



**RSUD Ngimbang**  
Cepat. Tepat. Akurat. Bersahabat

# LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO TAHUN 2026



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

**LAPORAN PELAKSANAAN PENILAIAN RISIKO**  
**RSUD NGIMBANG KABUPATEN LAMONGAN**  
**PROVINSI JAWA TIMUR**  
**TAHUN 2026**

**I. PENDAHULUAN**

**A. Latar Belakang**

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

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

Bagi RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan, penerapan manajemen risiko memiliki arti penting dalam mendukung tugas pokok dan fungsi rumah sakit sebagai unsur pelaksana urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan. Hal ini selaras dengan sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Lamongan, yaitu "Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat" dengan indicator sasaran "Indeks Kesehatan". Sasaran tersebut menjadi dasar tujuan RSUD Ngimbang, yaitu "Meningkatnya Kualitas dan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat" dengan indicator "Tingkat Kepuasan

Pasien di Fasilitas Kesehatan RSUD Ngimbang (Indeks Kepuasan Masyarakat)".

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

1. Meningkatnya akuntabilitas kinerja, dengan indikator capaian Nilai SAKIP dan Nilai Manajemen Risiko RSUD Ngimbang;
2. Meningkatnya mutu pelayanan, dengan indikator capaian Nilai Hasil Survei Akreditasi RSUD Ngimbang.

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

## **B. Dasar Hukum**

1. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
2. Peraturan Deputi Bidang Pengawasan Penyelenggaraan Keuangan Daerah Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Pedoman Pengelolaan Risiko pada Pemerintah Daerah;
3. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 39 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
4. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 37 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
5. Peraturan Bupati Lamongan Nomor 17 Tahun 2022 tentang Pedoman

- Pengelolaan Risiko di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Lamongan;
6. Surat Keputusan Direktur RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan Nomor 188.1/857/413.216/2024 tentang Penilaian Manajemen Risiko Pada RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan.

### **C. Maksud dan Tujuan**

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

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

### **D. Ruang Lingkup**

Manajemen risiko pada RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan dilakukan dengan ruang lingkup dokumen, sumber daya manusia, dan lingkungan yang meliputi :

- Penentuan konteks kegiatan yang akan dikelola risikonya; Pengelolaan risiko yang dikelola meliputi risiko dalam pencapaian tujuan, sasaranstrategis organisasi, dan target indikator kinerja kegiatan.

- Identifikasi risiko;  
Merupakan proses menetapkan apa, dimana, kapan, mengapa, dan bagaimana sesuatu dapat terjadi sehingga dapat berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan.
- Analisis risiko;  
Adalah proses penilaian terhadap risiko yang telah teridentifikasi dalam rangka mengestimasi kemungkinan munculnya dan besaran dampaknya untuk menetapkan level atau status risikonya.
- Evaluasi risiko;  
Adalah rangkaian membandingkan hasil atau prestasi suatu kegiatan dengan standar, rencana, atau yang telah ditetapkan dan menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan suatu kegiatan dalam mencapai tujuan.
- Pengendalian risiko;  
Rencana tindak pengendalian adalah uraian tentang kegiatan pengendalian yang akan dilakukan oleh Perangkat Daerah.
- Pemantauan dan telaah ulang;  
Melaksanakan reviu 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	Implementasi kode etik dan kode perilaku belum berjalan optimal; Pemberian sanksi belum berjalan optimal sehingga masih terjadi pelanggaran etika, misalnya sikap layanan.
2	Komitmen terhadap Kompetensi	Program Diklat, Data pelatihan pegawai, Monev pengembangan kompetensi	Kesenjangan kompetensi pada beberapa jabatan fungsional dipenuhi secara bertahap karena adanya keterbatasan anggaran.
3	Kepemimpinan yang Kondusif	Hasil wawancara, survei kepuasan pegawai	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas.
4	Pembentukan Struktur Organisasi yang Sesuai dengan Kebutuhan	Peraturan Bupati tentang Tata Kelola RSUD Ngimbang Nomor 44 Tahun 2017, dokumen ANJAB dan ABK	Terdapat rangkap jabatan yang tidak sesuai dengan beban kerja dan dan kebutuhan layanan rumah sakit.
5	Pendelegasian Wewenang dan Tanggung Jawab yang Tepat	SOP, uraian tugas, ANJAB dan ABK	Pelimpahan wewenang telah terdokumentasi dengan baik.
6	Penyusunan dan Penerapan Kebijakan yang Sehat tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Dokumen kepegawaian, hasil audit kepegawaian	Penilaian kinerja belum sepenuhnya dimanfaatkan sebagai dasar pembinaan pegawai.
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah yang Efektif	SK Direktur tentang Pembentukan SPI RSUD Ngimbang, Program Kerja SPI, Laporan hasil audit SPI, tindak lanjut hasil audit SPI	Fungsi pengawasan SPIP belum berjalan optimal
8	Hubungan Kerja yang Baik dengan Instansi Pemerintah Terkait	MoU antara RSUD Ngimbang dengan instansi pemerintahan terkait, notulen rapat lintas sektor	Koordinasi lintas sektor belum dilaksanakan secara berkala dan komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif, bukan proaktif.

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

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

<b>NO</b>	<b>KLASIFIKASI</b>	<b>RATA-RATA HASIL SURVEI PERSEPSI</b>
1	Penegakan Integritas Dan Nilai Etika	3
2	Komitmen Terhadap Kompetensi	3
3	Kepemimpinan Yang Kondusif	3
4	Pembentukan Struktur Organisasi Yang Sesuai Dengan Kebutuhan	3
5	Pendelegasian Wewenang Dan Tanggung Jawab Yang Tepat	3
6	Penyusunan Dan Penerapan Kebijakan Yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	3
7	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Yang Efektif	3
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		Simpulan	Penjelasan
		Hasil	Uraian		
1.	Penegakan Integritas dan Nilai Etika	Memadai	Implementasi kode etik dan kode perilaku belum berjalan optimal; Pemberian sanksi belum berjalan optimal sehingga masih terjadi pelanggaran etika, misalnya sikap layanan.	Memadai	Implementasi kode etik dan kode perilaku belum berjalan optimal; Pemberian sanksi belum berjalan optimal sehingga masih terjadi pelanggaran etika, misalnya sikap layanan.
2.	Komitmen Terhadap Kompetensi	Memadai	Kesenjangan kompetensi pada beberapa jabatan fungsional dipenuhi secara bertahap karena adanya keterbatasan anggaran.	Memadai	Kesenjangan kompetensi pada beberapa jabatan fungsional dipenuhi secara bertahap karena adanya keterbatasan anggaran.
3.	Kepemimpinan yang Kondusif	Memadai	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas.	Memadai	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas.
4.	Pembentukan Struktur Organisasi yang Sesuai Dengan Kebutuhan	Memadai	Terdapat rangkap jabatan yang tidak sesuai dengan beban kerja dan dan kebutuhan layanan rumah sakit.	Memadai	Terdapat rangkap jabatan yang tidak sesuai dengan beban kerja dan dan kebutuhan layanan rumah sakit.
5.	Pendelegasian Wewenang dan Tanggung Jawab yang Tepat	Memadai	Pelimpahan wewenang telah terdokumentasi dengan baik.	Memadai	Pelimpahan wewenang telah terdokumentasi dengan baik.

No	Sub Unsur	Hasil Review Dokumen		Simpulan	Penjelasan
		Hasil	Uraian		
6.	Penyusunan dan dan Penerapan Kebijakan yang Sehat Tentang Pembinaan Sumber Daya Manusia	Memadai	Penilaian kinerja belum sepenuhnya dimanfaatkan sebagai dasar pembinaan pegawai.	Memadai	Penilaian kinerja belum sepenuhnya dimanfaatkan sebagai dasar pembinaan pegawai.
7.	Perwujudan Peran Aparat Pengawasan Intern Pemerintah yang Efektif	Memadai	Fungsi pengawasan SPIP belum berjalan optimal	Memadai	Fungsi pengawasan SPIP belum berjalan optimal
8.	Hubungan Kerja yang Baik Dengan Instansi Pemerintah Terkait	Memadai	Koordinasi lintas sektor belum dilaksanakan secara berkala dan komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif, bukan proaktif.	Memadai	Koordinasi lintas sektor belum dilaksanakan secara berkala dan komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif, bukan proaktif.

## **B. Rencana Perbaikan Lingkungan Pengendalian**

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

**Tabel 4.**

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

<b>No</b>	<b>Kondisi Lingkungan Pengendalian yang Kurang Memadai</b>	<b>Rencana Tindak Perbaikan Lingkungan Pengendalian</b>	<b>Penanggung Jawab</b>	<b>Target Waktu Penyelesaian</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Implementasi kode etik dan kode perilaku belum berjalan optimal; Pemberian sanksi belum berjalan optimal sehingga masih terjadi pelanggaran etika, misalnya sikap layanan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi tentang Kode Etik dan Kode Perilaku ASN kepada pegawai baru</li> <li>Monitoring dan evaluasi kepatuhan etika dan perilaku secara berkala.</li> </ol>	Kepala Bagian Umum dan Keuangan, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Penunjang	Tribulan 1, 2, 3 dan 4
2	Kesenjangan kompetensi pada beberapa jabatan fungsional dipenuhi secara bertahap karena adanya keterbatasan anggaran.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Penyusunan program pelatihan prioritas berdasarkan gap kompetensi.</li> <li>Pengajuan anggaran untuk peningkatan kompetensi dan pelatihan secara bertahap.</li> <li>Kerjasama dengan lembaga pelatihan eksternal yang terjangkau.</li> </ol>	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026
3	Komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf masih terbatas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan komunikasi efektif dan kepemimpinan untuk pimpinan.</li> <li>Rutin diadakan forum dialog antara pimpinan dan staf.</li> <li>Penilaian pimpinan berdasarkan kepatuhan etika dan komunikasi.</li> </ol>	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026
4	Terdapat rangkap jabatan yang tidak sesuai dengan beban kerja dan kebutuhan layanan rumah sakit.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi ulang beban kerja dan jabatan</li> <li>Restrukturisasi tugas dan penyesuaian jabatan sesuai kebutuhan.</li> </ol>	Direktur	Desember 2026

No	Kondisi Lingkungan Pengendalian yang Kurang Memadai	Rencana Tindak Perbaikan Lingkungan Pengendalian	Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
1	2	3	4	5
5	Pelimpahan wewenang telah terdokumentasi dengan baik.	1. Sosialisasi dokumen pelimpahan wewenang ke seluruh unit terkait. 2. Penyimpanan dokumen pelimpahan wewenang secara terpusat dan mudah diakses.	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Januari 2026
6	Penilaian kinerja belum sepenuhnya dimanfaatkan sebagai dasar pembinaan pegawai.	Pengintegrasian hasil penilaian kinerja ke dalam proses pembinaan dan promosi.	Direktur	Desember 2026
7	Fungsi pengawasan SPIP belum berjalan optimal	1. Pelatihan untuk SPI 2. Penjadwalan audit internal secara berkala.	Direktur	Desember 2026
8	Koordinasi lintas sektor belum dilaksanakan secara berkala dan komunikasi antar instansi masih bersifat reaktif, bukan proaktif.	Menyusun jadwal rutin pertemuan koordinasi lintas sektor.	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026

### III. PENILAIAN RISIKO DAN RENCANA TINDAK PENGENDALIAN

#### A. Penetapan Konteks/Tujuan

Berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan dalam mendorong percepatan terwujudnya sasaran RPJMD yaitu “Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat” dengan indicator sasaran “Indeks Kesehatan”, maka sasaran RPJMD ini dijadikan sebagai landasan **tujuan RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan** yaitu **“Meningkatnya Kualitas dan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat”** dengan indikator **“Tingkat Kepuasan Pasien di Fasilitas Kesehatan RSUD Ngimbang (Indeks Kepuasan Masyarakat)”**.

RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan, dalam melaksanakan urusan kesehatan, mempunyai 2 (dua) sasaran strategis, yaitu :

1. Meningkatnya akuntabilitas kinerja, dengan indikator capaian Nilai SAKIP dan Nilai Manajemen Risiko RSUD Ngimbang;
2. Meningkatnya mutu pelayanan, dengan indikator capaian Nilai Hasil Survei Akreditasi RSUD Ngimbang.

Untuk mencapai 2 (dua) sasaran strategis tersebut di dukung oleh 2 (dua) program dan 3 (tiga) kegiatan serta 4 (empat) sub kegiatan, terdiri dari :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, dengan indikator “Persentase Pelayanan Internal yang Tersedia dengan Baik dan Persentase Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi yang Selaras dan Berkualitas”

Kegiatan:

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

Sub Kegiatan :

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

- b. Peningkatan Pelayanan BLUD, dengan indikator “ Jumlah kunjungan Rumah Sakit”.

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

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan, dengan indikator “Persentase Standar Pelayanan Minimal (SPM)”

Kegiatan :

- a. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota, dengan indikator “Persentase Bed Occupancy Ratio (BOR)”.

Sub kegiatan : Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan, dengan indikator “Jumlah alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan”.

## **B. Hasil Identifikasi Risiko**

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

Dari perumusan tujuan, sasaran strategis, program dan kegiatan sebagaimana tersebut di atas, pemilik risiko dari masing-masing bidang/bagian di RSUD Ngimbang Kabupaten Lamongan dapat mengidentifikasi risiko yang mungkin terjadi sesuai dengan level indikator kinerjanya masing-masing. Sehingga dapat dirumuskan kemungkinan risiko yang akan terjadi, penyebab risiko, sumber risiko baik dari internal ataupun eksternal, apakah dapat dikendalikan atau tidak, kemudian dampak yang akan terjadi dan 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 SAKIP RSUD Ngimbang	Ketidaksinkronan antara perencanaan program, penganggaran, dan indikator kinerja utama rumah sakit	RSO.26.02.35.01	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyusunan dokumen tidak selaras dengan indikator kinerja utama</li> <li>2. Lemahnya koordinasi antara unit perencana dan pelaksana</li> </ol>	Internal (proses perencanaan dan koordinasi)	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidaktepatan pencapaian target kinerja organisasi</li> <li>2. Efektivitas penggunaan anggaran menurun</li> <li>3. Penurunan nilai evaluasi SAKIP</li> </ol>	RSUD Ngimbang
2	Nilai SAKIP RSUD Ngimbang	Ketidaktepatan penyusunan dokumen SAKIP akibat belum optimalnya kapasitas pengelolaan sistem manajemen kinerja	RSO.26.02.35.02	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemahaman terhadap implementasi SAKIP belum merata</li> <li>2. Kegiatan peningkatan kapasitas teknis belum dilakukan secara berkala</li> </ol>	Internal (SDM & pelatihan)	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laporan kinerja kurang optimal</li> <li>2. Akuntabilitas rendah</li> <li>3. Nilai SAKIP stagnan</li> </ol>	RSUD Ngimbang
3	Nilai SAKIP RSUD Ngimbang	Pengelolaan data kepuasan masyarakat tidak menggambarkan kondisi layanan secara objektif	RSO.26.02.35.03	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat partisipasi responden masih terbatas</li> <li>2. Proses validasi data survei belum melibatkan mekanisme verifikasi independen</li> <li>3. Manipulasi pengumpulan dan pengolahan data dengan hasil baik.</li> </ol>	Internal dan eksternal	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian IKM menjadi tidak valid dan tidak mencerminkan kondisi sebenarnya</li> <li>2. Pengambilan keputusan berbasis data salah</li> <li>3. Hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap RSUD Ngimbang.</li> </ol>	RSUD Ngimbang dan Masyarakat

No	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		C/UC	Dampak	
		Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
4	Nilai Survei Akreditasi	Gangguan kerja sama pelayanan dengan BPJS Kesehatan	RSO.26.02.35.04	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidaksesuaian administrasi klaim dengan ketentuan BPJS</li> <li>2. Perubahan regulasi BPJS yang belum segera diadaptasi</li> <li>3. Koordinasi operasional antara RSUD dan BPJS belum optimal</li> </ol>	Internal dan eksternal	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penundaan atau penolakan klaim pelayanan kesehatan</li> <li>2. Terganggunya arus kas rumah sakit</li> <li>3. Potensi pembatasan atau penghentian kerja sama pelayanan kesehatan.</li> </ol>	RSUD Ngimbang
5	Nilai Survei Akreditasi	Kemitraan antara RSUD dengan FKTP kurang optimal sehingga RSUD tidak menjadi rujukan utama	RSO.26.02.35.05	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya sosialisasi layanan unggulan kepada FKTP</li> <li>2. Adanya preferensi rujukan FKTP ke rumah sakit lain</li> <li>3. Kurangnya forum komunikasi dan evaluasi jejaring rujukan</li> <li>4. Persepsi kualitas layanan RSUD yang belum kuat di tingkat FKTP</li> </ol>	Internal dan eksternal	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan jumlah rujukan pasien dari FKTP</li> <li>2. Pemanfaatan layanan rumah sakit belum optimal</li> <li>3. Potensi penurunan pendapatan layanan.</li> </ol>	RSUD Ngimbang
6	Nilai SAKIP RSUD Ngimbang	Ketidaksesuaian pengelolaan anggaran rumah sakit dengan regulasi yang berlaku	RSO.26.02.35.06	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemahaman terhadap regulasi pengelolaan keuangan belum merata</li> <li>2. Pengawasan internal belum berjalan optimal</li> <li>3. Proses verifikasi dan pengendalian administrasi belum memadai</li> </ol>	Internal	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potensi ketidaktepatan penggunaan anggaran</li> <li>2. Potensi temuan dalam pemeriksaan oleh auditor internal maupun eksternal</li> <li>3. Menurunnya tingkat akuntabilitas pengelolaan keuangan rumah sakit.</li> </ol>	RSUD Ngimbang

No	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		C/UC	Dampak
		Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian
7	Nilai Manajemen Risiko	Implementasi manajemen risiko di RSUD belum berjalan secara konsisten dan terintegrasi	RSO.26.02.35.07	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemahaman pegawai terhadap manajemen risiko masih terbatas</li> <li>2. Identifikasi dan pemantauan risiko belum dilakukan secara konsisten</li> </ol>	Internal	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Risiko organisasi tidak teridentifikasi secara dini</li> <li>2. Pengambilan keputusan kurang berbasis analisis risiko</li> <li>3. Efektivitas tata kelola organisasi menurun</li> </ol>
8	Nilai Survei Akreditasi	Ketidaksesuaian pemenuhan standar akreditasi rumah sakit	RSO.26.02.35.08	Direktur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumentasi tidak lengkap</li> <li>2. Monitoring mutu tidak rutin</li> </ol>	Internal	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan nilai akreditasi rumah sakit.</li> <li>2. Munculnya ketidaksesuaian (temuan) dalam proses survei akreditasi.</li> <li>3. Perlunya tindak lanjut perbaikan standar pelayanan</li> </ol>

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

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
1	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan	Pelaksanaan	Keterlambatan pengadaan	ROO.26.02.35 .01	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Umum	Prosedur pengadaan yang lambat	Internal dan Eksternal	C	Tidak tersedianya alat tepat waktu	RSUD Ngimbang
2	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Pelaksanaan	Pelaksanaan pengumpulan SKP pegawai terlambat	ROO.26.02.35 .02	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Umum	Penundaan proses verifikasi dan pelaporan kinerja pegawai potensi kesalahan data akibat pemaksaan waktu	Internal	C	Menurunkan akurasi evaluasi kinerja memperlambat proses penilaian kenaikan pangkat/gaji	RSUD Ngimbang
3	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Pelaksanaan	Manipulasi data capaian kinerja	ROO.26.02.35 .03	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Program	Tekanan target yang tinggi	Internal	C	1. Pengambilan keputusan yang tidak tepat 2. Menurunnya kredibilitas RSUD Ngimbang 3. Berpotensi menjadi temuan BPK/Inspekto	RSUD Ngimbang

										rat.	
4	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Pelaksanaan	Vendor mengirim produk tidak sesuai dengan spesifikasi yang telah disepakati	ROO.26.02.35.04	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Program	1. Spesifikasi tidak dijelaskan secara detail dalam kontrak 2. Perubahan spesifikasi tanpa konfirmasi tertulis 3. Kurangnya quality control dari supplier.	Eksternal	C	1. Kerugian finansial (retur, pembelian ulang) 2. Penurunan mutu layanan dan akreditasi RS 3. Potensi kejadian tidak diharapkan (KTD).	RSUD Ngimbang

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
5	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Pelaksanaan	Ketidaksinkronan jadwal program dan kegiatan	ROO.26.02.35 .05	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Program	kurangnya komunikasi dan perencanaan bersama	Eksternal	C	Kegiatan tertunda, sehingga membutuhkan biaya tambahan	RSUD Ngimbang
6	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan	Pelaksanaan	Manipulasi atau kesalahan pencatatan laporan keuangan	ROO.26.02.35 .06	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Keuangan	Tekanan penyelesaian laporan keuangan dalam waktu singkat	Internal		1. Laporan keuangan tidak akurat 2. Potensi temuan audit 3. Menurunnya kepercayaan manajemen.	RSUD Ngimbang
7	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab./Kota	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Perencanaan	Manipulasi data penyediaan bahan/material	ROO.26.02.35 .07	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Medis	Kebutuhan penyediaan bahan/material yang memenuhi persyaratan	Internal	C	1. Tidak terselenggara nya kegiatan yang memenuhi standar 2. Berpotensi menjadi temuan APH.	RSUD Ngimbang

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
8	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab./Kota	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Perencanaan	Manipulasi data pengadaan peralatan dan mesin lainnya	ROO.26.02.35.08	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Medis	Risiko Radiasi untuk penggunaan C-Arm	Internal	C	1. Tidak terselenggaranya kegiatan yang memenuhi standar 2. Berpotensi menjadi temuan APH.	RSUD Ngimbang
9	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab./Kota	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Perencanaan	Manipulasi data penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	ROO.26.02.35.09	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Kebutuhan alat listrik tinggi di Lapangan	Internal	C	1. Menurunnya kinerja listrik di RSUD Ngimbang 2. Berpotensi menjadi temuan APH.	RSUD Ngimbang
10	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab./Kota	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Perencanaan	Manipulasi data penyediaan peralatan rumah tangga	ROO.26.02.35.10	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Tingginya risiko kurang akurasi alat kedokteran dan Laboratorium	Internal	C	1. Kurangnya Tingkat Akurasi Alat Kedokteran & Laboratorium 2. Tidak terpenuhinya Safety Patient 3. Tidak terkelola sampah dan hama 4. Berpotensi menjadi temuan APH.	RSUD Ngimbang

11	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab./Kota	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Perencanaan	Manipulasi data penyediaan bahan logistik kantor	ROO.26.02.35.11	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Kebutuhan penyediaan bahan logistik yang memenuhi persyaratan	Internal	C	1. Tidak terpenuhi kebutuhan makan minum pasien dan karyawan 2. Berpotensi menjadi temuan APH.	RSUD Ngimbang
12	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab./Kota	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Pelaksanaan	Manipulasi data pemeliharaan peralatan dan mesin lainnya	ROO.26.02.35.12	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Tidak terpelihara alat kantor dan alat kedokteran	Internal	C	1. Menurunnya kinerja alat kedokteran dan alat kantor di RSUD Ngimbang 2. Berpotensi menjadi temuan APH.	RSUD Ngimbang
13	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab./Kota	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Perencanaan	Manipulasi data pengadaan sarana dan prasarana gedung kantor atau bangunan lainnya	ROO.26.02.35.13	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya yang tidak memenuhi Standar	Internal	C	Tidak terpenuhinya Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya yang tidak memenuhi Standar	RSUD Ngimbang

No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab		C/U C	Dampak	
			Tahap	Uraian	Kode	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
					Risiko						
14	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Pelaksanaan	Tidak tercapainya target kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap	ROO.26.02.35 .14	Kepala Bidang Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan yang diberikan kepada pasien belum maksimal</li> <li>2. Semakin banyak rumah sakit baru di Kabupaten Lamongan</li> <li>3. Promosi yang dilakukan oleh rumah sakit pesaing lebih menggiurkan.</li> </ol>	Internal dan Eksternal	C	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan pasien menurun</li> <li>2. Pendapatan rumah sakit menurun.</li> </ol>	RSUD dan Masyarakat
15	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Pelaksanaan	Anggaran yang tidak mencukupi untuk media promosi eksternal	ROO.26.02.35 .15	Kepala Bidang Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum optimalnya tim pemasaran rumah sakit karena bukan unit yang berdiri sendiri</li> <li>2. Strategi promosi yang dilakukan rumah sakit pesaing mengandalkan financial. Jika RS tetap mengandalkan strategi promosi yang lama maka tidak apple to apple.</li> </ol>	Internal dan Eksternal	C	Perlahan lahan kunjungan pasien akan semakin menuru	RSUD dan Masyarakat

16	Peningkatan Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Pelaksanaan	Meningkatnya komplain terkait pelayanan oleh masyarakat	ROO.26.02.35 .16	Kepala Bidang Pelayanan	1. Pelayanan yang diberikan kurang maksimal 2. Komunikasi dua arah kurang adekuat antara karyawan, pasien, dan keluarga.	Internal dan Eksternal	C	Kepuasan pasien menurun	RSUD dan Masyarakat
----	----------------------------	--	-------------	---	---------------------	-------------------------	---	------------------------	---	-------------------------	---------------------

### C. Hasil Analisis Risiko

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

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

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

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

Formulir Kertas Kerja  
Hasil Analisis Risiko

Nama Pemda  
Tahun Penilaian  
Tujuan Strategis Pemda  
Tujuan Strategis OPD  
Tujuan Operasional OPD  
Urusan Pemerintahan  
OPD yang Dinilai

Pemerintah Kabupaten Lamongan  
2026  
Meningkatnya Kualitas Pembangunan Manusia yang Berdaya Saing  
Meningkatnya Kualitas dan Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat  
  
Kesehatan  
RSUD Ngimbang

No	"Risiko" yang Teridentifikasi	Kode Risiko	Skala Dampak *)	Analisis Risiko Skala Kemungkinan *)	Skala Risiko
<b>Risiko Strategis OPD</b>					
1	Ketidaksinkronan antara perencanaan program, penganggaran, dan indikator kinerja utama rumah sakit	RSO.26.02.35.01	3	4	12
2	Ketidaktepatan penyusunan dokumen SAKIP akibat belum optimalnya kapasitas pengelolaan sistem manajemen kinerja	RSO.26.02.35.02	4	4	16
3	Pengelolaan data kepuasan masyarakat tidak menggambarkan kondisi layanan secara objektif	RSO.26.02.35.03	3	4	12
4	Gangguan kerja sama pelayanan dengan BPJS Kesehatan	RSO.26.02.35.04	3	3	9
5	Kemitraan antara RSUD dengan FKTP kurang optimal sehingga RSUD tidak menjadi rujukan utama	RSO.26.02.35.05	5	4	20
6	Ketidaksesuaian pengelolaan anggaran rumah sakit dengan regulasi yang berlaku	RSO.26.02.35.06	4	3	12
7	Implementasi manajemen risiko di RSUD belum berjalan secara konsisten dan terintegrasi	RSO.26.02.35.07	4	3	12
8	Ketidaksesuaian pemenuhan standar akreditasi rumah sakit	RSO.26.02.35.08	3	3	9
<b>Risiko Operasional OPD</b>					
1	Keterlambatan pengadaan	ROO.26.02.35.01	4	3	12
2	Pelaksanaan pengumpulan SKP pegawai terlambat	ROO.26.02.35.02	3	3	9
3	Manipulasi data capaian kinerja	ROO.26.02.35.03	4	4	16
4	Ketidaksesuaian produk yang dikirim dengan spesifikasi	ROO.26.02.35.04	5	3	15
5	Ketidaksinkronan jadwal program dan kegiatan	ROO.26.02.35.05	4	4	16
6	Manipulasi atau kesalahan pencatatan laporan keuangan	ROO.26.02.35.06	3	3	9
7	Manipulasi data penyediaan bahan/material	ROO.26.02.35.07	3	4	12
8	Manipulasi data pengadaan peralatan dan mesin lainnya	ROO.26.02.35.08	4	3	12
9	Manipulasi data penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	ROO.26.02.35.09	4	2	8
10	Manipulasi data penyediaan peralatan rumah tangga	ROO.26.02.35.10	3	3	9
11	Manipulasi data penyediaan bahan logistik kantor	ROO.26.02.35.11	3	4	12
12	Manipulasi data pemeliharaan peralatan dan mesin lainnya	ROO.26.02.35.12	4	3	12
13	Manipulasi data pengadaan sarana dan prasarana gedung kantor atau bangunan lainnya	ROO.26.02.35.13	4	4	16
14	Tidak tercapainya target kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap	ROO.26.02.35.14	3	3	9
15	Anggaran yang tidak mencukupi untuk media promosi eksternal	ROO.26.02.35.15	3	4	12
16	Meningkatnya komplain terkait pelayanan oleh masyarakat	ROO.26.02.35.16	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 Ngimbang Kabupaten Lamongan yang terkait dengan risiko yang diprioritaskan untuk ditangani (dikelola) dari hasil analisis risiko pada **Tabel 9. Pengendalian Risiko Yang Sudah Dilakukan**, sebagai berikut :

**Tabel 9. Pengendalian Risiko Yang Sudah Dilakukan**

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian
<b>Risiko Strategis</b>			
1	Ketidaksinkronan antara perencanaan program, penganggaran, dan indikator kinerja utama rumah sakit	SOP perencanaan dan penganggaran sudah diterapkan laporan kinerja dibuat secara periodik	Monitoring dan evaluasi kinerja yang belum terintegrasi secara sistematis dengan pelaksanaan anggaran
2	Ketidaktepatan penyusunan dokumen SAKIP akibat belum optimalnya kapasitas pengelolaan sistem manajemen kinerja	Penyusunan dokumen perencanaan dilakukan oleh tim perencanaan	Keterbatasan SDM dan pemahaman terhadap sistem SAKIP dan manajemen kinerja

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian
3	Pengelolaan data kepuasan masyarakat tidak menggambarkan kondisi layanan secara objektif	Monitoring data kepuasan masyarakat secara periodik	Mekanisme validasi dan audit data survei kepuasan masyarakat belum diterapkan secara optimal
4	Gangguan kerja sama pelayanan dengan BPJS Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan</li> <li>2. Penerapan standar pelayanan sesuai ketentuan BPJS</li> <li>3. Verifikasi internal terhadap dokumen klaim sebelum diajukan</li> <li>4. Koordinasi rutin dengan pihak BPJS Kesehatan.</li> </ol>	monitoring dan evaluasi kerjasama belum dilaksanakan secara rutin
5	Kemitraan antara RSUD dengan FKTP kurang optimal sehingga RSUD tidak menjadi rujukan utama	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerja sama jejaring rujukan dengan FKTP / Puskesmas</li> <li>2. Sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan</li> <li>3. Koordinasi pelayanan melalui sistem rujukan elektronik.</li> </ol>	Monitoring dan evaluasi kerjasama belum dilaksanakan secara rutin
6	Ketidaksesuaian pengelolaan anggaran rumah sakit dengan regulasi yang berlaku	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerapan SOP pengelolaan keuangan.</li> <li>2. Mekanisme verifikasi dokumen keuangan.</li> <li>3. Pengawasan oleh APIP dan Dewan Pengawas.</li> </ol>	Sistem pengendalian internal pengelolaan keuangan belum terintegrasi secara optimal
7	Implementasi manajemen risiko di RSUD belum berjalan secara konsisten dan terintegrasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebijakan penerapan manajemen risiko di lingkungan RSUD</li> <li>2. Penyusunan dokumen risk register pada unit kerja</li> </ol>	Implementasi manajemen risiko belum dilakukan secara konsisten dan belum dimonitor secara berkala
8	Ketidaksesuaian pemenuhan standar akreditasi rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembentukan tim akreditasi rumah sakit</li> <li>2. Sosialisasi standar akreditasi.</li> </ol>	Sosialisasi tidak dilakukan secara berkala dan tidak menjangkau seluruh staf

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian
<b>Risiko Operasional</b>			
1	Keterlambatan pengadaan	Melakukan evaluasi proses pengadaan dan mempercepat proses	Kurangnya pemantauan proses pengadaan
2	Pelaksanaan pengumpulan SKP pegawai terlambat	Ada surat edaran tenggat pengumpulan	Tidak ada pemantauan progres harian/bulanan
3	Manipulasi data capaian kinerja	Persetujuan pimpinan	Lemahnya proses verifikasi
4	Vendor mengirim produk tidak sesuai dengan spesifikasi yang telah disepakati	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berpedoman pada Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah RI Nomor 12 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Melalui Penyedia</li> <li>2. Melengkapi dokumen ceklis pada BAST.</li> </ol>	Kurang optimalnya dalam verifikasi penerimaan barang
5	Ketidaksinkronan jadwal program dan kegiatan	koordinasi awal	tidak ada timeline tertulis

No	Risiko Prioritas	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian
6	Manipulasi atau kesalahan pencatatan laporan keuangan	Persetujuan pimpinan sebelum laporan disahkan	Proses verifikasi dan rekonsiliasi belum optimal
7	Manipulasi data penyediaan bahan/material	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan
8	Manipulasi data pengadaan peralatan dan mesin lainnya	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan
9	Manipulasi data penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	Persetujuan Pimpinan dan PPK sebelum proses pengadaan	Lemahnya Proses Pengawasan
10	Manipulasi data penyediaan peralatan rumah tangga	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan
11	Manipulasi data penyediaan bahan logistik kantor	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan
12	Manipulasi data pemeliharaan peralatan dan mesin lainnya	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan
13	Manipulasi data pengadaan sarana dan prasarana gedung kantor atau bangunan lainnya	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan
14	Tidak tercapainya target kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap	Pembentukan Tim Marketing RS, mengaktifkan sosial media dengan konten-konten kesehatan baik di instgram maupun tiktok, dan melakukan pendekatan dengan perujuk-perujuk sekitar	Lemahnya proses evaluasi
15	Anggaran yang tidak mencukupi untuk media promosi eksternal	Pembentukan Tim Marketing RS, mengaktifkan sosial media dengan konten-konten kesehatan baik di instgram maupun tiktok, dan melakukan pendekatan dengan perujuk-perujuk sekitar	Lemahnya proses evaluasi
16	Meningkatnya komplain terkait pelayanan oleh masyarakat	Melakukan inhouse training terkait komunikasi efektif dan pelatihan-pelatihan mengenai skill/keahlian untuk meningkatkan kompetensi nakes maupun non nakes	Lemahnya proses evaluasi

### E. Pengendalian yang masih dibutuhkan

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

**Tabel 10. Pengendalian Yang Masih Dibutuhkan**

No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
<b>Risiko Strategis</b>				
1	Ketidaksinkronan antara perencanaan program, penganggaran, dan indikator kinerja utama rumah sakit	Melaksanakan review triwulan antara realisasi anggaran dan capaian kinerja melalui forum evaluasi manajemen.	Direktur	Desember 2026
2	Ketidaktepatan penyusunan dokumen SAKIP akibat belum optimalnya kapasitas pengelolaan sistem manajemen kinerja	1. Meningkatkan pelatihan dan bimbingan teknis terkait SAKIP bagi pegawai 2. Meningkatkan koordinasi dengan Bapperida dan Bagian Organisasi Sekretariat daerah terkait implementasi SAKIP	Direktur	Desember 2026
3	Pengelolaan data kepuasan masyarakat tidak menggambarkan kondisi layanan secara objektif	Penguatan mekanisme validasi dan verifikasi data survei kepuasan masyarakat	Direktur	Desember 2026
4	Gangguan kerja sama pelayanan dengan BPJS Kesehatan	1. Meningkatkan kompetensi petugas terkait pengelolaan klaim BPJS 2. Memperkuat sistem verifikasi internal terhadap dokumen klaim 3. Membangun koordinasi yang lebih intensif dengan BPJS Kesehatan.	Direktur	Desember 2026
5	Kemitraan antara RSUD dengan FKTP kurang optimal sehingga RSUD tidak menjadi rujukan utama	1. Meningkatkan koordinasi dengan FKTP dalam jejaring rujukan 2. Melakukan sosialisasi layanan unggulan RSUD kepada FKTP 3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD	Direktur	Desember 2026
6	Ketidaksesuaian pengelolaan anggaran rumah sakit dengan regulasi yang berlaku	1. Penguatan sistem pengendalian internal 2. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan anggaran.	Direktur	Desember 2026
7	Implementasi manajemen risiko di RSUD belum berjalan secara konsisten dan terintegrasi	1. Melakukan sosialisasi dan peningkatan kapasitas pegawai terkait manajemen risiko 2. Melaksanakan monitoring dan evaluasi penerapan manajemen risiko secara berkala	Direktur	Desember 2026
8	Ketidaksesuaian pemenuhan standar akreditasi rumah sakit	1. Sosialisasi standar akreditasi ke seluruh unit 2. Monitoring indikator mutu 3. Simulasi survei akreditasi.	Direktur	Desember 2026
No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
<b>Risiko Operasional</b>				
1	Keterlambatan pengadaan	Penunjukan tim khusus pengadaan dan monitoring berkala	Kepala Bagian Umum	Desember 2026
2	Pelaksanaan pengumpulan SKP pegawai terlambat	Buat jadwal pantauan mingguan ke unit kerja	Kepala Bagian Umum	Desember 2026

No	Risiko Prioritas	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
3	Manipulasi data capaian kinerja	Crosscheck data dengan sumber primer (rekam medis, billing, absensi)	Kepala Sub Bagian Program	Desember 2026
4	Vendor mengirim produk tidak sesuai dengan spesifikasi yang telah disepakati	Mencantumkan klausul penalti dan retur dalam kontrak	Kepala Sub Bagian Program	Juni 2026
5	Ketidaksinkronan jadwal program dan kegiatan	1. Timeline rinci dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS) 2. Reminder berkala.	Kepala Sub Bagian Program	Juni 2026
6	Manipulasi atau kesalahan pencatatan laporan keuangan	Crosscheck laporan dengan dokumen sumber (SPJ, bukti transaksi, dan sistem keuangan)	Kepala Sub Bagian Keuangan	Desember 2026
7	Manipulasi data penyediaan bahan/material	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Medis	Desember 2026
8	Manipulasi data pengadaan peralatan dan mesin lainnya	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Medis	Desember 2026
9	Manipulasi data penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
10	Manipulasi data penyediaan peralatan rumah tangga	Crosscheck data pelaporan sertifikat kalibrasi	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Juli 2026
11	Manipulasi data penyediaan bahan logistik kantor	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
12	Manipulasi data pemeliharaan peralatan dan mesin lainnya	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
13	Manipulasi data pengadaan sarana dan prasarana gedung kantor atau bangunan lainnya	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
14	Tidak tercapainya target kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 2026
15	Anggaran yang tidak mencukupi untuk media promosi eksternal	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 2026
16	Meningkatnya komplain terkait pelayanan oleh masyarakat	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 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
<b>Risiko Strategis</b>							
1	Ketidaksinkronan antara perencanaan program, penganggaran, dan indikator kinerja utama rumah sakit	RSO.26.02.35.01	SOP perencanaan dan penganggaran sudah diterapkan laporan kinerja dibuat secara periodik	Monitoring dan evaluasi kinerja yang belum terintegrasi secara sistematis dengan pelaksanaan anggaran	Melaksanakan review triwulan antara realisasi anggaran dan capaian kinerja melalui forum evaluasi manajemen.	Direktur	Desember 2026
2	Ketidaktepatan penyusunan dokumen SAKIP akibat belum optimalnya kapasitas pengelolaan sistem manajemen kinerja	RSO.26.02.35.02	Penyusunan dokumen perencanaan dilakukan oleh tim perencanaan	Keterbatasan SDM dan pemahaman terhadap sistem SAKIP dan manajemen kinerja	1. Meningkatkan pelatihan dan bimbingan teknis terkait SAKIP bagi pegawai 2. Meningkatkan koordinasi dengan Bapperida dan Bagian Organisasi Sekretariat daerah terkait implementasi SAKIP	Direktur	Desember 2026
3	Pengelolaan data kepuasan masyarakat tidak menggambarkan kondisi layanan secara objektif	RSO.26.02.35.03	1. Monitoring data kepuasan masyarakat secara periodik	Mekanisme validasi dan audit data survei kepuasan masyarakat belum diterapkan secara optimal	Penguatan mekanisme validasi dan verifikasi data survei kepuasan masyarakat	Direktur	Desember 2026

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
4	Gangguan kerja sama pelayanan dengan BPJS Kesehatan	RSO.26.02.35.04	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan</li> <li>2. Penerapan standar pelayanan sesuai ketentuan BPJS</li> <li>3. Verifikasi internal terhadap dokumen klaim sebelum diajukan</li> <li>4. Koordinasi rutin dengan pihak BPJS Kesehatan.</li> </ol>	Monitoring dan evaluasi kerjasama belum dilaksanakan secara rutin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kompetensi petugas terkait pengelolaan klaim BPJS</li> <li>2. Memperkuat sistem verifikasi internal terhadap dokumen klaim</li> <li>3. Membangun koordinasi yang lebih intensif dengan BPJS Kesehatan.</li> </ol>	Direktur	Desember 2026
5	Kemitraan antara RSUD dengan FKTP kurang optimal sehingga RSUD tidak menjadi rujukan utama	RSO.26.02.35.05	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerja sama jejaring rujukan dengan FKTP / Puskesmas</li> <li>2. Sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan</li> <li>3. Koordinasi pelayanan melalui sistem rujukan elektronik.</li> </ol>	Monitoring dan evaluasi kerjasama belum dilaksanakan secara rutin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan koordinasi dengan FKTP dalam jejaring rujukan</li> <li>2. Melakukan sosialisasi layanan unggulan RSUD kepada FKTP</li> <li>3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD</li> </ol>	Direktur	Desember 2026

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
6	Ketidaksesuaian pengelolaan anggaran rumah sakit dengan regulasi yang berlaku	RSO.26.02.35.06	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerapan SOP pengelolaan keuangan.</li> <li>2. Mekanisme verifikasi dokumen keuangan.</li> <li>3. Pengawasan oleh APIP dan Dewan Pengawas.</li> </ol>	Sistem pengendalian internal pengelolaan keuangan belum terintegrasi secara optimal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penguatan sistem pengendalian internal</li> <li>2. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan anggaran.</li> </ol>	Direktur	Desember 2026
7	Implementasi manajemen risiko di RSUD belum berjalan secara konsisten dan terintegrasi	RSO.26.02.35.07	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebijakan penerapan manajemen risiko di lingkungan RSUD</li> <li>2. Penyusunan dokumen risk register pada unit kerja</li> </ol>	Implementasi manajemen risiko belum dilakukan secara konsisten dan belum dimonitor secara berkala	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan sosialisasi dan peningkatan kapasitas pegawai terkait manajemen risiko</li> <li>2. Melaksanakan monitoring dan evaluasi penerapan manajemen risiko secara berkala</li> </ol>	Direktur	Desember 2026
8	Ketidaksesuaian pemenuhan standar akreditasi rumah sakit	RSO.26.02.35.08	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembentukan tim akreditasi rumah sakit</li> <li>2. Sosialisasi standar akreditasi.</li> </ol>	Sosialisasi tidak dilakukan secara berkala dan tidak menjangkau seluruh staf	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi standar akreditasi ke seluruh unit</li> <li>2. Monitoring indikator mutu</li> <li>3. Simulasi survei akreditasi.</li> </ol>	Direktur	Desember 2026

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
<b>Risiko Operasional</b>							
1	Keterlambatan pengadaan	ROO.26.02.35.01	Melakukan evaluasi proses pengadaan dan mempercepat proses	Kurangnya pemantauan proses pengadaan	Penunjukan tim khusus pengadaan dan monitoring berkala	Kepala Bagian Umum	Desember 2026
2	Pelaksanaan pengumpulan SKP pegawai terlambat	ROO.26.02.35.02	Ada surat edaran tenggat pengumpulan	Tidak ada pemantauan progres harian/bulanan	Buat jadwal pantauan mingguan ke unit kerja	Kepala Bagian Umum	Desember 2026
3	Manipulasi data capaian kinerja	ROO.26.02.35.03	Persetujuan pimpinan	Lemahnya proses verifikasi	Crosscheck data dengan sumber primer (rekam medis, billing, absensi)	Kepala Sub Bagian Program	Desember 2026
4	Vendor mengirim produk tidak sesuai dengan spesifikasi yang telah disepakati	ROO.26.02.35.04	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan</li> <li>2. Penerapan standar pelayanan sesuai ketentuan BPJS</li> <li>3. Verifikasi internal terhadap dokumen klaim sebelum diajukan</li> <li>4. Koordinasi rutin dengan pihak BPJS Kesehatan.</li> </ol>	monitoring dan evaluasi kerjasama belum dilaksanakan secara rutin	Mencantumkan klausul penalti dan retur dalam kontrak	Kepala Sub Bagian Program	Juni 2026

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
5	Ketidaksinkronan jadwal program dan kegiatan	ROO.26.02.35.05	koordinasi awal	tidak ada timeline tertulis	1. Timeline rinci dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS) 2. Reminder berkala.	Kepala Sub Bagian Program	Juni 2026
6	Manipulasi atau kesalahan pencatatan laporan keuangan	ROO.26.02.35.06	Persetujuan pimpinan sebelum laporan disahkan	Proses verifikasi dan rekonsiliasi belum optimal	Crosscheck laporan dengan dokumen sumber (SPJ, bukti transaksi, dan sistem keuangan)	Kepala Sub Bagian Keuangan	Desember 2026
7	Manipulasi data penyediaan bahan/material	ROO.26.02.35.07	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Medis	Desember 2026
8	Manipulasi data pengadaan peralatan dan mesin lainnya	ROO.26.02.35.08	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Medis	Desember 2026
9	Manipulasi data penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	ROO.26.02.35.09	Persetujuan Pimpinan dan PPK sebelum proses pengadaan	Lemahnya Proses Pengawasan	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
10	Manipulasi data penyediaan peralatan rumah tangga	ROO.26.02.35.10	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan	Crosscheck data pelaporan sertifikat kalibrasi	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Juli 2026

<b>No</b>	<b>Risiko Prioritas</b>	<b>Kode Risiko</b>	<b>Uraian Pengendalian yang Sudah Ada</b>	<b>Celah Pengendalian</b>	<b>Rencana Tindak Pengendalian</b>	<b>Pemilik / Penanggung Jawab</b>	<b>Target Waktu Penyelesaian</b>
11	Manipulasi data penyediaan bahan logistik kantor	ROO.26.02.35.11	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
12	Manipulasi data pemeliharaan peralatan dan mesin lainnya	ROO.26.02.35.12	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
13	Manipulasi data pengadaan sarana dan prasarana gedung kantor atau bangunan lainnya	ROO.26.02.35.13	Pemilihan Pihak Ketiga yang kompeten dan memenuhi persyaratan	Lemahnya Proses Pengawasan	Crosscheck data melalui SIM RS	Kepala Seksi Penunjang Non Medis	Desember 2026
14	Tidak tercapainya target kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap	ROO.26.02.35.14	Pembentukan Tim Marketing RS, mengaktifkan sosial media dengan konten-konten kesehatan baik di instgram maupun tiktok, dan melakukan pendekatan dengan perujuk-perujuk sekitar	Lemahnya proses evaluasi	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 2026

No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik / Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
15	Anggaran yang tidak mencukupi untuk media promosi eksternal	ROO.26.02.35.15	Pembentukan Tim Marketing RS, mengaktifkan sosial media dengan konten-konten kesehatan baik di instgram maupun tiktok, dan melakukan pendekatan dengan perujuk-perujuk sekitar	Lemahnya proses evaluasi	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 2026
16	Meningkatnya komplain terkait pelayanan oleh masyarakat	ROO.26.02.35.16	Melakukan inhouse training terkait komunikasi efektif dan pelatihan-pelatihan mengenai skill/keahlian untuk meningkatkan kompetensi nakes maupun non nakes	Lemahnya proses evaluasi	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 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
<b>Risiko Strategis</b>					
1	Melaksanakan review triwulan antara realisasi anggaran dan capaian kinerja melalui forum evaluasi manajemen.	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Triwulan 1, 2, 3 dan 4
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan pelatihan dan bimbingan teknis terkait SAKIP bagi pegawai</li> <li>2. Meningkatkan koordinasi dengan Bapperida dan Bagian Organisasi Sekretariat daerah terkait implementasi SAKIP</li> </ol>	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Juni 2026
3	Penguatan mekanisme validasi dan verifikasi data survei kepuasan masyarakat	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Juni 2026
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kompetensi petugas terkait pengelolaan klaim BPJS</li> <li>2. Memperkuat sistem verifikasi internal terhadap dokumen klaim</li> <li>3. Membangun koordinasi yang lebih intensif dengan BPJS Kesehatan.</li> </ol>	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Oktober 2026
5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan koordinasi dengan FKTP dalam jejaring rujukan</li> <li>2. Melakukan sosialisasi layanan unggulan RSUD kepada FKTP</li> <li>3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD</li> </ol>	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Oktober 2026
6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penguatan sistem pengendalian internal</li> <li>2. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan anggaran.</li> </ol>	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Juni 2026

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media / Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan
7	1. Melakukan sosialisasi dan peningkatan kapasitas pegawai terkait manajemen risiko 2. Melaksanakan monitoring dan evaluasi penerapan manajemen risiko secara berkala	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Juni 2026
8	1. Sosialisasi standar akreditasi ke seluruh unit 2. Monitoring indikator mutu 3. Simulasi survei akreditasi.	Rapat koordinasi	Direktur	Bagian/Bidang terkait	Februari 2026
<b>Risiko Operasional</b>					
1	Penunjukan tim khusus pengadaan dan monitoring berkala	Meeting rutin, email, laporan bulanan	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Umum	Semua staf terkait	April 2026
2	Buat jadwal pantauan mingguan ke unit kerja	Dokumen SOP, Notulen Rapat, Platform Digital	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Umum	Pimpinan RSUD, Pegawai RSUD	April 2026
3	Crosscheck data dengan sumber primer (rekam medis, billing, absensi)	Rapat koordinasi	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Program	Bagian/Bidang lain	Juni 2026
4	Mencantumkan klausul penalti dan retur dalam kontrak	Rapat koordinasi	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Program	Bagian/Bidang lain	Juni 2026
5	1. Timeline rinci dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS) 2. Reminder berkala.	Rapat koordinasi dan evaluasi	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Program	Bagian/Bidang lain	Juni 2026
6	Crosscheck laporan dengan dokumen sumber (SPJ, bukti transaksi, dan sistem keuangan)	Rekonsiliasi data keuangan secara berkala dan Rapat evaluasi laporan keuangan	Kepala Bagian Umum dan Keuangan - Kepala Sub Bagian Keuangan	Bagian/Bidang terkait	Desember 2026
7	Crosscheck data melalui SIM RS	Komunikasi lewat grup dan komunikasi langsung ke lapangan	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Medis	Bidang Pelayanan	Januari 2026

<b>No</b>	<b>Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan</b>	<b>Media / Bentuk Sarana Pengkomunikasian</b>	<b>Penyedia Informasi</b>	<b>Penerima Informasi</b>	<b>Rencana Waktu Pelaksanaan</b>
8	Crosscheck data melalui SIM RS	Komunikasi lewat grup dan komunikasi langsung ke lapangan	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Medis	Instalasi Radiologi	Maret 2026
9	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Komunikasi lewat grup dan komunikasi langsung ke lapangan	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Bidang Pelayanan	Februari 2026
10	Crosscheck data pelaporan sertifikat kalibrasi	Komunikasi langsung	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Bidang Pelayanan	Juli 2026
11	Crosscheck data melalui SIM RS	Komunikasi lewat grup dan komunikasi langsung ke lapangan	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Bidang Pelayanan	Januari 2026
12	Crosscheck data melalui SIM RS	Komunikasi lewat grup dan komunikasi langsung ke lapangan	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Bidang Pelayanan	Januari 2026
13	Crosscheck data melalui SIM RS	Komunikasi lewat grup dan komunikasi langsung ke lapangan	Kepala Bidang Penunjang - Kasie Penunjang Non Medis	Bidang Pelayanan	April 2026
14	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Rapat koordinasi	Kepala Bidang Pelayanan	Bagian/Bidang lain	Juni 2026
15	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Rapat koordinasi	Kepala Bidang Pelayanan	Bagian/Bidang lain	Juni 2026
16	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Rapat koordinasi	Kepala Bidang Pelayanan	Bagian/Bidang lain	Juni 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
<b>Risiko Strategis</b>				
1	Melaksanakan review triwulan antara realisasi anggaran dan capaian kinerja melalui forum evaluasi manajemen.	Dokumen monitoring dan Evaluasi	Direktur	Desember 2026
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan pelatihan dan bimbingan teknis terkait SAKIP bagi pegawai</li> <li>2. Meningkatkan koordinasi dengan Bapperida dan Bagian Organisasi Sekretariat daerah terkait implementasi SAKIP</li> </ol>	Notulen kegiatan koordinasi	Direktur	Desember 2026
3	Penguatan mekanisme validasi dan verifikasi data survei kepuasan masyarakat	Dokumen monitoring data survei	Direktur	Desember 2026
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kompetensi petugas terkait pengelolaan klaim BPJS</li> <li>2. Memperkuat sistem verifikasi internal terhadap dokumen klaim</li> <li>3. Membangun koordinasi yang lebih intensif dengan BPJS Kesehatan.</li> </ol>	Notulen kegiatan koordinasi	Direktur	Desember 2026
5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan koordinasi dengan FKTP dalam jejaring rujukan</li> <li>2. Melakukan sosialisasi layanan unggulan RSUD kepada FKTP</li> <li>3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD</li> </ol>	MoU	Direktur	Desember 2026

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang Diperlukan	Penanggung Jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan
6	1. Penguatan sistem pengendalian internal 2. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan anggaran.	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Direktur	Desember 2026
7	1. Melakukan sosialisasi dan peningkatan kapasitas pegawai terkait manajemen risiko 2. Melaksanakan monitoring dan evaluasi penerapan manajemen risiko secara berkala	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Direktur	Desember 2026
8	3. Sosialisasi standar akreditasi ke seluruh unit 1. Monitoring indikator mutu 2. Simulasi survei akreditasi.	Notulen rapat koordinasi dan evaluasi kinerja	Direktur	Desember 2026
<b>Risiko Operasional</b>				
1	Penunjukan tim khusus pengadaan dan monitoring berkala	SK dan Dokumen monitoring	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026
2	Buat jadwal pantauan mingguan ke unit kerja	Dokumen monitoring	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026
3	Crosscheck data dengan sumber primer (rekam medis, billing, absensi)	Dokumen monitoring	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026
4	Mencantumkan klausul penalti dan retur dalam kontrak	Dokumen kontrak	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026
5	1. Timeline rinci dalam Perjanjian Kerja Sama (PKS) 2. Reminder berkala.	Dokumen Perjanjian Kerja Sama (PKS) dan Dokumen monitoring	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026
6	Crosscheck laporan dengan dokumen sumber (SPJ, bukti transaksi, dan sistem keuangan)	Dokumen monitoring	Kepala Bagian Umum dan Keuangan	Desember 2026

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang Diperlukan	Penanggung Jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan
7	Crosscheck data melalui SIM RS	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Penunjang	Desember 2026
8	Crosscheck data melalui SIM RS	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Penunjang	Desember 2026
9	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Penunjang	Desember 2026
10	Crosscheck data pelaporan sertifikat kalibrasi	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Penunjang	Desember 2026
11	Crosscheck data melalui SIM RS	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Penunjang	Desember 2026
12	Crosscheck data melalui SIM RS	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Penunjang	Desember 2026
13	Crosscheck data melalui SIM RS	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Penunjang	Desember 2026
14	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 2026
15	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 2026
16	Crosscheck data melalui grup pelaporan	Dokumen monitoring	Kepala Bidang Pelayanan	Desember 2026

## VI. PENUTUP

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

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

Lamongan, Januari 2026

Plt. Direktur RSUD Ngimbang  
Kabupaten Lamongan



*[Handwritten signature]*  
dr. Hilda  
Pembina Tk. I – IV/b  
NIP. 19770329 200604 2 016