



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.SOEGIRI LAMONGAN



LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2025



LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2025

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, pemimpinan, 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 sumber daya.

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 Integritas Dan 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 Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan | Peraturan Bupati tentang Tata Kelola RSUD Dr. Soegiri Nomor 59 Tahun 2023 Tentang Kedudukan, Sususunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja RSUD Dr. Soegiri Lamongan | Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi |
| 5 | Pendelegasian Wewenang Dan Tanggung Jawab 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 Dan Penerapan Kebijakan Yang 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 |
| 7 | Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif | SK Direktur tentang Pembentukan SPI RSUD Dr. Soegiri Lamongan | Kompetensi Tim SPI RS belum memadai |

| NO | KLASIFIKASI | SUMBER DATA | URAIAN KELEMAHAN |
|----|---|---|--|
| 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 2025 |
| 2 | Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi | Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN | Direktur | Maret 2025 |
| 3 | Evaluasi terkait penilaian LHE belum optimal (Pemanfaatan Reviu) | Pelaporan capaian kinerja setiap bulan | Semua Bagian/ Bidang | Januari-Desember 2025 |
| 4 | Masih adanya Jabatan Fungsional yang belum terpenuhi | Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN | Direktur | Maret 2025 |
| 5 | Masih ada Pejabat yang belum mempunyai sertifikat pengadaan barang dan jasa | Pengusulan diklat pengadaan barang dan jasa | Bidang Pengembangan RS | Januari-Desember 2025 |
| 6 | Jabatan Fungsional pada Bidang Pengembangan RS belum terpenuhi sehingga pemenuhan tugas belum maksimal | Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN | Direktur | Maret 2025 |
| 7 | Kompetensi Tim SPI RS belum memadai | Pengusulan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi Tim SPI | Bidang Pengembangan RS | Januari-Desember 2025 |
| 8 | Kurangnya evaluasi terkait kerjasama yang sudah berjalan | Evaluasi MOU yang sudah berjalan | Bagian Humas | Januari-Desember 2025 |

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 : Penyediaan gaji dan tunjangan ASN, dengan indikator “Jumlah orang yang menerima gaji dan tunjangan ASN”

- b. Peningkatan Pelayanan BLUD, dengan indikator “ Jumlah kunjungan 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 | Nilai SAKIP | Pelaporan RS tidak tepat secara kualitas dan tepat waktu | RSO.25.0 2.34.01 | Wadir Umum dan Keuangan | Data dari ERM belum tepat (input, proses dan output) | Internal | C | 1. Proses ekklaim JKN terhambat | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| | | | | | | | | 2. Proses penilaian rekam medis terhambat | |
| | | | | | | | | 3. Keakuratan data statistik kesehatan tidak tepat sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan | |
| 2 | Capaian IKM | Gratifikasi dari proses kemitraan dan kerjasama dengan institusi pendidikan. | RSO.25.0 2.34.02 | Direktur | Tidak adanya atau kurangnya pengawasan | Eksternal | C | Merusak reputasi rumah sakit, yang mengakibatkan turunnya kepercayaan dari masyarakat maupun mitra terkait terhadap rumah sakit | RSUD Dr. Soegiri |
| 3 | Nilai SAKIP | Adanya kesalahan dalam penganggaran | RSO.25.0 2.34.03 | Kepala Bagian Keuangan | Ketidak patuhan bidang - bidang dalam waktu pengajuan perubahan harga satuan | Internal | C | Menyebabkan Pembuatan Dokumen Pelaksanaan Anggaran mengalami perubahan terus menerus sebelum jadwal penganggaran berlangsung, sehingga membuat proses pembuatan Dokumen Pelaksanaan Anggaran tidak selesai tepat waktu. | RSUD Dr. Soegiri |
| 4 | Nilai SAKIP | Staff tidak memahami aturan PSAP 13 | RSO.25.0 2.34.04 | Wadir Umum dan Keuangan | Kurangnya pemahaman staf | Internal | C | Laporan tidak dapat diaudit, risiko hukum | RSUD Dr. Soegiri |

| No | Indikator Kinerja | Risiko | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|-------------------|--------------------------------------|---------------------|----------|--|----------|------|--|---------------------------------|
| | | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| 5 | Capaian IKM | Kesalahan input data rekam medis | RSO.25.0 2.34.05 | Direktur | 1. Human error saat entri data 2. Kurangnya pelatihan staf terhadap sistem aplikasi 3. Tekanan beban kerja yang tinggi 4. Sistem aplikasi tidak user-friendly atau sering error 5. Kurangnya validasi dan verifikasi data sebelum disimpan | Internal | C | 1. Kesalahan diagnosis atau tindakan medis 2. Klaim BPJS ditolak karena ketidaksesuaian data 3. Gangguan dalam proses rujukan atau konsultasi 4. Risiko hukum/malpraktik 5. Penurunan kepercayaan pasien terhadap RS | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| 6 | Nilai SAKIP | Pemenuhan kebutuhan pegawai | RSO.25.0 2.34.06 | Direktur | Peminat formasi tertentu lebih banyak dari formasi yang lain | Internal | C | 1. Masih terdapat kekurangan tenaga sehingga pelaksanaan tugas di unit terkait terhambat/kurang lancar. 2. Penyediaan anggaran tidak sesuai peruntukannya | RSUD Dr. Soegiri |
| 7 | Capaian IKM | Pengelolaan Pengaduan yang terlambat | RSO.25.0 2.34.07 | Direktur | 1. Pelanggan menyampaikan pengaduan di berbagai sarana, sehingga petugas harus mengecek semua sarana pengaduan | Internal | C | Keterlambatan pengelolaan pengaduan mempengaruhi kepuasan pelanggan terhadap rumah sakit (turunnya kepercayaan pelanggan terhadap layanan rumah sakit) | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |

| No | Indikator Kinerja | Risiko | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|-------------------|-------------------------------------|------------------|----------|--|-----------|------|--|---------------------------------|
| | | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| | | | | | 2. Kurangnya informasi terkait layanan yang dikeluhkan sehingga petugas perlu waktu untuk menelusur pengaduan | | | | |
| 8 | Nilai SAKIP | Proses Pengajuan Pembayaran Belanja | RSO.25.0 2.34.08 | Direktur | Pemberian barang sebagai ucapan terima kasih saat sebelum selama dan sesudah proses pengajuan dan pelaksanaan pembayaran belanja msyarakat | Eksternal | C | mempengaruhi objektivitas, menimbulkan konflik kepentingan, mempermudah pengajuan yang tidak layak, menutupi ketidaksesuaian, memacu persaingan yang tidak sehat, memperburuk transparansi, megancam integritas, menimbulkan masalah hukum dan merugikan anggaran negara | 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 kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Pelaksanaan ERM belum optimal | ROO.25.02.34.01 | Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Sistem ERM yang belum di pahami oleh semua user 2. Jaringan IT yang belum terorganisir dengan baik | Internal | C | Proses pelayanan, pelaporan, penagihan klaim terlambat | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| 2 | Peningkatan Pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal | ROO.25.02.34.02 | Bagian Perencanaan dan Evaluasi | Keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas | Internal | C | Penurunan kepuasan pasien | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| 3 | Peningkatan Pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Ketidak merataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan | ROO.25.02.34.03 | Bidang Pengembangan RS | Tidak adanya atau kurangnya pengawasan dalam proses perencanaan | Internal | C | Ketidak harmonisan antar pegawai yang menyebabkan menurunnya kinerja pegawai, sehingga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang ada | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| 4 | Administrasi keuangan perangkat daerah | Jumlah ASN | Pelaporan | Keterlambatan pelaporan pajak | ROO.25.02.34.04 | Bagian Keuangan | Kurangnya pengawasan dalam proses perpajakan | Internal | C | Merusak reputasi rumah sakit, karena akan mendapatkan surat peringatan dari kantor pajak terkait keterlambatan | RSUD Dr. Soegiri |

| No | Kegiatan | Indikator Keluaran | Risiko | | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|--|--------------------|-------------------------|--|-----------------|-----------------|---|----------|------|--|--------------------|
| | | | Tahap | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| | | | | | | | | | | pelaporan perpajakan | |
| 5 | Administrasi keuangan perangkat daerah | Jumlah ASN | Pemantauan dan Evaluasi | Selisih penerimaan antara soegiri dan pihak bank | ROO.25.02.34.05 | Bagian Keuangan | Administrasi penerimaan selisih | Internal | C | Menyebabkan laporan penerimaan pihak soegiri selisih dengan laporan bank | RSUD Dr. Soegiri |
| 6 | Administrasi keuangan perangkat daerah | Jumlah ASN | Pemantauan dan Evaluasi | Kesalahan pencatatan | ROO.25.02.34.06 | Bagian Keuangan | 1. Human error 2. kurang pelatihan 3. sistem manual | Internal | C | 1. Laporan keuangan tidak akurat 2. Salah dalam pengambilan keputusan | RSUD Dr. Soegiri |
| 7 | Administrasi keuangan perangkat daerah | Jumlah ASN | Pelaporan | Laporan pengadaan | ROO.25.02.34.07 | Bagian Keuangan | Terjadinya selisih dalam pelaporan pengadaan | Internal | C | Data tidak valid | RSUD Dr. Soegiri |
| 8 | Administrasi keuangan perangkat daerah | Jumlah ASN | Pemantauan dan Evaluasi | Keterlambatan pembayaran gaji pegawai (kontrak) baru | ROO.25.02.34.08 | Bagian Keuangan | SK yang sudah dibuat dan ditandatangani belum/terlambat diserahkan ke bagian pemabayaran gaji | Internal | C | Komplain dari pegawai (kontrak) baru | RSUD Dr. Soegiri |

| No | Kegiatan | Indikator Keluaran | Risiko | | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|---|---------------------|-------------------------|--|-----------------|-------------------------------|---|-----------|------|--|---------------------------------|
| | | | Tahap | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| 9 | Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kabupaten/kota | Prosentase BOR RS | Pemantauan dan Evaluasi | Sinkronisasi penerimaan rujukan melalui media whatshap Messenger dan aplikasi SISROUTE | ROO.25.02.34.09 | Bidang Pelayanan | Kurangnya koordinasi dan pembagian tugas yang jelas untuk petugas terkait penerimaan rujukan luar | Internal | C | 1. Beresiko menurunkan reputasi RS karena pada sistem SISROUTE terbaca sebagai penerimaan rujukan yang lama 2. Memperpanjang Sistem Rujukan karena adanya Miskomunikasi | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| 10 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Keterlambatan Pasokan Obat dan Alat Kesehatan | ROO.25.02.34.10 | Instalasi Farmasi | 1. Masalah pada distributor (stok kosong, kendala logistik) | Eksternal | C | 1. Gangguan layanan medis | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| | | | | | | | 2. Ketergantungan pada satu pemasok 3. Permintaan mendadak yang tidak terprediksi | | | 2. Keluhan dari pasien/masyarakat 3. Reputasi RSUD dr. Soegiri Menurun | |
| 11 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Kerusakan alat kedokteran | ROO.25.02.34.11 | Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Pemeliharaan yang tidak rutin atau tidak sesuai SOP 2. Usia alat yang sudah melewati masa pakai 3. Penggunaan tidak sesuai prosedur oleh | Internal | C | 1. Tertundanya tindakan atau diagnosis pasien 2. Penurunan kualitas pelayanan 3. Peningkatan beban rujukan pasien ke luar | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |

| No | Kegiatan | Indikator Keluaran | Risiko | | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|----------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|---|----------|------|--|---------------------------------|
| | | | Tahap | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| | | | | | | | petugas 4. Gangguan listrik atau lonjakan daya 5. Ketiadaan suku cadang atau vendor layanan teknis | | | rumah sakit Ketidakpuasan pasien 4. Ketidakpuasan pasien Risiko kehilangan pendapatan dari layanan penunjang | |
| 12 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Kontaminasi alat medis steril | ROO.25.02.34.12 | Bidang Penunjang | 1. Pelanggaran prosedur sterilitas saat penanganan atau penyimpanan 2. Kualitas sterilisasi tidak optimal (suhu, tekanan, waktu) 3. Kemasan steril rusak atau tidak sesuai standar 4. Staf tidak menggunakan APD saat menangani alat steril 5. Kegagalan peralatan autoklaf | Internal | C | Risiko infeksi nosokomial | RSUD Dr. Soegiri |
| 13 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Obat Kedaluwarsa | ROO.25.02.34.13 | Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Sistem pemantauan kedaluwarsa belum optimal | Internal | C | 1. Kerugian finansial akibat pemborosan obat | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |

| No | Kegiatan | Indikator Keluaran | Risiko | | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|----------------------------|---------------------|-------------------------|---|-----------------|---|--|----------|------|---|--------------------|
| | | | Tahap | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| | | | | | | | 2. Manajemen stok (FEFO: First Expired First Out) tidak diterapkan konsisten 3. Pemesanan obat melebihi kebutuhan 4. Perputaran obat lambat (slow moving item) 5. Kurangnya koordinasi antara gudang dan unit pelayanan farmasi | | | 2. Risiko penggunaan obat tidak layak jika tidak terdeteksi 3. Gangguan pelayanan farmasi 4. Pemeriksaan atau sanksi dari otoritas (BPOM, inspektorat) 5. Penurunan kualitas pelayanan kepada pasien | |
| 14 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Kurang sesuainya data barang di unit dengan kartu inventaris barang | ROO.25.02.34.14 | Bagian Umum & Kepegawaian (Umum/perlengkapan) | Kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan mutasi barang | Internal | C | 1. Terjadi ketidaksesuaian inventaris barang unit dengan pelaporan di asset 2. Barang yang tidak terdeteksi mutasinya, beresiko terjadi kehilangan barang | RSUD Dr. Soegiri |

| No | Kegiatan | Indikator Keluaran | Risiko | | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|----------------------------|---------------------|-------------------------|--|-----------------|---|---|----------|------|---|--------------------|
| | | | Tahap | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| 15 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Kurangnya data inventaris barang yang diajukan untuk penghapusan | ROO.25.02.34.15 | Bagian Umum & Kepegawaian (Umum/perlengkapan) | Kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan barang rusak dan tidak bisa diperbaiki yang diusulkan untuk penghapusan | Internal | C | 1. Keberadaan barang rusak yang tidak terdeteksi karena kurangnya pengetahuan pengguna dengan alur pelaporan yang ada 2. Nilai aset tidak berubah meskipun aset yang ada sudah tidak bisa digunakan (tidak ada penghapusan) 3. Kesulitan dalam perencanaan pemenuhan (barang pengganti) | RSUD Dr. Soegiri |
| 16 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Penyusunan Produk Hukum yang tidak terselesaikan tepat waktu | ROO.25.02.34.16 | Bagian Umum & Kepegawaian (Humas) | 1. Kurangnya kuantitas dan kualitas petugas yang menangani penyusunan produk hukum | Internal | C | Keterlambatan penerapan aturan/kegiatan sesuai waktu yang diinginkan untuk pelaksanaan aturan | RSUD Dr. Soegiri |

| No | Kegiatan | Indikator Keluaran | Risiko | | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|----------------------------|---------------------|-------------------------|--|-----------------|---|--|------------|------|--|---------------------------------|
| | | | Tahap | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| | | | | | | | 2. Pencarian referensi/bahan yang membutuhkan waktu sehingga memperlambat penyusunan draft | | | | |
| 17 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Memanipulasi Persediaan Bahan Pakai Habis (BHP) | ROO.25.02.34.17 | Wadir Umum dan Keuangan dan Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Lemahnya pengawasan internal 2. Kurangnya audit rutin 3. Akses sistem tidak dibatasi 4. Budaya kerja yang permisif terhadap pelanggaran 5. Sistem pencatatan manual atau kombinasi yang tidak sinkron | Internal I | C | 1. Gangguan pelayanan karena kekosongan stok 2. Kerugian finansial rumah sakit 3. Penurunan kepercayaan manajemen 4. Potensi temuan audit eksternal/inspektorat | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| 18 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Waktu tunggu layanan poli rawat jalan yang panjang | ROO.25.02.34.18 | Kepala Bidang Pelayanan | Kurangnya pemahaman SOP pelayanan poli rawat jalan serta kurangnya kedisiplinan petugas | Internal | C | Ketidakpuasan pasien dalam pelayanan karena waktu tunggu yang lama | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |

| No | Kegiatan | Indikator Keluaran | Risiko | | | | Sebab | | C/UC | Dampak | |
|----|----------------------------|---------------------|-------------------------|--|-----------------|-------------------------|--|-----------|------|---|---------------------------------|
| | | | Tahap | Uraian | Kode Risiko | Pemilik | Uraian | Sumber | | Uraian | Pihak yang Terkena |
| 19 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Ketidaksesuaian diet pasien | ROO.25.02.34.19 | Kepala Bidang Penunjang | 1. Kesalahan input diet oleh petugas bangsal 2. Komunikasi tidak efektif antara bangsal dan instalasi gizi 3. Kesalahan saat pengemasan dan distribusi makanan 4. Label makanan tidak jelas atau tertukar 5. Kurangnya pelatihan staf dapur dan distribusi | Internal | C | 1. Memburuknya kondisi kesehatan pasien (misalnya: hiperglikemia, hipertensi, alergi) 2. Komplain dari pasien/keluarga Pelanggaran standar akreditasi rumah sakit | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |
| 20 | Peningkatan pelayanan BLUD | Jumlah kunjungan RS | Pemantauan dan Evaluasi | Keterlambatan pengantaran obat pada inovasi latar omah | ROO.25.02.34.20 | Kepala Bidang Penunjang | Terjadi kesalahan alamat pada saat pengiriman obat | Eksternal | C | terjadinya komplain atau aduan terhadap pelayanan pengantaran obat | RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat |

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 2025.

Tabel 7.
Nilai Rata-Rata Hasil Survei Kertas Kerja Manajemen Risiko Tahun 2025.

| | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------|--|-----------------|--------------|----------------------------------|--|---|
| Nama Pemda | Pemerintah Kabupaten Lamongan | | | | | | |
| Tahun Penilaian | 2025 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| No | Entitas | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Skala Risiko | Pemilik Risiko | Penyebab | Dampak |
| Risiko Strategis OPD | | | | | | | |
| 1 | RSUD Dr. Soegiri | Pelaporan RS tidak tepat secara kualitas dan tepat waktu | RSO.25.02.34.01 | 5 | Wakil Direktur Umum dan Keuangan | Data dari ERM belum tepat (input, proses dan output) | 1. Proses eklaim JKN terhambat 2. Proses penilaian rekam medis terhambat 3. Keakuratan data statistik kesehatan tidak tepat sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan |
| 2 | RSUD Dr. Soegiri | Gratifikasi dari proses kemitraan dan kerjasama dengan institusi pendidikan. | RSO.25.02.34.02 | 5 | Direktur | Tidak adanya atau kurangnya pengawasan | Merusak reputasi rumah sakit, yang mengakibatkan turunnya kepercayaan dari masyarakat maupun mitra terkait terhadap rumah sakit |
| 3 | RSUD Dr. Soegiri | Adanya kesalahan dalam penganggaran | RSO.25.02.34.03 | 5 | Direktur | Ketidak patuhan bidang - bidang dalam waktu pengajuan perubahan harga satuan | Menyebabkan Pembuatan Dokumen Pelaksanaan Anggaran mengalami perubahan terus menerus sebelum jadwal penganggaran berlangsung, sehingga membuat proses pembuatan Dokumen Pelaksanaan Anggaran tidak selesai tepat waktu. |

| | | | | | | | |
|---|------------------|--|-----------------|---|-------------------------|--|--|
| 4 | RSUD Dr. Soegiri | Staff tidak memahami aturan PSAP 13 | RSO.25.02.34.04 | 6 | Wadir Umum dan Keuangan | Kurangnya pemahaman staf | Laporan tidak dapat diaudit, risiko hukum |
| 5 | RSUD Dr. Soegiri | Kesalahan input data rekam medis | RSO.25.02.34.05 | 5 | Direktur | 1. Human error saat entri data 2. Kurangnya pelatihan staf terhadap sistem aplikasi 3. Tekanan beban kerja yang tinggi 4. Sistem aplikasi tidak user-friendly atau sering error 5. Kurangnya validasi dan verifikasi data sebelum disimpan | 1. Kesalahan diagnosis atau tindakan medis 2. Klaim BPJS ditolak karena ketidaksesuaian data 3. Gangguan dalam proses rujukan atau konsultasi 4. Risiko hukum/malpraktik 5. Penurunan kepercayaan pasien terhadap RS |
| 6 | RSUD Dr. Soegiri | Kurangnya ketersediaan dokter spesialis | RSO.25.02.34.06 | 9 | Direktur | kesulitan mendapatkan dokter spesialis yang bersedia bekerja di rumah sakit | Pelayanan untuk beberapa spesialisasi tidak bisa maksimal karena tenaga yang ada diharuskan bisa memenuhi kebutuhan pelayanan pelanggan yang ada |
| 7 | RSUD Dr. Soegiri | Pengelolaan Pengaduan yang terlambat | RSO.25.02.34.07 | 9 | Direktur | 1. Pelanggan menyampaikan pengaduan di berbagai sarana, sehingga petugas harus mengecek semua sarana pengaduan 2. Kurangnya informasi terkait layanan yang dikeluhkan sehingga petugas perlu waktu untuk menelusur pengaduan | Keterlambatan pengelolaan pengaduan mempengaruhi kepuasan pelanggan terhadap rumah sakit (turunnya kepercayaan pelanggan terhadap layanan rumah sakit) |
| 8 | RSUD Dr. Soegiri | Proses penerimaan/promosi dan mutasi kepegawaian yang tidak sesuai SPO | RSO.25.02.34.08 | 8 | Direktur | pemberian barang sebelum selama atau setelah proses penerimaan/promosi atau mutasi pegawai | dapat menyebabkan mendapatkan pegawai yang tidak kompeten tidak sesuai dengan kebutuhan kinerja organisasi tidak berjalan efektif dan efisien dan berimbas pada budaya reputasi dan n budaya kerja |

Risiko Operasional OPD

| | | | | | | | |
|----|------------------|--|-----------------|---|--|--|--|
| 1 | RSUD Dr. Soegiri | Pelaksanaan ERM belum optimal | ROO.25.02.34.01 | 9 | Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Sistem ERM yang belum di pahami oleh semua user 2. Jaringan IT yang belum terorganisir dengan baik | Proses pelayanan, pelaporan, penagihan klaim terlambat |
| 2 | RSUD Dr. Soegiri | Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal | ROO.25.02.34.02 | 7 | Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi | Keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas | Penurunan kepuasan pasien |
| 3 | RSUD Dr. Soegiri | Ketidak merataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan | ROO.25.02.34.03 | 9 | Kepala Bidang Pengembangan RS | Tidak adanya atau kurangnya pengawasan dalam proses perencanaan | Ketidak harmonisan antar pegawai yang menyebabkan menurunnya kinerja pegawai, sehingga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang ada |
| 4 | RSUD Dr. Soegiri | Keterlambatan pelaporan pajak | ROO.25.02.34.04 | 5 | Kepala Bagian Keuangan | Kurangnya pengawasan dalam proses perpajakan | Merusak reputasi rumah sakit, karena akan mendapatkan surat peringatan dari kantor pajak terkait keterlambatan pelaporan perpajakan |
| 5 | RSUD Dr. Soegiri | Selisih penerimaan antara soegiri dan pihak bank | ROO.25.02.34.05 | 6 | Kepala Bagian Keuangan | Administrasi penerimaan selisih | Menyebabkan laporan penerimaan pihak soegiri selisih dengan laporan bank |
| 6 | RSUD Dr. Soegiri | Kesalahan pencatatan | ROO.25.02.34.06 | 5 | Kepala Bagian Keuangan | 1. Human error 2. kurang pelatihan 3. sistem manual | 1. Laporan keuangan tidak akurat 2. Salah dalam pengambilan keputusan |
| 7 | RSUD Dr. Soegiri | Laporan pengadaan yang tidak sesuai | ROO.25.02.34.07 | 8 | Kepala Bagian Keuangan | Terjadinya selisih dalam pelaporan pengadaan | Data tidak valid |
| 8 | RSUD Dr. Soegiri | Keterlambatan pembayaran gaji pegawai (kontrak) baru | ROO.25.02.34.08 | 4 | Kepala Bagian Keuangan | SK yang sudah dibuat dan ditandatangani belum/terlambat diserahkan ke bagian pemabayaran gaji | Komplain dari pegawai (kontrak) baru |
| 9 | RSUD Dr. Soegiri | Sinkronisasi penerimaan rujukan melalui media whatshap Messenger dan aplikasi SISROUTE yang lambat | ROO.25.02.34.09 | 8 | Kepala Bidang Pelayanan | Kurangnya koordinasi dan pembagian tugas yang jelas untuk petugas terkait penerimaan rujukan luar | 1. Beresiko menurunkan reputasi RS karena pada sistem SISROUTE terbaca sebagai penerimaan rujukan yang lama 2. Memperpanjang Sistem Rujukan karena adanya Miskomunikasi |
| 10 | RSUD Dr. Soegiri | Keterlambatan Pasokan Obat dan Alat Kesehatan | ROO.25.02.34.10 | 6 | Kepala Instalasi Farmasi | 1. Masalah pada distributor (stok kosong, kendala logistik) 2. Ketergantungan pada satu pemasok 3. Permintaan mendadak yang tidak terprediksi | 1. Gangguan layanan medis 2. Keluhan dari pasien/masyarakat 3. Reputasi RSUD dr. Soegiri Menurun |
| 11 | RSUD Dr. Soegiri | Kerusakan alat kedokteran | ROO.25.02.34.11 | 6 | Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Pemeliharaan yang tidak rutin atau tidak sesuai SOP 2. Usia alat yang sudah melewati masa pakai 3. Penggunaan tidak sesuai prosedur oleh petugas 4. Gangguan listrik atau lonjakan daya 5. Ketiadaan suku cadang atau vendor layanan teknis | 1. Tertundanya tindakan atau diagnosis pasien 2. Penurunan kualitas pelayanan 3. Peningkatan beban rujukan pasien ke luar rumah sakit Ketidakpuasan pasien 4. Ketidakpuasan pasien Risiko kehilangan pendapatan dari layanan penunjang |

| | | | | | | | |
|----|------------------|--|-----------------|---|---|--|---|
| 12 | RSUD Dr. Soegiri | Kontaminasi alat medis steril | ROO.25.02.34.12 | 5 | Kepala Bidang Penunjang | 1. Pelanggaran prosedur sterilitas saat penanganan atau penyimpanan 2. Kualitas sterilisasi tidak optimal (suhu, tekanan, waktu) 3. Kemasan steril rusak atau tidak sesuai standar 4. Staf tidak menggunakan APD saat menangani alat steril 5. Kegagalan peralatan autoklaf | Risiko infeksi nosokomial |
| 13 | RSUD Dr. Soegiri | Obat Kedaluwarsa | ROO.25.02.34.13 | 4 | Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Sistem pemantauan kedaluwarsa belum optimal 2. Manajemen stok (FEFO: First Expired First Out) tidak diterapkan konsisten 3. Pemesanan obat melebihi kebutuhan 4. Perputaran obat lambat (slow moving item) 5. Kurangnya koordinasi antara gudang dan unit pelayanan farmasi | 1. Kerugian finansial akibat pemborosan obat 2. Risiko penggunaan obat tidak layak jika tidak terdeteksi 3. Gangguan pelayanan farmasi 4. Pemeriksaan atau sanksi dari otoritas (BPOM, inspektorat) 5. Penurunan kualitas pelayanan kepada pasien |
| 14 | RSUD Dr. Soegiri | Kurang sesuai data barang di unit dengan kartu inventaris barang | ROO.25.02.34.14 | 6 | Kepala Bagian Umum & Kepegawaian | Kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan mutasi barang | 1. Terjadi ketidaksesuaian inventaris barang unit dengan pelaporan di aset 2. Barang yang tidak terdeteksi mutasinya, beresiko terjadi kehilangan barang |
| 15 | RSUD Dr. Soegiri | Kurangnya data inventaris barang yang diajukan untuk penghapusan | ROO.25.02.34.15 | 6 | Kepala Bagian Umum & Kepegawaian (Umum/perengkapan) | Kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan barang rusak dan tidak bisa diperbaiki yang diusulkan untuk penghapusan | 1. Keberadaan barang rusak yang tidak terdeteksi karena kurangnya pengetahuan pengguna dengan alur pelaporan yang ada 2. Nilai aset tidak berubah meskipun aset yang ada sudah tidak bisa digunakan (tidak ada penghapusan) 3. Kesulitan dalam perencanaan pemenuhan (barang pengganti) |
| 16 | RSUD Dr. Soegiri | Penyusunan Produk Hukum yang tidak terselesaikan tepat waktu | ROO.25.02.34.16 | 6 | Kepala Bagian Umum & Kepegawaian (Humas) | 1. Kurangnya kuantitas dan kualitas petugas yang menangani penyusunan produk hukum 2. Pencarian referensi/bahan yang membutuhkan waktu sehingga memperlambat penyusunan draft | Keterlambatan penerapan aturan/kegiatan sesuai waktu yang diinginkan untuk pelaksanaan aturan |
| 17 | RSUD Dr. Soegiri | Manipulasi Persediaan Bahan Pakai Habis (BHP) | ROO.25.02.34.17 | 4 | Wadir Umum dan Keuangan dan Wadir Pelayanan dan Penunjang | 1. Lemahnya pengawasan internal 2. Kurangnya audit rutin 3. Akses sistem tidak dibatasi 4. Budaya kerja yang permisif terhadap pelanggaran 5. Sistem pencatatan manual atau kombinasi yang tidak sinkron | 1. Gangguan pelayanan karena kekosongan stok 2. Kerugian finansial rumah sakit 3. Penurunan kepercayaan manajemen 4. Potensi temuan audit eksternal/inspektorat |
| 18 | RSUD Dr. Soegiri | Waktu tunggu layanan poli rawat jalan yang panjang | ROO.25.02.34.18 | 1 | Kepala Bidang Pelayanan | Kurangnya pemahaman SOP pelayanan poli rawat jalan serta kurangnya kedisiplinan petugas | Ketidakpuasan pasien dalam pelayanan karena waktu tunggu yang lama |
| 19 | RSUD Dr. Soegiri | Ketidaksesuaian diet pasien | ROO.25.02.34.19 | 1 | Kepala Bidang Penunjang | 1. Kesalahan input diet oleh petugas bangsal 2. Komunikasi tidak efektif antara bangsal dan instalasi gizi 3. Kesalahan saat pengemasan dan distribusi makanan 4. Label makanan tidak jelas atau tertukar 5. Kurangnya pelatihan staf dapur dan distribusi | 1. Memburuknya kondisi kesehatan pasien (misalnya: hiperglikemia, hipertensi, alergi) 2. Komplain dari pasien/keluarga Pelanggaran standar akreditasi rumah sakit |
| 20 | RSUD Dr. Soegiri | Keterlambatan pengantaran obat pada inovasi latar omah | ROO.25.02.34.20 | 1 | Kepala Bidang Penunjang | Terjadi kesalahan alamat pada saat pengiriman obat | terjadinya komplain atau aduan terhadap pelayanan pengantaran obat |

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 | Pelaporan RS tidak tepat secara kualitas dan tepat waktu | Evaluasi input, proses dan output data pelaporan | Data dari ERM belum tepat (input, proses dan output) |
| 2 | Kesalahan input data rekam medis | SOP pengisian rekam medis manual dan elektronik, supervisi dan pengecekan rutin oleh petugas validasi, form isian standar untuk input data medis | 1. Human error saat entri data 2. Kurangnya pelatihan staf terhadap sistem aplikasi 3. Tekanan beban kerja yang tinggi 4. Sistem aplikasi tidak user-friendly atau sering error 5. Kurangnya validasi dan verifikasi data sebelum disimpan |
| 3 | Pelaksanaan ERM belum optimal | 1. Proses pendampingan user ERM melalui group WA 2. Penataan jaringan IT | User ERM belum paham secara maksimal tentang SIMRS |

| No | Risiko Prioritas | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian |
|----|--|---|---|
| 4 | Sinkronisasi penerimaan rujukan melalui media whatshap Messenger dan aplikasi SISROUTE | 1. Penetapan dan pembaruan SOP 2. Penerimaan rujukan dari luar RS | Kurangnya koordinasi dan pembagian tugas yang jelas untuk petugas terkait penerimaan rujukan luar |

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 | Pelaporan RS tidak tepat secara kualitas dan tepat waktu | Penyempurnaan sistem pelaporan dalam ERM melalui proses pendampingan | Wadir Umum dan Keuangan | Januari- Desember 2025 |
| 2 | Kesalahan input data rekam medis | 1. Pelatihan rutin untuk petugas rekam medis dan tenaga medis terkait pengisian data yang akurat 2. Pengembangan sistem validasi otomatis pada SIMRS 3. Audit internal berkala terhadap isi rekam medis 4. Evaluasi dan penyempurnaan form isian agar lebih jelas dan mengurangi pelaunag salah input 5. Penerapan dua lapis verifikasi pada data kritis | Direktur | Januari-Desember 2025 |
| 3 | Pelaksanaan ERM belum optimal | 1. Proses pendampingan user ERM dengan pihak Innova 2. Pengadaan jaringan fiber | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari- Desember 2025 |

| | | | | |
|---|--|---|-------------------------|---------------|
| 4 | Sinkronisasi penerimaan rujukan melalui media whatshap Messenger dan aplikasi SISROUTE yang lambat | Membentuk tim call taker di IGD untuk sinkronisasi sistem rujukan | Kepala Bidang Pelayanan | Desember 2025 |
|---|--|---|-------------------------|---------------|

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 |
|--|--|-----------------|--|--|---|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 1 | Pelaporan RS tidak tepat secara kualitas dan tepat waktu | RSO.25.02.34.01 | Evaluasi input, proses dan output data pelaporan | Data dari ERM belum tepat (input, proses dan output) | Penyempurnaan sistem pelaporan dalam ERM melalui proses pendampingan | Wadir Umum dan Keuangan | Januari-Desember 2025 |
| 2 | Gratifikasi dari proses kemitraan dan kerjasama dengan institusi pendidikan. | RSO.25.02.34.02 | Implementasi kode etik pegawai | Tidak adanya atau kurangnya | Menerapkan kode etik pegawai | Direktur | Januari 2025 |
| 3 | Adanya kesalahan dalam penganggaran | RSO.25.02.34.03 | Menerapkan SOP dalam proses pengajuan penganggaran | Ketidak patuhan bidang-bidang dalam waktu pengajuan perubahan harga satuan | Melakukan evaluasi terhadap penerapan SOP bidang-bidang dalam proses pengajuan penganggaran | Direktur | Juli 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|-------------------------------------|-----------------|--|--|---|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 4 | Staff tidak memahami aturan PSAP 13 | RSO.25.02.34.04 | Reviu oleh akuntan internal | Kurangnya pemahaman staf | Pelatihan PSAK tahunan, konsultasi dengan auditor internal | Wadir Umum dan Keuangan | Desember 2025 |
| 5 | Kesalahan input data rekam medis | RSO.25.02.34.05 | SOP pengisian rekam medis manual dan elektronik, supervisi dan pengecekan rutin oleh petugas validasi, form isian standar untuk input data medis | 1. Human error saat entri data 2. Kurangnya pelatihan staf terhadap sistem aplikasi 3. Tekanan beban kerja yang tinggi 4. Sistem aplikasi tidak user-friendly atau sering error 5. Kurangnya validasi dan verifikasi data sebelum disimpan | 1. Pelatihan rutin untuk petugas rekam medis dan tenaga medis terkait penngisian data yang akurat 2. Pengembangan sistem validasi otomatis pada SIMRS 3. Audit internal berkala terhadap isi rekam medis 4. Evaluasi dan penyempurnaan form isian agar lebih jelas dan mengurangi pelaunag salah input 5. Penerapan dua lapis verifikasi pada data kritis | Direktur | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|-----------------------------|-----------------|---|---|---|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 6 | Pemenuhan kebutuhan pegawai | RSO.25.02.34.06 | Mengusulkan pemenuhan kebutuhan tenaga melalui jalur ASN dengan mengupdate aplikasi rencana kebutuhan | Peminat formasi tertentu lebih banyak dari formasi yang lain | Memotivasi tenaga yang di butuhkan sesuai kualifikasi pelayanan untuk melanjutkan jenjang pendidikan dan mengupayakan kemudahan dalam perijinan belajar | Direktur | Januari-Desember 2025 |
| 7 | Pengelolaan Pengaduan | RSO.25.02.34.07 | Menerapkan standart operasional prosedur dalam mekanisme pengelolaan pengaduan | 1. Pelanggan menyampaikan pengaduan di berbagai sarana, sehingga petugas harus mengecek semua sarana pengaduan 2. Kurangnya informasi terkait layanan yang dikeluhkan sehingga petugas perlu waktu untuk menelusur pengaduan | 1. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan secara berkala 2. Menampilkan no call center yang bisa dihubungi untuk kejelasan pengaduan di setiap media yang ada untuk kejelasan pengaduan | Direktur | Juli 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|--|-----------------|--|--|--|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 8 | Proses penerimaan/promosi dan mutasi kepegawaian | RSO.25.02.34.08 | <p>1. Menentukan persyaratan yang jelas dan transparansi serta melakukan seleksi yang objektif dan adil</p> <p>2. Melakukan verifikasi data lamaran riwayat kerja dan dokumen pendukung untuk memastikan keabsahan dan memantau proses kecurangan dan diskriminasi</p> <p>3. Melakukan penilaian kinerja pegawai secara berkala untuk mengevaluasi efektifitas dan kemajuan pegawai</p> <p>4. memberikan pelatihan dan pengembangan kompetensi pegawai</p> | Pemberian barang sebelum selama atau setelah proses penerimaan/promosi atau mutasi pegawai | <p>1. Sosialisasi aturan kode etik dan aturan perilaku, aturan pengendalian gratifikasi</p> <p>2. Penerapan sistem kepegawaian secara online dan menanamkan etika kepegawaian kepada seluruh pegawai</p> <p>3. Tim UPG ikut mengawasi proses rekrutmen, mutasi dan promosi pegawai</p> | Direktur | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|---|-----------------|---|---|--|--|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 1 | Pelaksanaan ERM belum optimal | ROO.25.02.34.01 | 1. Proses pendampingan user ERM melalui group WA 2. Penataan jaringan IT | User ERM belum paham secara maksimal tentang SIMRS | 1. Proses pendampingan user ERM dengan pihak Innova 2. Pengadaan jaringan fiber | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 |
| 2 | Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal | ROO.25.02.34.02 | 1. Mengajukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM pemasaran 2. Mengusulkan penambahan SDM | Keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas | Mengusulkan pembentukkan unit pemasaran | Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi | Juli-Desember 2025 |
| 3 | Ketidak merataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan | ROO.25.02.34.03 | Menerapkan standart operasional prosedur dalam mekanisme pengajuan pelaksanaan pelatihan | Tidak adanya atau kurangnya pengawasan dalam proses perencanaan | Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelatihan secara berkala | Kepala Bidang Pengembangan RS | Tribulan I |
| 4 | Keterlambatan pelaporan pajak | ROO.25.02.34.04 | Menerapkan standart operasional prosedur dalam mekanisme pelaporan pajak | kurangnya pengawasan dalam proses perpajakan | Melakukan evaluasi pelaporan secara berkala | Kepala Bagian Keuangan | Juli 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|--|-----------------|---|--|--|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 5 | Selisih penerimaan antara soegiri dan pihak bank | ROO.25.02.34.05 | Dilakukan rekonsiliasi tiap pergantian shift | Administrasi penerimaan selisih | Melakukan rekonsiliasi setiap pergantian shift antara pihak keuangan soegiri dengan pihak bank | Kepala Bagian Keuangan | Januari 2025 |
| 6 | Kesalahan pencatatan | ROO.25.02.34.06 | Supervisi atasan, koreksi manual oleh staf senior | Human eror, kurang pelatihan, sistem manual | Otomatisasi sistem akuntansi, pelatihan berkala, dan prosedur validasi entri | Kepala Bagian Keuangan | Juli 2025 |
| 7 | Laporan pengadaan | ROO.25.02.34.07 | Kurangnya koordinasi antara petugas pengadaan dengan petugas pelaporan akuntansi sehingga terjadinya kesalahan komunikasi | Terjadinya selisih dalam pelaporan pengadaan | Melakukan laporan rutin antara petugas pengadaan dengan petugas pelaporan akuntansi | Kepala Bagian Keuangan | Januari 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|--|-----------------|--|---|--|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 8 | Keterlambatan pembayaran gaji pegawai (kontrak) baru | ROO.25.02.34.08 | SKM yang sudah dibuat dan ditandatangani langsung diserahkan ke bagian pembayaran gaji | Kurangnya komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji | Memaksimalkan komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji | Kepala Bagian Keuangan | Juli 2025 |
| 9 | Sinkronisasi penerimaan rujukan melalui media whatshap Messenger dan aplikasi SISROUTE | ROO.25.02.34.09 | 1. Penetapan dan pembaruan SOP 2. Penerimaan rujukan dari luar RS | Kurangnya koordinasi dan pembagian tugas yang jelas untuk petugas terkait penerimaan rujukan luar | Membentuk tim call taker di IGD untuk sinkronisasi sistem rujukan | Kepala Bidang Pelayanan | Desember 2025 |
| 10 | Keterlambatan Pasokan Obat dan Alat Kesehatan | ROO.25.02.34.10 | 1. Pemantauan stok secara rutin (stock opname) 2. Buffer stock untuk item kritikal | 1. Masalah pada distributor (stok kosong, kendala logistik) 2. Ketergantungan pada satu pemasok 3. Permintaan mendadak yang tidak terprediksi | 1. Diversifikasi vendor atau pemasok untuk mengurangi ketergantungan 2. Evaluasi berkala kinerja pemasok 3. Perjanjian penalti terhadap keterlambatan dalam kontrak 4. Penyusunan rencana darurat | Kepala Bidang Farmasi | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|---------------------------|-----------------|--|--|---|-------------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | | (contingency plan) untuk item kritis 5. Penguatan sistem informasi logistik dan pelatihan staf gudang/logistik | | |
| 11 | Kerusakan alat kedokteran | ROO.25.02.34.11 | 1. jadwal pemeliharaan rutin oleh teknisi BMHP (Barang Medik Habis Pakai)/Teknisi peralatan medis 2. SOP penggunaan alat 3. Pengawasa harian fungsi alat oleh petugas 4. Adanya form pelaporan kerusakan dan tindak lanjut cepat | 1. Pemeliharaan yang tidak rutin atau tidak sesuai SOP 2. Usia alat yang sudah melewati masa pakai 3. Penggunaan tidak sesuai prosedur oleh petugas 4. Gangguan listrik atau lonjakan daya 5. Ketiadaan suku cadang atau vendor layanan teknis | 1. Menyusun dan menerapkan rencana preventive maintenance secara berkala 2. Pelatihan petugas terhadap penggunaan alat kedokteran secara benar dan aman 3. Menyusun daftar alat prioritas untuk pengadaan suku cadang atau penggantian 4. Menjalin kerjasama dengan vendor | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|-------------------------------|-----------------|---|---|--|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | | servis resmi dan cepat tanggap 5. Pengadaan alat cadangan untuk alat vital atau berisiko tinggi 6. Monitoring dan audir berkala terhadap kondisi dan performa alat | | |
| 12 | Kontaminasi alat medis steril | ROO.25.02.34.12 | 1. SOP ketat untuk proses sterilisasi dan penanganan pasca sterilisasi 2. Pengecekan integritas kemasan sebelum distribusi 3. Monitoring suhu dan tekanan sutoklaf otomatis 4. Pelabelan tanggal kadaluarsa sterilitas 5. Audit rutin oleh IPCN (Infection Prevention and | 1. Pelanggaran prosedur sterilitas saat penanganan atau penyimpanan 2. Kualitas sterilisasi tidak optimal (suhu, tekanan, waktu) 3. Kemasan steril rusak atau tidak sesuai standar 4. Staf tidak menggunakan APD saat menangani alat steril 5. Kegagalan peralatan autoklaf | 1. SOP sterilisasi ketat 2. Audit proses CSSD 3. Peningkatan pelatihan staf | Kepala Bidang Penunjang | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|------------------|-----------------|--|---|--|-------------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | Control Nurse) | | | | |
| 13 | Obat Kedaluwarsa | ROO.25.02.34.13 | 1. Penetapan sistem FEFO dalam distribusi obat 2. Monitoring stok dan tanggal kadaluarsa secara berkala 3. SOP pengembalian obat kadaluarsa ke instansi farmasi pusat 4. Penggunaan software manajemen stok (SIMRS/elogistik) | 1. Sistem pemantauan kadaluarsa belum optimal 2. Manajemen stok (FEFO: First Expired First Out) tidak diterapkan konsisten 3. Pemesanan obat melebihi kebutuhan 4. Perputaran obat lambat (slow moving item) 5. Kurangnya koordinasi antara gudang dan unit pelayanan farmasi | 1. Optimalisasi sistem FEFO dengan alarm otomatis kadaluarsa dalam SIMRS 2. Review berkala kebutuhan dan pola penggunaan obat per unit 3. Pelatihan staf gudang dan apotek tentang rotasi dan pencatatan stok 4. koordinasi rutin antara bagian farmasi dan unit pengadaan 5. Pengadaan obat berdasarkan analisa data pemakaian historis (forecasting) 6. Penetapan batas minimal | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|---|-----------------|---|---|--|--|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | | stok dan meknisme "early warning" untuk obat slow moving | | |
| 14 | Kurang sesuainya data barang di unit dengan kartu inventaris barang | ROO.25.02.34.14 | Menerapkan standart operasional prosedur alur mutasi barang dan melakukan resosialisasi ke unit-unit terkait | Kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan mutasi barang | 1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala dan melakukan sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit 2. Adanya aplikasi yang mengatur pengelolaan aset | Kepala Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan) | Agustus 2025 |
| 15 | Kurangnya data inventaris barang yang diajukan untuk penghapusan | ROO.25.02.34.15 | Mererapkan standart operasional prosedur alur pelaporan kerusakan dan penghapusan barang dan melakukan resosialisasi ke unit-unit terkait | Kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan barang rusak dan tidak bisa diperbaiki yang diusulkan untuk penghapusan | 1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala 2. Sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggnatian kepala unit 3. Adanya aplikasi yang | Kepala Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan) | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|---|-----------------|---|--|--|---|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | | memudahkan pelaporan aset | | |
| 16 | Penyusunan Produk Hukum | ROO.25.02.34.16 | Mererapkan standart operasional prosedur dalam mekanisme penyusunan produk hukum | 1. Kurangnya kuantitas dan kualitas petugas yang menangani penyusunan produk hukum 2. Pencarian referensi/bahan yang membutuhkan waktu sehingga memperlambat penyusunan draft | 1. Update peraturan perumahsakitan dna peraturan lain yang terkait secara berkala 2. Konsultasi aktif dengan petugas dari instansi/institusi lain yang lebih kompeten | Kepala Bagian Umum dan kepegawaian (Humas) | Januari-Desember 2025 |
| 17 | Memanipulasi Persediaan Bahan Pakai Habis (BHP) | ROO.25.02.34.17 | 1. Audit stok bulanan 2. SOP pencatatan BHP 3. Penerapan sistem S IMRS untuk persediaan 4. Pengawasan oleh atasan langsung | 1. Lemahnya pengawasan internal 2. Kurangnya audit rutin 3. Akses sistem tidak dibatasi 4. Budaya kerja yang permisif terhadap pelanggaran 5. Sistem pencatatan manual atau kombinasi yang tidak sinkron | 1.Peningkatan frekuensi audit stok (mingguan untuk BHP kritikal) 2. Pembatasan akses sistem berdasarkan level jabatan 3. Integrasi sistem pencatatan manual dan elektronik | Wadir Umum dan Keuangan dan Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|--|-----------------|---|--|---|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | | 4. Review SOP pencatatan dan distribusi | | |
| 18 | Waktu tunggu layanan poli rawat jalan yang panjang | ROO.25.02.34.18 | Sosialisasi SOP pelayanan rawat jalan | Kurangnya pemahaman SOP pelayanan poli rawat jalan serta kurangnya kedisiplinan petugas | Melakukan sosialisasi ulang kepada petugas terkait SOP pelayanan poli rawat jalan | Kepala Bidang Pelayanan | Desember 2025 |
| 19 | Ketidaksesuaian diet pasien | ROO.25.02.34.19 | 1. SOP penginputan dan verifikasi diet pasien 2. Sistem pencatatan elektronik (SIMRS) untuk diet 3. Pemeriksaan silang oleh petugas gizi sebelum distribusi 4. Penyusunan menu berdasarkan standar diet rumah sakit | 1. Kesalahan input diet oleh petugas bangsal 2. Komunikasi tidak efektif antara bangsal dan instalasi gizi 3. Kesalahan saat pengemasan dan distribusi makanan 4. Label makanan tidak jelas atau tertukar 5. Kurangnya pelatihan staf dapur dan distribusi | 1. Validasi gizi berbasis rekam medis 2. Komunikasi aktif gizi keperawatan 3. Evaluasi kepuasan pasien 4. Audit harian kesesuaian diet oleh petugas gizi klinik | Kepala Bidang Penunjang | Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang sudah ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggung jawab | Target Waktu Penyelesaian |
|--|--|-----------------|---|--|---|---------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 20 | Keterlambatan pengantaran obat pada inovasi latar omah | ROO.25.02.34.20 | Pasien dengan usia lanjut ada pendampingan dari keluarga terdekat | Pasien yang menggunakan latar omah terdiri dari berbagai macam usia, kebanyakan yang usia lanjut | 1. Penerapan layanan sesuai dengan SPO 2. Dilakukan konfirmasi ulang terkait alamat dan meminta nomer HP keluarga terdekat yang aktif bisa dihubungi | Kepala Bidang Penunjang | Tribulan I |

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 |
|---------------------------------------|---|---|---|--------------------|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 1 | Penyempurnaan sistem pelaporan dalam ERM melalui proses pendampingan | Laporan kegiatan progres pendampingan | Bagian perencanaan dan evaluasi | Internal/eksternal | Januari-Desember 2025 | Juli-Desember 2025 | - |
| 2 | Menerapkan kode etik pegawai | Banner berupa Xbanner ajakan Tolak Gratifikasi di setiap sudut ruangan RSUD Dr. Soegiri | RSUD Dr. Soegiri Lamongan melalui bagian pemasaran bekerjasama dengan masing-masing bagian/bidang | Eksternal | Januari 2025 | Januari 2025 | - |
| 3 | Melakukan evaluasi terhadap penerapan SOP bidang-bidang dalam proses pengajuan penganggaran | SOP Proses Pengajuan Anggaran | Bidang Anggaran | PPK - PPTK | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 4 | Pelatihan PSAK tahunan, konsultasi dengan auditor internal | PSAP 13 | SubBagian Akuntansi | Auditor Eksternal | Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 5 | 1. Pelatihan rutin untuk petugas rekam medis dan tenaga medis terkait penngisian data yang akurat | Sosialisasi dan Pendampingan | Instalasi Rekam Medik | Internal | Januari-Desember 2025 | Juli-Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | 2. Pengembangan sistem validasi otomatis pada SIMRS 3. Audit internal berkala terhadap isi rekam medis 4. Evaluasi dan penyempurnaan form isian agar lebih jelas dan mengurangi pelaunag salah input 5. Penerapan dua lapis verifikasi pada data kritis | | | | | | |
| 6 | Memotivasi tenaga yang di butuhkan sesuai kualifikasi pelayanan untuk melanjutkan jenjang pendidikan dan mengupayakan kemudahan dalam perijinan belajar | Surat Ijin Belajar | Bagian umum dan kepegwaian | Semua staf rsud dr. soegiri | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |
| 7 | 1. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan secara berkala 2. Menampilkan no call center yang bisa dihubungi untuk kejelasan pengaduan di setiap media yang ada untuk kejelasan pengaduan | Nomor hotline | Bagian umum dan kepegwaian | Masyarakat pengguna jasa rs | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 8 | 1. Sosialisasi aturan kode etik dan aturan perilaku, aturan pengendalian gratifikasi | Sosialisasi | Bagian Kepegawaian | Internal | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|--------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | 2. Penerapan sistem kepegawaian secara online dan menanamkan etika kepegawaian kepada seluruh pegawai 3. Tim UPG ikut mengawasi proses rekrutmen, mutasi dan promosi pegawai | | | | | | |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|--|--|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 1 | 1. Proses pendampingan user ERM dengan pihak Innova 2. Pengadaan jaringan fiber | Laporan progres kegiatan | Bagian perencanaan dan evaluasi | Internal rsud (user ERM) | Januari-Desember 2025 | Juli-Desember 2025 | - |
| 2 | Mengusulkan pembentukkan unit pemasaran | SK Unit pemasaran | Bagian perencanaan dan evaluasi | Bagian kepegawaian | Juli-Desember 2025 | Oktober-Desember 2025 | - |
| 3 | Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelatihan secara berkala | Edaran pengusulan kebutuhan pelatihan tiap ruangan/ bagian/instalasi. Program kerja pendidikan dan | Tim Bidang Pengembangan RS | internal | Tribulan I | Maret 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|---|--------------------------|---|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | pelatihan, laporan pelaksanaan kegiatan pelatihan, RTL pelaksanaan workshop/simposium | | | | | |
| 4 | Melakukan evaluasi pelaporan secara berkala | Laporan Pelaporan Pajak | SubBagian Perbendaharaan | KPP Pratama Lamongan | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 5 | Melakukan rekonsiliasi setiap pergantian shift antara pihak keuangan soegiri dengan pihak bank | Laporan Penerimaan | Kasir | SubBagian Perbendaharaan | Januari 2025 | Januari 2025 | - |
| 6 | Otomatisasi sistem akuntansi, pelatihan berkala, dan prosedur validasi entri | Sistem Akuntansi di SIPD | SubBagian Akuntansi | Bagian Akuntansi Pemda | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 7 | Melakukan laporan rutin antara petugas pengadaan dengan petugas pelaporan akuntansi | Laporan Pengadaan Persediaan | Tim Aset (Persediaan) | SubBagian Akuntansi & Bagian Aset Pemda | Januari 2025 | Januari 2025 | - |
| 8 | Memaksimalkan komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji | Daftar SK Pegawai Baru | SubBagian Kepegawaian | SubBagian Perbendaharaan | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 9 | Membentuk tim call taker di IGD untuk sinkronisasi sistem rujukan | Laporan Kegiatan Rujukan | Tim Call Taker | Internal | Desember 2025 | Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 10 | 1. Diversifikasi vendor atau pemasok untuk mengurangi ketergantungan 2. Evaluasi berkala kinerja pemasok 3. Perjanjian penalti terhadap keterlambatan dalam kontrak 4. Penyusunan rencana darurat (contingency plan) untuk item kritis 5. Penguatan sistem informasi logistik dan pelatihan staf gudang/logistik | Laporan kegiatan | Instalasi farmasi | internal | Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 11 | 1. Menyusun dan menerapkan rencana preventive maintenance secara berkala 2. Pelatihan petugas terhadap penggunaan alat kedokteran secara benar dan aman 3. Menyusun daftar alat prioritas untuk pengadaan suku cadang atau penggantian 4. Menjalin kerjasama dengan vendor servis resmi dan cepat tanggap 5. Pengadaan alat cadangan untuk alat vital atau berisiko tinggi 6. Monitoring dan audir berkala terhadap kondisi dan performa alat | Laporan kegiatan | Instalasi Pemeliharaan Sarana | internal | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|---|------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 12 | 1. SOP sterilisasi ketat 2. Audit proses CSSD 3. Peningkatan pelatihan staf | Laporan kegiatan | CSSD | internal | Januari-Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 13 | 1. Optimalisasi sistem FEFO dengan alarm otomatis kadaluarsa dalam SIMRS 2. Review berkala kebutuhan dan pola penggunaan obat per unit 3. Pelatihan staf gudang dan apotek tentang rotasi dan pencatatan stok 4. koordinasi rutin antara bagian farmasi dan unit pengadaan 5. Pengadaan obat berdasarkan analisa data pemakaian historis (forecasting) 6. Penetapan batas minimal stok dan meknisme "early warning" untuk obat slow moving | Laporan kegiatan | Instalasi Farmasi | internal | Januari-Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 14 | 1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala dan melakukan sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit 2. Adanya aplikasi yang mengatur pengelolaan aset | 1. KIR Ruangan 2. Surat Edaran berisi alur mutasi barang | Bagian Umum (Aset) | Bidang/Bagian/Karu/Ka. Unit | Agustus 2025 | Agustus 2025 | - |
| 15 | 1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala 2. Sosialisasi berulang untuk unit- | 1. Surat edaran berisi alur pelaporan penghapusan barang | Bagian Umum (aset), Unit/IPS | Bidang/Bagian/Karu/Ka. Unit, Bagian Umum | Januari-Desember 2025 | Agustus 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|--|--|---|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | unit yang terjadi pengngnatan kepala unit 3. Adanya aplikasi yang memudahkan pelaporan aset | 2. Aplikasi Laporan kerusakan barang & penghapusan barang | | (aset) | | | |
| 16 | 1. Update peraturan perumahsakitan dna peraturan lain yang terkait secara berkala 2. Konsultasi aktif dengan petugas dari instansi/institusi lain yang lebih kompeten | SK / perbup / perda | Bagian umum (hukormas) | internal RSUD dan external yang terkait | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |
| 17 | 1.Peningkatan frekuensi audit stok (mingguan untuk BHP kritikal) 2. Pembatasan akses sistem berdasarkan level jabatan 3. Integrasi sistem pencatatan manual dan elektronik 4. Review SOP pencatatan dan distribusi | Laporan kegiatan | Instalasi Farmasi | Internal | Januari-Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 18 | Melakukan sosialisasi ulang kepada petugas terkait SOP pelayanan poli rawat jalan | Laporan kegiatan sosialisasi SOP dan laporan penilaian kinerja pegawai sesuai standar penerima reward/punishment | Bidang Pelayanan dan Karu/Ka instalasi | Internal | Tribulan I | Tribulan I | - |
| 19 | 1. Validasi gizi berbasis rekam medis 2. Komunikasi aktif gizi | Laporan Indikator Mutu | Instalasi gizi | Eksternal | Desember 2025 | Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan | Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian | Penyedia Informasi | Penerima Informasi | Rencana Waktu Pelaksanaan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|--------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | keperawatan 3. Evaluasi kepuasan pasien 4. Audit harian kesesuaian diet oleh petugas gizi klinik | | | | | | |
| 20 | 1. Penerapan layanan sesuai dengan SPO 2. Dilakukan konfirmasi ulang terkait alamat dan meminta nomer HP keluarga terdekat yang aktif bisa dihubungi | Laporan kegiatan | Farmasi | Eksternal | Tribulan I | Maret 2025 | - |

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 |
|--|---|---|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 1 | Penyempurnaan sistem pelaporan dalam ERM melalui proses pendampingan | Laporan kegiatan progres pendampingan | Bagian Perencanaan dan Evaluasi | Januari-Desember 2025 | Juli-Desember 2025 | - |
| 2 | Menerapkan kode etik pegawai | Banner berupa Xbanner ajakan Tolak Gratifikasi di setiap sudut ruangan RSUD Dr. Soegiri | Direktur | Januari 2025 | Januari 2025 | - |
| 3 | Melakukan evaluasi terhadap penerapan SOP bidang-bidang dalam proses pengajuan penganggaran | SOP Proses Pengajuan Anggaran | Bagian Keuangan | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 4 | Pelatihan PSAK tahunan, konsultasi dengan auditor internal | PSAP 13 | Wadir Umum dan Keuangan | Desember 2025 | Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan | Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan | Penanggung jawab Pemantauan | Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|--|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 5 | 1. Pelatihan rutin untuk petugas rekam medis dan tenaga medis terkait penngisian data yang akurat 2. Pengembangan sistem validasi otomatis pada SIMRS 3. Audit internal berkala terhadap isi rekam medis 4. Evaluasi dan penyempurnaan form isian agar lebih jelas dan mengurangi pelaunag salah input 5. Penerapan dua lapis verifikasi pada data kritis | Sosialisasi dan pendampingan | Direktur | Januari-Desember | Juli-Desember 2025 | - |
| 6 | Memotivasi tenaga yang di butuhkan sesuai kualifikasi pelayanan untuk melanjutkan jenjang pendidikan dan mengupayakan kemudahan dalam perijinan belajar | Surat Ijin Belajar | Direktur | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |
| 7 | 1. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan secara berkala 2. Menampilkan no call center yang bisa dihubungi untuk kejelasan pengaduan di setiap media yang ada untuk kejelasan pengaduan | Nomor hotline | Direktur | Juli 2025 | Juli 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan | Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan | Penanggung jawab Pemantauan | Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|--|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 8 | 1. Sosialisasi aturan kode etik dan aturan perilaku, aturan pengendalian gratifikasi 2. Penerapan sistem kepegawaian secara online dan menanamkan etika kepegawaian kepada seluruh pegawai 3. Tim UPG ikut mengawasi proses rekrutmen, mutasi dan promosi pegawai | Sosialisasi | Direktur/SPI | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan | Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan | Penanggung jawab Pemantauan | Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|--|--|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 1 | 1. Proses pendampingan user ERM dengan pihak Innova 2. Pengadaan jaringan fiber | Laporan progres kegiatan | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 | Juli-Desember 2025 | - |
| 2 | Mengusulkan pembentukkan unit pemasaran | SK Unit pemasaran | Bagian Perencanaan dan Evaluasi | Juli-Desember 2025 | Oktober-Desember 2025 | - |
| 3 | Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelatihan secara berkala | Edaran pengusulan kebutuhan pelatihan tiap ruangan/ bagian/instalasi. Program kerja pendidikan dan pelatihan, laporan pelaksanaan kegiatan pelatihan, RTL pelaksanaan workshop/symposium | Bidang Pengembangan RS | Tribulan I | Maret 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan | Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan | Penanggung jawab Pemantauan | Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|--|--|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 4 | Melakukan evaluasi pelaporan secara berkala | Laporan Pelaporan Pajak | Bagian Keuangan | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 5 | Melakukan rekonsiliasi setiap pergantian shift antara pihak keuangan soegiri dengan pihak bank | Laporan Penerimaan | Bagian Keuangan | Januari 2025 | Januari 2025 | - |
| 6 | Otomatisasi sistem akuntansi, pelatihan berkala, dan prosedur validasi entri | Sistem Akuntansi di SIPD | Bagian Keuangan | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 7 | Melakukan laporan rutin antara petugas pengadaan dengan petugas pelaporan akuntansi | Laporan Pengadaan Persediaan | Bagian Keuangan | Januari 2025 | Januari 2025 | - |
| 8 | Memaksimalkan komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji | Daftar SK Pegawai Baru | Bagian Keuangan | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 9 | Membentuk tim call taker di IGD untuk sinkronisasi sistem rujukan | Laporan kegiatan rujukan | Bidang Pelayanan | Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 10 | 1. Diversifikasi vendor atau pemasok untuk mengurangi ketergantungan 2. Evaluasi berkala kinerja pemasok 3. Perjanjian penalti terhadap keterlambatan dalam kontrak 4. Penyusunan rencana darurat (contingency plan) untuk item kritis 5. Penguatan sistem informasi logistik dan pelatihan staf gudang/logistik | Laporan kegiatan | Instalasi Farmasi | Desember 2025 | Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan | Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan | Penanggung jawab Pemantauan | Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|---|--|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 11 | 1. Menyusun dan menerapkan rencana preventive maintenance secara berkala 2. Pelatihan petugas terhadap penggunaan alat kedokteran secara benar dan aman 3. Menyusun daftar alat prioritas untuk pengadaan suku cadang atau penggantian 4. Menjalinkan kerjasama dengan vendor servis resmi dan cepat tanggap 5. Pengadaan alat cadangan untuk alat vital atau berisiko tinggi 6. Monitoring dan audit berkala terhadap kondisi dan performa alat | Laporan kegiatan | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |
| 12 | 1. SOP sterilisasi ketat 2. Audit proses CSSD 3. Peningkatan pelatihan staf | Laporan kegiatan | Bidang Penunjang | Januari-Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 13 | 1. Optimalisasi sistem FEFO dengan alarm otomatis kadaluarsa dalam SIMRS 2. Review berkala kebutuhan dan pola penggunaan obat per unit 3. Pelatihan staf gudang dan apotek tentang rotasi dan pencatatan stok 4. koordinasi rutin antara bagian farmasi dan unit pengadaan 5. Pengadaan obat berdasarkan analisa data pemakaian historis (forecasting) 6. Penetapan batas minimal stok dan mekanisme "early warning" untuk obat slow moving | Laporan kegiatan | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 | Desember 2025 | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan | Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan | Penanggung jawab Pemantauan | Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|--|---|---|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 14 | 1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala dan melakukan sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit 2. Adanya aplikasi yang mengatur pengelolaan aset | 1. KIR Ruangan 2. Surat Edaran berisi alur mutasi barang | Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan) | Agustus 2025 | Agustus 2025 | - |
| 15 | 1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala 2. Sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit 3. Adanya aplikasi yang memudahkan pelaporan aset | 1. Surat edaran berisi alur pelaporan penghapusan barang 2. Aplikasi Laporan kerusakan barang & penghapusan barang | Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan) | Januari-Desember 2025 | Agustus 2025 | - |
| 16 | 1. Update peraturan perumaksudan dan peraturan lain yang terkait secara berkala 2. Konsultasi aktif dengan petugas dari instansi/institusi lain yang lebih kompeten | SK / perbup / perda | Bagian Umum dan kepegawaian (Humas) | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |
| 17 | 1. Peningkatan frekuensi audit stok (mingguan untuk BHP kritikal) 2. Pembatasan akses sistem berdasarkan level jabatan 3. Integrasi sistem pencatatan manual dan elektronik 4. Review SOP pencatatan dan distribusi | Laporan kegiatan | Wadir Umum dan Keuangan dan Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 18 | Melakukan sosialisasi ulang kepada petugas terkait SOP pelayanan poli rawat jalan | 1. laporan kegiatan sosialisasi SOP 2. laporan penilaian kinerja pegawai sesuai standar penerima reward/punishmen | Bidang Pelayanan | Tribulan I | Tribulan I | - |

| No | Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan | Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan | Penanggung jawab Pemantauan | Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan | Realisasi Waktu Pelaksanaan | Keterangan |
|--|--|--|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | |
| 19 | 1. Validasi gizi berbasis rekam medis 2. Komunikasi aktif gizi keperawatan 3. Evaluasi kepuasan pasien 4. Audit harian kesesuaian diet oleh petugas gizi klinik | Laporan Indikator Mutu | Direktur | Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 20 | 1. Penerapan layanan sesuai dengan SPO 2. Dilakukan konfirmasi ulang terkait alamat dan meminta nomer HP keluarga terdekat yang aktif bisa dihubungi | Laporan kegiatan | Bidang Penunjang | Tribulan I | Maret 2025 | - |

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