



PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEGIRI

Jalan Kusuma Bangsa Nomor 7, Lamongan, Jawa Timur 62214,
Telepon (0322) 321718, 322582, Faksimile (0322) 322582, Pos-el rsud-soegiri@lamongan.go.id
Laman www.lamongankab.go.id



Lamongan, 15 April 2025

Yth. Bupati Lamongan
c.q. Sekretaris Daerah
di
Lamongan

SURAT PENGANTAR

Nomor: 100.1.7/ 609 /413.209/2025

| No | Naskah Dinas/Barang yang Dikirimkan | Banyaknya | Keterangan |
|----|--|--------------------|---|
| 1. | Laporan Pengelolaan Resiko Tribulan I Tahun 2025 RSUD Dr. Soegiri Lamongan | 1 (satu) bendel | Disampaikan dengan hormat untuk menjadikan periksa dan guna seperlunya. |

Diterima tanggal April 2025
Penerima
INSPEKTORAT Kab. Lamongan

Pengirim
DIREKTUR
RSUD Dr. Soegiri



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

Nomor Telepon :

TEMBUSAN, disampaikan kepada :

- Yth. 1. Sekretaris Daerah Kabupaten Lamongan
2. Unit Kepatuhan Resiko Pemerintah
Daerah Kabupaten Lamongan.



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.SOEGIRI LAMONGAN






LAPORAN PENGELOLAAN RISIKO TRIBULAN I TAHUN 2025



JL. KUSUMA BANGSA No.7 LAMONGAN
Telp. (0322) 321718, 322582, Fax (0322) 322582
E-mail : rsud-soegiri@lamongankab.go.id
Website : www.lamongankab.go.id/rsud-soegiri



| | | |
|----------------|---|----------------------------|
| NO DOKUMEN | : | 100.1.7/ 609 /413.209/2025 |
| TANGGAL TERBIT | : | 15 April 2025 |

| | | |
|----------------|---|--|
| Disiapkan Oleh | : | <p>KEPALA SUB BAGIAN PERENCANAAN, EVALUASI, DAN PELAPORAN RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN</p> <p></p> <p><u>Dwi Meilya Indrawati, S.Kep.Ns</u> NIP. 19850501 201001 2 009</p> |
| Diperiksa | : | <p>KEPALA BAGIAN PERENCANAAN DAN EVALUASI RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN</p> <p></p> <p><u>dr. Ifadatul Waro</u> NIP. 19790415 200604 2 023</p> |
| Disahkan Oleh | : | <p>DIREKTUR RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN</p> <p></p> <p><u>dr. MOH. CHAIDIR ANNAS, M.MKes</u> NIP. 19661113 199703 1 002</p> |

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pengertian manajemen risiko adalah suatu proses identifikasi, analisis, penilaian, pengendalian, dan upaya menghindari, meminimalisir atau bahkan menghapus risiko yang tidak dapat diterima. Risiko berhubungan dengan pendekatan atau metodologi dalam menghadapi ketidakpastian, dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) arti kata risiko adalah akibat yang kurang menyenangkan dari suatu tindakan. Ketidakpastian ini berupa ancaman, pengembangan strategi dan mitigasi risiko. Manajemen risiko adalah suatu proses perencanaan, pengaturan, pimpinan, dan pengontrolan aktivitas sebuah organisasi. Penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dengan menggunakan pemberdayaan/pengelolaan sumberdaya. 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 aktivitas manusia. Dimana proses manajemen risiko yg meliputi penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dengan menggunakan pemberdayaan/pengelolaan sumberdaya. Oleh sebab itu melalui manajemen risiko diharapkan ketidakpastian yang menimbulkan kerugian dapat diminimalisir atau bahkan dapat dihilangkan karena setiap kegiatan pasti ada risiko yang akan ditimbulkan.

Berdasarkan penjelasan di atas maka pelayanan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan juga harus dilakukan analisis manajemen risiko. Hal ini digunakan untuk dapat mengetahui aktivitas-aktivitas apa saja yang berisiko tinggi, sedang dan rendah sehingga risiko tersebut dapat diminimalisir atau bahkan dapat dihilangkan. Sehingga diharapkan kegiatan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan dapat berjalan sesuai dengan rencana dan pelayanan terhadap masyarakat dapat semakin optimal.

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.

C. MAKSUD DAN TUJUAN

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 sumber daya organisasi serta meningkatkan kepercayaan para pemangku kepentingan.

D. RUANG LINGKUP

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

- Penentuan konteks kegiatan yang akan dikelola risikonya ;
- Identifikasi risiko ;
- Analisis risiko ;
- Evaluasi risiko ;
- Pengendalian risiko ;
- Pemantauan dan telaah ulang ;
- Koordinasi dan komunikasi.

II. RENCANA DAN REALISASI KEGIATAN PENGELOLAAN RISIKO

A. RENCANA KEGIATAN PENGELOLAAN RISIKO TRIBULAN I

RSUD Dr. Soegiri Lamongan telah menyusun kegiatan-kegiatan pengendalian terhadap risiko yang direncanakan pada periode tribulan I sebagaimana terlampir :

(lampiran form 9 dari simario)

Penilaian Atas Kegiatan Pengendalian Yang Ada dan Masih Dibutuhkan

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| Nama Pemda | Pemerintah Kabupaten Lamongan |
| Tahun Penilaian | 2025 |
| Tujuan Strategis Pemda | |
| Urusan Pemerintah | Kesehatan |
| Dinas Terkait | RSUD Dr. Soegiri |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | 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 | Bagian Perencanaan dan Evaluasi | 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 pengawasan | 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 | Bagian Keuangan | Juli 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | 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 | Waktu tunggu layanan poli rawat jalan | RSO.25.02.34.05 | 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 | Bidang Pelayanan | Tribulan I |
| 6 | Kesalahan input data rekam medis | RSO.25.02.34.06 | 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 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 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------|---|--|---|--------------------------|---------------------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 7 | Ketidaksesuaian diet pasien | RSO.25.02.34.07 | 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 | Direktur | Desember 2025 |
| 8 | Inovasi Latar Omah | RSO.25.02.34.08 | 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 | Bidang Penunjang | Tribulan I |
| 9 | Pemenuhan kebutuhan pegawai | RSO.25.02.34.09 | Mengusulkan pemenuhan kebutuhan tenaga melalui jalur ASN dengan | Peminat formasi tertentu lebih banyak dari formasi yang lain | Memotivasi tenaga yang di butuhkan sesuai kualifikasi pelayanan untuk | Direktur | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---------------------------------------|--|-----------------|---|---|---|--------------------------|---------------------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | mengupdate aplikasi rencana kebutuhan | | melanjutkan jenjang pendidikan dan mengupayakan kemudahan dalam perijinan belajar | | |
| 10 | Pengelolaan Pengaduan | RSO.25.02.34.10 | 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 |
| 11 | Proses penerimaan/promosi dan mutasi kepegawaian | RSO.25.02.34.11 | 1. Menentukan persyaratan yang jelas dan transparansi serta melakukan seleksi yang objektif dan adil 2. Melakukan verifikasi data lamaran riwayat kerja dan dokumen | Pemberian barang sebelum selama atau setelah proses penerimaan/promosi atau mutasi pegawai | 1. Sosialisasi aturan kode etik dan aturan perilaku, aturan pengendalian gratifikasi 2. Penerapan sistem kepegawaian secara online dan menanamkan etika | Direktur/SPI | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---------------------------------------|------------------|-------------|--|--------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | pendukung untuk memastikan keabsahan dan memantau proses kecurangan dan diskriminasi 3. Melakukan penilaian kinerja pegawai secara berkala untuk mengevaluasi efektifitas dan kemajuan pegawai 4. memberikan pelatihan dan pengembangan kompetensi pegawai | | kepegawaian kepada seluruh pegawai 3. Tim UPG ikut mengawasi proses rekrutmen, mutasi dan promosi pegawai | | |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | 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 pembentukan unit pemasaran | Bagian Perencanaan dan Evaluasi | Juli-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---|---|------------------|---|---|---|--------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 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 | 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 | Bagian Keuangan | Juli 2025 |
| 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 | 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 | 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 | Bagian Keuangan | Januari 2025 |
| 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 | Bagian Keuangan | Juli 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---|--|------------------|---|---|--|-------------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| 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 | 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 (contingency plan) untuk item kritis 5. Penguatan sistem informasi logistik dan pelatihan staf gudang/logistik | Instalasi Farmasi | Desember 2025 |
| 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. Pengawasan harian fungsi alat oleh petugas 4. Adanya form pelaporan | 1. Pemeliharaan yang tidak rutin atau tidak sesuai SOP 2. Usia alat yang sudah melewati masa pakai 3. Penggunaan tidak sesuai | 1. Menyusun dan menerapkan rencana preventive maintenance secara berkala 2. Pelatihan petugas terhadap penggunaan alat kedokteran secara benar dan aman | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---|-------------------------------|------------------|--|--|--|--------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | kerusakan dan tindak lanjut cepat | prosedur oleh petugas 4. Gangguan listrik atau lonjakan daya 5. Ketiadaan suku cadang atau vendor layanan teknis | 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 audit 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 autoklaf otomatis 4. Pelabelan tanggal kadaluarsa sterilitas 5. Audit rutin oleh IPCN (Infection Prevention and Control Nurse) | 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 | 1. SOP sterilisasi ketat 2. Audit proses CSSD 3. Peningkatan pelatihan staf | Bidang Penunjang | Januari-Desember 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---|--|------------------|---|--|--|---|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | 5. Kegagalan peralatan autoklaf | | | |
| 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 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. 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 | Wadir Pelayanan dan Penunjang | Januari-Desember 2025 |
| 14 | Kurang sesuai 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 | Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan) | Agustus 2025 |

| No | Risiko Prioritas | Kode Risiko | Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada | Celah Pengendalian | Rencana Tindak Pengendalian | Pemilik/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---|--|------------------|---|--|--|---|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | | 2. Adanya aplikasi yang mengatur pengelolaan aset | | |
| 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 pengngnatan kepala unit 3. Adanya aplikasi yang memudahkan pelaporan aset | Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan) | Januari-Desember 2025 |
| 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 perumahsakitn dna peraturan lain yang terkait secara berkala 2. Konsultasi aktif dengan petugas dari instansi/institusi lain yang lebih kompeten | 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 SIMRS untuk persediaan 4. Pengawasan oleh atasan langsung | 1. Lemahnya pengawasan internal 2. Kurangnya audit rutin 3. Akses sistem tidak dibatasi | 1.Peningkatan frekuensi audit stok (mingguan untuk BHP kritikal) 2. Pembatasan akses sistem berdasarkan level jabatan | 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/ Penanggungjawab | Target Waktu Penyelesaian |
|---|------------------|-------------|------------------------------------|---|---|--------------------------|---------------------------|
| Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | | | | 4. Budaya kerja yang permisif terhadap pelanggaran 5. Sistem pencatatan manual atau kombinasi yang tidak sinkron | 3. Integrasi sistem pencatatan manual dan elektronik 4. Review SOP pencatatan dan distribusi | | |

B. REALISASI KEGIATAN PENGELOLAAN RISIKO TRIBULAN I

RSUD Dr. Soegiri Lamongan telah melaksanakan kegiatan-kegiatan pengendalian terhadap risiko yang dilaksanakan pada periode tribulan I, yang telah dilaksanakan adalah :

(lampiran, form 10 dari simario)

Formulir Kertas Kerja

Rancangan Pemantauan Atas Pengendalian Intern

Nama Pemda

Pemerintah Kabupaten Lamongan

Tahun Penilaian

2025

Tujuan Strategis Pemda

Urusan Pemerintah

Kesehatan

Dinas Terkait

RSUD Dr. Soegiri

| 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, | PSAP 13 | SubBagian | Auditor 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 Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | konsultasi dengan auditor internal | | Akuntansi | | | | |
| 5 | 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 / Punishment | Bidang Pelayanan dan Karu/Ka.Inst terkait | Internal | Tribulan I | Tribulan I | - |
| 6 | 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 pelaporan salah input 5. Penerapan dua lapis verifikasi pada data kritis | Sosialisasi dan Pendampingan | Instalasi Rekam Medik | Internal | Januari-Desember | Juli-Desember 2025 | - |
| 7 | 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 | Instalasi gizi | Eksternal | Desember 2025 | Desember 2025 | - |
| 8 | 1. Penerapan layanan sesuai | Laporan kegiatan | Farmasi | Eksternal | 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 Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri | | | | | | | |
| | dengan SPO 2. Dilakukan konfirmasi ulang terkait alamat dan meminta nomer HP keluarga terdekat yang aktif bisa dihubungi | | | | | | |
| 9 | Memotivasi tenaga yang di butuhkan sesuai kualifikasi pelayanan untuk melanjutkan jenjang pendidikan dan mengupayakan kemudahan dalam perijinan belajar | Surat Ijin Belajar | Bagian umum dan kepegawaian | Semua staf rsud dr. soegiri | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |
| 10 | 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 kepegawaian | masyarakat pengguna jasa rs | Juli 2025 | Juli 2025 | - |
| 11 | 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 | 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 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 pelatihan, laporan pelaksanaan kegiatan pelatihan, RTL pelaksanaan workshop/symposium | Tim Bidang Pengembangan RS | internal | Tribulan I | Maret 2025 | - |
| 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 | Daftar SK Pegawai Baru | SubBagian Kepegawaian | SubBagian Perbendaharaan | Juli 2025 | Juli 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 | | | | | | | |
| | kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji | | | | | | |
| 9 | Membentuk tim call taker di IGD untuk sinkronisasi sistem rujukan | Laporan Kegiatan Rujukan | Tim Call Taker | Internal | 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 | 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 | 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 | | | | | | | |
| | tinggi 6. Monitoring dan audir berkala terhadap kondisi dan performa alat | | | | | | |
| 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 | 1. KIR Ruangan 2. Surat Edaran berisi alur mutasi barang | Bagian Umum (Aset) | Bidang/Bagian/Karu/Ka. Unit | Agustus 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 | | | | | | | |
| | mengatur pengelolaan aset | | | | | | |
| 15 | 1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala 2. Sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi pengngnatan 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 (aset), Unit/IPS | Bidang/ Bagian/Karu/Ka. Unit, Bagian Umum (aset) | Januari-Desember 2025 | Januari-Desember 2025 | - |
| 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 | - |

III. HAMBATAN PELAKSANAAN KEGIATAN

Pada bab ini terdapat uraian dan analisis hal-hal yang menjadi kendala atau hambatan dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian atau hal-hal yang menyebabkan terjadinya gap antara rencana dan realisasi kegiatan pengelolaan risiko RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

Pada resiko strategis :

1. Gratifikasi dari proses kemitraan dan kerjasama dengan institusi pendidikan masih terjadi, hal ini disebabkan oleh tidak adanya atau kurangnya pengawasan.
2. Waktu tunggu layanan poli rawat jalan masih kurang optimal, hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman SOP pelayanan poli rawat jalan serta kurangnya kedisiplinan petugas.
3. Inovasi Latar Omah yang belum optimal, hal ini disebabkan karena pasien yang menggunakan layanan latar omah terdiri dari berbagai usia dan kebanyakan penggunaannya yaitu usia lanjut sehingga terjadi kesalahan pencatatan data.

Pada resiko operasional :

1. Ketidakmerataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan, hal ini disebabkan karena tidak adanya atau kurangnya pengawasan dalam proses perencanaan.
2. Selisih penerimaan antara RSUD Dr. Soegiri dengan pihak bank, hal ini disebabkan karena administrasi penerimaan mengalami selisih sehingga menghambat proses keuangan.
3. Laporan pengadaan yang kurang maksimal, hal ini disebabkan karena terjadinya selisih dalam pelaporan pengadaan.

IV. MONITORING RISIKO DAN RTP

Dari hasil monitoring atas pengomunikasian risiko dan RTP, keterjadian risiko, pelaksanaan RTP dan kegiatan pemantauan RTP pada tribulan I dan dari hasil monitoring ini juga dapat dianalisa bahwa diperlukan pemutakhiran risiko dan RTP untuk periode tribulan berikutnya.

Pada resiko strategis :

1. Gratifikasi dari proses kemitraan dan kerjasama dengan institusi pendidikan masih terjadi, hal ini disebabkan oleh tidak adanya atau kurangnya pengawasan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah menerapkan kode etik pegawai.
2. Waktu tunggu layanan poli rawat jalan masih kurang optimal, hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman SOP pelayanan poli rawat jalan serta kurangnya kedisiplinan petugas. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan sosialisasi ulang kepada petugas terkait SOP pelayanan poli rawat jalan.
3. Inovasi Latar Omah yang belum optimal, hal ini disebabkan karena pasien yang menggunakan layanan latar omah terdiri dari berbagai usia dan kebanyakan penggunanya yaitu usia lanjut sehingga terjadi kesalahan pencatatan data. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah penerapan pelayanan sesuai dengan SOP dan melakukan konfirmasi ulang terkait alamat dan meminta nomor HP keluarga terdekat yang aktif agar bias dihubungi.

Pada resiko operasional :

1. Ketidakmerataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan, hal ini disebabkan karena tidak adanya atau kurangnya pengawasan dalam proses perencanaan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelatihan secara berkala.
2. Selisih penerimaan antara RSUD Dr. Soegiri dengan pihak bank, hal ini disebabkan karena administrasi penerimaan mengalami selisih sehingga menghambat proses keuangan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan rekonsiliasi setiap pergantian shift antara pihak keuangan dan bank.
3. Laporan pengadaan yang kurang maksimal, hal ini disebabkan karena terjadinya selisih dalam pelaporan pengadaan. Sehingga rencana tindak

pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan laporan rutin antara petugas pengadaan dengan petugas pelaporan akuntansi.

V. PENUTUP

Dari hasil pelaksanaan kegiatan-kegiatan pengendalian terhadap risiko yang dilaksanakan pada periode tribulan I dapat disimpulkan bahwa diperlukan pemutakhiran risiko dan RTP untuk periode tribulan berikutnya sebagai tindak lanjut dari monitoring pengelolaan risiko pada periode ini. Sebagai perbaikan untuk penerapan pengelolaan risiko periode selanjutnya guna meningkatkan kinerja pemerintah daerah kami akan melakukan analisis manajemen risiko agar dapat mengetahui seberapa besar risiko dari setiap kegiatan, sehingga dari risiko yang muncul tersebut dapat diminimalisir atau bahkan dihilangkan, sehingga semua kegiatan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan dapat berjalan dengan lancar.