Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Jalan KRT Dr.Soeradji Tirtonegoro Nomor 1
Klaten, Jawa Tengah 57424
(0272) 321020
https://www.rsupsoeradji.id

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/D.XXVI/175/2026

TENTANG

PEDOMAN PEMERIKSAAN / AUDIT SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO

Menimbang

a. bahwa dalam rangka penyelenggaraan kegiatan di Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro agar sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, perlu adanya Pedoman Pemeriksaan / Audit Satuan Pemeriksaan Intemal;
b. bahwa berdasarkan pertimbangan pada butir a di atas perlu disusun Pedoman Pemeriksaan / Audit Satuan Pemeriksaan Internal;
c. bahwa Pedomaan Pemeriksaan / Audit Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana disebutkan pada poin a dan b di atas perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama.

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik lndonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 4355);
2. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

3. Undang...

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

3. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola 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 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 5340);
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 89 Tahun 2014 tentang Pedoman Umum Pengawasan di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nornor 1841);

8. Peraturan...

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 200/PKM/05/2017 tentang Sistem Pengendalian Internal Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1885;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2018 tentang Kebijakan Pengawasan Intern Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 888);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 340);
11. Keputusan Menteri Keuangan Republik 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;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/D/1187/2023 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro;
13. Surat Izin Pemerintah Republik Indonesia Nomor 81201102919940001, tahun 2022 tentang Perizinan Berusaha Berbasis Risiko pada BLU Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan;
14. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor: HK.02.02/D/19857/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

15. Keputusan…

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

15. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten Nomor: HK.02.03/D.XXVI/5839/2025 tanggal 1 Agustus 2025 Tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten.

MEMUTUSKAN

Menetapkan	:	KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PEMERIKSAAN / AUDIT SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
KESATU	:	Pedoman Audit Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Menetapkan sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini
KEDUA	:	Pedoman Audit Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu, agar dilaksanakan dan digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan Audit.
KETIGA	:	Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan sebelumnya Nomor : HK.02.03/II.1/3682/2020, tentang Pedoman Audit Satuan Pemeriksaan Internal RSUP dr Soeradji Tirtonegoro dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
KEEMPAT	:	Segala biaya yang berkaitan dengan pelaksanaan keputusan dibebankan pada DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Ditetapkan di : Klaten
Pada tanggal : 24 Desember 2025

DIREKTUR UTAMA,

SHOLAHUDDIN RHATOMY

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DOKTER SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

NOMOR : HK.02.03/D.XXVI/175/2026

TANGGAL : 24 Desember 2025

TENTANG : PEDOMAN PEMERIKSAAN / AUDIT SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO

PEDOMAN PEMERIKSAAN/AUDIT SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

BAB I
PENDAHULUAN

Audit merupakan suatu proses pengumpulan data, penilaian ataupun pengevaluasian yang dilakukan untuk menilai sesuatu apakah telah sesuai dengan kriteria yang mendasarinya. Audit terdiri dari beberapa macam seperti audit keuangan, audit kepatuhan dan audit operasional. Audit operasional merupakan audit yang dilaksanakan untuk menilai efisiensi dan efektivitas kegiatan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam prosesnya untuk mencapai tujuan organisasi. Efisiensi digunakan untuk mengetahui apakah pemakaian sumber daya RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro bisa mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sedangkan efektivitas digunakan untuk menilai seberapa baik kebijakan-kebijakan organisasi dalam mencapai tujuan. Efisiensi dan efektivitas merupakan dua hal yang saling berkaitan erat satu dengan lainnya, merupakan hal yang sangat berperan penting dalam peningkatan kinerja.

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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

rekomendasi atas pengelolaan organisasi secara ekonomis, efisien dan efektif dengan disertai bukti secara objektif.

Audit operasional Rumah Sakit dr. Soeradji Tirtonegoro adalah penilaian sistematis terhadap efektivitas, efisiensi, dan ekonomi operasional rumah sakit untuk memastikan kualitas pelayanan, kepatuhan standar, dan akuntabilitas kinerja, yang biasanya dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) rumah sakit. Tujuannya adalah meningkatkan kinerja rumah sakit, memberikan rekomendasi perbaikan, serta memastikan pelayanan yang baik dan kepuasan pelanggan sesuai tujuan pemerintah/Kementerian Kesehatan/RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

A. GAMBARAN UMUM RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

RSUP 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 keuangan.

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten didirikan pada tanggal 20 Desember 1927 dengan nama dr. Scheurer Hospital. Pada tahun 1945 dr. Scheurer Hospital diganti namanya menjadi RSUP Tegalyoso Klaten. RSUP Tegalyoso ditetapkan menjadi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro pada tanggal 20 Desember 1997 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1442A/Menkes/SK/XII/1997.

Terhitung sejak 21 Juni 2007, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ditetapkan sebagai rumah sakit dengan Pola Pengelolaan Keuangan BLU (PPK-BLU) berdasar 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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ditetapkan sebagai Rumah Sakit kelas A berdasarkan keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018 tanggal 26 Januari 2018. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berada di jalan KRT dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor 1 kabupaten Klaten provinsi Jawa Tengah dengan luas lahan saat ini 67.549 M^2 dan luas bangunan 53.309 M^2.

B. VISI, MISI, TUJUAN, BEDAYA KERJA

1. Visi

   Rumah Sakit bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna dengan pertumbuhan berkelanjutan

2. Misi:
   a. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung
   b. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja
   c. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan
   d. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan
   e. Memberikan pengampuan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional
   f. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas, inovatif dan implikatif.

3. Tujuan:
   a. Menjadi RS yang memberikan layanan terbaik Level Asia
   b. Sebagai RS Pengampu Layanan Prioritas
   c. Menjadi Pusat/Penyelenggara Pendidikan dan Penelitian

4. Budaya Kerja: BerAKHLAK
   a. Berorientasi Pelayanan:
      - Memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat
      - Ramah, cekatan, solutif dan dapat diandalkan
      - Melakukan perbaikan tiada henti

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

b. Akuntabel:
   - Melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi.
   - Menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien.
   - Tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan.

c. Kompeten :
   - Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah.
   - Membantu orang lain belajar.
   - Melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik.

d. Harmonis:
   - Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya.
   - Suka menolong orang lain.
   - Membangun lingkungan kerja yang kondusif.

e. Loyal:
   - Memegang teguh ideologi Pancasila, UUD 1945, NKRI serta pemerintahan yang sah.
   - Menjaga nama baik sesama ASN, pimpinan, instansi dan negara.
   - Menjaga rahasia jabatan dan negara.

f. Adaptif:
   - Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan.
   - Terus berinovasi dan mengembangkan kreatifitas.
   - Bertindak pro aktif.

g. Kolaboratif:
   - Memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk kontribusi.
   - Terbuka dalam bekerjasama untuk menghasilkan nilai tambah.
   - Menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama.

5. Motto:

   Bersih, Nyaman, Akurat

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

C. TUGAS DAN FUNGSI

1. Tugas:

   Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26/2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi & Tata Kerja RS Soeradji Tirtonegoro Klaten, rumah sakit ini mempunyai tugas Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

2. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada poin 1, RSUP dr. SoeradjiTirtonegoro menyelenggarakan fungsi:
   a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
   b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
   c. pengelolaan pelayanan keperawatan;
   d. pengelolaan pelayanan nonmedis;
   e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
   f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan eknologi di bidang pelayanan kesehatan;
   g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
   h. pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;
   i. pengelolaan sumber daya manusia;
   j. pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
   k. pelaksanaan kerja sama;
   l. pengelolaan sistem informasi;
   m. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
   n. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

D. STRUKTUR ORGANISASI

Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten Nomor : HK.02.03/D.XXVI/17812/2024 Tentang Struktur Organisasi dan Tata kerja RSUP Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten Tanggal 30 Agustus 2024.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

BAB II
SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

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.

Tugas pokok Satuan Pemeriksaan Internal adalah untuk membantu Direktur Utama dalam menyelenggarakan aktivitas pengujian atas Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP) secara independen dan objektif serta aktivitas konsultasi yang dirancang untuk memberikan nilai tambah, dan merekomendasikan upaya perbaikan terhadap operasional rumah sakit, serta membantu manajemen dengan pendekatan yang sistematis dan disiplin ilmu yang memadai, untuk mengevaluasi dan melakukan perbaikan keefektifan manajemen risiko.

A. VISI, MISI, FALSAFAH, NILAI DAN TUJUAN SPI

1. Visi

Menjadi Satuan Pemeriksaan Internal rumah sakit yang memiliki dedikasi dan profesionalisme tinggi untuk mewujudkan tata kelola rumah sakit yang baik berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, independensi, kesetaraan dan kewajaran.

2. Misi

a. Melaksanakan *kegiatan assurance* (pengujian objektif terhadap bukti dengan maksud untuk memberikan penilaian yang *independen* atas proses tata kelola, manajemen risiko, dan kegiatan pengendalian) di lingkungan rumah sakit yang meliputi audit, reviu, evaluasi, dan pemantauan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

b. Melaksanakan kegiatan *consulting* (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) di lingkungan rumah sakit yang meliputi bimbingan teknis, asistensi, dan sosialisasi.
c. Meningkatkan kompetensi anggota SPI, *hardskill (*keterampilan teknis) dan *softskill* (kemampuan interpersonal dan perilaku) secara berkelanjutan.
d. Memperkuat koordinasi dengan institusi pembina jabatan auditor.

3. Kode Etik Satuan Pemeriksaan Internal:

Kode Etik yang digunakan pada Satuan Pemeriksaan Internal mengedepankan prinsip-prinsip sebagai berikut:

a. **Integritas:**
   1) Melaksanakan pekerjaannya secara jujur, bersungguh-sungguh dan bertanggung jawab.
   2) Mematuhi hukum dan ketentuan peraturan perundangundangan di Negara Republik Indonesia dan mematuhi aturan internal organisasi yang berlaku sesuai kapasitasnya.
   3) Tidak terlibat dalam kegiatan yang ilegal, atau melakukan kegiatan yang dapat mendiskreditkan profesi audit internal.
   4) Menghormati dan mendukung tujuan organisasi yang sah dan etis.

b. **Objektivitas:**
   1) 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.
   2) Tidak menerima apapun yang dapat, atau patut diduga dapat, mengganggu pertimbangan profesionalnya

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

3) Mengungkapkan semua fakta material yang diketahuinya, yang apabila tidak diungkapkan dapat mengganggu tata Kelola khususnya prinsip transparansi.

c. **Kerahasiaan:**

1) Berhati-hati dalam menggunakan dan menjaga informasi yang diperoleh selama melaksanakan tugasnya.
2) Tidak menggunakan informasi untuk memperoleh keuntungan pribadi, untuk hal-hal yang bertentangan dengan hukum, dan/atau yang merugikan organisasi dan profesi.

d. **Kompetensi:**

Senantiasa meningkatkan keahlian, keefektifan dan kualitasnya secara berkelanjutan

e. **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.

f. **Perilaku Profesional**

1) Tidak terlibat dalam segala aktivitas ilegal, atau terlibat dalam tindakan yang menghilangkan kepercayaan kepada profesi pengawasan intern atau organisasi;
2) Tidak mengambil alih peran, tugas, fungsi, dan tanggung jawab manajemen auditan dalam melaksanakan tugas yang bersifat konsultasi.

4. Tujuan utama Satuan Pemeriksaan Intern:

a. **Melaksanakan pengawasan internal di rumah sakit** (mengacu pada Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK 02.02/D/19857/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan tanggal 28 Desember 2023), bahwa Tugas dari Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit yaitu melaksanakan pengawasan internal di rumah sakit. Untuk memastikan pelaksanaan Sistem Pengendalian Intern

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

b. **Meningkatkan akuntabilitas dan tata kelola:** Memastikan kebijakan dan prosedur diikuti dengan benar, sumber daya digunakan secara efisien, dan menciptakan tata kelola yang akuntabel dan transparan.
c. **Memastikan kepatuhan:** Memverifikasi bahwa organisasi patuh terhadap semua hukum, regulasi, dan kebijakan yang berlaku, baik internal maupun eksternal.
d. **Mengevaluasi kinerja dan efektivitas:** Menilai efektivitas operasional, mengidentifikasi area yang perlu perbaikan, serta mengamankan aset dan harta kekayaan organisasi.
e. **Mendukung manajemen:** Menyediakan informasi, saran, dan rekomendasi yang objektif dan berbasis risiko untuk membantu manajemen dalam pengambilan keputusan yang lebih baik.
f. **Menciptakan akurasi dan efisiensi:** Memastikan keakuratan sistem informasi keuangan dan mendorong efisiensi serta produktivitas dalam operasional.

B. TUGAS DAN FUNGSI SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Tugas dari Satuan Pemeriksaan Internal yaitu melaksanakan pengawasan internal di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, 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;

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dalam melaksanakan tugas Satuan Pemeriksaan lnternal (SPl) 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 Pemerintahan/atau Aparat Pemeriksaan Ekstern Pemerintah; dan
5. mendampingi Aparat Pengawasan Intern Pemerintah dan/atau Aparat Pemeriksaan Ekstern Pemerintah dalam melakukan pengawasan.

Etika Auditor Internal:

Auditor internal harus memegang teguh prinsip kejujuran, integritas, objektivitas, dan loyalitas, serta menghindari konflik kepentingan untuk memastikan profesionalisme dalam menjalankan tugasnya.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA

SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL (SPI)



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

BAB III
PEDOMAN PEMERIKSAAN
(KEBIJAKAN, TATA LAKSANA DAN KEGIATAN PEMERIKSAAN)

A. LATAR BELAKANG

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) yaitu:

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). Pada dasarnya, pemeriksaan internal diarahkan untuk membantu seluruh anggota pimpinan, dengan pendekatan

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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 secara cermat, efisien dan efektif.

B. JENIS PEMERIKSAAN/JENIS AUDIT:

1. Audit kinerja;
2. Reviu laporan keuangan;
3. Pemantauan penerapan SPIPT;
4. Penilaian PIPK;
5. Pengawasan pengadaan barang dan jasa di rumah sakit;
6. Pengawasan pengelolaan keuangan rumah sakit;
7. Reviu atas usulan perencanaan penganggaran;
8. Reviu atas usulan kebutuhan BMN;
9. Pemantauan dan evaluasi SAKIP;
10. Pemantauan dan evaluasi atas kinerja pegawai;
11. Pemantauan LHKPN dan LHKASN;
12. Pemantauan dan evaluasi atas Pelaksanaan reformasi birokrasi dan zona integritas;
13. Reviu/Pengawasan atas pelaksanaan manajemen risiko;
14. Pemantauan atas tindak lanjut rekomendasi atas laporan hasil pengawasan; dan
15. Kegiatan konsultasi pengawasan.

C. PROGRAM KERJA TAHUNAN PEMERIKSAAN INTERNAL (PKTPI)

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;

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Untuk penentuan *Auditable* Unit Pengawasan Intern Berdasarkan Risiko Dan Pengukuran Kinerja Khusus (*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

Tabel1: Penentuan Auditable Unit Pengawasan Intern Berdasarkan Risiko Dan *Custome Measure*

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Untuk penentuan Kriteria Risiko Dan Pengukuran Kinerja Khusus (*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 : Kriteria Risiko Dan *Custome Measure*

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.																	

Tabel3: Penjadwalan Pengawasan Tahunan

D. STRATEGI PEMERIKSAAN INTERNAL

1. Lingkup Pemeriksaan Internal:
   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 ruanglingkup 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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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,

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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

5) Assurance

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:

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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 pihakpihak yang menerima laporan;
9) pelaporan informasi rahasia apabila ada.

a. 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:

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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 yangctidak 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;

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

c. pemborosan/ketidakhematan.
d. ketidaktaatan terhadap peraturan perundangundangan.
e. 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 Direkturdan 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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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 kegiatanconsulting tersebut disusun oleh masing-masing rumah sakit yang paling sedikit memuat komponen berikut:

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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 pada:

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 Pemeriksaan 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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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, termasuk di dalamnya menentukan bentuk dan metode pelaporan dengan pengguna hasil penugasan, membahas rancangan saran/rekomendasi dengan pengguna hasil penugasan,

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

dan menyampaikan komunikasi penugasan interim dan pendahuluan kepada pengguna hasil penugasan.

b) pendistribusian laporan hasil penugasan, termasuk melaksanakan prosedur monitoring dan tindak lanj

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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;

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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 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;

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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 buktibukti 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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

intern dengan standar, yang dikelompokan ke dalam 5 (lima) kategori simpulan, sebagai berikut:

No	Kategori Simpulan	Tingkat Kesesuaian	Interpretasi
1	Sangat Baik	90 - 100%	Tata kelola, praktik profesional, dan komunikasi APIP telah dirancang secaramemadai dan dijalankan secara efektifsesuai 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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

No	Kategori Simpulan	Tingkat Kesesuaian	Interpretasi
			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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

No	Kategori Simpulan	Tingkat Kesesuaian	Interpretasi
			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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

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.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

BAB V
PENUTUP

Hal-hal yang belum diungkapkan dalam kebijakan ini akan diatur lebih teknis melalui penetapan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan (SOP-AP) Pemeriksaan/Audit Internal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal : 24 Desember 2025
DIREKTUR UTAMA,



SHOLAHUDDIN RHATOMY

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).