**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
Jalan. KRT. dr. SoeradjiTirtonegoro Nomor 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
RSST

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK. 02.03/III.3.1/16000 /2021

TENTANG

**PEDOMAN PELAYANAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL**
**RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO ,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka untuk penyelenggaraan pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal agar sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, perlu adanya Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal;

b. bahwa Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/II.1/14448/2019 tentang Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, perlu dilakukan perubahan sesuai dengan perkembangan dalam pelayanan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan pada butir a dan b tersebut, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama tentang Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ;

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Peraturan Pemerintah RI Nomor : 23 Tahun 2005, Tanggal 13 Juli 2005, Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor: 74 Tahun 2012, Tanggal 28 Agustus 2012, Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah RI Nomor : 23 Tahun 2005, Tanggal 13 Juli 2005, Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 89 Tahun 2014 tentang Pedoman Umum Pengawasan di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

7. Peraturan...

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1510);
8. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046);
9. Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia nomor:273/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 tentang Penetapan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten pada Departemen Kesehatan sebagai Instansi Pemerintah yang menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1101/ MENKES/ SK/IX/ 2007 tanggal 26 September 2007 tentang Susunan dan Uraian serta Tata Hubungan Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/I/5650/2018 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI No HK.01.07/MENKES/7/2021 tentang Uraian Tugas dan Fungsi Organisasi dan Tugas Koordinator dan Sub Koordinator Jabatan Fungsional di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
13. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018 tanggal 26 Januari 2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;
14. Persetujuan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor OT.01.01/I/3421/2020 tentang Penataan Organisasi Non Struktural di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN SATUAN PEMERIKSAN INTERNAL RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO.

KESATU : Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Menetapkan sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu, agar dilaksanakan dan digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan.

KETIGA : Dengan diberlakukannya Keputusan ini, maka Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/II.1/14448/2019 tentang Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dinyatakan dicabut dan tidak berlaku lagi.

KEEMPAT...

KEEMPAT : Segala biaya yang berkaitan dengan pelaksanaan keputusan dibebankan pada DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

KELIMA : Keputusan ini berlaku selama 3 (tiga) tahun terhitung mulai tanggal ditetapkan, dengan catatan, apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal 15 September 2021

DIREKTUR UTAMA,

**ENDANG WIDYASWATI**

**LAMPIRAN**
**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA**
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO**
**NOMOR : HK.02.03/III.3.1/ /2021**

**TENTANG**

# PEDOMAN PELAYANAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

# PEDOMAN PELAYANAN
# SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL



RSST

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

**DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN**

**RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN**

**TAHUN 2021**

## KATA PENGANTAR

Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal disusun untuk memenuhi kebutuhan akan acuan pengelolaan, pelaksanaan dan evaluasi yang ada di Satuan Pemeriksaan Internal. Pada pedoman ini dibahas mengenai Standar Ketenagaan, Standar Fasilitas, Tata Laksana Kegiatan Pemeriksaan, dan Pengendalian Mutu.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Pedoman ini masih terdapat banyak kesalahan serta kekurangan. Untuk itu kami mohon maaf dan mohon saran serta masukan kepada semua pihak terkait untuk semakin sempurnanya penyusunan laporan kami selanjutnya.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada semua pihak atas kesediaan memberikan masukan, sumbangsih, waktu, pikiran dan tenaga yang tercurah sehingga pedoman ini dapat diselesaikan. Semoga pedoman ini dapat bermanfaat.

Klaten, September 2021

Tim Penyusun

Satuan Pemeriksaan Internal

## DAFTAR ISI


Halaman Judul ..... i
Surat Keputusan..... ii
Kata Pengantar ..... vi
Daftar Isi ..... vii
Daftar Tabel ..... viii
BAB I. PENDAHULUAN ..... 1
A. Latar Belakang ..... 1
B. Tujuan ..... 1
C. Ruang Lingkup ..... 2
D. Batasan Operasional ..... 2
E. Landasan Hukum ..... 2
BAB II. STANDAR KETENAGAAN ..... 4
BAB III. STANDAR FASILITAS ..... 6
A. Denah Ruang ..... 6
B. Standar Fasilitas ..... 6
BAB IV. TATA LAKSANA KEGIATAN PEMERIKSAAN ..... 8
A. Jenis Pemeriksaan ..... 10
B. Proses Pemeriksaan ..... 10
C. Pelaporan ..... 11
BAB V MONITORING DAN EVALUASI ..... 12
A. Monitoring ..... 12
B. Evaluasi ..... 14
BAB VI KESELAMATAN PASIEN ..... 15
A. Pengertian ..... 15
B. Tujuan ..... 15
C. Standar Keselamatan Pasien ..... 15
D. Istilah dalam Keselamatan Pasien ..... 15
E. Tata Laksana ..... 16
BAB VII KESELAMATAN KERJA ..... 17
A. Tujuan ..... 17
B. Tindakan yang Berisiko ..... 17
C. Prinsip Keselamatan Kerja ..... 17
BAB VIII. PENGENDALIAN MUTU ..... 18
A. Ketepatan Waktu Pelaksanaan Audit Operasional ..... 18
B. Pemantauan Tindak Lanjut atas Rekomendasi Hasil Audit ..... 18
C. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Pemeriksaan Kas ..... 19

D. Terlaksananya Kegiatan Pendampingan Stock Opname ..... 19
BAB VII. PENUTUP ..... 20

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kualifikasi Sumber Daya Manusia di Satuan Pemeriksaan Internal ..... 4

# BAB I
# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai Rumah Sakit PPK-BLU yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Keuangan, Nomor : 273/KMK.05/2007, Tanggal 21 Juni 2007, Tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada Kementerian Kesehatan sebagai Instansi Pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum pada prinsipnya adalah peningkatan efektifitas dan efisiensi serta fleksibilitas pengelolaan dari keuangan.

Satuan Pemeriksaan Internal merupakan Satuan Kerja Fungsional yang bertugas melaksanakan Pemeriksaan Internal rumah sakit dan dibentuk dengan tujuan untuk menjamin penyelenggaraan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) melalui penerapan fungsi-fungsi manajemen rumah sakit yang berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi, kesetaraan dan kewajaran. Setiap rumah sakit wajib memiliki Satuan Pemeriksaan Internal.

Tugas pokok Satuan Pemeriksaan Internal adalah untuk membantu Direktur Utama dalam menyelenggarakan aktivitas pengujian secara independen dan objektif serta aktivitas konsultasi yang dirancang untuk memberikan nilai tambah, dan merekomendasikan upaya perbaikan terhadap operasional organisasi, serta membantu manajemen dengan pendekatan yang sistematis dan disiplin, untuk mengevaluasi dan melakukan perbaikan keefektifan manajemen resiko.

Pada dasarnya, pemeriksaan internal diarahkan untuk membantu seluruh anggota pimpinan, dengan pendekatan yang sistematis dan disiplin, untuk mengevaluasi dan melakukan perbaikan keefektifan manajemen resiko, pengendalian internal dengan proses yang jujur, bersih dan baik agar mereka dapat melaksanakan tugas-tugasnya dalam mencapai tujuan organisasi secara cermat, efisien dan efektif.

## B. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Tercapainya pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sesuai dengan aturan dan perundangan yang berlaku.

### 2. Tujuan Khusus

a. Sebagai acuan bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk menyelenggarakan penyelenggarakan pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal.

b. Sebagai tolok ukur dalam menilai kinerja pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal.

c. Sebagai pedoman dalam upaya pengembangan dan peningkatan kinerja pelayanan Satuan Pemeriksaan Intern.

## C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup kerja SPI rumah sakit adalah kegiatan pemeriksaan pada :

a. Aspek pelayanan medik, keperawatan dan penunjang.
b. Aspek sumber daya manusia, pendidikan dan umum.
c. Aspek perencanaan, keuangan dan BMN.

## D. Batasan Operasional

Pelaksanaan kegiatan SPI rumah sakit terbatas pada :

1. Pemeriksaan/audit dan evaluasi kinerja/operasional penyelenggaraan rumah sakit.
2. Reviu Laporan Keuangan, LAKIP, RKAKL rumah sakit.
3. Pemeriksaan/audit dengan tujuan tertentu.
4. Reviu/*Probity Audit* Pengadaan Barang/Jasa, Perjanjian Kerjasama, dan Remunerasi.
5. Pendampingan SPIP di masing-masing unit kerja.

## E. Landasan Hukum

Dasar yuridis SPI :

1. UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Pemerintah RI Nomor : 23 Tahun 2005, Tanggal 13 Juli 2005, Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor: 74 Tahun 2012, Tanggal 28 Agustus 2012, Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah RI Nomor : 23 Tahun 2005, Tanggal 13 Juli 2005, Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
4. Peraturan Pemerintah RI Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Internal Pemerintah;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 89 Tahun 2014 tentang Pedoman Umum Pengawasan di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
8. Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum;
9. Surat Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 273/KMK.05/2007 tentang Penetapan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada Departemen Kesehatan sebagai Instansi Pemerintah yang menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

10. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1101/MENKES/SK/IX/2007 tanggal 26 September 2007 tentang Susunan dan Uraian serta Tata Hubungan Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/I/5650/2018 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI No HK.01.07/MENKES/7/2021 tentang Uraian Tugas dan Fungsi Organisasi dan Tugas Koordinator dan Sub Koordinator Jabatan Fungsional di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
13. Persetujuan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor OT.01.01/I/3421/2020 tentang Penataan Organisasi Non Struktural di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

## BAB II
## STANDAR KETENAGAAN

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis, tenaga kesehatan non profesi dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan managemen kesehatan. Tujuan dari penyelenggaraan subsistim SDM Kesehatan adalah tersedianya SDM Kesehatan yang kompeten bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Salah satu unit kerja pendukung/penunjang kesehatan adalah Satuan Pemeriksaan Internal. Adapun kualifikasi SDM di Satuan Pemeriksaan Internal dapat dicermati pada tabel sebagai berikut :

**Tabel 1. Kualifikasi Sumber Daya Manusia di Satuan Pemeriksaan Internal**

| NO | TINGKATAN | PENDIDIKAN MINIMAL | | Kualifikasi |
|---|---|---|---|---|
| | | Formal | Non formal | |
| 1 | Kepala SPI | Minimal Sarjana (S1) | - Sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi pemeriksaan internal<br>- Pelatihan Pengadaan Barang dan Jasa<br>- Manajemen risiko | Memiliki pengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal minimal 3 tahun |
| 2 | Sekretaris SPI | Minimal Sarjana (S1) | | Memiliki pengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal minimal 2 tahun |
| 3 | Auditor | Minimal Sarjana (S1) sesuai bidang terkait | - Sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi | |

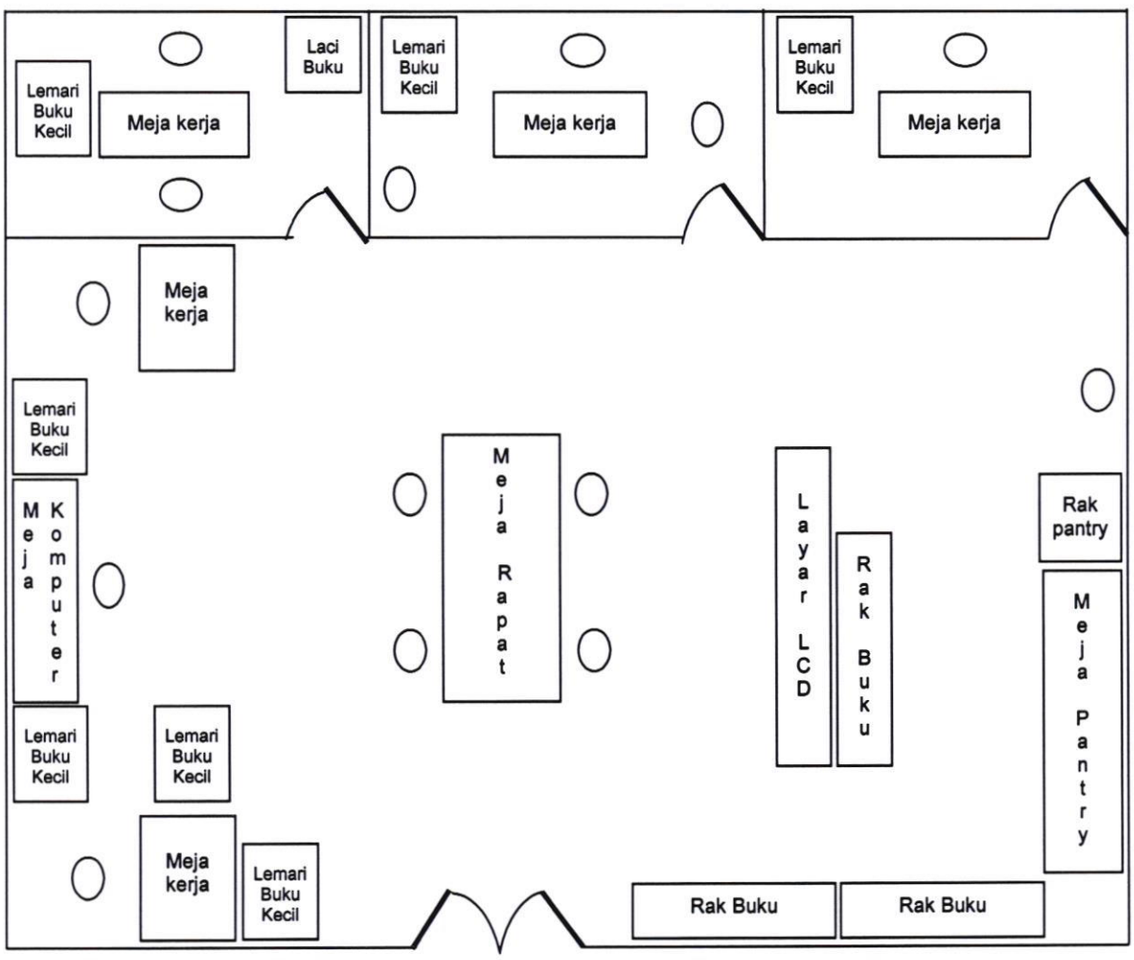
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | pemeriksaan internal<br>- Pelatihan Pengadaan Barang dan Jasa<br>- Manajemen risiko | |

## BAB III
## STANDAR FASILITAS

Sarana adalah fasilitas yang secara langsung berfungsi sebagai penunjang proses penyelenggaraan tugas dan fungsi di bidang pemerintahan kesehatan. Prasarana adalah fasilitas yang secara tidak langsung berfungsi sebagai penunjang proses penyelenggaraan tugas dan fungsi di bidang pemerintahan kesehatan. Sarana dan Prasarana Satuan Pemeriksaan Internal dapat dicermati pada tabel sebagai berikut :

### A. Denah Ruang

Ruang kerja Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten berada di dalam area perkantoran, dekat dengan Ruang Perpustakaan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.




### B. Standar Fasilitas

Fasilitas yang terdapat di ruang kerja Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai berikut :

1. 1 unit desktop komputer (CPU, monitor, keyboard, speaker)
2. 2 unit dekstop all in one (dekstop all in one, keyboard)

3. 3 unit laptop
4. 1 unit LCD projector
5. 1 unit layar LCD
6. 1 unit printer
7. 3 unit lemari / rak buku besar
8. 7 unit lemari buku kecil
9. 1 unit rak buku kecil
10. 5 unit meja kerja
11. 7 unit kursi kerja tanpa roda
12. 7 unit kursi kerja dengan roda
13. 1 unit AC
14. 1 unit jam dinding

## BAB IV
## TATA LAKSANA KEGIATAN PEMERIKSAAN

Satuan Pemeriksaan Internal merupakan unit kerja independen dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Tugas Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten meliputi :

1. Menyusun dan melaksanakan rencana Pengawasan Intern;
2. Menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian internal 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;
4. Memberikan sarana perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
5. Membuat laporan hasil Pengawasan Internal dan menyampaikan laporan tersebut kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas;
6. Memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis rumah sakit;
7. Memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh SPI, aparat pengawasan internal pemerintah, aparat pemeriksaan ekstern pemerintah, dan pembina BLU;
8. Melakukan reviu laporan keuangan;
9. Melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan; dan
10. Melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam melaksanakan tugas Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) memiliki kewenangan sebagai berikut :

1. Mendapatkan akses terhadap seluruh dokumen, pencatatan, sumber daya manusia, dan fisik aset BLU pada seluruh bagian dan unit kerja lainnya;
2. Melakukan komunikasi secara langsung dengan pimpinan BLU dan/atau Dewan Pengawas;
3. Mengadakan rapat secara berkala dan insidentil dengan pimpinan BLU dan/atau Dewan Pengawas;
4. Melakukan koordinasi dengan aparat pengawasan internal pemerintah dan/atau aparat pemeriksaan ekstern pemerintah; dan
5. Mendampingi aparat pengawasan internal pemerintah dan/atau aparat pemeriksaan ekstern pemerintah dalam melakukan pengawasan.

Fungsi Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah sebagai berikut :

1. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
2. Penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
3. Pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Kepala Rumah Sakit;
4. Pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksa internal; dan
5. Pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

Sebelum menjalankan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) terlebih dahulu menyusun rencana program kerja tahunan yang memuat :

1. Informasi dan latar belakang mengenai objek pengawasan, termasuk pelaksanaan tindak lanjut hasil pengawasan yang disarankan sebelumnya dan dampak dari tindak lanjut dimaksud;
2. Ruang lingkup atau cakupan kerja pengawasan;
3. Objek pengawasan;
4. Teknik pengawasan yang akan digunakan;
5. Alokasi sumber daya; dan
6. Jadwal.

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai rumah sakit BLU harus memiliki Piagam Pengawasan/Audit Internal (*Internal Audit Charter*) yang paling sedikit memuat :

1. struktur dan kedudukan SPI;
2. tugas dan tanggung jawab SPI;
3. wewenang SPI;
4. kode etik SPI yang mengacu pada kode etik yang ditetapkan oleh asosiasi pengawasan internalyang ada di Indonesia atau kode etik pengawasan internalyang lazim berlaku secara internasional;
5. persyaratan auditor internal SPI;
6. pertanggungjawaban SPI; dan
7. larangan perangkapan tugas dan jabatan auditor internal SPI dari pelaksanaan kegiatan operasional BLU.

Piagam Pengawasan/Audit Internal (*Internal Audit Charter*) ditandatangani oleh Pemimpin BLU dan Kepala SPI serta mendapatkan persetujuan Dewan Pengawas. Piagam ini secara periodik ditinjau dan dimutakhirkan sesuai kebutuhan.

**A. Jenis Pemeriksaan**

Audit yang dilakukan Satuan Pemeriksaan Internal terdiri atas :

1. Pemeriksaan/Audit Operasional

   Audit Operasional merupakan suatu proses yang sistematis untuk memperoleh dan mengevaluasi kinerja suatu organisasi, program, fungsi, atau aktivitas/kegiatan yang bertujuan untuk memberikan simpulan dan rekomendasi atas pengelolaan organisasi secara ekonomis, efisien dan efektif dengan disertai bukti secara obyektif.
2. Pemeriksaan / Audit dengan tujuan tertentu/khusus

   Audit dengan tujuan tertentu merupakan audit yang bertujuan untuk memberikan simpulan atas suatu hal yang diaudit, meliputi audit investigasi, audit terhadap masalah yang menjadi fokus perhatian pimpinan organisasi dan audit yang bersifat khusus.

Standar Audit yang dilaksanakan oleh Satuan Pemeriksaan Internal terdiri atas :

1. Standar Umum;
2. Standar Pelaksanaan Audit;
3. Standar Pelaporan; dan
4. Standar Pemantauan Tindak Lanjut.

**B. Proses Pemeriksaan**

1. Audit Operasional
   a. Menyusun Program Kerja Pemeriksaan Tahunan (PKPT).
   b. Menyampaikan usulan penugasan.
   c. Menyusun kelengkapan *tool* audit operasional.
2. Pemeriksaan Kas
   a. Membuat kajian untuk menyampaikan narasi rekomendasi.
   b. Menetapkan waktu pelaporan.
   c. Menyusun Kertas Kerja Pemeriksaan Kas.
   d. Menyusun Kertas Kerja Pemeriksaan Kas.
3. Reviu Laporan Keuangan/LAKIP/RKAKL
   a. Menyusun Kertas Kerja Reviu, Ikhtisar Hasil Reviu, dan Catatan Hasil Reviu (terutama untuk LAKIP dan RKAKL), serta Surat Pernyataan Reviu (untuk Laporan Keuangan).
4. Pendampingan *Stock Opname*
   a. Menyusun Kertas Kerja Pendampingan *Stock Opname*.
   b. Menyusun format laporan pendampingan.
   c. Membuat form penugasan pendampingan *Stock Opname*.
5. Reviu/*Probity Audit* Proses Pengadaan Barang dan Jasa.

a. Menentukan kriteria pemantauan proses pengadaan yang dilakukan oleh SPI.
b. Menyusun format laporan pemantauan pengadaan barang jasa.
c. Menyusun format kertas kerja pemantauan pengadaan barang dan jasa.
d. Menetapkan waktu pelaporan.

6. Pemantauan Tindak Lanjut Rekomendasi Audit SPI
   a. Menyusun Kertas Kerja Pemantauan Tindaklanjut rekomendasi audit SPI.
   b. Menyusun format laporan pemantauan tindaklanjut rekomendasi audit SPI.
7. Reviu Naskah Perjanjian Kerja Sama
   a. Menentukan kriteria reviu proses pengadaan yang dilakukan oleh SPI.
   b. Menyusun format laporan reviu pengadaan barang jasa.
   c. Menyusun format kertas kerja reviu pengadaan barang dan jasa.
   d. Menetapkan waktu pelaporan.

**C. Pelaporan**

SPI wajib menyusun :

1. Laporan Hasil Audit/Pemeriksaan
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro setiap selesai melakukan kegiatan audit/pemeriksaan, berupa Laporan Hasil Pemeriksaan.
2. Laporan Pemeriksaan Kas
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro setiap selesai melakukan kegiatan pemeriksaan kas, berupa Laporan Pemeriksaan Kas.
3. Laporan telah dilakukan Reviu (Laporan Keuangan, LAKIP, RKAKL)
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan Inspektorat Jenderal, berupa Surat Pernyataan telah dilakukan Reviu.
4. Laporan Pendampingan *Stock Opname*
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro setiap semester, berupa Laporan Pendampingan *Stock Opname*.
5. Laporan Reviu/*Probity Audit* Proses Pengadaan Barang dan Jasa
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro setiap bulan, berupa Laporan Reviu/*Probity Audit* Proses Pengadaan Barang dan Jasa.
6. Laporan Reviu Naskah Perjanjian Kerjasama
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro setiap bulan, berupa Laporan Reviu Naskah Perjanjian Kerja Sama.
7. Laporan Kinerja SPI
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro setiap bulan dan tahunan.

Penyampaian laporan kepada Dewan Pengawas harus diketahui oleh Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro wajib menindaklanjuti rekomendasi yang diberikan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.

## BAB V
## MONITORING DAN EVALUASI

### A. Monitoring

Monitoring dilakukan untuk memantau performa dan mutu pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal, maka ditetapkan beberapa indikator sebagai berikut :

#### 1. Ketepatan waktu pelaksanaan audit operasional

| JUDUL | **KETEPATAN WAKTU PELAKSANAAN AUDIT OPERASIONAL** |
|---|---|
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Tergambarnya efektivitas kegiatan SPI |
| DEFINISI OPERASIONAL | Ketepatan waktu pelaksanaan Audit Operasional sesuai dengan surat penugasan |
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| PERIODE ANALISIS | 3 (tiga) bulan |
| NUMERATOR | Jumlah kegiatan pelaksanaan audit yang diselesaikan sesuai dengan surat penugasan. |
| DENOMINATOR | Jumlah kegiatan pelaksanaan audit yang harus diselesaikan |
| SUMBER DATA | SPI |
| STANDAR | > 80% |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

#### 2. Pemantauan Tindak Lanjut atas Rekomendasi Hasil Audit

| JUDUL | **PEMANTAUAN TINDAK LANJUT ATAS REKOMENDASI HASIL AUDIT** |
|---|---|
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Memastikan terlaksananya tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit |
| DEFINISI OPERASIONAL | Melakukan pemantauan tindak lanjut atas Rekomendasi hasil audit, setelah disampaikan kepada Direktur Utama dan tembusan kepada unit kerja auditan maksimal sampai dengan 1 bulan |
| FREKUENSI | 1 (satu) bulan |

| | |
|---|---|
| PENGUMPULAN DATA | |
| PERIODE ANALISIS | 1 (satu) bulan |
| NUMERATOR | Jumlah rekomendasi yang sudah dipantau tindak lanjutnya |
| DENOMINATOR | Jumlah rekomendasi atas audit operasional. |
| SUMBER DATA | SPI |
| STANDAR | 100% |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

**3. Ketepatan waktu penyusunan laporan pemeriksaan kas**

| | |
|---|---|
| JUDUL | **KETEPATAN WAKTU PENYUSUNAN LAPORAN PEMERIKSAAN KAS** |
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Tergambarnya efektivitas kegiatan SPI |
| DEFINISI OPERASIONAL | Batas waktu penyusunan laporan pemeriksaan kas adalah penyampaian laporan pemeriksaan kas maksimal 5 hari kerja setelah pemeriksaan kas |
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| PERIODE ANALISIS | 1 (satu) bulan |
| NUMERATOR | Alokasi waktu yang digunakan untuk menyusun laporan pemeriksaan kas |
| DENOMINATOR | Terselesainya penyusunan laporan pemeriksaan kas |
| SUMBER DATA | SPI |
| STANDAR | Tepat waktu (maksimal 5 hari) |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

**4. Terlaksananya kegiatan pendampingan *stock opname***

| | |
|---|---|
| JUDUL | **TERLAKSANANYA KEGIATAN PENDAMPINGAN *STOCK OPNAME*** |
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Tergambarnya efektivitas kegiatan SPI |
| DEFINISI OPERASIONAL | Adalah kegiatan pendampingan *stock opname* yang dilakukan setiap semester oleh SPI untuk memastikan bahwa pelaksanaan *stock opname* telah dilakukan secara baik dan benar. |

| | |
|---|---|
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Dilakukan setiap semester |
| PERIODE ANALISIS | Setiap semester |
| NUMERATOR | Kegiatan pendampingan oleh SPI pada pengelola gudang (Farmasi, Gizi, ATK, perlengkapan rumah tangga) yang dilakukan setiap semester. |
| DENOMINATOR | Kegiatan pendampingan oleh SPI pada pengelola gudang (Farmasi, Gizi, ATK, perlengkapan rumah tangga) yang dilakukan setiap semester. |
| SUMBER DATA | Gudang (Farmasi, Gizi, ATK, perlengkapan rumah tangga) |
| STANDAR | 100% |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

**B. Evaluasi**

Untuk memastikan bahwa seluruh rekomendasi yang diberikan oleh Satuan Pemeriksaan Internal dilaksanakan oleh unit terkait di rumah sakit, maka Satuan Pemeriksaan Internal secara efisien dan efektif melaksanakan pemantauan dan mendorong tindak lanjut rekomendasi hasil audit. Demikian juga bila rekomendasi hasil audit diperoleh dari Aparat Pengawasan InternalPemerintah, Aparat Pemeriksaan Ekstern Pemerintah, dan Pembina BLU.

Satuan Pemeriksaan Internal menyusun laporan hasil pemantauan tindak lanjut rekomendasi dan disampaikan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas, yang paling sedikit memuat :

1. permasalahan yang menjadi temuan dan rekomendasi;
2. target waktu penyelesaian; dan
3. status penyelesaian.

Selain itu, laporan hasil pemantauan tindak lanjut rekomendasi juga disampaikan kepada Aparat Pengawasan InternalPemerintah, Aparat Pemeriksaan Ekstern Pemerintah, dan Pembina BLU.

# BAB VI
# KESELAMATAN PASIEN

## A. Pengertian

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman.

Sistem tersebut meliputi :

1. Assesment risiko;
2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien;
3. Pelaporan dan analisis insiden;
4. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya;
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Sistem ini mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh :

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

## B. Tujuan

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

## C. Standar Keselamatan Pasien

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

## D. Istilah Dalam Keselamatan Pasien

### 1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *Adverse Event* :

Adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan, yang mengakibatkan cidera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil,

dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cidera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

2. **KTD Yang Tidak Dapat Dicegah *Unpreventable Adverse Event* :**
   Suatu KTD yang terjadi akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan mutakhir.
3. **Kejadian Nyaris Cidera (KNC) *Near Miss* :**
   Adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat menciderai pasien, tetapi cidera serius tidak terjadi :
   - Karena "keberuntungan"
   - Karena "pencegahan "
   - Karena "peringanan "
4. **Kesalahan Medis *Medical Errors* :**
   Adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cidera pada pasien
5. **Kejadian Sentinel *Sentinel Event* :**
   Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, seperti operasi pada bagian tubuh yang salah.
   Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cidera yang terjadi seperti amputasi pada kaki yang salah sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

## E. Tata Laksana

1. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien;
2. Melaporkan pada Komite PMKPMR;
3. Mendokumentasikan kejadian tersebut pada formulir "Pelaporan Insiden Keselamatan".

# BAB VII
# KESELAMATAN KERJA

## A. Tujuan

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

## B. Tindakan Yang Beresiko Terpajan

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

## C. Prinsip Keselamatan Kerja

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

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

## BAB VIII
## PENGENDALIAN MUTU

Indikator mutu yang digunakan Satuan Pemeriksaan Internal berupa Standar Pelayanan Minimal yang terdiri dari :

1. **Ketepatan Waktu Pelaksanaan Audit Operasional**

| JUDUL | **KETEPATAN WAKTU PELAKSANAAN AUDIT OPERASIONAL** |
|---|---|
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Tergambarnya efektivitas kegiatan SPI |
| DEFINISI OPERASIONAL | Ketepatan waktu pelaksanaan Audit Operasional sesuai dengan surat penugasan maksimal 18 hari |
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| PERIODE ANALISIS | 3 (tiga) bulan |
| NUMERATOR | Jumlah kegiatan pelaksanaan audit yang diselesaikan sesuai dengan surat penugasan. |
| DENOMINATOR | Jumlah kegiatan pelaksanaan audit yang harus diselesaikan |
| SUMBER DATA | SPI |
| STANDAR | > 80% |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

2. **Pemantauan Tindak Lanjut Atas Rekomendasi Hasil Audit**

| JUDUL | **PEMANTAUAN TINDAK LANJUT ATAS REKOMENDASI HASIL AUDIT** |
|---|---|
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Memastikan terlaksananya tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit |
| DEFINISI OPERASIONAL | Melakukan pemantauan tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit, setelah disampaikan kepada Direktur Utama dan tembusan kepada unit kerja auditan maksimal sampai dengan 1 bulan |
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| PERIODE ANALISIS | 1 (satu) bulan |

| | |
|---|---|
| NUMERATOR | Jumlah rekomendasi yang sudah dipantau tindak lanjutnya |
| DENOMINATOR | Jumlah rekomendasi atas audit operasional. |
| SUMBER DATA | SPI |
| STANDAR | 100% |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

**3. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Pemeriksaan Kas**

| | |
|---|---|
| JUDUL | **KETEPATAN WAKTU PENYUSUNAN LAPORAN PEMERIKSAAN KAS** |
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Tergambarnya efektivitas kegiatan SPI |
| DEFINISI OPERASIONAL | Batas waktu penyusunan laporan pemeriksaan kas adalah penyampaian laporan pemeriksaan kas maksimal 5 hari kerja setelah pemeriksaan kas |
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | 1 (satu) bulan |
| PERIODE ANALISIS | 1 (satu) bulan |
| NUMERATOR | Alokasi waktu yang digunakan untuk menyusun laporan pemeriksaan kas |
| DENOMINATOR | Terselesainya penyusunan laporan pemeriksaan kas |
| SUMBER DATA | SPI |
| STANDAR | Tepat waktu (maksimal 5 hari) |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

**4. Terlaksananya Kegiatan Pendampingan *Stock Opname***

| | |
|---|---|
| JUDUL | **TERLAKSANANYA KEGIATAN PENDAMPINGAN *STOCK OPNAME*** |
| DIMENSI MUTU | Efektivitas, kesinambungan kegiatan |
| TUJUAN | Tergambarnya efektivitas kegiatan SPI |
| DEFINISI OPERASIONAL | Adalah kegiatan pendampingan *stock opname* yang dilakukan setiap semester oleh SPI untuk memastikan bahwa pelaksanaan *stock opname* telah dilakukan secara baik dan benar. |
| FREKUENSI PENGUMPULAN DATA | Dilakukan setiap semester |
| PERIODE ANALISIS | Setiap semester |

| | |
|---|---|
| NUMERATOR | Kegiatan pendampingan oleh SPI pada pengelola gudang (Farmasi, Gizi, ATK, perlengkapan rumah tangga) yang dilakukan setiap semester. |
| DENOMINATOR | Kegiatan pendampingan oleh SPI pada pengelola gudang (Farmasi, Gizi, ATK, perlengkapan rumah tangga) yang dilakukan setiap semester. |
| SUMBER DATA | Gudang (Farmasi, Gizi, ATK, perlengkapan rumah tangga) |
| STANDAR | 100% |
| PENANGGUNG JAWAB | Kepala SPI |

# BAB IX
# PENUTUP

Dengan telah diselesaikannya Pedoman Pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal diharapkan akan menjadi pedoman kerja dalam beraktivitas dan melaksanakan Tugas Pokok dan Fungsinya dan menjalin kerjasama lintas terkait di lingkungan kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.