



Lamongan
Megilan



RSUD KARANGKEMBANG

LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RESIKO TAHUN 2026



lamongankab.go.id/rsud-karangkembang



088223778315



rsudkarangkembang@gmail.com



Jl. Raya Jombang KM.2 Babat,
Lamongan, Jawa Timur

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Peraturan Pemerintah RI Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah menyatakan bahwa untuk mencapai pengelolaan keuangan negara yang efektif, efisiensi, transparan dan akuntabel, Menteri/Pimpinan Lembaga, Gubernur dan Bupati/Walikota wajib melakukan pengendalian atas penyelenggaraan kegiatan pemerintahan.

Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) diartikan sebagai proses integral pada tindakan dan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus oleh pimpinan dan seluruh pegawai untuk memberikan keyakinan memadai atas tercapainya tujuan organisasi melalui empat pilur yaitu sebagai berikut :

1. Efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan
2. Keandalan pelaporan keuangan
3. Pengamanan aset negara
4. Ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan

Dalam rangka mengimplementasikan kebijakan penerapan pengendalian intern, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah dan Peraturan Bupati Lamongan Nomor 39 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan, RSUD Karangembang menyusun Rencana Tindak Pengendalian sebagai acuan bagi para penyelenggara organisasi sehingga diharapkan dapat memberikan keyakinan yang memadai atas pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Rencana Tindak Pengendalian RSUD Karangembang di prioritaskan untuk mencapai kualitas lingkungan pengendalian yang dapat mendorong tercapainya tujuan dan sasaran didukung sistem pengendalian intern yang memadai.

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.

II. PERBAIKAN LINGKUNGAN PENGENDALIAN YANG DIHARAPKAN

Lingkungan pengendalian merupakan kondisi yang dibangun dan diciptakan dalam suatu organisasi yang mempengaruhi efektivitas pengendalian intern. Lingkungan pengendalian yang kondusif merupakan unsur paling penting dalam penerapan pengendalian intern. Untuk mencapai kualitas lingkungan pengendalian yang dapat mendorong tercapainya pengendalian intern yang efektif, perlu dikembangkan lingkungan pengendalian yang akan menimbulkan perilaku positif dan kondusif untuk penerapan sistem pengendalian intern, yaitu :

1. Penegakan integritas dan nilai etika
2. Komitmen terhadap kompetensi
3. Kepemimpinan yang kondusif
4. Pembentukan struktur organisasi yang sesuai dengan kebutuhan
5. Pendelegasian wewenang dan tanggung jawab yang tepat
6. Penyusunan dan penerapan kebijakan yang sehat tentang pembinaan sumber daya manusia
7. Perwujudan peran aparat pengawas intern pemerintah yang efektif
8. Hubungan kerja yang baik dengan Instansi Pemerintah terkait.

Terciptanya lingkungan pengendalian yang kondusif mampu mendorong terciptanya perilaku dan tindakan yang lebih efisien dan efektif dari seluruh pegawai dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. Peningkatan kualitas perilaku dan tindakan tersebut diharapkan menjadi modal utama untuk menghasilkan aktivitas pengendalian yang handal guna mencapai tujuan organisasi.

Penilaian Lingkungan Pengendalian Intern Control Environment Evaluation (CEE) kepada 218 responden. Dari hasil penilaian lingkungan pengendalian tersebut selanjutnya divalidasi dan disimpulkan kondisi lingkungan pengendalian pada RSUD Karangsembang, diperoleh gambaran sebagai berikut :

Tabel 1.
Penilaian terhadap lingkungan pengendalian

No.	Sub Unsur	Kondisi
1.	Penegakan Integritas dan Nilai Etika	Memadai
2.	Komitmen terhadap Kompetensi	Memadai
3.	Kepemimpinan yang Kondusif	Memadai
4.	Struktur Organisasi yang Sesuai dengan Kebutuhan	Memadai
5.	Pendelegasian Wewenang dan Tanggung Jawab yang Tepat	Memadai
6.	Penyusunan dan Penetapan Kebijakan yang Sehat tentang Pembinaan SDM	Memadai
7.	Perwujudan peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah yang Efektif	Memadai
8.	Hubungan Kerja yang Baik dengan Instansi Pemerintah Terkait	Memadai

Lingkungan pengendalian yang kondusif merupakan unsur yang paling penting dalam penerapan pengendalian intern. RSUD Karangsembang berharap dengan adanya lingkungan pengendalian yang kondusif sehingga mampu mendorong terciptanya perilaku dan tindakan yang lebih efisien dan efektif dari seluruh pegawai dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. Hasil evaluasi atas kondisi lingkungan pengendalian dirumuskan Rencana Penguatan Lingkungan Pengendalian menunjukkan masih adanya kelemahan lingkungan pengendalian di RSUD Karangsembang yang masih perlu diperbaiki. Adapun langkah-langkah perbaikan yang diperlukan dan merupakan prioritas untuk segera dilaksanakan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.
Penilaian atas Kegiatan Pengendalian yang Ada dan Masih Dibutuhkan

No.	Kondisi Lingkungan Pengendalian yang Kurang Memadai	Rencana Tindak Perbaikan Lingkungan Pengendalian	Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
1.	Belum seluruh pegawai memahami dan menerapkan kode etik dalam bekerja serta minimnya sosialisasi terkait nilai-nilai integritas	Melaksanakan sosialisasi dan internalisasi kode etik serta nilai integritas secara berkala serta melakukan monitoring dan evaluasi penerapan kode etik	Direktur dan Tim SPI	Maret 2026
2.	Kurangunya pelatihan berkala untuk peningkatan kompetensi pegawai sesuai kebutuhan jabatan	Menyusun rencana pelatihan berbasis analisis kebutuhan diklat serta melaksanakan pelatihan dan evaluasi kompetensi secara berkala	Bagian Kepegawaian	Juni 2026
3.	Kurangunya komunikasi secara terbuka antara pimpinan dan staf	Meningkatkan forum komunikasi internal seperti rapat rutin serta menyediakan media komunikasi dua arah (kotak saran, survei kepuasan pegawai)	Bagian Umum dan Humas	April 2026
4.	Struktur organisasi belum sepenuhnya mencerminkan kebutuhan unit kerja karena terdapat tumpang tindih fungsi antar bagian	Melakukan evaluasi dan penyesuaian struktur organisasi berdasarkan analisis beban kerja dan kebutuhan organisasi	Bagian Kepegawaian	Mei 2026
5.	Belum terdapat kejelasan pembagian tugas dan wewenang antar unit kerja, yang menyebabkan tumpang tindih pekerjaan	Menyusun kebijakan pengembangan SDM berbasis Analisis Jabatan (Anjab) dan Analisis Beban Kerja (ABK), serta menyelaraskan dengan standar kompetensi jabatan	Bagian Perencanaan dan Kepegawaian	April 2026

6.	Kebijakan pengembangan SDM belum sepenuhnya didasarkan pada analisis kebutuhan dan kompetensi jabatan	Menyusun kebijakan pengembangan SDM berbasis Analisis Jabatan (Anjab) dan Analisis Beban Kerja (ABK), serta menyelaraskan dengan standar kompetensi jabatan	Bagian Kepegawaian	Maret 2026
7.	Tindak lanjut atas temuan audit masih lambat, dan belum semua unit menindaklanjuti rekomendasi APIP secara optimal	Meningkatkan mekanisme monitoring dan evaluasi tindak lanjut hasil audit serta memberikan sanksi/teguran bagi unit yang tidak menindaklanjuti	Direktur, tim SPI dan seluruh kepala unit	Juni 2026
8.	Koordinasi antar instansi belum berjalan secara rutin dan formal, serta belum adanya mekanisme evaluasi kerja sama yang jelas	Menyusun SOP koordinasi lintas instansi, menjadwalkan rapat koordinasi secara berkala, serta membuat sistem evaluasi dan pelaporan kerja sama	Bagian Umum dan Perencanaan	Juli 2026

Tabel 3.
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/ Penganggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian	Realisasi
I	Risiko Strategis OPD							
1.	Tidak tercapainya nilai hasil survei akreditasi sesuai standar yang ditetapkan	RSO.26.02.76.01	- Standar akreditasi Rumah Sakit - Audit mutu internal - Tim mutu dan keselamatan pasien	Implementasi standar belum konsisten, monitoring belum optimal di seluruh unit	Meningkatkan monitoring dan evaluasi kepatuhan standar akreditasi	Direktur	September 2026	Agustus 2026
2.	Tidak tercapainya Nilai SAKIP RSUD Karangsembang sesuai target yang telah ditetapkan	RSO.26.02.76.02	- Dokumen perencanaan (renstra, renja) - Perjanjian kinerja - Laporan kinerja (LKjIP)	Kualitas penyusunan indikator kinerja belum optimal, monitoring capaian belum rutin	Melakukan tindak lanjut laporan hasil evaluasi SAKIP tahun 2026	Direktur	Juni 2026	Mei 2026
3.	Menurunnya nilai manajemen risiko sesuai target yang telah ditetapkan	RSO.26.02.76.03	- Dokumen manajemen risiko - Evaluasi risiko berkala	Pemahaman unit kerja terhadap manajemen risiko masih rendah, implementasi belum merata	Melakukan tindak lanjut laposan hasil evaluasi manajemen risiko tahun 2026	Direktur	April 2026	Maret 2026
II	Risiko Operasional OPD							

1.	Resiko Fraud : Penyuapan dan imbalan	ROO.26.02.76.01	<p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/3/413.218/XII/2024 tentang Pejabat Pengadaan Barang/Jasa Tahun Anggaran 2024</p> <p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/2/413.218/VI/2025 tentang Pejabat Pengadaan Barang/Jasa APBD Tahun Anggaran 2025</p> <p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/3.11/413.218/I/2024 tentang Bagian Pengadaan Barang/Jasa BLUD Tahun Anggaran 2024</p>	<p>- Kurangnya pengawasan internal terkait pengadaan barang dan jasa</p> <p>- Pejabat pengadaan barang dan jasa kurang memahami aturan yang berlaku</p>	<p>- Penguatan pengawasan internal terkait pengadaan barang dan jasa</p> <p>- Peningkatan kompetensi SDM</p> <p>- Pemberian Reward dan Punishment Pegawai</p>	Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Desember 2026	Mei 2026
----	---	-----------------	---	---	---	--	---------------	----------

2.	Resiko Kemitraan : Produk yang dikirim tidak sesuai spesifikasi	ROO.26.02.76.02	<p>- Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah RI Nomor 12 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Melalui Penyedia</p> <p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/3/413.218/XII/2024 tentang Pejabat Pengadaan Barang/Jasa Tahun Anggaran 2024</p> <p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/2/413.218/VI/2025 tentang Pejabat Pengadaan Barang/Jasa APBD Tahun Anggaran 2025</p> <p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang</p>	Kurang optimalnya dalam verifikasi penerimaan barang	<p>- Menerapkan verifikasi penerimaan barang secara berjenjang</p> <p>- Melengkapi dokumen ceklis pada BAST</p>	Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Desember 2026	April 2026
----	--	-----------------	--	--	---	--	---------------	------------

			Nomor : 188/3.11/413.218/I/2 024 tentang Bagian Pengadaan Barang/Jasa BLUD Tahun Anggaran 2024					
3.	Resiko Operasional : Pengadaan barang tidak sesuai RBA	ROO.26.02.76.03	- Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah RI Nomor 12 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Melalui Penyedia - Keputusan Direktur RSUD Karangkembang Nomor : 188/2/413.218/VI/20 25 tentang Pejabat Pengadaan Barang/Jasa APBD Tahun Anggaran 2025 - Keputusan Direktur RSUD Karangkembang Nomor : 188/3.11/413.218/I/2	Kurangnya koordinasi antara penyusun RBA, PPK, dan Pejabat Pengadaan	Lebih teliti dalam penyusunan skala prioritas kebutuhan	Kasubag Umum, Kepegawaian dan Keuangan	Desember 2026	Mei 2026

			024 tentang Bagian Pengadaan Barang/Jasa BLUD Tahun Anggaran 2024					
4.	Risiko Fraud : Manipulasi data atau laporan penggunaan jasa komunikasi, air, dan listrik yang menyebabkan ketidaksesuaian antara realisasi dan pelaporan	ROO.26.02.76.04	- Rekonsiliasi bulanan antara billing dan laporan - Melakukan pengecekan laporan secara berjenjang sebelum laporan dikirim	Tidak adanya audit secara berkala	Melakukan audit internal secara berkala	Kasubag Umum, Kepegawaian dan Keuangan	April 2026	April 2026
5.	Risiko Kemitraan : Gangguan kerja sama dengan penyedia layanan komunikasi, air dan listrik yang berdampak pada penyediaan laporan rutin	ROO.26.02.76.05	Telah ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Karangkembang Nomor : 188/62/413.218/VI/2022 tentang Penetapan Tim Kerjasama RSUD Karangkembang	Tidak adanya perjanjian kontrak terkait dengan ketepatan waktu pengiriman data	Mencari relasi berbagai penyedia	Kasubag Umum, Kepegawaian dan Keuangan	Juni 2026	Mei 2026

6.	<p>Risiko Operasional : Terganggunya proses pengumpulan dan penyusunan laporan penyediaan jasa komunikasi, air, dan listrik akibat kendala teknis seperti gangguan listrik, jaringan komunikasi, atau kerusakan peralatan pencatatan</p>	ROO.26.02.76.06	<p>- Telah melakukan ketersediaan ketersediaan sarpras seperti genset, tandon air sebagai cadangan dan penguatan server untuk kapasitas daya internet sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit</p> <p>- Telah ditetapkan Standar prosedur Operasional tentang Prosedur Pengujian dan Pemeliharaan Genset Nomor : RSKK/005/IPS/X/2025 Tanggal 7 Oktober 2025</p>	Ketelambatan respon teknisi penyedia	Peningkatan jadwal pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit	Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Juni 2026	Mei 2026
----	--	-----------------	---	--------------------------------------	--	--	-----------	----------

7.	Risiko Fraud : Manipulasi berkas klaim sehingga menimbulkan ketidaksesuaian antara data riil dan laporan yang diajukan	ROO.26.02.76.07	<p>- Telah ditetapkan Keputusan Diirektur RSUD Karangkembang Nomor : 188/5/413.218/I/2025 tentang Pembentukan Tim Casemix Working Committee</p> <p>- Telah ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Karangkembang Nomor : 188/2/413.218/II/2025 tentang Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) Pada RSUD Karangkembang</p> <p>- Telah ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Karangkembang Nomor : 188/3.3/413.218/I/2024 tentang Pembentukan Satuan Pemeriksa Internal (SPI) guna melakukan audit secara berkala</p>	Petugas klaim kurang memahami ICD 9 dan ICD 10	Pelatihan petugas mengenai pembahasan solusi permasalahan pending klaim JKN terkait ketepatan kodifikasi ICD 10 dan ICD 9 sesuai regulasi yang berlaku	Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan	Desember 2026	September 2026
----	--	-----------------	--	--	--	--------------------------------------	---------------	----------------

8.	Risiko Kemitraan : Ketidaksiesuaian komitmen kerja sama dengan pihak ketiga yang menyebabkan hambatan dalam penyediaan	ROO.26.02.76.08	Telah ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Karangsembang Nomor : 188/62/413.218/VI/2022 tentang Penetapan Tim Kerjasama RSUD Karangsembang	Tidak tersedia indikator kinerja mitra (IKM) yang terdokumentasi sebagai dasar evaluasi	Menyusun dan menetapkan SOP evaluasi kinerja mitra penyedia jasa/alat.	Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan	Juni 2026	Mei 2026
9.	Risiko Operasional : Adanya kerusakan alat kesehatan pendukung pelayanan	ROO.26.02.76.09	Telah ditetapkan jadwal pemeliharaan alat kesehatan secara berkala oleh teknisi internal/mitra kalibrasi sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit	Tidak tersedia sistem pencatatan kerusakan alat/sarana secara real time	Melakukan kalibrasi secara rutin setiap tahun	Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan	Juni 2026	Mei 2026

10.	Risiko Fraud : Markup harga	ROO.26.02.76.10	<p>- Telah ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/3.3/413.218/I/2024 tentang Pembentukan Satuan Pemeriksa Internal (SPI) guna melakukan audit secara berkala</p> <p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/2/413.218/VI/2025 tentang Pejabat Pengadaan Barang/Jasa APBD Tahun Anggaran 2025</p> <p>- Keputusan Direktur RSUD Karangembang Nomor : 188/3.11/413.218/I/2024 tentang Bagian Pengadaan Barang/Jasa BLUD Tahun Anggaran 2024</p>	Proses pemeriksaan barang tidak seluruhnya terdokumentasi	Membentuk tim verifikasi teknis	Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	November 2026	Oktober 2026
-----	-----------------------------	-----------------	--	---	---------------------------------	--	---------------	--------------

11.	Risiko Kemitraan : Keterlambatan pengiriman alat kesehatan	ROO.26.02.76.11	Telah ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Karangkembang Nomor : 188/62/413.218/VI/2022 tentang Penetapan Tim Kerjasama RSUD Karangkembang	Evaluasi penyedia belum rutin	Melakukan monitoring penyedia minimal tiga bulan	Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	November 2026	Oktober 2026
12.	Risiko Operasional : Kerusakan alat kesehatan	ROO.26.02.76.12	- Permenkes Nomor 54 Tahun 2015 - Permenkes Nomor 15 Tahun 2023	Jadwal pemeliharaan belum terintegrasi sistem	- Menyusun kalender pemeliharaan tahunan - Membuat sistem pelaporan kerusakan berbasis Google Form	Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	November 2026	Oktober 2026

III. PENILAIAN RISIKO DAN RENCANA TINDAK PENGENDALIAN

Hasil kegiatan penilaian risiko dituangkan dalam rancangan kegiatan pengendalian intern yang berfokus pada upaya penanganan risiko yang berpotensi menghambat pencapaian tujuan utama RSUD Karangsembang.

**Tabel 4.
Daftar Risiko Prioritas**

No.	Entitas	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Skala Risiko	Pemilik Risiko	Penyebab	Dampak
I	Risiko Strategis OPD						
1.	RSUD Karangsembang	Tidak tercapainya nilai hasil survei akreditasi sesuai standar yang ditetapkan	RSO.26.02.76.01		Direktur	Pemahaman SDM terhadap standar akreditasi masih kurang sehingga pemenuhan standar akreditasi belum optimal	Nilai akreditasi rumah sakit tidak mencapai target sehingga citra rumah sakit menurun
2.	RSUD Karangsembang	Tidak tercapainya Nilai SAKIP RSUD Karangsembang sesuai target yang telah ditetapkan	RSO.26.02.76.02		Direktur	Keterkaitan antara perencanaan, penganggaran, dan pelaporan kinerja belum sepenuhnya selaras	Nilai evaluasi SAKIP tidak mencapai target sehingga menurunnya penilaian akuntabilitas kinerja
3.	RSUD Karangsembang	Menurunnya nilai manajemen risiko sesuai target yang telah ditetapkan	RSO.26.02.76.03		Direktur	Monitoring dan evaluasi penerapan manajemen risiko belum berjalan secara rutin dan pelaksanaan identifikasi dan pemetaan risiko di unit kerja belum optimal	Pengendalian risiko organisasi kurang optimal sehingga dapat mempengaruhi penilaian kinerja organisasi dan tata kelola rumah sakit
II	Risiko Operasional OPD						
1.	RSUD Karangsembang	Resiko Fraud : Penyuapan dan imbalan	ROO.23.02.76.01		Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Kurangnya integritas pejabat pengadaan barang dan jasa	Kerugian finansial akibat pembayaran yang tidak semestinya

2.	RSUD Karangkembang	Resiko Kemitraan : Produk yang dikirim tidak sesuai spesifikasi	ROO.23.02.76.02		Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Kurangnya ketelitian dalam pengecekan spesifikasi pada saat serah terima barang	1. Kualitas barang yang diterima tidak sesuai 2. Kerugian finansial
3.	RSUD Karangkembang	Resiko Operasional : Pengadaan barang tidak sesuai RBA	ROO.23.02.76.03		Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Ketidaksesuaian dalam penyusunan skala prioritas kebutuhan	Terjadi ketidaksesuaian antara kebutuhan prioritas dan pengadaan barang
4.	RSUD Karangkembang	Risiko Fraud : Manipulasi data atau laporan penggunaan jasa komunikasi, air, dan listrik yang menyebabkan ketidaksesuaian antara realisasi dan pelaporan	ROO.23.02.76.04		Kasubag Umum, Kepegawaian dan Keuangan	Pencatatan manual sehingga rawan kesalahan dan manipulasi	Ketidaktepatan laporan realisasi dan kerugian anggaran rumah sakit
5.	RSUD Karangkembang	Risiko Kemitraan : Gangguan kerja sama dengan penyedia layanan komunikasi, air dan listrik yang berdampak pada penyediaan laporan rutin	ROO.23.02.76.05		Kasubag Umum, Kepegawaian dan Keuangan	Ketergantungan pada satu penyedia layanan	Keterlambatan laporan penyediaan jasa

6.	RSUD Karangsembang	Risiko Operasional : Terganggunya proses pengumpulan dan penyusunan laporan penyediaan jasa komunikasi, air, dan listrik akibat kendala teknis seperti gangguan listrik, jaringan komunikasi, atau kerusakan peralatan pencatatan	ROO.23.02.76.06		Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Infrastruktur backup seperti genset, tandon dan UPS tidak optimal	Gangguan operasional layanan RSUD
7.	RSUD Karangsembang	Risiko Fraud : Manipulasi berkas klaim sehingga menimbulkan ketidaksesuaian antara data riil dan laporan yang diajukan	ROO.23.02.76.07		Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai klaim yang diterima dari BPJS lebih rendah dari tarif retribusi 2. Pengawasan internal terhadap berkas klaim belum optimal 	Klaim ditolak sehingga rumah sakit melakukan pengembalian dana ke BPJS
8.	RSUD Karangsembang	Risiko Kemitraan : Ketidaksesuaian komitmen kerja sama dengan pihak ketiga yang menyebabkan habatan dalam penyediaan	ROO.23.02.76.08		Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan	Pemilihan mitra tidak dilakukan evaluasi kinerja setiap tribulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya perubahan regulasi pemerintah pada saat MoU berjalan 2. Kualitas barang/jasa tidak sesuai kebutuhan

9.	RSUD Karangkembang	Risiko Operasional : Adanya kerusakan alat kesehatan pendukung pelayanan	ROO.23.02.76.09		Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan	Kalibrasi belum dilakukan secara rutin	Pelayanan terhadap pasien terhambat dan waktu tunggu meningkat
10.	RSUD Karangkembang	Risiko Fraud : Mark up harga	ROO.23.02.76.10		Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	1. Integritas pegawai rendah 2. Kurangnya pengawasan internal	Alat yang datang tidak sesuai standar kesehatan
11.	RSUD Karangkembang	Risiko Kemitraan : Keterlambatan pengiriman alat kesehatan	ROO.23.02.76.11		Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	Evaluasi penyedia tidak optimal	Keterlambatan operasional pelayanan
12.	RSUD Karangkembang	Risiko Operasional : Kerusakan alat kesehatan	ROO.23.02.76.12		Kasi Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik	1. Kurangnya pelatihan terhadap pegawai 2. Pemeliharaan alat tidak terjadwal	Terhambatnya pelayanan pasien

IV. RANCANGAN INFORMASI DAN KOMUNIKASI

Rancangan informasi dan komunikasi merupakan rancangan informasi dan komunikasi yang dibutuhkan agar pihak-pihak yang terlibat dalam pengendalian mengetahui keberadaan dan melaksanakan pengendalian sesuai dengan yang diinginkan. Informasi dan komunikasi yang dimaksud dalam RTP ini adalah informasi dan komunikasi yang dibutuhkan oleh RSUD Karangsembang dalam rangka mendukung pelayanan rujukan terhadap masyarakat.

Rancangan Informasi dan Komunikasi idealnya dilaporkan perkembangannya secara rutin, minimal setiap 6 bulan agar bila terdapat kendala yang muncul dapat segera dicari solusi dan pemecahan masalahnya. Laporan minimal berisi hal-hal sebagai berikut :

- a. Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian yang digunakan
- b. Penyedia Informasi/Penanggung jawab tindak lanjut
- c. Penerima informasi/tindak lanjut
- d. Waktu pelaksanaan
- e. Realisasi waktu pelaksanaan

Adapun rancangan informasi dan komunikasi RSUD Karangsembang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.
Pengkomunikasian Pengendalian yang Dibangun

No.	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
I	Risiko Strategis OPD						
1.	Meningkatkan monitoring dan evaluasi kepatuhan standar akreditasi	Laporan monev secara berkala	Tim mutu dan komite akreditasi	Direktur	April 2026	Juli 2026	Monitoring indikator mutu dan kepatuhan akreditasi
2.	Melakukan tindak lanjut laporan hasil evaluasi SAKIP tahun 2026	Laporan SAKIP	Bagian perencanaan	Direktur	Juni 2026	Juni 2026	Perbaikan indikator kinerja dan nilai SAKIP
3.	Melakukan tindak lanjut laposan hasil evaluasi manajemen risiko tahun 2026	Laporan manajemen risiko	Tim manajemen risiko	Direktur	April 2026	Mei 2026	Update risk register dan mitigasi
II	Risiko Operasional OPD						
1.	- Penguatan pengawasan internal terkait pengadaan barang dan jasa - Peningkatan kompetensi SDM - Pemberian Reward dan Punishment Pegawai	SOP, rapat internal	SPI dan kepegawaian	Seluruh pegawai	Agustus 2026	Oktober 2026	Peningkatan disiplin dan kinerja pegawai
2.	- Menerapkan verifikasi penerimaan barang secara berjenjang - Melengkapi dokumen	SOP pengadaan, checklist BAST	Tim pengadaan	PPK, PPTK	Juli 2026	Agustus 2026	Menjamin kesesuaian barang

	ceklis pada BAST						
3.	Lebih teliti dalam penyusunan skala prioritas kebutuhan	RKA, rapat perencanaan	Bagian perencanaan	Bidang manajemen	Mei 2026	Juli 2026	Berbasis analisis kebutuhan dan risiko
4.	Melakukan audit internal secara berkala	Laporan audit	SPI	Direktur, manajemen	April 2026	Mei 2026	Mengidentifikasi temuan dan perbaikan
5.	Mencari relasi berbagai penyedia	Rapat koordinasi, database penyedia	Tim pengadaan	Bidang manajemen	April 2026	Mei 2026	Menambah relasi penyedia
6.	Peningkatan jadwal pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit	SOP pemeliharaan, jadwal maintenance	Bagian sarpras	Manajemen	Oktober 2026	November 2026	Menjamin kelayakan fasilitas
7.	Pelatihan petugas mengenai pembahasan solusi permasalahan pending klaim JKN terkait ketepatan kodefikasi ICD 10 dan ICD 9 sesuai regulasi yang berlaku	Workshop, modul pembelajaran	Bagian yanmed	Petugas rekam medis, coding	Juni 2026	Agustus 2026	Mengurangi klaim ditolak
8.	Menyusun dan menetapkan SOP evaluasi kinerja mitra penyedia jasa/alat	Dokumen SOP	Bagian manajemen	Seluruh unit terkait	September 2026	Desember 2026	Standarisasi evaluasi penyedia
9.	Melakukan kalibrasi secara rutin setiap tahun	Sertifikat kalibrasi	Bagian sarpras	Manajemen	Mei 2026	Juli 2026	Menjamin akurasi alat kesehatan

10.	Membentuk tim verifikasi teknis	Surat keputusan Direktur, rapat pembentukan tim	Manajemen RS	Tim teknis	September 2026	Oktober 2026	Mendukung proses pengadaan dan pemeriksaan teknis
11.	Melakukan monitoring penyedia minimal tiga bulan	Rapat dan laporan monitoring	Tim pengadaan	Manajemen	April 2026	Juni 2026	Monitoring dilakukan secara berkala
12.	- Menyusun kalender pemeliharaan tahunan - Membuat sistem pelaporan kerusakan berbasis Google Form	Kalender pemeliharaan dan sistem pelaporan	Dokumen dan google form	Tim sarpras dan IT	Mei 2026	Juni 2026	Update google form berkala

V. RANCANGAN PEMANTAUAN

Pemantauan atas kegiatan pengendalian bertujuan untuk memastikan bahwa pengendalian yang telah dirancang telah dilaksanakan dan berjalan secara efektif. Pemantauan dan evaluasi atas pengendalian intern pada dasarnya ditujukan untuk menyakinkan apakah pengendalian intern telah berjalan efektif mengatasi risiko dan apakah tindakan perbaikan yang diperlukan telah dilaksanakan dengan baik. Pemantauan dan evaluasi yang perlu diselenggarakan terkait dengan pengendalian yang dibangun sesuai yang direncanakan dalam RTP meliputi :

Tabel 6.
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
I	Risiko Strategis OPD					
1.	Meningkatkan monitoring dan evaluasi kepatuhan standar akreditasi	Monitoring berkala, audit internal, evaluasi	Direktur, tim mutu RSUD	Oktober 2026	Desember 2026	Dilakukan secara berkelanjutan untuk persiapan akreditasi
2.	Melakukan tindak lanjut laporan hasil evaluasi SAKIP tahun 2026	Review hasil evaluasi SAKIP	Direktur, bagian perencanaan	April 2026	Mei 2026	Untuk peningkatan nilai SAKIP
3.	Melakukan tindak lanjut laporan hasil evaluasi manajemen risiko tahun 2026	Evaluasi pengendalian, monitoring rencana tindak pengendalian (RTP)	Direktur, tim manajemen risiko	Maret 2026	April 2026	Dilakukan untuk menurunkan level risiko
II	Risiko Operasional OPD					
1.	Penguatan pengawasan internal terkait pengadaan barang dan jasa serta peningkatan kompetensi SDM	Audit internal, monitoring proses pengadaan, evaluasi kinerja pegawai, pelatihan dan evaluasi pasca pelatihan	SPI, Tim Pengadaan, Bagian SDM	Agustus 2026	September 2026	Mendukung transparansi dan akuntabilitas pengadaan

2.	Menerapkan verifikasi penerimaan barang secara berjenjang dan melengkapi checklist BAST	Verifikasi berulang, pengecekan fisik barang	Tim pengadaan	Juni 2026	September 2026	Memastikan kesesuaian barang dengan spesifikasi
3.	Lebih teliti dalam penyusunan skala prioritas kebutuhan	Review perencanaan kebutuhan, analisis kebutuhan berbasis data	Tim perencanaan	Oktober 2026	November 2026	Menghindari pemborosan dan ketidaktepatan anggaran
4.	Melakukan audit internal secara berkala	Audit rutin, monitoring tindak lanjut	Tim SPI	Mei 2026	Juli 2026	Meningkatkan kepatuhan dan pengendalian internal
5.	Mencari relasi berbagai penyedia	Evaluasi penyedia, benchmarking harga dan kualitas	Tim pengadaan	April 2026	Mei 2026	Menjamin ketersediaan dan kualitas barang/jasa
6.	Peningkatan jadwal pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit	Monitoring jadwal pemeliharaan, checklist pemeliharaan	Tim IPS RS	April 2026	Mei 2026	Menjaga kelayakan dan keselamatan fasilitas
7.	Pelatihan petugas mengenai pembahasan solusi permasalahan pending klaim JKN terkait ketepatan kodefikasi ICD 10 dan ICD 9	Monitoring klaim pending	Tim klaim, rekam medis	Desember 2026	Desember 2026	Mengurangi klaim pending

8.	Menyusun dan menetapkan SOP evaluasi kinerja mitra penyedia jasa/alat	Review dan penyusunan SOP	Tim pengadaan, umum	Juni 2026	Juli 2026	Sebagai standar evaluasi penyedia
9.	Melakukan kalibrasi secara rutin setiap tahun	Monitoring jadwal kalibrasi, sertifikat kalibrasi	Tim IPS RS	Mei 2026	Juli 2026	Menjamin akurasi alat medis
.10.	Membentuk tim verifikasi teknis	Pembentukan SK tim verifikasi teknis	Bagian Umum	Januari 2026	Februari 2026	Mendukung validasi teknis pengadaan
11.	Melakukan monitoring penyedia minimal tiga bulan	Evaluasi kinerja penyedia, monitoring kontrak	Tim pengadaan, PPTK	April 2026	Juni 2026	Menjamin kinerja penyedia sesuai kontrak
12.	Menyusun kalender pemeliharaan tahunan dan membuat sistem pelaporan kerusakan berbasis Google Form	Penyusunan jadwal, rekap laporan kerusakan	Tim IPS dan umum	Juli 2026	Agustus 2026	Meningkatkan respon terhadap kerusakan sarpras

VI. PENUTUP

Sistem pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) merupakan proses yang berkelanjutan yang keberhasilannya sangat dipengaruhi oleh karakteristik sumber daya manusia. Efektivitas pengembangan lingkungan pengendalian sangat bergantung pada keberhasilan penganut integritas dan etika serta adanya komitmen dan teladan dari pimpinan untuk menciptakan suasana kerja yang kondusif. Demikian juga efektivitas identifikasi risiko sangat dipengaruhi oleh pertimbangan dan komitmen dari seluruh pegawai.

Rencana Tindak Pengendalian (RTP) disusun sebagai tindak lanjut SPIP yang merupakan uraian tentang bagaimana instansi pemerintah diharapkan dapat mencapai berbagai tujuan dan sasaran dengan menggunakan kebijakan dan prosedur untuk meminimalkan risiko.

Rencana Tindak Pengendalian Intern RSUD Karangembang merupakan salah satu dokumen penting dalam penyelenggaraan SPIP dalam rangka mewujudkan proses yang integral pada tindakan dan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus oleh pimpinan dan seluruh pegawai yang bertujuan untuk memberikan keyakinan memadai atas tercapainya tujuan rumah sakit melalui kegiatan yang efektif dan efisien.

DIREKTUR
RSUD KARANGEMBANG



dr. MAYA DEWI H., MMRS
Pembina
NIP. 19830220 201001 2 016

