PEDOMAN PENGORGANISASIAN
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL



RSST

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

TAHUN 2021

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/ 16001 /2021
16001

TENTANG

PEDOMAN PENGORGANISASIAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO ,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan tata kelola di Satuan Pemeriksaan Internal yang baik *(Good Corporate Govemance)* melalui penerapan fungsi-fungsi manajemen rumah sakit (perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian) yang berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi, kesetaraan dan kewajaran, maka perlu adamya Pedoman Pengorganisasian Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

b. bahwa Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/II.1/13818/2019 tentang Pedoman Pengorganisasian Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, perlu dilakukan perubahan sesuai dengan perkembangan dalam penyelenggaraan tata kelola di Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonnegoro;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan pada butir a dan b tersebut, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama tentang Pedoman Pengorganisasian 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...

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 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 PENGORGANISASIAN SATUAN PEMERIKSAN INTERNAL RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO.

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

KEDUA...

KEDUA : Pedoman Pengorganisasian 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.1/13818/2019 tentang Pedoman Pengorganisasian Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dinyatakan dicabut dan tidak berlaku lagi.

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.3.1/1600 /2021

TENTANG

PEDOMAN PENGORGANISASIAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

KATA PENGANTAR

Pedoman Pengorganisasian Satuan Pemeriksaan Internal disusun untuk memenuhi kebutuhan akan acuan pengelolaan, pelaksanaan dan evaluasi yang ada di Satuan Pemeriksaan Internal. Pada pedoman ini dibahas mengenai Gambaran Rumah sakit, Visi Misi, Struktur Organisasi, Uraian Jabatan, Tata Hubungan Kerja, Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil, Penilaian Kinerja, Kegiatan Orientasi, Pertemuan/Rapat, dan Pelaporan.

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
BAB II. GAMBARAN RUMAH SAKIT 2
BAB III. VISI, MISI, KEYAKINAN DASAR, TATA NILAI, BUDAYA KERJA DAN MOTTO RUMAH SAKIT 6
A. Visi 6
B. Misi 6
C. Tujuan 6
D. Keyakinan Dasar 6
E. Nilai-Nilai Dasar 7
F. Budaya Kerja 7
G. Motto 7
BAB IV. STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO 8
BAB V. VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN SPI 9
Visi 9
Misi 9
Keyakinan Dasar 9
Nilai- Nilai Dasar 9
Tujuan SPI 9
BAB VI. STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA SPI 10
BAB VII. URAIAN JABATAN 11
A. URAIAN TUGAS 11
1. Kepala SPI 11
2. Pengadministrasi Umum 14
3. Auditor 15
BAB VIII. TATA HUBUNGAN KERJA 16
BAB IX. POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL 18
A. Pola Ketenagaan dan Kualifikasi SDM Satuan Pemeriksaan Internal 18
B. Dasar Penghitungan Ketenagaan Satuan Pemeriksaan Internal 19
BAB X. PENILAIAN KINERJA SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL 21
1. Ketepatan Waktu Pelaksanaan Audit Operasional 21
2. Pemantauan Tindak Lanjut atas Rekomendasi Hasil Audit 21

3. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Pemeriksaan Kas 22
4. Terlaksananya Kegiatan Pendampingan Stock Opname 22
BAB XI. KEGIATAN ORIENTASI 24
BAB XII. PERTEMUAN/RAPAT 25
BAB XIII. PELAPORAN 26

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ketenagaan SPI 18
Tabel 2. Pola Ketenagaan dan Kualifikasi SDM Satuan Pemeriksaan Internal 19
Tabel 3. Kebutuhan SDM 20
Tabel 4. Perbandingan Kebutuhan Berdasarkan Perhitungan Analisa Beban Kerja 20
Tabel 5. Kegiatan Orientasi Karyawan Baru di Satuan Pemeriksaan Internal..... 24

BAB I
PENDAHULUAN

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai Rumah Sakit PPK-BLU yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Keuangan RI 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. 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 risiko.

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

BAB II
GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten didirikan pada tanggal 20 Desember 1927, secara bersama-sama oleh perkebunan-perkebunan (*onderneming*) milik pemerintah Hindia Belanda (kini Indonesia) yang terdiri dari perkebunan tembakau, tebu dan perkebunan rami. Rumah Sakit tersebut diberi nama "Dr. SCHEURER HOSPITAL' dan dikelola oleh yayasan "Zending" yang bergerak dibidang kesejahteraan umat. Rumah Sakit itu dipimpin oleh Dr. Bakker.

Pada tahun 1942 Jepang masuk / menguasai Pemerintah hindia Belanda sehingga "Dr. SHEURER HOSPITAL" juga dikuasai Jepang. Pada tahun 1945 Jepang kalah perang dan Indonesia memproklamasikan kemerdekaannya. Dengan demikian "Dr. SHEURER HOSPITAL" juga berada pada kekuasaan pemerintah Indonesia dan sejak saat itu namanya diganti menjadi RUMAH SAKIT UMUM TEGALYOSO KLATEN. Nama ini diambil dari nama desa dimana RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berada yaitu desa Tegalyoso. Selama pemerintahan Jepang Rumah Sakit dipimpin oleh Dr. Maeda dan Dr. Curuta. Kemudian setelah Jepang pergi (tahun 1945) Rumah Sakit dipimpin oleh Dr. Soenoesmo.

Dalam masa peralihan dari rumah sakit dibawah pengelolaan Zending menjadi Rumah Sakit Pemerintah RI masih terdapat beberapa tenaga dokter asing antara lain Dr. Horner dan Dr. Bakker Yunior. Selama masa itu semua karyawan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro diberi kesempatan untuk memilih, tetap bekerja di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk kemudian diangkat menjadi pegawai negeri atau pindah ke rumah sakit Zending yang lain yaitu RS Bethesda Yogyakarta atau RS Jebres Surakarta.

Setelah Indonesia merdeka pada tahun 1945, Rumah Sakit diambil alih oleh pemerintah Republik Indonesia. Karena letak rumah sakit ini berada di Desa Tegalyoso, maka kemudian nama Rumah Sakit diganti menjadi Rumah Sakit Umum (RSU) Tegalyoso Klaten.

Pada tanggal 5 Maret 1946 di RSU Tegalyoso Klaten dibuka Perguruan Tinggi Kedokteran bagian Pre Klinik yang kemudian menjadi cikal bakal Fakultas Kedokteran UGM di Yogyakarta. Mulai saat itu pula RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro kecuali melaksanakan kesehatan dan pendidikan Bidan serta Mantri Juru Rawat yang telah ada juga Pelayanan dimanfaatkan sebagai tempat pendidikan Dokter.

PTK yang ada di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tersebut pada tahun 1950 dipindah ke Yogyakarta yang kemudian tumbuh dan berkembang menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Oleh sebab itu sampai saat ini RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menjalin erat kerjasama dengan fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta. Kerjasama dengan Fakultas Kedokteran UGM tersebut secara resmi dikukuhkan secara tertulis pada tahun 1975 berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI yang antara lain menetapkan bahwa RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, bersama-sama dengan RSUP dr. Sardjito Yogyakarta merupakan salah satu tempat praktek bagi para mahasiswa kedokteran Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta.

Pada tahun 1952 Dr. Soenoesmo yang pada waktu itu sebagai pimpinan rumah sakit, meninggal dunia karena sakit dan menjalani operasi appendicitis. Sebagai pengganti pimpinan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ditunjuk Dr. Horner didampingi oleh Dr. Bakker Yunior.

Pada Tahun 1954 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dipimpin Dr. Soepaat Soemosoedirdjo dan sejak tahun 1954 secara penuh telah dikelola oleh Departemen Kesehatan RI.

Tahun 1978 keluar surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 134/MENKES/SK/IV/78 tanggal 28 April 1978 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum, dimana diantaranya menetapkan bahwa RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah merupakan Rumah Sakit Kelas C, yaitu Rumah Sakit Umum yang melaksanakan pelayanan kesehatan paling sedikit dalam 4 (empat) cabang Spesialisasi yaitu Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan & Penyakit Kandungan dan Kesehatan Anak.

Tahun 1992 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ditetapkan sebagai Rumah Sakit Unit Swadana Dengan Syarat, oleh Menteri Kesehatan RI dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 746/Menkes/SK/I/1992 tanggal 2 September 1992. Dengan ditetapkannya sebagai Unit Swadana, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berwenang untuk mengelola / menggunakan penerimaan fungsional secara langsung.

Tahun 1993, dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1168/MENKES/SK/XII/1993 tertanggal 15 Desember 1993, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro kelasnya naik dari kelas C menjadi kelas B non Pendidikan.

Tahun 1994, dengan surat nomor 5-733/MK.03/1994 tertanggal 6 Oktober 1994, Menteri Keuangan RI menyatakan bahwa RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dapat disetujui sebagai Rumah Sakit Unit Swadana Tanpa Syarat, disusul penetapan kemudian dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1285/MENKES/SK/XII/1994 tertanggal 28 Desember 1994 tentang penetapan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menjadi Rumah Sakit Unit Swadana (Tanpa Syarat).

Pada tahun 1997 keluar Undang-undang Nomor 20 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) yang ditindaklanjuti dengan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1997 tentang Jenis dan Penyetoran PNBP maka RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro termasuk Instansi Penerimaan Negara Bukan Pajak.

Selama kurun waktu yang panjang dan setelah melalui berbagai perubahan kearah manajemen Rumah Sakit yang sesuai dengan perkembangan jaman, maka berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. 1442A/Menkes/SK/XII/1997 tanggal 20 Desember 1997 menetapkan nama Rumah Sakit menjadi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Dokter Soeradji Tirtonegoro merupakan salah satu tokoh pergerakan pada perkumpulan BOEDI UTOMO dan mengabdi sebagai dokter di wilayah Klaten.

Tahun 2001 dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 934/Menkes/IX/2001 tanggal 5 September 2001, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten disetujui sebagai Rumah Sakit Pendidikan untuk FK-UGM dan dijadikan sebagai Laboratorium Pusat Pongembangan Pelayanan Medik Dasar Esensial.

Tahun 2003 dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1594/Menkes/SK/XII/2002 tanggal 27 Desember 2002 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas B Pendidikan.

Tahun 2007 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 046/MENKES/PER/I/2007 tanggal 15 Januari 2007 menetapkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro.

Tahun 2007 berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 273/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756/MenKes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai Rumah Sakit Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Tahun 2007 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1101/MENKES/SK/IX/2007 tanggal 26 September 2007 menetapkan Susunan dan Uraian Jabatan serta Tata Hubungan Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Tahun 2008 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 257/MENKES/PER/III/2008 tanggal 11 Maret 2008 menetapkan Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 046/MENKES/PER/I/2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro.

Tahun 2013 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/I/0700/2013, tanggal 18 April 2013 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Tahun 2016 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/1/3554/2016, tanggal 24 Oktober 2016 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Bagi Fakultas KedoKeran Universitas Gadjah Mada.

Tahun 2017 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mendapatkan penghargaan dan Predikat sebagai institusi yang Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK) dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (KEMENPAN-RB) & Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK).

Tahun 2018 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mendapatkan Izin Operasional sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A berdasarkan Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018, tanggal 26 Januari 2018.

Tahun 2019 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 49 Tahun 2019 tanggal 18 Oktober 2019 menetapkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Tahun 2020 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/169/2020 tanggal 10 Maret 2020 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain bagi mahasiswa dan tenaga kesehatan Guna mencapai kompetensi tenaga kesehatan sesuai dengan standar pendidikan tahun 2020, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, memenuhi standar dan persyaratan sebagai Rumah Sakit Pendidikan

Satelit untuk RSUP dr. Sardjito dan Fakultas KedoKeran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dan ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/283/2020 tentang Penetapan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit Untuk RSUP dr. Sardjito Dan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada tanggal 23 April 2020.

Bahwa untuk melaksanakan kebijakan penyederhanaan birokrasi dalam mewujudkan organisasi yang lebih proporsional, efektif, dan efisien guna meningkatkan kinerja pelaksanaan tugas, maka organisasi dan tata kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten perlu ditata kembali. Berdasarkan surat persetujuan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi melalui surat Nomor B/890/M.KT.01/2020 tanggal 16 Juli 2020, terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

BAB III
VISI, MISI, KEYAKINAN DASAR,TATA NILAI, BUDAYA KERJA DAN MOTTO RUMAH SAKIT

A. Visi

Unggul dalam Pelayanan Publik pada Tahun 2024.

B. Misi

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bercirikan *smart and inteligent hospital* yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien.
2. Meningkatkan pendidikan kedokteran, keperawatan, dan tenaga kesehatan lain serta penelitian translasional.
3. Meningkatkan kepuasan pelayanan publik melalui zona integritas.
4. Meningkatkan status kesehatan masyarakat melalui *Academic Health System* (AHS) Universitas Gadjah Mada (UGM).

C. Tujuan

1. Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik;
2. Terbentuknya pola pikir (*mindset*) dan pola budaya (*culture set*) organisasi yang efektif;
3. Terealisasinya sarana dan prasarana siap / laik pakai rumah sakit *heritage* yang memiliki nilai sejarah;
4. Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
5. Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas;
6. Terealisasinya *smart and inteligent hospital* dengan integrasi sistem manajemen dan informasi kesehatan yang berbasis teknologi informasi dan revolusi industri;
7. Terwujudnya implementasi *green hospital*;
8. Optimalnya layanan unggulan dan pengembangan RS Kelas A;
9. Optimalnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien;
10. Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik;
11. Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya.

D. Keyakinan Dasar

1. Karyawan yang berkualitas dan berkomitmen tinggi kepada Rumah Sakit adalah aset yang paling berharga.
2. Kepuasan dan kesetiaan pasien adalah dasar kelangsungan hidup RS.
3. Mutu pelayanan RS sebagai pengikat kesetiaan pelanggan.

E. Nilai Nilai Dasar

1. Jujur dan ikhlas
2. Integritas
3. Kerendahan hati
4. Kerja cerdas
5. Keterbukaan
6. Kesediaan untuk melayani
7. Profesionalisme
8. Melayani adalah ibadah

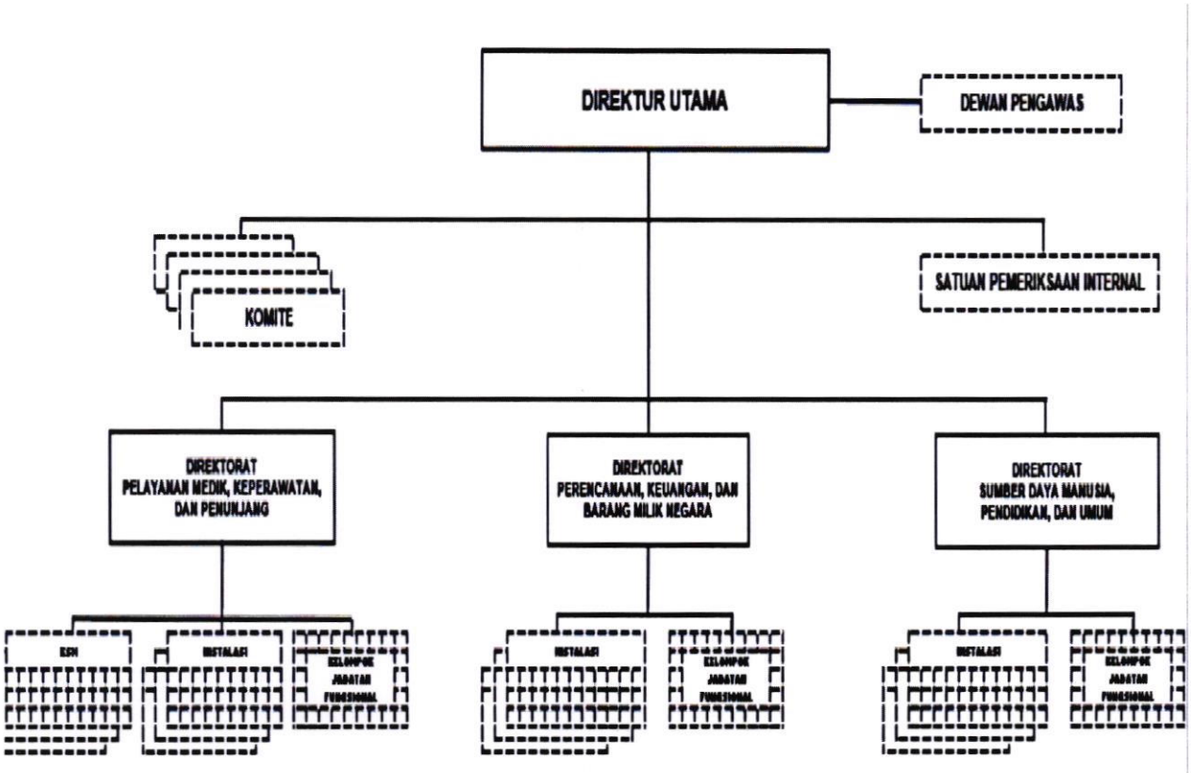
F. Budaya Kerja

1. Senyum
2. Sapa
3. Sentuh
4. Sopan
5. Santun
6. Sabar

G. Motto

1. Bersih
2. Nyaman
3. Akurat

BAB IV
STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO



BAB V
VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN SPI

Visi

Menjadi Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit yang memiliki dedikasi dan profesionalisme tinggi, membantu Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menuju tata kelola Rumah Sakit yang baik (*Good Corporate Governance*) dan berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi, kesetaraan dan kewajaran.

Misi

1. Melaksanakan pemeriksaan internal pada unit kerja di lingkungan Rumah Sakit dengan cara audit berbasis risiko.
2. Menyelenggarakan fungsi *consulting* dan *assurance* terhadap kegiatan operasional Rumah Sakit agar dapat berjalan secara efektif, efisien dan ekonomis.
3. Menjadi mitra strategis bagi stakeholder Rumah Sakit agar dapat memberikan nilai tambah terhadap proses bisnis Rumah Sakit.
4. Meningkatkan kompetensi anggota SPI, baik keahlian (*skill*) maupun keilmuan secara berkelanjutan sesuai perkembangan bidang pemeriksaan internal instansi pemerintah.
5. Memperkuat koordinasi dengan Rumah Sakit jejaring se-Joglosemar untuk menyamakan persepsi fungsi pengawasan dalam mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (*Good Government Governance*).

Keyakinan Dasar :

1. Karyawan yang berkualitas dan berkomitmen tinggi kepada rumah sakit adalah investasi yang paling berharga;
2. Kepuasan dan kesetiaan pelanggan adalah dasar kelangsungan hidup rumah sakit;
3. Mutu pelayanan rumah sakit sebagai pengikat kesetiaan;

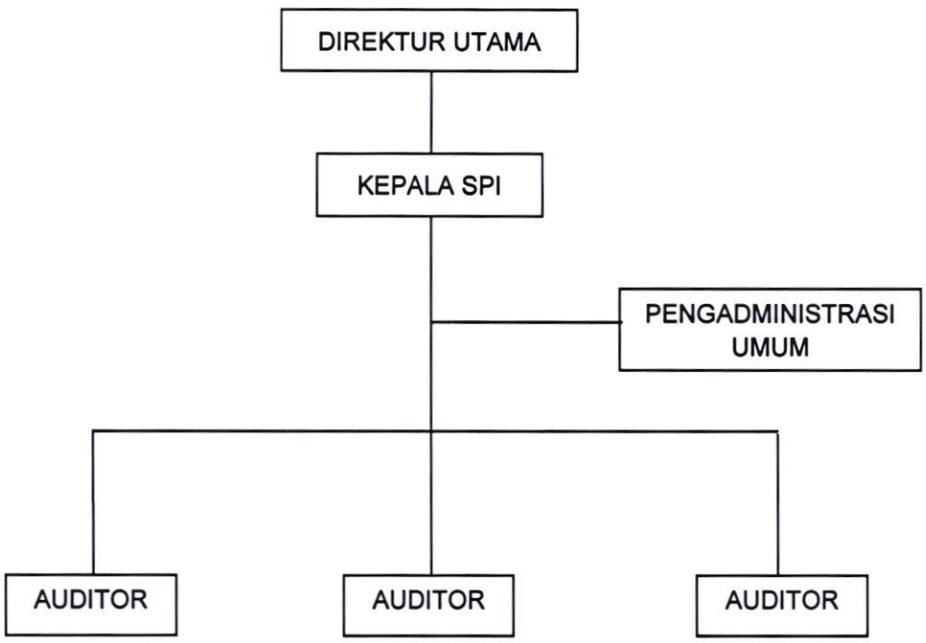
Nilai-nilai Dasar :

1. Intehritas
2. Profesionalisme
3. Akuntabilitas
4. Keterbukaan
5. Ikhlas

Tujuan SPI

Untuk menjamin penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik (*Good Corporate Governance*) melalui penerapan fungsi-fungsi manajemen RS, yaitu perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian.

BAB VI
STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)



BAB VII
URAIAN JABATAN

A. Kepala Satuan Pemeriksaan Internal

1. NAMA JABATAN : Kepala Satuan Pemeriksaan Internal
2. UNIT ORGANISASI :

   Eselon I : Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

   Eselon II : Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
3. TUGAS POKOK :

   Melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.
4. IKHTISAR JABATAN :

   Menyusun rencana, melaksanakan kegiatan sesuai rencana, mengkoordinasikan, mengevaluasi dan mengawasi tata kerja Satuan Pemeriksaan Internal yang meliputi pelaksanaan tugas, pendistribusian tugas kepada pelaksana, tanggung jawab, penentuan target kerja dan bimbingan pelaksanaan tugas.
5. URAIAN TUGAS :
   a. menyusun rancangan awal Rencana Strategi (Renstra) rumah sakit dilingkup Satuan Pemeriksaan Internal dengan mengumpulkan, mengolah dan mengkaji data / informasi yang terkait;
   b. Menyusun rancangan awal RBA dilingkup Satuan Pemeriksaan Internal dengan mengumpulkan, mengolah dan mengkaji data / informasi yang terkait, meliputi antara lain :
      1) Rancangan awal kebutuhan tenaga;
      2) Rancangan awal kebutuhan alat non medis, dan alat lainnya;
      3) Rancangan awal pemeliharaan alat non medis, dan alat lainnya;
      4) Rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan serta penelitian;
      5) Rancangan awal pengembangan pelayanan;
   c. Menyusun rancangan awal Kebijakan di lingkup Satuan Pemeriksaan Internal dengan mengumpulkan, mengolah dan mengkaji data / informasi yang terkait;
   d. Menyusun rancangan awal Standar Pelayanan Minimal dilingkup Satuan Pemeriksaan Internal dengan mengumpulkan, mengolah dan mengkaji data / informasi yang terkait;
   e. Menyusun rancangan awal Standar Operasional Prosedur dilingkup Satuan Pemeriksaan Internal dengan mengumpulkan, mengolah dan mengkaji data / informasi yang terkait;
   f. Menyusun rancangan Rencana pelaksanaan kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal dengan mengumpulkan, mengolah dan mengkaji data/informasi yang terkait, meliputi antara lain :
      1) menyusun dan melaksanakan rencana Pengawasan Internal;

2) menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian internal dan sistem manajemen risiko;
3) melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektifitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya;
4) memberikan saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
5) membuat laporan hasil Pengawasan Intern dan menyampaikan laporan tersebut kepada pemimpin BLU dan Dewan Pengawas;
6) memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/ peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis BLU;
7) memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh SPI, aparat pengawasan intern pemerintah, aparat pemeriksaan ekstern pemerintah, dan pembina BLU;
8) melakukan reviu laporan keuangan;
9) melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan; dan
10) melaksanakan tugas lainnya antara lain :
    a) Audit keuangan, audit kinerja/ operasional, audit dengan tujuan tertentu, dan audit lainnya;
    b) Reviu Laporan Keuangan, reviu RKA-KL, dan reviu lainnya;
    c) Evaluasi SAKIP, evaluasi Reformasi Birokrasi, dan evaluasi lainnya;
    d) Penanganan Pengaduan Masyarakat den *Whistle Blowing Sistem*;
    e) Laporan Hasil Pengawasan dan tanggapan atas Laporan Hasil Pengawasan, dan pemantauan tindak lanjut hasil pengawasan;
    f) Tuntutan Perbendaharaan dan Tuntutan Ganti Rugi (TP-TGR)
    g) Penerapan aksi pencegahan dan pemberantasan anti korupsi, meliputi antara lain pengendalian gratifikasi, Zona Integritas, WBK, WBBM, SPIP, LHKPN dan LHKASN.

g. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian kegiatan perencanaan dan evaluasinya, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal;
h. Menyiapkan bahan untuk koordinasi Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum;
i. Melaksanakan Koordinasi lintas program dalam pelaksanaan pengelolaan kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal;
j. Membuat Nilai Indek Kinerja Individu Pegawai di lingkungan Satuan Pemeriksaan Internal;
k. Menyusun laporan pelaksanaan kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal;
l. Menyusun laporan hasil pembinaan dan pengendalian pegawai di lingkup Satuan Pemeriksaan Internal;
m. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya.

6. HASIL KERJA

a. Rancangan awal Rencana Skategi (Renstra) rumah sakit lingkup Satuan Pemeriksaan Internal;
b. Rancangan awal RBA lingkup Satuan Pemeriksaan Internal meliputi antara lain :
    1) Rancangan awal kebutuhan tenaga;
    2) Rancangan awal kebutuhan alat non medis, dan alat lainnya;
    3) Rancangan awal pemeliharaan alat non medis, dan alat lainnya;
    4) Rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan serta penelitian;
    5) Rancangan awal pengembangan pelayanan;
c. Rancangan awal kebijakan lingkup Satuan Pemeriksaan Internal;
d. Rancangan awal Standar Pelayanan Minimal di lingkup Satuan Pemeriksaan Internal;
e. Rancangan awal Standar Operasional Prosedur di lingkup Satuan Pemeriksaan Internal;
f. Rancangan Rencana pelaksanaan kegiatan Satuan Pemeriksaan Intemal antara lain;
    1) menyusun dan melaksanakan rencana Pengawasan Intern;
    2) menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian intern dan sistem manajemen risiko;
    3) melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensl dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya;
    4) memberikan saran perbaikan dan informasi yang objeKif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
    5) membuat laporan hasil Pengawasan Intern dan menyampaikan laporan tersebut kepada pemimpin BLU dan Dewan Pengawas;
    6) memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/ peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis BLU;
    7) memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh SPI, aparat pengawasan intem pemerintah, aparat pemeriksaan ekstern pemerintah, dan pembina BLU;
    8) melakukan reviu laporan keuangan;
    9) melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan; dan
    10) melaksanakan tugas lainnya antara lain :
        a. Audit keuangan, audit kinerja/ operasional, audit dengan tujuan tertentu, dan audit lainnya;
        b. Reviu Laporan Keuangan, reviu RKA-KL, dan reviu lainnya;
        c. Evaluasi SAKIP, evaluasi Reformasi Birokrasi, dan evaluasi lainnya;
        d. Penanganan Pengaduan Masyarakat dan Whistle Blowing Sistem;
        e. Laporan Hasil Pengawasan dan tanggapan atas Laporan Hasil Pengawasan, dan pemantauan tindak lanjut hasil pengawasan;
        f. Tuntutan Perbendaharaan dan Tuntutan Ganti Rugi (TP-TGR);

g. Penerapan aksi pencegahan dan pemberantasan anti korupsi, meliputi antara lain pengendalian gratifikasi, Zona Integritas, WBK, WBBM, SPIP, LHKPN dan LHKASN;

g. Hasil pelaksanaan pengawasan, dan pengendalian kegiatan perencanaan dan evaluasinya, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Satuan Pemeriksaan Internal;
h. Bahan untuk koordinasi Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum;
i. Hasil Koordinasi pelaksanaan kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal;
j. Nilai Indek Kinerja Individu Pegawai di lingkungan Satuan Pemeriksaan Internal;
k. Laporan pelaksanaan kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal secara berkala dan insidentil;
l. Laporan hasil pembinaan dan pengendalian pegawai di lingkup Satuan Pemeriksaan Internal;
m. Laporan pelaksanaan tugas kedinasan lainnya;

B. Pengadministrasi Umum

Uraian Tugas :

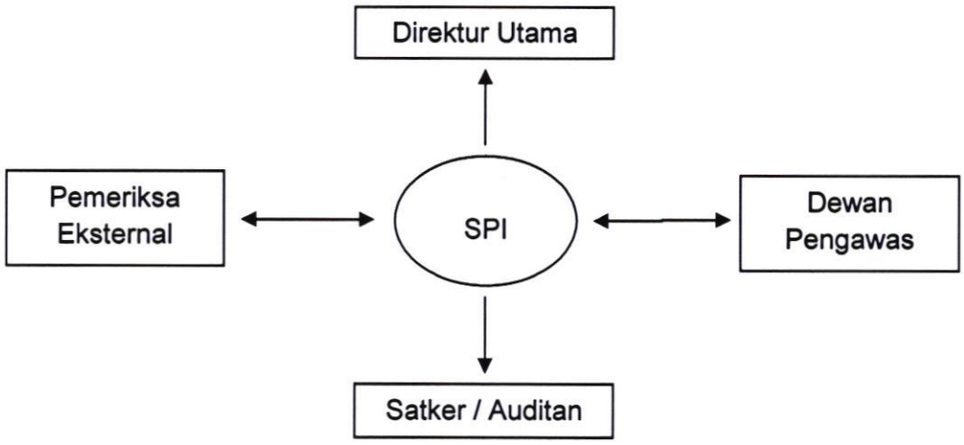
a. Membantu Kepala SPI dalam mengkoordinir penyelenggaraan tugas SPI, administrasi, logistik dan penyempurnaan draft laporan hasil pemeriksaan, termasuk mewakili Kepala SPI jika berhalangan.
b. Membantu Kepala SPI dalam menyusun rencana pemeriksaan intern secara menyeluruh.
c. Membantu Kepala SPI dalam tugas ketatausahaan dan pengelolaan SDM, pelaksanaan audit dan jasa konsultasi yang diselenggarakan oleh SPI.
d. Membantu Kepala SPI dalam melaksanakan kegiatan koordinasi di lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
e. Membantu Kepala SPI dalam upaya pengembangan rencana pemeriksaan secara menyeluruh dengan memperhatikan besarnya risiko masing-masing objek pemeriksaan untuk mengevaluasi semua pengendalian manajemen dari aktivitas RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
f. Mengkoreksi *draft* rekomendasi dan saran perbaikan terhadap pengendalian manajemen sebelum ditandatangani oleh Kepala SPI.
g. Membantu Kepala SPI dalam melaksanakan review pelaksanaan tugas-tugas SPI, untuk menjamin terselenggaranya mutu pemeriksaan yang berkualitas.
h. Membantu Kepala SPI dalam upaya pengembangan kualitas SDM dan penyusunan konsep laporan kegiatan bulanan, tahunan dan sewaktu-waktu jika diperlukan.
i. Melaksanakan tugas yang diberikan oleh atasan.

C. Auditor

Uraian Tugas :

a. Melaksanakan pemeriksaan kegiatan audit pada Unit Kerja berdasarkan surat tugas yang dikeluarkan oleh Direktur Utama, melaksanakan pemeriksaan lain yang dipandang perlu.
b. Melaksanakan pemeriksaan kegiatan pada Unit Kerja berdasarkan surat tugas yang dikeluarkan oleh Direktur Utama, sesuai standar profesi dan kode etik pemeriksaan intern.
c. Mengevaluasi kecermatan dan efektifitas pengendalian manajemen dari kegiatan atau bagian yang diperiksa.
d. Meneliti apakah unit yang diperiksa merencanakan, melaksanakan dan mengendalikan aktifitas sesuai dengan instruksi pimpinan, sesuai dengan ketentuan-ketentuan mengenai kebijakan dan prosedur, melaksanakan secara konsisten sesuai dengan tujuan RS dan memenuhi kualitas yang tinggi.
e. Merencanakan dan melaksanakan pemeriksaan secara keseluruhan berdasarkan tugas pemeriksaan yang telah ditetapkan atau melaksanakan sebagian dari pemeriksaan ekstensif yang telah ditetapkan sesuai dengan standar pemeriksaan intern yang berlaku.
f. Melaporkan temuan-temuan dan memberikan rekomendasi dan saran untuk memperbaiki kondisi-kondisi yang tidak memuaskan, menyempurnakan operasi dan mengadakan penghematan biaya.
g. Melaksanakan dan membantu pelaksanaan pemeriksaan khusus atas permintaan manajemen.
h. Membimbing anggota tim yang masih junior.
i. Melaksanakan tugas yang diberikan oleh atasan.

BAB VIII
TATA HUBUNGAN KERJA



Tata hubungan kerja SPI :

1. Direktur Utama

   Direktur Utama memberikan arahan dan pertimbangan dalam penugasan audit di SPI atas dasar Surat Tugas dari Direktur Utama, maka SPI melakukan pemeriksaan sesuai Standar Pemeriksaan terhadap obyek pemeriksaan. Hasil pemeriksaan tersebut berupa LHP (Laporan Hasil Pemeriksaan). Selanjutnya SPI menyampaikan laporan hasil pemeriksaan kepada Direktur Utama dan merekomendasikan upaya perbaikan terhadap operasional organisasi, serta membantu manajemen mengevaluasi dan melakukan perbaikan keefektifan manajemen resiko.

2. Dewan Pengawas

   Tugas dan kedudukan Dewan Pengawas bersifat independen diatur melalui Undang-undang dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit. Oleh karena itu apabila diperlukan, SPI dapat menyampaikan laporan kepada Dewan Pengawas atas sepengetahuan Direktur Utama.

   Selain itu untuk kepentingan Pemilik rumah sakit yang dalam hal ini diwakili oleh Dewan Pengawas, maka SPI dapat memberikan informasi berupa laporan hasil audit baik yang dilakukan oleh BPK / BPKP / Irjen / KAP maupun Pemeriksa Eksternal kepada Dewan Pengawas atas persetujuan Direktur Utama.

3. Unit Kerja / Auditan

   SPI melakukan pemeriksaan internal ke unit kerja di rumah sakit guna mengetahui sampai sejauh mana unit kerja melaksanakan kegiatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, mengetahui kendala dan permasalahan yang menjadi hambatan dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya, serta mengetahui sampai dimana ketaatan unit kerja dalam menjalankan ketentuan-ketentuan dan peraturan yang ada.

4. Pemeriksa Eksternal

Setiap ada pemeriksaan oleh pihak eksternal maka sudah menjadi kewajiban untuk melakukan koordinasi dengan Pemeriksa Eksternal yaitu salah satunya memberikan informasi yang dibutuhkan oleh Pemeriksa Eksternal atas sepengetahuan Direktur Utama rumah sakit.

Tujuan koordinasi adalah untuk memastikan cakupan yang tepat dan meminimalkan pengulangan kegiatan. Koordinasi dilakukan dengan menyampaikan hasil pemeriksaan (bila diperlukan) yang telah dilakukan oleh SPI selama periode waktu pemeriksaan yang akan dilakukan oleh Pemeriksa Eksternal. Hasil pemeriksaan oleh SPI diharapkan akan dimanfaatkan oleh auditor eksternal dan/atau auditor lainnya dalam proses pelaksanaan pemeriksaan eksternal.

BAB IX
POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

A. POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI SDM SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

SKN 2009 mengamanatkan bahwa subsistem sumber daya manusia (SDM) kesehatan adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan, yang meliputi upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu SDM kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Adapun pengertian 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 subsistem SDM Kesehatan adalah tersedianya SDM Kesehatan yang kompeten bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam upaya mengimplementasikan amanat UUD 45 dan keberhasilan program - program kesehatan, maka SDM harus dapat memenuhi unsur - unsur kompetensi, berintegritas, dan memiliki daya saing, serta diharapkan memiliki jiwa interpreuner, dalam koridor transparasi, kejujuran dan ketaatan terhadap ketentuan - ketentuan yang berlaku.

Dalam rangka perencanaan kepegawaian secara nasional dan mewujudkan jumlah kualitas Pegawai yang sesuai dengan kebutuhan satuan organisasi negara serta untuk menjamin distribusi karyawan yang proporsional maka diperlukan pola ketenagaan yang sesuai kualifikasi. Adapun pola ketenagaan dan kualifikasi Sumber Daya Manusia Satuan Pemeriksaan Internal sebagai berikut :

Tabel 1. Ketenagaan SPI

No.	Nama	Pendidikan	Jabatan	TMT di RS
1	drg. Retno Dyah Parwitasari, MMR	S2 Magister Manajemen Rumah Sakit	Kepala SPI	1994
2	Gaib Sri Sadhono, SKM	S1 Kesehatan Masyarakat	Auditor	2009
3	Samsudin, SE, MM	S2 Magister Manajemen	Auditor	1993
4	Eti Widijawati, SE	S1 Manajemen	Auditor	2009
5	Tara Maulina Muredy, SE, Ak	S1 Profesi Akuntansi	Auditor	2015

Tabel 2. Pola Ketenagaan Dan Kualifikasi SDM Satuan Pemeriksaan Internal

No	Tingkatan	Pendidikan Minimal		Kualifikasi	Jumlah Kebutuhan
		Formal	Non Formal		
1	Kepala SPI	Minimal Sarjana (S1)	Lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi pemeriksaan internal	Memiliki pengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal minimal 3 tahun	1
2	Sekretaris SPI	Minimal Sarjana (S1)		Memiliki pengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal minimal 2 tahun	1
3	Auditor	Minimal Sarjana (S1) sesuai bidang terkait			4

B. DASAR PENGHITUNGAN KETENAGAAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL ADALAH SEBAGAI BERIKUT :

Beban kerja yang harus ditanggung dalam suatu organisasi erat kaitannya dengan efisiensi dan efektivitas unit organisasi tersebut. Pengaturan sumber daya manusia merupakan hal penting dalam mengoptimalkan jumlah karyawan agar melakukan pekerjaan secara tepat, untuk itu diperlukan dasar perhitungan ketenagaan Satuan Pemeriksaan Internal melalui Analisis Beban Kerja (ABK). ABK merupakan salah satu metode untuk menghasilkan perhitungan kebutuhan sumber daya manusia yang sesuai dengan kualifikasi yang dipersyaratkan pada masing-masing jabatan. Hasil ABK juga dapat digunakan sebagai tolak ukur bagi pegawai/unit organisasi dalam melaksanakan kegiatannya, yaitu berupa norma waktu penyelesaian pekerjaan, tingkat efisiensi kerja, dan standar beban kerja dan prestasi kerja, menyusun formasi pegawai, serta penyempurnaan sistem prosedur kerja dan manajemen lainnya. Selain itu juga dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk meningkatkan produktivitas kerja serta langkah-langkah lainnya dalam rangka meningkatkan pembinaan, penyempurnaan dan pendayagunaan aparatur negara baik dari segi kelembagaan, ketatalaksanaan maupun kepegawaian.

Adapun perhitungan Analisis Beban Kerja Satuan Pemeriksaan Internal sebagai berikut :

Tabel 3. Kebutuhan SDM

No	Kategori SDM	Beban Kerja	Waktu Tersedia	Sub Kebutuhan SDM	SKK	SKI	Kebutuhan SDM
		Per Tahun	per Tahun (menit)				
	1	2	3	4	5	6	7
1	Kepala SPI	97035	105300	0,921510	1,04278075	0,332763533	1,293696
2	Sekretaris SPI	135165	105300	1,283618	1,04278075	0,14017094	1,478703
3	Auditor Madya	216255	105300	2,053704	1,04278075	0,14017094	2,281734
4	Auditor Muda	174555	105300	1,657692	1,04278075	0,14017094	1,868781
5	Auditor Pertama	172215	105300	1,635470	1,04278075	0,14017094	1,845608
6	Ketatausahaan & Kerumahtanggaan	18915	105300	0,179630	1,04278075	0,006837607	0,194152
	Kolom 7 = (kolom 4 x kolom 5) + kolom 6						
	JUMLAH TOTAL KEBUTUHAN SDM						8,962673

SKK = Standar Kelonggaran Kategori

SKI = Standar Kelonggararan Individu

Tabel 4. Kesimpulan Perbandingan Kebutuhan Berdasarkan Perhitungan Analisa Beban Kerja

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga Saat Ini	Kebutuhan	Kekurangan	Keterangan
1.	Kepala SPI	1 orang	1 orang	-	Cukup
2.	Sekretaris SPI	1 orang	1 orang	-	Dirangkap oleh Auditor Madya
3.	Auditor Madya	2 orang	2 orang	-	Cukup
4	Auditor Muda	1 orang	2 orang	1	Kurang 1
5	Auditor Pertama	1 orang	2 orang	1	Kurang 1
6	Ketatausahaan & Kerumahtanggaan	0 orang	1 orang	1	Kurang 1
	Jumlah	5 orang	9 orang	-	Kurang 3

Kesimpulan:

Berdasarkan perhitungan Analisis Beban Kerja bahwa kondisi SDM di Satuan Pemeriksaan Internal masih terdapat kekurangan 3 (tiga) orang auditor.

BAB X
PENILAIAN KINERJA
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

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
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 XI
KEGIATAN ORIENTASI

Kegiatan orientasi dalam rangka pengenalan organisasi dengan memberikan informasi yang berhubungan dengan lingkungan kerja baru dalam suatu organisasi, meliputi tugas, fungsi, visi, misi dan kewenangan organisasi, kedudukan dan struktur organisasi, kebijakan dan strategi organisasi, sarana dan prasarana organisasi, indikator kinerja organisasi, standar prosedur operasional, nilai-nilai/prinsip-prinsip organisasi dan tanggung jawab bagi karyawan. Orientasi diarahkan pada pembentukan kemampuan khusus yang dibutuhkan ASN sesuai golongannya untuk melaksanakan tugasnya dalam instansi. Orientasi dilakukan melalalui pemberian materi dalam rangka pengenalan organisasi dengan memberikan informasi yang berhubungan dengan lingkungan kerja baru dalam satu organisasi, meliputi organisasi, budaya, tata laksana, kebijakan, tugas, fungsi, tanggungjawab dan wewenang bagi bagi pegawai baru. Praktik kerja dilakukan untuk melihat kemampuan peserta orientasi dalam menjelaskan dan melakukan tugas-tugas sesuai dengan jabatan yang diembannya.

Orientasi adalah pembekalan kompetensi untuk pegawai baru yang akan ditempatkan di unit kerja. Orientasi bertujuan meningkatkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan dan sikap untuk dapat melaksanakan tugas jabatan secara professional dan dilandasi disiplin, kepribadian dan etika pegawai sesuai dengan kebutuhan instansi.

Tabel 5. Kegiatan Orientasi Karyawan Baru di Satuan Pemeriksaan Internal

Hari Ke	M A T E R I	Waktu	Metoda	Penanggung Jawab
1.	Tupoksi SPI	1 hari kerja	Sosialisasi	Kepala SPI
2.	Dasar - Dasar Audit	3 hari kerja	Sosialisasi dan tanya jawab	Auditor
3.	Pendampingan tentang SPIP	2 hari kerja	Sosialisasi dan tanya jawab	Auditor

BAB XII
PERTEMUAN / RAPAT

Rapat berkala terdiri dari :

1. Rapat Rutin
2. Rapat Insidentil

1. Rapat Rutin diselenggarakan pada :

Waktu	: Seminggu sekali
Jam	: Menyesuaikan
Tempat	: Ruang SPI
Peserta	: Kepala SPI dan seluruh staf
Materi	: - Evaluasi kerja
	- Masalah dan pemecahannya
	- Rencana tindak lanjut

2. Rapat Insidentil diselenggarakan sewaktu-waktu bila ada masalah atau sesuatu hal yang perlu dibahas segera.

BAB XIII
PELAPORAN

SPI wajib menyusun :

A. Laporan Rutin

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 (rutin dan insidentil)
   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, PBJ)
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan Inspektorat Jenderal setiap selesai melakukan kegiatan reviu, 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 Kinerja SPI
   Laporan disampaikan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro setiap bulan, semester 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 SPI. Untuk memastikan bahwa seluruh rekomendasi yang diberikan oleh SPI dilaksanakan oleh unit terkait di rumah sakit, SPI memantau tindak lanjut hasil audit.

B. Laporan Insidentil

Laporan insidentil adalah laporan yang perlu disampaikan, baik atas permintaan atasan maupun atas prakarsa bawahan sehubungan dengan adanya kasus atau masalah tertentu. Atasan dapat meminta laporan kepada bawahan untuk memperoleh informasi tentang suatu kejadian yang menyangkut kedinasan dan memiliki dampak terhadap pelaksana program. Sebaliknya, tanpa diminta atasan, bawahan wajib menyampaikan laporan kepada atasan jika sewaktu-waktu mengalami kejadian tertentu sebagai informasi dan pertanggungjawaban. Laporan insidentil merupakan sarana komunikasi dua arah untuk mencegah dan membatasi timbulnya akibat-akibat sampingan yang tidak diinginkan.