|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **AUDIT INTERNAL** |  |
| **SOP** | No Dokumen | : |  |
| No Revisi | : | 1 |
| Tanggal Terbit | : | 17 Januari 2020 |
| Halaman | : | 1 - 2 |
| **PUSKESMAS KERJO** |  | Tanda Tangan | : |  | Kepala UPT Puskemas Kerjo**dr.Siti Mahfudah**NIP.19770913 200604 2 020 |
|  |
| 1. Pengertian
 | Kegiatan mengumpulkan informasi faktual dan signifikan (dapat dipertanggungjawabkan) melalui interaksi secara sistematis (pemeriksaan, pengukuran dan penilaian yang berujung pada penarikan kesimpulan), obyektif dan terdokumentasi yang berorientasi pada azas penggalian nilai atau manfaat dengan cara membandingkan antar standar yang telah disepakati bersama dengan apa yang dilaksanakan/diterapkan di lapangan. |
| 1. Tujuan
 | Sebagai acuan petugas dalam menerapkan langkah-langkah melakukan audit internal  |
| 1. Kebijakan
 | Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Kerjo Nomer440.1/049.14.Adm/2019 tentang Tim Audit Internal UPT Puskesmas Kerjo. |
| 1. Referensi
 | Pedoman Audit Internal dan Pertemuan Tinjauan Manajemen Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Tahun 2018. |
| 1. Prosedur /

Langkah - Langkah | * + - 1. Menyusun rencana audit internal
			2. menyiapkan instrument audit
			3. Mengumpulkan data
			4. Menganalisis data audit
			5. Melaporkan dan diseminasi hasil audit
 |
| 1. Diagram Alir
 | - |
| 1. Unit Terkait
 | POKJA ADMENPOKJA UKPPOKJA UKM |
| 1. Dokumen terkait
 | Instrumen audit internal |
|  |
| 1. Rekaman histori perubahan
 |
| No | Yang Dirubah | Isi Perubahan  | Tgl Mulai diberlakukan |
| 1 | Format | Ada penambahan item diagram alir dan dokumen terkait | 17 Januari 2020 |
| 2 | Isi SOP | Ada perubahan di :* + - * 1. Tujuan SOP sebagai acuan dalam pelaksanaan audit internal
				2. Kebijakan SK Kepala Puskesmas semula nomer 512.51/176.43/2016

Menjadi SK Kepala Puskesmas nomer 440.1/049.14.Adm/2019* + - * 1. Prosedur langkah dibuat lebih simpel
 | 17 Januari 2020 |