



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr.SOEGIRI LAMONGAN



PARIPURNA
TERAKREDITASI
PARIPURNA LARS DHP
2022

LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2026



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



LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2026
RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

Berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Dr. Soegiri dalam mendorong percepatan terwujudnya sasaran RPJMD yaitu “Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat”, dengan indikator sasaran: “UHH (Umur Harapan Hidup)”, maka sasaran RPJMD ini dijadikan sebagai landasan **tujuan RSUD Dr. Soegiri yaitu “Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan”**, dengan indikator tujuan **“Tingkat Kepuasan Pasien**

di RSUD Dr. Soegiri”.

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

- 1) Meningkatnya mutu pelayanan di RSUD Soegiri, dengan indikator “Nilai hasil survei akreditasi RSUD Dr. Soegiri”
- 2) Meningkatnya Akuntabilitas kinerja, dengan indikator :
 - a. Nilai Sakip RSUD Dr. Soegiri
 - b. Nilai Manajemen Risiko RSUD Dr. Soegiri

Untuk mencapai 2 (dua) sasaran strategis tersebut di dukung oleh 1 (satu) program dan 1 (satu) kegiatan serta 1 (satu) sub kegiatan. Dalam menjalankan sasaran strategis, program, kegiatan, dan sub kegiatan tentunya akan ada faktor kegagalan maupun keberhasilan yang harus diperhitungkan di awal perencanaan. Oleh sebab itu, RSUD Dr. Soegiri perlu untuk melaksanakan manajemen risiko, sehingga diharapkan ketidakpastian yang menimbulkan kerugian dapat diminimalisir atau bahkan dapat dihilangkan karena setiap kegiatan pasti ada risiko yang akan ditimbulkan. Setiap unit pemilik risiko bertanggung jawab atas risiko yang dimiliki dengan melakukan penilaian risiko dan menyusun rencana tindak pengendalian risiko masing-masing.

B. Dasar Hukum

1. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
2. Peraturan Deputi Bidang Pengawasan Penyelenggaraan Keuangan Daerah Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Pedoman Pengelolaan Risiko pada Pemerintah Daerah;
3. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 39 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
4. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 37 Tahun 2011 tentang Pedoman

Teknis Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;

5. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 17 Tahun 2022 tentang Pedoman Pengelolaan Risiko di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
6. Surat Keputusan Direktur RSUD Dr. Soegiri Nomor 188/95.1/KEP/413.209/2024 tentang Penilaian Manajemen Risiko Pada RSUD Dr. Soegiri.

C. Maksud dan Tujuan

Bagian ini berisi maksud dan tujuan dilakukannya pengelolaan risiko di pemerintah daerah. Manajemen risiko diterapkan dengan maksud untuk menyediakan informasi risiko bagi organisasi sehingga organisasi dapat melakukan upaya agar risiko tersebut tidak terjadi atau mengurangi dampaknya. Penerapan manajemen risiko khususnya pada Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon II serta Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon III dan IV bertujuan untuk:

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

D. Ruang Lingkup

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

- Penentuan konteks kegiatan yang akan dikelola risikonya;

Pengelolaan risiko yang dikelola meliputi risiko dalam pencapaian tujuan, sasaranstrategis organisasi, dan target indikator kinerja kegiatan.

- Identifikasi risiko;
Merupakan proses menetapkan apa, dimana, kapan, mengapa, dan bagaimana sesuatu dapat terjadi sehingga dapat berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan.
- Analisis risiko;
Adalah proses penilaian terhadap risiko yang telah teridentifikasi dalam rangka mengestimasi kemungkinan munculnya dan besaran dampaknya untuk menetapkan level atau status risikonya.
- Evaluasi risiko;
Adalah rangkaian membandingkan hasil atau prestasi suatu kegiatan dengan standar, rencana, atau yang telah ditetapkan dan menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan suatu kegiatan dalam mencapai tujuan.
- Pengendalian risiko;
Rencana tindak pengendalian adalah uraian tentang kegiatan pengendalian yang akan dilakukan oleh Perangkat Daerah.
- Pemantauan dan telaah ulang;
Melaksanakan 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 maksimalnya implementasi kode etik
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	Analisa Jabatan	Belum mencakup indikator terkait Kepemimpinan yang Kondusif
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	Peraturan Bupati tentang Tata Kelola RSUD Dr. Soegiri Nomor 59 Tahun 2023 Tentang Kedudukan, Sususunan Organisai, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja RSUD Dr. Soegiri Lamongan	Evaluasi terkait penilaian LHE belum optimal (Pemanfaatan Reviu)
4	Pembentukan Struktur Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan	Peraturan Bupati tentang Tata Kelola RSUD Dr. Soegiri Nomor 59 Tahun 2023 Tentang Kedudukan, Sususunan Organisai, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja RSUD Dr. Soegiri Lamongan	Masih ada jabatan fungsional yang belum terisi
5	Pendelegasian Wewenang Dan Tanggung Jawab Yang Tepat	Peraturan Bupati tentang Tata Kelola RSUD Dr. Soegiri Nomor 59 Tahun 2023 Tentang Kedudukan, Sususunan Organisai, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja RSUD Dr. Soegiri Lamongan	Masih ada Pejabat yang belum mempunyai sertifikat pengadaan barang dan jasa
6	Penyusunan Dan Penerapan Kebijakan Yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Laporan pelaksanaan pelatihan	Ketidaksesuaian antara jadwal perencanaan dengan ketersediaan pelatihan

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

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

Tabel 2. Simpulan Berdasarkan Dokumen (SID)

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

Keterangan Jawaban:

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

Tabel 3.Simpulan Hasil Survei Persepsi terhadap Lingkungan Pengendalian

NO	SUB UNSUR	HASIL REVIEW DOKUMEN		HASIL SURVEI PERSEPSI	
		HASIL	URAIAN	HASIL	URAIAN
1	Penegakan Integritas Dan Nilai Etika	Memadai	Belum maksimalnya implementasi kode etik	Memadai	
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	Memadai	Belum mencakup indikator terkait Kepemimpinan yang Kondusif	Memadai	
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	Memadai	Evaluasi terkait penilaian LHE belum optimal (Pemanfaatan Reviu)	Memadai	
4	Pembentukan Struktur Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan	Memadai	Masih ada jabatan fungsional yang belum terisi	Memadai	
5	Pendelegasian Wewenang Dan Tanggung Jawab Yang Tepat	Memadai	Masih ada Pejabat yang belum mempunyai sertifikat pengadaan barang dan jasa	Memadai	
6	Penyusunan Dan Penerapan Kebijakan Yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Memadai	Ketidaksesuaian antara jadwal perencanaan dengan ketersediaan pelatihan	Memadai	
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif	Memadai	Kompetensi Tim SPI RS belum memadai	Memadai	
8	Hubungan Kerja Yang Baik Dengan Instansi Pemerintah Terkait	Memadai	Kurangnya evaluasi terkait kerjasama yang sudah berjalan	Memadai	

B. Rencana Perbaikan Lingkungan Pengendalian

Bagian ini berisi tentang strategi yang akan dilakukan guna memperbaiki Lingkungan pengendalian yang mendukung penciptaan budaya pengelolaan risiko. Dari kondisi lingkungan pengendalian saat ini perlu untuk diidentifikasi kembali tentang pengendalian yang kurang memadai guna memperbaiki lingkungan pengendalian untuk kemudian disusun rencana tindak perbaikan lingkungan pengendalian. Untuk lebih jelasnya bagaimana kondisi lingkungan yang ada saat ini dengan pengendalian yang sudah ada baik itu yang dianggap kurang memadai serta bagaimana rencana tindak perbaikan lingkungan pengendalian yang akan dilakukan, dapat diuraikan sesuai **Tabel 4. Rencana Penilaian Kegiatan RTP Control Environment Evaluation (CEE)**

Tabel 4.

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

No	Kondisi Lingkungan	Rencana Tindak Perbaikan Lingkungan Pengendalian	Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	2	3	4	5
1	Belum maksimalnya implementasi kode etik	Meningkatkan koordinasi antar bidang yang terkait penegakan etik	Bagian Kepegawaian	Januari-Desember 2026
2	Belum mencakup indikator terkait Kepemimpinan yang Kondusif	Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN	Direktur	Maret 2026
3	Evaluasi terkait penilaian LHE belum optimal (Pemanfaatan Reviu)	Pelaporan capaian kinerja setiap bulan	Semua Bagian/ Bidang	Januari-Desember 2026
4	Masih ada jabatan fungsional yang belum terisi	Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN	Direktur	Maret 2025
5	Masih ada Pejabat yang belum mempunyai sertifikat pengadaan barang dan jasa	Pengusulan diklat pengadaan barang dan jasa	Bidang Pengembangan RS	Januari-Desember 2026
6	Ketidaksesuaian antara jadwal perencanaan dengan ketersediaan pelatihan	Pengusulan jabatan fungsional melalui aplikasi SIASN	Direktur	Maret 2026
7	Kompetensi Tim SPI RS belum memadai	Pengusulan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi Tim SPI	Bidang Pengembangan RS	Januari-Desember 2026
8	Kurangnya evaluasi terkait kerjasama yang sudah berjalan	Evaluasi MOU yang sudah berjalan	Bagian Humas	Januari-Desember 2026

III. PENILAIAN RISIKO DAN RENACNA TINDAK PENGENDALIAN

A. Penetapan Konteks/Tujuan

Berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Dr. Soegiri dalam mendorong percepatan terwujudnya sasaran RPJMD yaitu “Meningkatnya Kualitas dan Aksesibilitas Kesehatan Masyarakat”, dengan indikator sasaran: “Indeks Kesehatan”, maka sasaran RPJMD ini dijadikan

sebagai landasan **tujuan RSUD Dr. Soegiri** yaitu “**Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan**”, dengan indikator tujuan “**Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Dr. Soegiri**”.

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

- 1) Meningkatnya mutu pelayanan di RSUD Soegiri, dengan indikator “Nilai hasil survei akreditasi RSUD Dr. Soegiri”
- 2) Meningkatnya Akuntabilitas kinerja, dengan indikator :
 - a. Nilai Sakip RSUD Dr. Soegiri
 - b. Nilai Manajemen Risiko RSUD Dr. Soegiri

Untuk mencapai 2 (dua) sasaran strategis tersebut di dukung oleh 1 (satu) program dan 1 (satu) kegiatan serta 1 (satu) sub kegiatan, yaitu :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, dengan indikator :
 - 1) Persentase dokumen perencanaan, penganggaran dan evaluasi yang selaras dan berkualitas.
 - 2) Persentase pelayanan internal RSUD Dr. Soegiri yang tersedia dengan baik.

Kegiatan:

- a. Peningkatan Pelayanan BLUD, dengan indikator “Persentase SDM kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya”.

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

B. Hasil Identifikasi Risiko

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

Dari perumusan tujuan, sasaran strategis, program dan kegiatan sebagaimana tersebut di atas, pemilik risiko dari masing-masing bidang/bagian di RSUD Dr. Soegiri dapat mengidentifikasi risiko yang mungkin terjadi sesuai dengan level indikator kinerjanya masing-masing. Sehingga dapat dirumuskan kemungkinan risiko yang akan terjadi, penyebab risiko, sumber risiko baik dari internal ataupun eksternal, apakah dapat dikendalikan atau tidak, kemudian dampak yang akan terjadi dan pihak mana 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 Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
1	Nilai hasil survei akreditasi RSUD Dr. Soegiri	Pengisian ERM yang tidak sesuai dan tepat waktu	RSO.25 .02.34.0 1	Direktur	Data dari ERM belum tepat (input, proses dan output)	Internal	C	Keakuratan data statistik kesehatan tidak tepat sehingga mempengaruhi pengambilan keputusan	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat
2	Nilai SAKIP RSUD Dr. Soegiri	Belum adanya dokumen Rencana Strategi Bisnis BLUD.	RSO.25 .02.34.0 2	Direktur	Kurangnya pemahaman SDM dan terbatasnya kompetensi teknis	Internal	C	Tidak memiliki standar atau instrumen yang jelas untuk mengevaluasi keberhasilan atau kegagalan kinerja selama kurun waktu 5 tahun	RSUD Dr. Soegiri
3	Nilai Manajemen Risiko RSUD Dr. Soegiri	Belum semua laporan kinerja dilakukan analisa	RSO.25 .02.34.0 3	Direktur	Analisa laporan kinerja tidak maksimal	Internal	C	Penyusunan target kinerja yang tidak sesuai	RSUD Dr. Soegiri
4	Nilai hasil survei akreditasi RSUD Dr.	Ketidakkuratan perencanaan, dan perubahan secara terus menerus	RSO.25 .02.34.0 4	Direktur	Perencanaan yang Tidak akurat perubahan di tengah jalan dan perubahan kebijakan	Internal	C	Pekerjaan bagian anggaran menjadi tidak efisien dan verifikasi kesulitan	RSUD Dr. Soegiri

No	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		C/UC	Dampak	
		Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
	Soegiri	sepanjang tahun realisasi anggaran						memastikan kesesuaian anggaran dan penumpukan penyerapan di akhir tahun	

Tabel 6. Kertas Kerja Operasional (KKO) OPD

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/UC	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
1	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Perencanaan	Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal	ROO.2 5.02.34 .01	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas	Internal	C	Penurunan kepuasan pasien	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat
2	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Pelaporan Pajak yang tidak tepat waktu	ROO.2 5.02.34 .02	Kepala Bagian Keuangan	Perubahan Peraturan Pajak	Internal	C	Pelaporan pajak yang tidak tepat waktu	RSUD Dr. Soegiri
3	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Perencanaan	Ketidak merataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan	ROO.2 5.02.34 .03	Bidang Pengembangan RS	Kurangnya pengawasan dalam proses perencanaan	Internal	C	Ketidak harmonisan antar pegawai yang menyebabkan menurunnya kinerja pegawai, sehingga berpengaruh	RSUD Dr. Soegiri

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/UC	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
4	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Kegiatan pelatihan yang ditawarkan / diikuti kurang berkualitas.	ROO.2 5.02.34 .04	Bidang Pengembangan RS	Kurangnya informasi terkait lembaga pelatihan	Internal	C	Pengetahuan yang didapatkan kurang berkualitas, sehingga akan bersifat mengulang dari pelatihan yang pernah didapatkan	RSUD Dr. Soegiri
5	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Keterlambatan atau ketidakhadiran dokter spesialis	ROO.2 5.02.34 .05	Kepala Bidang Pelayanan	Jadwal praktik tidak disiplin, Beban tugas ganda (rawat inap/OK/UGD)	Internal	C	1. Penurunan mutu layanan 2. Gangguan alur pelayanan pasien 3. Meningkatkan komplain terkait kepuasan pasien	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat
6	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan	Pelaksanaan	Kesalahan prosedur/tindakan/tatalaksana di rawat inap	ROO.2 5.02.34 .06	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Komite Medis, 3. Komite	Ketidakpatuhan terhadap panduan praktik klinis dan clinical	Internal	C	1. Meningkatkan angka insiden keselamatan pasien, 2. Menurunkan mutu	RSUD Dr. Soegiri

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/UC	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
		dan penunjang pelayanan					pathway			pelayanan	
7	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Waktu Tunggu Pelayanan memanjang	ROO.2 5.02.34 .07	Wadir Pelayanan dan Penunjang	Kurang nya respon jawaban Dokter Penanggung Jawab Pasien konsulen	Internal	C	Pasien terlambat mendapatkan penanganan	Pasien
8	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Keterlambatan penyediaan ruangan rawat inap	ROO.2 5.02.34 .08	Wadir Pelayanan dan Penunjang	Kurangnya waktu persiapan penyediaan ruangan (ketidaksiapan ruang rawat inap ditempati pasien)	Internal	C	Penumpukan pasien di IGD	Pasien dan petugas IGD

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/UC	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
9	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Ketidaksesuaian kebutuhan SDM dengan RSB & Renstra RS	ROO.2 5.02.34 .09	Wadir Umum dan Keuangan	Perencanaan SDM tidak berbasis beban kerja	Internal	C	Kekurangan/Kelebihan tenaga di unit tertentu sehingga dapat mengganggu pelayanan	RSUD Dr. Soegiri
10	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Dokumentasi arsip produk kerjasama dan hukup tidak tertib	ROO.2 5.02.34 .10	Kabag Umum dan Kepegawaian	Dokumentasi produk kerjasama dan hukum belum tepat (input, proses, output)	Internal	C	1. Keterlambatan waktu penyesuaian produk kerjasama dapat merugikan kedua belah pihak 2. Keterlambatan produk hukum dapat menyebabkan terhambatnya proses kegiatan	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/UC	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
11	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Ketidak sesuaian saldo fisik barang di gudang dengan saldo yang tercatat	ROO.2 5.02.34 .11	Kabid Penunjang	Kesalahan pencatatan barang masuk atau keluar	Internal	C	Kerugian finansial	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat
12	Peningkatan pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan	Pelaksanaan	Ketidak puasan pasien terhadap pelayanan penunjang	ROO.2 5.02.34 .12	Kabid Penunjang	Informasi yang diberikan kepada pasien tidak sesua	Internal	C	Menurunnya mutu pelayanan pasien di unit penunjang	RSUD Dr. Soegiri dan Masyarakat

C. Hasil Analisis Risiko

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

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

Untuk menentukan kategori risiko dilakukan survei terhadap sebagian besar pegawai RSUD Dr. Soegiri sehingga menghasilkan urutan kategori dari seluruh kemungkinan risiko yang akan terjadi. Untuk lebih jelasnya mengenai hasil analisis risiko ini dapat diuraikan pada Tabel 7. Nilai Rata-Rata Hasil Survei Kertas Kerja Manajemen Risiko Tahun 2026.

Tabel 7.
Nilai Rata-Rata Hasil Survei Kertas Kerja Manajemen Risiko Tahun 2026

Formulir Kertas Kerja					
Hasil Analisis Risiko					
Nama Pemda	Pemerintah Kabupaten Lamongan				
Tahun Penilaian	2026				
Tujuan Strategis Pemda	Meningkatny Kualitas Pembangunan Manusia yang Berdaya Saing				
Tujuan Strategis OPD	Meningkatnya kualitas dan aksesibilitas pelayanan Kesehatan masyarakat				
Tujuan Operasional OPD	Kesehatan				
Urusan Pemerintahan	RSUD Dr. Soegiri				
OPD yang Dinilai					
No	"Risiko" yang Teridentifikasi	Kode Risiko	Skala Dampak *)	Analisis Risiko Skala Kemungkinan *)	Skala Risiko
Risiko Strategis OPD					
1	Pengisian ERM yang tidak sesuai dan tepat waktu	RSO.25.02.34.01	5	1	5
2	Belum adanya dokumen Rencana Strategi Bisnis BLUD	RSO.25.02.34.02	4	5	20
3	Belum semua laporan kinerja dilakukan analisa	RSO.25.02.34.03	5	1	5
4	Ketidakkuratan perencanaan, dan perubahan secara terus menerus sepanjang tahun realisasi anggaran	RSO.25.02.34.04	1	5	5
Risiko Operasional OPD					
1	Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal	ROO.25.02.34.01	3	5	15
2	Pelaporan Pajak yang tidak tepat waktu	ROO.25.02.34.02	5	3	15
3	Ketidak merataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan	ROO.25.02.34.03	2	2	4
4	Kegiatan pelatihan yang ditawarkan / diikuti kurang berkualitas.	ROO.25.02.34.04	1	4	4
5	Keterlambatan atau ketidakhadiran dokter spesialis	ROO.25.02.34.05	3	5	15
6	Kesalahan prosedur/tindakan/tatalaksana di rawat inap	ROO.25.02.34.06	3	2	6
7	Waktu Tunggu Pelayanan memanjang	ROO.25.02.34.07	4	5	20
8	Keterlambatan penyediaan ruangan rawat inap	ROO.25.02.34.08	2	3	6
9	Ketidaksesuaian kebutuhan SDM dengan RSB & Renstra RS	ROO.25.02.34.09	5	4	20
10	Dokumentasi arsip produk kerjasama dan hukup tidak tertib	ROO.25.02.34.10	2	5	10
11	Ketidak sesuaian saldo fisik barang di gudang dengan saldo yang tercatat	ROO.25.02.34.11	2	3	6
12	Ketidak puasian pasien terhadap pelayanan penunjang	ROO.25.02.34.12	3	4	12

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

Tabel 8. Skala Kemungkinan Dan Dampak

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

D. Pengendalian yang Sudah Dilakukan

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

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

Tabel 9. Pengendalian Risiko Yang Sudah Dilakukan

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian
1	Pengisian ERM yang tidak sesuai dan tepat waktu	Evaluasi input, proses dan output ERM setiap saat	Ketidakdisiplinan user dalam pengisian ERM
2	Belum adanya dokumen Rencana Strategi Bisnis BLUD	Melakukan webinar tentang penyusunan rencana strategi bisnis kepada seluruh pejabat struktural dan fungsional yang disetarakan	Belum seluruhnya memahami tentang rencana strategi bisnis

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian
3	Belum semua laporan kinerja dilakukan analisa	Evaluasi berkala dan pemantauan	Ketidaksiplinan dalam melakukan monitoring dan evaluasi kinerja
4	Ketidakakuratan perencanaan, dan perubahan secara terus menerus sepanjang tahun realisasi anggaran	Evaluasi berkala dan pemantauan yang dilaporkan pihak manajemen	Fleksibilitas perubahan anggaran yang berlebihan
5	Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal	1. Mengajukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM pemasaran 2. Mengusulkan penambahan SDM	Keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas
6	Pelaporan Pajak yang tidak tepat waktu	Perbaiki masa waktu pembayaran	Perbedaan waktu antara Faktur yang masuk dengan realisasi pembayaran.
7	Ketidak merataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan	Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelatihan secara berkala	Kurangnya pengawasan
8	Kegiatan pelatihan yang ditawarkan / diikuti kurang berkualitas.	Menotifikasi tawaran atau permintaan pelatihan dari Lembaga Pelatihan yang kurang berkualitas	Kurangnya informasi
9	Keterlambatan atau ketidakhadiran dokter spesialis	Jadwal praktik dokter, Absensi manual/elektronik	Ketidaksiplinan kedatangan dokter spesialis
10	Kesalahan prosedur/tindakan/tatalaksana di rawat inap	Penerapan PPK dan CP yang sesuai	Ketidakpatuhan PPK dan CP
11	Waktu Tunggu Pelayanan memanjang	Penerapan SOP konsultasi dokter spesialis	Ketidaksiplinan DPJP Spesialis konsulen IGD
12	Keterlambatan penyediaan ruangan rawat inap	1. Penerapan SOP jam visite dokter 2. Komunikasi efektif antar petugas unit IGD dan rawat inap	1. Proses pemulangan pasien yang terkendala menunggu jam visite 2. Kurangnya komunikasi antar unit IGD dan rawat inap
13	Ketidaksesuaian kebutuhan SDM dengan RSB & Renstra RS	Menghentikan proses penerimaan SDM baru	Proses penerimaan tetap dilaksanakan untuk unit/jabatan kesehatan tertentu

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian
14	Dokumentasi arsip produk kerjasama dan hukup tidak tertib	Evaluasi input, proses dan output produk kerjasama dan produk hukum secara berkala	Ketidaksetabilan kinerja penanggung jawab produk kerjasama dan produk hukum
15	Ketidak sesuaian saldo fisik barang di gudang dengan saldo yang tercatat	Laporan stok opname dari masing- masing unit setiap bulan	Ketidak disiplin user memasukkan data
16	Ketidak puasn pasien terhadap pelayanan penunjang	Pelatihan Komunikasi efektif bagi tenaga di penunjang, Pelaksanaan SPO waktu tunggu Layanan	Kurangnya komunikasi efektif dari petugas kepada pasien

E. Pengendalian yang masih dibutuhkan

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

Tabel 10. Pengendalian Yang Masih Dibutuhkan

No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	Pengisian ERM yang tidak sesuai dan tepat waktu	1. Perbaiki sistem ERM 2. Resosialisasi SOP pengisian ERM	Direktur	Juli 2026
2	Belum adanya dokumen Rencana Strategi Bisnis BLUD	Menggunakan jasa konsultan dalam penyusunan rencana strategis bisnis	Direktur	September 2026
3	Belum semua laporan kinerja dilakukan analisa	Melakukan monitoring dan evaluasi setiap tribulan	Direktur	Tribulan I, II, III, IV
4	Ketidakakuratan perencanaan, dan perubahan secara terus menerus sepanjang tahun realisasi anggaran	SOP Perubahan anggaran yang jelas - otorisasi perubahan anggaran	Direktur	Tribuln II, III, IV

No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
5	Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal	Mengusulkan pembentukan unit pemasaran	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Januari-Desember 2026
6	Pelaporan Pajak yang tidak tepat waktu	Memperbaiki masa waktu pembayaran	Kabag Keuangan	Januari-Desember 2026
7	Ketidak merataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	Bidang Pengembangan	Juni - Juli 2026
8	Kegiatan pelatihan yang ditawarkan / diikuti kurang berkualitas.	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	Bidang Pengembangan	Juni - Juli 2026
9	Keterlambatan atau ketidakhadiran dokter spesialis	1. Supervisi manual ke setiap poli, 2. Memberikan reward	Kepala Bidang Pelayanan	Juli 2026
10	Kesalahan prosedur/tindakan/atalaksana di rawat inap	1. Monitoring pelaksanaan sesuai PPK dan CP, 2. Audit Klinis berkala	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Komite Medis, 3. Komite Keperawatan, 4. Komite lain	Juli 2026
11	Waktu Tunggu Pelayanan memanjang	Supervisi oleh Bidang Pelayanan	Wadir Pelayanan dan Penunjang	Juli 2026
12	Keterlambatan penyediaan ruangan rawat inap	Supervisi oleh MOD (manager on duty)	Wadir Pelayanan dan Penunjang	Juli 2026
13	Ketidaksesuaian kebutuhan SDM dengan RSB & Renstra RS	Menghentikan proses penerimaan SDM dan memperhatikan kebutuhan SDM berdasarkan ABK	Wadir Umum dan Keuangan	Juli 2026
14	Dokumentasi arsip produk kerjasama dan hukup tidak tertib	Perbaiki sistem dokumentasi produk kerjasama dan produk hukum	Direktur	Juli 2026
15	Ketidaksesuaian saldo fisik barang di gudang dengan saldo yang tercatat	1. Melakukan stok opname menyeluruh setiap bulan; 2. Memisahkan personil yang	Kabid Penunjang	Juli 2026

No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
		memasukkan data dengan personil yang memeriksa barang masuk dan keluar		
16	Ketidak puasan pasien terhadap pelayanan penunjang	Resosialisasi SPO waktu tunggu layanan	Kabid Penunjang	Juli 2026

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

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

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri							
1	Pengisian ERM yang tidak sesuai dan tepat waktu	RSO.25.02 .34.01	Evaluasi input, proses dan output ERM setiap saat	Ketidakdisiplinan user dalam pengisian ERM	1. Perbaiki sistem ERM 2. Resosialisasi SOP pengisian ERM	Direktur	Juli 2026
2	Belum adanya dokumen Rencana Strategi Bisnis BLUD	RSO.25.02 .34.02	Melakukan webinar tentang penyusunan rencana strategi bisnis kepada seluruh pejabat struktural dan fungsional yang disetarakan	Belum seluruhnya memahami tentang rencana strategi bisnis	Menggunakan jasa konsultan dalam penyusunan rencana strategis bisnis	Direktur	September 2026
3	Belum semua laporan kinerja dilakukan analisa	RSO.25.02 .34.03	Evaluasi berkala dan pemantauan	Ketidakdisiplinan dalam melakukan monitoring dan evaluasi kinerja	Melakukan monitoring dan evaluasi setiap tribulan	Direktur	Tribulan I, II, III, IV
4	Ketidakakuratan perencanaan, dan perubahan secara terus menerus sepanjang tahun realisasi anggaran	RSO.25.02 .34.04	Evaluasi berkala dan pemantauan yang dilaporkan pihak manajemen	Kurangnya pemahaman staf	SOP Perubahan anggaran yang jelas - otorisasi perubahan anggaran	Direktur	Tribuln II, III, IV

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri							
1	Bagian pemasaran RS belum berjalan dengan optimal	ROO.25.02.34.01	1. Mengajukan pelatihan peningkatan kompetensi SDM pemasaran 2. Mengusulkan penambahan SDM	Keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM yang terbatas	Mengusulkan pembentukan unit pemasaran	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Januari-Desember 2026
2	Pelaporan Pajak yang tidak tepat waktu	ROO.25.02.34.02	Perbaiki masa waktu pembayaran	Perbedaan waktu antara Faktur yang masuk dengan realisasi pembayaran.	Memperbaiki masa waktu pembayaran	Kabag Keuangan	Januari-Desember 2026
3	Ketidakmerataan distribusi perencanaan pelaksanaan pelatihan	ROO.25.02.34.03	Melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelatihan secara berkala	Kurangnya pengawasan	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	Bidang Pengembangan	Juni - Juli 2026
4	Kegiatan pelatihan yang ditawarkan / diikuti kurang berkualitas	ROO.25.02.34.04	Menotifikasi tawaran atau permintaan pelatihan dari Lembaga Pelatihan yang kurang berkualitas	Kurangnya informasi	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	Bidang Pengembangan	Juni - Juli 2026
5	Keterlambatan atau ketidakhadiran dokter spesialis	ROO.25.02.34.05	Jadwal praktik dokter, Absensi manual/elektronik	Ketidaksiplinan kedatangan dokter spesialis	1. Supervisi manual ke setiap poli, 2. Memberikan reward	Kepala Bidang Pelayanan	Juli 2026

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri							
6	Kesalahan prosedur /tindakan/ tatalaksana di rawat inap	ROO.25.02.34.06	Penerapan PPK dan CP yang sesuai	Ketidakpatuhan PPK dan CP	1. Monitoring pelaksanaan sesuai PPK dan CP, 2. Audit Klinis berkala	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Komite Medis, 3. Komite Keperawatan, 4. Komite lain	Juli 2026
7	Waktu Tunggu Pelayanan memanjang	ROO.25.02.34.07	Penerapan SOP konsultasi dokter spesialis	Ketidaksiplinan DPJP Spesialis konsulen IGD	Supervisi oleh Bidang Pelayanan	Wadir Pelayanan dan Penunjang	Juli 2026
8	Keterlambatan penyediaan ruangan rawat inap	ROO.25.02.34.08	1. Penerapan SOP jam visite dokter 2. Komunikasi efektif antar petugas unit IGD dan rawat inap	1. Proses pemulangan pasien yang terkendala menunggu jam visite 2. Kurangnya komunikasi antar unit IGD dan rawat inap	Supervisi oleh MOD (manager on duty)	Wadir Pelayanan dan Penunjang	Juli 2026
9	Ketidaksesuaian kebutuhan SDM dengan RSB & Renstra RS	ROO.25.02.34.09	Menghentikan proses penerimaan SDM baru	Proses penerimaan tetap dilaksanakan untuk unit/ jabatan kesehatan tertentu	Menghentikan proses penerimaan SDM dan memperhatikan kebutuhan SDM berdasarkan ABK	Wadir Umum dan Keuangan	Juli 2026
10	Dokumentasi arsip produk	ROO.25.02.	Evaluasi input, proses dan output	Ketidaksiplinan kinerja penanggung jawab	Perbaiki sistem dokumentasi produk	Direktur	Juli 2026

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang sudah ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian
Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri							
	kerjasama dan hukup tidak tertib	34.10	produk kerjasama dan produk hukum secara berkala	produk kerjasama dan produk hukum	kerjasama dan produk hukum		
11	Ketidaksesuaian saldo fisik barang di gudang dengan saldo yang tercatat	ROO.25.02.34.11	Laporan stok opname dari masing- masing unit setiap bulan	Ketidak disiplin user memasukkan data	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan stok opname menyeluruh setiap bulan; Memisahkan personil yang memasukkan data dengan personil yang memeriksa barang masuk dan keluar 	Kabid Penunjang	Juli 2026
12	Ketidak puasan pasien terhadap pelayanan penunjang	ROO.25.02.34.12	Pelatihan Komunikasi efektif bagi tenaga di penunjang, Pelaksanaan SPO waktu tunggu Layanan	Kurangnya komunikasi efektif dari petugas kepada pasien	Resosialisasi SPO waktu tunggu layanan	Kabid Penunjang	Juli 2026

IV. RANCANGAN INFORMASI DAN KOMUNIKASI

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

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

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

Tabel 12

Formulir Kertas Kerja Pengkomunikasian Pengendalian Yang Dibangun

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri							
1	1. Perbaikan sistem ERM 2. Resosialisasi SOP pengisian ERM	Rapat Koordinasi	1. Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi 2. Kepala Bidang Pelayanan	User ERM yang terkait	Juli 2026	Juli 2026	-
2	Menggunakan jasa konsultan dalam penyusunan rencana strategis bisnis	Rapat Koordinasi	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Bagian dan Bidang terkait	September 2026	September 2026	-
3	Melakukan monitoring dan evaluasi setiap tribulan	Rapat Koordinasi	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Bagian dan Bidang terkait	Tribulan I, II, III, IV	Tribulan I, II, III, IV	-
4	SOP Perubahan anggaran yang jelas - otorisasi perubahan anggaran	Rapat Koordinasi	Tim Perencanaan - anggaran dan manajemen RSUD	Tim Penyusun Anggaran	Tribuln II, III, IV	Tribuln II, III, IV	-

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	Mengusulkan pembentukkan unit pemasaran	Rapat koordinasi	Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Bidang dan Bagian	Januari-Desember 2026	Januari-Desember 2026	-
2	Memperbaiki masa waktu pembayaran	AR Pajak untuk RSUD dr. Soegiri	Bagian Penatausahaan Pajak	Bagian Penatausahaan pajak, Penyedia dan Pihak Pajak	Januari-Desember 2026	Januari-Desember 2026	-
3	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	Rapat Evaluasi	1. Kepala Bidang Pengembangan RS 2. Subbagian Hukum dan Humas	Stakeholder / Institusi Pendidikan	Juli 2026	Juli 2026	-
4	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	Rapat Evaluasi	Kepala Bidang Pengembangan RS	Peserta pelatihan	Juli 2026	Juli 2026	-
5	1. Supervisi manual ke setiap poli, 2. Memberikan reward	Rapat Koordinasi	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Koordinator Pelayanan Medis	Dokter spesialis pemberi layanan di poli	Januari- Juni 2026	Januari- Juni 2026	-
6	1. Monitoring pelaksanaan sesuai PPK dan CP, 2. Audit Klinis berkala	Rapat Koordinasi	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Komite Medis, 3. Komite Keperawatan, 4. Komite lain	PPA di rawat inap	Januari- Juni 2026	Januari- Juni 2026	-

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	Supervisi oleh Bidang Pelayanan	Laporan supervisi pelayanan	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Koordinator medis, 3. MPP	DPJP Spesialis Konsulen IGD	Januari- Juni 2026	Januari- Juni 2026	-
8	Supervisi oleh MOD (manager on duty)	Supervisi oleh MOD (manager on duty)	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. MPP dan MOD	Petugas IGD dan Rawat inap	Januari- Juni 2026	Januari- Juni 2026	-
9	Menghentikan proses penerimaan SDM dan memperhatikan kebutuhan SDM berdasarkan ABK	Laporan tertulis	Wadir Umum dan Keuangan	Seluruh Bidang terkait	Juni dan Desember 2026	Juni dan Desember 2026	-
10	Perbaiki sistem dokumentasi produk kerjasama dan produk hukum	Rapat Koordinasi	Kabag Umum dan Kepegawaian	PJ Produk kerjasama dan produk hukum	Januari- Juni 2026	Januari- Juni 2026	-
11	1. Melakukan stok opname menyeluruh setiap bulan; 2. Memisahkan personil yang memasukkan data dengan personil yang memeriksa barang masuk dan keluar	Rapat Koordinasi	Kepala Bidang Penunjang dan Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	User yang terkait	Juli 2026	Juli 2026	-

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri							
12	Resosialisasi SPO waktu tunggu layanan	Rapat Koordinasi	Kepala Bidang Penunjang	User yang terkait	Juli 2026	Juli 2026	-

V. RANCANGAN PEMANTAUAN

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

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

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

No	Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan	Penanggung jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
Risiko Strategis OPD RSUD Dr. Soegiri						
1	1. Perbaiki sistem ERM 2. Resosialisasi SOP pengisian ERM	Rapat Koordinasi	1. Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi 2. Kepala Bidang Pelayanan	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
2	Menggunakan jasa konsultan dalam penyusunan rencana strategis bisnis	Rapat Koordinasi	1. Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
3	Melakukan monitoring dan evaluasi setiap tribulan	Rapat Koordinasi	1. Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Tribulan I, II, III, IV	Tribulan I, II, III, IV	-
4	SOP Perubahan anggaran yang jelas - otorisasi perubahan anggaran	Rapat Koordinasi	1. Kabag Keuangan 2. Tim Anggaran	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-

No	Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan	Penanggung jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri						
1	Mengusulkan pembentukkan unit pemasaran	Rapat Koordinasi	Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi	Januari-Desember 2026	Januari-Desember 2026	-
2	Memperbaiki masa waktu pembayaran	Rekon AR Kantor pajak	Admin Pajak	Januari-Desember 2026	Januari-Desember 2026	-
3	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	UMAN	1. Kepala Bidang Pengembangan RS 2. Subbagian Hukum dan Humas	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
4	Evaluasi kegiatan pelatihan yang telah berjalan	UMAN	Kepala Bidang Pengembangan RS	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
5	1. Supervisi manual ke setiap poli, 2. Memberikan reward	UMAN Rapat Koordinasi	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Koordinator Pelayanan Medis	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
6	1. Monitoring pelaksanaan sesuai PPK dan CP, 2. Audit Klinis berkala	UMAN Rapat Koordinasi	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Koordinator Pelayanan Medis	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-

No	Kegiatan Pengendalian yang dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang diperlukan	Penanggung jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
Risiko Operasional OPD RSUD Dr. Soegiri						
7	Supervisi oleh Bidang Pelayanan	Laporan Supervisi Pelayanan	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Koordinator Medis	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
8	Supervisi oleh MOD (manager on duty)	Laporan Supervisi MOD	1. Kepala Bidang Pelayanan, 2. Koordinator Medis	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
9	Menghentikan proses penerimaan SDM dan memperhatikan kebutuhan SDM berdasarkan ABK	Evaluasi pemenuhan kebutuhan SDM	Kepala Bagian Umum & Kepegawaian	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
10	Perbaiki sistem dokumentasi produk kerjasama dan produk hukum	UMAN Rapat Koordinasi	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
11	1. Melakukan stok opname menyeluruh setiap bulan; 2. Memisahkan personil yang memasukkan data dengan personil yang memeriksa barang masuk dan keluar	UMAN Rapat Koordinasi	Kepala Bidang Penunjang, Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-
12	Resosialisasi SPO waktu tunggu layanan	UMAN Rapat Koordinasi	Kepala Bidang Penunjang	Semester 1 dan 2	Semester 1 dan 2	-

VI. PENUTUP

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

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


DIREKTUR
RSUD Dr. SOEGIRI LAMONGAN
dr. ABDUR ROHMAN, Sp.PD.,M.EK
Pembina Tingkat I
NIP. 19770219 200604 1 013