

**LAPORAN AUDIT INTERNAL I
PUSKESMAS PANDANWANGI
TAHUN 2024**



**PEMERINTAH KOTA MALANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PANDANWANGI
Jl. L.A. Sucipto No. 315 Telp. (0341) 484472
MALANG**

LAPORAN AUDIT INTERNAL UNIT ADMINISTRASI MANAJEMEN PUSKESMAS PANDANWANGI

I. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan perlu dikelola dengan baik berdasarkan konsep manajemen. Dalam perkembangan manajemen pelayanan kesehatan, berkembang penerapan konsep manajemen mutu yang bertujuan untuk memastikan institusi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada Tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yaitu dapat menimbulkan kepuasan sesuai kebutuhan dan harapan pengguna jasa serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu dan kinerja dapat dilakukan melalui kegiatan pemantauan dan penilaian kinerja secara periodik.

Monitoring dan penilaian kinerja Puskesmas dilakukan sebagai wujud akuntabilitas puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Berbagai mekanisme monitoring dan penilaian kinerja dilakukan baik melalui supervise, laporan capaian kinerja, audit, lokakarya mini bulanan, lokakarya mini triwulan, penilaian kinerja semester, dan penilai kinerja tahunan.

Audit internal merupakan salah satu mekanisme untuk menilai kinerja puskesmas yang dilakukan oleh tim audit internal yang dibentuk oleh Kepala Puskesmas berdasarkan standar atau kriteria atau target yang ditetapkan. Audit internal merupakan salah satu cara untuk menilai adanya upaya peningkatan mutu dan kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Audit merupakan proses yang mandiri, terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan menilai secara objektif dalam menentukan sejauh mana kriteria audit telah dipenuhi. Hasil audit internal dilaporkan kepada kepala FKTP dan Penanggungjawaban Mutu sebagai salah satu agenda yang akan dibahas dalam Pertemuan Tinjauan Manajemen. Kemudian, hasil audit internal harus ditindaklanjuti oleh unit pelayanan yang diaudit. Hasil audit tersebut dimanfaatkan untuk pengambilan Keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan dan perubahan untuk meningkatkan mutu dan kinerja organisasi.

Agar pelaksanaan audit internal dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka disusun rencana program audit.

II. Tujuan Audit

Melakukan penilaian terhadap kesesuaian sumberdaya, proses pelayanan dan kinerja pelayanan unit administrasi dan manajemen sebagai dasar untuk melakukan perbaikan mutu dan kinerja

III. Lingkup Audit

Unit yang diaudit adalah Unit Administrasi dan Manajemen. Unit Administrasi dan Manajemen terdiri 4 orang petugas dengan kompetensi sarjana kesehatan lingkungan, DIII akutansi, DIII gizi, dan SMA.

IV. Objek Audit

Hal-hal yang diaudit dalag segala hal terkait proses pelayanan di Unit Administrasi dan Manajemen mulai dari struktur organisasi, penyimpanan data pegawai dan pelaksanaan lokakarya mini bulanan. proses penulisan dan penyimpanan surat menyurat serta laporan keluar puskesmas.

V. Jadwal dan alokasi waktu (terlampir)

VI. Metode Audit

Metode yang digunakan adalah wawancara terhadap auditee, observasi dan telusur dokumen.

VII. Kriteria audit :

- a. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D.4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- b. Penilaian Kinerja Puskesmas

VIII. Instrumen Audit :

- a. Kriteria audit
- b. Daftar Pertanyaan
- c. Telusur Dokumen
- d. Temuan audit

IX. Proses Audit

Audit berjalan dengan lancar dan mendapatkan tanggapan yang baik dari seluruh auditee yang diaudit

LAPORAN AUDIT INTERNAL PROGRAM INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA) PUSKESMAS PANDANWANGI

I. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan perlu dikelola dengan baik berdasarkan konsep manajemen. Dalam perkembangan manajemen pelayanan kesehatan, berkembang penerapan konsep manajemen mutu yang bertujuan untuk memastikan institusi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada Tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yaitu dapat menimbulkan kepuasan sesuai kebutuhan dan harapan pengguna jasa serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu dan kinerja dapat dilakukan melalui kegiatan pemantauan dan penilaian kinerja secara periodik.

Monitoring dan penilaian kinerja Puskesmas dilakukan sebagai wujud akuntabilitas puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Berbagai mekanisme monitoring dan penilaian kinerja dilakukan baik melalui supervise, laporan capaian kinerja, audit, lokakarya mini bulanan, lokakarya mini triwulan, penilaian kinerja semester, dan penilai kinerja tahunan.

Audit internal merupakan salah satu mekanisme untuk menilai kinerja puskesmas yang dilakukan oleh tim audit internal yang dibentuk oleh Kepala Puskesmas berdasarkan standar atau kriteria atau target yang ditetapkan. Audit internal merupakan salah satu cara untuk menilai adanya upaya peningkatan mutu dan kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Audit merupakan proses yang mandiri, terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan menilai secara objektif dalam menentukan sejauh mana kriteria audit telah dipenuhi. Hasil audit internal dilaporkan kepada kepala FKTP dan Penanggungjawaban Mutu sebagai salah satu agenda yang akan dibahas dalam Pertemuan Tinjauan Manajemen. Kemudian, hasil audit internal harus ditindaklanjuti oleh unit pelayanan yang diaudit. Hasil audit tersebut dimanfaatkan untuk pengambilan Keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan dan perubahan untuk meningkatkan mutu dan kinerja organisasi.

Agar pelaksanaan audit internal dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka disusun rencana program audit.

II. Tujuan Audit

Melakukan penilaian terhadap kesesuaian sumberdaya, proses pelayanan dan kinerja pelayanan Program Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sebagai dasar untuk melakukan perbaikan mutu dan kinerja

III. Lingkup Audit

Unit yang diaudit adalah Program Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Pemegang program ISPA terdiri atas 1 orang petugas dengan kompetensi dokter umum.

IV. Objek Audit

Hal-hal yang diaudit dalam segala hal terkait proses pelayanan di Program Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) mulai dari promotif, preventif dan kuratif penanganan pasien ISPA, meliputi :

- Proses pelaksanaan pelayanan
- Proses penulisan diagnosis dan terapi rekam medis
- Pelaksanaan SOP
- Capaian kinerja pelayanan
- Proses pelaksanaan penyuluhan

V. Jadwal dan alokasi waktu (terlampir)

VI. Metode Audit

Metode yang digunakan adalah wawancara terhadap auditee, observasi dan telusur dokumen.

VII. Kriteria audit :

- a. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D.4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- b. Penilaian Kinerja Puskesmas
- c. SOP Influenza
- d. SOP Pneumonia

VIII. Instrumen Audit :

- a. Kriteria audit
- b. Daftar Pertanyaan
- c. Telusur Dokumen
- d. Temuan audit

IX. Proses Audit

Audit berjalan dengan lancar dan mendapatkan tanggapan yang baik dari seluruh auditee yang diaudit

LAPORAN AUDIT INTERNAL PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) PUSKESMAS PANDANWANGI

I. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan perlu dikelola dengan baik berdasarkan konsep manajemen. Dalam perkembangan manajemen pelayanan kesehatan, berkembang penerapan konsep manajemen mutu yang bertujuan untuk memastikan institusi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada Tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yaitu dapat menimbulkan kepuasan sesuai kebutuhan dan harapan pengguna jasa serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu dan kinerja dapat dilakukan melalui kegiatan pemantauan dan penilaian kinerja secara periodik.

Monitoring dan penilaian kinerja Puskesmas dilakukan sebagai wujud akuntabilitas puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Berbagai mekanisme monitoring dan penilaian kinerja dilakukan baik melalui supervise, laporan capaian kinerja, audit, lokakarya mini bulanan, lokakarya mini triwulan, penilaian kinerja semester, dan penilai kinerja tahunan.

Audit internal merupakan salah satu mekanisme untuk menilai kinerja puskesmas yang dilakukan oleh tim audit internal yang dibentuk oleh Kepala Puskesmas berdasarkan standar atau kriteria atau target yang ditetapkan. Audit internal merupakan salah satu cara untuk menilai adanya upaya peningkatan mutu dan kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Audit merupakan proses yang mandiri, terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan menilai secara objektif dalam menentukan sejauh mana kriteria audit telah dipenuhi. Hasil audit internal dilaporkan kepada kepala FKTP dan Penanggungjawaban Mutu sebagai salah satu agenda yang akan dibahas dalam Pertemuan Tinjauan Manajemen. Kemudian, hasil audit internal harus ditindaklanjuti oleh unit pelayanan yang diaudit. Hasil audit tersebut dimanfaatkan untuk pengambilan Keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan dan perubahan untuk meningkatkan mutu dan kinerja organisasi.

Agar pelaksanaan audit internal dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka disusun rencana program audit.

II. Tujuan Audit

Melakukan penilaian terhadap kesesuaian sumberdaya, proses pelayanan dan kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sebagai dasar untuk melakukan perbaikan mutu dan kinerja

III. Lingkup Audit

Unit yang diaudit adalah Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) terdiri atas 7 orang petugas dengan kompetensi bidan terampil dan 1 orang dokter penanggungjawab pelayanan KIA.

IV. Objek Audit

Hal-hal yang diaudit dalam segala hal terkait proses pelayanan di Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) mulai dari promotive, preventif dan kuratif pasien ibu hamil, meliputi :

- Proses pelaksanaan pelayanan
- Pelayanan pasien dengan komplikasi kehamilan
- Proses penulisan rekam medis ANC terpadu
- Pelaksanaan SOP
- Capaian kinerja pelayanan
- Proses pelaksanaan penyuluhan

V. Jadwal dan alokasi waktu (terlampir)

VI. Metode Audit

Metode yang digunakan adalah wawancara terhadap auditee, observasi dan telusur dokumen.

VII. Kriteria audit :

- a. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D.4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- b. Indikator Mutu Pelayanan
- c. SOP ANC Terpadu
- d. SOP Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal
- e. SOP Penatalaksanaan Preeklampsia
- f. SOP Kriteria Ibu Hamil Risiko Tinggi
- g. SOP Pemantauan P4K

VIII. Instrumen Audit :

- a. Kriteria audit
- b. Daftar Pertanyaan
- c. Telusur Dokumen
- d. Temuan audit

IX. Proses Audit

Audit berjalan dengan lancar dan mendapatkan tanggapan yang baik dari seluruh auditee yang diaudit

LAPORAN AUDIT INTERNAL STUNTING PUSKESMAS PANDANWANGI

I. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan perlu dikelola dengan baik berdasarkan konsep manajemen. Dalam perkembangan manajemen pelayanan kesehatan, berkembang penerapan konsep manajemen mutu yang bertujuan untuk memastikan institusi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Mutu pelayanan kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada Tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yaitu dapat menimbulkan kepuasan sesuai kebutuhan dan harapan pengguna jasa serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu dan kinerja dapat dilakukan melalui kegiatan pemantauan dan penilaian kinerja secara periodik.

Monitoring dan penilaian kinerja Puskesmas dilakukan sebagai wujud akuntabilitas puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Berbagai mekanisme monitoring dan penilaian kinerja dilakukan baik melalui supervise, laporan capaian kinerja, audit, lokakarya mini bulanan, lokakarya mini triwulan, penilaian kinerja semester, dan penilai kinerja tahunan.

Audit internal merupakan salah satu mekanisme untuk menilai kinerja puskesmas yang dilakukan oleh tim audit internal yang dibentuk oleh Kepala Puskesmas berdasarkan standar atau kriteria atau target yang ditetapkan. Audit internal merupakan salah satu cara untuk menilai adanya upaya peningkatan mutu dan kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Audit merupakan proses yang mandiri, terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan menilai secara objektif dalam menentukan sejauh mana kriteria audit telah dipenuhi. Hasil audit internal dilaporkan kepada kepala FKTP dan Penanggungjawaban Mutu sebagai salah satu agenda yang akan dibahas dalam Pertemuan Tinjauan Manajemen. Kemudian, hasil audit internal harus ditindaklanjuti oleh unit pelayanan yang diaudit. Hasil audit tersebut dimanfaatkan untuk pengambilan Keputusan, pengendalian manajemen, perbaikan dan perubahan untuk meningkatkan mutu dan kinerja organisasi.

Agar pelaksanaan audit internal dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka disusun rencana program audit.

II. Tujuan Audit

Melakukan penilaian terhadap kesesuaian sumberdaya, proses pelayanan dan kinerja Stunting sebagai dasar untuk melakukan perbaikan mutu dan kinerja

III. Lingkup Audit

Unit yang diaudit adalah pencegahan dan penurunan stunting. Pencegahan dan penurunan stunting terdiri dari dokter, bidan wilayah, nutrisisionis, sanitarian, dokter gigi dan lintas sektor. Unit gizi terdiri atas 2 orang petugas dengan kompetensi 1 orang nutrisisionis terampil dan 1 orang nutrisisionis mahir.

IV. Objek Audit

Hal-hal yang diaudit dalam segala hal terkait proses pelayanan pada stunting mulai dari promotive, preventif dan kuratif kasus stunting, meliputi :

- Proses pemeriksaan antropometri dan penentuan status gizi
- Proses pemeriksaan dan penanganan gangguan pertumbuhan bayi dan balita
- Pelaksanaan SOP
- Proses pematapan pemeriksaan antropometri kader
- Proses koordinasi pencegahan dan penanganan stunting lintas sektor
- Capaian kinerja pelayanan
- Proses pelaksanaan penyuluhan

V. Jadwal dan alokasi waktu (terlampir)

VI. Metode Audit

Metode yang digunakan adalah wawancara terhadap auditee, observasi dan telusur dokumen.

VII. Kriteria audit :

- a. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D.4871/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat
- b. Indikator Mutu Pelayanan
- c. SOP pemeriksaan antropometri
- d. SOP tatalaksana penentuan status gizi

VIII. Instrumen Audit :

- a. Kriteria audit
- b. Daftar Pertanyaan
- c. Telusur Dokumen
- d. Temuan audit

IX. Proses Audit

Audit berjalan dengan lancar dan mendapatkan tanggapan yang baik dari seluruh auditee yang diaudit