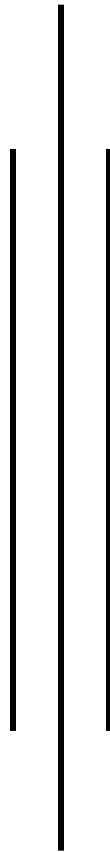


PEDOMAN AUDIT INTERNAL



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Untuk menilai kinerja pelayanan di Puskesmas dan Klinik perlu dilakukan audit internal. Dengan adanya audit internal akan dapat diidentifikasi kesenjangan kinerja yang menjadi masukan untuk melakukan perbaikan dan penyempurnaan baik pada sistem pelayanan maupun sistem manajemen.

Audit internal dilakukan oleh tim audit internal yang dibentuk oleh Kepala Puskesmas/Klinik dengan berdasarkan pada standar kinerja dan standar akreditasi yang digunakan.

B. TUJUAN AUDIT

Pada dasarnya audit merupakan instrumen bagi manajemen untuk membantu mencapai visi, misi dan tujuan organisasi dengan cara mendapatkan data dan informasi faktual dan signifikan berupa data, hasil analisa, penilaian, rekomendasi auditor sebagai dasar pengambilan keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan dan atau perubahan.

C. PENGERTIAN

Pengertian Audit

Audit merupakan kegiatan mengumpulkan informasi faktual dan signifikan melalui interaksi secara sistematis (pemeriksaan, pengukuran dan penilaian yang berujung pada penarikan kesimpulan), objektif dan terdokumentasi yang berorientasi pada azas penggalan nilai atau manfaat dengan cara membandingkan antar standar yang telah disepakati bersama dengan apa yang dilaksanakan/diterapkan di lapangan.

Audit merupakan proses yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan menilai secara objektif untuk menentukan sejauh mana kriteria audit telah dipenuhi.

Kriteria audit adalah kriteria yang digunakan untuk melakukan audit berdasarkan standar yang digunakan dalam penilaian audit.

D. MANFAAT AUDIT

Pengambilan keputusan untuk perbaikan, meningkatkan efisiensi dan efektifitas fungsi organisasi.

BAB II

AUDIT INTERNAL

Dikenal ada dua jenis audit, yaitu: audit eksternal dan audit internal. Audit eksternal adalah penilaian yang dilakukan oleh pihak di luar organisasi menggunakan standar tertentu. Akreditasi Puskesmas/Klinik merupakan salah bentuk audit eksternal yang dilakukan berdasarkan standar akreditasi oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Audit internal adalah suatu proses penilaian yang dilakukan di dalam suatu organisasi oleh auditor internal yang juga adalah karyawan yang bekerja pada organisasi tersebut, untuk kepentingan internal organisasi tersebut.

A. ESSENSI AUDIT

Untuk mencapai tujuan dan memperoleh manfaat tersebut, maka audit perlu dilaksanakan dengan pendekatan sebagai berikut:

- Proses interaktif
- Kegiatan sistematis: direncanakan, dikoordinasikan, dilaksanakan dan dikendalikan secara efisien
- Dilakukan dengan azas manfaat
- Dilakukan secara objektif
- Berpijak pada fakta dan kebenaran
- Melibatkan proses analisis/evaluasi/penilaian/pengujian
- Bermuara pada pengambilan keputusan
- Dilaksanakan berdasar azas/standar/kriteria tertentu
- Merupakan kegiatan berulang
- Menghasilkan laporan

B. AKTIFITAS AUDIT

Proses pelaksanaan audit terdiri dari kegiatan untuk: Memastikan (konfirmasi dan verifikasi); Menilai (mengevaluasi dan mengukur); dan Merekomendasi (memberikan saran/masukan). Ketiga kegiatan ini umumnya dilakukan oleh auditor dengan cara:

- Telaah dokumen

- Observasi
- Meminta penjelasan dari auditee (yang di-audit)
- Meminta peragaan dilakukan oleh auditee
- Membandingkan kenyataan dengan standar/kriteria
- Meminta bukti atas suatu kegiatan/transaksi
- Pemeriksaan secara fisik terhadap fasilitas
- Pemeriksaan silang (cross-check)
- Mengakses catatan yang disimpan auditee
- Mewawancarai auditee
- Menyampaikan angket survey
- Menganalisis data

MERENCANAKAN DAN MELAKSANAKAN AUDIT INTERNAL

A.TAHAPAN AUDIT INTERNAL.

Audit Internal dilaksanakan mengikuti empat tahapan sebagai berikut:

Tahap I : Penyusunan rencana audit: menentukan unit-unit kerja yang akan diaudit, tujuan audit, jadualan audit, dan menyiapkan instrumen audit

Tahap II: Tahap pengumpulan data dengan menggunakan instrumen audit yang disusun berdasarkan standar tertentu (misalnya standar akreditasi, standar/pedoman program, standar pelayanan minimal, standar/indikator kinerja) untuk mengukur tingkat kesesuaian terhadap standar tersebut.

Tahap III : Tahap analisis data audit, perumusan masalah, prioritas masalah, dan rencana tindak lanjut audit.

Tahap IV: Tahap pelaporan dan diseminasi hasil audit.

B.PENYUSUNAN RENCANA AUDIT.

Dalam menerencanakan audit harus ditetapkan

1. Tujuan audit: untuk melakukan penilaian kinerja dibandingkan dengan standar tertentu.
2. Lingkup audit: menjelaskan unit kerja yang akan diaudit
3. Objek audit: menjelaskan apa saja yang akan diaudit
4. Alokasi waktu: menjelaskan berapa lama audit akan dilakukan dan penjadualannya
5. Metoda audit: metoda yang akan digunakan pada saat melakukan audit
6. Persiapan audit: persiapan auditor, menetapkan kriteria audit, dan penyusunan instrumen audit.

C.PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data pada pelaksanaan audit dilakukan dengan berbagai metoda, antara lain adalah:

1. Mengamati proses pelaksanaan kegiatan
2. Meminta penjelasan kepada auditee
3. Meminta peragaan oleh auditee
4. Memeriksa dan menelaah dokumen

5. Memeriksa dengan menggunakan instrumen daftar tilik
6. Mencari bukti-bukti
7. Melakukan pemeriksaan silang
8. Mewawancarai auditee
9. Mencari informasi dari sumber luar
10. Menganalisis data dan informasi
11. Menarik Kesimpulan

D.ANALISIS DATA

Analisis data dilakukan dengan cara membandingkan fakta yang diperoleh pada waktu proses pengumpulan data dengan kriteria audit yang telah ditetapkan. Bila ditemukan kesenjangan antara fakta dengan kriteria audit, maka auditor bersama auditee melakukan analisis lebih lanjut untuk mengenal penyebab timbulnya kesenjangan.

E.PELAPORAN DAN DISEMINASI

Hasil audit internal harus dilaporkan kepada Kepala Puskesmas/Klinik dan kepada unit yang diaudit. Hasil audit juga dilaporkan pada saat rapat tinjauan manajemen untuk melaporkan hasil audit, tindak lanjut yang telah dilakukan, kendala dalam perbaikan sehingga dapat memperoleh dukungan manajemen dalam upaya perbaikan kinerja maupun perbaikan sistem manajemen/pelayanan.

BAB IV PELAPORAN

Hasil audit perlu dilaporkan kepada pucuk pimpinan dan kepada unit yang diaudit. Dalam laporan audit harus memuat:

1. Latar belakang dilakukan audit: menjelaskan mengapa perlu dilakukan audit
2. Tujuan audit: menjelaskan tujuan dilaksanakan audit
3. Lingkup audit: menjelaskan unit yang diaudit
4. Objek audit: menjelaskan apa saja yang diaudit
5. Standar/Kriteria yang digunakan untuk melakukan audit
6. Auditor: menjelaskan siapa yang melaksanakan kegiatan audit
7. Proses audit: menjelaskan metoda, proses pelaksanaan audit dan jadual pelaksanaan audit
8. Hasil dan analisis hasil audit: menjelaskan temuan audit dan analisis mengapa terjadi kesenjangan terhadap standar/kriteria yang ditetapkan
9. Rekomendasi dan batas waktu penyelesaian yang disepakati oleh auditee: berdasarkan hasil audit, auditor diwajibkan untuk memberikan rekomendasi perbaikan dengan adanya kesempatan dari pihak auditee untuk menyelesaikannya.

BAB IV

TINDAK LANJUT AUDIT

Berdasarkan rekomendasi yang diberikan oleh auditor internal berdasarkan hasil audit internal, unit kerja yang diaudit wajib melakukan tindak lanjut terhadap temuan audit dalam bentuk upaya-upaya perbaikan.

Setelah memperoleh laporan hasil audit, auditee harus mempelajari laporan audit tersebut, untuk kemudian menyusun rencana perbaikan. Rencana perbaikan disusun dengan batas waktu yang jelas, sehingga pelaksanaan perbaikan dapat dikerjakan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan atau disepakati bersama dengan auditor.

Pada saat pelaksanaan kegiatan perbaikan, auditor dapat melakukan monitoring kegiatan-kegiatan tindak lanjut yang dilakukan oleh auditee dan memberikan arahan atau bimbingan jika diperlukan.

Hasil perbaikan wajib dilaporkan oleh auditee kepada pucuk pimpinan dan disampaikan tembusan kepada auditor internal.

Contoh Formulir Rencana Audit Internal:

RENCANA AUDIT INTERNAL PUSKESMAS

I.Latar Belakang:

II.Tujuan audit:

III.Lingkup audit:

IV.Objek audit:

V.Jadual dan alokasi waktu

VI.Metoda audit:

VII.Kriteria audit:

VIII.Instrumen audit:

Lampiran:

Lampiran 1: Jadual audit internal

JADUAL AUDIT INTERNAL TAHUN.....												
<i>UNIT KERJA YANG DIAUDIT</i>	<i>JAN</i>	<i>PEB</i>	<i>MA R</i>	<i>AP R</i>	<i>MEI</i>	<i>JU NI</i>	<i>JUL I</i>	<i>AGT</i>	<i>SEP</i>	<i>OKT</i>	<i>NOP</i>	<i>DES</i>
Tim Audit												

Lampiran 2: Rencana audit.

UNIT	AUDITOR	KEGIATAN/ PROSES YANG DIAUDIT	STANDAR/KRITER IA YANG MENJADI ACUAN	TGL& WAKTU AUDIT I	TGL& WAKT U AUDIT II

UNIT	AUDITOR	KEGIATAN/ PROSES YANG DIAUDIT	STANDAR/KRITERIA YANG MENJADI ACUAN	TGL& WAKTU AUDIT I	TGL& WAKTU AUDIT II
MENGETAHUI, KETUA TIM AUDIT		, 20..... Anggota Tim Audit:		

Lampiran 3: Temuan Audit dan Rencana Tindak Lanjut

Proses		UNIT
--------	--	------

Kriteria Audit		
Bagian I : Detail Ketidaksesuaian		
Uraian Ketidaksesuaian	Bukti – Bukti Obyektif	Metode Audit
Bagian 2: Rencana tindak lanjut dari analisis akar permasalahan, tindakan koreksi dan perbaikan dengan waktu penyelesaian (Dapat menggunakan formulir tindakan perbaikan atau pencegahan)		
Analisis Akar Permasalahan (Bagaimana/Mengapa hal ini bisa terjadi?)		
Tindakan perbaikan dan waktu penyelesaian :		
Tindakan pencegahan supaya tidak terulang :		
Unit kerja:	Auditor	Audit
	Tanggal:	

Bagian 3 : Verifikasi/penilaian Auditor tentang rencana kegiatan :

--

Penanggung Jawab Manajemen Mutu	Kepala Puskesmas
---------------------------------	------------------