



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.SOEGIRI LAMONGAN



PARIPURNA
TERAKREDITASI
PARIPURNA LARS DHP
2022

LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2024



LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2024

RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pengertian manajemen risiko merupakan suatu proses identifikasi, analisis, penilaian, pengendalian, dan upaya menghindari, meminimalisir atau bahkan menghapus risiko yang tidak dapat diterima. Risiko berhubungan dengan pendekatan atau metodologi dalam menghadapi ketidakpastian, dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) arti kata risiko adalah akibat yang kurang menyenangkan dari suatu tindakan. Ketidakpastian ini berupa ancaman, pengembangan strategi dan mitigasi risiko.

Manajemen risiko adalah suatu proses perencanaan, pengaturan, pimpinan, dan pengontrolan aktivitas sebuah organisasi. Penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dengan menggunakan pemberdayaan/ pengelolaan sumber daya. Manajemen risiko juga dapat disebut sebagai salah satu cara untuk mengorganisir suatu risiko yang nantinya akan dihadapi baik itu sudah diketahui atau belum diketahui yang tidak terpikirkan dengan memindahkan risiko kepada pihak lain atau mengurangi efek negatif dari risiko dan menampung baik sebagian atau semua konsekuensi risiko dari beberapa aktifitas manusia. Dimana proses manajemen risiko yang meliputi penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dengan menggunakan pemberdayaan/ pengelolaan sumberdaya.

Berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Dr. Soegiri dalam mendorong percepatan terwujudnya sasaran RPJMD yaitu “Meningkatnya Kualitas dan Aksesibilitas Kesehatan Masyarakat”, dengan indikator sasaran: “Indeks Kesehatan”, maka sasaran RPJMD ini dijadikan sebagai landasan **tujuan RSUD Dr. Soegiri yaitu “Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan”**, dengan indikator tujuan **“Indeks Kesehatan”**.

RSUD Dr. Soegiri merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan, dalam melaksanakan urusan kesehatan, mempunyai 2 (dua) sasaran strategis, yaitu :

- 1) Terjaminnya kualitas pelayanan kesehatan, dengan indikator “Capaian IKM (Indeks Kepuasan Masyarakat) RS”
- 2) Meningkatnya manajemen internal perangkat daerah, dengan indikator

“Nilai SAKIP RSUD Dr. Soegiri”

Untuk mencapai 2 (dua) sasaran strategis tersebut di dukung oleh 2 (dua) program dan 3 (tiga) kegiatan serta 3 (tiga) sub kegiatan. Dalam menjalankan sasaran strategis, program, kegiatan, dan sub kegiatan tentunya akan ada faktor kegagalan maupun keberhasilan yang harus diperhitungkan di awal perencanaan. Oleh sebab itu, RSUD Dr. Soegiri perlu untuk melaksanakan manajemen risiko, sehingga diharapkan ketidakpastian yang menimbulkan kerugian dapat diminimalisir atau bahkan dapat dihilangkan karena setiap kegiatan pasti ada risiko yang akan ditimbulkan. Setiap unit pemilik risiko bertanggung jawab atas risiko yang dimiliki dengan melakukan penilaian risiko dan menyusun rencana tindak pengendalian risiko masing-masing.

B. Dasar Hukum

1. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
2. Peraturan Deputi Bidang Pengawasan Penyelenggaraan Keuangan Daerah Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Pedoman Pengelolaan Risiko pada Pemerintah Daerah;
3. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 39 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
4. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 37 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
5. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 17 Tahun 2022 tentang Pedoman Pengelolaan Risiko di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
6. Surat Keputusan Direktur RSUD Dr. Soegiri Nomor 188/95.1/KEP/413.209/2024 tentang Penilaian Manajemen Risiko Pada RSUD Dr. Soegiri.

C. Maksud dan Tujuan

Bagian ini berisi maksud dan tujuan dilakukannya pengelolaan risiko di pemerintah daerah. Manajemen risiko diterapkan dengan maksud untuk menyediakan informasi risiko bagi organisasi sehingga organisasi dapat

melakukan upaya agar risiko tersebut tidak terjadi atau mengurangi dampaknya. Penerapan manajemen risiko khususnya pada Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon II serta Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon III dan IV bertujuan untuk:

- a) Mengelola risiko dalam mencapai sasaran strategis organisasi pemerintah;
- b) Meningkatkan kemungkinan pencapaian sasaran strategis organisasi dan peningkatan kinerja;
- c) Mendorong manajemen yang proaktif dan antisipatif;
- d) Memberikan dasar yang kuat bagi pengambilan keputusan dan perencanaan;
- e) Meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi;
- f) Meningkatkan ketahanan organisasi;
- g) Meningkatkan efektivitas alokasi dan efisiensi penggunaan sumberdaya organisasi serta meningkatkan kepercayaan para pemangku kepentingan.

D. Ruang Lingkup

Manajemen risiko pada RSUD Dr. Soegiri dilakukan dengan ruang lingkup dokumen, sumber daya manusia, dan lingkungan yang meliputi :

- Penentuan konteks kegiatan yang akan dikelola risikonya;
Pengelolaan risiko yang dikelola meliputi risiko dalam pencapaian tujuan, sasaranstrategis organisasi, dan target indikator kinerja kegiatan.
- Identifikasi risiko;
Merupakan proses menetapkan apa, dimana, kapan, mengapa, dan bagaimana sesuatu dapat terjadi sehingga dapat berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan.
- Analisis risiko;
Adalah proses penilaian terhadap risiko yang telah teridentifikasi dalam rangka mengestimasi kemungkinan munculnya dan besaran dampaknya untuk menetapkan level atau status risikonya.
- Evaluasi risiko;
Adalah rangkaian membandingkan hasil atau prestasi suatu kegiatan dengan standar, rencana, atau yang telah ditetapkan dan menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan suatu kegiatan dalam mencapai tujuan.
- Pengendalian risiko;

Rencana tindak pengendalian adalah uraian tentang kegiatan pengendalian yang akan dilakukan oleh Perangkat Daerah.

- Pemantauan dan telaah ulang;
Melaksanakan reviu yaitu penelaahan ulang bukti-bukti suatu kegiatan untuk memastikan bahwa kegiatan tersebut telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan, standar, rencana, atau norma yang telah ditetapkan.
- Koordinasi dan komunikasi.
Melaksanakan koordinasi dan komunikasi dengan semua pemilik risiko.

II. PERBAIKAN LINGKUNGAN PENGENDALIAN YANG DIHARAPKAN

A. Kondisi Lingkungan Pengendalian Saat Ini

Bagian ini berisi hasil penilaian awal dan hasil survei persepsi, yang selanjutnya disampaikan kondisi lingkungan pengendalian urusan kesehatan.

Tabel 1. Simpulan Berdasarkan Dokumen (SID)

NO	KLASIFIKASI	SUMBER DATA	URAIAN KELEMAHAN
1	Penegakan IntegritasDan Nilai Etika	SK Direktur tentang Kode Etik Pegawai	Monitoring dan Evaluasi pemberian reward dan punishment lebih dioptimalkan
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	Analisa Jabatan	Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja RSUD Dr. Soegiri Lamongan	Evaluasi terkait penilaian LHE belum optimal (Pemanfaatan Reviu)
4	Pembentukan Struktur OrganisasiYang Sesuai Dengan Kebutuhan	Peraturan Bupati tentang Tata Kelola RSUD Dr. Soegiri Nomor 59 Tahun 2023 Tentang Kedudukan, Sususunan Organisai, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja RSUD Dr. Soegiri Lamongan	Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi
5	Pendelegasian WewenangDan TanggungJawab Yang Tepat	Disposisi Pimpinan dan SK Direktur tentang Penunjukkan PPK dan PPTK	Masih ada Pejabat yang belum mempunyai sertifikat pengadaan barang dan jasa
6	Penyusunan DanPenerapan KebijakanYang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Penambahan Bidang baru yaitu Pengembangan RS	Jabatan Fungsional pada Bidang Pengembangan RS belum terpenuhi sehingga pemenuhan tugas belum maksimal

NO	KLASIFIKASI	SUMBER DATA	URAIAN KELEMAHAN
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif	SK Direktur tentang Pembentukan SPI RSUD Dr. Soegiri Lamongan	Kompetensi Tim SPI RS belum memadai
8	Hubungan Kerja Yang Baik Dengan Instansi Pemerintah Terkait	MOU RSUD Dr. Soegiri Lamongan dengan instansi terkait	Kurangnya evaluasi terkait kerjasama yang sudah berjalan

Sedangkan hasil survei persepsi terhadap lingkungan pengendalian dapat dilihat pada tabel 2 dan tabel 3.

Tabel 2. Simpulan Berdasarkan Dokumen (SID)

NO	KLASIFIKASI	RATA-RATA HASIL SURVEI PERSEPSI
1	Penegakan Integritas Dan Nilai Etika	4
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	3
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	4
4	Pembentukan Struktur Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan	4
5	Pendelegasian Wewenang Dan Tanggung Jawab Yang Tepat	4
6	Penyusunan Dan Penerapan Kebijakan Yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	3
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif	4
8	Hubungan Kerja Yang Baik Dengan Instansi Pemerintah Terkait	3

Keterangan Jawaban:

1	Tidak Setuju/ Belum Ada/ Belum Dibangun
2	Kurang Setuju/ Telah Dibangun/ Diterapkan, Akan Tetapi Belum Konsisten
3	Setuju/ Sudah Dibangun Atau Diterapkan Dengan Baik,Tapi Masih Bisa Ditingkatkan
4	Sangat Setuju/ Sudah Dibangun Atau Diterapkan Dengan Baik Dan Dapat Ditularkan Ke Organisasi Lain

Tabel 3.Simpulan Hasil Survei Persepsi terhadap Lingkungan Pengendalian

NO	SUB UNSUR	HASIL REVIEW DOKUMEN		HASIL SURVEI PERSEPSI	
		HASIL	URAIAN	HASIL	URAIAN
1	Penegakan Integritas Dan Nilai Etika	Memadai	Monitoring dan Evaluasi pemberian reward dan punishment lebih dioptimalkan	Memadai	
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	Memadai	Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi	Memadai	Ada jabatan fungsional yang diisi dengan penunjukan SK Direktur
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	Memadai	Evaluasi terkait penilaian LHE belum optimal (Pemanfaatan Reviu)	Memadai	Telah dilaksanakan
4	Pembentukan Struktur Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan	Memadai	Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi	Memadai	
5	Pendelegasian Wewenang Dan Tanggung Jawab Yang Tepat	Memadai	Masih ada Pejabat yang belum mempunyai sertifikat pengadaan barang dan jasa	Memadai	Telah dilaksanakan tribulan I
6	Penyusunan Dan Penerapan Kebijakan Yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Memadai	Jabatan Fungsional pada Bidang Pengembangan RS belum terpenuhi sehingga pemenuhan tugas belum maksimal	Memadai	
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif	Memadai	Kompetensi Tim SPI RS belum memadai	Memadai	
8	Hubungan Kerja Yang Baik Dengan Instansi Pemerintah Terkait	Memadai	Kurangnya evaluasi terkait kerjasama yang sudah berjalan	Memadai	

B. Rencana Perbaikan Lingkungan Pengendalian

Bagian ini berisi tentang strategi yang akan dilakukan guna memperbaiki Lingkungan pengendalian yang mendukung penciptaan budaya pengelolaan risiko.

Dari kondisi lingkungan pengendalian saat ini perlu untuk diidentifikasi kembali tentang pengendalian yang kurang memadai guna memperbaiki

lingkungan pengendalian untuk kemudian disusun rencana tindak perbaikan lingkungan pengendalian. Untuk lebih jelasnya bagaimana kondisi lingkungan yang ada saat ini dengan pengendalian yang sudah ada baik itu yang dianggap kurang memadai serta bagaimana rencana tindak perbaikan lingkungan pengendalian yang akan dilakukan, dapat diuraikan sesuai **Tabel 4. Rencana Penilaian Kegiatan RTP Control Environment Evaluation (CEE)**

Tabel 4.
Rencana Penilaian Kegiatan RTP Control Environment Evaluation (CEE)
Formulir Kertas Kerja Penilaian Atas Kegiatan Pengendalian Yang Ada Dan Masih Dibutuhkan

No	Kondisi Lingkungan	Rencana Tindak Perbaikan Lingkungan Pengendalian	Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	2	3	4	5
1	Monitoring dan Evaluasi pemberian reward dan punishment lebih dioptimalkan	Meningkatkan koordinasi antar bidang yang terkait penegakan etik	Bagian Kepegawaian	Januari-Desember 2024
2	Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi	Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN	Direktur	Maret 2024
3	Evaluasi terkait penilaian LHE belum optimal (Pemanfaatan Reviu)	Pelaporan capaian kinerja setiap bulan	Semua Bagian/ Bidang	Januari-Desember 2024
4	Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi	Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN	Direktur	Maret 2024
5	Masih ada Pejabat yang belum mempunyai sertifikat pengadaan barang dan jasa	Pengusulan diklat pengadaan barang dan jasa	Bidang Pengembangan RS	Januari-Desember 2024
6	Jabatan Fungsional pada Bidang Pengembangan RS belum terpenuhi sehingga pemenuhan tugas belum maksimal	Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN	Direktur	Maret 2024
7	Kompetensi Tim SPI RS belum memadai	Pengusulan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi Tim SPI	Bidang Pengembangan RS	Januari-Desember 2024
8	Kurangnya evaluasi terkait kerjasama yang sudah berjalan	Evaluasi MOU yang sudah berjalan	Bagian Humas	Januari-Desember 2024

III. PENILAIAN RISIKO DAN RENACNA TINDAK PENGENDALIAN

A. Penetapan Konteks/Tujuan

Berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Dr. Soegiri dalam mendorong percepatan terwujudnya sasaran RPJMD yaitu “Meningkatnya Kualitas dan Aksesibilitas Kesehatan Masyarakat”, dengan indikator sasaran: “Indeks Kesehatan”, maka sasaran RPJMD ini dijadikan sebagai landasan **tujuan RSUD Dr. Soegiri yaitu “Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan”**, dengan indikator tujuan **“Indeks Kesehatan”**.

RSUD Dr. Soegiri merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan, dalam melaksanakan urusan kesehatan, mempunyai 2 (dua) sasaran strategis, yaitu :

- 3) Terjaminnya kualitas pelayanan kesehatan, dengan indikator “Capaian IKM (Indeks Kepuasan Masyarakat) RS”
- 4) Meningkatnya manajemen internal perangkat daerah, dengan indikator “Nilai SAKIP RSUD Dr. Soegiri”

Untuk mencapai 2 (dua) sasaran strategis tersebut di dukung oleh 2 (dua) program dan 3 (tiga) kegiatan serta 3 (tiga) sub kegiatan, terdiri dari :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, dengan indikator “Nilai IKM Internal”

Kegiatan:

- a. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah, dengan indikator “Jumlah ASN”.

Sub Kegiatan : Peneydiaan gaji dan tunjangan ASN, dengan indikator “Jumlah orang yang menerima gaji dan tunjangan ASN”

- b. Peningkatan Pelayanan BLUD, dengan indikator “Jumlah kungna RS”.

Sub kegiatan : Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD, dengan indikator “Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan”

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan upaya Kesehatan Masyarakat, dengan indikator “Prosentase SPM yang memenuhi standart”

Kegiatan :

- a. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota, dengan indikator “Prosentase BOR RS”.

Sub kegiatan : Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan, dengan indikator “Jumlah alat

kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan”.

B. Hasil Identifikasi Risiko

Bagian ini berisi hasil diskusi unit pemilik terhadap atribut-atribut risiko (uraian risiko, pemilik risiko, penyebab risiko, sumber risiko, sifat penyebab risiko apakah dapat dikendalikan (controllable) atau tidak dapat dikendalikan (uncontrollable) oleh pemilik risiko, dampak risiko, serta penerima dampak risiko).

Dari perumusan tujuan, sasaran strategis, program dan kegiatan sebagaimana tersebut di atas, pemilik risiko dari masing-masing bidang/bagian di RSUD Dr. Soegiri dapat mengidentifikasi risiko yang mungkin terjadi sesuai dengan level indikator kinerjanya masing-masing. Sehingga dapat dirumuskan kemungkinan risiko yang akan terjadi, penyebab risiko, sumber risiko baik dari internal ataupun eksternal, apakah dapat dikendalikan atau tidak, kemudian dampak yang akan terjadi dan pihakmana saja yang akan terkena dampak tersebut.

Untuk lebih jelasnya hasil identifikasi risiko tersebut dapat diuraikan dalam **Tabel 5. KertasKerja Strategis (KKS) OPD** dan **Tabel 6. Kertas Kerja Operasional (KKO) OPD**.

Tabel 5. Kertas Kerja Strategis (KKS) OPD

No	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		C/UC	Dampak	
		Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
1	Capaian IKM	Belum optimalnya penerapan Rekam Medis Elektronik	RSO.24.02.34.01	Direktur	1. Kurangnya SDM IT 2. Belum terpenuhinya sarana dan prasarana	Internal	C	Efektifitas dan Efisiensi Layanan belum optimal	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat
2	Nilai SAKIP	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal belum optimal	RSO.24.02.34.02	Direktur	1. Evaluasi kinerja tidak dilaporkan secara rutin (perbulan)	Internal	C	1. Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap akuntabilitas kinerja RSUD Dr. Soegiri menurun 2. Capaian kinerja nilai SAKIP RSUD Dr. Soegiri turun	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat

Tabel 6. Kertas Kerja Operasional (KKO) OPD

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/UC	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
1	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah laporan pembayaran klaim	Pelaporan	Pelaporan tidak tepat waktu	ROO.24.02.34.01	Kepala Bagian Keuangan	1. Kurangnya SDM Instalasi Penjaminan 2. Kurangnya penyelenggaraan pelatihan Coding	Internal dan Eksternal	C	Pembayaran klaim BPJS mundur	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat
2	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah laporan pembayaran klaim	Pemantauan dan Evaluasi	Konfirmasi verifikasi BPJS berulang	ROO.24.02.34.02	Kepala Bidang Pelayanan	Evaluasi intern dilakukan setelah proses pengajuan klaim	Internal	C	1. Pembayaran klaim BPJS mundur 2. Terdapat koreksi pembayaran klaim	RSUD Dr. Soegiri

C. Hasil Analisis Risiko

Bagian ini berisi skala risiko, matriks risiko, Hasil Analisis Risiko sesuai Urutan Kategori serta RTP yang merupakan hasil dari analisis dampak dan kemungkinan dari risiko yang sudah diidentifikasi.

Setelah tahapan identifikasi risiko kemudian dilakukan analisis risiko sesuai urutan kategori serta RTP yang merupakan hasil dari analisis dampak dan kemungkinan dari risiko yang sudah diidentifikasi. Dari setiap risiko prioritas akan dianalisis untuk mengetahui celah pengendalian yang sudah ada kemudian akan dilakukan perbaikan dengan menyusun strategi/ rencana tindak pengendalian yang baru dengan sekaligus menentukan target waktu penyelesaiannya dalam kurun waktu setahun.

Untuk menentukan kategori risiko dilakukan survei terhadap sebagian besar pegawai RSUD Dr. Soegiri sehingga menghasilkan urutan kategori dari seluruh kemungkinan risiko yang akan terjadi. Untuk lebih jelasnya mengenai hasil analisis risiko ini dapat diuraikan pada Tabel 7. Nilai Rata-Rata Hasil Survei Kertas Kerja Manajemen Risiko Tahun 2024.

Tabel 7.
Nilai Rata-Rata Hasil Survei Kertas Kerja Manajemen Risiko Tahun2024.

No	“Risiko” yang Teridentifikasi	Kode Risiko	Analisis Risiko		
			Skala Dampak *)	Skala Kemungkinan *)	Skala Risiko
Risiko Strategis OPD					
1	Belum optimalnya penerapan Rekam Medis Elektronik	RSO.24.02.34.01	5	5	25
2	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal belum optimal	RSO.24.02.34.02	4	4	16
Risiko Operasional OPD					
1	Pelaporan tidak tepat waktu	ROO.24.02.34.01	3	3	9
2	Konfirmasi verifikasi BPJS berulang	ROO.24.02.34.02	3	3	9

Adapun skala kemungkinan dan dampak yang dipergunakan dalam penilaian risiko sebagaimana pada **Tabel 8. Skala Kemungkinan Dan Dampak** sebagai berikut.

Tabel 8. Skala Kemungkinan Dan Dampak

TINGKAT KEMUNGKINAN		TINGKAT DAMPAK				
URAIAN	KEMUNGKINAN	SANGAT KECIL	KECIL	SEDANG	BESAR	SANGAT BESAR
		1	2	3	4	5
(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
SANGAT SERING	5	5	10	15	20	25
SERING	4	4	8	12	16	20
CUKUP SERING	3	3	6	9	12	15
JARANG	2	2	4	6	8	10
SANGAT JARANG	1	1	2	3	4	5

D. Pengendalian yang Sudah Dilakukan

Bagian ini berisi hasil identifikasi terhadap pengendalian yang sudah ada yang terkait dengan risiko yang diprioritaskan untuk ditangani (dikelola) dari hasil analisis risiko.

Hasil identifikasi terhadap pengendalian yang sudah ada di RSUD Dr. Soegiri yang terkait dengan risiko yang diprioritaskan untuk ditangani (dikelola) dari hasil analisis risiko pada **Tabel 9. Pengendalian Risiko Yang Sudah Dilakukan**, sebagai berikut :

Tabel 9. Pengendalian Risiko Yang Sudah Dilakukan

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian
1	Belum optimalnya penerapan Rekam Medis Elektronik	Mengerjakan modul RME sesuai uraian prioritas	1.Kurangnya SDM IT 2.Belum terpenuhinya sarana prasarana
2	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal belum optimal	Pelaporan evaluasi kinerja pertribulan melalui aplikasi	Pelaporan evaluasi kinerja pertribulan belum maksimal
3	Pelaporan tidak tepat waktu	Penetapan Instalasi Penjaminan	Kurangnya SDM Instalasi Penjaminan
4	Konfirmasi verifikasi BPJS berulang	Sosialisasi tentang prosedur klaim dan evaluasi pelayanan terhadap klaim	Ketentuan prosedur klaim yang sangat dinamis

E. Pengendalian yang masih dibutuhkan

Hasil identifikasi pengendalian yang masih dibutuhkan atau perlu dibangun untuk masing- masing risiko prioritas karena masih ada celah pengendalian dari pengendalian yang sudah dilakukan sebagaimana diuraikan pada **Tabel 10. Pengendalian Yang Masih Dibutuhkan**, sebagai berikut :

Tabel 10. Pengendalian Yang Masih Dibutuhkan

No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	Belum optimalnya penerapan Rekam Medis Elektronik	Pengadaan aplikasi, sarana dan prasarana RME	Direktur	Tribulan 4
2	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal belum optimal	Membuat pelaporan evaluasi kinerja tiap bulan	Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Setiap Bulan
3	Pelaporan tidak tepat waktu	1. Penambahan SDM Instalasi Penjaminan 2. Pengajuan pelatihan Coding	Kepala Bagian Keuangan	Tribulan 4
4	Konfirmasi verifikasi BPJS berulang	Pembuatan dan sosialisasi kepatuhan terhadap SPO yang berlaku	Kepala Bidang Pelayanan	Tribulan 4

Sedangkan Formulir Kertas Kerja Analisa Risiko/ RTP Risk Dan Penilaian Atas Kegiatan Pengendalian Yang Ada Dan Masih Dibutuhkan secara lengkap akan di sajikan pada **Tabel 11. Formulir Kertas Kerja Analisa Risiko/RTP Risk Penilaian Atas Kegiatan Pengendalian Yang Ada Dan Masih Dibutuhkan**.

Tabel 11
Formulir Kertas Kerja Analisa Risiko/RTP Risk
Penilaian Atas Kegiatan Pengendalian yang Ada dan Masih Dibutuhkan

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	Belum optimalnya penerapan Rekam Medis Elektronik	RSO.24.02.3 4.01	Mengerjakan modul RME sesuai uraian prioritas	1.Kurangnya SDM IT 2.Belum terpenuhinya sarana prasarana	Pengadaan aplikasi, sarana dan prasarana RME	Direktur	Tribulan 4
2	Evaluasi Akuntabilit as Kinerja Internal belum optimal	RSO.24.02.3 4.02	Pelaporan evaluasi kinerja pertribulan melalui aplikasi	Pelaporan evaluasi kinerja pertribulan belum maksimal	Membuat pelaporan evaluasi kinerja tiap bulan	Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Setiap Bulan
3	Pelaporan tidak tepat waktu	ROO.24.02.3 4.01	Penetapan Instalasi Penjaminan	Kurangnya SDM Instalasi Penjaminan	1. Penambahan SDM Instalasi Penjaminan 2. Pengajuan pelatihan Coding	Kepala Bagian Keuangan	Tribulan 4
4	Konfirmasi verifikasi BPJS berulang	ROO.24.02.3 4.02	Sosialisasi tentang prosedur klaim dan evaluasi pelayanan terhadap klaim	Ketentuan prosedur klaim yang sangat dinamis	Pembuatan dan sosialisasi kepatuhan terhadap SPO yang berlaku	Kepala Bidang Pelayanan	Tribulan 4

IV. RANCANGAN INFORMASI DAN KOMUNIKASI

Bagian ini berisi rancangan informasi dan komunikasi yang dibutuhkan agar pihak-pihak yang terlibat dalam pengendalian mengetahui keberadaan dan menjalankan pengendalian sesuai yang diinginkan.

Rancangan informasi dan komunikasi berisi informasi terkait kegiatan pengendalian yang dibutuhkan, media/bentuk sarana, penyedia informasi dan penerima informasi, rencana waktu pelaksanaan dan realisasi waktu pelaksanaan.

Agar lebih jelas untuk mengetahui rancangan informasi dan komunikasi pengendalian risiko ini dapat diuraikan dalam **Tabel 12. Formulir Kertas Kerja Pengkomunikasian Pengendalian Yang Dibangun.**

Tabel 12
Formulir Kertas Kerja Pengkomunikasian Pengendalian Yang Dibangun

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
1	Pengadaan aplikasi, sarana dan prasarana RME	Laporan kegiatan	Tim Rekam Medis Elektronik	Internal	Januari-Desember 2024	Januari-Desember 2024	-
2	Membuat pelaporan evaluasi kinerja tiap bulan	Laporan	Bagian dan Bidang	Internal dan Eksternal	Setiap Bulan	Setiap Bulan	-
3	1. Penambahan SDM Instalasi Penjaminan 2. Pengajuan pelatihan Coding	SK SDM Instalasi Penjaminan dan Usulan Pelatihan	Bagian Keuangan	Internal	Januari-Desember 2024	Januari-Desember 2024	-
4	Pembuatan dan sosialisasi kepatuhan terhadap SPO yang berlaku	SPO	Bidang Pelayanan	Internal	Januari-Desember 2024	Januari-Desember 2024	-

V. RANCANGAN PEMANTAUAN

Bagian ini berisi mekanisme pemantauan yang akan dijalankan untuk memastikan bahwa risiko dapat dipantau keterjadiannya dan pengendaliannya yang telah dirancang dilaksanakan dan berjalan efektif.

Pada rancangan pemantauan ini berisi informasi mengenai kegiatan pengendalian yang dibutuhkan, bentuk/ metode pemantauan yang diperlukan, penanggung jawab pemantauan, rencana waktu pelaksanaan pemantauan, dan realisasi waktu pelaksanaan dalam kurun waktu setahun. Rancangan pemantauan risiko ini dapat diuraikan secara detail dalam **Tabel 13. Formulir Kertas Kerja Rencana Monitoring PI Rancangan Pemantauan Atas Pengendalian Intern.**

Tabel 13
Formulir Kertas Kerja Rencana Monitoring PI
Rancangan Pemantauan Atas Pengendalian Intern

No	Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan	Penanggung jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
1	Pengadaan aplikasi, sarana dan prasarana RME	Usulan dan laporan pengadaan	Tim Rekam Medis Elektronik	Tribulan 4	Januari-Desember 2024	-
2	Membuat pelaporan evaluasi kinerja tiap bulan	Laporan	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Setiap Bulan	Setiap Bulan	-
3	1. Penambahan SDM Instalasi Penjaminan 2. Pengajuan pelatihan Coding	SK unit penjaminan dan Pengajuan pelatihan Coding	Kepala Bagian Keuangan	Tribulan 4	Januari-Desember 2024	-
4	Pembuatan dan sosialisasi kepatuhan terhadap SPO yang berlaku	Laporan	Kepala Bidang Pelayanan	Tribulan 4	Januari-Desember 2024	-

VI. PENUTUP

Dari hasil rencana kegiatan-kegiatan pengendalian terhadap risiko yang akan dilaksanakan dapat disimpulkan bahwa peranan unit pengenali risiko sangat penting dalam pengelolaan risiko, dimulai dari identifikasi risiko, pelaksanaan kegiatan, penyusunan rencana tindak pengendalian dan pemantauan.

Sebagai tindak lanjut dari monitoring pengelolaan risiko pada periode tahun lalu sebagai perbaikan untuk penerapan pengelolaan risiko periode tahun ini guna meningkatkan kinerja RSUD Dr. Soegiri, kemudian akan dilakukan evaluasi dan reviu terhadap rencana tindak pengendalian secara terpadu.

DIREKTUR
RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN



dr. MOH. CHAIDIR ANNAS, M.MKes
Pembina Utama Muda
NIP. 19661113 199703 1 002