	0
		Dilakukan audit dalam 2 tahun terakhir	1
		Dilakukan audit dalam 3 tahun terakhir	2
		> 3 tahun tidak dilakukan audit	3

Tabel 2.2

Tabel Kriteria Risiko Dan *Custome Measure*

Untuk Penjadwalan Pengawasan Tahunan menggunakan tabel sebagai berikut:

NO	OBYEK PEMERIKSAAN	TUJUAN PEMERIKSAAN	RUANG LINGKUP PEMERIKSAAN	TEKNIK PENGAWASAN	TIM PELAKSANA	WAKTU PELAKSANAAN TAHUN 2023											
						JANUARI				FEBRUARI				MARET			
						M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4	M 1	M 2	M 3	M 4
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	

Tabel 2.3

Tabel Penjadwalan Pengawasan Tahunan

J. Strategi Pemeriksaan Internal

1. Lingkup Pemeriksaan Internal

Lingkup Pemeriksaan internal yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit dikelompokkan sebagai berikut:

a. Pemberian Keyakinan (*Assurance*)

Penugasan pemberian keyakinan (*assurance*) yaitu pengujian objektif terhadap bukti dengan maksud untuk memberikan penilaian yang *independen* atas proses tata kelola, manajemen risiko, dan kegiatan pengendalian meliputi:

1) audit;
2) reviu;
3) evaluasi; dan
4) pemantauan.

b. Konsultansi (*Consulting*)

Penugasan konsultansi (*consulting*) yaitu kegiatan pemberian saran dan jasa lain yang dibutuhkan klien, yang sifat dan ruang lingkup penugasannya telah disepakati, ditujukan untuk menambah nilai dan meningkatkan proses tata kelola organisasi, manajemen risiko, dan kegiatan pengendalian, tanpa adanya pengalihan tanggung jawab kepada auditor intern meliputi:

1) bimbingan teknis;
2) asistensi; dan
3) sosialisasi.

2. Karakteristik Pemeriksaan Internal

Aktivitas pemeriksaan internal berupa pemberian keyakinan (*assurance*) dan aktivitas pemberian konsultansi (*consulting*) memiliki karakteristik yang berbeda.

a. Pemberian Keyakinan (*Assurance*)

Dalam setiap penugasan pemberian keyakinan (*assurance*) memberikan tingkat keyakinan yang berbeda. Tingkat keyakinan yang diberikan bergantung pada sifat tingkat pengumpulan bukti. Jenis laporan yang diberikan juga berbeda untuk setiap penugasan pemberian keyakinan. Rincian karakteristik jenis penugasan diuraikan sebagai berikut:

Jenis Penugasan	Derajat *Assurance*	Keandalan Bukti	Kedalaman Bukti	Sifat *Assurance*
Audit	Tinggi/ Memadai	Sangat Andal	Sangat Dalam	Positif
Reviu	Sedang/ Terbatas	Andal	Dalam	Negatif
Evaluasi, Pemantauan, dan Pengawasan Lainnya	Cukup	Cukup Andal	Cukup Dalam	Negatif

Sifat *assurance* tercermin dalam bentuk laporan penugasan sebagai berikut:

1) keyakinan positif (*positive assurance*). Keyakinan Positif ini tercermin dalam pernyataan dalam laporan informasi yang diaudit telah sesuai dengan kriteria/ketentuan. Contoh: Dari hasil audit yang telah dilakukan, disimpulkan bahwa pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit xxx telah dilaksanakan dengan efektif dalam mencapai tujuan organisasi".
2) keyakinan negatif (*negative assurance*). Keyakinan Negatif ini tercermin dalam pernyataan dalam laporan bahwa tidak ditemukan adanya penyimpangan/bukti adanya penyimpangan dari kriteria yang digunakan. Contoh: Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan, tidak ditemukan bukti

bahwa pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit xxx dilaksanakan dengan tidak efektif.

Bentuk penugasan pemberian keyakinan (*assurance*) terdiri atas:

1) Audit

Audit merupakan proses identifikasi masalah, analisis, dan evaluasi yang dilakukan secara independen, objektif, dan profesional berdasarkan standar audit untuk menilai kebenaran, kecermatan, kredibilitas, efektivitas, efisiensi, dan keandalan informasi pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit. Audit yang dilaksanakan oleh Satuan Pemeriksaan Internal terbagi menjadi 2 (dua) yaitu audit kinerja dan audit dengan tujuan tertentu. Audit kinerja merupakan audit atas pengelolaan keuangan negara dan pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit yang terdiri atas aspek ekonomis, efisiensi, dan efektivitas serta ketaatan pada peraturan. Audit dengan tujuan tertentu adalah audit yang dilakukan dengan tujuan khusus di luar audit keuangan dan audit kinerja.

2) Reviu

Reviu merupakan penelaahan ulang bukti-bukti suatu kegiatan yang memberikan keyakinan terbatas bahwa kegiatan tersebut telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan, standar, rencana, atau norma yang telah ditetapkan. Jenis kegiatan reviu antara lain reviu atas laporan keuangan, reviu perencanaan anggaran, reviu rencana kebutuhan Barang Milik Negara (BMN), dan sebagainya.

3) Evaluasi

Evaluasi merupakan pendekatan untuk memberikan gambaran atas suatu kebijakan/program yang dapat dilakukan pada pertengahan atau akhir berjalannya suatu program atau kebijakan. Evaluasi dilakukan dengan analisis mendalam dengan membandingkan rencana dan realisasi pencapaian. Jenis kegiatan evaluasi antara lain evaluasi realisasi anggaran, evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, penilaian Pengendalian

Internal Pelaporan Keuangan, penilaian maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi dan sebagainya.

4) Pemantauan

Pemantauan merupakan pendekatan untuk menilai progres/kemajuan atas suatu kebijakan/program yang sedang diimplementasikan. Pemantauan dapat dilakukan secara terus menerus selama kebijakan/program masih berjalan dengan harapan jika ditemukan penyimpangan segera dapat dilakukan perbaikan agar tujuan utama dapat tercapai. Jenis kegiatan pemantauan antara lain pemantauan Pengadaan Barang dan Jasa, pemantauan penegakan hukum disiplin, pemantauan laporan harta kekayaan penyelenggaraan negara dan sebagainya.

Pelaksanaan kegiatan *assurance* membutuhkan pedoman sebagai acuan standar kerja. Pedoman pelaksanaan kegiatan *assurance* disusun oleh masing-masing rumah sakit yang paling sedikit memuat komponen berikut:

No.	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	Cantumkan dasar hukum berupa peraturan perundangan yang memberikan kewenangan kepada Satuan Pemeriksaan Internal untuk melaksanakan kegiatan *assurance*.
2	Dasar Penugasan	Cantumkan dasar penugasan berupa dokumen formal yang diterbitkan Direktur Utama.
3	Prosedur	a. Tahap Perencanaan. b. Tahap Pelaksanaan. c. Tahap Pelaporan. d. Tahap Pemantauan Tindak Lanjut
4	Jangka Waktu	Penugasan Disesuaikan dengan luas ruang lingkup penugasan assurance.
5	Pembiayaan	Berasal dari DIPA RS
6	Output Penugasan	Laporan pelaksanaan dan hasil penugasan assurance.
7	Sarana dan Prasarana	Ruang kerja, alat pengolah data, ATK, dan sebagainya.
8	Kompetensi Pelaksana	Kompetensi dasar yang harus dimiliki auditor dalam melaksanakan penugasan assurance adalah sesuai dengan standar kompetensi jabatan yang diatur dalam

		ketentuan internal atau ketentuan lainnya yang mengatur standar kompetensi pengawasan intern.
9	Pengendalian Internal	Pengendalian mutu pengawasan dilakukan antara lain dengan supervisi dan reviu berjenjang dalam pelaksanaan penugasan
10	Jumlah Pelaksana	Jumlah tim pelaksana disesuaikan dengan jenis dan bobot pekerjaan atau luasnya ruang lingkup penugasan assurance.

Pelaporan Hasil Penugasan *Assurance* adalah bentuk komunikasi hasil pengawasan *assurance* antara lain penyampaian Laporan Hasil Pengawasan (LHP) yang berisi sasaran dan ruang lingkup penugasan audit, pendapat auditor dan/atau simpulan, rekomendasi, rencana aksi, dan kelemahan atas sistem pengendalian intern. Kelemahan sistem pengendalian intern yang tidak signifikan disampaikan kepada objek pengawasan/mitra kerja dalam bentuk surat (*management letter*). Secara umum bentuk laporan hasil pengawasan atau penugasan assurance baik audit, reviu, evaluasi, maupun pemantauan memliki karakteristik yang sama.

3. Pelaporan Hasil Audit

Bentuk komunikasi pada penugasan audit adalah penyampaian laporan sementara dan Laporan Hasil Audit (LHA). Komunikasi audit harus dibuat secara tertulis dalam bentuk laporan (secara tertulis) untuk menghindari kemungkinan salah tafsir atas kesimpulan, fakta, dan rekomendasi auditor. Laporan Hasil Audit disusun segera, yaitu pada kesempatan pertama setelah berakhirnya pelaksanaan audit.

a. Bentuk Laporan Hasil Audit

Bentuk laporan hasil audit bisa berbentuk BAB maupun Surat.

1) Laporan Hasil Audit dalam bentuk BAB digunakan untuk menyampaikan informasi penting dengan jumlah materi yang banyak.
2) Laporan Hasil Audit dalam bentuk surat digunakan untuk menyampaikan hal-hal yang ingin dilaporkan materinya relatif sedikit atau harus disampaikan segera.

b. Isi Laporan Hasil Audit

Laporan Hasil Audit berbentuk BAB maupun surat setidaknya memuat:

1) dasar melakukan audit;
2) identifikasi objek pengawasan/mitra kerja;

3) tujuan/sasaran, lingkup dan metodologi audit;
4) pernyataan bahwa audit dilaksanakan sesuai dengan standar audit;
5) kriteria yang digunakan;
6) hasil audit berupa kesimpulan, temuan audit dan rekomendasi;
7) tanggapan dari pejabat objek pengawasan/mitra kerja yang bertanggung jawab;
8) pernyataan adanya keterbatasan dalam audit serta pihak-pihak yang menerima laporan;
9) pelaporan informasi rahasia apabila ada.

c. Laporan Hasil Audit juga memuat informasi sebagai berikut:

1) Informasi Umum

Pengungkapan informasi umum dimaksudkan agar tersedia informasi penting bagi pembaca laporan mengenai dasar hukum audit, tujuan audit, ruang lingkup audit, hasil pengujian Satuan Pemeriksaan Internal, organisasi dan auditor, tindak lanjut hasil audit yang lalu, kegiatan, program dan atau fungsi yang diaudit dan sifat audit.

2) Temuan dan Rekomendasi

Temuan audit ini diantaranya menyangkut hal-hal berikut:

a) ketidakefisienan;
b) ketidakefektifan;
c) pemborosan/ketidakhematan;
d) pengeluaran yang tidak sepatutnya atau pendapatan/penerimaan yang tidak sebenarnya;
e) ketidaktaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan.

4. Laporan Hasil Reviu

Salah satu bentuk komunikasi hasil audit adalah penyampaian hasil sementara dan pelaporan. Secara umum, komunikasi reviu menginformasikan kegiatan yang telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan, standar, rencana, atau norma yang telah ditetapkan. Rangkaian aktivitas dalam pelaporan reviu metitikberatkan pada pertanggungjawaban pelaksanaan reviu yang pada pokoknya mengungkapkan prosedur reviu yang dilakukan, kesalahan atau kelemahan yang ditemui, langkah perbaikan yang disepakati,

langkah perbaikan yang telah dilakukan dan saran perbaikan yang tidak atau belum dilaksanakan. Laporan tersebut merupakan dasar penyusunan "Pernyataan Telah Direviu".

a. Bentuk Laporan Hasil Reviu

Bentuk Laporan Hasil Reviu berbentuk BAB maupun Surat.

1) Laporan Hasil Reviu dalam bentuk BAB

Penyusunan LHR dalam bentuk BAB digunakan untuk menyampaikan informasi penting dengan jumlah materi yang banyak.

2) Laporan Hasil Reviu dalam bentuk surat

Laporan bentuk surat digunakan untuk menyampaikan hal-hal yang ingin dilaporkan materinya relatif sedikit atau harus disampaikan segera.

b. Isi Laporan Hasil Reviu Laporan dalam bentuk BAB maupun surat setidaknya memuat:

1) ringkasan eksekutif;
2) dasar hukum;
3) tujuan dan ruang lingkup reviu;
4) metodologi reviu;
5) gambaran umum objek reviu;
6) hasil reviu atas kegiatan;
7) hal-hal lain yang perlu diungkapkan;
8) apresiasi;
9) daftar lampiran berupa Catatan Hasil Reviu (CHR) dan Ikhtisar Hasil Reviu (IHR):
    a) Catatan Hasil Reviu (CHR) disusun untuk menyimpulkan adanya pelaksanaan kegiatan maupun penyusunan laporan keuangan yang belum diselenggarakan berdasarkan standar, pedoman maupun peraturan yang berlaku.
    b) Ikhtisar Hasil Reviu (IHR) berisi tabulasi tiap akun yang menggambarkan nilai akun sebelum koreksi, usulan koreksi dan nilai sesudah koreksi.

5. Format Laporan Hasil Reviu

   Format Laporan Hasil Reviu disesuaikan dengan pedoman atau petunjuk teknis pengawasan yang diatur lebih lanjut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6. Laporan Hasil Evaluasi

   a. Bentuk Laporan Hasil Evaluasi

      Komunikasi evaluasi melalui Laporan Hasil Evaluasi (LHE) dibuat dalam bentuk dan isi yang dapat dimengerti oleh objek pengawasan/mitra kerja dan pihak lain yang terkait. Bentuk Laporan Hasil Evaluasi berbentuk BAB maupun Surat.

      1) Laporan Hasil Evaluasi dalam bentuk BAB

         Penyusunan Laporan Hasil Evaluasi berbentuk BAB digunakan untuk menyampaikan informasi penting dengan jumlah materi yang banyak.

      2) Laporan Hasil Evaluasi bentuk surat

         Penyusunan Laporan Hasil Evaluasi berbentuk surat digunakan apabila hal–hal yang ingin dilaporkan materinya relatif sedikit atau harus disampaikan segera.

   b. Isi Laporan Hasil Evaluasi

      Laporan Hasil Evaluasi dalam bentuk BAB maupun surat setidaknya memuat:

      1) dasar melakukan evaluasi.
      2) Identifikasi objek pengawasan/mitra kerja.
      3) tujuan/sasaran, lingkup dan metodologi evaluasi.
      4) pernyataan bahwa evaluasi dilaksanakan sesuai dengan standar evaluasi.
      5) kriteria yang digunakan.
      6) hasil evaluasi berupa simpulan dan saran atau rekomendasi.
      7) tanggapan dari pejabat objek pengawasan/mitra kerja yang bertanggung jawab.
      8) pernyataan adanya keterbatasan dalam evaluasi serta pihak-pihak yang menerima laporan.

c. Laporan Hasil Evaluasi pada umumnya memuat informasi sebagai berikut:

1) Informasi Umum

Pengungkapan informasi umum meliputi informasi mengenai dasar hukum evaluasi, tujuan evaluasi, ruang lingkup evaluasi, organisasi dan personalia, tindak lanjut hasil evaluasi yang lalu, kegiatan, program dan atau fungsi yang dievaluasi dan sifat evaluasi.

2) Hasil Evaluasi dan Saran/Rekomendasi

Hasil evaluasi berisi hal-hal yang menyangkut: Ketidakefisienan; Ketidakefektifan; Pemborosan/Ketidakhematan; dan Ketidaktaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan.

7. Laporan Hasil Pemantauan

a. Bentuk Komunikasi Hasil Pemantauan

Komunikasi pemantauan melalui Laporan Hasil Pemantauan dibuat dalam bentuk dan isi yang dapat dimengerti oleh objek pengawasan dan pihak lain yang terkait. Bentuk Laporan Hasil Evaluasi dapat berbentuk BAB maupun surat.

1) Penyusunan Laporan Hasil Evaluasi dalam bentuk BAB digunakan untuk menyampaikan informasi penting dengan jumlah materi yang banyak.

2) Penyusunan Laporan Hasil Evaluasi dalam bentuk surat digunakan apabila hal–hal yang ingin dilaporkan materinya relatif sedikit atau harus disampaikan segera.

b. Isi Laporan Hasil Pemantauan

Baik bentuk surat maupun BAB, laporan hasil pemantauan setidaknya memuat:

1) dasar melakukan pemantauan.
2) identifikasi objek penugasan/mitra kerja.
3) tujuan/sasaran, lingkup dan metodologi pemantauan.
4) pernyataan bahwa pemantauan dilaksanakan sesuai dengan standar pemantauan.
5) kriteria yang digunakan.
6) hasil pemantauan berupa simpulan dan saran atau rekomendasi.

7) tanggapan dari pejabat objek penugasan/mitra kerja yang bertanggung jawab.
8) pernyataan adanya keterbatasan dalam pemantauan serta pihak-pihak yang menerima laporan.
9) pelaporan informasi rahasia apabila ada.

c. Laporan pada umumnya memuat informasi sebagai berikut:
   1) Informasi Umum
      Pengungkapan informasi umum dimaksudkan agar tersedia informasi penting bagi pembaca laporan mengenai dasar hukum pemantauan, tujuan pemantauan, ruang lingkup pemantauan, organisasi dan personalia, tindak lanjut hasil pemantauan yang lalu, kegiatan, program dan atau fungsi yang dilakukan pemantauan dan sifat pemantauan.
   2) Hasil Pemantauan dan Saran/Rekomendasi
      Bagian atau BAB hasil pemantauan merupakan pesan pokok/penting yang hendak diteruskan auditor kepada pihak pembaca. Hasil pemantauan ini biasanya menyangkut hal-hal berikut:
      a) ketidakefisienan.
      b) ketidakefektifan.
      c) pemborosan/ketidakhematan.
      d) ketidaktaatan terhadap peraturan perundang-undangan.

d. Hasil pemantauan yang dapat diteruskan kepada para pengguna laporan apabila telah memenuhi syarat sebagai berikut:
   1) cukup berarti untuk diteruskan kepada pihak yang berkepentingan; artinya akibat dari hasil pemantauan tersebut cukup material.
   2) berdasarkan fakta dan bukti yang relevan, kompeten, cukup dan material.
   3) dikembangkan secara objektif.
   4) berdasarkan pada kegiatan pemantauan yang memadai guna mendukung setiap simpulan yang diambil.
   5) meyakinkan dalam arti simpulan harus logis dan jelas.

8. Konsultansi (*Consulting*)

Dalam penugasan konsultansi, Satuan Pemeriksaan Internal berperan membantu Direktur Utama, Direktur, dan jajarannya dalam penyelenggaraan rumah sakit. Satuan Pemeriksaan Internal tidak ikut berperan dalam pengambilan keputusan yang menjadi tanggung jawab Direktur dan jajarannya. Dengan demikian, penugasan konsultansi tidak mengalihkan tanggung jawab Direktur dan jajarannya kepada Satuan Pemeriksaan Internal. Tahapan dalam kegiatan konsultansi berbeda dengan kegiatan *assurance* karena lingkup, sifat dan metode kegiatan ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Satuan Pemeriksaan Internal dengan rumah sakit. Kegiatan konsultansi mencakup:

a. Bimbingan Teknis

Bimbingan teknis adalah kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan yang biasanya berupa tuntunan dan nasehat untuk menyelesaikan persoalan/masalah yang bersifat teknis. Contoh kegiatan bimbingan teknis yang penerapan manajemen risiko, bimbingan teknis penyusunan laporan keuangan, bimbingan teknis penyusunan anggaran, dan sebagainya.

b. Asistensi

Asistensi adalah kegiatan membantu klien dalam rangka memperlancar tugas dan memberi nilai tambah bagi klien tersebut. Contoh kegiatan asistensi yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Intrenal antara lain: asistensi penyusunan daftar risiko, dan mitigasi risiko, asistensi penerapan *Good Corporate Governance* (GCG) dan sebagainya.

c. Sosialiasi

Sosialisasi adalah proses pemberian, pengadaptasian, penyesuaian, pengenalan, dan penjabaran informasi. Contoh kegiatan sosialisasi yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Internal antara lain meliputi sosialisasi SPIP, sosialisasi manajemen risiko, sosialisasi WBK/WBBM, sosialisasi SAKIP dan sebagainya.

Pelaksanaan kegiatan *consulting* membutuhkan pedoman sebagai acuan standar kerja. Pedoman pelaksanaan kegiatan *consulting* tersebut disusun oleh masing-masing rumah sakit

yang paling sedikit memuat komponen berikut:

No	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	Cantumkan dasar hukum berupa peraturan perundangan yang memberikan kewenangan kepada Satuan Pemeriksaan Internal untuk melaksanakan kegiatan konsultansi.
2	Dasar Penugasan	Cantumkan dasar penugasan berupa dokumen formal yang diterbitkan Direktur Utama.
3	Prosedur	a. Tahap Perencanaan. b. Tahap Pelaksanaan. c. Tahap Pelaporan dan Tindak Lanjut.
4	Jangka Waktu	Penugasan disesuaikan dengan luas ruang lingkup
5	Pembiayaan	Berasal dari Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Rumah Sakit
6	Output Penugasan	Laporan pelaksanaan dan hasil penugasan konsultansi..
7	Sarana dan Prasarana	Ruang kerja, alat pengolah data, Alat Tulis Kantor (ATK), dan sebagainya.
8	Kompetensi Pelaksana	Kompetensi dasar yang harus dimiliki auditor dalam melaksanakan penugasan konsultansi adalah sesuai dengan standar kompetensi jabatan yang diatur dalam ketentuan internal atau ketentuan lainnya yang mengatur standar kompetensi pemeriksaan internal.
9	Pengendalian Internal	Pengendalian mutu pemeriksaan dilakukan antara lain dengan supervisi dan reviu berjenjang dalam pelaksanaan penugasan
10	Jumlah Pelaksana	Jumlah tim pelaksana disesuaikan dengan jenis dan bobot pekerjaan atau luasnya ruang lingkup penugasan.

Pelaporan Hasil Penugasan Konsultansi (*Consulting*) adalah pelaporan komunikasi akhir yang dapat dilakukan secara formal atau non formal sesuai kesepakatan bersama. Bentuk komunikasi ini harus dibicarakan pada tahap persiapan penugasan terlebih jika pemantauan dan tindak lanjut diperlukan atau disepakati untuk dilanjutkan. Formal atau tidaknya bentuk komunikasi, tergantung kepada kesepakatan antara auditor dengan mitra tentang materi apa yang akan disampaikan. Salah satu bentuk komunikasi hasil penugasan adalah pelaporan.

Pada akhir pelaksanaan kegiatan konsultansi, Satuan Pemeriksaan Internal menyusun laporan akhir kegiatan sebagai perwujudan tanggung jawab atau pelaksanaan tugas yang telah dilakukannya. Laporan Akhir Kegiatan konsultansi disusun dalam bentuk surat, memuat rangkuman kegiatan yang berisi sekurang-kurangnya namun tidak terbatas kepada:

1) uraian singkat pelaksanaan tahapan kegiatan;
2) rencana dan realisasi, baik kegiatan maupun keuangan;
3) kendala yang dihadapi dan pemecahan masalah;
4) usulan penugasan konsultansi berikutnya;
5) hal lain yang perlu disampaikan;
6) lampiran-lampiran yang diperlukan.

Laporan pada umumnya memuat informasi sebagai berikut:

1) Informasi Umum

   Pengungkapan informasi umum dimaksudkan agar tersedia informasi penting bagi pembaca laporan mengenai dasar hukum penugasan, tujuan penugasan, ruang lingkup penugasan, organisasi dan personalia, tindak lanjut hasil penugasan yang lalu (apabila ada), kegiatan, program dan/atau fungsi yang dikonsultansikan dan sifat kegiatan konsultansi.

2) Hasil kegiatan konsultansi dan saran/rekomendasi

   Bagian atau bab hasil kegiatan merupakan pesan pokok/penting yang hendak diteruskan Satuan Pemeriksa Internal kepada rumah sakit. Hasil konsultansi yang dapat diteruskan kepada rumah sakit apabila telah memenuhi syarat sebagai berikut:

   a) cukup berarti untuk diteruskan kepada pihak yang berkepentingan; artinya akibat dari hasil kegiatan tersebut cukup material.
   b) berdasarkan fakta dan bukti yang relevan, kompeten, cukup dan material.
   c) dikembangkan secara objektif.
   d) berdasarkan pada kegiatan penugasan konsultansi yang memadai guna mendukung setiap simpulan yang diambil.
   e) meyakinkan dalam arti simpulan harus logis dan jelas.

9. Tahapan Penugasan Pengawasan

a. Pemberian Keyakinan (*Assurance*)

Secara umum, tahapan penugasan pada pemeriksaan pemberian keyakinan (*assurance*) terdiri dari perencanaan, tahap pelaksanaan, dan komunikasi hasil pemeriksaan.

1) Tahap Perencanaan:
   a) penyusunan Rencana Induk Pemeriksaan.
   b) menetapkan Skala Prioritas *Auditable Units*.
   c) pengembangan Program Kerja Pemeriksaan Tahunan.
   d) perencanaan Penugasan Pemeriksaan:
      (1) penentuan tujuan dan ruang lingkup penugasan.
      (2) memahami bisnis proses klien penugasan, termasuk tujuan dan asersi klien penugasan.
      (3) mengidentifikasi dan menilai risiko klien penugasan.
      (4) mengidentifikasi pengendalian utama.
      (5) mengevaluasi kecukupan rancangan pengendalian.
      (6) menetapkan rencana pengujian.
      (7) menyusun program kerja penugasan.
      (8) mengalokasikan sumber daya penugasan.
2) Tahap Pelaksanaan:
   a) pengumpulan informasi dan bukti.
   b) pengujian Sistem Pengendalian Intern.
   c) analisa dan evaluasi informasi.
   d) pendokumentasian informasi dan bukti.
   e) supervisi penugasan *assurance*.
   f) reviu berjenjang kertas kerja.
   g) pengembangan temuan, perumusan simpulan hasil pemeriksaan *Assurance* dan rekomendasi.
3) Tahap Komunikasi Hasil Penugasan Pengawasan:
   a) penyusunan laporan hasil penugasan, termasuk mengevaluasi hasil observasi dan melaksanakan proses eskalasi, menyampaikan komunikasi/laporan sementara dan laporan akhir.
   b) pendistribusian laporan hasil penugasan, termasuk melaksanakan prosedur monitoring dan tindak lanjut.

b. Konsultansi (*Consulting*)

Kegiatan konsultansi bergantung pada ruang lingkup, sifat dan metode kegiatan ditetapkan berdasar kesepakatan antara Satuan Pemeriksaan Internal dan rumah sakit. Secara umum tahapan pelaksanaan penugasan konsultansi adalah sebagai berikut:

1) Tahap Perencanaan:
   a) menetapkan tujuan dan ruang lingkup penugasan;
   b) mendapatkan persetujuan mengenai tujuan dan ruang lingkup penugasan dari pengguna hasil penugasan;
   c) memahami lingkungan dan proses bisnis yang relevan pada pengguna hasil penugasan;
   d) memahami risiko yang relevan dengan penugasan (apabila diperlukan);
   e) memahami pengendalian yang relevan dengan penugasan (apabila diperlukan);
   f) mengevaluasi rancangan pengendalian yang relevan dengan penugasan (apabila diperlukan);
   g) menentukan pendekatan penugasan;
   h) mengalokasikan sumber daya untuk melaksanakan penugasan; dan
   i) penyusunan Program Kerja.
2) Tahap Pelaksanaan:
   a) memperoleh dan mengevaluasi bukti;
   b) pendokumentasi bukti dan informasi;
   c) supervisi penugasan konsultansi; dan
   d) merumuskan kesimpulan, saran/rekomendasi.
3) Tahap Komunikasi:
   a) penyusunan laporan hasil penugasan, ttermasuk di dalamnya menentukan bentuk dan metode pelaporan dengan pengguna hasil penugasan, membahas rancangan saran/rekomendasi dengan pengguna hasil penugasan, dan menyampaikan komunikasi penugasan interim dan pendahuluan kepada pengguna hasil penugasan.
   b) pendistribusian laporan hasil penugasan, termasuk melaksanakan prosedur monitoring dan tindak lanjut.

10. Program Pengembangan dan Penjaminan Kualitas

a. Pengertian

Program Pengembangan dan Penjaminan Kualitas telah disyaratkan di dalam Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia (SAIPI). Program ini sejalan dengan model peningkatan kapabilitas yang mengharuskan memiliki kerangka kerja peningkatan kualitas pemeriksaan. Program Pengembangan dan Penjaminan Kualitas mencakup penilaian internal dan eksternal. Penilaian internal mencakup pemantauan berkelanjutan atas kinerja kegiatan audit internal dan penilaian secara berkala dengan penilaian sendiri atau penilaian oleh orang lain dalam Satuan Pemeriksaan Internal dengan pengetahuan yang cukup tentang praktik audit internal. Dengan demikian, Program Pengembangan dan Penjaminan Kualitas mengandung makna sebagai berikut:

1) suatu penilaian berkelanjutan dan berkala atas seluruh aspek kegiatan audit dan konsultasi pada pelaksanaan pemeriksaan internal.
2) penilaian tersebut meliputi proses yang tepat dan menyeluruh; supervisi dan pengujian berkelanjutan atas kegiatan audit dan konsultasi; serta adanya validasi secara berkala atas kesesuaian pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal dengan definisi pengawasan internal, kode etik, dan standar audit.
3) penilaian juga mencakup analisis dan pengukuran berkelanjutan atas indikator kinerja, seperti pencapaian program kerja tahunan pemeriksaan internal, rekomendasi yang ditindak-lanjuti, dan tingkat kepuasan pengguna layanan.
4) apabila hasil penilaian menemukan adanya area-area untuk peningkatan dalam kegiatan pemeriksaan internal maka Satuan Pemeriksaan Internal akan melakukan penelaahan dan melaksanakan peningkatan-peningkatan tersebut melalui program pengembangan dan penjaminan kualitas.

b. Tujuan Program Pengembangan dan Penjaminan Kualitas

Program Pengembangan dan Penjaminan Kualitas bertujuan untuk:

1) mendorong kesesuaian kegiatan pemeriksaan internal dengan definisi pengawasan intern dan standar serta penerapan kode etik oleh auditor;
2) meningkatkan efisiensi dan efektivitas kegiatan pemeriksaan internal termasuk pemenuhan harapan pemangku kepentingan; dan
3) mengidentifikasi peluang untuk peningkatan (*opportunities for improvement*).

c. Ruang Lingkup

Program pengembangan dan penjaminan kualitas adalah kualitas dari kegiatan pemeriksaan internal dan pemberian rekomendasi untuk pengembangan, yang mencakup evaluasi atas kesesuaian dengan definisi pengawasan intern, kode etik, dan standar audit. Program pengembangan dan penjaminan kualitas diterapkan pada 3 (tiga) perspektif sebagai berikut:

1) Perspektif Kegiatan Pemeriksaan Intern (level organisasi)

Kepala Satuan Pemeriksaan Internal bertanggung jawab dalam memberikan keyakinan bahwa:

a) kebijakan dan prosedur dalam bentuk pedoman teknis dan administrasi telah ditetapkan sebagai panduan oleh auditor dalam melaksanakan kegiatan pemeriksaan internal sehingga sesuai dengan definisi pengawasan intern, kode etik, dan standar audit;
b) pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal telah sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan;
c) pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal telah memenuhi tujuan, wewenang, dan tanggung jawab yang tercantum pada Piagam Pengawasan Intern;
d) pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal telah sesuai dengan harapan para pemangku kepentingan;
e) pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal telah memberikan nilai tambah dan meningkatkan pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit; dan

f) seluruh sumber daya telah dimanfaatkan secara efisien dan efektif.

2) Penugasan dan Kegiatan Pemeriksaan Internal (Perspektif Ekstern).

Kegiatan penilaian ekstern yang mencakup penilaian atas penugasan pemeriksaan internal dan kegiatan pemeriksaan internal telah dilaksanakan oleh tim yang independen dan memiliki kompetensi yang cukup dalam praktik pemeriksaan internal dan proses penilaian kualitas.

d. Mekanisme Program Pengembangan dan Penjaminan Kualitas

Pengembangan dan penjaminan kualitas dilaksankan secara eksternal melalui telaah sejawat Satuan Pemeriksa Internal pada Rumah Sakit lain. Untuk melakukan telaah sejawat oleh Satuan Pemeriksa Internal lain disesuaikan dengan tipe rumah sakit.

1) Kualifikasi Tim Penelaah

Untuk menjaga kualitas dan objektivitas pelaksanaan kegiatan telaah sejawat ekstern, Tim Penelaah harus memiliki kompetensi atas 2 (dua) area utama, yaitu praktik profesional audit intern (termasuk pemahaman mendalam terkait IPPF) dan proses penilaian ekstern QAIP. Kualifikasi dan kompetensi secara umum yang diperlukan meliputi:

a) objektif dan independen;
b) pengetahuan dan/atau pengalaman dalam pengawasan intern yang ditandai dengan sertifikasi seperti JFA, QIA, dan/atau CIA;
c) pengetahuan dan/atau pengalaman terkait proses QAIP yang ditandai dengan sertifikat bimbingan teknis/workshop/pelatihan terkait kegiatan telaah sejawat ekstern;
d) kemampuan komunikasi dan analisis yang baik; dan
e) pengetahuan yang memadai terkait area kerja yang ditelaah.

2) Metodologi Kegiatan Telaah Sejawat Ekstern

Metodologi yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan Telaah Sejawat Ekstern mencakup beberapa teknik berikut:

a) Survei

Survei digunakan untuk memperoleh informasi umum dari pejabat/pegawai/pihak lain yang terkait, khususnya mengenai penerapan kode etik, efektivitas dan efisiensi kegiatan pengawasan intern, serta pemenuhan harapan pemangku kepentingan dan nilai tambah kegiatan pengawasan intern bagi klien/auditi dan organisasi. Apabila diperlukan, hasil survei akan ditindaklanjuti dengan wawancara untuk mendapatkan informasi yang lebih relevan dan andal.

b) Reviu

Reviu dokumen ini dilakukan untuk memastikan bahwa proses kegiatan pengawasan intern telah sesuai dengan standar, kode etik dan menilai efisiensi dan efektivitas dari kegiatan pengawasan intern antara lain dengan melakukan:

(1) reviu terhadap proses, laporan dan penilaian risiko; dan

(2) reviu terhadap kertas kerja, laporan dan rencana teknologi.

c) Interview/Wawancara

Interview dilakukan untuk memperoleh informasi yang mendalam mengenai hasil survei yang telah dilakukan sebelumnya atau memastikan kondisi sebenarnya dari hasil reviu dokumen yang telah dilakukan oleh Tim Penelaah.

3) Frekuensi Pelaksanaan Kegiatan Telaah Sejawat Ekstern

Komite Telaah Sejawat mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan Telaah Sejawat Ekstern antar Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) setiap tahun. Untuk kepentingan peningkatan berkelanjutan kualitas pengawasan intern Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP), Telaah Sejawat oleh Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) lainnya (penilaian ekstern) dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 5 (lima) tahun. Untuk pelaksanaan Telaah Sejawat antar Satuan Pemeriksaan Internal di level rumah sakit minimal 1 (satu) kali dalam 3

(tiga) tahun yang dikoordinir oleh Ketua Satuan Pemeriksaan Internal.

4) Hasil Penilaian Telaah Sejawat Ekstern

Sesuai dengan ruang lingkup penilaian, Hasil Akhir Telaah Sejawat Ekstern meliputi 2 (dua) jenis hasil penilaian, yang antara lain adalah sebagai berikut:

a) simpulan penilaian tingkat kesesuaian kegiatan pengawasan intern dengan standar, dengan metode kuantitatif menggunakan Kertas Kerja Penilaian. Kertas Kerja Penilaian berisikan daftar pertanyaan untuk mengukur tingkat kesesuaian kegiatan pengawasan intern Satuan Pemeriksaan Internal dengan standar. Berdasarkan pertimbangan profesional penelaah, jawaban atas masing-masing pertanyaan diberikan dan dinilai sesuai dengan bukti-bukti yang diperoleh Tim Penelaah, dibandingkan dengan kriteria penilaian yang ada di masing-masing pertanyaan. Nilai jawaban setiap pertanyaan akan direkapitulasi per kategori standar dan secara keseluruhan. Simpulan untuk masing-masing kategori standar dihitung berdasarkan rata-rata persentase dari tiap pertanyaan. Nilai akhir keseluruhan menunjukkan tingkat kesesuaian kegiatan pengawasan intern dengan standar, yang dikelompokan ke dalam 5 (lima) kategori simpulan, sebagai berikut:

No	Kategori Simpulan	Nilai tingkat kesesuaian	Interpretasi
1	Sangat Baik	90 - 100%	Tata kelola, praktik profesional, dan komunikasi APIP telah dirancang secara memadai dan dijalankan secara efektif sesuai dengan standar audit. APIP telah memiliki struktur, kebijakan, dan prosedur pengawasan intern yang diperlukan secara memadai dan telah dijalankan secara konsisten dalam organisasi dan pelaksanaan pengawasan intern APIP. Simpulan "sangat baik" masih memungkinkan terdapat ruang untuk perbaikan/penyempurnaan yang bersifat minor.

2	Baik	80 - 89,99%	Tata kelola, praktik profesional, dan komunikasi APIP telah dirancang dengan memadai dan sebagian besar telah dijalankan secara efektif sesuai dengan standar audit. APIP memiliki struktur, kebijakan, dan prosedur pengawasan intern yang diperlukan secara memadai dan sebagian besar telah dijalankan secara konsisten dalam organisasi dan pelaksanaan pengawasan intern APIP. Simpulan "baik" memungkinkan terdapat ruang untuk perbaikan/penyempurnaan khususnya dalam hal konsistensi implementasi standar audit di sejumlah kecil area.
3	Cukup	65- 79,99%	Tata kelola, praktik profesional, dan komunikasi APIP telah dirancang dengan cukup memadai dan sebagian telah dijalankan secara efektif sesuai dengan standar audit. APIP memiliki struktur, kebijakan, dan prosedur pengawasan intern yang diperlukan dengan cukup memadai, namun sebagian belum dijalankan secara konsisten dalam organisasi dan pelaksanaan pengawasann intern APIP. Simpulan "Cukup" menggambarkan masih terdapat sejumlah ruang untuk perbaikan/penyempurnaan rancangan struktur, kebijakan, dan prosedur pengawasan intern serta implementasinya di sebagian area. Kekurangan yang ada mungkin sebagian tidak ada dalam kendali APIP, sehingga perlu menjadi concern manajemen yang lebih tinggi atau pimpinan tertinggi organisasi.
4	Kurang	55%-64,99%	APIP telah merancang dan menjalankan tata kelola, praktik profesional, dan komunikasi pengawasan intern sesuai dengan standar audit. Namun demikian, rancangan dan implementasi APIP tersebut masih perlu cukup banyak perbaikan/penyempurnaan. Struktur, kebijakan, dan prosedur pengawasan intern yang ada masih perlu dilengkapi atau disempurnakan agar dapat dijalankan secara konsisten dan seragam dalam organisasi dan dalam pelaksanaan pengawasan intern. Kekurangan yang ada mungkin sebagian tidak ada dalam kendali APIP, sehingga perlu menjadi concern manajemen yang lebih tinggi atau pimpinan tertinggi organisasi.

5	Sangat Kurang	<54,99%	APIP belum merancang dan menjalankan tata kelola, praktik profesional, dan komunikasi pengawasan intern sesuai dengan standar audit. Struktur, kebijakan, dan prosedur pengawasan intern yang ada masih perlu perbaikan yang cukup signifikan agar dapat dijalankan secara konsisten dan seragam dalam organisasi dan dalam pelaksanaan pengawasan intern. Kekurangan yang ada mungkin sebagian tidak ada dalam kendali APIP, sehingga perlu menjadi concern manajemen yang lebih tinggi atau pimpinan tertinggi organisasi

Contoh pernyataan Simpulan Hasil Akhir Telaah Sejawat Ekstern : "Berdasarkan hasil telaah sejawat ekstern, kami berpendapat bahwa tingkat kesesuaian kegiatan pengawasan intern Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) xxx dengan Standar adalah 91% dengan kategori Sangat Baik." Jika simpulan penilaian atas kesesuaian dengan standar adalah Sangat Baik atau Baik, maka selanjutnya, Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) seharusnya mencantumkan pernyataan bahwa kegiatan pengawasan telah dilaksanakan sesuai dengan standar dalam Laporan Hasil Pengawasannya.

b) Pengungkapan area-area yang perlu diperbaiki/ditingkatkan (*area for improvement*) oleh Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) adalah sebagai berikut:

(1) penerapan kode etik auditor;

(2) efisiensi dan efektivitas kegiatan pengawasan intern; serta

(3) tingkat pemenuhan harapan para pemangku kepentingan.

Hasil penilaian atas ketiga hal di atas tidak diakumulasi ke dalam perhitungan penarikan simpulan Telaah Sejawat Ekstern melainkan berupa pengungkapan secara kualitatif berdasarkan hasil survei atau wawancara terhadap pihak-pihak yang berkepentingan.

Simpulan penilaian tingkat kesesuaian kegiatan pengawasan intern dengan standar serta pengungkapan area-area yang perlu diperbaiki/ditingkatkan (*area for improvement*) oleh Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) disajikan dalam Laporan Hasil Telaah Sejawat Ekstern.

11. Penganggaran

Anggaran untuk pelaksanaan kegiatan pemeriksaan internal disesuaikan dengan program kerja pemeriksaan internal tahunan, peningkatan kompetensi dan pemeliharaan kompetensi serta penyediaan sarana prasarana dialokasikan secara eksplisit dalam Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) rumah sakit.

12. Indikator Kinerja Satuan Pemeriksaan Internal

Indikator Kinerja Satuan Pemeriksaan Internal terdiri atas:

No	Indikator	Target	Kategori
1	Persentase Kesesuaian kegiatan assurance	80%	Output
2	Persentase Kesesuaian kegiatan konsultansi	80%	Output

Indikator Kinerja Satuan Pemeriksaan Internal adalah sebagai berikut:

a. Persentase Kegiatan Assurance

1)	Judul Indikator	Persentase Kesesuaian Kegiatan Assurance
2)	Dasar Pemikiran	1. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah 2. Peraturan Kepala Badan Pengawasan Keuangan Dan Pembangunan Nomor : PER-211/K/JF/2010 Tentang Standar Kompetensi Auditor 3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan 4. Permenkes Nomor 84 Tahun 2019 tentang Tata Kelola Pengawasan Intern di Lingkungan Kementerian Kesehatan 5. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum 6. Permenpan RB No 90/2021 tentang Pembangunan dan Evaluasi Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi Dan Wilayah Birokrasi Bersih Dan Melayani Di Instansi Pemerintah 7. Peraturan BPKP Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penilaian Maturitas Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi Pada

		kementerian/lembaga/pemerintah daerah
3)	Dimensi Mutu	☑ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
4)	Tujuan	Mengukur kesesuaian pelaksanaan kegiatan *assurance* dengan rencana program pengawasan tahunan
5)	Definisi Operasional	Penugasan pemberian keyakinan (Assurance) yaitu pengujian objektif terhadap bukti dengan maksud untuk memberikan penilaian yang independen atas proses tata kelola, manajemen risiko, dan kegiatan pengendalian yang terdiri dari kegiatan audit, reviu. Evaluasi dan pemantaua
6)	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Output ☐ Proses ☐ Outcome
7)	Numerator (Pembilang)	Jumlah laporan kegiatan Assurance dari kegiatan audit, reviu, evaluasi dan pemantauan
8)	Denominator (Penyebut)	Jumlah jadwal kegiatan Assurance dalam PKTI
9)	Target Pencapaian	80%
10)	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Seluruh laporan kegiatan *assurance* termasuk penugasan *assurance* yang tidak direncanakan Ekslusi: -
11)	Formula	$\frac{\text{Jumlah laporan kegiatan } assurance}{\text{Jumlah rencana kegiatan } assurance \text{ dalam PKTPI}} \text{ X } 100\ \%$
12)	Sumber Data	1. Laporan Kegiatan Assurance 2. Program Kerja Tahunan Pengawasan Intern (PKTPI)
13)	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Semester
14)	Periode Analisis	Semester
15)	Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
16)	Sampel	Tidak ada
17)	Rencana Analisis	Diagram pie, tabel atau bentuk perbandingan lainnya digunakan untuk menampilkan proporsi ketercapaian
18)	Instrumen Pengambilan Data	Tidak ada

19)	Penanggung Jawab	Kepala Satuan Pemeriksaan Internal

b. Persentase Penugasan Kegiatan Konsultasi

1)	Judul Indikator	Persentase kesesuaian kegiatan konsultansi
2)	Dasar Pemikiran	1. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah 2. Peraturan Kepala Badan Pengawasan Keuangan Dan Pembangunan Nomor : PER-211/K/JF/2010 Tentang Standar Kompetensi Auditor 3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan 4. Permenkes Nomor 84 Tahun 2019 tentang Tata Kelola Pengawasan Intern di Lingkungan Kementerian Kesehatan 5. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum 6. Permenpan RB No 90/2021 tentang Pembangunan dan Evaluasi Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi Dan Wilayah Birokrasi Bersih Dan Melayani Di Instansi Pemerintah 7. Peraturan BPKP Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penilaian Maturitas Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi Pada kementerian/lembaga/pemerintah daerah
3)	Dimensi Mutu	☑ Efisiensi / *Efficient* ☐ Keselamatan / *Safe* ☑ Efektifitas / *Effective* ☐ Adil / *Equitable* ☐ Aksesibilitas/*Accessible* ☐ Berorientasi pada Pasien
4)	Tujuan	Mengukur kesesuaian pelaksanaan kegiatan konsultansi dengan rencana program pengawasan tahunan.
5)	Definisi Operasional	Penugasan konsultansi (Consulting) yaitu kegiatan pemberian saran dan jasa lain yang dibutuhkan klien, yang sifat dan ruang lingkup penugasannya telah disepakati, ditujukan untuk menambah nilai dan meningkatkan proses tata kelola organisasi, manajemen risiko, dan kegiatan

		pengendalian, tanpa adanya pengalihan tanggung jawab kepada auditor intern. Kegiatan konsultansi terdiri dari bimbingan teknis, asistensi dan sosialisasi serta kegiatan konsultansi lainnya
6)	Jenis Indikator	☐ Struktur / Input ☑ Output ☐ Proses ☐ Outcome
7)	Numerator (Pembilang)	Jumlah laporan penugasan kegiatan konsultansi
8)	Denominator (Penyebut)	Jumlah jadwal penugasan kegiatan konsultansi dalam PKTPI
9)	Target Pencapaian	80%
10)	Kriteria: • Inklusi • Eksklusi	Inklusi: Seluruh laporan penugasan kegiatan konsultansi Ekslusi: -
11)	Formula	$\frac{\text{Jumlah laporan penugasan konsultansi}}{\text{Jumlah jadwal penugasan kegiatan konsultansi dalam PKTPI}} \text{ X } 100\%$
12)	Sumber Data	1. Laporan penugasan konsultansi 2. Program Kerja Tahunan Pengawasan Intern (PKTPI)
13)	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Semester
14)	Periode Analisis	Semester
15)	Cara Pengumpulan Data	Retrospektif
16)	Sampel	Tidak ada
17)	Rencana Analisis	Diagram pie, tabel atau bentuk perbandingan lainnya digunakan untuk menampilkan proporsi ketercapaian
18)	Instrumen Pengambilan Data	Tidak ada
19)	Penanggung Jawab	Kepala Satuan Pemeriksaan Internal

BAB III
MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Kesiapan sumber daya manusia pada Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan dalam mengikuti proses transformasi adalah faktor untuk mencapai keberhasilan transformasi kesehatan. Satuan Pemeriksaan Internal sebagai salah satu unsur yang ada di rumah sakit harus memberikan kontribusi sesuai dengan tugas dan fungsinya untuk mensukseskan terwujudnya transformasi kesehatan, khususnya transformasi layanan rujukan. Satuan Pemeriksaan Internal harus tanggap dan mampu beradaptasi dengan perkembangan digitalisasi, khususnya digitalisasi kesehatan di rumah sakit. Oleh karena itu, personil yang ada di Satuan Pemeriksaan Internal harus berkompeten dan mampu menjadi *strategic partner* serta *trusted advisory* dalam mewujudkan tata kelola rumah sakit yang baik. Selain kesiapan sumber daya manusia pada Satuan Pemeriksaan Internal rumah sakit, diperlukan juga standar yang mengatur manajemen sumber daya manusia pada Satuan Pemeriksaan Internal sehingga upaya untuk untuk perwujudan tata kelola yang baik dapat tercipta di rumah sakit.

A. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Satuan Pemeriksaan Internal

Perencanaan kebutuhan sumber daya manusia Satuan Pemeriksaan Internal secara optimal didasarkan pada analisis beban kerja sesuai dengan ruang lingkup dan tipe rumah sakit. Analisis beban kerja Satuan Pemeriksaan Internal merujuk pada Keputusan Kepala Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan yang mengatur tentang Pedoman Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Auditor Di Lingkungan Aparat Pengawasan Internal Pemerintah. Analisis beban kerja Satuan Pemeriksaan Internal juga mempertimbangkan jumlah kegiatan dan hari penugasan yang secara umum dikelompokan menurut tipe rumah sakit sehingga perencanaan kebutuhan sumber daya manusia Satuan Pemeriksaan Internal dapat juga berasal dari tenaga profesional.

Perencanaan kebutuhan Sumber Daya Manusia Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Tipe I
   terdiri atas 2 Auditor Ahli Madya, 4 Auditor Ahli Muda, dan 8 Auditor Ahli Pertama.
2. Tipe II
   terdiri atas 2 Auditor Ahli Madya, 3 Auditor Ahli Muda, dan 6 Auditor Ahli Pertama.
3. Tipe III
   terdiri atas 1 Auditor Ahli Madya, 2 Auditor Ahli Muda, dan 4 Auditor Ahli Pertama.

B. Pengangkatan Dalam Jabatan

1. Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat berasal dari Aparatur Sipil Negara (ASN) atau Tenaga Profesional dengan Persyaratan sebagai berikut:
   a. memiliki integritas dan perilaku yang profesional, independen, jujur, dan objektif dalam pelaksanaan tugasnya;
   b. memiliki nilai kinerja baik dalam 2 (dua) tahun terakhir
   c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman mengenai teknis audit melalui pengangkatan dalam jabatan fungsional auditor dan/atau tersertifikasi sebagai auditor;
   d. memiliki pengetahuan di bidang peraturan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum dan peraturan perundang-undangan terkait lainnya;
   e. memiliki kecakapan untuk berinteraksi dan berkomunikasi baik lisan maupun tertulis secara efektif;
   f. bersedia mematuhi standar profesi dan kode etik yang dikeluarkan oleh asosiasi pengawasan intern;
   g. menjaga kerahasiaan informasi dan/atau data rumah sakit terkait dengan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab Pengawasan Intern kecuali diwajibkan berdasarkan peraturan perundang-undangan atau penetapan/putusan pengadilan;
   h. memahami prinsip tata kelola yang baik dan manajemen risiko; dan
   i. bersedia meningkatkan pengetahuan, keahlian, dan kemampuan profesionalismenya secara terus menerus.

2. Dalam hal Kepala, Penanggung Jawab, dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal yang tidak memiliki sertifikasi auditor maka harus mengikuti pelatihan dan mendapatkan sertifikasi dalam jangka waktu 2 tahun setelah pengangkatan.
3. Untuk rumah sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh direktur utama rumah sakit setelah mendapatkan persetujuan dari Dewan Pengawas. Untuk rumah sakit yang belum menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, pengangkatan Satuan Pemeriksaan Internal dilakukan oleh Direktur Utama.
4. Pengangkatan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal yang berasal dari Aparatur Sipil Negara (ASN), diangkat dalam Jabatan Fungsional Auditor melalui mekanisme pengangkatan pertama, perpindahan dari jabatan lain, dan promosi.
    a. Pengangkatan Aparatur Sipil Negara (ASN) dalam Jabatan Fungsional Auditor melalui pengangkatan pertama harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
    b. Pengangkatan dalam Jabatan Fungsional Auditor melalui perpindahan dari jabatan lain selain harus memenuhi persyaratan yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan mempertimbangkan kebutuhan Jabatan Fungsional yang akan diduduki dengan pangkat dan golongan ruang yang dimiliki Aparatur Sipil Negara (ASN). Pengangkatan tersebut harus juga disertainya bukti mengikuti dan lulus Uji Kompetensi instansi pembina. Pejabat Fungsional dapat berpindah ke Jabatan Fungsional lainnya sesuai dengan kualifikasi, kompetensi, dan syarat Jabatan.
    c. Pengangkatan dalam Jabatan Fungsional melalui promosi harus memenuhi persyaratan dan mempertimbangkan kebutuhan Jabatan Fungsional yang akan diduduki berdasarkan kriteria. Pengangkatan dalam Jabatan Fungsional melalui promosi tersebut harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
        1) mengikuti dan lulus uji kompetensi sesuai standar kompetensi yang telah disusun oleh instansi pembina;

2) memiliki predikat kinerja paling rendah sangat baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
3) memiliki rekam jejak yang baik;
4) tidak sedang menjalani proses hukuman disiplin.
5) tidak pernah dikenakan hukuman karena melakukan pelanggaran kode etik dan profesi dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir; dan
6) tidak pernah dikenakan hukuman disiplin tingkat sedang atau berat dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir.

5. Pengangkatan Kepala, Penanggung Jawab, dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal yang tidak berasal dari Aparatur Sipil Negara (ASN) harus memenuhi persyaratan kompetensi jabatan sebagai auditor Satuan Pemeriksaan Internal yang ditetapkan dalam Surat Keputusan direktur utama rumah sakit.

C. Pemberhentian Dari Jabatan

Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberhentikan apabila:

1. mengundurkan diri dari jabatan;
2. menjalani cuti di luar tanggungan negara;
3. menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan;
4. ditugaskan secara penuh pada jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator, jabatan pengawas, atau jabatan pelaksana;
5. tidak memenuhi persyaratan jabatan;
6. dijatuhi hukuman tingkat berat; dan/atau
7. dijatuhi hukuman disiplin tingkat berat.

Selain diberhentikan dari jabatan pada Satuaan Pemeriksaan Internal rumah sakit, seorang Kepala, Penanggung Jawab, dan Anggota Satuaan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit dapat diberhentikan sebagai auditor apabila terbukti melakukan pelanggaran standar:

a. kode perilaku pegawai yang telah ditetapkan oleh rumah sakit; atau
b. Kode Etik Auditor Intern Pemerintah Indonesia dalam melaksanakan tugas yang ditetapkan oleh Majelis Kehormatan Kode Etik Profesi Auditor.

D. Pengangkatan Kembali

1. Kepala, Penangunggjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal yang diberhentikan karena alasan mengundurkan diri dari jabatan, diberhentikan sementara sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN), menjalani cuti di luar tanggungan negara, menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan, ditugaskan secara penuh pada jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator, jabatan pengawas, atau jabatan pelaksana dapat diangkat kembali sesuai dengan jenjang jabatan terakhir apabila tersedia lowongan kebutuhan rumah sakit.
2. Pengangkatan kembali sebagai Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dilakukan dengan menggunakan Angka Kredit terakhir yang dimiliki dan dapat ditambah dengan Angka Kredit dari penilaian pelaksanaan tugas di bidang Pengawasan Intern selama diberhentikan.
3. Pengangkatan kembali bagi Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal yang diberhentikan karena alasan ditugaskan secara penuh pada jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator, jabatan pengawas, atau jabatan pelaksana dilakukan setelah mendapat rekomendasi secara tertulis dari Instansi Pembina.
4. Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal yang diangkat kembali karena ditugaskan secara penuh pada jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator, jabatan pengawas, atau jabatan pelaksana dapat disesuaikan pada jenjang sesuai dengan pangkat terakhir pada jabatannya paling singkat 1 (satu) tahun setelah diangkat kembali pada jenjang terakhir yang didudukinya, setelah mengikuti dan lulus Uji Kompetensi apabila tersedia lowongan kebutuhan jabatan.
5. Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal yang mengundurkan diri dari jabatan dan tidak memenuhi persyaratan jabatan terlebih dahulu dilaksanakan pemeriksaan dan mendapatkan izin dari Pejabat yang berwenang sebelum ditetapkan pemberhentiannya.
6. Penetapan pemberhentian karena pengunduran diri oleh pejabat pembina kepegawaian dilakukan setelah mendapatkan persetujuan secara tertulis dari Instansi Pembina.
7. Auditor yang mengundurkan diri dari jabatan tidak dapat diangkat kembali dalam Jabatan Fungsional Auditor.

E. Pemindahan ke Dalam Jabatan Lain dan Larangan Rangkap Jabatan

1. Untuk kepentingan organisasi dan pengembangan karier Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat dipindahkan ke dalam jabatan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan persetujuan pejabat pembina kepegawaian.
2. Dalam rangka optimalisasi pelaksanaan tugas dan pencapaian kinerja organisasi, Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dilarang rangkap jabatan dengan jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator, jabatan pengawas, dan jabatan pelaksanaan operasional Badan Layanan Umum kecuali tugas dan jabatan pada fungsi kepatuhan dan fungsi manajemen risiko.

F. Pengembangan Sumber Daya Manusia Satuan Pemeriksaan Internal

Pengembangan Sumber Daya Manusia pada Satuan Pemeriksaan Internal dilakukan cara meningkatkan Standar Kompetensi.

1. Standar Kompetensi Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal adalah deskripsi pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang diperlukan seorang Auditor Satuan Pemeriksaan Internal dalam melaksanakan tugas jabatanya.
2. Standar Kompetensi Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari standar kompetensi manajerial, sosio cultural dan standar kompetensi teknis.
3. Untuk standar kompetensi manajerial dan sosiokultural merujuk pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia yang mengatur tentang Standar Kompetensi Jabatan Aparatur Sipil Negara.
4. Untuk standar kompetensi teknis merujuk pada Peraturan Kepala Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) yang mengatur tentang Standar Kompetensi Auditor. Dalam melaksanakan tugasnya, Kepala, Penanggung Jawab, dan Anggota mempunyai kompetensi untuk melakukan:
    a. Audit kinerja;
    b. Reviu laporan keuangan;
    c. Pemantauan penerapan SPIPT;
    d. Penilaian PIPK;

e. Pengawasan pengadaan barang dan jasa di rumah sakit;
f. Pengawasan pengelolaan keuangan rumah sakit;
g. Reviu atas usulan perencanaan penganggaran;
h. Reviu atas usulan kebutuhan BMN;
i. Pemantauan dan evaluasi SAKIP;
j. Pemantauan dan evaluasi atas kinerja pegawai;
k. Pemantauan LHKPN dan LHKASN;
l. Pemantauan dan evaluasi atas Pelaksanaan reformasi birokrasi dan zona integritas;
m. Reviu atas pelaksanaan manajemen risiko;
n. Pemantauan atas tindak lanjut rekomendasi atas laporan hasil pengawasan; dan
o. Kegiatan konsultasi pengawasan.

5. Untuk meningkatkan kompetensi dan profesionalisme, Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal wajib diikutsertakan dalam pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pelatihan per tahun.
6. Pelatihan yang diberikan bagi Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal disesuaikan dengan hasil analisis kebutuhan pelatihan dan penilaian kinerja.
7. Selain dalam bentuk pelatihan, Kepala, Penanggungjawab dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat mengembangkan kompetensinya melalui program pengembangan kompetensi lainnya.
8. Rumah sakit berkewajiban secara berkelanjutan memberikan dukungan atas pemenuhan standar kompetensi Auditor.

G. Penilaian Kinerja

1. Capaian kinerja Kepala Satuan Pemeriksaan Internal ditetapkan berdasarkan target kinerja dan indikator kinerja yang telah dituangkan dalam kontrak kinerja yang dibuat antara Kepala Satuan Pemeriksaan Internal dengan direktur utama rumah sakit. Capaian kinerja dari Penanggungjawab Pengawasan dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dibuat berdasarkan kontrak kinerja yang disepakati dengan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal
2. Penilaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) Satuan Pemeriksaan Internal diatur sebagai berikut:

a. Kepala Satuan Pemeriksaan Internal dinilai oleh Direktur Utama.
b. Penanggungjawab pemngawasan, Anggota, dan tenaga administrasi (apabila ada) dinilai oleh Kepala Satuan Pemeriksaan Internal.

H. Kode Etik Satuan Pemeriksaan Internal

Kode Etik bermanfaat untuk meningkatkan profesionalisme dan kredibilitas kinerja. Kode Etik memberikan panduan dalam menjaga standar perilaku yang tinggi dalam menjalankan seluruh kegiatan pengawasan karena ketentuan-ketentuan yang terdapat di dalam Kode Etik merupakan sarana untuk menerjemahkan prinsip-prinsip ke dalam penerapan praktis dan dimaksudkan untuk memandu perilaku auditor internal. Kode Etik yang digunakan pada Satuan Pemeriksaan Internal mengedepankan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Integritas
   a. melaksanakan pekerjaannya secara jujur, bersungguh-sungguh dan bertanggung jawab.
   b. mematuhi hukum dan ketentuan peraturan perundang-undangan di Negara Republik Indonesia dan mematuhi aturan internal organisasi yang berlaku sesuai kapasitasnya.
   c. tidak terlibat dalam kegiatan yang ilegal, atau melakukan kegiatan yang dapat mendiskreditkan profesi audit internal.
   d. menghormati dan mendukung tujuan organisasi yang sah dan etis.
2. Objektivitas
   a. tidak berpartisipasi dalam kegiatan atau hubungan apapun yang dapat, atau patut diduga dapat, menghalangi penilaian yang adil, termasuk kegiatan atau hubungan apapun yang mengakibatkan timbulnya pertentangan kepentingan
   b. tidak menerima apapun yang dapat, atau patut diduga dapat, mengganggu pertimbangan profesionalnya
   c. mengungkapkan semua fakta material yang diketahuinya, yang apabila tidak diungkapkan dapat mengganggu tata kelola khususnya prinsip transparansi.

3. Kerahasiaan
   a. berhati-hati dalam menggunakan dan menjaga informasi yang diperoleh selama melaksanakan tugasnya.
   b. tidak menggunakan informasi untuk memperoleh keuntungan pribadi, untuk hal-hal yang bertentangan dengan hukum, dan/atau yang merugikan organisasi dan profesi
4. Kompetensi
   senantiasa meningkatkan keahlian, keefektifan dan kualitasnya secara berkelanjutan
5. Akuntabel
   menyampaikan pertanggung jawaban atau jawaban dan keterangan atas kinerja dan tindakannya secara sendiri atau kolektif kepada pihak yang memiliki hak atau kewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggungjawaban
6. Perilaku Profesional
   a. tidak terlibat dalam segala aktivitas ilegal, atau terlibat dalam tindakan yang menghilangkan kepercayaan kepada profesi pengawasan intern atau organisasi;
   b. tidak mengambil alih peran, tugas, fungsi, dan tanggung jawab manajemen auditan dalam melaksanakan tugas yang bersifat konsultasi.

BAB IV
PENUTUP

Pedoman Penyelenggaran Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan ini memberikan nilai positif dan nilai tambah bagi keberadaan Satuan Pemeriksaan Internal di rumah sakit. Pedoman ini akan menjadi panduan bagi seluruh pemangku kepentingan (*stakeholder*) yang terkait dengan Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan sehingga tercipta keseragaman dalam hal struktur dan tata kelola serta manajemen sumber daya manusia Satuan Pemeriksaan Internal.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

AZHAR JAYA