KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/108/VII/2026

tentang

PENETAPAN DAFTAR RISIKO RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA TAHUN 2026

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang :

a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di lingkungan RSAU dr Esnawan Antariksa yang efektif dan efisien sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku, maka diperlukan penetapan indikator mutu prioritas rumah sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

b. sehubungan dengan hal tersebut diatas, perlu ditetapkan daftar Risiko RSAU dr. Esnawan Antariksa Tahun 2025 dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa;

Mengingat :

1. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;

2. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 6 tahun 2026 tentang Rumah Sakit;

5. Keputusan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor Kep/10-PKS/V/2025 tanggal 16 Mei 2025 tentang Pemberhentian Dari dan Pengangkatan Dalam Jabatan di Lingkungan TNI Angkatan Udara;

Memperhatikan :

1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Pemberlakuan Pedoman Kegiatan Manajemen Risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

2. Kebijakan Pimpinan dalam upaya pelaksanaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Manajemen Risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa agar lebih optimal, efektif dan efisien;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

1. Penetapan Daftar Risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

2. Hal-hal yang belum diatur dalam penetapan ini memerlukan pengaturan lebih lanjut yang ditindaklanjuti.

3. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 21 Juli 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
KOLONEL KES NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 108 /VII/2026
Tanggal 21 Juli 2026

DAFTAR RISIKO RSAU dr ESNAWAN ANTARIKSA TA. 2026

Keterangan :

Identifikasi risiko dilakukan dengan menganalisis potensi kejadian merugikan yang dapat mengganggu pencapaian tujuan. Berdasarkan hasil analisis tersebut, prioritas risiko ditentukan sebagai acuan dalam pengambilan keputusan manajemen. Evaluasi risiko ini didasarkan pada perkiraan nilai peluang (probabilitas), dampak (akibat), dan intensitas (frekuensi), dengan rumusan skor akhir berupa multiplikasi nilai serta score tingkat risiko dari perkalian P x F x A

Metode Penghitungan Risiko (Skor 1-5), (Skor Total dengan kriteria 1-15 = Rendah; 16-35 = Sedang; 36 – 125 = Tinggi)

RAWAT INAP

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO		P	F	A	Skor Total	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis	Pasien jatuh dari Tempat Tidur / di kamar mandi	*Side rail* tempat tidur tidak terpasang/rusak; tidak ada keset antislip di kamar mandi; asesmen skala risiko jatuh tidak berkala.	3	5	4	60	TINGGI	Asesmen risiko jatuh pasien (skala *Morse/Humpty Dumpty*) setiap shift; edukasi keluarga; penandaan stiker kuning pada gelang pasien; pemasangan handrail. .
Klinis	Terjadinya Dekubitus (*Pressure Injury*) pada Pasien Tirah Baring Lama	Mobilisasi/alih baring pasien kurang disiplin; penggunaan kasur standar untuk pasien koma/stroke; kebersihan kulit pasien kurang terjaga.	3	4	3	36	TINGGI	Penerapan jadwal alih baring miring kanan-kiri setiap 2 jam (*repositioning*); penggunaan kasur dekubitus (*air mattress*); edukasi keluarga pasien.
Klinis	Kesalahan Pemberian Obat (*Medication Error*) saat Handover	Prosedur operan shift tidak terstandardisasi; instruksi terapi dokter di catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) tidak diverifikasi ulang.	2	5	4	40	TINGGI	Penerapan operan shift metode SBAR dan TBAK secara disiplin di samping tempat tidur pasien (*bedside handover*); prinsip 7 Benar pemberian obat.
Operasional	Keterlambatan Respon terhadap Keluhan Pasien (*Nurse Call* Lambat direspons)	Rasio perawat dibanding pasien tidak seimbang (*understaffing*); kerusakan sistem bel *nurse call*; perawat terfokus pada tugas administrasi.	4	5	2	40	TINGGI	Penyesuaian ketenagaan perawat sesuai tingkat ketergantungan pasien; pemeliharaan rutin sistem nurse call; pendelegasian tugas non-klinis.
Operasiona;	Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis (CPPT/Informed Consent)	DPJP/perawat menunda pendokumentasian tindakan karena beban kerja tinggi; kurangnya evaluasi kepatuhan pengisian berkas.	4	4	3	48	TINGGI	Audit internal kelengkapan rekam medis (KLPCM) harian oleh kepala ruangan; sosialisasi ketat aturan *discharge summary* wajib selesai saat pasien pulang.
Fasilitas & PPI (K3)	Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) atau Phlebitis akibat Infus	Teknik aseptik saat pemasangan infus/perawatan luka kurang optimal; penggantian kateter infus melebihi 72-96 jam; kepatuhan cuci tangan rendah.	3	4	3	36		Standarisasi metode handover menggunakan Teknik SBAR (Situation, Background, Asesment, Recommendation)

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Fasilitas & PPI (K3)	Petugas Medis tertusuk jarum suntik	Kebiasaan melakukan penutupan jarum suntik secara manual menggunakan dua tangan (*re-capping*).	3	5	4	60	TINGGI	**SOP *Anti Re-capping*:** Larangan keras menutup kembali jarum bekas dengan dua tangan; wajib gunakan teknik satu tangan (*One-Handed Scoop*) jika terpaksa.
Fasilitas & PPI (K3)	Kegagalan Evakuasi Pasien Rawat Inap saat Terjadi Kebakaran	Jalur evakuasi terhambat barang/alkes; staf tidak terlatih evakuasi pasien non-ambulatori (tidak bisa berjalan); rambu evakuasi minim.	1	2	5	10	RENDAH	Simulasi berkala penanganan kebakaran dan evakuasi pasien (*Code Red*), penyediaan *evacuation chair* /tandu khusus; sterilisasi koridor dari hambatan alkes.
Keuangan & Regulasi	Sengketa Pembiayaan / Ketidaksesuaian Klaim Rawat Inap (BPJS)	Dokumentasi medis pendukung pemeriksaan penunjang kurang lengkap; perbedaan persepsi diagnosis antara dokter dan coder asuransi.	4	4	3	48	TINGGI	Pelaksanaan visitasi bersama tim *casemix* dan komite medik; pemantauan harian kelengkapan berkas syarat klaim sebelum pasien direncanakan pulang.
Keuangan & Regulasi	Kehilangan Barang Milik Pasien / Pencurian di Kamar Perawatan	Akses masuk ruang rawat inap terlalu bebas pada jam istirahat; kurangnya pengawasan sekuriti; kelalaian pasien/keluarga menjaga barang berharga.	2	3	2	12	SEDANG	Penerapan aturan jam kunjung pasien secara ketat menggunakan kartu tunggu; patroli sekuriti terjadwal di koridor bangsal; edukasi larangan membawa barang berharga.

RAWAT JALAN

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis	Kesalahan Identifikasi Pasien	Petugas tidak melakukan double check; volume pasien tinggi.	3	4	4	48	TINGGI	Terapkan prosedur identifikasi minimal 2 indikator secara ketat.
Klinis	Kesalahan Pemberian Obat (Medication Error)	Tulisan resep manual tidak terbaca; kemiripan nama/rupa obat (LASA).	2	4	4	32	TINGGI	Implementasi penuh E-Prescription; pelabelan LASA yang mencolok.
Klinis	Pasien Jatuh di Area Rawat Jalan	Lantai licin; kursi roda rusak; pasien lansia tidak didampingi.	3	3	3	27	SEDANG	Skrining Get Up & Go di pendaftaran; pasang handrail & penanda lantai licin.
Klinis	Keterlambatan Deteksi Kegawatdaruratan	Skrining visual pendaftaran tidak jalan; kurang kompetensi triase.	2	3	5	30	TINGGI	Pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan triase bagi staf front office.
Operasional	Waktu Tunggu Pasien yang Lama	Dokter terlambat; sistem pendaftaran down; lonjakan pasien mendadak. integrasi sistem RME.	5	5	2	50	TINGGI	Sistem booking online; monitoring jam praktik; penambahan staf jam sibuk.
Operasional	Berkas Rekam Medis Tidak Lengkap / Hilang	Kesalahan filing berkas fisik; gangguan	3	4	2	24	SEDANG	Transisi penuh ke RME yang andal; audit kelengkapan berkas berkala.
Operasional	Kerusakan Alat Medis di Poliklinik	Kurang pemeliharaan preventif; usia pakai alat sudah maksimal.	2	3	3	18	SEDANG	Jadwal kalibrasi berkala oleh IPSRS; penyediaan alat cadangan (backup).
PPI	Penularan Infeksi (HAIs)	Pasien infeksius bercampur; kepatuhan cuci tangan rendah.	3	4	4	48	TINGGI	Pemisahan ruang tunggu poli paru; optimalisasi HEPA filter; audit hand hygiene.
PPI	Kegagalan Sistem Utilitas Jaringan/Listrik	Pemadaman tanpa backup otomatis; server SIMRS down.	2	2	4	16	SEDANG	Uji coba genset berkala; arsitektur jaringan redundant; SOP downtime manual.
Keuangan & Regulasi	Ketidaksesuaian Klaim Asuransi / BPJS	Coding tidak tepat; berkas kurang; tidak patuh clinical pathway.	4	4	3	48	TINGGI	Penguatan tim casemix; audit internal kepatuhan clinical pathway.
Keuangan & Regulasi	Komplain Hukum Terkait Edukasi & Etika	Nakes kurang empatik; informed consent tidak lengkap.	2	3	4	24	SEDANG	Pelatihan komunikasi efektif; verifikasi informed consent sebelum tindakan.

IGD

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis	Keterlambatan Penanganan Pasien Triase Merah (ATS 1 / P1)	Overcrowding (IGD penuh); kekurangan staf medis pada jam sibuk; kegagalan sistem triase.	2	4	5	40	TINGGI	Penerapan sistem triase berbasis ATS/ESI yang ketat; *on-call system* untuk dokter pembantu; evaluasi *Response Time* secara berkala.
Klinis	Kesalahan Diagnosis / Misdiagnosis Kondisi Akut	Anamnesis terburu-buru akibat beban kerja tinggi; pemeriksaan penunjang (Laborat/Radiologi) lambat; keterbatasan alat diagnostik.	2	3	5	30	TINGGI	Penerapan standardisasi *Clinical Pathway* gawat darurat; integrasi *Point-of-Care Testing* (POCT) di IGD, supervisi dokter spesialis penanggung jawab (DPJP).
Klinis	Kesalahan Identifikasi Pasien pada Kondisi Unconscious/Trauma	Pasien datang tanpa identitas dan pengantar; situasi panik massal (misal: kecelakaan lalu lintas massal).	2	4	4	32	TINGGI	Penggunaan gelang identitas khusus tanpa nama segera saat masuk; prosedur verifikasi ganda sebelum tindakan.
Klinis	Medication Error pada Pemberian Obat Resusitasi / High Alert	Instruksi verbal saat resusitasi rawan salah dengar; penataan obat emergency tidak rapi; kemiripan rupa/nama obat (LASA).	3	4	4	48	TINGGI	Penerapan teknik komunikasi verbal efektif (SBAR & *Read-back/Repeat-back*; *double-check* oleh 2 perawat untuk obat High Alert; pemisahan obat LASA di troli emergency.
Operasional	Keterlambatan Hasil Pemeriksaan Laboratorium & Radiologi Cito	Beban kerja laboratorium pusat tinggi; kerusakan alat radiologi portabel; keterlambatan pengantaran sampel.	4	4	3	48	TINGGI	Pemberian penanda khusus (Label CITO) yang memotong antrean reguler; implementasi kebijakan *Turnaround Time**(TAT) maksimal 30 menit; optimalisasi RME/LIS.
Operasional	Stagnasi Pasien di IGD akibat Ruang Rawat Inap Penuh	Proses discharge pasien di bangsal lambat; keterbatasan kapasitas tempat tidur (LOS tinggi); kurangnya koordinasi SIMRS.	4	5	3	60	TINGGI	Penerapan sistem *Bed Management* yang dinamis dan transparan di SIMRS; kebijakan holding area di IGD; percepatan administrasi pemulangan pasien bangsal.
Fasilitas, Lingkungan & PPI	Papar infeksius / Penularan Penyakit Airborne di Ruang Tunggu IGD	Pasien batuk darah/gejala respiratorik akut bercampur di ruang tunggu umum; sirkulasi udara (ventilation rate) kurang baik.	3	4	4	48	TINGGI	Penyediaan ruang isolasi IGD bertekanan negatif atau area khusus triase respiratorik; edukasi penggunaan masker bagi semua batuk/flu di pintu masuk.
Fasilitas, Lingkungan & PPI	Kecelakaan Kerja Petugas (Tertusuk Jarum / *Needle Stick Injury)*	Tindakan cepat dan agresif saat resusitasi; kelalaian melakukan re-capping jarum suntik; pembuangan melebihi kapasitas (3/4 penuh).	3	4	3	36	TINGGI	Penggunaan alat suntik dengan pelindung aman (safety needle), larangan keras melakukan re-capping, kepatuhan monitoring maksimal 3/4 penuh.
Keuangan, Hukum & Keamanan	Kekerasan Fisik atau Verbal terhadap Staf Medis oleh Keluarga Pasien	Kecemasan tinggi keluarga; miskomunikasi terkait prioritas triase (merasa tidak dilayani karena triase kuning/hijau); pengaruh alkohol/zat adiktif.	3	4	3	36	TINGGI	Pemasangan tombol panik (*panic button*) terhubung ke Securit, pelatihan de-eskalasi konflik bagi nakes, pembatasan jumlah pengantar pasien di area tindakan.

Laboratorium

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis	Spesimen Lisis / Beku / Tidak Layak Uji	Teknik pengambilan darah (phlebotomy) kurang tepat; fiksasi terlalu lama; homogenisasi tabung EDTA terlalu kuat atau kurang.	3	4	3	36	TINGGI	Pelatihan berkala teknik phlebotomy dan tata cara homogenisasi sampel (mengikuti SOP inversion, ; supervisi pengambilan sampel.
Klinis & Keselamatan Pasien	Kesalahan Tertukarnya Spesimen atau Label Pasien	Pelabelan tidak dilakukan di dekat pasien (bedside); volume pemeriksaan sangat tinggi; kelalaian verifikasi identitas di meja laboratorium.	2	4	4	32	TINGGI	Wajibkan pelabelan barcode langsung di samping pasien setelah pengambilan sampel; implementasi sistem scanning barcode terintegrasi SIMRS/LIS.
Klinis & Keselamatan Pasien	Keterlambatan Pelaporan Nilai Kritis (*Critical Value*)	Petugas tidak menyadari adanya nilai kritis; kesulitan menghubungi DPJP/ruangan; prosedur komunikasi tidak baku.	2	3	5	30	TINGGI	Implementasi alarm otomatis pada sistem LIS jika mendeteksi nilai kritis, penerapan prosedur komunikasi efektif SBAR/TBAK dengan batas waktu maksimal 15 menit.
Operasional & Mutu	Kegagalan Kalibrasi / Kontrol Kualitas (QC) Alat Analizer	Reagen kedaluwarsa atau rusak akibat penyimpanan tidak stabil; suhu kulkas penyimpanan reagen tidak terjaga; fluktuasi tegangan listrik.	3	4	4	48	TINGGI	Pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) harian sebelum pemrosesan sampel pasien; monitoring suhu penyimpanan reagen 3 kali sehari; penggunaan UPS berkapasitas besar.
Operasional & Mutu	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tertukar / Salah Input	Input data hasil pemeriksaan ke SIMRS masih dilakukan secara manual; gangguan pada interkoneksi LIS (*Laboratory Information System).*	2	3	4	24	SEDANG	Otomatisasi penuh interkoneksi alat analizer dengan LIS (*Interfacing*); meniadakan input manual untuk parameter pemeriksaan rutin.
Fasilitas & PPI (K3)	Paparan Bahan Kimia Berbahaya / Reagen Tumpah	Penyimpanan bahan kimia B3 tidak sesuai MSDS (*Material Safety Data Sheet); kelalaian petugas saat memindahkan reagen pekat.	2	3	3	18	SEDANG	Penyediaan Spill Kit kimia khusus di laboratorium; edukasi dan simulasi penanganan tumpahan B3, penataan reagen wajib mengikuti pedoman MSDS.
Fasilitas & PPI (K3)	Kecelakaan Kerja Tertusuk Jarum / Terpapar Sampel Infeksius	Beban kerja tinggi saat phlebotomy, melakukan re-capping jarum suntik bekas; tidak menggunakan APD lengkap (sarung tangan/masker).	3	4	4	48	TINGGI	Penggunaan safety needle (jarum suntik aman); larangan keras re-capping jarum bekas; audit kepatuhan penggunaan APD level 2 di laboratorium.
Fasilitas & PPI (K3)	Pencemaran Lingkungan Akibat Kegagalan Pengolahan Limbah Cair Laboratorium	Saluran pembuangan dari alat analizer langsung mengalir ke selokan umum tanpa melewati IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah); kebocoran pipa limbah B3.	2	4	4	32	TINGGI	Pemisahan jalur pembuangan limbah cair infeksius/kimia ke penampungan khusus sebelum dialirkan ke IPAL; pemeriksaan berkala indikator mutu air limbah.
Keuangan & Hukum	Tuntutan Hukum Akibat Hasil False Positive atau False Negative.	Akurasi reagen rendah (sensitivitas/spesifisitas buruk); kontaminasi silang antar spesimen; kurangnya verifikasi oleh dokter spesialis patologi klinik.	2	2	4	16	SEDANG	Melakukan evaluasi reagen berkala; prosedur verifikasi bertingkat (Analis , Supervisor , Dokter Spesialis PK) sebelum hasil dirilis.

Farmasi

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis & Keselamatan Pasien	Kesalahan Dispensing Obat LASA (Look Alike Sound Alike)	Penyimpanan obat LASA berdekatan tanpa label pembeda; petugas terburu-buru karena antrean panjang; kemiripan kemasan dari produsen.	3	4	3	36	TINGGI	Pelatihan berkala teknik *phlebotomy* dan tata cara homogenisasi sampel (mengikuti SOP supervisi pengambilan sampel.
Klinis & Keselamatan Pasien	Obat Kedaluwarsa (Expired Date) Lolos ke Pasien	Sistem rotasi stok (FIFO/FEFO) tidak berjalan; pemantauan berkala tanggal kedaluwarsa di rak tidak disiplin	2	4	4	32	TINGGI	Wajibkan pelabelan barcode langsung di samping pasien setelah pengambilan sampel; implementasi sistem scanning barcode* terintegrasi SIMRS/LIS.
Klinis & Keselamatan Pasien	Kesalahan Pemberian Informasi Obat (PIO) ke Pasien	Beban kerja tinggi dan keterbatasan waktu edukasi; etiket obat tidak jelas atau salah cetak; kurangnya pemahaman petugas.	2	3	5	30	TINGGI	Implementasi alarm otomatis pada sistem LIS jika mendeteksi nilai kritis; penerapan prosedur komunikasi efektif SBAR/TBAK dengan batas waktu maksimal 15 menit.
Operasional & Mutu	Stok Obat Esensial / Vital Kosong (Stockout)	Keterlambatan pengiriman dari distributor (PBF); perencanaan kebutuhan obat yang kurang akurat; masalah keuangan rumah sakit.	3	4	4	48	TINGGI	Pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) harian sebelum pemrosesan sampel pasien; monitoring suhu penyimpanan reagen 3 kali sehari; penggunaan UPS berkapasitas besar.
Operasional & Mutu	Kesalahan Pembacaan Resep Manual (Interpretasi Keliru)	Tulisan tangan dokter tidak terbaca (*illegible prescription*); penggunaan singkatan yang tidak standar.	2	3	4	24	SEDANG	Otomatisasi penuh interkoneksi alat analizer dengan LIS (*Interfacing),* meniadakan input manual untuk parameter pemeriksaan rutin.
Fasilitas & K3 (PPI)	Kerusakan Obat / Reagen Akibat Kegagalan Suhu Cold Chain	Kulkas farmasi mati atau rusak; fluktuasi suhu karena pintu sering dibuka; tidak ada backup genset untuk kulkas khusus vaksin/serum.	2	3	3	18	SEDANG	Penyediaan *Spill Kit* kimia khusus di laboratorium; edukasi dan simulasi penanganan tumpahan B3, penataan reagen wajib mengikuti pedoman MSDS.
Fasilitas & K3 (PPI)	Paparan Gas/Uap Berbahaya saat Penyusunan atau Pengoplosan Obat Sitostatika	Pengoplosan obat kanker tidak dilakukan di *Biological Safety Cabinet* (BSC) reguler; ketidakpatuhan penggunaan APD khusus (Level 3/Hazmat).	3	4	4	48	TINGGI	Penggunaan *safety needle* (jarum suntik aman); larangan keras *re-capping* jarum bekas, audit kepatuhan penggunaan APD level 2 di laboratorium.
Keuangan & Regulasi	Selisih Stok Obat Fisik dengan Data SIMRS (Stock Loss / Kerugian Finansial)	Petugas lupa menginput obat yang keluar; pencurian obat internal/eksternal; kesalahan sistem data *entry*.	2	4	4	32	TINGGI	Pemisahan jalur pembuangan limbah cair infeksius/kimia ke penampungan khusus sebelum dialirkan ke IPAL, pemeriksaan berkala indikator mutu air limbah.
Keuangan & Regulasi	Penyalahgunaan Obat Golongan Narkotika & Psikotropika	Kunci lemari narkotika tidak dipegang oleh penanggung jawab khusus; pencatatan kartu stok manual tidak disiplin.	2	2	4	16	SEDANG	Melakukan evaluasi reagen berkala; prosedur verifikasi bertingkat (Analis dari Supervisor dan Dokter Spesialis PK) sebelum hasil dirilis.

MCU

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis & Keselamatan Pasien	Hematoma / Bengkak akibat Penusukan Vena	Teknik phlebotomy kurang tepat; penekanan lokasi tusukan kurang lama oleh pasien; pembuluh darah rapuh.	3	5	2	30	TINGGI	Edukasi pasien untuk menekan bekas tusukan minimal 5 menit; pelatihan berkala teknik sampling bagi petugas.
Klinis & Keselamatan Pasien	Pasien Sinkop (Pingsan) Saat/Setelah Pengambilan Darah	Reaksi vasovagal (takut jarum); pasien dalam kondisi puasa terlalu lama/lemas.	2	4	2	16	SEDANG	Identifikasi riwayat trauma jarum saat skrining; sediakan bed khusus untuk pasien yang cemas; siapkan amonia/oksigen.
Klinis & Keselamatan Pasien	Salah Input / Tertukar Hasil General Check Up	Volume pasien MCU massal sangat tinggi; proses verifikasi manual di akhir rekapitulasi.	2	4	4	32	TINGGI	Otomatisasi LIS/SIMRS; verifikasi berlapis (Analis dari Dokter Pemeriksa) sebelum cetak buku laporan akhir MCU.
Operasional & Mutu	Keterlambatan Penyerahan Buku Hasil MCU	Hasil pemeriksaan rujukan (pihak ketiga) lambat; penumpukan antrean pembacaan hasil oleh Dokter Spesialis.	4	4	2	32	TINGGI	Membuat SLA (*Service Level Agreement)* ketat dengan lab rujukan; penjadwalan khusus dokter pembaca ekspertise.
Klinis / Operasional	Keterlambatan Penilaian / Status Fit/Unfit Tidak Akurat	Tekanan waktu (waktu pengerjaan sempit); rekam medis personel tidak lengkap; pemeriksaan penunjang kurang komprehensif.	2	4	5	40	TINGGI	Standardisasi format pemeriksaan sesuai regulasi matra, pengawasan ketat oleh Ketua Tim Penguji; integrasi database kesehatan personel.
Operasional & Taktis	Keterlambatan Evakuasi Medis Saat Kegiatan/Latihan	Medan latihan sulit/terisolasi; komunikasi radio/satelit terganggu; kesiapan ambulans/tandu lapangan kurang.	2	3	5	30	TINGGI	Penyusunan Rencana Kontinjensi Evakuasi Medis (Rencana Medis); uji coba alat komunikasi dan ambulans taktis sebelum hari-H.
Fasilitas & Logistik	Kerusakan / Kekosongan Obat & Alkes Emergency Lapangan	Penyimpanan logistik medis di lapangan terpapar suhu ekstrem; perencanaan logistik ransel medis kurang matang.	3	4	4	48	TINGGI	Penyusunan checklist wajib tas emergency lapangan, penggunaan wadah logistik yang tahan air dan suhu ekstrem.
Hukum & Kerahasiaan	Kebocoran Data Hasil Pemeriksaan Kesehatan Personel	Penyimpanan berkas hasil pengujian tidak terkunci; otorisasi akses digital di komputer tim Dukkes longgar.	2	3	4	24	SEDANG	Pemberlakuan hak akses terbatas *role-based access*, penyimpanan dokumen fisik di lemari besi dengan penguncian ganda.

Laundry

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis & Keselamatan Pasien (PPI)	Kontaminasi Silang Antara Linen Infeksius dan Non-Infeksius	Pencampuran linen saat pengumpulan di ruangan; tidak ada pemisahan warna kantong (kuning vs non-kuning); petugas kurang teliti.	3	5	4	60	TINGGI	Penerapan sistem *color coding* kantong linen (Kuning=Infeksius, Hitam/Putih=Non-Infeksius); pemisahan jalur transportasi dan mesin cuci secara tegas.
Fasilitas & K3 (Keselamatan Kerja)	Petugas Laundry Tertusuk Benda Tajam (Jarum/Pisau) yang Tertinggal di Linen	Petugas di ruang perawatan (Rawat Inap/OK) tidak melakukan pembersihan/skrining awal linen sebelum dimasukkan ke kantong.	2	5	4	40	TINGGI	Edukasi perawat untuk memastikan linen bersih dari alkes; penggunaan APD tebal (sarung tangan rumah tangga/*utility gloves*) saat pemilahan di laundry.
Operasional & Mutu	Linen Rusak, Robek, atau Ternoda Permanen Setelah Proses Cuci	Dosis bahan kimia (pemutih/klorin) terlalu tinggi; suhu air mesin cuci terlalu panas; pencampuran jenis kain yang salah.	4	5	2	40	TINGGI	Standardisasi formula dan takaran bahan kimia (*chemical dosing system* otomatis); pelatihan reguler cara operasional mesin sesuai jenis linen.
Operasional & Mutu	Keterlambatan Distribusi / Kekosongan Linen Bersih di Ruangan (Stockout)	Kerusakan mesin cuci/pengering utama; cuaca buruk (jika pengeringan manual); manajemen siklus logistik par-level linen kurang ideal.	3	5	3	45	TINGGI	Penerapan pemeliharaan preventif (SLA teknisi mesin); penetapan jumlah ideal stok linen ruangan minimal 3 par (1 pakai, 1 cuci, 1 cadangan).
Fasilitas & K3 (Lingkungan)	Pencemaran Lingkungan Akibat Meluapnya Limbah Cair Laundry	Saluran pembuangan tersumbat serat kain; kapasitas IPAL faskes tidak menampung volume air detergen tinggi; kegagalan fungsi pre-treatment.	2	4	4	32	TINGGI	Pemasangan filter/saringan serat kain (*lint trap*) di setiap saluran keluar mesin cuci; pembersihan berkala; koordinasi rutin dengan tim IPAL/Kesling.
Fasilitas & K3 (Kebakaran)	Kebakaran Akibat Overheating Mesin Pengering	Penumpukan debu kain halus di filter pengering yang jarang dibersihkan; mesin dinyalakan terus-menerus melampaui batas operasional.	1	4	5	20	SEDANG	Pembersihan wajib filter debu kain setiap shift selesai; pembuatan jadwal istirahat mesin *cooling down*, penyediaan APAR jenis CO2 di ruang laundry.
Operasional & Keuangan	Kehilangan Linen (Tertukar atau Hilang Saat Proses Siklus)	Pencatatan jumlah linen masuk dan keluar tidak sinkron; tidak ada penandaan (identitas) asal ruangan pada fisik linen.	3	5	2	30	TINGGI	Penerapan sistem serah terima menggunakan buku ekspedisi yang ditandatangani kedua pihak; pemberian stempel/label khusus per ruangan faskes.
Klinis & Keselamatan Pasien (PPI)	Kontaminasi Silang Antara Linen Infeksius dan Non-Infeksius	Pencampuran linen saat pengumpulan di ruangan; tidak ada pemisahan warna kantong (kuning vs non-kuning); petugas kurang teliti.	3	5	4	60	TINGGI	Penerapan sistem *color coding* kantong linen (Kuning=Infeksius, Hitam/Putih=Non-Infeksius); pemisahan jalur transportasi dan mesin cuci secara tegas.

CSSD

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis & Keselamatan Pasien (PPI)	Kegagalan Proses Sterilisasi Instrumen Medis / Bedah	Kerusakan fungsi mesin Autoclave (suhu/tekanan dropped), kesalahan penataan instrumen di dalam mesin (terlalu padat); waktu siklus sterilisasi kurang.	2	5	5	50	TINGGI	Pemantauan rutin 3 indikator sterilisasi (Mekanis, Kimiawi internal/eksternal, dan Biologis berkala); kalibrasi mesin Autoclave secara terjadwal.
Klinis & Keselamatan Pasien (PPI)	Rekontaminasi Alat Kesehatan Steril Saat Penyimpanan	Suhu (>25°C) atau kelembapan (>70%) ruang penyimpanan CSSD tidak terjaga; pembungkus, instrumen robek/terbuka; paparan debu.	3	5	4	60	TINGGI	Monitoring ketat suhu & kelembapan ruang steril (AC & Dehumidifier); inspeksi visual keutuhan kemasan sebelum didistribusikan; pastikan area steril diakses terbatas.
Fasilitas & K3 (Keselamatan Kerja)	Petugas Mengalami Luka Bakar Akibat Paparan Suhu Tinggi Mesin	Kelalaian petugas saat mengeluarkan troli instrumen panas tanpa menunggu proses pendinginan; tidak memakai APD tahan panas.	2	5	3	30	TINGGI	Penyediaan dan kewajiban penggunaan APD khusus (sarung tangan tahan panas panjang/tahan uap); kepatuhan prosedur jeda pendinginan sebelum bongkar muatan mesin.
Fasilitas & K3 (Keselamatan Kerja)	Petugas Terluka / Tertusuk Instrumen Tajam Saat Proses Dekontaminasi	Pembersihan instrumen bedah (pisau/jarum/pinset tajam) kotor dilakukan secara manual tanpa kehati-hatian; tidak memakai sarung tangan tebal.	3	5	4	60	TINGGI	Mewajibkan penggunaan APD level K3 (sarung tangan rumah tangga/ *heavy-duty gloves*, apron apron plastik, *face shield*, utamakan pembersihan mekanis
Operasional & Mutu	Keterlambatan Penyediaan Set Instrumen Operasi (Kekosongan Alat Steril)	Kerusakan mesin sterilisasi utama (waktu perbaikan lama); lonjakan jadwal operasi, siklus pengembalian instrumen kotor dari OK lambat.	3	4	4	48	TINGGI	Penyusunan jadwal pemeliharaan preventif mesin; penetapan jumlah minimum set instrumen cadangan, penerapan sistem prioritas instrumen CITO.
Operasional & Keuangan	Kerusakan atau Hilangnya Komponen Komponen Kecil Set Instrumen Bedah	Ketidaktelitian saat proses penghitungan/pemilahan instrumen pasca-operasi; tidak menggunakan checklist inventaris isi set.	4	5	2	40	TINGGI	Penerapan double-check menggunakan daftar tilik isi set instrumen pada saat serah terima kotor maupun pengemasan bersih.
Fasilitas & Lingkungan (K3)	Paparan Gas Berbahaya (Etilen Oksida / EO) pada Petugas CSSD	Kegagalan sistem aerasi pada mesin sterilisasi suhu rendah (EtO); kebocoran tabung/instalasi gas EtO; ruangan tidak memiliki ventilasi pembuangan khusus.	1	3	5	15	SEDANG	Pemasangan detektor kebocoran gas EtO; ruang sterilisasi suhu rendah wajib memiliki tekanan negatif dan exhaust khusus langsung ke udara luar; pelatihan penanganan darurat gas.
Klinis & Keselamatan Pasien (PPI)	Kegagalan Proses Sterilisasi Instrumen Medis / Bedah	Kerusakan fungsi mesin Autoclave (suhu/tekanan dropped, ; kesalahan penataan instrumen di dalam mesin (terlalu padat); waktu siklus sterilisasi kurang.	2	5	5	50	TINGGI	Pemantauan rutin 3 indikator sterilisasi (Mekanis, Kimiawi internal/eksternal, dan Biologis berkala), kalibrasi mesin Autoclave secara terjadwal.

UPM

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Keselamatan Pasien	Kesalahan Pemberian diet pasien	Identifikasi pasien tidak tepat, komunikasi kurang	3	3	5	45	TINGGI	Verfikasi 2 identitas pasien, label diet, double check sebelum distribusi
Keselamatan Pasien	Pasien mendapat makana yang mengandung allergen	Informasi alergi tidak lengkap	2	2	5	20	SEDANG	Pemberian label alergi, konfirmasi dengan perawat, edukasi petugas
Mutu Pelayanan	Keterlambatan distribusi makanan	SDM Kurang, kerusakan troli, korrdinasi kurang	3	4	3	36	TINGGI	Penjadwalan distribusi, pemeliharaan troli, monitoring waktu distribusi
Keamanan Pangan	Kontaminasi makanan	Higiene petugas buruk, sanitasi tidak memenuhi syarat	3	3	5	45	TINGGI	Penerapan hygiene sanitasi, audit kebersihanm pelatihan rutin
Keamanan Pangan	Keracunan Makanan	Bahan baku tidak layak, suhu penyimpanan tidak sesuai	2	2	5	20	SEDANG	Pemeriksaan bahan baku, monitoring suhu,
Operasional	Bahan makanan habis (Stock Out)	Perencanaan kebutuhan kurang baik	3	3	3	27	SEDANG	Buffer stock, evaluasi stok harian, koordinasi dengan pengadaan.
Operasional	Kerusakan alat masak	Perawatan tidak rutin	3	2	4	24	SEDANG	Preventive maintenance, inspeksi berkala, alat cadangan
K3	Petugas terpeleset di dapurLantai basah,	tumpahan tidak segera dibersihkan	3	3	4	36	TINGGI	Terapkan SPO pembersihan, rambu lantai basah, sepatu anti slip
K3	Luka bakar petugas	Terkena uap atau minyak panas	2	3	4	24	SEDANG	Terapkan SPO penggunaan peralatan panas, APD, Pelatihan K3
K3	Luka akibat benda tajam	Penggunaan pisau tidak aman	3	2	3	18	SEDANG	Terapkan SPO penggunaan sarung tangan pelindung
Limbah	Pengelolaan limbah makanan tidak sesuai	Pemilahan limbah tidak dilakukan	2	3	3	18	SEDANG	Terapkan SPO pengelolaan limbah dan beri edukasi kepada petugas , Lakukan monitoring

RADIOLOGI

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis & Keselamatan Pasien	Keterlambatan atau Kesalahan Diagnosis Hasil Ekspertise	Beban kerja dokter spesialis radiologi (Sp.Rad) terlalu tinggi; artefak/kualitas gambar rendah; kurangnya informasi klinis awal dari dokter pengirim.	2	5	4	40	TINGGI	Penerapan sistem pembacaan ganda untuk kasus sulit; kewajiban mencantumkan diagnosis klinis awal pada lembar permintaan pemeriksaan.
Klinis & Keselamatan Pasien	Reaksi Alergi Berat (Syok Anafilaktik) Akibat Penggunaan Media Kontras	Riwayat alergi obat/makanan tidak ter-skrining dengan baik; kondisi fungsi ginjal pasien (Ureum/Kreatinin) belum diperiksa sebelum kontras masuk.	2	4	5	40	TINGGI	Skrining ketat menggunakan lembar informed consent khusus kontras; wajib cek lab fungsi ginjal; penyediaan *emergency kit* lengkap di ruang tindakan.
Fasilitas & K3 (Radioproteksi)	Paparan Radiasi Berlebih pada Petugas, Pasien, atau Pendamping Pasien	Kebocoran dinding ruang pemeriksaan (timbal/Pb rusak); kelalaian penggunaan APD radiasi (apron); kegagalan fungsi lampu indikator radiasi di luar pintu.	2	5	4	40	TINGGI	Uji paparan radiasi berkala dan kalibrasi alat oleh BPFK; kewajiban pemakaian TLD Badge/Film Badge bagi PPR dan Radiografer; pemeliharaan lampu indikator pintu.
Fasilitas & K3 (MRI Safety)	Efek Proyektil (Benda Logam Tertarik Magnet) di Ruang MRI (Zona IV)	Skrining benda feromagnetik pada pasien/petugas/cleaning service longgar; masuknya kursi roda atau tabung oksigen non-MRI kompatibel secara tidak sengaja.	1	3	5	15	SEDANG	Skrining berlapis menggunakan metal detector di Zona III; penandaan batas zona MRI secara visual; edukasi ketat bagi petugas non-radiologi.
Operasional & Teknologi	Kegagalan Sistem Penyimpanan dan Transmisi Gambar (PACS / Server Down)	Kapasitas penyimpanan server penuh; gangguan jaringan intranet rumah sakit; serangan siber/malware.	3	4	4	48	TINGGI	Penyediaan server cadangan secara berkala/cloud), pemeliharaan rutin infrastruktur TI faskes; integrasi sistem keamanan siber terupdate.
Operasional & Mutu	Kesalahan Identifikasi Pasien atau Penandaan Sisi Tubuh	Radiografer tidak melakukan konfirmasi identitas (Nama & Tanggal Lahir) sebelum tindakan; penulisan posisi klinis (Dextra/Sinistra) di lembar order keliru.	2	5	4	40	TINGGI	Penerapan prosedur verifikasi identitas pasien dengan 2 indikator sesuai sasaran keselamatan pasien (SKP), penandaan marker R/L pada hasil citra secara disiplin.
Keuangan & Regulasi	Masa Berlaku Izin Pemanfaatan Tenaga Nuklir (BAPETEN) Berakhir	Kelalaian administratif pengurusan perpanjangan izin; keterlambatan pemenuhan syarat teknis penunjukan PPR (Petugas Proteksi Radiasi).	2	3	5	30	TINGGI	Pembuatan kalender pengingat pengurusan izin 6 bulan sebelum kedaluwarsa; pelatihan berkelanjutan bagi personel PPR berlisensi.
Klinis & Keselamatan Pasien	Keterlambatan atau Kesalahan Diagnosis Hasil Ekspertise	Beban kerja dokter spesialis radiologi (Sp.Rad) terlalu tinggi; artefak/kualitas gambar rendah; kurangnya informasi klinis awal dari dokter pengirim.	2	5	4	40	TINGGI	Penerapan sistem pembacaan ganda untuk kasus sulit; kewajiban mencantumkan diagnosis klinis awal pada lembar permintaan pemeriksaan.

PEMULASARAN JENAZAH

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Klinis & Keselamatan Pasien (PPI)	Penularan Penyakit Infeksius dari Jenazah ke Petugas atau Keluarga	Jenazah dengan penyakit menular (misal: HIV, Hepatitis, TB, atau penyakit infeksi emerging) tidak diberi label infeksius; petugas tidak menggunakan APD level sesuai standar PPI.	2	4	5	40	TINGGI	Pemberian label/tanda khusus infeksius pada kantong jenazah; kepatuhan ketat penggunaan APD (apron, masker, sarung tangan tebal, goggle); desinfeksi ruang mandi jenazah secara berkala.
Operasional & Legal	Tertukarnya Jenazah Saat Penyerahan ke Keluarga	Tidak adanya gelang identitas pada jenazah; penataan beberapa jenazah di ruang transit tanpa label yang jelas; proses serah terima terburu-buru tanpa pencocokan data.	1	4	5	20	SEDANG	Penerapan prosedur identifikasi ganda (pemasangan gelang identitas jenazah); verifikasi ketat bersama keluarga menggunakan lembar serah terima dan pencocokan KTP sebelum dibawa pulang.
Sosial & Reputasi (Hukum)	Komplain / Tuntutan Hukum Akibat Ketidaksesuaian Protokol Keagamaan	Petugas kurang memahami atau keliru menerapkan tata cara pemandian/pengafanan sesuai dengan agama atau keyakinan yang dianut jenazah.	2	4	4	32	TINGGI	Penyusunan panduan/SOP pemulasaran spesifik berdasarkan agama; pembekalan/pelatihan bagi modin/petugas rohani; konfirmasi tertulis dari pihak keluarga sebelum prosesi.
Fasilitas & K3	Paparan Bahan Kimia Berbahaya (Formalin) pada Petugas Kamar Jenazah	Sistem ventilasi udara (*exhaust*) kamar jenazah tidak berfungsi dengan baik; petugas tidak menggunakan masker respirator saat proses pengawetan	3	4	3	36	TINGGI	Pemasangan dan pemeliharaan rutin sistem tata udara/tekanan negatif dan exhaust; kewajiban pemakaian masker khusus filter kimia (respirator) saat penanganan formalin.
Operasional & Keamanan	Kehilangan Barang Berharga / Properti Milik Jenazah	Barang berharga (perhiasan, dompet, HP) tidak didokumentasikan saat dipindahkan dari ruang rawat/IGD; serah terima properti dengan keluarga tidak dikawal bukti tertulis.	2	4	3	24	SEDANG	Penerapan checklist inventarisasi barang milik jenazah sejak dari ruangan asal; penandatanganan berita acara serah terima barang berharga antara petugas dan saksi keluarga.
Fasilitas & Mutu	Pembusukan Dini Jenazah Akibat Kegagalan Fungsi Lemari Pendingin (*Mortuary Refrigerator*)	Kerusakan sistem kompresor pendingin; mati lampu/aliran listrik terputus tanpa suplai genset otomatis; tidak adanya pemantauan suhu harian.	1	4	4	16	SEDANG	Pemeliharaan preventif berkala lemari pendingin jenazah; pencatatan grafik suhu kamar dan lemari es 2 kali sehari; pemastian koneksi ke jalur genset darurat faskes.
Klinis & Legal	Pelepasan Jenazah Kasus Unnatural (Kematian Tidak Wajar/Forensik) Tanpa Prosedur Hukum	Petugas langsung menyerahkan jenazah korban tindak pidana/kecelakaan mencurigakan kepada keluarga tanpa adanya Surat Perintah Visum (SPV) atau koordinasi dengan pihak kepolisian.	1	3	5	15	SEDANG	SOP ketat penahanan jenazah kasus khusus/hukum hingga terbit Clearans dari penyidik/Polri; koordinasi lintas sektor dengan unit kedokteran kehakiman/forensik.
Klinis & Keselamatan Pasien (PPI)	Penularan Penyakit Infeksius dari Jenazah ke Petugas atau Keluarga	Jenazah dengan penyakit menular (misal: HIV, Hepatitis, TB, atau penyakit infeksi emerging) tidak diberi label infeksius; petugas tidak menggunakan APD level sesuai standar PPI.	2	4	5	40	TINGGI	Pemberian label/tanda khusus infeksius pada kantong jenazah; kepatuhan ketat penggunaan APD (apron, masker, sarung tangan tebal, goggle); desinfeksi ruang mandi jenazah secara berkala.

POOL

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Operasional & Keselamatan	Kecelakaan Lalu Lintas Saat Dinas / Dinas Operasional	Kelalaian pengemudi (fatigue, mengantuk, mengebut); kondisi kendaraan kurang layak jalan; cuaca buruk atau medan jalan ekstrem.	3	5	5	75	TINGGI	Skrining kesehatan/tensi pengemudi pra-tugas; pelaksanaan ramp check harian (rem, ban, lampu) sebelum keluar pool; pelatihan defensive driving berkala.
Fasilitas & Pemeliharaan	Kerusakan Fatal Komponen Kendaraan Saat Digunakan (Breakdown)	Jadwal servis rutin/ganti oli terlewati; penundaan penggantian suku cadang vital; pengisian buku log kontrol harian abai.	3	5	4	60	TINGGI	Digitalisasi pengingat pemeliharaan preventif berbasis kilometer (odometer); pengetatan sanksi administratif jika kartu kontrol harian tidak diisi.
Finansial & Aset	Penyalahgunaan Kendaraan Dinas atau Penyelewengan BBM	Lemahnya pengawasan rute; manipulasi struk pembelian bahan bakar; penggunaan unit untuk keperluan pribadi tanpa izin/SPJ.	4	5	2	40	TINGGI	Pemasangan perangkat GPS Tracking terpusat pada setiap armada; rekonsiliasi berkala struk BBM dengan jarak tempuh aktual odometer.
Legalitas & Regulasi	Masa Berlaku Dokumen Kendaraan (STNK, Pajak, KIR) Kedaluwarsa	Kelalaian administrasi inventarisasi aset; hambatan atau keterlambatan proses pengajuan anggaran operasional dinas.	2	4	4	32	TINGGI	Pembuatan alert system digital/kalender pengingat masa berlaku dokumen 2 bulan sebelum jatuh tempo; penunjukan staf khusus fleet administrator.
Keamanan Aset	Pencurian Kendaraan Dinas atau Komponen Suku Cadang (Kanibalisme)	Pengamanan area pool longgar di malam hari; sistem serah terima kunci tidak tertib; titik buta (blind spot) CCTV di area parkir utama.	2	4	4	32	TINGGI	Penerapan pengamanan satu pintu (one-gate system); penempatan petugas jaga 24 jam; kewajiban titip kunci di kotak terpusat pasca-dinas.
K3 & Lingkungan	Insiden Kebakaran di Area Pool Kendaraan	Korsleting listrik pada kendaraan atau instalasi gedung; penyimpanan pelumas/BBM cadangan tidak aman; paparan puntung rokok.	1	3	5	15	SEDANG	Penyediaan APAR jenis CO2/Powder di area strategis; sterilisasi ketat area pool dari aktivitas merokok (*No Smoking Zone*); inspeksi rutin ruang mekanik.
Operasional & Keselamatan	Kecelakaan Lalu Lintas Saat Dinas / Dinas Operasional	Kelalaian pengemudi (fatigue, mengantuk, mengebut); kondisi kendaraan kurang layak jalan; cuaca buruk atau medan jalan ekstrem.	3	5	5	75	TINGGI	Skrining kesehatan/tensi pengemudi pra-tugas; pelaksanaan ramp check harian (rem, ban, lampu) sebelum keluar pool; pelatihan defensive driving berkala.
Fasilitas & Pemeliharaan	Kerusakan Fatal Komponen Kendaraan Saat Digunakan	Jadwal servis rutin/ganti oli terlewati; penundaan penggantian suku cadang vital; pengisian buku log kontrol harian abai.	3	5	4	60	TINGGI	Digitalisasi pengingat pemeliharaan preventif berbasis kilometer (odometer); pengetatan sanksi administratif jika kartu kontrol harian tidak diisi.

DIKLAT

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Kurikulum & Akademik	Ketidaksesuaian Materi Diklat dengan Kebutuhan Riil di Lapangan (Materi Usang)	Kurikulum tidak diperbarui secara berkala; tidak dilakukan Analisis Kebutuhan Diklat (AKD/TNA) sebelum penyusunan modul; kurangnya referensi teknologi terbaru.	3	4	4	48	TINGGI	Pelaksanaan Training Needs Assessment (TNA) yang komprehensif; peninjauan kurikulum melibatkan praktisi lapangan/pakar eksternal minimal setahun sekali.
Sumber Daya Manusia	Rendahnya Kompetensi atau Kesiapan Pengajar / Instruktur	Penunjukan pengajar tidak sesuai bidang keahlian (kompetensi linier); kurangnya refreshment training bagi instruktur terkait metode pembelajaran modern (andragogi).	2	4	4	32	TINGGI	Sertifikasi kompetensi bagi pengajar/instruktur; evaluasi performa pengajar oleh peserta di setiap akhir sesi (feedback loop); penerapan standar seleksi instruktur yang ketat.
Operasional & Logistik	Kegagalan Fasilitas Pendukung Utama Diklat (E-Learning / Lab Teknis)	Server Learning Management System (LMS) tumbang karena beban trafik tinggi; kerusakan alat simulasi/laboratorium tanpa suku cadang siap pakai.	3	5	4	60	TINGGI	Upgrade kapasitas server dan bandwidth LMS; penyediaan tim IT standby selama diklat berlangsung; pemeliharaan preventif rutin fasilitas lab sebelum diklat dimulai.
K3 & Kesehatan	Insiden Keselamatan Kerja atau Kesehatan Peserta Selama Diklat (Sakit / Cedera)	Kelelahan ekstrem akibat jadwal diklat terlalu padat (terutama diklat semi-militer/lapangan); kondisi kesehatan awal peserta tidak diskrining; fasilitas sanitasi/konsumsi buruk.	2	4	4	32	TINGGI	Kewajiban pengumpulan hasil pemeriksaan kesehatan (medical check-up) pra-diklat; pembatasan jam belajar malam; penyediaan pos kesehatan dan ambulans standby.
Legalitas & Reputasi	Ketidakabsahan atau Keterlambatan Penerbitan Sertifikat Kelulusan Diklat	Proses birokrasi tanda tangan pejabat yang berbelit; kesalahan input data nama/NIP peserta; keterlambatan rekapitulasi nilai akhir oleh tim akademik.	2	4	3	24	SEDANG	Implementasi sertifikat digital berbasis E-Signature yang terverifikasi (BSrE/otentik); standardisasi batas waktu input nilai maksimal 3 hari pasca-ujian.
Peserta & Budaya	Tingginya Angka Ketidakhadiran atau Drop-Out (DO) Peserta Diklat	Peserta masih dibebani tugas kantor asal saat mengikuti diklat (tidak dibebastugaskan penuh); kurangnya motivasi atau sanksi disiplin yang tegas.	2	4	3	24	SEDANG	Penerbitan Surat Perintah resmi yang menegaskan pembebasan tugas sementara dari satuan asal; penerapan syarat absensi minimal (misal: 90%) untuk kelulusan.
Kurikulum & Akademik	Ketidaksesuaian Materi Diklat dengan Kebutuhan Riil di Lapangan (Materi Usang)	Kurikulum tidak diperbarui secara berkala; tidak dilakukan Analisis Kebutuhan Diklat (AKD/TNA) sebelum penyusunan modul; kurangnya referensi teknologi terbaru.	3	4	4	48	TINGGI	Pelaksanaan *Training Needs Assessment* yang komprehensif; peninjauan kurikulum melibatkan praktisi lapangan/pakar eksternal minimal setahun sekali.
Sumber Daya Manusia	Rendahnya Kompetensi atau Kesiapan Pengajar / Instruktur (Widyaiswara)	Penunjukan pengajar tidak sesuai bidang keahlian (kompetensi linier); kurangnya refreshment training bagi instruktur terkait metode pembelajaran modern (andragogi).	2	4	4	32	TINGGI	Sertifikasi kompetensi bagi pengajar/instruktur; evaluasi performa pengajar oleh peserta di setiap akhir sesi (feedback loop); penerapan standar seleksi instruktur yang ketat.

PROGAR

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Perencanaan & Anggaran	Ketidaksesuaian Alokasi Anggaran dengan Prioritas Strategis Satuan / Faskes	Lemahnya sinkronisasi antara Rencana Strategis (Renstra/RSB) dengan usulan anggaran tahunan (RBA/RKA); ego sektoral antar-unit kerja saat rapat pleno anggaran.	3	4	4	48	TINGGI	Penerapan sistem e-planning yang mengunci usulan anggaran wajib berbasis indikator kinerja Renstra; asistensi ketat oleh Tim Anggaran faskes/satuan sejak fase pra-RKA.
Operasional & Regulasi	Keterlambatan Penyerapan Anggaran (Menumpuk di Akhir Tahun / Triwulan IV)	Proses birokrasi revisi anggaran/DIPA yang memakan waktu; keterlambatan penyiapan dokumen teknis (KAK/TOR dan RAB) oleh unit pelaksana; proses lelang barang/jasa mundur dari jadwal.	4	5	4	80	TINGGI	Penyusunan Kalender Pelaksanaan Progar sejak awal tahun (Triwulan I); pelaksanaan lelang pra-dipa untuk pengadaan strategis; evaluasi dan monitoring capaian (PDSA) setiap bulan secara konsisten.
Legalitas & Kepatuhan	Temuan Berulang oleh Tim Audit Temuan Administratif / Keuangan (Itjen / BPK)	Kurangnya pemahaman staf progar dan unit kerja mengenai regulasi pertanggungjawaban keuangan (PKS/SPJ); dokumen pendukung belanja tidak lengkap atau tidak valid.	3	4	5	60	TINGGI	Penyusunan checklist standardisasi kelengkapan berkas SPJ, sosialisasi regulasi keuangan terbaru secara berkala; pelaksanaan pre-audit oleh fungsi Pengawas Internal (SPI) sebelum berkas diserahkan ke luar.
Data & Manajemen	Ketidakakuratan atau Keterlambatan Pelaporan Capaian Kinerja Program	Pengumpulan data dari unit pelaksana masih bersifat manual dan lambat; indikator kinerja tidak terukur secara kuantitatif.	2	5	3	30	TINGGI	Implementasi dasbor digital pemantauan program dan anggaran terintegrasi; pendampingan unit kerja dalam merumuskan indikator capaian yang jelas.
Keuangan / Finansial	Kegagalan Efisiensi Anggaran (Overbudgeting / Pemborosan)	Penyusunan Harga Perkiraan Sendiri (HPS) tidak berbasis survei pasar yang valid; duplikasi program/kegiatan antar-unit kerja yang mirip.	3	4	4	48	TINGGI	Konsolidasi basis data harga pasar standar satuan regional; reviu silang draf RKA antar-bidang oleh tim perencana untuk mengeliminasi program kembar.

TAUD

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Administrasi & Legal	Kebocoran Data atau Dokumen Kedinasan Rahasia/Sangat Rahasia	Penyimpanan dokumen fisik tidak dikunci; pendistribusian surat dinas rahasia menggunakan media sosial personal , kurangnya pemahaman staf tentang klasifikasi keamanan dokumen.	2	5	5	50	TINGGI	Penerapan sistem pengarsipan digital terenkripsi; pembatasan akses fisik ruang arsip Taud; penegasan sanksi bagi penyebaran dokumen dinas keluar jalur resmi.
Operasional & Persuratan	Keterlambatan Pendistribusian Surat Masuk / Disposisi Pimpinan ke Unit Pelaksana	Proses pencatatan buku agenda masih manual; penumpukan surat di meja administrasi Taud; tidak ada sistem penanda skala prioritas (Segera/Sangat Segera).	4	5	4	80	TINGGI	Implementasi aplikasi *e-Office* / Tata Persuratan Digital; penerapan kode warna (merah untuk Segera) pada fisik surat jika masih manual; evaluasi harian log persuratan.
Fasilitas & K3	Kerusakan, Kehilangan, atau Penurunan Fungsi Aset Inventaris Kantor (BMT/BMN)	Abai dalam pencatatan berkala kartu inventaris ruangan (KIR), tidak adanya pemeliharaan preventif pada perangkat komputer, printer, atau AC ruangan.	3	5	3	45	TINGGI	Digitalisasi sistem inventarisasi aset kantor; penjadwalan servis berkala sarana prasarana dinas; penunjukan penanggung jawab per ruangan.
Sumber Daya Manusia	Tingginya Angka Kesalahan Input Data Surat Perintah / Surat Keputusan (*Human Error)*	Beban kerja urusan administrasi personil terlalu tinggi; kurangnya ketelitian staf dalam verifikasi Nama/NIP/Pangkat; ketiadaan reviu berjenjang	3	5	3	45	TINGGI	Pemberlakuan mekanisme paraf koordinasi berjenjang (Konsep staf - Kaur - Kataud),, penyusunan template standar dokumen dinas baku.
Keamanan & Ketertiban	Pelanggaran Prosedur Keamanan Dalam (Masuknya Pihak Luar Tanpa Izin)	Pengawasan pos penjagaan dalam kendur; tamu tidak diwajibkan bertukar kartu identitas (*visitor badge*); pintu akses internal tidak dikunci setelah jam dinas.	2	4	4	32	TINGGI	Pemberlakuan satu pintu akses masuk untuk tamu; kewajiban penggunaan *visitor badge*; pengetatan patroli dalam oleh bintara piket/keamanan internal.
Administrasi & Legal	Kebocoran Data atau Dokumen Kedinasan Rahasia/Sangat Rahasia	Penyimpanan dokumen fisik tidak dikunci; pendistribusian surat dinas rahasia menggunakan media sosial personal (WhatsApp); kurangnya pemahaman staf tentang klasifikasi keamanan dokumen.	2	5	5	50	TINGGI	Penerapan sistem pengarsipan digital terenkripsi; pembatasan akses fisik ruang arsip Taud; penegasan sanksi bagi penyebaran dokumen dinas keluar jalur resmi.

URPERS

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Manajemen SDM	Keterlambatan atau Kesalahan Proses Usulan Kenaikan Pangkat (UKP) / Berkala	Berkas persyaratan administrasi personel tidak lengkap/terecer; keterlambatan input pada aplikasi database personel, koordinasi yang lemah dengan satuan atas.	3	5	4	60	TINGGI	Digitalisasi pemberkasan persyaratatan UKP (e-filing personel); pembuatan kalender pembatasan (*timeline deadline*) pengumpulan berkas 3 bulan sebelum masa UKP; reviu berkala manifes data manifes personel.
Legalitas & Regulasi	Sengketa Hukum / Protes Anggota Akibat Ketidakadilan Penempatan Jabatan (Mutasi)	Proses mutasi jabatan tidak transparan atau tidak mengacu pada Wanjak/DSP (Daftar Susunan Personel), rekam jejak dan kompetensi anggota tidak diverifikasi secara objektif.	2	4	4	32	TINGGI	Standardisasi pelaksanaan sidang Wanjak yang akuntabel; penerapan penilaian kinerja berbasis merit system/SKP; penyusunan peta jabatan yang baku.
Keamanan Informasi	Kebocoran Data Pribadi Personel, Rekam Medis, atau Hasil Penilaian Kinerja	Penyimpanan berkas fisik/Buku Induk Personel di area terbuka; penggunaan password lemah pada sistem informasi personel internal; kelalaian staf membagikan data riwayat hidup.	2	5	5	50	TINGGI	Penerapan hak akses terbatas pada sistem komputer personel; penguncian lemari arsip fisik; penandatanganan pakta integritas kerahasiaan data bagi seluruh staf Urpers.
Kesejahteraan & Moril	Keterlambatan Pengurusan Hak Pensiun / Santunan Anggota Gugur atau Meninggal Dunia	Ahli waris kurang memahami alur administrasi; keterlambatan penerbitan Keputusan Pemberhentian Dengan Hormat , koordinasi dengan asuransi/Asabri terhambat berkas.	2	3	5	30	TINGGI	Pembentukan Tim Asistensi Khusus Urpers untuk mendampingi ahli waris secara proaktif; penyusunan buku saku panduan pengurusan hak-hak pensiun/santunan.
Operasional & Data	Ketidakakuratan Data Jumlah Riil Personel	Mutasi masuk/keluar, pensiun, atau anggota meninggal dunia tidak segera di-update di database; pelaporan manual dari sub-unit kerja sering terlambat.	3	5	3	45	TINGGI	Rekonsiliasi data personel bulanan antara Urpers dengan tiap sub-unit/satuan kerja, otomatisasi pelaporan mutasi harian secara digital.

URTU

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Operasional Persuratan	Macetnya Distribusi Surat dan Disposisi Pimpinan ke Satuan Kerja/Unit Pelaksana	Pencatatan buku agenda masih manual; penumpukan dokumen di meja Urtu; ketiadaan tracking system status surat.	3	5	4	60	TINGGI	Implementasi sistem aplikasi persuratan digital, penatapan batas waktu penyelesaian dokumen (maksimal 1 hari); evaluasi logbook harian oleh Kaur Urtu.
Kearsipan & Dokumen	Kerusakan atau Kehilangan Dokumen Arsip Statis/Dinamis yang Bernilai Historis/Legal	Kondisi ruang arsip lembab, berdebu, atau rawan hama (rayap); sistem klasifikasi arsip acak-acakan; ketiadaan salinan digital (backup).	2	4	5	40	TINGGI	Digitalisasi arsip fisik secara bertahap (scanning ke cloud/server aman); penataan ruang arsip dengan pendingin udara (AC) dan dehumudifier; fogging hama berkala.
Keamanan Informasi	Kebocoran Informasi/Surat Kedinasan Kategori Rahasia ke Pihak Eksternal	Kelalaian staf memotret/membagikan isi surat via aplikasi pesan (WhatsApp); pembuangan draf surat rahasia tanpa dihancurkan (shredder).	2	5	5	50	TINGGI	Penyediaan mesin penghancur kertas, di ruang Urtu; pembatasan ketat penggunaan ponsel di meja kerja administrasi rahasia; sosialisasi berkala tentang sanksi pelanggaran rahasia jabatan.
Administrasi & Legal	Kesalahan Format Penulisan Baku Tata Naskah Dinas pada Surat Keluar Pimpinan	Kurangnya pemahaman staf terhadap Petunjuk Administrasi Umum (Minu) terbaru; ketiadaan draf template baku yang tersentralisasi.	4	5	3	60	TINGGI	Penyusunan dan distribusi *master template* digital dokumen dinas baku; pemberlakuan kendali mutu berjenjang melalui lembar disposisi reviu staf sebelum ditandatangani pimpinan.
Sumber Daya Manusia	Kelelahan atau Demotivasi Staf Akibat Beban Kerja Administrasi yang Monoton dan Tinggi	Volume surat masuk dan keluar yang sangat masif setiap hari tidak sebanding dengan jumlah personel; ketiadaan rotasi internal staf.	3	5	3	45	TINGGI	Otomatisasi registrasi surat melalui pemanfaatan barcode reader, penjadwalan rotasi kerja antar-desk (meja surat masuk, keluar, arsip), penyediaan fasilitas kerja ergonomis.

MEDREK

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Kerahasiaan & Keamanan Data	Kebocoran Data Medis / Riwayat Penyakit Pasien ke Pihak yang Tidak Berwenang	Staf meninggalkan komputer dalam keadaan log-in SIMRS, pembagian username/password akun; berkas rekam medis manual diletakkan di area umum (meja poliklinik/nurse station) tanpa pengawasan.	2	5	5	50	TINGGI	Penerapan sistem log-out otomatis pada SIMRS setelah 3 menit , larangan keras berbagi akun; implementasi kebijakan *clean desk* berkas rekam medis fisik.
Operasional & Pelayanan	Keterlambatan Penyediaan Berkas Rekam Medis Terintegrasi Saat Pasien Berobat	Sistem indeksing atau pelabelan berkas manual salah letak, jaringan lokal (LAN) SIMRS terputus; proses retensi berkas inaktif belum berjalan sehingga ruang penyimpanan penuh.	3	5	4	60	TINGGI	Digitalisasi rekam medis penuh (RME/Rekam Medis Elektronik); penerapan sistem kode warna untuk berkas fisik; audit kepatuhan pengembalian berkas 1x24 jam.
Legalitas & Mutu Klinis	Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (SPO, Informed Consent, CPPT) oleh DPJP	Beban kerja dokter (DPJP) terlalu tinggi; kurangnya kesadaran pentingnya aspek legalitas rekam medis; lemahnya fungsi kontrol/reviu oleh tim Penyelenggara Rekam Medis.	4	5	4	80	TINGGI	Pelaksanaan reviu KLPCM (Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis) secara mingguan; pemberian notifikasi pengingat otomatis pada sistem RME dokter; pelaporan rutin ke Komite Medik.
Infrastruktur & Manajemen Bencana	Kehilangan atau Kerusakan Data Rekam Medis Akibat Bencana (Kebakaran/Banjir/*Cyber Attack)*	Ruang penyimpanan berkas fisik tidak memiliki sistem proteksi kebakaran (APAR/Springler); server SIMRS lokal tidak memiliki cadangan data (*backup system*) di luar lokasi (*off-site*).	1	3	5	15	SEDANG	Penyediaan APAR jenis clean agent (tidak merusak kertas) di ruang arsip; implementasi *Automated Daily Backup* ke *Cloud Server* atau server cadangan terpisah; pemasangan firewall penangkal *ransomware.*
Keselamatan Pasien (Patient Safety)	Kesalahan Identifikasi Pasien Akibat Duplikasi atau Data Rekam Medis Ganda	Petugas pendaftaran (admisi) tidak melakukan verifikasi identitas (KTP/BPJS) secara ketat; pasien memberikan informasi nama/tanggal lahir yang berbeda saat mendaftar ulang.	3	5	4	60	TINGGI	Kewajiban verifikasi menggunakan pemindai KTP-el / sidik jari; pengetatan prosedur pencarian data pasien di SIMRS menggunakan minimal 3 indikator identitas (Nama, Tgl Lahir, Alamat).

KESPREV

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Operasional & Program	Rendahnya Cakupan Pelaksanaan Skrining Kesehatan Berkala Anggota / Personel	Tingginya beban penugasan operasional personil sehingga sulit meluangkan waktu; kurangnya kesadaran pentingnya deteksi dini Penyakit Tidak Menular (PTM).	3	5	4	60	TINGGI	Penyusunan jadwal jemput bola *(mobile screening)* ke unit kerja/satuan; integrasi syarat skrining kesehatan sebagai kewajiban administrasi UKP/Diklat.
Klinis & Preventif	Keterlambatan Deteksi Dini Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit Menular di Lingkungan Ksatrian/Asrama	Sistem surveilans epidemiologi masih manual dan pasif; keterlambatan unit kerja melaporkan adanya kluster anggota yang sakit dengan gejala serupa.	2	4	5	40	TINGGI	Implementasi sistem surveilans berbasis digital, pelatihan petugas kesehatan satuan mengenai deteksi gejala awal KLB.
Kesehatan Lingkungan & K3	Kontaminasi Sarana Air Bersih atau Fasilitas Pangan (Kantin/Dapur Umum) di Lingkungan Satuan	Pemeriksaan kualitas air berkala (fisika, kimia, bakteriologi) jarang dilakukan; higiene sanitasi penjamu makanan di dapur umum/kantin tidak memenuhi standar.	2	5	4	40	TINGGI	Pelaksanaan uji berkala sampel air dan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) fasilitas pangan minimal sebulan sekali; sertifikasi higiene sanitasi bagi pengelola dapur umum.
Logistik Kesehatan	Kegagalan Manajemen Rantai Dingn, Vaksin dan Antiserum	Kerusakan *vaccine refrigerator* tanpa alarm pengingat suhu; listrik padam tanpa pasokan genset otomatis; kelalaian pencatatan log suhu harian.	2	5	4	40	TINGGI	Pemasangan alat pemantau suhu otomatis, penyediaan genset otomatis cadangan (UPS), pemeliharaan preventif berkala lemari pendingin.
Promosi Kesehatan	Ketidakpencapaian Target Edukasi dan Pencegahan Faktor Risiko Kesehatan Kronis	Metode penyuluhan kesehatan masih bersifat konvensional (monoton) dan tidak menarik, media edukasi (*leaflet/banner)* sangat terbatas dan kurang interaktif.	3	4	3	36	TINGGI	Diversifikasi media promosi kesehatan menggunakan konten video digital pendek, infografis interaktif via media sosial internal; pelaksanaan kampanye gaya hidup sehat

YANMASUM

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Finansial / Piutang Pasien	Keterlambatan Penagihan Klaim Jasa Layanan RS kepada Pihak Ketiga (BPJS, Jasa Raharja, Perusahaan/Asuransi Mitra)	Keterlambatan penyelesaian resume medis oleh DPJP; berkas persyaratan klaim tidak lengkap atau tidak lolos verifikasi internal (Casemix); lambatnya proses rekonsiliasi data billing harian.	4	5	4	80	TINGGI	Pemberlakuan batas waktu pengisian EMR/resume medis maks 2x24 jam pasca-pasien pulang; penguatan tim verifikator internal Casemix; audit berkala outstanding klaim mingguan.
Finansial / Kebocoran Pendapatan	Kebocoran Pendapatan RS, Akibat Ketidaksesuaian Tarif Tindakan Antara Pelayanan Klinis dengan SIMRS	Pembaruan master tarif BLU di SIMRS terlambat setelah SK Tarif baru terbit; petugas administrasi/perawat di poliklinik/bangsal salah menginput jenis tindakan pasien.	3	5	4	60	TINGGI	Otomatisasi penguncian tarif tindakan medis langsung dari lembar CPPT Elektronik dokter ke SIMRS; audit kecocokan tarif secara sampling harian oleh Tim Validasi Keuangan.
Finansial / Piutang Pasien	Terjadinya Lonjakan Piutang Pasien Macet / Tak Tertagih pada Pasien Umum Mandiri	Pasien umum/perusahaan diizinkan pulang atau dirujuk sebelum menyelesaikan seluruh administrasi keuangan; ketiadaan jaminan/deposit awal untuk tindakan elektif bernilai tinggi.	4	5	4	80	TINGGI	Penerapan kebijakan deposit atau jaminan asuransi sebelum rawat inap/tindakan besar; pembatasan prosedur persetujuan pulang pasien, wajib verifikasi digital Bendahara/Kasir.
Operasional Kasir RS	Selisih Kurang atau Keterlambatan Penyerahan Uang Tunai dari Kasir 24 Jam (IGD/Farmasi) ke Bendahara Penerimaan Utama	Pergantian shift kasir malam tidak disertai dengan berita acara serah terima, kasir mengantongi uang tunai terlalu lama karena loket brankas utama tutup di akhir pekan.	3	5	3	45	TINGGI	Pemasangan *Smart Safe Locker* (brankas setor mandiri ber-PIN) untuk kasir shift malam; kewajiban unggah bukti cetak penutupan kasir shift harian langsung ke SIMRS.
Hukum & Kepatuhan BLU	Dana Fungsional BLU (Pendapatan Jasa Layanan RS) Mengendap di Rekening Penerimaan Tanpa Disertai Pengesahan SP3B	Keterlambatan penyusunan laporan pendapatan RS oleh Bendahara; lambatnya proses rekonsiliasi data antara pihak Bank Mitra dengan data transaksi internal RS.	2	4	4	32	TINGGI	Penetapan jadwal *cut off* ketat penyusunan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU setiap bulan.

PEKAS

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Administrasi & Kepatuhan	Ketidaklengkapan atau Ketidaksesuaian Bukti Pertanggungjawaban pada saat Pemeriksaan/Audit	Volume transaksi harian tinggi; kelalaian unit pelaksana dalam melengkapi syarat administratif (kuitansi/nota); tidak adanya sistem checklist dokumen otomatis.	3	5	4	60	TINGGI	Digitalisasi dokumen SPJ (e-Arsip); penerapan checklist persyaratan mutlak sebelum pembayaran dilakukan; verifikasi berjenjang oleh Pejabat Pembuat Komitmen (PPK).
Perpajakan	Kesalahan Pemungutan, Penyetoran, atau Pelaporan Pajak (PPh/PPN) atas Belanja	Regulasi perpajakan yang dinamis dan kompleks; human error dalam pemilihan kode akun pajak atau tarif; kurangnya koordinasi dengan pihak rekanan/vendor.	3	5	5	75	TINGGI	Pelatihan/updating regulasi pajak berkala bagi bendahara; penggunaan aplikasi e-Billing yang terintegrasi; rekonsiliasi pajak bulanan dengan KPP/Sistem Pajak.
Operasional / KKP & Kas	Penggunaan Uang Persediaan (UP) atau Kartu Kredit Pemerintah (KKP) yang Tidak Sesuai Ketentuan	Kurangnya pemahaman mengenai daftar belanja yang boleh/tidak boleh menggunakan UP/KKP; tekanan urgensi dari pimpinan untuk belanja mendadak.	2	4	4	32	TINGGI	Penyusunan juknis/SOP internal daftar belanja yang diizinkan (allowable list); penguatan fungsi pengawasan oleh PPK dan PPSPM sebelum otorisasi.
Fraud & Pengawasan Melekat	Risiko Fraud/ Penyalahgunaan Dana Kas	Lemahnya prinsip (pemisahan fungsi verifikasi, otorisasi, dan pembayaran), akun/token pembayaran dipegang oleh satu orang saja.	1	5	5	25	SEDANG	Penerapan pemisahan fungsi yang tegas (verifikator ≠ bendahara); rotasi jabatan bendahara secara berkala; pemeriksaan kas mendadak (*cash opname*) oleh atasan langsung.
Budget / DIPA	Realisasi Belanja Melebihi Pagu DIPA atau Salah Penggunaan Mata Anggaran (MAK)	Monitoring saldo DIPA tidak update real-time; keterlambatan sinkronisasi data antar seksi (perencanaan & keuangan).	2	4	4	32	TINGGI	Penerapan *dashboard* monitoring realisasi anggaran (*Real-time Monitoring*), penguncian sistem pada aplikasi internal jika pagu hampir habis.

PEKAS

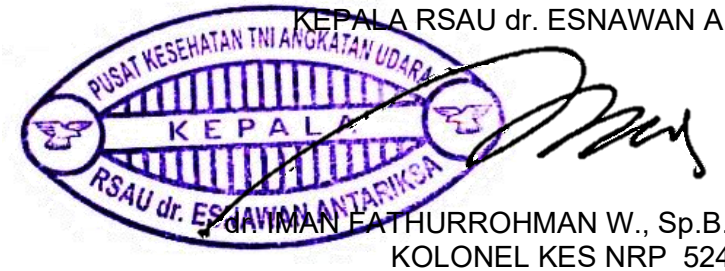
KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Administrasi & Kepatuhan	Ketidaklengkapan atau Ketidaksesuaian Bukti Pertanggungjawaban (SPJ) pada saat Pemeriksaan/Audit	Volume transaksi harian tinggi; kelalaian unit pelaksana dalam melengkapi syarat administratif (kuitansi/nota); tidak adanya sistem checklist dokumen otomatis.	3	5	4	60	TINGGI	Digitalisasi dokumen SPJ, penerapan checklist persyaratan mutlak sebelum pembayaran dilakukan; verifikasi berjenjang oleh Pejabat Pembuat Komitmen (PPK).
Perpajakan	Kesalahan Pemungutan, Penyetoran, atau Pelaporan Pajak (PPh/PPN) atas Belanja	Regulasi perpajakan yang dinamis dan kompleks; human error dalam pemilihan kode akun pajak atau tarif; kurangnya koordinasi dengan pihak rekanan/vendor.	3	5	5	75	TINGGI	Pelatihan/updating regulasi pajak berkala bagi bendahara; penggunaan aplikasi e-Billing yang terintegrasi; rekonsiliasi pajak bulanan dengan KPP/Sistem Pajak.
Operasional / KKP & Kas	Penggunaan Uang Persediaan (UP) atau Kartu Kredit Pemerintah (KKP) yang Tidak Sesuai Ketentuan (Unallowable Cost)	Kurangnya pemahaman mengenai daftar belanja yang boleh/tidak boleh menggunakan UP/KKP; tekanan urgensi dari pimpinan untuk belanja mendadak.	2	4	4	32	TINGGI	Penyusunan juknis/SOP internal daftar belanja yang diizinkan, penguatan fungsi pengawasan oleh PPK dan PPSPM sebelum otorisasi.
Fraud & Pengawasan Melekat	Risiko Fraud/Penyalahgunaan Dana Kas (Double Payment / Fiktif)	Lemahnya prinsip *segregation of duties* (pemisahan fungsi verifikasi, otorisasi, dan pembayaran); akun/token pembayaran dipegang oleh satu orang saja.	1	5	5	25	SEDANG	Penerapan pemisahan fungsi yang tegas (verifikator ≠ bendahara); rotasi jabatan bendahara secara berkala; pemeriksaan kas mendadak (*cash opname*) oleh atasan langsung.
Budget / DIPA	Realisasi Belanja Melebihi Pagu DIPA atau Salah Penggunaan Mata Anggaran /MA	Monitoring saldo DIPA tidak update real-time; keterlambatan sinkronisasi data antar seksi (perencanaan & keuangan).	2	4	4	32	TINGGI	Penerapan *dashboard* monitoring realisasi anggaran (Real-time Monitoring); penguncian sistem pada aplikasi internal jika pagu hampir habis.

PEKAS

KATEGORI	IDENTIFIKASI RISIKO	Penyebab Potensial	P	F	A	Skor Total	Tingkat Resiko	Rencana Mitigasi / Tindakan Pengendalian
Administrasi & Kepatuhan	Ketidaklengkapan atau Ketidaksesuaian Bukti Pertanggungjawaban (SPJ) pada saat Pemeriksaan/Audit	Volume transaksi harian tinggi; kelalaian unit pelaksana dalam melengkapi syarat administratif (kuitansi/nota); tidak adanya sistem checklist dokumen otomatis.	3	5	4	60	TINGGI	Digitalisasi dokumen SPJ, penerapan checklist persyaratan mutlak sebelum pembayaran dilakukan; verifikasi berjenjang oleh Pejabat Pembuat Komitmen (PPK).
Perpajakan	Kesalahan Pemungutan, Penyetoran, atau Pelaporan Pajak (PPh/PPN) atas Belanja	Regulasi perpajakan yang dinamis dan kompleks; human error dalam pemilihan kode akun pajak atau tarif; kurangnya koordinasi dengan pihak rekanan/vendor.	3	5	5	75	TINGGI	Pelatihan/updating regulasi pajak berkala bagi bendahara; penggunaan aplikasi e-Billing yang terintegrasi; rekonsiliasi pajak bulanan dengan KPP/Sistem Pajak.
Operasional / KKP & Kas	Penggunaan Uang Persediaan (UP) atau Kartu Kredit Pemerintah (KKP) yang Tidak Sesuai Ketentuan (Unallowable Cost)	Kurangnya pemahaman mengenai daftar belanja yang boleh/tidak boleh menggunakan UP/KKP; tekanan urgensi dari pimpinan untuk belanja mendadak.	2	4	4	32	TINGGI	Penyusunan juknis/SOP internal daftar belanja yang diizinkan, penguatan fungsi pengawasan oleh PPK dan PPSPM sebelum otorisasi.
Fraud & Pengawasan Melekat	Risiko Fraud/Penyalahgunaan Dana Kas (Double Payment / Fiktif)	Lemahnya prinsip segregation of duties (pemisahan fungsi verifikasi, otorisasi, dan pembayaran); akun/token pembayaran dipegang oleh satu orang saja.	1	5	5	25	SEDANG	Penerapan pemisahan fungsi yang tegas (verifikator ≠ bendahara); rotasi jabatan bendahara secara berkala; pemeriksaan kas mendadak (cash opname) oleh atasan langsung.
Budget / DIPA	Realisasi Belanja Melebihi Pagu DIPA atau Salah Penggunaan Mata Anggaran /MA	Monitoring saldo DIPA tidak update real-time; keterlambatan sinkronisasi data antar seksi (perencanaan & keuangan).	2	4	4	32	TINGGI	Penerapan dashboard monitoring realisasi anggaran (Real-time Monitoring); penguncian sistem pada aplikasi internal jika pagu hampir habis.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 21 Juli 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
KOLONEL KES NRP 524330