<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">MANAJEMEN RISIKO DI RUMAH SAKIT</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen
SPO/64/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi
02</td><td>Halaman
1 dari 2</td></tr>
<tr><td>STANDAR
PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal terbit
29-06-2026</td><td colspan="2">Ditetapkan oleh,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>PENGERTIAN</td><td colspan="3">Manajemen risiko adalah proses yang sistematis, terstruktur, dan berkesinambungan untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, mengendalikan, memantau dan mengomunikasikan risiko yang dapat memengaruhi keselamatan pasien, mutu pelayanan, keselamatan petugas, lingkungan serta keberlangsungan pelayanan rumah sakit.</td></tr>
<tr><td>TUJUAN</td><td colspan="3">1. Menjadi pedoman pelaksanaan manajemen risiko di seluruh unit rumah sakit secara sistematis,terstruktur dan berkesinambungan.
2. Mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, mengendalikan serta memantau risiko yang dapat memengaruhi keselamatan pasien, mutu pelayanan, keselamatan petugas, asset, keuangan, dan reputasi rumah sakit..
3. Meningkatkan kemampuan organisasi dalam mencegah kejadian yang tidak diharapkan melalui pengelolaan risiko secara proaktif
4. Mendorong budaya mutu keselamatan & perbaikan berkelanjutan melalui pendekatan berbasis data dan manajemen risiko.</td></tr>
<tr><td>KEBIJAKAN</td><td colspan="3">Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/180/IX/2025 tentang Pedoman Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa</td></tr>
<tr><td>REFERENSI</td><td colspan="3">1. PMK No. 30 Tahun 2022 tentang Indikator Mutu Nasional
2. Pedoman pelaporan INM Kemenkes 2023</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">1. PERSIAPAN
a. Komite Mutu menetapkan indikator mutu, definisi operasional, sumber data, metode pengumpulan, serta periode pelaporan.
b. Kepala unit menunjuk petugas pengumpul data
2. PENETAPAN KONTEKS RISIKO
a. Menentukan tujuan, proses kerja, dan ruang lingkup pengelolaan risiko.
b. Menetapkan penanggung jawab pengelolaan risiko pada setiap unit.
3. IDENTIFIKASI RISIKO
a. Mengidentifikasi seluruh potensi risiko yang dapat memengaruhi pelayanan, keselamatan pasien, operasional, SDM, sarana prasarana, keuangan, teknologi informasi, dan kepatuhan regulasi.
b. Mendokumentasikan risiko ke formulir identifikasi Risiko.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">MANAJEMEN RISIKO DI RUMAH SAKIT</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/64/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

2 dari 2</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">4. ANALISIS RISIKO
a. Menentukan penyebab dan dampak risiko.
b. Menilai tingkat kemungkinan terjadinya risiko (likelihood) dan tingkat dampaknya (impact).
c. Menentukan tingkat risiko menggunakan matriks risiko rumah sakit.
5. EVALUASI RISIKO
a. Membandingkan hasil analisis dengan kriteria penerimaan risiko yang telah ditetapkan
b. Menentukan prioritas penanganan berdasarkan tingkat risiko
6. PENGENDALIAN RISIKO
a. Menetapkan strategi pengendalian, meliputi menghindari, mengurangi, mengalihkan atau menerima risiko sesuai tingkat risiko.
b. Menyusun rencana mitigasi risiko beserta penanggung jawab dan target waktu pelaksanaan
7. MONITORING DAN EVALUASI
a. Melaksanakan pemantauan efektivitas pengendalian risiko secara berkala
b. Memperbarui Risk Register apabila terdapat perubahan kondisi atau risiko baru.
c. Mengevaluasi hasil pengendalian dan melakukan perbaikan bila masih ditemukan risiko yang belum terkendali.
8. PELAPORAN
a. Setiap unit menyampaikan laporan manajemen risiko kepada Tim Manajemen Risiko/Tim PMKP sesuai jadwal yang ditetapkan
b. Tim Manajemen Risiko menyusun laporan berkala untuk Kepala Rumah Sakit.
Hasil evaluasi dibahas dalam rapat manajemen sebagai dasar pengambilan keputusan dan peningkatan mutu berkelanjutan</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">1. Ka. RSAU dr. Esnawan Antariksa
2. Komite Mutu
3. Komite Medik
4. Komite Keperawatan
5. Komite Keteknisian medis
6. Seluruh unit pelayanan Keperawatan, Penunjang dan Manajemen Rumah Sakit</td></tr>
</table>