

Penetapan Konteks Operasional Perangkat Daerah

Nama Pemda : Kota Bekasi Tahun Penilaian : 2025 Periode yang dinilai : 2026 Urusan Pemerintahan : Kesehatan OPD yang Dinilai : RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi		
Sumber Data	a. Renja Perangkat Daerah Tahun 2026 b. Nilai 21 SPM RSUD dr Chabullah Abdulmadjid c. Laporan SAKIP RSUD dr Chabullah Abdulmadjid d. Nilai Aspak RSUD dr Chabullah Abdulmadjid e. RBA 2026 f. RKA g. DPA	
Tujuan Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan RS sesuai Standar	
Program Perangkat Daerah (Renja) dan Kegiatan Utama	1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat	
	a. Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah	
	1a. Sub Kegiatan Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Medik sesuai Kebutuhan	
	2a Sub Kegiatan Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit	
	2. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	
	a. Kegiatan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah b. Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	
	1a Sub Kegiatan Penyedia Gaji dan Tunjangan ASN 1b Sub Kegiatan Pelayanan Penunjang Pelayanan BLUD	
Keluaran/Hasil Kegiatan	Uraian Keluaran	Target
	Meningkatnya pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya Kesehatan masyarakat	86.69%
	Terpenuhinya administrasi perangkat daerah	100%
	Capaian IKM Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Type B	86,75%
Informasi Lain		
Kegiatan, dan indikator keluaran yang akan dilakukan penilaian risiko	Kegiatan : 1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota 2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah 3. Peningkatan Pelayanan BLUD Indikator : 1. Persentase terpenuhinya Fasilitas pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan 2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah yang disusun sesuai NSPK 3. Terlaksananya Peningkatan pelayanan BLUD (RSUD) Sub Kegiatan: 1a. Sub Kegiatan Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Medik sesuai Kebutuhan 1b. Sub Kegiatan Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit 2a. Sub Kegiatan Penyedia Gaji dan Tunjangan ASN 3a. Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD Indikator Sub Kegiatan : 1a. Jumlah Alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan 1b. Jumlah Rumah Sakit yang ditingkatkan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan SDM agar sesuai Standar jenis Pelayanan Rumah Sakit yang Memenuhi Rasio Tempat Tidur terhadap Jumlah Penduduk Minimal 1:1000 dan/atau dalam rangka Peningkatan Kapasitas Pelayanan Rumah Sakit 1c. Jumlah Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan yang Telah Dilakukan Program Rehabilitasi dan Pemeliharaan Oleh Rumah Sakit 2a. Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN 3a. Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	
	Kota Bekasi, 19 Agustus 2026 Direktur, RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi  <u>Dr. dr. Ellya Niken Prastiwi, MKM., MARS</u> NIP. 19700430 200003 2 003	

Penetapan Konteks Strategis

Nama Pemda : Kota Bekasi Tahun Penilaian : 2025 Periode yang dinilai : 2026 Urusan Pemerintahan : Kesehatan OPD yang Dinilai : RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi		
Sumber Data	a. Renstra RSUD dr Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi Tahun 2025-2029 b. Renja Perangkat Daerah Tahun 2026 c. Nilai 21 SPM RSUD dr Chabullah Abdulmajid d. Laporan SAKIP RSUD dr Chabullah Abdulmajid e. Nilai Aspak RSUD dr Chabullah Abdulmajid f. RBA 2026 g. RKA h.DPA	
Tujuan Strategis	Tercapainya pelayanan kesehatan RSUD yang bermutu	
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan RS sesuai Standar	
IKU Renstra	IKU	Target
	Persentase Ketercapaian SPM pada 21 Jenis Pelayanan RS	83.87%
Program Perangkat Daerah	1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat 2. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kaupaten Kota	
Keluaran/Indikator Kinerja Program	Uraian Indikator	Target (2026)
	a. Presentase Ketersediaan alat kesehatan dan non kesehatan rumah sakit tipe B b. Presentase Capaian kinerja keuangan penunjang urusan	a. 86.69% b. 100%
Tujuan, Sasaran, IKU, Program dan Keluaran yang akan dilakukan penilaian risiko	Tujuan : Tercapainya Pelayanan kesehatan RSUD yang bermutu Sasaran Strategis:Meningkatnya Mutu Pelayanan RS sesuai Standar IKU : Persentase Ketercapaian SPM pada 21 Jenis Pelayanan RS	83,87%
	Program 1 : Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Keluaran: Meningkatkan pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	86.69%
	Program 1 : Program Penunjang Urusan Keuangan Penunjang Urusan Keluaran: Terpenuhinya administrasi perangkat daerah	100%
Pernyataan Penetapan Konteks Strategis	Penetapan konteks strategis dalam proses perencanaan pembangunan daerah Kota Bekasi Tahun 2026 dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi objektif daerah, hasil evaluasi kinerja pembangunan tahun sebelumnya, serta isu strategis nasional dan provinsi. Pendekatan berbasis data dan partisipatif menjadi landasan dalam penetapan tujuan strategis, sasaran, indikator kinerja utama, program prioritas, dan target kinerja yang ingin dicapai. Konteks strategis ini diharapkan mampu mengarahkan proses penyusunan RKPD Tahun 2026 agar lebih terarah, terukur, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta potensi daerah.	
	Kota Bekasi, 19 Agustus 2026 Direktur,  RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi  <u>Dr.dr. Elva Niken Prastiwi,MKM.,MARS</u> NIP. 19700430 200003 2 003	

ROOT CAUSE ANALYSIS

Nama Pemerintah/ Perangkat Daerah
Sasaran Strategis

RSUD dr Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi
Meningkatnya mutu pelayanan RS sesuai Standar

ROOT CAUSE ANALYSIS								
No	Kejadian	Penyebab 1	Penyebab 2	Penyebab 3	Penyebab 4	Penyebab 5	Akar Masalah	Solusi
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9
1	petugas IGD yang belum memenuhi sertifikat pelatihan kegawatdaruratan	petugas melakukan tindakan medis kritis di luar standar kompetensi dasar.	petugas belum pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan dasar/lanjutan.	tingginya biaya pelatihan bersertifikasi dan terbatasnya kuota penyelenggara pelatihan eksternal.	tidak adanya alokasi anggaran khusus untuk diklat sertifikasi dan ketiadaan sistem pemantauan masa berlaku sertifikat SDM.	Karena lemahnya fungsi pengawasan dari manajemen/Komite Mutu terkait pemenuhan instrumen kredensial SDM sesuai standar akreditasi Kemenkes.	1. Sertifikat sudah kadaluarsa 2. Evaluasi perencanaan Diklat tidak optimal 3. SOP kredensial internal yang belum ketat.	koordinasi dengan bagian diklat untuk resertifikasi
2	Tingginya angka kematian kurang dari 24 jam	pasien mengalami henti jantung	terjadi keterlambatan pemasangan alat bantu napas	Karena jumlah tempat tidur ruang resusitasi dan ventilator terbatas, serta petugas sedang menangani pasien gawat darurat lain secara bersamaan.	terjadi lonjakan pasien (BOR IGD tinggi) yang tidak diimbangi dengan jumlah perawat dan dokter jaga yang memadai pada shift tersebut.	Sistem Rujukan kota bekasi yang belum efektif	1. Kondisi klinis pasien yang berat 2. Keterlambatan Rujukan 3. Keterlambatan pelayanan 4. Keterbatasan Tempat Tidur	Pelaksanaan prosedur Triase
3	pasien tidak nyaman dalam berobat di Rawat Jalan	Karena waktu tunggu dari pendaftaran hingga diperiksa dokter sangat lama.	Karena dokter sering terlambat mulai jadwal praktik dan antrean menumpuk di jam-jam tertentu.	Karena jadwal visite dokter di ruang rawat inap sering bertabrakan dengan jadwal poliklinik.	Karena sistem pendaftaran online belum terintegrasi dengan baik	Karena kapasitas ruang tunggu tidak sebanding dengan volume antrean pasien harian.	1. Kurangnya fasilitas ruang rawat jalan . 2.Pendaftaran Online yang tidak Optimal 3.E-rekam medik yang belum optimal 4.keterlambatan kedatangan dokter 5. Lamanya antrean pengambilan obat 6.Pelayanan yang kurang ramah	Evaluasi Monitoring laporan kunjungan Rawat jalan, Evaluasi kebutuhan rawat jalan dan Optimalisasi sistem antrean pendaftaran online pelatihan service excellent
4	tingginya Kematian pasien > 48 jam di Instalasi Rawat Inap	Tingkat keparahan penyakit pasien	Rasio perawat dan pasien yang tidak seimbang (nurse-to-patient ratio tinggi), menyebabkan turunnya pemantauan tanda vital.	Beban kerja perawat yang tinggi menurunkan frekuensi observasi berkala pada pasien risiko tinggi di bangsal biasa.	jumlah tempat tidur ruang ICU yang penuh		1. kondisi klinis pasien yang sudah kritis 2. Ruang Intensif rawat inap yang penuh 3.Keterlambatan Layanan rawat inap	Perketat pemantauan parameter tanda vital. Pastikan protokol eskalasi ke ruang rawat intensif (ICU) berjalan cepat jika kondisi pasien memburuk.
5	pasien tidak nyaman di ruang rawat inap	Karena lingkungan kamar kurang mendukung istirahat	Karena AC kurang dingin	kurang pemeliharaan rutin	kurangnya respon petugas		1. kurangnya fasilitas ruang rawat inap, monitoring visit dokter. 2. Jam Visit dokter yang belum sesuai 3. petugas perawat & administrasi kurang ramah	evaluasi monitoring laporan rawat inap, monitoring visit dokter, evaluasi kebutuhan rawat inap dan pelatihan service excellent
6	persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal	Karena terjadi partus macet	permasalahan persalinan pada ibu atau janin	kurang optimal saat pemeriksaan kehamilan	Ibu tidak rutin pemeriksaan ANC	Sistem Rujukan kota bekasi yang belum efektif	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	Optimalisasi edukasi kelas ibu hamil di fasilitas kesehatan primer terdekat
7	belum terpenuhinya pelatihan perawatan intensif pada staf medis dan tenaga medis	manajemen kesulitan mengatur jadwal pelepasan tugas (off-duty) staf	Jumlah tenaga medis secara keseluruhan di rumah sakit masih terbatas	Tingginya Turn Over perawat Unit Intensif	alokasi anggaran khusus untuk membayai peserta pelatihan dan membayar pengganti sementara (locom) sangat terbatas	pelatihan ICU bersertifikasi membutuhkan biaya yang sangat tinggi	1. keterbatasan fasilitas pendidikan/pelatihan kesehatan 2. Keterbatasan anggaran	koordinasi dengan bagian diklat untuk pelatihan keperawatan intensif
8	expertise laboratorium yang tidak tepat waktu	patolog/dokter penanggung jawab terlambat memvalidasi hasil.	Jumlah sampel yang harus diverifikasi menumpuk (bottleneck) dan tidak sebanding dengan ketersediaan waktu.	lonjakan permintaan (order) tidak diimbangi dengan jumlah tenaga ahli dan alur kerja verifikasi yang efisien.	tidak ada sistem peringatan dini (early warning system) atau otomatisasi pada alat laboratorium.	terbatasnya integrasi antara sistem Elektronik Medical Record	1. Jumlah pasien Laboratorium yang banyak 2. Dokter yang tidak standby 24 jam	Optimalisasi sistem EMR dan lakukan jadwal Shifting untuk petugas
9	tingginya Kejadian reaksi transfusi	belum mematuhi SOP identifikasi pasien	kelalaian dalam pengecekan silang	miskomunikasi antara perawat, dokter, dan petugas laboratorium			1. reaksi imun yang tidak bisa diindari 2.kurangnya monitoring atas kejadian reaksi transfusi yang pernah terjadi	TW 2 Tahun 2025
10	Pengolahan limbah cair yang tidak maksimal	Pemisahan saluran limbah B3 dan non-B3 tidak berjalan.	Bahan kimia kadaluarsa dibuang sembarangan ke saluran limbah cair.				1. Kurangnya kadar oksigen di dalam IPAL 2. Kurangnya perawatan, pengawasan dan evaluasi IPAL	melakukan monitoring evaluasi perawatan IPAL

11	ketidaknyaman pasien untuk melakukan terapi rehabilitasi medik	Terapi kurang memberikan edukasi tentang batasan rasa nyeri normal vs. cedera.	Beban Kerja tinggi	Penumpukan Pasien Rehabilitasi	Waktu tunggu terapi yang lama	Fasilitas ruang tunggu yang terbatas	1. penumpukan jumlah pasien 2. staf yang kurang ramah 3. lamanya waktu tunggu terapi 4. keterbatasan fasilitas	
12	penyediaan linen yang tidak tepat waktu	Keterlambatan Distribusi Linen	Mesin yang rusak	Kurangnya pemeliharaan mesin laundry	Anggaran pengadaan mesin laundry yang kurang		1. mesin yang rusak 2. Kurang perawatan mesin laundry 3. kekurangan anggaran	

Disetujui oleh
Direktur,
RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid
Kota Bekasi


Dr. dr. Ellysa Niken Pratiwi, MKM, MARS
NIP. 19700430 200003 2 003

FORMULIR IDENTIFIKASI RISIKO STRATEGIS

Nama Pemerintah/ Perangkat Daerah : RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi
 Sasaran/Program : Meningkatkan mutu pelayanan RS sesuai Standar

RISK REGISTER												
No	Tujuan / Sasaran / Program / Kegiatan	Proses Bisnis	No	Risk Event/ Uraian Peristiwa Risiko	Risk Category / Jenis Kelompok Risiko	Kode Risiko	Risk Cause / Penyebab Risiko	Sumber Risiko (Internal /	Severity/Akibat/Potensi Kerugian		Risk Owner / Pemilik Risiko	Nama Dept. / Unit Internal Terkait
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Tujuan : Tercapainya pelayanan kesehatan RSUD yang bermutu	Pelayanan Gawat Darurat	1	petugas IGD yang belum memenuhi sertifikat pelatihan kegawatdaruratan	Risiko Strategis	RSO. 28.02.33.01	1. Sertifikat sudah kadaluwarsa 2. Evaluasi perencanaan Diklat tidak optimal 3. SOP kredensial internal yang belum ketat.	Internal	Penurunan Kualitas layanan IGD	Peristiwa	Direktur RSUD	Instalasi Gawat Darurat Bagian Diklat Bagian Kesetarian
2	Sasaran : Meningkatkan Mutu Pelayanan RS sesuai Standar	Pelayanan Gawat Darurat	2	Tingginya angka kematian kurang dari 24 jam.	Risiko Strategis	RSO.28.02.33.02	1. Kondisi klinis pasien yang berat 2. Keterlambatan Rujukan 3. Keterlambatan pelayanan 4. Keterbatasan Tempat Tidur	External Internal	1. Penurunan Mutu Rumah Sakit 2. Penurunan Kunjungan Pasien 3. Penurunan Pendapatan	Peristiwa	Direktur RSUD	Instalasi Gawat Darurat
3	Indikator : Persentase Ketercapaian SPM pada 21 Jenis Pelayanan RS, yang terdiri dari : 1. Pelayanan Gawat Darurat 2. Rawat Jalan 3. Rawat Inap 4. Bedah Sentral 5. Persalinan 6. Intensif /ICU 7. Radiologi 8. Laboratorium 9. Rehabilitasi Medik 10.Farmasi 11.Gizi 12. Transfusi Darah 13. Pelayanan Kartu Sehat 14. Rekam Medik 15. Pengolahan Limbah 16. Administrasi Manajemen (Kesetarian)	Pelayanan Rawat Jalan	3		Risiko Strategis	RSO.28.02.33.03	1. Kurangnya fasilitas ruang rawat jalan . 2.Pendaftaran Online yang tidak Optimal 3.E-rekam medik yang belum optimal 4.keterlambatan kedatangan dokter 5. Lamanya antroan pengambilan obat 6.Pelayanan yang kurang ramah	Internal	1. Peningkatan Komplek pasien 2. Penurunan IKM Rawat Jalan 3. Penurunan Pasien Rawat Jalan 4. Penurunan Pendapatan	Peristiwa		Substansi RT & Perlengkapan
	17. Ambulance/Kereta Jonezah 18. Pemulasaran Jenezah 19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit 20. Pelayanan Laundry 21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Pelayanan Rawat Inap	4	tingginya Kematian pasien > 48 Jam di Instalasi Rawat Inap	Risiko Strategis	RSO.28.02.33.04	1. kondisi klinis pasien yang sudah kritis 2. Ruang Intensif rawat inap yang penuh 3.Keterlambatan Layanan rawat inap	Internal	1. Penurunan mutu layanan 2. Penurunan citra rumah sakit 3. Penurunan produktifitas staf medis	Peristiwa	Direktur RSUD	Bidang keperawatan Instalasi gawat darurat Bagian perencanaan PPRS

4 5	Program: Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Pelayanan Rawat Inap	5 pasien tidak nyaman di ruang rawat inap	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.05	1. kurangnya fasilitas ruang rawat inap 2. Jam Visit dokter yang belum sesuai 3. petugas perawat & administrasi kurang ramah	Internal	1. Penurunan IKM ruang rawat inap 2. Peningkatan komplek Pasien 3. penurunan kunjungan ruang rawat inap 4. Penurunan pendapatan rumah sakit	Peristiwa	Direktur RSUD	Substansi RT & Perlengkapan
		Pelayanan Gawat Darurat (IGD PONEK)	6 persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.06	rujukan faskes lain untuk pasien dengan kondisi pasien yang berat	Eksternal	1. lindungan SC meningkat di RSUD 2. Biaya Operasional rumah sakit tinggi	Peristiwa	Direktur RSUD	Dinas Kesehatan Substansi HPI
		Pelayanan Perawatan Intensif	7 belum terpenuhinya pelatihan perawatan intensif pada staf medis dan tenaga medis	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.07	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	Internal	1. Penurunan mutu layanan rumah sakit 2. tinggi angka kematian	Peristiwa	Direktur RSUD	bidang Keperawatan Substansi Kepegawain Instalasi Diklat KMKP
		Radiologi dan Laboratorium	8 expertise laboratorium yang tidak tepat waktu	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.08	1. Jumlah pasien Laboratorium yang banyak 2. Dokter yang tidak standby 24 jam	Internal	1. Keterlambatan diagnosa pasien 2. Keterlambatan pemberian terapi pasien 3. penumpukan Pasien 4. Tingginya komplek pasien 5. penurunan jumlah pasien 6. Penurunan Pendapatan	Peristiwa	Direktur RSUD	Bidang penunjang Instalasi Radiologi Bagian SIM RS
		Radiologi dan Laboratorium	9 tingginya Kejadian reaksi transfusi	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.09	1. reaksi imun yang tidak bisa dihindari 2. kurangnya monitoring atas kejadian reaksi transfusi yang pernah terjadi	External	1. tingginya kejadian reaksi transfusi 2. Keterhambatan terapi pasien 3. penambahan kinerja staf medis 4. peningkatan kesakitan pasien	Peristiwa	Direktur RSUD	Instalasi Laboratorium
		Pemeliharaan Lingkungan, Pemeliharaan Sarana	10 Pengolahan limbah cair yang tidak maksimal	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.10	1. Kurangnya kadar oksigen di dalam IPAL 2. Kurangnya perawatan, pengawanan dan evaluasi IPAL	TW 2 Tahun 2025	1. Pencemaran air 2. penyebaran penyakit 3. peningkatan pengelolaan air bersih 4. peningkatan belanja Operasional rumah sakit	Peristiwa	Direktur RSUD	Bagian Perencanaan Bagian Keuangan Bidang Pelayanan
		Rehabilitasi Medik	11 ketidaknyaman pasien untuk melakukan terapi rehabilitasi medik	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.11	1. penumpukan jumlah pasien 2. staf yang kurang ramah 3. lamanya waktu tunggu terapi 4. keterbatasan fasilitas	Internal	1. penurunan IKM layanan rehabilitasi medis 2. Penurunan kunjungan pasien 3. Penurunan pendapatan rumah sakit 4. kelebihan beban kerja staf	Peristiwa	Direktur RSUD	Instalasi Rehabilitasi medik Bidang pelayanan

		Pelayanan Penunjang	12	penyediaan linen yang tidak tepat waktu	Risiko Strategis	RSO.26.02.33.12	1. mesin yang rusak 2. Kurang perawatan mesin laundry 3. kekurangan anggaran	Internal	1. keterhambatan pelayanan rumah sakit 2. peningkatan penyebaran penyakit 3. peningkatan keluhan pasien	Peristiwa	Direktur RSUD	Instalasi PPRS Bagian Perencanaan
--	--	---------------------	----	---	------------------	-----------------	--	----------	---	-----------	---------------	--------------------------------------

Bekasi, 11 Desember 2025
Dibuat oleh,

1. Kepala Bidang Pelayanan
2. Kepala Bidang Keperawatan
3. Kepala Bidang Penunjang
4. Kepala Bagian Kesekretariatan
5. Kepala Bagian Perencanaan
6. Kepala Bagian Keuangan

Disetujui oleh
Direktur,
RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid
Kota Bekasi


Dr. dr. Elha Niken Prastowo, M.K.M., MARS
NIP. 19700430 2000003 2 003

ANALISIS RISIKO DAN MITIGASI RISIKO

Nama Pemerintah/Perangkat Daerah: RSUD dr CHASBULLAH ABDULMADJID KOTA BEKASI

Sasaran/Program/Kegiatan : Sasaran : Meningkatnya Mutu Pelayanan RS sesuai Standar

Program:

1. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat

2. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

Kegiatan :

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota

2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah

3. Peningkatan Pelayanan BLUD

No Risiko	Risk Event	RISK REGISTER									RISK TREATMENT		Score / Nilai Target Risk After Mitigation			Prioritas Risiko
		Nilai/Score Risiko Melekat/Inherent Risk			Exsting Control / Pengendalian yang ada			Nilai/Score Risiko Sisa/Residual Risk			Opsi Perakuan Risiko	Deskripsi Tindakan Mitigasi (Keputusan oleh direktur)	Kemungkinan Kejadian/Likelihoood	Dampak/ Impact	Tingkat Risiko / Level of Risk	
		Kemungkinan Kejadian/Likelihoood	Dampak/ Impact	Tingkat Risiko / Level of Risk	Ada/Tidak Ada	Memadai / belum memadai	Dijalankan 100% / belum dijalankan	Kemungkinan Kejadian/ Likelihood	Dampak/ Impact	Tingkat Risiko / Level of Risk						
RSO.26.02.33.01	petugas IGD yang belum memenuhi sertifikat pelatihan	4	4	22	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	3	3	15	Kelola/Mitigasi	koordinasi dengan bagian diklat untuk resertifikasi	2	2	7	1
RSO.26.02.33.02	Tingginya angka kematian kurang dari 24 jam	3	2		Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	2	2	7		-	-	-		
RSO.26.02.33.03	pasien tidak nyaman dalam berobat di Rawat Jalan	4	4	22	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	3	3	15	Kelola/Mitigasi	Evaluasi Monitoring laporan kunjungan Rawat jalan, Evaluasi kebutuhan rawat jalan dan Optimalisasi sistem antrian pendaftaran online pelayanan service	2	2	7	2
RSO.26.02.33.04	tingginya Kematian pasien > 48 Jam di Instalasi Rawat Inap	2	3	12	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	1	2	3	-	-	-	-		
RSO.26.02.33.05	pasien tidak nyaman di ruang rawat inap	4	3	18	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	3	2	11	Kelola/Mitigasi	evaluasi monitoring laporan rawat inap, monitoring visit dokter, evaluasi kebutuhan rawat inap dan pelatihan service excellent	2	1	2	4
RSO.26.02.33.06	persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal	4	2	13	Ada	Belum memadai	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pul Assy	3	1	4	-	-	-	-		
RSO.26.02.33.07	belum terpenuhinya pelatihan perawatan intensif pada staf medis dan tenaga medis	4	4	22	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	3	3	15	Kelola/Mitigasi	koordinasi dengan bagian diklat untuk pelatihan keperawatan intensif	2	2	7	3
RSO.26.02.33.08	expertise laboratorium yang tidak tepat waktu	3	3	15	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	2	2	7	-	-	-	-		
RSO.26.02.33.09	Kejadian reaksi transfusi	2	3	12	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	TW 2 Tahun 2025	2	3	-	-	-	-		
RSO.26.02.33.10	Pengolahan limbah cair yang tidak maksimal	3	4	19	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	2	3	12	Kelola/Mitigasi	melakukan monitoring evaluasi perawatan IPAL	1	2	3	5
RSO.26.02.33.11	kesidaknyaman pasien untuk melakukan terapi rehabilitasi fisik	3	3	15	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	2	2	7	-	-	-	-		
RSO.26.02.33.12	penyediaan linen yang tidak tepat waktu	3	4	19	Ada	Belum memadai	Belum dijalankan 100 %	2	3	12	Kelola/Mitigasi	evaluasi kebutuhan laundry	1	2	3	6

Bekasi, 19 Agustus 2026

Dibuat oleh,

1. Kepala Bidang Pelayanan
2. Kepala Bidang Keperawatan
3. Kepala Bidang Penunjang
4. Kepala Bidang Sekretariat
5. Kepala Bidang Perencanaan
6. Kepala Bidang Keuangan

Ditandatangani oleh

Direktur,

RSUD dr. Chasbullah Abdulmadjid

Kota Bekasi

Dr.dr.Eliya Niken Hastiwi M.K.M.HARS
NIP. 19700430 2006003 2 003

FORMULIR RANCANGAN INFORMASI DAN KOMUNIKASI

Nama Pemda	: Kota Bekasi
Tahun Penilaian	: 2026
Tujuan Strategis	: Tercapainya pelayanan kesehatan RS yang bermutu
Urusan Pemerintahan	: Kesehatan

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu	Realisasi Waktu	Keterangan
a	b	c	d	e	f	g	h
1	koordinasi dengan bagian diklat untuk resertifikasi	Nota dinas Pengajuan pelatihan perawatan intensif, Laporan Pelaksanaan Kegiatan dan Sertifikat	Bagian Diklat		TW 3 Tahun 2026		
2	Evaluasi Monitoring laporan kunjungan Rawat jalan, Evaluasi kebutuhan rawat jalan dan Optimalisasi sistem antrean pendaftaran onlien pelatihan service excellent	Rekap Kebutuhan Poli di Rawat jalan, Laporan Monev Rawat jalan dan pengajuan Pelatihan service excellent	Bidang Pelayanan	Masyarakat	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
3	koordinasi dengan bagian diklat untuk pelatihan keperawatan intensif	1. Laporan Indikator dan Kunjungan Rawat Inap 2.Rekap Evaluasi Kebutuhan tiap ruangan rawat inap 3.Pengajuan pelatihan service Excellent	Bidang Pelayanan	Internal Rumah Sakit	TW 2 Tahun 2026		
4	evaluasi monitoring laporan rawat inap, monitoring visit dokter, evaluasi kebutuhan rawat inap dan pelatihan service excellent	Nota dinas dan Perencanaan Pelatihan Keperawatan Intensif	Bidang Pelayanan	Instalasi Diklat	TW 3 Tahun 2026		
5	melakukan monitoring evaluasi perawatan IPAL	1. Laporan Perawatan IPAL	Bagian Perencanaan	Internal Rumah Sakit	TW 1 Tahun 2026		perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy
6	evaluasi kebutuhan laundry	1. Nota Dinas Kebutuhan Laundry 2. Laporan Pemeliharaan Mesin Laundry	Instalasi Laundry dan IPSRS	Internal Rumah Sakit	TW 2 Tahun 2026		

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan

Kolom c diisi dengan Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian

Kolom d diisi dengan Penyedia Informasi

Kolom e diisi dengan Penerima Informasi

Kolom f diisi dengan Rencana Waktu Pelaksanaan

Kolom g diisi dengan Realisasi Waktu Pelaksanaan

Kolom h diisi dengan Keterangan tambahan

FORMULIR RANCANGAN PEMANTAUAN

Nama Pemda : RSUD dr Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi
 Tahun Penilaian : 2026
 Tujuan Strategis : Tercapainya pelayanan kesehatan RSUD yang bermutu
 Urusan Pemerintahan : Kesehatan

No	Risiko yang Teridentifikasi	Kode Risiko	Kejadian Risiko			Keterangan	RTP	Rencana Pelaksanaan RTP	Realisasi Pelaksanaan RTP	Keterangan
			Tanggal terjadi	Sebab	Dampak					
1	petugas IGD yang belum memenuhi sertifikat pelatihan kegawatdaruratan	RSO. 26.02.33.01					koordinasi dengan bagian diklat untuk resertifikasi	TW 3 Tahun 2026		
2	pasien tidak nyaman dalam berobat di Rawat Jalan	RSO.26.02.33.02					Evaluasi Monitoring laporan kunjungan Rawat Jalan, Evaluasi kebutuhan rawat jalan dan Optimalisasi sistem antrean pendaftaran onlien pelatihan service excellent	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
3	belum terpenuhinya pelatihan perawatan intensif pada staf medis dan tenaga medis	RSO.26.02.33.07					koordinasi dengan bagian diklat untuk pelatihan keperawatan intensif	TW 2 Tahun 2026		
4	belum terpenuhinya pelatihan perawatan intensif pada staf medis dan tenaga medis	RSO.26.02.33.05					evaluasi monitoring laporan rawat Inap, monitoring visit dokter, evaluasi kebutuhan rawat Inap dan pelatihan service excellent	TW 3 Tahun 2026		
5	Pengolahan limbah cair yang tidak maksimal	RSO.26.02.33.10					melakukan monitoring evaluasi perawatan IPAL	TW 1 Tahun 2026		
6	penyediaan linen yang tidak tepat waktu	RSO.26.02.33.12					perbaikan rutin Lift dan Penggantian Puli Assy	TW 2 Tahun 2026		

ROOT CAUSE ANALYSIS

Nama Pemerintah/ Perangkat Daerah
Sasaran Strategis

:RSUD dr. CHASBULLAH ABDULMADJID KOTA BEKASI
: Meningkatkan mutu pelayanan RS sesuai Standar

No.	Kejadian	ROOT CAUSE ANALYSIS						
		Penyebab 1	Penyebab 2	Penyebab 3	Penyebab 4	Penyebab 5	Akar Masalah	Solusi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Terlambatnya dalam pengisian Data ASPAK	Timeline penginputan yang tidak rutin	pelaporan aspak dari tiap unit yang tidak efektif	Operator Aspak yang merangkap tugas sehingga mengabaikan penginputan Aspak	rendah kesadaran andministrasi dari tiap petugas pelaporan data aspak		1. Data Tidak Lengkap atau Tidak Akurat 2. kurang disiplin dalam menginput dan memperbarui data secara rutin.	Pemantauan pengisian ASPAK
2	kekurangan alat untuk pasien bedah kulit sehingga rujuk ke fasilitas kesehatan lain	Perencanaan pengadaan yang kurang matang	anggaran dan spesifikasi belum sesuai dengan kebutuhan user	belum terkoordinasi secara baik antara user dan pembuat RKA			Alat medis yang tidak tersedia	Perencanaan Pengadaan alat untuk bedah kulit
3	Penupukan pasien untuk tindakan operasi katarak	Jumlah Pasien dengan tindakan operasi katarak yang banyak	Jumlah mikroskop mata atau mesin phacoemulsification terbatas, sehingga antrian penggunaan alat menjadi panjang.	Penggunaan alat yang terus menerus dan usia yang sudah lama	Kerusakan alat		1. Alat Medis Error 2. Komponen yang tidak tersedia di pasaran 3. Usia Alat yang sudah lama	Perencanaan Pengadaan alat untuk operasi katarak
4	Keterlambatan dalam pemeriksaan USG Jantung	alat USG jantung utama rusak dan jadwal dokter jaga penuh.	mesin cadangan sedang digunakan oleh pasien lain di ruangan berbeda.	hanya ada 1 unit mesin cadangan untuk seluruh fasilitas.	Usia alat lebih dari 10 tahun		1. Alat Medis yang tersedia Kurang memenuhi kebutuhan pelayanan 2. Usia Alat yang sudah lama	Pengadaan alat USG jantung tambahan untuk mencegah antrian menumpuk
5	Keterlambatan dalam pemeriksaan C-ARM pada pasien	Karena persiapan mesin C-ARM di ruang tindakan membutuhkan waktu lama	kabel catu daya tidak terhubung ke sumber listrik utama.	Mesin C-Arm gagal menyala saat akan digunakan untuk persiapan tindakan pasien.	Mesin C-Arm yang sering error	Usia Alat lebih dari 10 tahun	1. Alat Medis yang tersedia Kurang memenuhi kebutuhan pelayanan 2. Alat Kesehatan yang rusak	Perencanaan Pengadaan alat untuk C-Arm
6	Jadwal antrian Operasi Orthopedi yang terlalu panjang	Pasien dengan kasus bedah orthopedi yang banyak	antrian jadwal bedah orthopedi yang panjang	unit bor orthopedi yang tersedia tidak berfungsi optimal saat digunakan oleh dokter bedah.	Terjadi kerusakan pada mata bor (drill bit) dan penurunan performa baterai atau motor penggerak	Perangkat tersebut digunakan secara terus-menerus dan usia alat lebih dari 10 tahun	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	Perencanaan Pengadaan alat untuk bedah orthopedi
7	Kekurangan alat untuk Operasi Bedah jantung sehingga pasien Rujuk Ke Fasilitas kesehatan lain	Handpiece mengalami kerusakan komponen kritis	Masa pakai (shot count) telah habis dan terjadi overheat akibat pendingin yang kurang optimal.	Pemesanan suku cadang (spare parts) baru memakan waktu lama (inden impor), dan tidak ada stok suku cadang cadangan			Alat medis yang tidak tersedia	Perencanaan Pengadaan alat untuk M22 Handpiece
8	Penyediaan pakaian operasi dan bahan linen yang terlalu lama	Mesin cuci infeksius yang rusak	Mesin cuci tidak mau berputar saat mencuci pakaian	Usia mesin laundry yang lebih dari 10 Tahun			Mesin cuci Infeksius yang berusia lebih dari 10 Tahun	Perencanaan Pengadaan alat untuk Mesin Cuci Infeksius
9	perbaikan AC yang Tidak tepat waktu	respon teknisi yang lama	suku cadang yang belum siap	jadwal pemeliharaan yang tidak rutin	efesiensi anggaran		1. Sparepart belum tersedia masa pakai lebih dari 5 tahun 2. kurangnya SDM teknisi AC 3. Respon time teknisi yang relatif lama 4. Jadwal perawatan AC yang tidak rutin 5. ketidak mampuan teknisi dalam perbaikan AC 6. Penggunaan AC yang salah	TW 2 Tahun 2025
10	Lift yang tidak bisa digunakan	Terjadi beban berlebih (overload)	Peumas pada bearing poros motor sudah mengering dan menyebabkan gesekan ekstrem.	Seiang pompa tersumbat kotoran	Sparepart yang belum tersedia		jadwal perawatan LIFT yang tidak rutin	perawatan LIFT

11	Kurang Bersihnya ruangan Rawat Inap	jadwal pembersihan rutin tidak berjalan tepat waktu	petugas kebersihan (cleaning service) sering harus membersihkan area lain terlebih dahulu	petugas kebersihan tidak sebanding dengan luas area yang harus ditangani pada sif tersebut	kurang monitoring pengecekan kebersihan ruang rawat inap		1. kurangnya SDM cleaning service 2. Protokol pembersihan yang tidak memadai 3. Tidak ada monitoring kebersihan ruang rawat inap 4. Respon time cleaning service yang lama	pengawasan dan evaluasi berkala petugas kebersihan
12	Kehilangan Barang di lingkungan Rumah Sakit	ada orang yang tidak berkepentingan masuk ke dalam ruang rawat inap.	petugas keamanan (security) tidak berjaga atau membatasi akses di pintu masuk bangsal.	tidak ada prosedur standar operasional (SOP) visitor dan pos pemeriksaan (check-point) di area bangsal inap.	manajemen rumah sakit belum memprioritaskan keamanan berlapas (zonasi) untuk area rawat inap.	anggaran dan fokus manajemen masih terpusat pada keselamatan medis (clinical safety), belum pada manajemen risiko aset pasien	Kurangnya sistem manajemen keamanan fasilitas dan pembatasan akses pengunjung	peningkatan pengawasan di lingkungan rs
13	pembesuk yang tidak sesuai jam kunjungan	masuk ke ruang perawatan tanpa melalui pos pemeriksaan keamanan (security).	Akses Pintu masuk RS yang banyak	petugas keamanan sedang tidak berada di tempat saat pembesuk datang.	kekurangan staf (kekurangan personel shift)		Screening Pembesuk Tidak dilakukan dengan benar dan tidak tegas	Memberikan ID card khusus pengunjung yang hanya aktif pada jam besuk tertentu
14	Pasien yang meninggalkan rumah sakit tanpa izin petugas medis (Pasien Kabur)	Infus telah dilepas sendiri dan pasien keluar melalui pintu belakang tanpa sepengetahuan perawat jaga.	perawat sedang berada di ruang lain untuk membagikan obat (putar bangsal) dan nurse station dalam keadaan kosong	kekurangan jumlah perawat yang bertugas pada sif tersebut sehingga tugas pembagian obat merangkap dengan pengawasan area	kurangnya pengawasan dari petugas pengamanan		lengahnya pengawasan	Tingkatkan edukasi sejak awal masuk (edukasi discharge planning) mengenai pentingnya menyelesaikan masa perawatan
15	Ruang tunggu poliklinik yang kurang nyaman	Pasien dan pengantar menumpuk serta mengantri di waktu yang bersamaan	Jadwal praktek dokter sering tertambat dari jam yang ditentukan	Dokter masih harus menyelesaikan visite (kunjungan) pasien rawat inap atau tindakan medis di ruang lain sebelum jadwal poliklinik	Belum adanya sistem penjadwalan yang disiplin dan sistem pendaftaran daring yang memadai	Sistem manajemen antrian di rumah sakit masih bersifat manual atau belum terintegrasi dengan baik	Waktu Tunggu yang lama dan Sistem Teknologi yang kurang membantu proses layanan rawat jalan	Optimalisasi sistem Pendaftaran Online dan evaluasi kedatangan dokter
16	Toilet yang kotor	calan pembersih dan perlengkapan pel lantai habis.	petugas kebersihan lupa mengajukan permintaan stok barang baru (restock).	mengabaikan ceklis rutin minimum stock	tidak pernah mengevaluasi kebutuhan operasional alat kebersihan di tiap ruangan secara berkala.		1. Kurangnya edukasi/peraturan cara penggunaan toilet yang benar 2. Kurang jadwal kebersihan toilet 3. Fasilitas toilet yang tidak terawat 4. Kondisi Pasien 5. Ketidamampuan dalam menggunakan fasilitas toilet	Evaluasi kebersihan toilet setiap ruangan
17	genset yang tidak bisa digunakan	aki (accu) genset tekor	sistem pengisian daya (alternator pada genset) tidak berfungsi dengan baik.	tali kipas (fan belt) yang memutar alternator putus	tali kipas tidak pernah diganti sesuai jadwal perawatan berkala		1. Kurangnya pemeliharaan Genset 2. kurang pengawasan dalam perawatan	jadwal rutin perawatan genset
18	UPS yang tidak bisa digunakan	Baterai internal tidak menyimpan daya	Sel baterai sudah soak	Terjadi overheating (suhu terlalu panas)	Sistem pendingin (kipas/ventilasi) tersumbat	jadwal pemeliharaan (preventive maintenance) tidak berkala	1. Kurangnya pemeliharaan rutin UPS 2. Evaluasi Penggunaan UPS 3. Kelebihan beban UPS	Jadwal rutin pembersihan dan pemeliharaan UPS
19	Bau tidak sedap dari aliran air rumah sakit	terjadi pembusukan anaerobik (tanpa oksigen) pada air limbah	mikroorganisme pengurai di dalam bak aerasi mati atau tidak bekerja optimal.	suplai oksigen (aerasi) ke dalam bak pengolahan air limbah sangat kurang.	mesin blower oksigen mengalami penurunan performa dan tidak berfungsi secara maksimal.	Karena filter mesin tidak pernah dibersihkan dan jadwal pemeliharaan rutin (preventive maintenance) dari fasilitas gedung tidak berjalan dengan disiplin	1. Kurangnya perawatan pada sistem Plumbing 2. pemasangan yang tidak tepat 3. penyumbatan	Jadwal rutin pembersihan dan pemeliharaan IPAL
20	wadah air tidak tersuplay air bersih	aliran air yang masuk ke wadah penampungan tersendat.	tekanan air di dalam pipa distribusi utama terlalu rendah	debit air yang dipompa dari sumber utama tidak mencukupi atau terjadi kebocoran pipa di sepanjang jalur distribusi	pompa air utama mengalami penurunan kinerja dan pipa distribusi sudah tua/lapuk.	tidak adanya jadwal perawatan preventif (preventive maintenance) secara berkala pada infrastruktur penyediaan air	1. Kurangnya Pengecekan Rutin di ruang RO	Jadwal rutin pembersihan Ruang RO

21	pompa air limbah yang tidak berfungsi	pemutus sirkuit (circuit breaker atau MCB) trip/turun.	motor pompa mengalami beban berlebih (overload).	impeller pompa macet/terkunci oleh endapan lumpur padat dan sampah.	saringan (strainer) pompa jebol sehingga kotoran besar lolos masuk.	Jadwal pembersihan/inspeksi saringan pompa tidak sesuai SOP sehingga terjadi keausan dan kerusakan	1. Kurangnya perawatan Pompa pengelolaan air limbah 2. tidak ada monitoring evaluasi pengawasan pompa air limbah	Pemeliharaan pompa air limbah secara berkala
22	pencahayaannya ruangan yang kurang	bohlam lampu utama tidak menyala dengan optimal.	bohlam tersebut sudah aus/redup	tidak ada jadwal pemeliharaan dan penggantian berkala secara rutin.	tim fasilitas/teknisi rumah sakit hanya melakukan perbaikan jika ada keluhan (reaktif).	minimnya alokasi anggaran untuk preventive maintenance dan tidak adanya pelimpahan wewenang serta ceklis rutin kepada perawat jaga.	Tidak adanya sistem preventive maintenance (pemeliharaan pencegahan) yang terstruktur	Jadwal rutin pembersihan dan penggantian lampu
23	Air Hujan Merembes melalui atap dan membasahi lantai	air meluap dan menggenangi di area dak beton.	saluran pembuangan air (talang) tersumbat	saluran pembuangan air (talang) tersumbat oleh tumpukan daun dan kotoran.	jadwal pembersihan rutin dari tim pemeliharaan gedung (Facility Management) tidak berjalan	terbatasnya jumlah teknis kebersihan	Kurangnya tenaga kebersihan dan lemahnya sistem pengawasan serta penjadwalan pemeliharaan fasilitas gedung	Menjadwalkan pembersihan talang dan atap secara rutin
24	Kualitas Air Keluar (Effluent) Parameter (BOD) dan (COD) Melebihi Baku Mutu	Kinerja bakteri pengurai di dalam bak aerasi sangat rendah.	Pasokan oksigen terlarut (Dissolved Oxygen / DO) di dalam bak sangat sedikit.	Gelembung udara tidak merata karena membran diffuser aerasi tersumbat dan pecah	Tekanan balik (backpressure) udara dari blower tidak pernah dipantau secara real-time.	kekurangan operator sehingga pengawasan harian tidak efektif	1. Kurangnya Petugas IPAL	1. Penambahan Petugas kesehatan Lingkungan
25	Pegawai datang tidak tepat waktu	Terjebak macet		tidak berangkat lebih awal	bangun keslengan		Waktu persiapan di pagi hari kurang memadai dan tidak ada penyesuaian jadwal keberangkatan dengan situasi lalu lintas.	Evaluasi Absensi Kehadiran Pegawai
	Beban Kerja Berlebih Tanpa Dukungan	Pegawai merasa sangat kelelahan	Pegawai sering harus menangani pasien/ pekerjaan melebihi kapasitas dan rasio standar.	Jumlah staf tidak sebanding dengan beban kerja	Rumah sakit memberlakukan pembatasan rekrutmen staf baru dan jam lembur yang ketat		Sistem penganggaran rumah sakit tidak responsif terhadap fluktuasi rasio kebutuhan	Evaluasi Beban Kerja
27	Ketidaktersediaan Staf pada Jam Piket (Sabtu/Hari Libur)	Banyak staf yang mengajukan izin tidak masuk atau cuti mendadak di hari kerja.	Karena beban kerja harian dirasa terlalu berat sehingga staf mengalami kelelahan ekstrem dan memicu masalah kesehatan.	jumlah staf inti yang ada tidak sebanding dengan lonjakan volume pekerjaan atau pesanan dari pelanggan.	perusahaan tidak memiliki data prediksi lonjakan beban kerja yang akurat.	tidak menggunakan sistem evaluasi standar untuk memetakan kebutuhan SDM secara berkala	Tidak adanya sistem perencanaan dan evaluasi beban kerja yang baik di manajemen kepegawaian.	Menerapkan sistem manajemen beban kerja yang terukur
28	Laporan kinerja karyawan terlambat diserahkan dari batas waktu yang ditentukan.	data dari divisi lain baru diterima pada hari H tenggat waktu.	divisi terkait baru mengirimkan data setelah diminta berulang kali oleh tim penyusun laporan.	tidak adanya jadwal pengumpulan data rutin (deadline antara) yang disepakati bersama.	proses penyusunan laporan selama ini bersifat manual dan koordinasi hanya dilakukan secara insidental.	perusahaan belum memiliki sistem atau Standar Operasional Prosedur (SOP) otomatisasi pelaporan yang terintegrasi.	Belum adanya sistem laporan yang terintegrasi	Menerapkan template pelaporan bersama secara online
29	Penurunan Pendapatan RS	Pendapatan RS dari klaim BPJS turun drastis	banyak berkas klaim ditolak atau dikembalikan	dokter terlambat mengisi dan melengkapi catatan medis	tidak ada sistem notifikasi (pengingat otomatis) dan dokter kesulitan akses Electronic Medical Record (EMR) dari gawai mereka	ERM belum Optimal	Belum optimalnya Integrasi sistem EMR	Mengoptimalkan sistem ERM
30	Usulan kebutuhan lift tidak sesuai kebutuhan	Karena anggaran (budget) yang dialokasikan terbatas dan spesifikasi tersebut mengacu pada standar minimal gedung lama	Karena tidak ada dokumen analisa beban puncak (traffic analysis) dari user saat pengajuan awal.	Karena user tidak mengetahui format resmi pengajuan dan pedoman teknis fasilitas gedung yang berlaku			Analisis kebutuhan lift tidak detail	Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user layanan
31	Dokumen pengajuan tidak lengkap	staf pengusul tidak melampirkan spesifikasi teknis dan dokumen kontrak	pemohon tidak mengetahui bahwa dokumen tersebut diwajibkan dalam prosedur pengadaan.	tidak adanya sosialisasi atau dokumen panduan/SOP terbaru terkait tata cara pengadaan yang mudah diakses oleh unit kerja.	Karena bagian Pengadaan/Administrasi belum memperbarui direktori SOP	Keterlambatan dalam kegiatan pengadaan	Kelengkapan dokumen tidak diverifikasi	Membuat checklist kelengkapan dokumen pengajuan

32	Nilai anggaran tidak sesuai acuan Standar Harga	Tim teknis menyusun Rencana Anggaran Biaya (RAB) menggunakan spesifikasi harga vendor	Tim teknis mengabaikan standar harga yang diterbitkan oleh pemerintah	bagian pengadaan dan manajemen kurang mengevaluasi RAB dengan standar harga			HPS tidak sesuai dengan Standar Harga Satuan	evaluasi HPS dengan Standar harga satuan
33	Struktur gedung tidak memenuhi syarat pemasangan lift	Karena kapasitas kolom dan balok utama tidak mampu menahan beban tambahan (dead load) dan gaya dinamis dari mesin lift	Karena perhitungan awal (design basis) pada struktur gedung tidak memperhitungkan penambahan beban vertikal di masa mendatang	spesifikasi teknis lift yang dibeli tidak sesuai gedung RS	tim pengadaan (procurement) melakukan pembelian unit lift sebelum melakukan tinjauan teknis dan penyesuaian (site validation) dengan kondisi aktual gedung.	manajemen pengelolaan fasilitas gedung (Facility Management) tidak memiliki pedoman audit struktural yang diperbarui secara berkala	Tidak dilakukan kajian struktur	Kajian struktur bangunan oleh konsultan teknis
34	Spesifikasi mengarah pada merek tertentu	Spesifikasi teknis pengadaan lift pada proyek gedung baru terlalu spesifik dan hanya cocok dengan satu merek	konsultan perencana mencantumkan dimensi ruang lancur (holstway) yang tidak standar dan teknologi kontrol brand spesifik tersebut.	konsultan menggunakan draft spesifikasi dari Brand A sebagai templat utama dokumen lelang	tahap pra-desain, tim konsultan dibantu oleh tenaga penjual (sales) dari Brand A untuk menyusun rancangan teknis.	konsultan tidak melakukan riset pasar secara menyeluruh	Penyusunan spesifikasi tidak netral	Penyusunan spesifikasi berbasis performa
35	Daya listrik existing tidak mencukupi	lonjakan arus (starting current) dan konsumsi daya operasional motor lift lebih besar daripada kapasitas daya listrik terpasang	sistem lift menarik daya puncak (peak load) yang tinggi secara berulang saat beroperasi.	motor penggerak lift bekerja sangat keras untuk mengangkat beban kabin yang sering kali melebihi batas optimum desain (kelebihan muatan).	tidak ada manajemen pembatasan muatan yang ketat dan spesifikasi motor penggerak yang kurang efisien	pengadaan atau perancangan awal, estimasi kebutuhan beban lalu lintas gedung dilakukan tanpa mempertimbangkan lonjakan arus	kesalahan perencanaan awal dalam memperkirakan total kebutuhan daya	Peremajaan Komponen Lift
36	Kapasitas AC tidak sesuai kebutuhan ruangan	kapasitas pendinginan (PK) AC lebih kecil dibandingkan dengan luas dan volume ruangan.	saat pembelian, unit AC dipilih langsung oleh staf tanpa menghitung volume ruang	staf tidak mengetahui cara menghitung kebutuhan PK AC yang akurat.	manajemen belum menetapkan kebijakan pengadaan fasilitas Root Cause Analysis yang komprehensif untuk tata ruang		Perhitungan kebutuhan pendingin tidak tepat	Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user
37	Pengunjung terjebak dalam Lift	sistem darurat lift (safety brake) aktif, menyebabkan kabin berhenti mendadak dan memutuskan aliran daya pintu	terjadi kelebihan beban (overload) yang memicu sensor keamanan lift.	sistem kalibrasi sensor berat pada kabin sudah tidak akurat atau rusak.	tidak ada jadwal pemeriksaan berkala	Usia Lift lebih dari 10 Tahun	Kegagalan kelistrikan pada lift dan kerusakan pada mesin lift	kajian kebutuhan lift
38	kondisi gerakan yang tidak stabil saat pengoperasian Lift	kabin lift bergesekan terlalu keras dengan rel pemandu	rol pemandu (guide shoes/roller) tidak seimbang dan mengalami keausan	Usia Lift sudah lebih dari 10 Tahun			1. kerusakan bearing counterweight	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy
39	Lift bergetar dan macet saat digunakan	Rel panduan (guide rail) tidak rata dan kereta lift tersendat.		Gesekan antara sepatu pemandu (guide shoe) dan rel sangat tinggi.	Pelumas pada rel panduan kering dan kotor.	Usia Lift lebih dari 10 Tahun	1. Operasional lift digunakan 24 jam nonstop 2. usia lift lebih dari 15 tahun	Perbaikan instalasi kabel lift dan pemeriksaan sistem grounding
40	Jaringan Internet di area Poli Rawat Jalan Rumah Sakit mati total, sehingga layanan pendaftaran pasien terhenti.	Perangkat Access Point (AP) utama yang melayani area tersebut kehilangan daya	Adaptor daya AP terbakar dan memutuskan aliran listrik.	Terjadi lonjakan arus listrik (korsleting) yang melebihi kapasitas toleransi adaptor.	Perangkat tidak terhubung ke Uninterruptible Power Supply (UPS) yang memadai dan tidak ada penstabil tegangan (stabilizer).	Tidak ada Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk perlindungan perangkat jaringan, dan anggaran pengadaannya tidak disetujui pada tahun sebelumnya.	1. Keterlambatan Pembayaran Internet 2. Pengadministrasian terlambat 3. Akses Internet dicabut	Pengajuan Pembayaran Internet Tahun 2028
41	Situs Web RSUD CAM yang tidak dapat di akses	Server web mengalami down (kelebihan beban) akibat lonjakan trafik yang ekstrem secara tiba-tiba	Kapasitas sumber daya server (bandwidth dan RAM) yang dialokasikan tidak mampu menahan lonjakan jumlah pengguna.	Tim IT tidak menerima notifikasi peringatan	Fitur monitoring dan auto-scaling pada Infrastruktur server belum dikonfigurasi dengan benar di panel kontrol hosting.	kurang pemeliharaan rutin dan pengujian kapasitas berkala oleh tim IT rumah sakit.	Keterlambatan Berfungsinya Hosting RSUD	Pengajuan Pembayaran Hosting Tahun 2028
42	Terganggunya Kegiatan Zoom Meeting RSUD/CAM	Karena koneksi internet di ruang rapat sering putus-nyambung	bandwidth jaringan terbebani oleh perangkat lain yang tidak berkepentingan di area rumah sakit.	jaringan Wi-Fi ruang rapat menyatu dengan Wi-Fi publik	belum ada kebijakan alokasi jaringan khusus untuk aktivitas telekonferensi atau pertemuan virtual di rumah sakit.		ZOOMeting yang belum terlokasi	Pengajuan Pembayaran Zoom Tahun 2028

43	Perbaikan perangkat hardware yang rusak sehingga mengalami keterlambatan pelaksanaan kegiatan .	teknisi kekurangan suku cadang	tim pengadaan (procurement) belum memesan komponen tersebut.	tidak menerima daftar kebutuhan suku cadang dari teknisi.	teknisi lupa membuat daftar tersebut akibat terlalu sibuk menangani lonjakan keluhan yang masuk secara manual.	belum mengadopsi sistem pelacakan tiket otomatis yang terintegrasi dengan inventaris suku cadang	sistem pelacakan tiket yang otomatis dan terintegrasi, sehingga permintaan suku cadang sering terlambat dan proses perbaikan menjadi terhambat.	Pengajuan Peralatan dan perlengkapan Komputer Tahun 2026
44	Kurangnya Persediaan barang Hardware dan Software	permintaan mendadak dari departemen baru tidak diantisipasi sebelumnya oleh tim pengadaan	Tim IT kehabisan stok	Permintaan pengadaan barang melonjak	Tim IT melakukan pemesanan ulang (reorder) hanya berdasarkan kebiasaan kuartal sebelumnya		Tidak tersedianya perangkat	Pengajuan Kebutuhan Pengadaan Barang barang Hardware dan Software tahun 2026
45	Dokter Tidak Dapat Membuka Gambar Radiologi di Komputer Poli	Gambar radiologi (seperti CT-Scan/X-Ray) gagal dimuat di komputer ruang poli.	Aplikasi PACS lokal terputus dari server penyimpanan utama.	Terjadi gangguan koneksi jaringan lokal	Ada kerusakan pada switch jaringan yang menghubungkan komputer poli ke server utama.		Spek PACS yang tidak sesuai kebutuhan	Pengajuan Pengadaan PACS
46	Kurangnya Persediaan bahan bangunan dan konstruksi	Bahan habis saat dibutuhkan	Permintaan mendadak yang diajukan	Bagian pengadaan (procurement) tidak dapat membeli barang karena proses pembelian belum disetujui.	pengajuan pembelian dari departemen pemeliharaan gedung tidak memiliki standar jadwal dan diajukan terlambat	Rumah sakit belum menerapkan sistem manajemen pemeliharaan preventif dan pencatatan stok otomatis	Tidak adanya sistem pengelolaan inventaris yang terencana (preventive maintenance) dan sistem pelacakan stok otomatis untuk kebutuhan material fasilitas gedung	Pengajuan bahan bangunan dan sanitasi Tahun 2026
47	Kurangnya Persediaan Bahan alat listrik	barang yang masuk dari pengadaan selalu terlambat datang dari jadwal yang ditentukan	proses pemesanan ke distributor baru dilakukan saat stok fisik di gudang telah habis (stok kosong).	tidak ada peringatan otomatis dari sistem pencatatan saat stok mencapai batas minimal (minimum stock level).	pendataan keluar-masuk barang masih dilakukan secara manual menggunakan pembukuan kertas dan belum diintegrasikan ke sistem manajemen terpadu.	tidak ada prosedur pelaporan berkala secara rutin	Butuh Waktu untuk pengadaan Sparepart yang dibutuhkan	Pengajuan Sparepart Lift, Sparepart Telekomunikasi, Sparepart AC, Sparepart Alat Listrik dan elektronik (lampu, dll), Baterai UPS
48	Pemeliharaan mesin yang tidak tepat waktu	tidak melakukan perawatan sesuai jadwal (preventive maintenance terlambat).	tidak menerima pemberitahuan/daftar tugas perawatan pada tanggal yang ditentukan	Jadwal perawatan masih dicatat secara manual di papan tulis dan sering terlambat.	belum memiliki sistem penjadwalan otomatis atau pengingat digital.		Tidak adanya sistem pengingat digital dan anggaran yang mendukung otomatisasi jadwal pemeliharaan mesin	Pengajuan pemeliharaan dan perbaikan peralatan dan mesin
49	Pemeliharaan Utilitas yang tidak tepat waktu	Karena tim teknis kekurangan suku cadang	suku cadang tersebut belum tersedia	permintaan pembelian (pengadaan) suku cadang baru diajukan terlambat oleh supervisor teknis.	tidak menerima pengingat (notifikasi) otomatis bahwa batas waktu perawatan bulanan sudah dekat.	rumah sakit belum memiliki sistem pelacakan otomatis untuk jadwal pemeliharaan preventif dan hanya mengandalkan pencatatan manual.	Butuh Waktu untuk pengadaan Sparepart yang dibutuhkan	Jadwal rutin pemeliharaan utilitas rs
50	Terbatasnya keyakinan bahwa laporan keuangan telah disajikan secara transparan, akuntabel dan sesuai prinsip tata kelola yang baik	informasi keuangan yang disajikan kurang komprehensif dan sering terlambat dipublikasikan.	proses konsolidasi data antar divisi masih dilakukan secara manual dan sering terjadi kesalahan pencatatan (human error).	belum mengintegrasikan sistem pelaporan otomatis dan minimnya validasi silang (cross-check) antar bagian.	Karena tidak adanya standar operasional prosedur (SOP) audit internal serta kurangnya kompetensi staf dalam implementasi tata kelola perusahaan yang baik.	manajemen puncak kurang memberikan prioritas, anggaran, dan pelatihan berkelanjutan terkait implementasi tata kelola perusahaan yang baik.	kurangnya komitmen manajemen puncak dalam menyediakan infrastruktur sistem yang terintegrasi, serta kegagalan manajemen dalam menerapkan standar tata kelola dan pelatihan kompetensi staf yang memadai.	Melakukan Audit Independen Laporan Keuangan
51	Tidak tersedianya data informatif yang objektif dan independent yang dapat memastikan secara efisien, efektif sesuai dengan peraturan yang berlaku serta mencapai tujuan	Rekonsiliasi data pendapatan dan belanja antar unit (pelayanan dan kasir) belum selesai.	Petugas kasir terlambat menyerahkan rekapitulasi harian karena verifikasi manual memakan waktu.	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) sering down sehingga pencatatan harus dilakukan dua kali (manual dan digital).			Laporan kinerja keuangan belum akurat dan komprehensif	Audit Independen Kinerja Keuangan BLUD
52	Bahan baku makanan pasien (seperti susu atau daging) asam dan rusak sebelum dimasak.	bahan baku rusak? Karena suhu di dalam mesin pendingin terlalu tinggi	kompressor tidak bekerja optimal? Karena sirkulasi udara terhambat oleh penumpukan es tebal dan kotoran.	tidak dilakukan proses defrosting (pencairan es) secara berkala.	Tidak ada jadwal perawatan rutin (preventive maintenance) dan pembersihan evaporator.		Tidak sesuai Spesifikasi	Penyusunan spesifikasi bahan baku makanan pasien

53	Kertas Barcode yang tidak tersedia	Karena stok gulungan kertas barcode di gudang penyimpanan telah habis.	Karena permintaan tambahan (restocking) harian tidak diproses oleh staf gudang.	Karena sistem peringatan otomatis (automated reorder point) tidak berfungsi saat stok mencapai batas minimum.	data tingkat minimum stok (minimum stock level) pada sistem tidak diperbarui sesuai dengan lonjakan volume pengiriman.	tidak adanya prosedur tinjauan ulang berkala terhadap parameter data master sistem dan sistem tidak terintegrasi dengan baik	1.Mesin Barcode yang rusak 2.Kertas Barcode kosong	Menyiapkan stok darurat atau safety stock untuk mengantisipasi lonjakan kebutuhan mendadak sebelum pesanan baru tiba.
54	Tidak Terbayarkannya Honorium review KEPK	Karena invoice penagihan dan laporan hasil review belum diserahkan ke bagian keuangan	reviewer belum melengkapi dan menyerahkan dokumen berita acara yang sah.	reviewer tidak mengetahui adanya syarat kelengkapan dokumen berita acara tersebut.			Underestimasi terhadap jumlah anggaran dana honorarium akibat meningkatnya jumlah proposal penelitian yang masuk untuk direview pada tahun 2026. Hal ini dapat terjadi karena analisa dilakukan pada tahun 2025 dan menggunakan prediksi jumlah proposal penelitian yang direview tahun 2024-2025	1. Teknik Forecasting sudah sesuai namun Proyeksi anggaran di sesuaikan dengan proyeksi proposal penelitian yang masuk 2. Penganggaran tambahan dilakukan dengan prediksi kenaikan anggaran sesuai dengan jumlah proposal penelitian yang direview pada tahun 2025 dan semester 1 tahun 2026
55	Honorium kepaniteraan klinik belum terbayarkan	Pengajuan pencairan (invoice) dari koordinator kepaniteraan ke bagian keuangan belum dilakukan	keuangan rumah sakit belum menerima rekapitulasi data kehadiran dan logbook kegiatan yang valid dari supervisor/dokter penanggung jawab.	belum melakukan validasi presensi dan logbook para peserta kepaniteraan klinik secara tepat waktu.	tidak memiliki tenggat waktu (deadline) yang jelas dan merasa tidak ada sistem pengingat untuk tugas administratif tersebut di tengah jadwal klinik yang padat.		Underestimasi terhadap jumlah anggaran dana honorum akibat meningkatnya jumlah peserta didik yang tidak terprediksi pada tahun 2026	1. Teknik Forecasting sudah sesuai namun Proyeksi anggaran di sesuaikan dengan proyeksi proposal penelitian yang masuk 2. Penganggaran tambahan dilakukan dengan prediksi kenaikan anggaran sesuai dengan jumlah proposal penelitian yang direview pada tahun 2025 dan semester 1 tahun 2026
56	Honorium PKL Keperawatan, Kebidanan, nakes lain belum terbayarkan	pengajuan pencairan dana belum diproses oleh bagian keuangan.	dokumen kelengkapan (seperti laporan nilai dan presensi) yang diserahkan tidak lengkap	pembimbing PKL tidak melampirkan dokumen sesuai dengan syarat dan prosedur yang berlaku.	tidak ada panduan atau sosialisasi SOP pengajuan honorarium yang jelas kepada para pembimbing.	tidak ada jadwal rutin atau penanggung jawab khusus yang mengelola administrasi pembimbingan PKL dari awal hingga akhir.	Underestimasi terhadap jumlah anggaran dana honorum akibat meningkatnya jumlah peserta didik yang tidak terprediksi pada tahun 2026	1. Koordinasi dengan pihak 2. membuat kriteria wajib pembimbing klinik
57	Tidak terpenuhinya kompetensi dan kewenangan klinis pembimbingan SDM pengajar	Karena mereka belum menyelesaikan proses kredensial / rekredensial dan pemberian Surat Penugasan Klinis (SPK)	tidak mengumpulkan dokumen portofolio dan logbook tindakan klinis tepat waktu.	waktu mereka tersita untuk pelayanan pasien harian, dan mereka kesulitan mendokumentasikan kegiatan akibat sibuknya jadwal.	Karena tidak ada kebijakan pengurangan beban pelayanan bagi staf yang bertindak sebagai pembimbing, dan tidak adanya sistem pelaporan digital yang terintegrasi		1. Berkurangnya kesempatan untuk melakukan pelatihan/workshop 2. Kurangnya motivasi 3. Ilmu pengetahuan dan Skill yang tidak update	1. Pertahankan dan realisasi anggaran pelatihan 2. memberikan reward kepada SDM pengajar yang mengikuti pelatihan
58	Kurang Jumlah Inovasi penelitian atau pengabdian kepada masyarakat yang dilakukan oleh SDM pengajar	SDM pengajar tidak memiliki cukup waktu untuk menyusun proposal penelitian atau pengabdian.	Waktu mereka sebagian besar tersita oleh jadwal pelayanan klinis pasien, visite bangsal, dan jam mengajar.	Rumah sakit menerapkan rasio beban pelayanan tinggi untuk menutupi biaya operasional (kendali mutu dan biaya).	Tidak ada alokasi jam kerja khusus (proteksi waktu) yang diwajibkan khusus untuk kegiatan riset dan akademik.		1. Kurangnya dana anggaran untuk penelitian 2. Kurangnya tenaga peneliti 3.masalah perijinan 4.kurangnya sarana penelitian	1. Mempemudah Proses pelaksanaan penelitian 2.Perkuat sarana penelitian
59	Putusnya keanggotaan ARSPI	Anggota merasa biaya iuran tahunan terlalu memberatkan dibandingkan manfaat yang diterima.	Program pelatihan, pendampingan, atau informasi regulasi yang diberikan asosiasi dinilai kurang relevan dengan kebutuhan operasional rumah sakit saat ini.	Tidak adanya survei evaluasi kepuasan atau penilaian kebutuhan	Tim humas atau divisi keanggotaan tidak memiliki pedoman operasional standar (SOP) untuk mengumpulkan umpan balik anggota.	Kurangnya komitmen dan arahan strategis dari manajemen untuk menjadikan layanan anggota berbasis data (member-centric).	Keterlambatan pembayaran iuran keanggotaan ARSPI	1. memonitor status keanggotaan ARSPI
60	keterlambatan atau kekosongan pengadaan BBM ambulans	Pengajuan dana pengadaan BBM sering terlambat	Bagian keuangan memerlukan waktu untuk verifikasi dan pelaporan penggunaan dana (SPJ) periode sebelumnya yang belum lengkap.	Supir ambulans menunda penyerahan kuitansi dan nota pembelian BBM ke kasir.	ambulans tidak memiliki sistem pelaporan yang praktis dan tidak terbiasa dengan tenggat waktu administrasi.	Tidak ada Standard Operating Procedure (SOP) atau pedoman administratif yang jelas untuk pelaporan	1. Kurangnya Persediaan BBM 2. Mobil Ambulan sedang perbaikan 3. Kurangnya ketersediaan Mobil Ambulan	Melakukan re-evaluasi sistem anggaran pengadaan BBM.

61	Keterlambatan pembayaran Jasa Pelayanan Karyawan	Dana operasional rumah sakit belum cair sepenuhnya.	Pendapatan tunai rumah sakit tidak mencapai target	Berkas pendukung klaim (seperti resume medis dan kelengkapan administrasi) dari masing-masing unit pelayanan diserahkan tertambat	Dokter atau perawat belum mendisiplinkan pengisian rekam medis secara real-time setelah visit atau tindakan.	Tidak adanya sistem reward & punishment	1. Keterlambatan pencairan Klaim BPJS 2. Kekurangan Pendapatan RS	Perencanaan Penganggaran Jasa Pelayanan Karyawan dan mengoptimalkan Klaim BPJS
62	Belum Lengkapnya data dan informasi dari tiap unit	pengelola unit tidak memasukkan seluruh parameter data yang diminta ke dalam sistem	beberapa data tambahan tersebut tidak relevan dan membuang waktu.	tidak adanya panduan atau sosialisasi mengenai kegunaan data tersebut untuk kepentingan perusahaan secara keseluruhan.	SOP Pelaporan Data tidak diperbarui dan komunikasi lintas departemen tidak berjalan dengan baik.	tidak ada penanggung jawab khusus (PIC) yang mengevaluasi kebutuhan sistem pelaporan secara berkala.	Kurangnya pemahaman tentang penyediaan data dan informasi dari tiap unit	pelaporan secara online

Disetujui oleh
Direktur,
RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid
Kota Bekasi


Dr. dr. Eliya Niken Pratiwi, M.K.M., NARS
NIP. 19700430 2000003 2 003

FORMULIR IDENTIFIKASI RISIKO OPERASIONAL

Nama Pemerintah/ Perangkat Daerah

: RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi
: Sasaran : Meningkatnya Mutu Pelayanan RS sesuai Standar

Sasaran/Program

Program : 1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
2. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

RISK REGISTER												
No	Tujuan / Sasaran / Program / Kegiatan	Proses Bisnis	No	Risk Event/ Uraian Peristiwa Risiko	Risk Category / Jenis Kelompok Risiko	Kode Risiko	Risk Cause / Penyebab Risiko	Sumber Risiko (Internal / Eksternal)	Severity/Akibat/Potensi Kerugian		Risk Owner / Pemilik Risiko	Name Dept. / Unit Internal Terkait
									Deskripsi	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Tujuan Tercapainya pelayanan kesehatan RSUD yang bermutu Sasaran: Meningkatnya Mutu Pelayanan RS sesuai Standar	Pengadaan Alat Kesehatan	1	Tertambatnya dalam pengisian Data ASPAK	Risiko Kepatuhan	ROO.26.02.33.01	1. Data Tidak Lengkap atau Tidak Akurat 2. kurang disiplin dalam menginput dan memperbarui data secara rutin.	Internal	Pengadaan alat yang tidak sesuai dengan data kebutuhan di lapangan sehingga tidak sesuai dengan prioritas belanja pengadaan alat di rumah sakit	Laporan		Bidang Penunjang
	Program Prioritas Nasional : Menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia : Peningkatan BPJS kesehatan dan Penyediaan Obat untuk Rakyat		2	kekurangan alat untuk pasien bedah kulit sehingga rujuk ke fasilitas kesehatan lain	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.02	Alat medis yang tidak tersedia	Internal	1.Tingkat Penangan Pasien Bedah Kulit Turun	(Rp)	Direktur	Bagian Penunjang
	Program Hasil Terbaik cepat : Menyelenggarakan pemeriksaan Kesehatan Gratis, menuntaskan kasus TBC dan membangun Rumah Sakit lengkap berkualitas di kabupaten		3	Penupukan pasien untuk tindakan operasi katarak	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.03	1. Alat Medis Error 2. Komponen yang tidak tersedia di pasien 3. Usia Alat yang sudah lama	1. Internal 2. Eksternal 3. Eksternal	1.Pelayanan Terganggu 2.Tingkat Kepercayaan Masyarakat Turun	(Rp)	Direktur	Bidang Penunjang, PSRS
	Program : Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat		4	Keterlambatan dalam pemeriksaan USG Jantung	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.04	1. Alat Medis yang tersedia Kurang memenuhi kebutuhan pelayanan 2. Usia Alat yang sudah lama	1. Internal 2. Eksternal	1.Pelayanan Terganggu 2. Lamanya Penanganan Pasien	(Rp)	Direktur	Bidang Penunjang, PSRS
	Kegiatan: Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah Kabupaten/Kota		5	Keterlambatan dalam pemeriksaan C-ARM pada pasien	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.05	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	Internal	1.Pelayanan Terganggu 2.Tingkat Kepercayaan Masyarakat Turun	(Rp)	Direktur	Bidang Penunjang, PSRS
	Sub Kegiatan : Pengadaan Alat Kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan		6	Jadwal antrian Operasi Orthopedi yang terlalu panjang	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.06	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	1. Internal 2. Eksternal 3. Eksternal	1.Pelayanan Terganggu 2.Tingkat Kepercayaan Masyarakat Turun	(Rp)	Direktur	Bidang Penunjang, PSRS, Penyedia Barang dan Jasa
			7	Kekurangan alat untuk Operasi Bedah Jantung sehingga pasien Rujuk Ke Fasilitas kesehatan lain	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.07	Alat medis yang tidak tersedia	Internal	1.Tingkat Penangan Pasien Turun 2. Rujukan Pasien Keluar	(Rp)	Direktur	Bidang Penunjang, PSRS

		8	Penyediaan pakaian operasi dan bahan linen yang terlalu lama	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.08	Mesin cuci Infeksius yang berusia lebih dari 10 Tahun	TW 2 Tahun 2025	1. Jadwal penanganan pasien Mundur	(Rp)	Direktur	Bidang Penunjang, PSRS, Ka Instalasi Laundry
Sub Kegiatan: Rehabilitasi dan pemeliharaan Rumah Sakit	Rehabilitasi dan pemeliharaan rumah sakit	9	perbaikan AC yang Tidak tepat waktu	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.09	1. Sparepart belum tersedia masa pakai lebih dari 5 tahun 2. kurangnya SDM teknisi AC 3. Respon time teknisi yang relatif lama 4. Jadwal perawatan AC yang tidak rutin 5. ketidak mampuan teknisi dalam perbaikan AC 6. Penggunaan AC yang salah	1. Eksternal 2. Internal 3. Eksternal 4. Eksternal 5. Eksternal 6. Eksternal	1. AC Panas, 2. Potensi kerusakan spare part AC 3. Masa penggunaan AC yang berkurang 4. Biaya perbaikan yang lebih mahal 5. Penyebaran Penyakit 6. Penurunan kepuasan Pasien	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
		10	Lift yang tidak bisa digunakan	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.10	Jadwal perawatan LIFT yang tidak rutin	1. Eksternal 2. Internal 3. Eksternal 4. Eksternal 5. Eksternal 6. Internal	1. gangguan operasional Lift 2. Ketidaknyamanan Pasien 3. Peningkatan Kerusakan Lift 4. Risiko Keselamatan (Terjebak Lift, Cedera Selus, Risiko Jatuh, Bahaya Kebakaran) 5. Kerugian Finansial	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
		11	Kurang Bersihnya ruangan Rawat Inap	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.11	1. kurangnya SDM cleaning service 2. Protokol pembersihan yang tidak memadai 3. Tidak ada monitoring kebersihan ruang rawat inap 4. Respon time cleaning service yang lama	Eksternal	1. Peningkatan Penyebaran Infeksi 2. Peningkatan Biaya Operasional 3. Penurunan Kepuasan Pasien 4. Lingkungan tidak Higienis 5. Penurunan Branding	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
		12	Kehilangan Barang di lingkungan Rumah Sakit	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.12	Kurangnya sistem manajemen keamanan fasilitas dan pembatasan akses pengunjung	Internal Eksternal Eksternal	1. Kehilangan Aset Rumah Sakit 2. Kehilangan Barang Pasien 3. Kerugian Finansial 4. Penundaan Pelayanan 5. Penurunan efisiensi operasional	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
		13	pembesuk yang tidak sesuai jam kunjungan	Risiko Kepatuhan	ROO.26.02.33.13	Screening Pembesuk Tidak dilakukan dengan benar dan tidak tegas	Eksternal	1. Waktu istirahat pasien yang terganggu 2. Risiko Infeksi 3. Kelelahan Pasien 4. Kondisi ruang rawat inap yang tidak kondusif 5. Beban kerja staf yang meningkat	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bagian Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)

14	Pasien yang meninggalkan rumah sakit tanpa izin petugas medis (Pasien Kabur)	Risiko Pendapatan	ROO.26.02.33.14	lengahnya pengawasan	1. Internal 2. Eksternal 3. Eksternal 4. Eksternal	1. Potensi Kerugian dikarenakan gagal claim 2. beban kerja petugas kesehatan 3. Ketidakpercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit 4. peningkatan Infeksi pada pasien	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bagian Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
15	Ruang tunggu poliklinik yang kurang nyaman	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.15	Waktu Tunggu yang lama dan Sistem Teknologi yang kurang membantu proses layanan rawat jalan	Internal	1. Meningkatkan kecemasan pasien 2. Penurunan Kepuasan Pasien 3. Lingkungan rawat jalan yang tidak kondusif 4. Penurunan Pendapatan	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bagian Sekertariat Bidang Pelayanan Bidang Pelayanan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
16	Toilet yang kotor	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.16	1. Kurangnya edukasi/peraturan cara penggunaan toilet yang benar 2. Kurang jadwal kebersihan toilet 3. Fasilitas toilet yang tidak terawat 4. Kondisi Pasien 5. Ketidakmampuan dalam menggunakan fasilitas toilet	Internal	1. Risiko Penyebaran Infeksi meningkat 2. penurunan pemulihan pasien 3. Lingkungan yang kotor 5. Penurunan Kepuasan Pasien	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bidang Perencanaan Bidang Sekertariat BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
17	genset yang tidak bisa digunakan	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.17	1. Kurangnya pemeliharaan Genset 2. kurang pengawasan dalam perawatan	Eksternal Internal	1. Mesin Genset rusak 2. Kerugian biaya operasional rumah sakit 3. gangguan operasional dan peralatan rumah sakit 4. Kebocoran gas Co2	(Rp)	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
18	UPS yang tidak bisa digunakan	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.18	1. Kurangnya pemeliharaan rutin UPS 2. Evaluasi Penggunaan UPS 3. Kelebihan beban UPS	Eksternal Internal	1. Kerusakan peralatan elektronik 2. Gangguan Operasional rumah sakit 3. Kerusakan peralatan	(Rp)	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
19	Bau tidak sedap dari aliran air rumah sakit	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.19	1. Kurangnya perawatan pada sistem Plumbing 2. pemasangan yang tidak tepat 3. penyumbatan	Eksternal Internal	1. Pencemaran air 2. Penularan penyakit 3. Biaya perbaikan yang tinggi	(Rp)	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
20	wadah air tidak tersuplay air bersih	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.20	1. Kurangnya Pengecekan Rutin di ruang RO	Eksternal Internal	1. Penurunan Kualitas air 2. Peningkatan tekanan dan konsumsi air 3. Penumpukan kerak pada tangki air 4. terganggunya kegiatan operasional 5. Kerusakan alat	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)

Program : Penunjang urusan pemerintah daerah kabupaten/kota Kegiatan: Administrasi Keuangan Perangkat Daerah Sub Kegiatan : Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN		21	pompa air limbah yang tidak berfungsi	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.21	1. Kurangnya perawatan Pompa pengelolaan air limbah 2. tidak ada monitoring evaluasi pengawasan pompa air limbah	Eksternal Internal	1. Pencemaran Lingkungan 2. Risiko penyebaran penyakit 3. Biaya perbaikan tinggi	(Rp)	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
		22	pencahayaan ruangan yang kurang	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.22	Tidak adanya sistem preventive maintenance (pemeliharaan pencegahan) yang terstruktur	Eksternal Internal	1. Pemeliharaan dan perawatan lampu 2. pengecekan kualitas lampu	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
		23	Air Hujan Merembes melalui atap dan membasahi lantai	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.23	Kurangnya tenaga kebersihan dan lemahnya sistem pengawasan serta penjadwalan pemeliharaan fasilitas gedung		1. perawatan rooftop gedung 2. Pengawasan pada pemeliharaan atap gedung	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
			Kualitas Air Keluar (Effluent) Parameter (BOD) dan (COD) Melebihi Baku Mutu	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.24	1. Kurangnya Petugas IPAL		1. Lab IPAL menjadi rusak 2. Pencemaran Lingkungan rumah sakit	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bidang Perencanaan BM (pihak ketiga/ Outsourcing)
	Gaji Tunjangan ASN	25	Pegawai datang tidak tepat waktu	Risiko kepatuhan		Waktu persilapan di pagi hari kurang memadai dan tidak ada penyesuaian jadwal keberangkatan dengan situasi lalu lintas.	Eksternal	1. Keluhan Pasien 2. Penumpukan Pasien 3. Penambahan beban kerja & waktu penyelesaian pekerjaan	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bagian Kesekretariatan
		26	Beban Kerja Berlebih Tanpa Dukungan	Risiko kepatuhan	ROO. 26.02.33.26	Sistem penganggaran rumah sakit tidak responsif terhadap fluktuasi rasio kebutuhan	Internal	1. Keluhan Pasien 2. Penumpukan Pasien 3. Penambahan beban kerja & waktu penyelesaian pekerjaan	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bagian Kesekretariatan, BKPSDM, BPKAD
		27	Ketidaktersediaan Staf pada jam Piket (Sabtu/Hari Libur)	Risiko kepatuhan	ROO. 26.02.33.27	Tidak adanya sistem perencanaan dan evaluasi beban kerja yang baik di manajemen kepegawaian.	Internal	1. Keluhan Pasien 2. Penumpukan Pasien 3. Penambahan beban kerja & waktu penyelesaian pekerjaan 4. Penurunan Produktivitas	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	
		28	Laporan kinerja karyawan terlambat diserahkan dari batas waktu yang ditentukan.	Risiko kepatuhan	ROO. 26.02.33.28	Belum adanya sistem laporan yang terintegrasi	Internal	1. Target Kinerja Pegawai Tidak Tercapai 2. Penilaian Kinerja tidak akurat	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	
		29	Penurunan Pendapatan RS	Risiko Pendapatan	ROO. 26.02.33.29	Belum optimalnya integrasi sistem EMR	Internal	Kelebihan Pembayaran Pendapatan	(Rp)	Direktur	

Kegiatan: Peningkatan Pelayanan BLUD Sub kegiatan : Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Pengelolaan Belanja BLUD	30	Usulan kebutuhan lift tidak sesuai kebutuhan	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.30	Analisis kebutuhan lift tidak detail	Internal	Pengadaan tidak efektif dan mengganggu pelayanan RS	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		31	Dokumen pengajuan tidak lengkap	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.31	Kelengkapan dokumen tidak diverifikasi	Internal	Pengajuan ditunda atau dikembalikan	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		32	Nilai anggaran tidak sesuai acuan Standar Harga	Risiko Kemitraan	ROO. 26.02.33.32	HPS tidak sesuai dengan Standar Harga Satuan	Internal	1. Temuan Audit 2. Kegagalan Anggaran RS 3. Kegagalan Pengadaan	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		33	Struktur gedung tidak memenuhi syarat pemasangan lift	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.33	Tidak dilakukan kajian struktur	Internal	Penambahan biaya konstruksi	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		34	Spesifikasi mengarah pada merek tertentu	Risiko Fraud	ROO. 26.02.33.34	Penyusunan spesifikasi tidak netral	Internal	Potensi tender gagal	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		35	Daya listrik existing tidak mencukupi	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.35	kesalahan perencanaan awal dalam memperkirakan total kebutuhan daya	Internal	Gangguan operasional kelistrikan RS	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		36	Kapasitas AC tidak sesuai kebutuhan ruangan	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.36	Perhitungan kebutuhan pendingin tidak tepat	Internal	Pendinginan ruangan tidak optimal	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		37	Pengunjung terjebak dalam Lift	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.37	Kegagalan kelistrikan pada lift dan kerusakan pada mesin lift	Eksternal	1. risiko cidera 2. gangguan pemasangan 3. Tertundanya pelayanan	(Rp)	Direktur	Perencanaan IPSRS PPRS
		38	kondisi gerakan yang tidak stabil saat pengoperasian Lift	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.38	1. kerusakan bearing counterweight	Eksternal	1. kerusakan pada mesin lift	(Rp)	Direktur	1. Bidang Perencanaan 2. PPRS 3. IPSRS
		39	Lift bergetar dan macet saat digunakan	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.39	1. Operasional lift digunakan 24 jam nonstop 2. usia lift lebih dari 15 tahun	Internal	1. Penurunan operasional lift 2. belt lift putus 3. pemborosan listrik 4. kerusakan menyeluruh pada Lift	(Rp)	Direktur	1. Bidang Perencanaan 2. PPRS 3. IPSRS
		40	Jaringan Internet di area Poli Rawat Jalan Rumah Sakit mati total, sehingga layanan pendaftaran pasien terhenti.	Risiko Pembiayaan	ROO. 26.02.33.40	1. Keterlambatan Pembayaran Internet 2. Pengadministrasian terlambat 3. Akses Internet dicabut	Internal dan Eksternal	1. Pelayanan Pasien yang terganggu 2. Keluhan Pasien Ranap, Rajal dan OK	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan Sub.Koord PDM
		41	Situs Web RSUD CAM yang tidak dapat di akses	Risiko Pembiayaan	ROO. 26.02.33.41	Keterlambatan Berlangganan Hosting RSUD	Internal	1. Keterlambatan Informasi Rumah Sakit 2. keluhan pasien	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan Sub.Koord PDM

42	Terganggunya Kegiatan Zoom Meeting RSUDCAM	Resiko Pembiayaan	ROO. 26.02.33.42	ZOOMeting yang belum terlokasi	Internal	Keterhambatan Komunikasi Internal/eksternal	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan Sub.Koord PDM
43	Perbaikan perangkat hardware yang rusak sehingga mengalami keterlambatan pelaksanaan kegiatan .	Resiko Belanja	ROO. 26.02.33.43	sistem pelacakan tiket yang otomatis dan terintegrasi, sehingga permintaan suku cadang sering terlewat dan proses perbaikan menjadi terhambat.	Internal & Eksternal	Terhambatnya Pengadaan Peralatan dan perlengkapan komputer	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan Sub.Koord PDM
44	Kurangnya Persediaan barang Hardware dan Software	Resiko Belanja	ROO. 26.02.33.44	Tidak tersedianya perangkat	Internal & Eksternal	1.Terganggunya Pelayanan 2.Penurunan Kepuasan Pelanggan	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan Sub.Koord PDM
45	Dokter Tidak Dapat Membuka Gambar Radiologi di Komputer Poli	Resiko Belanja	ROO. 26.02.33.45	Spek PACS yang tidak sesuai kebutuhan	Eksternal	1. Penurunan pendapatan RSUDCAM 2.Terganggunya Pelayanan Pasien	(Rp)	Direktur	Bagian Perencanaan Sub.Koord PDM
46	Kurangnya Persediaan bahan bangunan dan konstruksi	Resiko Belanja	ROO. 26.02.33.46	Tidak adanya sistem pengelolaan inventaris yang terencana (preventive maintenance) dan sistem pelacakan stok otomatis untuk kebutuhan material fasilitas gedung	Internal & Eksternal	Keluhan user pada barang barang yang perlu dilakukan perbaikan sehingga membuat ketidaknyamanan pada pelayanan	(Rp)	Direktur	Kabag Perencanaan, Ka. Instalasi IPSRS, Ka. Sub. Bagian PPRS
47	Kurangnya Persediaan Bahan alat listrik	Resiko Belanja	ROO. 26.02.33.47	Buluh Waktu untuk pengadaan Sparepart yang dibutuhkan	Internal & Eksternal	Keluhan user pada barang barang yang perlu dilakukan perbaikan sehingga membuat ketidaknyamanan pada pelayanan	(Rp)	Direktur	Kabag Perencanaan, Ka. Instalasi IPSRS, Ka. Sub. Bagian PPRS
48	Pemeliharaan mesin yang tidak tepat waktu	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.48	Tidak adanya sistem pengingat digital dan anggaran yang mendukung otomatisasi jadwal pemeliharaan mesin	Internal & Eksternal	Keluhan user pada barang barang yang perlu dilakukan perbaikan sehingga membuat ketidaknyamanan pada pelayanan	(Rp)	Direktur	Kabag Perencanaan, Ka. Instalasi IPSRS, Ka. Sub. Bagian PPRS
49	Pemeliharaan Utilitas yang tidak tepat waktu	Risiko Operasional	ROO. 26.02.33.49	Butuh Waktu untuk pengadaan Sparepart yang dibutuhkan	Eksternal	1. Terganggunya Pelayanan 2. terganggu nya kelistrikan pada rumah sakit	(Rp)	Direktur	Kabag Perencanaan, Ka. Instalasi IPSRS, Ka. Sub. Bagian PPRS
50	Terbatasnya keyakinan bahwa laporan keuangan telah diajikan secara transparan, akuntabel dan sesuai prinsip tata kelola yang	Risiko Fraud	ROO.26.02.33.50	kurangnya komitmen manajemen puncak dalam menyediakan infrastruktur sistem yang terintegrasi, serta kegagalan manajemen dalam	Internal & Eksternal	1. Penurunan Kepercayaan Publik terhadap pengelolaan keuangan rumah sakit 2.Bantuan dana pusat berkurang	(Rp)	Direktur	Bagian Keungan, Bagian Perencanaan, Bagian Kesetaraan, Bidang Pelayanan, Bidang
51	Tidak tersedianya data informatif yang objektif dan independent yang dapat memastikan secara efisien, efektif sesuai dengan peraturan yang berlaku serta mencapai tujuan	Risiko Kepatuhan	ROO.26.02.33.51	Laporan kinerja keuangan belum akurat dan komprehensif	Internal	1. Kerugian finansial akibat pemborosan dan inefisiensi 2. Kesalahan pengambilan keputusan karena informasi tidak akurat dan lengkap 3.Reputasi pengelolaan BLUD menurun	(Rp)	Direktur	Bagian Keungan, Bagian Perencanaan, Bagian Kesetaraan, Bidang Pelayanan, Bidang Keperawatan, Bidang Penunjang

52	Bahan baku makanan pasien (seperti susu atau daging) asam dan rusak sebelum dimasak.	Risiko Kemitraan	ROO.26.02.33.52	Tidak sesuai Spesifikasi	Internal	1. Ketertambatan penyediaan makanan pasien 2.meningkatnya keluhan pasien	(Rp)	Direktur	Bagian Kesetariatan SubKoor RT dan Perlengkapan Instalasi Gizi
53	Kertas Barcode yang tidak tersedia	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.53	1.Mesin Barcode yang rusak 2.Kertas Barcode kosong	Internal	1. Kegiatan Administrasi Pasien yang terhambat 2.Kegiatan Pelayanan yang terganggu	(Rp)	Direktur	Bagian Kesetariatan SubKoor RT dan Perlengkapan
54	Tidak Terbayarkannya Honorium review KEPK	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.54	Underestimasi terhadap jumlah anggaran dana honorarium akibat meningkatnya jumlah proposal penelitian yang masuk untuk direview pada tahun 2026. Hal ini dapat terjadi karena analisa dilakukan pada tahun 2025 dan menggunakan prediksal jumlah proposal penelitian yang direview tahun	Internal	Penurunan Motivasi dari Review KEPK	(Rp)	Direktur	Bagian Kesetariatan KEPK
55	Honorium keparamiteraan klinik belum terbayarkan	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.55	Underestimasi terhadap jumlah anggaran dana honorium akibat meningkatnya jumlah peserta didik yang tidak terprediksi pada tahun 2026	Internal	1. Penurunan Motivasi dari Review KEPK 2. Penurunan pendapatan RSUD 3. Penurunan Status RSUD dan Pendidikan	(Rp)	Direktur	Bagian Kesetariatan KEPK
56	Honorium PKL Keperawatan, Kebidanan , nakes lain belum terbayarkan	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.56	Underestimasi terhadap jumlah anggaran dana honorium akibat meningkatnya jumlah peserta didik yang tidak terprediksi pada tahun 2026	Internal	1. Penurunan Motivasi dari Review KEPK 2. Penurunan pendapatan RSUD 3. Penurunan Status RSUD dan Pendidikan	(Rp)	Direktur	Bagian Kesetariatan Komkordik
57	Tidak terpenuhinya kompetensi dan kewenangan klinis pembimbingan SDM pengajar	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.57	1. Berkurangnya kesempatan untuk melakukan pelatihan/workshop 2. Kurangnya motivasi 3. Ilmu pengetahuan dan Skill yang tidak update	Internal	1. Kualitas Pembimbingan dan penguji yang menurun 2. Reputasi RSUD sebagai RS Pendidikan menurun	(Rp)	Direktur	Bagian Kesetariatan Komkordik
58	Kurang Jumlah inovasi penelitian atau pengabdian kepada masyarakat yang dilakukan oleh SDM pengajar	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.58	1. Kurangnya dana anggaran untuk penelitian 2. Kurangnya tenaga peneliti 3.masalah perijinan 4.kurangnya sarana penelitian	Internal	1. RSUD tidak memiliki penelitian yang banyak dan berkualitas 2. RSUD tidak melaksanakan 2 Fungsi RS Pendidikan dengan baik sehingga	(Rp)	Direktur	Bagian Kesetariatan Komkordik

		59	Putusnya keanggotaan ARSPI	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.59	Keterlambatan pembayaran lunas keanggotaan ARSPI	Internal	1. Tidak Update Informasi seputar RS Pendidikan 2. RSUD tidak mendapatkan kesempatan peningkatan kompetensi sebagai RS pendidikan dari ARSPI	(Rp)	Direktur	Bagian Kesekretariatan Konkordik
		60	keterlambatan atau kekosongan pengadaan BBM ambulans	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.60	1. Kurangnya Persediaan BBM 2. Mobil Ambulan sedang perbaikan 3. Kurangnya ketersediaan Mobil Ambulan	Internal	1. Penurunan kualitas pelayanan 2. Penurunan kepuasan pasien	(Rp)	Direktur	Bagian Kesekretariatan Instalasi Ambulan
		61	Keterlambatan pembayaran Jasa Pelayanan Karyawan	Risiko Pembiayaan	ROO.26.02.33.61	1. Keterlambatan pencairan Klaim BPJS 2. Kekurangan Pendapatan RS	Internal	Penurunan Motivasi karyawan yang berdampak pada pelayanan kepada pasien, sehingga bisa menurunkan pendapatan	(Rp)	Direktur	Bagian Penunjang
		62	Belum Lengkapnya data dan informasi dari tiap unit	Risiko Operasional	ROO.26.02.33.62	Kurangnya pemahaman tentang penyediaan data dan informasi dari tiap unit	Internal	1. Dokumen Perencanaan yang tidak akurat	Non Rupiah/ Peristiwa	Direktur	Bagian Perencanaan

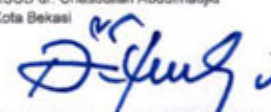
Bekasi, 19 agustus 2026

Dibuat oleh,

1. Kepala Bidang Pelayanan
2. Kepala Bidang Keperawatan
3. Kepala Bidang Penunjang
4. Kepala Bagian Kesekretariatan
5. Kepala Bagian Perencanaan
6. Kepala Bagian Keuangan

Disetujui oleh

Direktur,
RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid
Kota Bekasi

7 

Dr. dr. Eltya Niken Pratiwi, MKM, MARS
NIP. 19700430 200003 2 003

ANALISIS RISIKO DAN MITIGASI RISIKO

Nama Pemerintah/Perangkat Daerah
 Sasaran/Program/Kegiatan

: RSUD dr. Chasbullah Abdulmedjid Kota Bekasi
 :Sasaran : Meningkatkan Mutu Pelayanan RS sesuai Standar Program:
 1. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat
 2. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
 Kegiatan :
 1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kowonangan Daerah Kabupaten/Kota
 2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
 3. Peningkatan Pelayanan BLUD

No Risiko	Risk Event	RISK REGISTER									RISK TREATMENT		Score / Nilai Target Risk After Mitigation			Prioritas Risiko
		Nilai/Score Risiko Molekat/Inherent Risk			Existing Control / Pengendalian yang ada			Nilai/Score Risiko Baa/Residual Risk			Opai Perilaku Risiko	Deskripsi Tindakan Mitigasi	Kemungkinan Kejadian/Likelihood	Dampak/Impact	Tingkat Risiko / Level of Risk	
		Kemungkinan Kejadian/Likelihood	Dampak/ Impact	Tingkat Risiko / Level of Risk	Ada/Tidak Ada	Memadai / belum memadai	Dijalankan 100% / belum dijalankan 100%	Kemungkinan Kejadian/ Likelihood	Dampak/ Impact	Tingkat Risiko / Level of Risk						
ROO.26.02.33.01	Terdambatnya dalam pengisian Data ASPAK	2	3	12	Ada(SPO, Jadwal Pemeliharaan AC)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	2	3	12	Mitigasi	Pemantauan pengisian ASPAK	1	2	3	35
ROO.26.02.33.02	kekurangan alat untuk pasien bedah kulit sehingga rujuk ke fasilitas kesehatan lain	5	4	23	ada	Belum memadai	Belum Dijalankan 100%	4	4	22	Mitigasi	Perencanaan Pengadaan alat untuk bedah kulit	2	1	2	3
ROO.26.02.33.03	Penutupan pasien untuk tindakan operasi katarak	5	3	20	ada	Belum memadai	Belum Dijalankan 100%	5	3	20	Mitigasi	Perencanaan Pengadaan alat untuk operasi katarak	2	1	2	7
ROO.26.02.33.04	Keterlambatan dalam pemeriksaan USG Jantung	4	4	22	Ada	Belum memadai	Belum Dijalankan 100%	4	3	18	Mitigasi	Pengadaan alat USG Jantung tambahan untuk mencegah antrian menumpuk	2	1	2	18
ROO.26.02.33.05	Keterlambatan dalam pemeriksaan C-ARM pada pasien	5	3	20	ada	Belum memadai	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	4	3	18	Mitigasi	Perencanaan Pengadaan alat untuk C-Arm	2	1	2	19
ROO.26.02.33.06	Jadwal entrian Operasi Orthopedi yang terlalu panjang	3	3	15	ada	Belum memadai	Belum Dijalankan 100%	3	3	15	Mitigasi	Perencanaan Pengadaan alat untuk bedah orthopedi	2	1	2	28
ROO.26.02.33.07	Kekurangan alat untuk Operasi Bedah Jantung sehingga pasien Rujuk Ke Fasilitas kesehatan lain	3	3	15	ada	Belum memadai	Belum Dijalankan 100%	3	3	16	Mitigasi	Perencanaan Pengadaan alat untuk M22 Handpiece	2	1	2	29
ROO.26.02.33.08	keselipan pakaian operasi dan linen yang terlalu lama	3	3	15	ada	Belum memadai	Belum Dijalankan 100%	TW 2 Tahun 2025	3	15	Mitigasi	Perencanaan Pengadaan alat untuk Mesh Cuci Infekalus	2	1	2	30
ROO.26.02.33.09	perbaikan AC yang Tidak tepat waktu	5	4	23	Ada(SPO, Jadwal Pemeliharaan AC)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	5	3	20	Mitigasi	1. Menjadwalkan service AC yang berkala	2	2	7	8
ROO.26.02.33.10	Lift yang tidak bisa digunakan	5	3	20	Ada(SPO, Jadwal Pemeliharaan LIFT)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	4	3	18	Mitigasi	perawatan LIFT	2	2	7	21
ROO.26.02.33.11	Kurang Bersihnya ruangan Rawat Inap	4	3	18	Ada(SPO, Jadwal Pemeliharaan Ruang Rawat Inap)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	4	3	18	Mitigasi	pengawasan dan evaluasi berkala petugas kebersihan	2	2	7	22
ROO.26.02.33.12	Kehilangan Barang di lingkungan Rumah Sakit	5	2	16	Ada (SPO, Peraturan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	2	2	7	Mitigasi	peningkatan pengawasan di lingkungan rs	2	1	2	38
ROO.26.02.33.13	pembesuk yang tidak sesuai jam kunjungan	5	2	16	Ada (SPO, Peraturan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	5	2	18	Mitigasi	Memberikan ID card khusus pengunjung yang hanya aktif pada jam besuk tertentu	3	1	4	25
ROO.26.02.33.14	Pasien yang meninggalkan rumah sakit tanpa izin petugas medis (Pasien Kebur)	4	2	13	Ada (SPO,Peraturan Rawat Inap)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	2	2	7	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.15	Ruang tunggu poliklinik yang kurang nyaman	5	4	23	Ada(SPO, Jadwal Pemantauan Poli)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	4	4	22	Mitigasi	Optimalisasi sistem Pendaftaran Online dan evaluasi kedatangan dokter	2	2	7	4
ROO.26.02.33.16	Toilet yang kotor	5	3	20	Ada(SPO, Jadwal Pemeliharaan Toilet)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	4	3	18	Mitigasi	Evaluasi kebersihan toilet setiap ruangan	2	1	2	23
ROO.26.02.33.17	gensef yang tidak bisa digunakan	3	2	11	Ada (SPO,Form Pemantauan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.18	UPS yang tidak bisa digunakan	3	2	11	Ada(SOP,Form Pemantauan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.19	Bau tidak sedap dan aliran air rumah sakit	3	3	15	Ada(SOP,Jadwal Pemantauan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.20	wadah air tidak terauplay air bersih	3	4	19	Ada(SOP,Jadwal Pemantauan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.21	pompa air limbah yang tidak berfungsi	3	4	19	Ada(SOP,Form Pemantauan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	3	4	19	Mitigasi	Pemeliharaan pompa air limbah secara berkala	1	1	1	14
ROO.26.02.33.22	pencahayaan ruangan yang kurang	3	4	19	Ada(SOP,Form Pemantauan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	3	4	19	Mitigasi	jadwal rutin pembersihan dan penggantian lampu	1	1	1	15
ROO.26.02.33.23	Air Hujan Merembes melalui atap dan membasahi lantai	3	5	21	Ada(SOP,Jadwal Pemantauan)	Belum Memadai	Belum di jalankan 100%	3	4	19	Mitigasi	Menjadwalkan pembersihan talang dan atap secara rutin	1	1	1	16

ROO.26.02.33.24	Kualitas Air Keluar (Effluent) Parameter (BOD) dan (COD) Melebihi Batas Mulu	3		19	Ada (SOP, Jadwal Pemantauan)	Belum Memadai	Belum Djalankan 100%	3	4	19	Mitigasi	1. Penambahan Pelugas kesehatan Lingkungan	1	1	1	17
	Pegawai datang tidak tepat waktu	5	2	16	Ada		Djalankan 100%	4	2	13	Mitigasi	Evaluasi Absensi Kehadiran Pegawai	3	1	4	36
ROO.26.02.33.26	Beban Kerja Berlebih Tanpa Dukungan	3	3	15	Ada	Memadai	Djalankan 100%	2	2	7	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.27	Kelengkapan Sifat	4	2	13	Ada	Memadai	Djalankan 100%	2	2	7	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.28	Laporan kinerja karyawan terlambat diserahkan dari batas waktu yang ditentukan.	4	4	22	Ada	Memadai	Djalankan 100%	2	2	7	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.29	Penurunan Pendapatan RS	2	2	7	Ada	Memadai	Djalankan 100%	2	2	7	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.30	Usulan kebutuhan klt tidak sesuai kebutuhan	4	4	22	Ada	Belum Memadai	Belum 100%	3	4	19	Mitigasi	Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user layanan	2	3	12	10
ROO.26.02.33.31	Dokumen pengajuan tidak lengkap	4	3	18	Ada	Belum Memadai	Belum 100%	3	3	15	Mitigasi	Membuat checklist kelengkapan dokumen pengajuan	2	2	7	31
ROO.26.02.33.32	Nilai anggaran tidak sesuai dengan Standar Harga	4	4	22	Ada	Belum Memadai	Belum 100%	3	4	19	Mitigasi	evaluasi HPS dengan Standar harga satuan	2	2	7	11
ROO.26.02.33.33	Struktur gedung tidak memenuhi syarat pemasangan lift	3	5	21	Ada	Belum Memadai	Belum 100%	2	5	17	Mitigasi	Kajian struktur bangunan oleh konsultan teknis	1	4	8	24
ROO.26.02.33.34	Spesifikasi mengarah pada merek tertentu	4	4	22	Ada	Belum Memadai	Belum 100%	3	4	19	Mitigasi	Penyusunan spesifikasi berbasis performa	2	1	2	12
ROO.26.02.33.35	Cable listrik existing tidak mencukupi	3	5	21	Ada	Belum Memadai	Belum 100%	2	4	14	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.36	Kapasitas AC tidak sesuai kebutuhan ruangan	4	4	22	Ada	Belum Memadai	Belum 100%	3	4	19	Mitigasi	Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user	2	2	7	13
ROO.26.02.33.37	Pengunjung terjebak dalam Lift	4	5	24	Ada	Belum Memadai	belum djalankan 100%	4	5	24	Mitigasi	kajian kebutuhan lift	2	1	2	1
ROO.26.02.33.38	kondisi gerakan yang tidak stabil saat pengoperasian Lift	3	5	21	Ada	Belum Memadai	belum djalankan 100%	3	5	21	Mitigasi	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pul Assy	2	2	7	6
ROO.26.02.33.39	Lift bergeser dan macet saat di gunkan	4	3	18	Ada	Belum Memadai	belum djalankan 100%	4	3	18	Mitigasi	Perbaikan instalasi kabel lift dan	2	2	7	20
ROO.26.02.33.40	Jaringan internet di area Poli Rawat Jalan Rumah Sakit mati total, sehingga layanan pendaftaran pasien terhenti.	5	2	16	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	5	2	16	Mitigasi	Pengajuan Pembayaran Internal Tahun 2026	2	1	2	26
ROO.26.02.33.41	Salah Web RSUD CAM yang tidak dapat di akses	6	2	18	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	5	2	16	Mitigasi	Pengajuan Pembayaran Hoaling Tahun 2026	2	1	2	27
ROO.26.02.33.42	Terganggunya Kegiatan Zoom Meeting RSUD CAM	5	3	20	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	5	3	20	Mitigasi	Pengajuan Pembayaran Zoom Tahun 2026	2	1	2	9
ROO.26.02.33.43	Perbaikan perangkat hardware yang rusak mengalami keterlambatan.	4	4	22	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	4	4	22	Mitigasi	Pengajuan Peralatan dan perlengkapan Komputer Tahun 2026	2	1	2	5
ROO.26.02.33.44	Kurangnya Persediaan barang Hardware dan Software	4	2	13	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	4	2	13	Mitigasi	Pengajuan Kebutuhan Pengadaan Barang barang Hardware dan Software Tahun 2026	4	2	13	
ROO.26.02.33.45	Dokter Tidak Dapat Membuka Gambar Radiologi di Komputer Poli	5	4	23	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	5	4	23	Mitigasi	Pengajuan Pengadaan PACS	2	1	2	2
ROO.26.02.33.46	Kurangnya Persediaan bahan bangunan dan konstruksi	4	2	13	Ada	Belum memadai	Belum Djalankan 100%	4	2	13	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.47	Kurangnya Persediaan Bahan alat listrik	4	2	13	Ada	Belum memadai	Belum Djalankan 100%	4	2	13	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.48	Pemeliharaan mesin yang tidak tepat waktu	3	3	15	Ada	Belum memadai	Belum Djalankan 100%	3	3	15	Mitigasi	Pengajuan pemeliharaan dan po	2	2	7	32
ROO.26.02.33.49	Pemeliharaan Utilitas yang tidak tepat waktu	3	2	11	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.50	Terbatasnya keyakinan bahwa laporan keuangan telah disajikan secara transparan, akurat dan sesuai prinsip tata kelola yang baik	1	4	8	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	1	6	10	Mitigasi	Melakukan Audit Independen Laporan Keuangan	2	1	2	37
ROO.26.02.33.51	Tidak terdapatnya data informatif yang objektif dan independen yang dapat memastikan secara efisien, efektif sesuai dengan peraturan yang berlaku serta mencapai tujuan	3	3	15	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	3	3	15	Mitigasi	Audit Independen Kinerja Keuangan RSUD	2	1	2	33
ROO.26.02.33.52	Bahan baku makanan pasien (sepergi susu atau daging) asam dan rusak sebelum dinasek.	2	1	2	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.53	Kertas Barcode yang tidak tersedia	2	1	2	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.54	Tidak Terbayarkannya Honorarium Dokter KEC.	1	5	10	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	1	6	10	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.55	Honorarium keparamedika klinik belum terbayarkan	1	5	10	Ada	Memadai	Belum Djalankan 100%	1	5	10	-	-	-	-	-	-

ROO.26.02.33.56	Honorarium PKL Kaperawatan, Kabinidenan, nakes lain belum terakreditasi	1	5	10	Ada	Memadai	Belum Dijalankan 100%	1	5	10	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.57	Tidak terpenuhinya kompetensi dan kewenangan klinis pembimbing SOM penasar	2	4	14	Ada	Memadai	Belum Dijalankan 100%	2	4	14	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.58	Kurang jumlah inovasi penelitian atau pengabdian kepada masyarakat yang dilakukan oleh SOM pengajar	2	4	14	Ada	Memadai	Belum Dijalankan 100%	2	4	14	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.59	Pulangnya keanggotaan ARSRI	2	4	14	Ada	Memadai	Belum Dijalankan 100%	2	4	14	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.60	Keterlambatan atau kekosongan pengadaan RSM ambulans	3	2	11	Ada	Memadai	Belum Dijalankan 100%	2	1	2	-	-	-	-	-	-
ROO.26.02.33.61	Keterlambatan pembayaran Jasa Pelayanan Karyawan	2	5	17	Ada	Memadai	Belum Dijalankan 100%	3	3	15	Mitigasi	Perencanaan Penganggaran Jasa Pelayanan Karyawan dan mengoptimalkan Kain BPJS	2	1	2	34
ROO.26.02.33.62	Belum Lengkapnya data dan informasi dari tiap unit	2	2	7	Ada(SOP Jadwal Pemantauan)	Belum Memadai	Belum Dijalankan 100%	2	2	7	-	-	-	-	-	-

Bekasi, 19 Agustus 2025

Dibuat oleh,

1. Kepala Bidang Pelayanan
2. Kepala Bidang Kaperawatan
3. Kepala Bidang Penunjang
4. Kepala Bagian Kesekretariatan
5. Kepala Bagian Perencanaan
6. Kepala Bagian Keuangan

Disetujui oleh
Direktur,
RSUD dr. Chastubillah Alimuddin
Kota Bekasi

Dr. dr. Ellysa Niken Pratiwi, MARS
NIP. 19700430 200003 2 003

FORMULIR RANCANGAN INFORMASI DAN KOMUNIKASI

Nama Pemda	: Kota Bekasi
Tahun Penilaian	: 2025
Tujuan Strategis	: Tercapainya pelayanan kesehatan RSUD yang bermutu
Urusan Pemerintahan	: Kesehatan

No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
a	b	c	d	e	f	g	h
1	kajian kebutuhan lift	Surat permohonan, Nota Dinas	IPSRS dan PPRS	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	Bulan Juni TW 2	
2	Pengajuan Pengadaan PACS	Bukti Pengadaan : Inaproc bukti pencairan: Surat Permohonan Pengajuan Pembayaran dan Kwitansi	Pengolahan Data & Movev (SIMRS)	Bidang Perencanaan	TW 1 Tahun 2026	Bulan Februari TW 2 2026	
3	Perencanaan Pengadaan alat untuk bedah kulit	Nota Dinas Permohonan Alat, Analisa Kebutuhan alat, Laporan data aset dan SOP Penggunaan alat	User Pengguna Alat	Bidang Penunjang	TW 2 Tahun 2026	TW 3 Tahun 2026	
4	Optimalisasi sistem Pendaftaran Online dan evaluasi kedatangan dokter	Rapat Evaluasi Optimalisasi Pendaftaran Online, Poster Edukatif, layar Edukatif dan Pemberian Informasi yang Edukatif dan checklis kebutuhan kursi tunggu poli	Bidang Pelayanan, Instalasi Rawat Jalan, HPI, RT dan Perlengkapan	Masyarakat	TW 1 Tahun 2026	TW 1 dan 2 2026	
5	Pengajuan Peralatan dan perlengkapan Komputer Tahun 2026	Hasil Visit team IT di lapangan	Pengolahan Data & Movev (SIMRS)	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	Bulan Juli TW 3 2026	
6	perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	Nota dinas dan hasil Pemeriksaan Uji Riksa Lift	PSRS dan IPSRS	Bidang Perencanaan	TW 2 Tahun 2026	Bulan Juli TW 3 2026	
7	Perencanaan Pengadaan alat untuk operasi katarak	Nota Dinas Permohonan Alat, Analisa Kebutuhan alat, Laporan data aset dan SOP Penggunaan alat	User Pengguna Alat	Bidang Penunjang	TW 2 Tahun 2026	April TW 2 Tahun 2026	
8	1. Menjadwalkan service AC yang berkala	Rapat Koordinasi ,Rapat Evaluasi, pembuatan jadwal pemeliharaan AC ,pembuatan SOP Pemeliharaan AC dan pembuatan Kualifikasi Teknisi AC	IPSRS PPRS	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW1 dan TW 2 2026	
9	Pengajuan Pembayaran Zoom Tahun 2026	Surat Permohonan, Nota Dinas	Pengolahan Data & Movev (SIMRS)	Bidang Perencanaan	TW 2 Tahun 2025	Bulan Agustus TW 3 2026	
10	Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user layanan	Nota Dinas dan hasil Pemeriksaan oleh teknisi	IPSRS PPRS	Bidang Perencanaan	tw 2 2026	Juni TW 2 2026 dan Juli TW 3 2026	
11	evaluasi HPS dengan Standar harga satuan	Email vendor, katalog harga, BA survey, surat penawaran dari vendor	Vendor	Bagian perencanaan, PPRS,IPSRS	TW 2 Tahun 2026	Juni TW 2 2026 dan Juli TW 3 2026	
12	Penyusunan spesifikasi berbasis performa	Kajian Spekteknis	IPSRS	Bagian perencanaan, PPRS	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
13	Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user	Nota Dinas : pengadaan AC dan hasil Pemeriksaan oleh teknisi	IPSRS PPRS	Bidang Perencanaan	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
14	Pemeliharaan pompa air limbah secara berkala	Laporan Pemeriksaan IPAL	IPSRS PPRS	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1 dan TW 2 2026	

15	Jadwal rutin pembersihan dan penggantian lampu	Nota Dinas permintaan dari ruangan, Laporan Pemeriksaan	PPRS, IPSRS	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1 dan TW 2 2026	
16	Menjadwalkan pembersihan talang dan atap secara rutin	Membuat SOP pemeliharaan pencahayaan gedung, membuat kualifikasi untuk tenaga Elektrikal, membuat jadwal pemeliharaan pencahayaan gedung, dan melakukan pengawasan, evaluasi pencahayaan gedung	IPSRS PPRS	Bidang Perencanaan	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
17	1. Penambahan Petugas kesehatan Lingkungan	Sertifikat Kesehatan Lingkungan	BM	Bidang Perencanaan	TW 1 Tahun 2026	TW 1 Tahun 2026	
18	Pengadaan alat USG jantung tambahan untuk mencegah antrean menumpuk	Nota Dinas Permohonan Alat, Analisa Kebutuhan alat, Laporan data aset dan SOP Penggunaan alat	User Pengguna Alat	Bidang Penunjang	TW 2 Tahun 2026	Juli TW 3 Tahun 2026	
19	Perencanaan Pengadaan alat untuk C-Arm	Nota Dinas Permohonan Alat, Analisa Kebutuhan alat, Laporan data aset dan SOP Penggunaan alat	User Pengguna Alat	Bidang Penunjang	TW 2 Tahun 2026	September TW 3 Tahun 2026	
20	Perbaikan instalasi kabel lift dan pemeriksaan sistem grounding	Rapat Koordinasi, Rapat Evaluasi, Pembuatan Kualifikasi Teknisi Lift, Pembuatan Jadwal Pemeliharaan Lift, dan Uji Riksa Lift	IPSRS PPRS	Bidang Perencanaan	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
21	perawatan LIFT	Rapat Koordinasi, Rapat Evaluasi, Pembuatan SOP Kebersihan Ruangan, Pembuatan Jadwal Evaluasi dan pemantauan Kebersihan Ruangan dan Membuat RAB kebutuhan alat kebersihan	IPSRS PPRS	Masyarakat	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
22	pengawasan dan evaluasi berkala petugas kebersihan	Membuat RAB kebutuhan alat kebersihan	IPSRS PPRS	Masyarakat	TW 1 Tahun 2026	TW 1 Tahun 2026	
23	Evaluasi kebersihan toilet setiap ruangan	Pembuatan Form pemantauan kebersihan toilet, pembuatan RAB untuk kebutuhan alat Kebersihan Toilet		Masyarakat	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1 dan TW 2 2026	
	Kajian struktur bangunan oleh konsultan teknis	Hasil Kajian Struktur bangunan	PSRS	Perencanaan	TW 3 Tahun 2026		
25	Memberikan ID card khusus pengunjung yang hanya aktif pada jam besuk tertentu	Rapat Koordinasi, Rapat Evaluasi, Analisa Kebutuhan Satpam	Bidang Pelayanan, Instalasi Rawat Inap, PPRS	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	Juni TW 2026	
26	Pengajuan Pembayaran Internet Tahun 2026	Surat Permohonan Pengajuan Pembayaran	Pengolahan Data & Monev (SIMRS)	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	Maret TW 1 2026, Juni TW 2 2026	
27	Pengajuan Pembayaran Hosting Tahun 2026	Rapat dan koordinasi ke bagian terkait, Nota Dinas, Surat Permohonan, KAK, RKB dan RAB	Pengolahan Data & Monev (SIMRS)	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	September TW 3 Tahun 2026	
28	Perencanaan Pengadaan alat untuk bedah orthopedi	Nota Dinas Permohonan Alat, Analisa Kebutuhan alat, Laporan data aset dan SOP Penggunaan alat	User Pengguna Alat	Bidang Penunjang	TW 2 Tahun 2026	TW 3 Tahun 2026	

29	Perencanaan Pengadaan alat untuk M22 Handpiece	Nota Dinas Permohonan Alat, Analisa Kebutuhan alat, Laporan data aset dan SOP Penggunaan alat	User Pengguna Alat	Bidang Penunjang	TW 2 Tahun 2026	Juni TW 2 2026	
30	Perencanaan Pengadaan alat untuk Mesin Cuci Infeksius	Nota Dinas Permohonan Alat, Analisa Kebutuhan alat, Laporan data aset dan SOP Penggunaan alat	User Pengguna Alat	Bidang Penunjang	TW 2 Tahun 2026	Mei TW 2 2026	
28	Membuat checklist kelengkapan dokumen pengajuan	Checklist dokumen pengadaan dan Nota dinas pengajuan	PPRS	UPBJ, Bagian Perencanaan	TW 2 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
29	Pengajuan pemeliharaan dan perbaikan peralatan dan mesin	Surat Permohonan, Nota Dinas	PSRS	Bidang Perencanaan	TW 3 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
30	Audit Independen Kinerja Keuangan BLUD	Data Rekap Anggaran Jasa Pelayanan Karyawan, Rekap Kinerja Karyawan	Keuangan	Bidang Keuangan	TW 1 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
31	Perencanaan Penganggaran Jasa Pelayanan Karyawan dan mengoptimalkan Klaim BPJS	Surat Nota Dinas, Permohonan dari User	Pengolahan Data & Money (SIMRS)	Bidang Perencanaan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1 2026	
32	Pemantauan pengisian ASPAK	analisa kegiatan, BA Kegiatan, Nota Dinas, KAK,RAB	Komkordik	Perencanaan dan Instalasi Diklat	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
33	Evaluasi Absensi Kehadiran Pegawai	1. Daftar Rekap Absensi Pegawai	Sub Bagian Kepegawaian	Kesetariatan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1 Tahun 2026	
37	Melakukan Audit Independen Laporan Keuangan	Analisa Kegiatan, berita acara kegiatan, nota dinas,KAK,RAB,Pedoman kepatitraan klinik,pedoman PKL	Komkordik	Perencanaan	TW 1 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
34	peningkatan pengawasan di lingkungan rs	Jadwal jaga, laporan keamanan (BM)	BM	Perencanaan PPRS	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
35	membuat rencana Pengadaan biaya air	Surat Tugas Biaya Akomodasi Laporan Perjalanan Dinas	Seluruh Bidang dan Bagian	Kesetariatan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
36	Membuat kontrol jadwal Piket	Nota dinas usulan user	Seluruh Bidang dan Bagian	Kesetariatan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1 Tahun 2026	
37	memperbaiki analisa beban kerja	FGD penyusunan jadwal Piket	Seluruh Bidang dan Bagian	Kesetariatan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1,2 2026	
38	melakukan kegiatan pemberian penghargaan	FGD penyusunan jadwal Piket	Seluruh Bidang dan Bagian	Kesetariatan	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1,2 2026	

FORMULIR RANCANGAN PEMANTAUAN

Nama Pemda : Kota Bekasi
 Tahun Penilaian : 2026
 Tujuan Strategis : Tercapainya pelayanan kesehatan RSUD yang bermutu
 Urusan Pemerintahan : Kesehatan

No	Risiko yang Teridentifikasi	Kode Risiko	Kejadian Risiko			Keterangan	RTP	Rencana Pelaksanaan RTP	Realisasi Pelaksanaan RTP	Keterangan Realisasi
			Tanggal terjadi	Sebab	Dampak					
1	Pengunjung terjebak dalam Lift	ROO. 26.02.33.37					kajian kebutuhan lift	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	Bulan Juni TW 2	
2	Dokter Tidak Dapat Membuka Gambar Radiologi di Komputer Poli	ROO. 26.02.33.45					Pengajuan Pengadaan PACS	TW 1 Tahun 2026	Bulan Februari TW 2 2026	
3	kekurangan alat untuk pasien bedah kulit sehingga rujuk ke fasilitas kesehatan lain	ROO.26.02.33.02					Perencanaan Pengadaan alat untuk bedah kulit	TW 2 Tahun 2026	TW 3 Tahun 2026	
4	Ruang tunggu poliklinik yang kurang nyaman	ROO.26.02.33.15					Optimalisasi sistem Pendaftaran Online dan evaluasi kedatangan dokter	TW 1 Tahun 2026	TW 1 dan 2 2026	
5	Perbaikan perangkat hardware yang rusak mengalami keterlambatan.	ROO. 26.02.33.43					Pengajuan Peralatan dan perlengkapan Komputer Tahun 2026	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	Bulan Juli TW 3 2026	
6	kondisi gerakan yang tidak stabil saat pengoperasian Lift	ROO.26.02.33.38					perbaikan rutin Lift dan Penggantian Pull Assy	TW 2 Tahun 2026	Bulan Juli TW 3 2026	
7	Penupukan pasien untuk tindakan operasi katarak	ROO.26.02.33.03					Perencanaan Pengadaan alat untuk operasi katarak	TW 2 Tahun 2026	April TW 2 Tahun 2026	
8	perbaikan AC yang Tidak tepat waktu	ROO.26.02.33.09					1. Menjadwalkan service AC yang berkala	TW 1,2,3,4 Tahun 2026	TW1 dan TW 2 2026	
9	Terganggunya Kegiatan Zoom Meeting RSUDCAM	ROO. 26.02.33.42					Pengajuan Pembayaran Zoom Tahun 2026	TW 2 Tahun 2025	Bulan Agustus TW 3 2026	

10	Usulan kebutuhan lift tidak sesuai kebutuhan	ROO. 26.02.33.30					Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user layanan	tw 2 2026	Juni TW 2 2026 dan Juli TW 3 2026	
11	Nilai anggaran tidak sesuai Standar Harga	ROO. 26.02.33.32					evaluasi HPS dengan Standar harga satuan	TW 2 Tahun 2026	Juni TW 2 2026 dan Juli TW 3 2026	
12	Spesifikasi mengarah pada merek tertentu	ROO. 26.02.33.34					Penyusunan spesifikasi berbasis performa	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
13	Kapasitas AC tidak sesuai kebutuhan ruangan	ROO. 26.02.33.36					Melakukan survey kebutuhan dan koordinasi dengan user	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
14	pompa air limbah yang tidak berfungsi	ROO.26.02.33.21					Pemeliharaan pompa air limbah secara berkala	TW 1, 2, 3,4 Tahun 2026	TW 1 dan TW 2 2026	

15	pencahayaannya ruangan yang kurang	ROO.26.02.33.22					Jadwal rutin pembersihan dan penggantian lampu	TW 1, 2, 3, 4 Tahun 2026	TW 1 dan TW 2 2026	
16	Air Hujan Merembes melalui atap dan membasahi lantai	ROO.26.02.33.23					Menjadwalkan pembersihan talang dan atap secara rutin	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
17	Kualitas Air Keluar (Effluent) Parameter (BOD) dan (COD) Melebihi Baku Mutu	ROO.26.02.33.24					1. Penambahan Petugas kesehatan Lingkungan	TW 1 Tahun 2026	TW 1 Tahun 2026	
18	Keterlambatan dalam pemeriksaan USG Jantung	ROO.26.02.33.04					Pengadaan alat USG jantung tambahan untuk mencegah antrean menumpuk	TW 2 Tahun 2026	Juli TW 3 Tahun 2026	
19	Keterlambatan dalam pemeriksaan C-ARM pada pasien	ROO.26.02.33.05					Perencanaan Pengadaan alat untuk C-Arm	TW 2 Tahun 2026	September TW 3 Tahun 2026	
20	Lift bergetar dan macet saat digunakan	ROO. 26.02.33.39					Perbaikan Instalasi kabel lift dan pemeriksaan sistem grounding	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
21	Lift yang tidak bisa digunakan	ROO.26.02.33.10					perawatan LIFT	TW 2 Tahun 2026	TW 2 Tahun 2026	
22	Kurang Bersihnya ruangan Rawat Inap	ROO.26.02.33.11					pengawasan dan evaluasi berkala petugas kebersihan	TW 1 Tahun 2026	TW 1 Tahun 2026	
23	Toilet yang kotor	ROO.26.02.33.16					Evaluasi kebersihan toilet setiap ruangan	TW 1, 2, 3, 4 Tahun 2026	TW 1 dan TW 2 2026	
24	Struktur gedung tidak memenuhi syarat pemasangan lift	ROO. 26.02.33.33					Kajian struktur bangunan oleh konsultan teknis	TW 3 Tahun 2026	TW 1 dan TW 2 2026	
25	pembesuk yang tidak sesuai jam kunjungan	ROO.26.02.33.13					Memberikan ID card khusus pengunjung yang hanya aktif pada jam besuk tertentu	TW 1, 2, 3, 4 Tahun 2026	Juni TW 2026	
	Jaringan Internet di area Poli Rawat Jalan Rumah Sakit mati total, sehingga layanan pendaftaran pasien terhenti.	ROO. 26.02.33.40					Pengajuan Pembayaran Internet Tahun 2026	TW 1, 2, 3, 4 Tahun 2026	Maret TW 1 2026, Juni TW 2 2026	
27	Situs Web RSUD CAM yang tidak dapat di akses	ROO. 26.02.33.41					Pengajuan Pembayaran Hosting Tahun 2026	TW 1, 2, 3, 4 Tahun 2026	September TW 3 Tahun 2026	