



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, 27 Oktober 2025

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

SURAT PENGANTAR
Nomor: 100.1.7/2527/413.209/2025

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

Diterima tanggal Oktober 2025
Penerima
INSPEKTORAT Kab. Lamongan



dr ABDUR ROHMAN, Sp.PD
Pembina Tingkat I
NIP. 19770219 200604 1 013

Nomor Telepon :

TEMBUSAN, disampaikan kepada :

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



LAPORAN PENGELOLAAN RISIKO TRIBULAN III TAHUN 2025





PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEGIRI

Jl. Kusuma Bangsa No.7 Lamongan-Kode Pos 62214
Telp. (0322) 321718, 322582, Fax (0322)322582 E-mail : rsud-soegiri@lamongankab.go.id
Website : www.lamongankab.go.id



NO DOKUMEN	:	100.1.7/2527/413.209/2025
TANGGAL TERBIT	:	27 Oktober 2025

Disiapkan Oleh	:	KEPALA SUB BAGIAN PERENCANAAN, EVALUASI, DAN PELAPORAN RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN  Dwi Meilya Indrawati, S.Kep.Ns NIP. 19850501 201001 2 009
Diperiksa	:	KEPALA BAGIAN PERENCANAAN DAN EVALUASI RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN  dr. Ifadatul Waro NIP. 19790415 200604 2 023
Disahkan Oleh	:	DIREKTUR RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN  dr. ABDUR ROHMAN, Sp.PD NIP. 19770219 200604 1 013

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, pemimpinan, 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 aktifitas 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 III

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

(lampiran form 9 dari simario)

Fomulir Kerta Kerja
 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

Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri							
No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian Yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggungjawab	Target Waktu Penyelesaian
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	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
3	Kesalahan input data rekam medis	RSO.25.02.34.05	SOP pengisian rekam medis manual dan elektronik, supervisi dan pengecekan rutin oleh petugas validasi, form isian standar untuk input	1. Human error saat entri data 2. Kurangnya pelatihan staf terhadap sistem aplikasi	1. Pelatihan rutin untuk petugas rekam medis dan tenaga medis terkait penngisian data yang akurat 2. Pengembangan	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							
			data medis	3. Tekanan beban kerja yang tinggi 4. Sistem aplikasi tidak user-friendly atau sering error 5. Kurangnya validasi dan verifikasi data sebelum disimpan	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		
4	Kurangnya ketersediaan dokter spesialis	RSO.25.02.34.06	Mengusulkan pemenuhan kebutuhan tenaga melalui jalur ASN dengan mengupdate aplikasi rencana kebutuhan	Peminat formasi tertentu lebih banyak dari formasi yang lain	Memotivasi tenaga yang di butuhkan sesuai kualifikasi pelayanan untuk melanjutkan jenjang pendidikan dan mengupayakan kemudahan dalam perijinan belajar	Direktur	Januari-Desember 2025
5	Pengelolaan Pengaduan yang terhambat	RSO.25.02.34.07	Menerapkan standart operasional prosedur dalam mekanisme pengelolaan pengaduan	1. Pelanggan menyampaikan pengaduan di berbagai sarana, sehingga petugas harus mengecek semua sarana	1. Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan secara berkala 2. Menampilkan no call center yang bisa dihubungi untuk kejelasan pengaduan di	Direktur	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							
				pengaduan 2. Kurangnya informasi terkait layanan yang dikeluhkan sehingga petugas perlu waktu untuk menelusur pengaduan	setiap media yang ada untuk kejelasan pengaduan		
6	Proses penerimaan/promosi dan mutasi kepegawaian yang tidak sesuai SPO	RSO.25.02.34.08	1. Menentukan persyaratan yang jelas dan transparansi serta melakukan seleksi yang objektif dan adil 2. Melakukan verifikasi data lamaran riwayat kerja dan dokumen 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	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 kepegawaian kepada seluruh pegawai 3. Tim UPG ikut mengawasi proses rekrutmen, mutasi dan promosi pegawai	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							
			pengembangan kompetensi 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
3	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
4	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
5	Keterlambatan pembayaran gaji pegawai (kontrak) baru	ROO.25.02 .34.09	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								
6	Kerusakan alat kedokteran	ROO.25.02 .34.11	1. jadwal pemeliharaan rutin oleh teknisi BMHP (Barang Medik Habis Pakai)/Teknisi peralatan medis 2. SOP penggunaan alat 3. Pengawasa harian fungsi alat oleh petugas 4. Adanya form pelaporan kerusakan dan tindak lanjut cepat	pembayaran gaji	1. Pemeliharaan yang tidak rutin atau tidak sesuai SOP 2. Usia alat yang sudah melewati masa pakai 3. Penggunaan tidak sesuai prosedur oleh petugas 4. Gangguan listrik atau lonjakan daya 5. Ketiadaan suku cadang atau vendor layanan teknis	1. Menyusun dan menerapkan rencana preventive maintenance secara berkala 2. Pelatihan petugas terhadap penggunaan alat kedokteran secara benar dan aman 3. Menyusun daftar alat prioritas untuk pengadaan suku cadang atau penggantian 4. Menjalin kerjasama dengan vendor servis resmi dan cepat tanggap 5. Pengadaan alat cadangan untuk alat vital atau berisiko tinggi 6. Monitoring dan audir berkala terhadap kondisi dan performa alat	Wadir Pelayanan dan Penunjang	Januari-Desember 2025
7	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	1. Pelanggaran prosedur sterilitas saat penanganan atau penyimpanan 2. Kualitas sterilisasi tidak	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							
			tekanan sutoklaf otomatis 4. Pelabelan tanggal kadaluarsa sterilitas 5. Audit rutin oleh IPCN (Infection Prevention and Control Nurse)	optimal (suhu, tekanan, waktu) 3. Kemasan steril rusak atau tidak sesuai standar 4. Staf tidak menggunakan APD saat menangani alat steril 5. Kegagalan peralatan autoklaf			
8	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	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							
					meknisme "early warning" untuk obat slow moving		
9	Kurang sesuainya data barang di unit dengan kartu inventaris barang	ROO.25.02 .34.14	Menerapkan standart operasional prosedur alur mutasi barang dan melakukan resosialisasi ke unit-unit terkait	Kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan mutasi barang	1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala dan melakukan sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit 2. Adanya aplikasi yang mengatur pengelolaan aset	Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan)	Agustus 2025
10	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 penggantian kepala unit 3. Adanya aplikasi yang memudahkan pelaporan aset	Bagian Umum dan kepegawaian (Umum dan Perlengkapan)	Januari-Desember 2025
11	Penyusunan Produk Hukum tidak terselesaikan tepat waktu	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	1. Update peraturan perumahsakitan 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

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							
				membutuhkan waktu sehingga memperlambat penyusunan draft			
12	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 4. Budaya kerja yang permisif terhadap pelanggaran 5. Sistem pencatatan manual atau kombinasi yang tidak sinkron	1. Peningkatan frekuensi audit stok (mingguan untuk BHP kritis) 2. Pembatasan akses sistem berdasarkan level jabatan 3. Integrasi sistem pencatatan manual dan elektronik 4. Review SOP pencatatan dan distribusi	Wadir Umum dan Keuangan dan Wadir Pelayanan dan Penunjang	Januari-Desember 2025

B. REALISASI KEGIATAN PENGELOLAAN RISIKO TRIBULAN III

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

Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri							
No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
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	Melakukan evaluasi terhadap penerapan SOP bidang-bidang dalam proses pengajuan penganggaran	SOP Proses Pengajuan Anggaran	Bidang Anggaran	PPK - PPTK	Juli 2025	Juli 2025	-
3	1. Pelatihan rutin untuk petugas rekam medis dan tenaga medis terkait penngisian data yang akurat 2. Pengembangan sistem validasi otomatis pada SIMRS 3. Audit internal berkala terhadap isi rekam medis 4. Evaluasi dan penyempurnaan form isian agar lebih jelas dan	Sosialisasi dan Pendampingan	Instalasi Rekam Medik	Internal	Januari-Desember	Juli-Desember 2025	-

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri							
	mengurangi pelaunag salah input 5. Penerapan dua lapis verifikasi pada data kritis						
4	Memotivasi tenaga yang dibutuhkan 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	-
5	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	-
6	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 pembentukan unit pemasaran	SK Unit pemasaran	Bagian perencanaan dan evaluasi	Bagian kepegawaian	Juli-Desember 2025	Oktober-Desember 2025	-
3	Melakukan evaluasi pelaporan secara berkala	Laporan Pelaporan Pajak	SubBagian Perbendaharaan	KPP Pratama Lamongan	Juli 2025	Juli 2025	-
4	Otomatisasi sistem akuntansi, pelatihan berkala, dan prosedur validasi entri	Sistem Akuntansi di SIPD	SubBagian Akuntansi	Bagian Akuntansi Pemda	Juli 2025	Juli 2025	-
5	Memaksimalkan komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji	Daftar SK Pegawai Baru	SubBagian Kepegawaian	SubBagian Perbendaharaan	Juli 2025	Juli 2025	-
6	1. Menyusun dan menerapkan rencana preventive maintenance secara berkala 2. Pelatihan petugas terhadap penggunaan alat kedokteran secara benar dan aman 3. Menyusun daftar alat prioritas untuk pengadaan suku cadang atau penggantian 4. Menjalin kerjasama dengan vendor servis resmi dan cepat tanggap 5. Pengadaan alat cadangan untuk alat vital atau berisiko tinggi 6. Monitoring dan audir berkala terhadap kondisi dan performa alat	Laporan kegiatan	Instalasi Pemelihara 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							
7	1. SOP sterilisasi ketat 2. Audit proses CSSD 3. Peningkatan pelatihan staf	Laporan kegiatan	CSSD	internal	Januari-Desember 2025	Desember 2025	-
8	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	-
9	1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala dan melakukan sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit 2. Adanya aplikasi yang mengatur pengelolaan aset	1. KIR Ruangan 2. Surat Edaran berisi alur mutasi barang	Bagian Umum (Aset)	Bidang/ Bagian/Karu/Ka. Unit	Agustus 2025	Agustus 2025	-
10	1. Melakukan evaluasi kegiatan secara berkala	1. Surat edaran berisi alur pelaporan	Bagian Umum (aset), Unit/IPS	Bidang/ Bagian/Karu/Ka.	Januari-Desember	Januari-Desember	-

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							
	2. Sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit 3. Adanya aplikasi yang memudahkan pelaporan aset	penghapusan barang 2. Aplikasi Laporan kerusakan barang & penghapusan barang		Unit, Bagian Umum (aset)	2025	2025	
11	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	-
12	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. Pelaporan RS tidak tepat secara kualitas dan tepat waktu, hal ini disebabkan karena data dari ERM (rekam medis elektronik) belum tepat dalam penginputan, proses dan outputnya.
2. Adanya kesalahan dalam penganggaran, hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan bidang-bidang dalam waktu pengajuan perubahan harga satuan.
3. Kesalahan input data rekam medis, hal ini disebabkan karena human error saat entri data, kurangnya pelatihan staf terhadap system aplikasi, tekanan beban kerja yang tinggi, system aplikasi tidak *user-friendly* atau sering error, dan kurangnya validasi dan verifikasi data sebelum disimpan.
4. Kurangnya ketersediaan dokter spesialis, hal ini disebabkan karena kesulitan mendapatkan dokter spesialis yang bersedia bekerja di rumah sakit milik pemerintah.
5. Pengelolaan pengaduan yang belum maksimal, hal ini disebabkan karena pelanggan menyampaikan pengaduan di berbagai sarana sehingga petugas harus mengecek semua sarana pengaduan, dan kurangnya informasi terkait layanan yang dikeluhkan sehingga petugas perlu waktu untuk menelusur pengaduan.
6. Proses penerimaan/promosi dan mutasi kepegawaian yang tidak sesuai SPO, hal ini disebabkan karena adanya pemberian barang sebelum selama atau setelah proses penerimaan/promosi atau mutasi pegawai.

Pada resiko operasional :

1. Pelaksanaan ERM belum optimal, hal ini disebabkan karena user ERM belum paham secara maksimal tentang SIMRS dan jaringan IT yang belum terorganisir dengan baik.
2. Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal, hal ini disebabkan karena keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas.
3. Keterlambatan pelaporan pajak, hal ini disebabkan kurangnya

pengawasan dalam proses perpajakan.

4. Kesalahan dalam pencatatan keuangan, hal ini disebabkan karena human error, kurang pelatihan, dan masih memakai system manual.
5. Keterlambatan pembayaran gaji pegawai baru (kontrak), hal ini disebabkan karena kurangnya komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji.
6. Kerusakan alat kedokteran, hal ini disebabkan karena pemeliharaan yang tidak rutin atau tidak sesuai SOP, usia alat yang sudah melewati masa pakai, penggunaan tidak sesuai prosedur oleh petugas, gangguan listrik atau lonjakan daya, dan ketiadaan suku cadang atau vendor teknis.
7. Kontaminasi alat medis steril, hal ini disebabkan karena pelanggaran prosedur saat penanganan atau penyimpanan, kualitas sterilisasi tidak optimal (suhu, tekanan), kemasan steril rusak atau tidak sesuai standart, staf tidak menggunakan APD saat menangani alat steril, dan kegagalan peralatan autoklaf.
8. Obat kadaluarsa, hal ini disebabkan karena sistem pemantauan kadaluarsa belum optimal, manajemen stok *First Expired First Out (FEFO)* tidak diterapkan konsisten, pemesanan obat melebihi kebutuhan, perputaran obat lambat (*slow moving item*), dan kurangnya koordinasi antara gudang dan unit pelayanan farmasi.
9. Kurang sesuainya data barang di unit dengan kartu inventaris barang, hal ini disebabkan karena kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan mutasi barang.
10. Kurangnya data inventaris barang yang diajukan untuk penghapusan, hal ini disebabkan karena kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan barang rusak dan tidak bisa diperbaiki yang diusulkan untuk penghapusan.
11. Penyusunan produk hukum tidak terselesaikan tepat waktu, hal ini disebabkan karena kurangnya kuantitas dan kualitas petugas yang menangani penyusunan produk hukum dan pencarian referensi/bahan yang membutuhkan waktu sehingga memperlambat penyusunan draft.
12. Memanipulasi Persediaan Bahan Pakai Habis (BHP), hal ini disebabkan karena lemahnya pengawasan internal, kurangnya audit rutin, akses sistem tidak dibatasi, budaya kerja yang permisif terhadap pelanggaran, dan sistem pencatatan manual atau kombinasi yang tidak sinkron.

IV. MONITORING RISIKO DAN RTP

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

Pada resiko strategis :

1. Pelaporan RS tidak tepat secara kualitas dan tepat waktu, hal ini disebabkan karena data dari ERM (rekam medis elektronik) belum tepat dalam penginputan, proses dan outputnya. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah penyempurnaan system pelaporan dalam ERM melalui proses pendampingan.
2. Adanya kesalahan dalam penganggaran, hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan bidang-bidang dalam waktu pengajuan perubahan harga satuan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi terhadap penerapan SOP bidang-bidang dalam proses pengajuan penganggaran.
3. Kesalahan input data rekam medis, hal ini disebabkan karena human error saat entri data, kurangnya pelatihan staf terhadap system aplikasi, tekanan beban kerja yang tinggi, system aplikasi tidak *user-friendly* atau sering error, dan kurangnya validasi dan verifikasi data sebelum disimpan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah pelatihan rutin untuk petugas rekam medis dan tenaga medis terkait pengisian data yang akurat, pengembangan system validasi otomatis pada SIMRS, audit internal berkala terhadap isi rekam medis, evaluasi serta penyempurnaan form isian agar lebih jelas untuk mengurangi peluang kesalahan dalam penginputan data, dan penerapan dua lapis verifikasi pada data kritis.
4. Kurangnya ketersediaan dokter spesialis, hal ini disebabkan karena kesulitan mendapatkan dokter spesialis yang bersedia bekerja di rumah sakit milik pemerintah. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah memotivasi dokter umum untuk melanjutkan jenjang pendidikan dokter spesialis dan mengupayakan kemudahan dalam perijinan belajar.

5. Pengelolaan pengaduan yang belum maksimal, hal ini disebabkan karena pelanggan menyampaikan pengaduan di berbagai sarana sehingga petugas harus mengecek semua sarana pengaduan, dan kurangnya informasi terkait layanan yang dikeluhkan sehingga petugas perlu waktu untuk menelusur pengaduan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan secara berkala, dan menampilkan *no call center* yang bisa dihubungi untuk kejelasan pengaduan di setiap media yang ada untuk kejelasan pengaduan.
6. Proses penerimaan/promosi dan mutasi kepegawaian yang tidak sesuai SPO, hal ini disebabkan karena adanya pemberian barang sebelum selama atau setelah proses penerimaan/promosi atau mutasi pegawai. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah :
 - Sosialisasi aturan kode etik dan aturan perilaku, aturan pengendalian gratifikasi
 - Penerapan sistem kepegawaian secara online dan menanamkan etika kepegawaian kepada seluruh pegawai
 - Tim UPG ikut mengawasi proses rekrutmen, mutasi, dan promosi pegawai

Pada resiko operasional :

1. Pelaksanaan ERM belum optimal, hal ini disebabkan karena user ERM belum paham secara maksimal tentang SIMRS. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah proses pendampingan user ERM dengan pihak Innova (pihak ketiga), dan membuat pengadaan jaringan fiber.
2. Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal, hal ini disebabkan karena keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah mengusulkan pembentukan unit pemasaran.
3. Keterlambatan pelaporan pajak, hal ini disebabkan kurangnya pengawasan dalam proses perpajakan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi pelaporan secara berkala.
4. Kesalahan dalam pencatatan keuangan, hal ini disebabkan karena human

error, kurang pelatihan, dan masih memakai system manual. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah otomatisasi system akuntansi, pelatihan berkala, dan prosedur validasi entri.

5. Keterlambatan pembayaran gaji pegawai baru (kontrak), hal ini disebabkan karena kurangnya komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah memaksimalkan komunikasi dan koordinasi antara petugas kepegawaian dengan petugas pembayaran gaji.
6. Kerusakan alat kedokteran, hal ini disebabkan karena pemeliharaan yang tidak rutin atau tidak sesuai SOP, usia alat yang sudah melewati masa pakai, penggunaan tidak sesuai prosedur oleh petugas, gangguan listrik atau lonjakan daya, dan ketiadaan suku cadang atau vendor teknis. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah :
 - Menyusun dan menerapkan rencana preventif *maintenance* secara berkala
 - Pelatihan petugas terhadap penggunaan alat kedokteran secara benar dan aman
 - Menyusun daftar alat prioritas untuk pengadaan suku cadang atau penggantian
 - Menjalin kerjasama dengan vendor servis resmi dan cepat tanggap
 - Pengadaan alat cadangan untuk alat vital atau berisiko
 - Monitoring dan audit berkala terhadap kondisi dan performa alat
7. Kontaminasi alat medis steril, hal ini disebabkan karena pelanggaran prosedur saat penanganan atau penyimpanan, kualitas sterilisasi tidak optimal (suhu, tekanan), kemasan steril rusak atau tidak sesuai standart, staf tidak menggunakan APD saat menangani alat steril, dan kegagalan peralatan autoklaf. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah menerapkan SOP sterilisasi dengan benar, audit proses CSSD, dan peningkatan pelatihan staf.
8. Obat kadaluarsa, hal ini disebabkan karena sistem pemantauan kadaluarsa belum optimal, manajemen stok *First Expired First Out (FEFO)* tidak diterapkan konsisten, pemesanan obat melebihi kebutuhan, perputaran obat lambat (*slow moving item*), dan kurangnya koordinasi antara gudang dan unit pelayanan farmasi. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah :

- Optimalisasi sistem FEFO dengan alat otomatis kadaluarsa dalam SIMRS
 - Review berkala kebutuhan dan pola penggunaan obat per unit
 - Pelatihan staf gudang dan apotek tentang rotasi dan pencatatan stok
 - Koordinasi rutin antara bagian farmasi dan unit pengadaan
 - Pengadaan obat berdasarkan analisa data pemakaian historis
 - Penetapan batas minimal stok dan mekanisme “*early warning*” untuk obat *slow moving*
9. Kurang sesuainya data barang di unit dengan kartu inventaris barang, hal ini disebabkan karena kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan mutasi barang. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi kegiatan secara berkala dan melakukan sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit dan adanya aplikasi yang mengatur pengelolaan aset.
10. Kurangnya data inventaris barang yang diajukan untuk penghapusan, hal ini disebabkan karena kurangnya koordinasi dan informasi antara unit terkait untuk alur pelaporan barang rusak dan tidak bisa diperbaiki yang diusulkan untuk penghapusan. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah melakukan evaluasi kegiatan secara berkala, sosialisasi berulang untuk unit-unit yang terjadi penggantian kepala unit, dan adanya aplikasi yang memudahkan pelaporan aset.
11. Penyusunan produk hukum tidak terselesaikan tepat waktu, hal ini disebabkan karena kurangnya kuantitas dan kualitas petugas yang menangani penyusunan produk hukum dan pencarian referensi/bahan yang membutuhkan waktu sehingga memperlambat penyusunan draft. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah update peraturan perumahsakitan dan peraturan lain yang terkait secara berkala serta konsultasi aktif dengan petugas dari instansi/institusi lain yang lebih kompeten.
12. Memanipulasi Persediaan Bahan Pakai Habis (BHP), hal ini disebabkan karena lemahnya pengawasan internal, kurangnya audit rutin, akses sistem tidak dibatasi, budaya kerja yang permisif terhadap pelanggaran, dan sistem pencatatan manual atau kombinasi yang tidak sinkron. Sehingga rencana tindak pengendalian yang perlu dilakukan adalah

peningkatan frekuensi audit stok (mingguan untuk BHP kritikal), pembatasan akses sistem berdasarkan level jabatan, integrasi sistem pencatatan manual dan elektronik, dan review SOP pencatatan dan distribusi.

V. PENUTUP

Dari hasil pelaksanaan kegiatan-kegiatan pengendalian terhadap risiko yang dilaksanakan pada periode tribulan III 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.