



**RSUD Ngimbang**  
Cepat, Tepat, Akurat, Bersahabat

# LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2025



Jl. Babat - Jombang No.227, Tapas, Sendangrejo,  
Kec. Ngimbang, Kabupaten Lamongan, Jawa Timur 62273

**LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO  
RSUD NGIMBANG KABUPATEN LAMONGAN  
TAHUN 2025**

**I. PENDAHULUAN**

**A. Latar Belakang**

Manajemen risiko merupakan suatu proses yang terstruktur dan sistematis, meliputi identifikasi, analisis, penilaian, serta pengendalian terhadap risiko, dengan tujuan untuk menghindari, meminimalisir, bahkan menghilangkan potensi risiko yang tidak dapat diterima. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), risiko diartikan sebagai akibat yang kurang menyenangkan dari suatu tindakan. Dengan demikian, risiko selalu berkaitan erat dengan ketidakpastian yang dapat berupa ancaman maupun peluang, sehingga diperlukan strategi dan upaya mitigasi untuk mengelolanya.

Pada hakikatnya, manajemen risiko adalah proses perencanaan, pengaturan, pengarahan, dan pengendalian aktivitas organisasi secara menyeluruh. Proses ini tidak hanya mencakup penilaian risiko dan pengembangan strategi pengendalian, tetapi juga mencakup pemanfaatan sumber daya secara optimal untuk mengurangi dampak negatif yang mungkin timbul. Manajemen risiko menjadi instrumen penting dalam memastikan setiap kegiatan organisasi dapat berjalan sesuai dengan sasaran yang ditetapkan, sekaligus meminimalisir kerugian dan hambatan yang mungkin terjadi.

Bagi RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan, penerapan manajemen risiko memiliki arti penting dalam mendukung tugas pokok dan fungsi rumah sakit sebagai unsur pelaksana urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan. Hal ini selaras dengan sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Lamongan, yaitu “Meningkatnya Kualitas dan Aksesibilitas Kesehatan Masyarakat” dengan indikator sasaran Indeks Kesehatan. Sasaran tersebut menjadi dasar tujuan RSUD Ngimbang, yaitu “Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan”, yang diukur dengan indikator Indeks Kesehatan.

Dalam rangka pencapaian tujuan tersebut, RSUD Ngimbang menetapkan dua sasaran strategis, yaitu:

1. Terjaminnya kualitas pelayanan kesehatan, dengan indikator Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah Sakit.
2. Meningkatnya manajemen internal perangkat daerah, dengan indikator Nilai SAKIP RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan.

Kedua sasaran strategis tersebut didukung oleh program, kegiatan, dan subkegiatan yang pelaksanaannya tidak terlepas dari potensi risiko, baik risiko kegagalan maupun keberhasilan. Oleh karena itu, RSUD Ngimbang perlu menyusun dan melaksanakan manajemen risiko secara komprehensif, agar ketidakpastian yang berpotensi menimbulkan kerugian dapat diminimalisir bahkan dihilangkan. Setiap unit pemilik risiko wajib bertanggung jawab atas risiko yang dimilikinya, melalui proses penilaian risiko dan penyusunan rencana tindak pengendalian yang terukur.

## **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 Ngimbang Kabupaten Lamongan Nomor 188.1/857/413.216/2024 tentang Penilaian Manajemen Risiko Pada RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan.

### **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 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 Ngimbang Kabupaten Lamongan 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 reuiu 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	Belum semua pegawai memahami dan menginternalisasi nilai-nilai integritas. Pemberian punishment masih kurang maksimal sehingga masih terdapat pelanggaran terkait disiplin maupun etika kerja, misalnya sikap layanan
2	Komitmen terhadap Kompetensi	Program Diklat, Data pelatihan pegawai, Monev pengembangan kompetensi	Masih terdapat gap kompetensi pada beberapa jabatan fungsional. Keterbatasan sumber daya (anggaran) yang ada untuk meningkatkan kompetensi SDM sehingga pemenuhan kompetensi dilaksanakan secara bertahap.
3	Kepemimpinan yang Kondusif	Hasil wawancara, survei kepuasan pegawai	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas. Belum semua pimpinan menjadi role model dalam etika kerja dan pelayanan publik.
4	Pembentukan Struktur Organisasi yang Sesuai dengan Kebutuhan	Peraturan Bupati tentang Tata Kelola RSUD Ngimbang Nomor 44 Tahun 2017, dokumen ANJAB dan ABK	Terdapat jabatan yang masih rangkap tugas dan belum sepenuhnya disesuaikan dengan beban kerja serta kebutuhan layanan rumah sakit.
5	Pendelegasian Wewenang dan Tanggung Jawab yang Tepat	SOP, uraian tugas, ANJAB dan ABK	Pelimpahan wewenang belum sepenuhnya tertulis dan terdokumentasi.
6	Penyusunan dan Penerapan Kebijakan yang Sehat tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Dokumen kepegawaian, hasil audit kepegawaian	Belum adanya perencanaan karier yang terstruktur; penilaian kinerja belum sepenuhnya dijadikan dasar pembinaan pegawai.
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah yang Efektif	SK Direktur tentang Pembentukan SPI RSUD Ngimbang, Program Kerja SPI, Laporan hasil audit SPI, tindak lanjut hasil audit SPI	Fungsi pengawasan belum berjalan optimal karena keterbatasan SDM dan kewenangan SPI yang belum terbentuk secara formal.
8	Hubungan Kerja yang Baik dengan Instansi Pemerintah Terkait	MoU antara RSUD Ngimbang dengan instansi pemerintahan terkait, notulen rapat lintas sektor	Koordinasi lintas sektor belum terjadwal secara berkala; komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif, bukan proaktif.

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

**Tabel 2. Simpulan Berdasarkan Dokumen (SID)**

<b>NO</b>	<b>KLASIFIKASI</b>	<b>RATA-RATA HASIL SURVEI PERSEPSI</b>
1	Penegakan Integritas Dan Nilai Etika	3,29
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	3,26
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	3,24
4	Pembentukan Struktur Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan	3,27
5	Pendelegasian Wewenang Dan Tanggung Jawab Yang Tepat	3,26
6	Penyusunan Dan Penerapan Kebijakan Yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	3,21
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif	3,25
8	Hubungan Kerja Yang Baik Dengan Instansi Pemerintah Terkait	3,35

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		Simpulan	Penjelasan
		Hasil	Uraian		
1	Penegakan Integritas dan Nilai Etika	Memadai	belum semua pegawai memahami dan menginternalisasi nilai-nilai integritas, Pemberian punishment yang masih kurang maksimal sehingga masih terdapat pelanggaran terkait etika, misalnya sikap layanan.	Memadai	belum semua pegawai memahami dan menginternalisasi nilai-nilai integritas, Pemberian punishment yang masih kurang maksimal sehingga masih terdapat pelanggaran terkait etika, misalnya sikap layanan.
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	Memadai	Masih terdapat gap kompetensi pada beberapa jabatan fungsional, Keterbatasan sumber daya ( anggaran) yang ada untuk meningkatkan kompetensi SDM yang ada, sehingga pemenuhan kompetensi dilaksanakan secara bertahap.	Memadai	Masih terdapat gap kompetensi pada beberapa jabatan fungsional, Keterbatasan sumber daya ( anggaran) yang ada untuk meningkatkan kompetensi SDM yang ada, sehingga pemenuhan kompetensi dilaksanakan secara bertahap.
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	Memadai	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas; belum semua pimpinan menjadi role model dalam etika kerja dan pelayanan publik.	Memadai	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas; belum semua pimpinan menjadi role model dalam etika kerja dan pelayanan publik.



No	Sub Unsur	Hasil Review Dokumen		Simpulan	Penjelasan
		Hasil	Uraian		
4	Pembentukan Struktur Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan	Memadai	Terdapat jabatan yang masih rangkap tugas; belum sepenuhnya disesuaikan dengan beban kerja dan kebutuhan layanan rumah sakit.	Memadai	Terdapat jabatan yang masih rangkap tugas; belum sepenuhnya disesuaikan dengan beban kerja dan kebutuhan layanan rumah sakit.
5	Pendelegasian Wewenang dan Tanggung Jawab Yang Tepat	Memadai	pelimpahan wewenang belum sepenuhnya tertulis dan terdokumentasi.	Memadai	pelimpahan wewenang belum dokumentasi. sepenuhnya tertulis dan ter
6	Penyusunan dan Penerapan Kebijakan Yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Memadai	Belum adanya perencanaan karier yang terstruktur; penilaian kinerja belum sepenuhnya dijadikan dasar pembinaan pegawai.	Memadai	Belum adanya perencanaan karier yang terstruktur; penilaian kinerja belum sepenuhnya dijadikan dasar pembinaan pegawai.
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif	Memadai	Fungsi pengawasan belum berjalan optimal karena keterbatasan SDM dan kewenangan SPI yang belum terbentuk secara formal.	Memadai	Fungsi pengawasan belum berjalan optimal karena keterbatasan SDM dan kewenangan SPI yang belum terbentuk secara formal.
8	Hubungan Kerja Yang Baik Dengan Instansi Pemerintah Terkait	Memadai	Koordinasi lintas sektor belum terjadwal secara berkala; komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif,	Memadai	Koordinasi lintas sektor belum terjadwal secara berkala; komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif,

No	Sub Unsur	Hasil Review Dokumen		Simpulan	Penjelasan
		Hasil	Uraian		
			bukan proaktif.		bukan proaktif.

## 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 Pengendalian yang Kurang Memadai	Rencana Tindak Perbaikan Lingkungan Pengendalian	Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	2	3	4	5
1	Belum semua pegawai memahami dan menginternalisasi nilai-nilai integritas. Pemberian punishment yang masih kurang maksimal sehingga masih terdapat pelanggaran terkait etika, misalnya sikap layanan.	1. Sosialisasi dan pelatihan ulang nilai-nilai integritas dan etika kerja secara rutin. 2. Penyusunan SOP pemberian punishment yang lebih tegas dan konsisten. 3. Monitoring dan evaluasi kepatuhan etika secara berkala.	Kepala Bagian Umum dan Keuangan, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang	Juli 2025
2	Masih terdapat gap kompetensi pada beberapa jabatan fungsional. Keterbatasan sumber daya (anggaran) yang ada untuk meningkatkan kompetensi SDM yang ada, sehingga pemenuhan kompetensi dilaksanakan secara bertahap.	1. Penyusunan program pelatihan prioritas berdasarkan gap kompetensi. 2. Pengajuan anggaran untuk peningkatan kompetensi dan pelatihan secara bertahap. 3. Kerjasama dengan lembaga pelatihan eksternal yang terjangkau.	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Juli 2025
3	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas; belum semua pimpinan menjadi role model dalam etika kerja dan pelayanan publik.	1. Pelatihan komunikasi efektif dan kepemimpinan untuk pimpinan. 2. Rutin diadakan forum dialog antara pimpinan dan staf. 3. Penilaian pimpinan berdasarkan kepatuhan etika dan komunikasi.	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Juni 2025
4	Terdapat jabatan yang masih rangkap tugas; belum sepenuhnya disesuaikan dengan beban kerja dan kebutuhan layanan rumah sakit.	1. Evaluasi ulang beban kerja dan jabatan. 2. Restrukturisasi tugas dan penyesuaian jabatan sesuai kebutuhan.	Direktur	Sep-25

No	Kondisi Lingkungan Pengendalian yang Kurang Memadai	Rencana Tindak Perbaikan Lingkungan Pengendalian	Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	2	3	4	5
5	Pelimpahan wewenang belum sepenuhnya tertulis dan terdokumentasi.	1. Penyusunan dan dokumentasi kebijakan pelimpahan wewenang secara tertulis. 2. Sosialisasi dokumen pelimpahan wewenang ke seluruh unit terkait. 3. Penyimpanan dokumen pelimpahan wewenang secara terpusat dan mudah diakses.	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Sep-25
6	Belum adanya perencanaan karier yang terstruktur; penilaian kinerja belum sepenuhnya dijadikan dasar pembinaan pegawai.	Pengintegrasian hasil penilaian kinerja ke dalam proses pembinaan dan promosi.	Direktur	Juli 2025
7	Fungsi pengawasan belum berjalan optimal karena keterbatasan SDM dan kewenangan SPI yang belum terbentuk secara formal.	1. Pelatihan untuk SPI.2. Penjadwalan audit internal secara berkala.	Direktur	Juli 2025
8	Koordinasi lintas sektor belum terjadwal secara berkala; komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif, bukan proaktif.	Membuat jadwal rutin pertemuan koordinasi lintas sektor.	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Juli 2025

III. PENILAIAN RISIKO DAN RENACNA TINDAK PENGENDALIAN

A. Penetapan Konteks/Tujuan

Berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan 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 Ngimbang Kabupaten Lamongan** yaitu “**Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan**”, dengan indikator tujuan “**Indeks Kesehatan**”.

RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan 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 NGIMBANG KABUPATEN LAMONGAN”

Untuk mencapai 2 (dua) sasaran strategis tersebut di dukung oleh 2 (dua) program dan 4 (empat) kegiatan serta 5 (lima) 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 Dokumen Keuangan Yang Disusun Tepat Waktu”.

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

- b. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah, dengan indikator “Prosentase Layanan Jasa Penunjang Yang Tersedia Dengan Baik”.

Sub Kegiatan :

- Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik yang disediakan, dengan indikator “Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik yang Disediakan”
- Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor, dengan indikator “Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan”

- c. 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 Ngimbang Kabupaten Lamongan 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. Kertas Kerja 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	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
			Risiko						
1	Nilai SAKIP RSUD Ngimbang	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	RSO.25.02.35.01	Direktur	1. Penyusunan dokumen tidak selaras dengan indikator kinerja utama 2. Lemahnya koordinasi antara unit perencana dan pelaksana	Internal (proses perencanaan dan koordinasi)	C	1. Program tidak tepat sasaran 2. Rendahnya efisiensi anggaran 3. Penurunan nilai SAKIP	RSUD Ngimbang
2	Nilai SAKIP RSUD Ngimbang	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	RSO.25.02.35.02	Direktur	1. Minimnya pelatihan teknis 2. Tidak semua pegawai memahami konsep SAKIP dan penyusunan LAKIP	Internal (SDM dan Pelatihan)	C	1. Laporan kinerja kurang optimal 2. Akuntabilitas rendah 3. Nilai SAKIP stagnan	RSUD Ngimbang
3	Nilai SAKIP RSUD Ngimbang	Potensi fraud dalam pelaporan kinerja dan anggaran	RSO.25.02.35.03	Direktur	1. Manipulasi data laporan kinerja 2. Tekanan dari manajemen untuk hasil yang “baik” 3. Pengawasan internal yang lemah	Internal (proses pelaporan)	C	1. Data laporan kinerja tidak akurat 2. Penilaian kinerja yang menyesatkan 3. Kerugian finansial dan penurunan kepercayaan stakeholder	RSUD Ngimbang



No	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		C/UC	Dampak	
		Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
			Risiko						
4	Nilai SAKIP RSUD Ngimbang	Terjadi konflik kepentingan dalam Perjanjian kerjasama	RSO.25.02.35.04	Direktur	1. Kurangnya mekanisme monitoring pada mitra 2. Perjanjian yang tidak jelas atau menguntungkan salah satu pihak 3. Konflik kepentingan dalam pengelolaan program - kegiatan	Internal dan eksternal	C	1. Program kinerja tidak berjalan efektif 2. Sumber daya dan anggaran terbuang sia-sia 3. Penurunan nilai SAKIP	RSUD Ngimbang
5	Capaian IKM RSUD Ngimbang	Rendahnya kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUD Ngimbang	RSO.25.02.35.05	Direktur	1. Waktu tunggu lama 2. Kurangnya komunikasi efektif tenaga medis 3. Fasilitas belum sepenuhnya memenuhi ekspektasi pasien	Internal (Bidang pelayanan, Bidang Penunjang)	C	1. Nilai IKM menurun 2. Penilaian masyarakat terhadap mutu layanan rendah 3. Potensi menurunnya kepercayaan publik	RSUD Ngimbang dan Masyarakat

No	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		C/UC	Dampak	
		Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
			Risiko						
6	Capaian IKM RSUD Ngimbang	Pengelolaan pengaduan masyarakat belum efektif dan tidak terdokumentasi dengan baik	RSO.25.02.35.06	Direktur	1. Belum ada sistem pencatatan dan tindak lanjut aduan secara sistematis 2. Kurangnya SOP pengelolaan pengaduan pengelolaan aduan	Internal (Tim Penanganan Pengaduan)	C	1. Keluhan pasien tidak tertangani tepat waktu 2. Menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS 3. Penurunan nilai IKM pada aspek penanganan pengaduan	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
7	Capaian IKM RSUD Ngimbang	Fraud dalam pengelolaan data kepuasan masyarakat	RSO.25.02.35.07	Direktur	1. Data kepuasan dimanipulasi untuk hasil baik 2. Kurangnya verifikasi data oleh pihak ketiga	Internal dan eksternal	C	1. Penilaian IKM menjadi tidak valid dan tidak mencerminkan kondisi sebenarnya 2. Pengambilan keputusan berbasis data salah 3. Hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap RSUD Ngimbang	RSUD Ngimbang dan Masyarakat

No	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		C/UC	Dampak	
		Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
			Risiko						
8	Capaian IKM RSUD Ngimbang	Risiko kemitraan dalam pengelolaan layanan	RSO.25.02.35.08	Direktur	1. Mitra layanan tidak memenuhi standar 2. Pengawasan terhadap mitra kurang 3. Konflik kepentingan dalam pengelolaan layanan bersama	Internal dan eksternal	C	1. Penurunan kualitas layanan kepada masyarakat 2. Menurunnya kepuasan dan kepercayaan masyarakat 3. Dampak negatif terhadap reputasi RSUD Ngimbang	RSUD Ngimbang dan Masyarakat

**Tabel 6. Kertas Kerja Operasional (KKO) OPD**

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
1	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Keuangan Yang Disusun Tepat Waktu	Perencanaan	Terlambatnya penyusunan dokumen anggaran tahunan RSUD	ROO.25.02.3 5.01	Kabag Umum dan Keuangan	Ketidaksiapan data pendukung perencanaan	Ketidaksiapan data pendukung perencanaan	C	proses perencanaan belanja tahunan terhambat dan dapat berdampak pada keterlambatan operasional	RSUD Ngimbang
2	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Keuangan Yang Disusun Tepat Waktu	Pelaksanaan	Ketidaksesuaian antara realisasi dan rencana anggaran	ROO.25.02.3 5.02	Kabag Umum dan Keuangan	Kurangnya monitoring dan evaluasi berkala	Kurangnya monitoring dan evaluasi berkala	C	Terjadi kelebihan atau kekurangan anggaran, menyebabkan pemborosan atau keterbatasan kegiatan	RSUD Ngimbang
3	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Keuangan Yang Disusun Tepat Waktu	Penganggaran	Penggunaan anggaran tidak transparan dan akuntabel	ROO.25.02.3 5.03	Kabag Umum dan Keuangan	Penggunaan anggaran tidak transparan dan akuntabel	Lemahnya sistem pengawasan dan kontrol internal	C	Meningkatkan risiko fraud dan temuan BPK	RSUD Ngimbang
4	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Prosentase Layanan Jasa Penunjang Yang Tersedia Dengan Baik	Perencanaan	Perencanaan kebutuhan jasa tidak akurat	ROO.25.02.3 5.04	Kabag Umum dan Keuangan	Data dasar tidak valid	Internal	C	Kebutuhan tidak terpenuhi	RSUD Ngimbang

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
5	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Prosentase Layanan Jasa Penunjang Yang Tersedia Dengan Baik	Pelaksanaan	Keterlambatan penyediaan jasa	ROO.25.02.3 5.05	Kabag Umum dan Keuangan	Kinerja vendor yang buruk	Eksternal	UC	Gangguan pelayanan	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
6	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Prosentase Layanan Jasa Penunjang Yang Tersedia Dengan Baik	Penganggaran	Ketidaksesuaian pagu dengan kebutuhan riil	ROO.25.02.3 5.06	Kabag Umum dan Keuangan	Alokasi tidak berbasis kebutuhan	Internal	C	Ketidakcukupa n dana operasional	RSUD Ngimbang
7	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Perencanaan	Tidak tercapainya target kunjungan pasien akibat tidak dipetakkannya kebutuhan sarana dan prasarana dengan akurat	ROO.25.02.3 5.07	Bidang Penunjang	Data kunjungan historis tidak dianalisis, tidak ada pemetaan kebutuhan sarpras jangka menengah	Internal	C	Perencanaan tidak tepat sasaran, berdampak pada daya tampung dan minat pasien	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
8	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Pelaksanaan	Target kunjungan pasien menurun karena sarpras yang tersedia tidak layak pakai atau kurang	ROO.25.02.3 5.08	Bidang Penunjang	Tidak ada pemeliharaan rutin, penggantian unit rusak lambat	Internal	C	Pasien tidak puas, beralih ke rumah sakit lain, menurunnya citra RS	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
9	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Penganggaran	Tidak tercapainya target kunjungan pasien karena anggaran pengadaan/pemeli haraan sarpras tidak tersedia atau tidak cukup	ROO.25.02.3 5.09	Bidang Penunjang	Prioritas anggaran lebih ke belanja rutin dibanding peningkatan sarpras	Internal	C	Sarpras terbatas, layanan terganggu, minat kunjungan menurun	RSUD Ngimbang dan Masyarakat

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
10	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Pelaksanaan	Penurunan kunjungan pasien	ROO.25.02.3 5.10	Bidang Pelayanan	Ketidakpuasan layanan atau fasilitas kurang	Internal	C	Pendapatan menurun	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
11	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Pelaksanaan	Penurunan kunjungan pasien	ROO.25.02.3 5.11	Bidang Pelayanan	Ketidakpuasan layanan atau fasilitas kurang	Eksternal	C	Pendapatan menurun	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
12	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Penganggaran	Ketidaksesuaian anggaran promosi layanan	ROO.25.02.3 5.12	Kabag Umum dan Keuangan , Bidang Pelayanan , Bidang Penunjang	Promosi tidak efektif	Internal	C	Kunjungan tidak meningkat	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
13	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Perencanaan	Kurangnya koordinasi dengan mitra layanan rujukan	ROO.25.02.3 5.13	Kabag Umum dan Keuangan , Bidang Pelayanan , Bidang Penunjang	1. Tidak ada MoU kerja sama	Eksternal	C	Pelayanan rujukan terganggu	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
							2. lemahnya kemitraan yang ditandai dengan belum adanya mekanisme komunikasi rutin, perbedaan SOP, dan minimnya komitmen antar institusi dalam membangun kerja sama yang berkesinambungan				

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
14	Peningkatan Pelayanan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Pelaksanaan	Kerjasama mitra tidak optimal	ROO.25.02.3 5.14	Kabag Umum dan Keuangan , Bidang Pelayanan , Bidang Penunjang	1. Tidak ada MoU kerja sama 2. lemahnya kemitraan yang ditandai dengan belum adanya mekanisme komunikasi rutin, perbedaan SOP, dan minimnya komitmen antar institusi dalam membangun kerja sama yang berkesinambungan	Eksternal	C	Menurunnya Jumlah Rujukan Pasien	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
15	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Penganggaran	Tidak ada alokasi anggaran untuk kunjungan evaluasi mitra	ROO.25.02.3 5.15	Kabag Umum dan Keuangan , Bidang Pelayanan , Bidang Penunjang	Tidak diprioritaskan	Internal	C	Evaluasi kinerja mitra tidak dilakukan	RSUD Ngimbang
16	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Pelaksanaan	Fraud dalam pengadaan barang dan jasa	ROO.25.02.3 5.16	Kabag Umum dan Keuangan	Kurangnya pengawasan internal	Internal	C	Kerugian keuangan dan reputasi	RSUD Ngimbang
17	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah Kunjungan Rumah Sakit	Pelaksanaan	Tidak optimalnya manfaat dari kerja sama	ROO.25.02.3 5.17	Kabag Umum dan Keuangan	Tidak ada evaluasi berkala	Internal	C	Waktu dan dana terbuang	RSUD Ngimbang
18	Peningkatan Pelayanan	Jumlah Kunjungan	Pelaksanaan	Pelaporan fiktif kegiatan	ROO.25.02.3 5.18	Kabag Umum	Tekanan pencapaian target	Internal	C	Kerugian negara, sanksi	RSUD Ngimbang



No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
	BLUD	Rumah Sakit				dan Keuangan				hukum	
19	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten / Kota	Prosentase BOR (Bed Occupancy Ratio)	Perencanaan	Tidak tercapainya target BOR akibat perencanaan yang tidak akurat	ROO.25.02.3 5.19	Bidang Pelayanan	Data perencanaan tidak berbasis tren data yang ada	Internal	C	BOR rendah, ruang rawat inap tidak termanfaatkan optimalBOR rendah, ruang rawat inap tidak termanfaatkan optimal	RSUD Ngimbang
20	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten / Kota	Prosentase BOR (Bed Occupancy Ratio)	Pelaksanaan	BOR tidak tercapai akibat rendahnya kunjungan pasien rawat inap	ROO.25.02.3 5.20	Bidang Pelayanan	Kualitas layanan tidak optimal dan kurangnya promosi layanan	Internal dan eksternal	C	Menurunnya CRR dan kepercayaan masyarakat	RSUD Ngimbang dan Masyarakat
21	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten / Kota	Prosentase BOR (Bed Occupancy Ratio)	Penganggaran	BOR tidak tercapai karena keterbatasan anggaran untuk peningkatan sarana dan promosi layanan	ROO.25.02.3 5.21	Kabag Umum dan Keuangan	Prioritas anggaran tidak mengakomodasi peningkatan daya tarik layanan	Internal	C	Sarana pelayanan tidak memadai, pasien beralih ke fasilitas lain	RSUD Ngimbang , BPJS 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 Ngimbang Kabupaten Lamongan 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 Ngimbang	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	RSO.25.02.35.01	7	Direktur	1. Penyusunan dokumen tidak selaras dengan indikator kinerja utama 2. Lemahnya koordinasi antara unit perencanaan dan pelaksana	1. Program tidak tepat sasaran 2. Rendahnya efisiensi anggaran 3. Penurunan nilai SAKIP
2	RSUD Ngimbang	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	RSO.25.02.35.02	6	Direktur	1. Minimnya pelatihan teknis 2. Tidak semua pegawai memahami konsep SAKIP dan penyusunan LAKIP	1. Laporan kinerja kurang optimal 2. Akuntabilitas rendah 3. Nilai SAKIP stagnan
3	RSUD Ngimbang	Potensi fraud dalam pelaporan kinerja dan anggaran	RSO.25.02.35.03	7	Direktur	1. Manipulasi data laporan kinerja 2. Tekanan dari manajemen untuk hasil yang "baik" 3. Pengawasan internal yang lemah	1. Data laporan kinerja tidak akurat 2. Penilaian kinerja yang menyesatkan 3. Kerugian finansial dan penurunan kepercayaan stakeholder
4	RSUD Ngimbang	Terjadi konflik kepentingan dalam Perjanjian kerjasama	RSO.25.02.35.04	6	Direktur	1. Kurangnya mekanisme monitoring pada mitra 2. Perjanjian yang tidak jelas atau menguntungkan salah satu pihak 3. Konflik kepentingan dalam pengelolaan program - kegiatan	1. Program kinerja tidak berjalan efektif 2. Sumber daya dan anggaran terbuang sia-sia 3. Penurunan nilai SAKIP

5	RSUD Ngimbang	Rendahnya kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUD Ngimbang	RSO.25.02.35.05	7	Direktur	1. Waktu tunggu lama 2. Kurangnya komunikasi efektif tenaga medis 3. Fasilitas belum sepenuhnya memenuhi ekspektasi pasien	1. Nilai IKM menurun 2. Penilaian masyarakat terhadap mutu layanan rendah 3. Potensi menurunnya kepercayaan publik
6	RSUD Ngimbang	Pengelolaan pengaduan masyarakat belum efektif dan tidak terdokumentasi dengan baik	RSO.25.02.35.06	7	Direktur	1. Belum ada sistem pencatatan dan tindak lanjut aduan secara sistematis 2. Kurangnya SOP pengelolaan pengaduan pengelolaan aduan	1. Keluhan pasien tidak tertangani tepat waktu 2. Menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS 3. Penurunan nilai IKM pada aspek penanganan pengaduan
7	RSUD Ngimbang	Fraud dalam pengelolaan data kepuasan masyarakat	RSO.25.02.35.07	6	Direktur	1. Data kepuasan dimanipulasi untuk hasil baik 2. Kurangnya verifikasi data oleh pihak ketiga	1. Penilaian IKM menjadi tidak valid dan tidak mencerminkan kondisi sebenarnya 2. Pengambilan keputusan berbasis data salah 3. Hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap RSUD Ngimbang
8	RSUD Ngimbang	Risiko kemitraan dalam pengelolaan layanan	RSO.25.02.35.08	7	Direktur	1. Mitra layanan tidak memenuhi standar 2. Pengawasan terhadap mitra kurang 3. Konflik kepentingan dalam pengelolaan layanan bersama	1. Penurunan kualitas layanan kepada masyarakat 2. Menurunnya kepuasan dan kepercayaan masyarakat 3. Dampak negatif terhadap reputasi RSUD Ngimbang

Risiko Operasional OPD							
1	RSUD Ngimbang	Terlambatnya penyusunan dokumen anggaran tahunan RSUD	ROO.25.02.35.01	5	Kabag Umum dan Keuangan	Ketidaksiapan data pendukung perencanaan	Menghambat proses perencanaan belanja tahunan dan dapat berdampak pada keterlambatan operasional
2	RSUD Ngimbang	Ketidaksesuaian antara realisasi dan rencana anggaran	ROO.25.02.35.02	6	Kabag Umum dan Keuangan	Kurangnya monitoring dan evaluasi berkala	Terjadi kelebihan atau kekurangan anggaran, menyebabkan pemborosan atau keterbatasan kegiatan
3	RSUD Ngimbang	Penggunaan anggaran tidak transparan dan akuntabel	ROO.25.02.35.03	6	Kabag Umum dan Keuangan	Penggunaan anggaran tidak transparan dan akuntabel	Meningkatkan risiko fraud dan temuan BPK
4	RSUD Ngimbang	Perencanaan kebutuhan jasa tidak akurat	ROO.25.02.35.04	8	Kabag Umum dan Keuangan	Data dasar tidak valid	Kebutuhan tidak terpenuhi
5	RSUD Ngimbang	Keterlambatan penyediaan jasa	ROO.25.02.35.05	8	Kabag Umum dan Keuangan	Kinerja vendor yang buruk	Gangguan pelayanan
6	RSUD Ngimbang	Ketidaksesuaian pagu dengan kebutuhan ril	ROO.25.02.35.06	7	Kabag Umum dan Keuangan	Alokasi tidak berbasis kebutuhan	Ketidakcukupan dana operasional
7	RSUD Ngimbang	Tidak tercapainya target kunjungan pasien akibat tidak dipetakkannya kebutuhan sarana dan prasarana dengan akurat	ROO.25.02.35.07	7	Bidang Penunjang	Data kunjungan historis tidak dianalisis, tidak ada pemetaan kebutuhan sarpras jangka menengah	Perencanaan tidak tepat sasaran, berdampak pada daya tampung dan minat pasien
8	RSUD Ngimbang	Target kunjungan pasien menurun karena sarpras yang tersedia tidak layak pakai atau kurang	ROO.25.02.35.08	7	Bidang Penunjang	Tidak ada pemeliharaan rutin, penggantian unit rusak lambat	Pasien tidak puas, beralih ke rumah sakit lain, menurunnya citra RS
9	RSUD Ngimbang	Tidak tercapainya target kunjungan pasien karena anggaran pengadaan/pemeliharaan sarpras tidak tersedia atau tidak cukup	ROO.25.02.35.09	7	Bidang Penunjang	Prioritas anggaran lebih ke belanja rutin dibanding peningkatan sarpras	Sarpras terbatas, layanan terganggu, minat kunjungan menurun
10	RSUD Ngimbang	Penurunan kunjungan pasien	ROO.25.02.35.10	9	Bidang Pelayanan	Ketidakpuasan layanan atau fasilitas kurang	Pendapatan menurun
11	RSUD Ngimbang	Penurunan kunjungan pasien	ROO.25.02.35.11	9	Bidang Pelayanan	Ketidakpuasan layanan atau fasilitas kurang	Pendapatan menurun
12	RSUD Ngimbang	Ketidaksesuaian anggaran promosi layanan	ROO.25.02.35.12	6	Kabag Umum dan Keuangan, Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang	Promosi tidak efektif	Kunjungan tidak meningkat

13	RSUD Ngimbang	Kurangnya koordinasi dengan mitra layanan rujukan	ROO.25.02.35.13	8	Kabag Umum dan Keuangan, Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang	1. Tidak ada MoU kerja sama 2. lemahnya kemitraan yang ditandai dengan belum adanya mekanisme komunikasi rutin, perbedaan SOP, dan minimnya komitmen antar institusi dalam membangun kerja sama yang berkesinambungan	Pelayanan rujukan terganggu
14	RSUD Ngimbang	Kerjasama mitra tidak optimal	ROO.25.02.35.14	7	Kabag Umum dan Keuangan, Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang	1. Tidak ada MoU kerja sama 2. lemahnya kemitraan yang ditandai dengan belum adanya mekanisme komunikasi rutin, perbedaan SOP, dan minimnya komitmen antar institusi dalam membangun kerja sama yang berkesinambungan	Menurunnya Jumlah Rujukan Pasien
15	RSUD Ngimbang	Tidak ada alokasi anggaran untuk kunjungan evaluasi mitra	ROO.25.02.35.15	7	Kabag Umum dan Keuangan, Bidang Pelayanan, Bidang Penunjang	Tidak diprioritaskan	Evaluasi kinerja mitra tidak dilakukan
16	RSUD Ngimbang	Fraud dalam pengadaan barang dan jasa	ROO.25.02.35.16	7	Kabag Umum dan Keuangan	Kurangnya pengawasan internal	Kerugian keuangan dan reputasi
17	RSUD Ngimbang	Tidak optimalnya manfaat dari kerja sama	ROO.25.02.35.17	8	Kabag Umum dan Keuangan	Tidak ada evaluasi berkala	Waktu dan dana terbuang
18	RSUD Ngimbang	Pelaporan fiktif kegiatan	ROO.25.02.35.18	7	Kabag Umum dan Keuangan	Tekanan pencapaian target	Kerugian negara, sanksi hukum
19	RSUD Ngimbang	Tidak tercapainya target BOR akibat perencanaan yang tidak akurat	ROO.25.02.35.19	8	Bidang Pelayanan	Data perencanaan tidak berbasis tren data yang ada	BOR rendah, ruang rawat inap tidak termanfaatkan optimalBOR rendah, ruang rawat inap tidak termanfaatkan optimal
20	RSUD Ngimbang	BOR tidak tercapai akibat rendahnya kunjungan pasien rawat inap	ROO.25.02.35.20	8	Bidang Pelayanan	Kualitas layanan tidak optimal dan kurangnya promosi layanan	Menurunnya CRR dan kepercayaan masyarakat
21	RSUD Ngimbang	BOR tidak tercapai karena keterbatasan anggaran untuk peningkatan sarana dan promosi layanan	ROO.25.02.35.21	7	Kabag Umum dan Keuangan	Prioritas anggaran tidak mengakomodasi peningkatan daya tarik layanan	Sarana pelayanan tidak memadai, pasien beralih ke fasilitas lain

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 Ngimbang Kabupaten Lamongan 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
<b>Risiko Strategis</b>			
1	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	SOP perencanaan & penganggaran diterapkan; laporan kinerja dibuat periodik	Monitoring & evaluasi kinerja belum terintegrasi
2	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	Pedoman teknis perencanaan anggaran diterapkan	Pemahaman pegawai tentang kinerja masih rendah
3	Potensi fraud dalam pelaporan kinerja dan anggaran	Sistem pelaporan RSUD sudah berjalan	Pengawasan belum maksimal & rawan manipulasi data
4	Terjadi konflik kepentingan dalam perjanjian kerjasama	Prosedur & SOP kerjasama dibuat	Pengawasan & evaluasi kerjasama belum optimal
5	Rendahnya kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUD	Survei kepuasan dilakukan berkala	Tindak lanjut kritik & saran belum optimal

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian
6	Pengelolaan pengaduan masyarakat belum efektif & tidak terdokumentasi baik	Unit pengaduan tersedia, pencatatan manual	Dokumentasi kurang rapi, tindak lanjut lambat
7	Fraud dalam pengelolaan data kepuasan masyarakat	Monitoring data kepuasan periodik	Potensi manipulasi data belum teratasi
8	Risiko kemitraan dalam pengelolaan layanan	SOP kerjasama telah disusun & diterapkan	Monitoring & evaluasi kerjasama belum rutin
<b>Risiko Operasional</b>			
1	Terlambatnya penyusunan dokumen anggaran tahunan RSUD	Jadwal penyusunan anggaran sudah ada	Keterbatasan SDM menyebabkan keterlambatan
2	Ketidaksesuaian antara realisasi & rencana anggaran	Laporan realisasi dibuat rutin	Pengawasan realisasi anggaran kurang ketat
3	Penggunaan anggaran tidak transparan & akuntabel	Prosedur pengelolaan anggaran sudah ada	Pengawasan pelaksanaan kurang
4	Perencanaan kebutuhan jasa tidak akurat	Analisis kebutuhan jasa berdasar data sebelumnya	Kenaikan tarif & kebutuhan berbeda
5	Keterlambatan penyediaan jasa	Kontrak kerja dengan penyedia jasa ada	Gangguan listrik, telepon, internet, air
6	Ketidaksesuaian pagu dengan kebutuhan riil	Pagu anggaran berdasarkan estimasi	Perubahan kebutuhan tidak segera diakomodasi
7	Tidak tercapainya target kunjungan pasien akibat sarpras tidak dipetakan akurat	Data inventarisasi sarpras tersedia	Data perlu diperbarui berkala
8	Target kunjungan pasien menurun karena sarpras tidak layak	Pemeliharaan sarpras rutin dilakukan	Sarpras usang & kurang memadai
9	Tidak tercapainya target kunjungan pasien karena anggaran sarpras kurang	Perencanaan anggaran sarpras dilakukan	Penyerapan anggaran kurang optimal
10	Penurunan kunjungan pasien	Promosi layanan dilakukan berkala	Strategi promosi belum optimal & inovatif
11	Penurunan kunjungan pasien	Survei & analisis kebutuhan tersedia	Tindak lanjut hasil survei kurang optimal
12	Ketidaksesuaian anggaran promosi layanan	Anggaran promosi dianggarkan tiap tahun	Rencana promosi kurang terperinci
13	Kurangnya koordinasi dengan mitra layanan rujukan	Komunikasi dengan mitra rujukan dilakukan	Koordinasi belum rutin & sistematis
14	Kerjasama mitra tidak optimal	Perjanjian kerjasama dibuat	Evaluasi & monitoring kurang rutin
15	Tidak ada alokasi anggaran untuk evaluasi mitra	Evaluasi kerjasama dilaksanakan	Evaluasi belum optimal, anggaran kunjungan evaluasi tidak ada
16	Fraud dalam pengadaan barang & jasa	SOP pengadaan & audit internal diterapkan	Pengawasan pengadaan kurang optimal
17	Tidak optimalnya manfaat dari kerja sama	Kerjasama sesuai MoU	Monitoring hasil kerja sama belum maksimal
18	Pelaporan fiktif kegiatan	Sistem pelaporan diterapkan	Belum terintegrasi sistem

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian
			elektronik
19	Tidak tercapainya target BOR akibat perencanaan tidak akurat	Target BOR ditetapkan	Data perencanaan kurang akurat & valid
20	BOR tidak tercapai akibat rendahnya kunjungan pasien rawat inap	Promosi layanan rawat inap dilakukan	Promosi kurang efektif & terbatas
21	BOR tidak tercapai karena keterbatasan anggaran sarpras & promosi	Perencanaan anggaran dilakukan	Keterbatasan anggaran

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
<b>Risiko Strategis</b>				
1	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	Menetapkan jadwal review & evaluasi kinerja rutin	Direktur	April 2025
2	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	Sosialisasi perencanaan berbasis kinerja	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
3	Potensi fraud dalam pelaporan kinerja dan anggaran	Penguatan integritas anti-fraud bagi petugas pelaporan	Direktur	April 2025
4	Terjadi konflik kepentingan dalam perjanjian kerjasama	Meningkatkan pengawasan pelaksanaan kerjasama rutin	Kabag Umum Keuangan	Desember 2025
5	Rendahnya kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUD	Penguatan budaya pelayanan prima	Kabag Umum Keuangan	April 2025
6	Pengelolaan pengaduan masyarakat belum efektif & tidak terdokumentasi baik	Digitalisasi pengaduan & pelatihan staf	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025



No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
7	Fraud dalam pengelolaan data kepuasan masyarakat	Peningkatan kontrol data	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
8	Risiko kemitraan dalam pengelolaan layanan	Penjadwalan monitoring & evaluasi rutin	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
<b>Risiko Operasional</b>				
1	Terlambatnya penyusunan dokumen anggaran tahunan RSUD	Monitoring & evaluasi berkala	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
2	Ketidaksesuaian antara realisasi & rencana anggaran	Monitoring & evaluasi bulanan	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
3	Penggunaan anggaran tidak transparan & akuntabel	Peningkatan pengawasan & monitoring penggunaan anggaran	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
4	Perencanaan kebutuhan jasa tidak akurat	Penyesuaian perencanaan jasa berkala	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
5	Keterlambatan penyediaan jasa	Koordinasi lebih baik dengan penyedia jasa	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
6	Ketidaksesuaian pagu dengan kebutuhan riil	Review & penyesuaian pagu berkala	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
7	Tidak tercapainya target kunjungan pasien akibat sarpras tidak dipetakan akurat	Update data & evaluasi kebutuhan sarpras	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Setiap Triwulan
8	Target kunjungan pasien menurun karena sarpras tidak layak	Pengadaan sarpras baru & pemeliharaan optimal	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Oktober 2025
9	Tidak tercapainya target kunjungan pasien karena anggaran sarpras kurang	Efisiensi penyerapan anggaran	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Oktober 2025
10	Penurunan kunjungan pasien	Pengembangan strategi promosi efektif	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Juli 2025
11	Penurunan kunjungan pasien	Perbaiki layanan & promosi berdasar survei	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Juli 2025

No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
12	Ketidaksesuaian anggaran promosi layanan	Penyusunan rencana promosi detail	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
13	Kurangnya koordinasi dengan mitra layanan rujukan	Membuat jadwal koordinasi & platform komunikasi	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
14	Kerjasama mitra tidak optimal	Evaluasi berkala & peningkatan komunikasi dengan mitra	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
15	Tidak ada alokasi anggaran untuk evaluasi mitra	Peningkatan komunikasi & evaluasi (termasuk pertemuan online)	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
16	Fraud dalam pengadaan barang & jasa	Penguatan pengawasan & transparansi proses pengadaan	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
17	Tidak optimalnya manfaat dari kerja sama	Membuat laporan evaluasi & tindak lanjut berkala	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
18	Pelaporan fiktif kegiatan	Penguatan kontrol pelaporan & audit internal	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
19	Tidak tercapainya target BOR akibat perencanaan tidak akurat	Perbaikan data perencanaan BOR	Kabag Umum Keuangan	April 2025
20	BOR tidak tercapai akibat rendahnya kunjungan pasien rawat inap	Pengembangan promosi & evaluasi hasil	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
21	BOR tidak tercapai karena keterbatasan anggaran sarpras & promosi	Optimalisasi anggaran dengan prioritas & efisiensi	Kabag Umum Keuangan	Oktober 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
<b>Risiko Strategis</b>							
1	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	RSO.25.02.35.01	SOP perencanaan & penganggaran diterapkan; laporan kinerja dibuat periodik	Monitoring & evaluasi kinerja belum terintegrasi	Menetapkan jadwal review & evaluasi kinerja rutin	Direktur	April 2025
2	Perencanaan dan penganggaran tidak berbasis kinerja yang terukur	RSO.25.02.35.02	Pedoman teknis perencanaan anggaran diterapkan	Pemahaman pegawai tentang kinerja masih rendah	Sosialisasi perencanaan berbasis kinerja	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
3	Potensi fraud dalam pelaporan kinerja dan anggaran	RSO.25.02.35.03	Sistem pelaporan RSUD sudah berjalan	Pengawasan belum maksimal & rawan manipulasi data	Penguatan integritas anti-fraud bagi petugas pelaporan	Direktur	April 2025
4	Terjadi konflik kepentingan dalam perjanjian kerjasama	RSO.25.02.35.04	Prosedur & SOP kerjasama dibuat	Pengawasan & evaluasi kerjasama belum optimal	Meningkatkan pengawasan pelaksanaan kerjasama rutin	Kabag Umum Keuangan	Desember 2025
5	Rendahnya kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUD	RSO.25.02.35.05	Survei kepuasan dilakukan berkala	Tindak lanjut kritik & saran belum optimal	Penguatan budaya pelayanan prima	Kabag Umum Keuangan	April 2025

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
6	Pengelolaan pengaduan masyarakat belum efektif & tidak terdokumentasi baik	RSO.25.02.35.06	Unit pengaduan tersedia, pencatatan manual	Dokumentasi kurang rapi, tindak lanjut lambat	Digitalisasi pengaduan & pelatihan staf	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
7	Fraud dalam pengelolaan data kepuasan masyarakat	RSO.25.02.35.07	Monitoring data kepuasan periodik	Potensi manipulasi data belum teratasi	Peningkatan kontrol data	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
8	Risiko kemitraan dalam pengelolaan layanan	RSO.25.02.35.08	SOP kerjasama telah disusun & diterapkan	Monitoring & evaluasi kerjasama belum rutin	Penjadwalan monitoring & evaluasi rutin	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
<b>Risiko Operasional</b>							
1	Terlambatnya penyusunan dokumen anggaran tahunan RSUD	ROO.25.02.35.01	Jadwal penyusunan anggaran sudah ada	Keterbatasan SDM menyebabkan keterlambatan	Monitoring & evaluasi berkala	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
2	Ketidaksesuaian antara realisasi & rencana anggaran	ROO.25.02.35.02	Laporan realisasi dibuat rutin	Pengawasan realisasi anggaran kurang ketat	Monitoring & evaluasi bulanan	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
3	Penggunaan anggaran tidak transparan & akuntabel	ROO.25.02.35.03	Prosedur pengelolaan anggaran sudah ada	Pengawasan pelaksanaan kurang	Peningkatan pengawasan & monitoring penggunaan anggaran	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
4	Perencanaan kebutuhan jasa tidak akurat	ROO.25.02.35.04	Analisis kebutuhan jasa berdasar data sebelumnya	Kenaikan tarif & kebutuhan berbeda	Penyesuaian perencanaan jasa berkala	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
5	Keterlambatan penyediaan jasa	ROO.25.02.35.05	Kontrak kerja dengan penyedia jasa ada	Gangguan listrik, telepon, internet, air	Koordinasi lebih baik dengan penyedia jasa	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
6	Ketidaksesuaian pagu dengan kebutuhan riil	ROO.25.02.35.06	Pagu anggaran berdasarkan estimasi	Perubahan kebutuhan tidak segera diakomodasi	Review & penyesuaian pagu berkala	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
7	Tidak tercapainya target kunjungan pasien akibat sarpras tidak dipetakan akurat	ROO.25.02.35.07	Data inventarisasi sarpras tersedia	Data perlu diperbarui berkala	Update data & evaluasi kebutuhan sarpras	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Setiap Triwulan
8	Target kunjungan pasien menurun karena sarpras tidak layak	ROO.25.02.35.08	Pemeliharaan sarpras rutin dilakukan	Sarpras usang & kurang memadai	Pengadaan sarpras baru & pemeliharaan optimal	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Oktober 2025
9	Tidak tercapainya target kunjungan pasien karena anggaran sarpras kurang	ROO.25.02.35.09	Perencanaan anggaran sarpras dilakukan	Penyerapan anggaran kurang optimal	Efisiensi penyerapan anggaran	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Oktober 2025
10	Penurunan kunjungan pasien	ROO.25.02.35.10	Promosi layanan dilakukan berkala	Strategi promosi belum optimal & inovatif	Pengembangan strategi promosi efektif	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Juli 2025
11	Penurunan kunjungan pasien	ROO.25.02.35.11	Survei & analisis kebutuhan tersedia	Tindak lanjut hasil survei kurang optimal	Perbaiki layanan & promosi berdasar survei	Kabid Pelayanan & Kabid Penunjang	Juli 2025

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
12	Ketidaksesuaian anggaran promosi layanan	ROO.25.02.35.12	Anggaran promosi dianggarkan tiap tahun	Rencana promosi kurang terperinci	Penyusunan rencana promosi detail	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
13	Kurangnya koordinasi dengan mitra layanan rujukan	ROO.25.02.35.13	Komunikasi dengan mitra rujukan dilakukan	Koordinasi belum rutin & sistematis	Membuat jadwal koordinasi & platform komunikasi	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
14	Kerjasama mitra tidak optimal	ROO.25.02.35.14	Perjanjian kerjasama dibuat	Evaluasi & monitoring kurang rutin	Evaluasi berkala & peningkatan komunikasi dengan mitra	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
15	Tidak ada alokasi anggaran untuk evaluasi mitra	ROO.25.02.35.15	Evaluasi kerjasama dilaksanakan	Evaluasi belum optimal, anggaran kunjungan evaluasi tidak ada	Peningkatan komunikasi & evaluasi (termasuk pertemuan online)	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
16	Fraud dalam pengadaan barang & jasa	ROO.25.02.35.16	SOP pengadaan & audit internal diterapkan	Pengawasan pengadaan kurang optimal	Penguatan pengawasan & transparansi proses pengadaan	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
17	Tidak optimalnya manfaat dari kerja sama	ROO.25.02.35.17	Kerjasama sesuai MoU	Monitoring hasil kerja sama belum maksimal	Membuat laporan evaluasi & tindak lanjut berkala	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
18	Pelaporan fiktif kegiatan	ROO.25.02.35.18	Sistem pelaporan diterapkan	Belum terintegrasi sistem elektronik	Penguatan kontrol pelaporan & audit internal	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan



No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
19	Tidak tercapainya target BOR akibat perencanaan tidak akurat	ROO.25.02.35.19	Target BOR ditetapkan	Data perencanaan kurang akurat & valid	Perbaikan data perencanaan BOR	Kabag Umum Keuangan	April 2025
20	BOR tidak tercapai akibat rendahnya kunjungan pasien rawat inap	ROO.25.02.35.20	Promosi layanan rawat inap dilakukan	Promosi kurang efektif & terbatas	Pengembangan promosi & evaluasi hasil	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
21	BOR tidak tercapai karena keterbatasan anggaran sarpras & promosi	ROO.25.02.35.21	Perencanaan anggaran dilakukan	Keterbatasan anggaran	Optimalisasi anggaran dengan prioritas & efisiensi	Kabag Umum Keuangan	Oktober 2025

**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
<b>Risiko Strategis</b>					
1	Menetapkan jadwal rutin review dan evaluasi kinerja yang melibatkan seluruh bidang/bagian untuk memastikan keselarasan	Program kerja, Rapat evaluasi dan koordinasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	April 25
2	Sosialisasi terkait perencanaan berbasis kinerja	Rapat koordinasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Juli 2025
3	Penguatan integritas anti-fraud bagi petugas pelaporan	Rapat koordinasi, Apel pagi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	April 25
4	Meningkatkan pengawasan pelaksanaan kerjasama secara rutin dan dokumentasi yang lengkap	Rapat evaluasi dan koordinasi	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang, Kabid Pelayanan	Seluruh Pegawai	Desember 2025
5	Penguatan budaya pelayanan prima	Sosialisasi, Apel pagi	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang	Seluruh Pegawai	April 25
6	Digitalisasi pengelolaan pengaduan dan pelatihan staf pengaduan	Media pengaduan online dan offline, media sosial	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Juli 2025
7	Peningkatan kontrol data	Rapat evaluasi dan koordinasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Juli 2025
8	Penjadwalan monitoring dan evaluasi kerjasama secara berkala	Rapat evaluasi dan koordinasi, Program kerja	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang	Seluruh Pegawai	Februari 2025
<b>Risiko Operasional</b>					
1	Monitoring dan evaluasi secara berkala	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Jan–Des 2025
2	Dijadwalkan monitoring dan evaluasi setiap bulan	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Jan–Des 2025

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media / Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan
3	Meningkatkan pengawasan dan monitoring penggunaan anggaran secara rutin dan transparan	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Jan–Des 2025
4	Melakukan penyesuaian perencanaan kebutuhan jasa secara berkala berdasarkan tarif terbaru dan kebutuhan aktual di lapangan	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Juli 2025
5	Meningkatkan koordinasi dengan penyedia jasa untuk pemeliharaan rutin dan menyusun strategi penanganan jika terjadi gangguan	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Jan–Des 2025
6	Review dan penyesuaian pagu berkala	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Setiap Triwulan
7	Update data dan evaluasi kebutuhan sarpras	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Setiap Triwulan
8	Pengadaan sarpras baru dan pemeliharaan optimal	Laporan kegiatan, Dokumen perencanaan, Dokumen penganggaran	Kabid Penunjang	Seluruh Pegawai	Oktober 2025
9	Penyerapan anggaran tepat waktu dan efisiensi penggunaan	Laporan kegiatan, Dokumen perencanaan, Dokumen penganggaran	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Oktober 2025

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media / Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan
10	Pengembangan strategi promosi yang lebih efektif	Program kerja, Dokumen laporan dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Juli 2025
11	Perbaikan layanan dan promosi berdasarkan survei	Program kerja, Dokumen laporan dan evaluasi	Kabid Pelayanan, Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Juli 2025
12	Penyusunan rencana promosi tahunan yang detail	Program kerja, Dokumen laporan dan evaluasi	Kabid Pelayanan, Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Juli 2025
13	Membuat jadwal koordinasi rutin dan platform komunikasi	Program kerja, Dokumen laporan dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Februari 2025
14	Evaluasi berkala dan peningkatan komunikasi dengan mitra	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Setiap Triwulan
15	Peningkatan komunikasi dengan mengundang mitra/pertemuan online untuk evaluasi kerjasama	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Februari 2025
16	Penguatan pengawasan dan transparansi proses pengadaan	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Setiap Triwulan
17	Membuat laporan evaluasi dan tindak lanjut kerjasama secara berkala	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Setiap Triwulan
18	Penguatan kontrol pelaporan dan audit internal	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Seluruh Pegawai	Setiap Triwulan
19	Perbaikan data perencanaan BOR	Rencana kerja	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang	Seluruh Pegawai	April 25

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media / Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan
20	Pengembangan promosi dan evaluasi hasil	Program kerja	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang	Seluruh Pegawai	Setiap Triwulan
21	Mengoptimalkan pemanfaatan anggaran melalui prioritas & efisiensi penggunaan dana; kolaborasi lintas unit; promosi digital hemat biaya; evaluasi berkala untuk efektivitas anggaran	Rapat evaluasi dan koordinasi, Dokumen hasil evaluasi	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang	Seluruh Pegawai	Oktober 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
<b>Risiko Strategis</b>				
1	Menetapkan jadwal rutin review dan evaluasi kinerja yang melibatkan seluruh bidang/bagian untuk memastikan keselarasan	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Kabag Umum Keuangan	April 25
2	Sosialisasi terkait perencanaan berbasis kinerja	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
3	Penguatan integritas anti-fraud bagi petugas pelaporan	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Kabag Umum Keuangan	April 25
4	Meningkatkan pengawasan pelaksanaan kerjasama secara rutin dan dokumentasi yang lengkap	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja, laporan monitoring dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang, Kabid Pelayanan	Desember 2025
5	Penguatan budaya pelayanan prima	Dokumentasi kegiatan sosialisasi dan apel pagi	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang, Kabid Pelayanan	April 25
6	Digitalisasi pengelolaan pengaduan dan pelatihan staf pengaduan	Dokumen monitoring dan evaluasi pengaduan	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
7	Peningkatan kontrol data	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025



No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang Diperlukan	Penanggung Jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan
8	Penjadwalan monitoring dan evaluasi kerjasama secara berkala	Dokumen monitoring dan evaluasi kerjasama	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang, Kabid Pelayanan	Februari 2025
<b>Risiko Operasional</b>				
1	Monitoring dan evaluasi secara berkala	Dokumen monev dan rencana tindak lanjut	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
2	Dijadwalkan monitoring dan evaluasi setiap bulan	Dokumen monitoring dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
3	Meningkatkan pengawasan dan monitoring penggunaan anggaran secara rutin dan transparan	Laporan pelaksanaan, dokumen monitoring dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
4	Melakukan penyesuaian perencanaan kebutuhan jasa secara berkala berdasarkan tarif terbaru dan kebutuhan aktual di lapangan	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
5	Meningkatkan koordinasi dengan penyedia jasa untuk pemeliharaan rutin dan menyusun strategi penanganan jika terjadi gangguan	Jadwal pemeliharaan dan dokumentasi kegiatan	Kabag Umum Keuangan	Jan–Des 2025
6	Review dan penyesuaian pagu berkala	Dokumen DPA dan DPA perubahan	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
7	Update data dan evaluasi kebutuhan sarpras	Checklist sarpras dan laporan tahunan	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
8	Pengadaan sarpras baru dan pemeliharaan optimal	Rencana pengadaan dan laporan aset	Kabid Penunjang	Oktober 2025
9	Penyerapan anggaran tepat waktu dan efisiensi penggunaan	Review capaian realisasi anggaran	Kabag Umum Keuangan	Oktober 2025
10	Pengembangan strategi promosi yang lebih efektif	Analisa media dan laporan hasil promosi	Kabag Umum Keuangan	Juli 2025

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang Diperlukan	Penanggung Jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan
11	Perbaikan layanan dan promosi berdasarkan survei	Survei & tindak lanjut hasil survei	Kabid Pelayanan, Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
12	Penyusunan rencana promosi tahunan yang detail	Laporan kinerja Tim Promosi	Kabid Pelayanan, Kabag Umum Keuangan	Juli 2025
13	Membuat jadwal koordinasi rutin dan platform komunikasi	Laporan pelaksanaan program kerja, dokumen monitoring dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
14	Evaluasi berkala dan peningkatan komunikasi dengan mitra	Laporan hasil pertemuan, dokumen monitoring dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
15	Peningkatan komunikasi dengan mengundang mitra/pertemuan online untuk evaluasi kerjasama	Laporan hasil pertemuan, dokumen monitoring dan evaluasi	Kabag Umum Keuangan	Februari 2025
16	Penguatan pengawasan dan transparansi proses pengadaan	SiRUP, Reviu penggunaan E-Purchasing	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
17	Membuat laporan evaluasi dan tindak lanjut kerjasama secara berkala	Dokumen evaluasi dan tindak lanjut	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
18	Penguatan kontrol pelaporan dan audit internal	Audit dokumen pelaporan	Kabag Umum Keuangan	Setiap Triwulan
19	Perbaikan data perencanaan BOR	Dokumen perencanaan dan target kinerja	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang, Kabid Pelayanan	April 25
20	Pengembangan promosi dan evaluasi hasil	Laporan kinerja Tim Promosi	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang, Kabid Pelayanan	Setiap Triwulan

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang Diperlukan	Penanggung Jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan
21	Mengoptimalkan pemanfaatan anggaran melalui prioritas & efisiensi penggunaan dana; kolaborasi lintas unit; promosi digital hemat biaya; evaluasi berkala untuk efektivitas anggaran	Dokumen monitoring evaluasi dan rencana tindak lanjut	Kabag Umum Keuangan, Kabid Penunjang, Kabid Pelayanan	Oktober 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 Ngimbang Kabupaten Lamongan, kemudian akan dilakukan evaluasi dan reviu terhadap rencana tindak pengendalian secara terpadu.

Lamongan, Januari 2025

Direktur RSUD Ngimbang  
Kabupaten Lamongan



dr. Abdullah Wasi'an  
Pembina Tk. I  
NIP. 19680128 200212 1 003