KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/107/VII/2026

tentang

PEDOMAN MANAJEMEN RISIKO DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang : 1. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keselamatan pasien dan keselamatan kerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa, maka diperlukan penetapan Pedoman Manajemen Risiko yang akan dipilih;

2. bahwa agar penetapan Pedoman Manajemen Risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa sesuai dengan kebutuhan, perlu adanya kebijakan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai landasan untuk menetapkan Pedoman Manajemen Risiko tersebut;

3. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa;

Mengingat : 1. Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

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

4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan Kementrian Kesehatan;

5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

6. 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 Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024, tanggal 4 Oktober 2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;

2. Pertimbangan Pimpinan dan Manajemen berkaitan dengan penetapan pedoman manajemen risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

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

2. Penetapan Pedoman Manajemen Risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa, sebagaimana dimaksud dalam diktum ke-1 tercantum dalam lampiran keputusan ini dan dijadikan acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Hal-hal lain yang belum ada dalam keputusan ini, apabila diperlukan akan ditambah dan/atau diubah sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

4. 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

PEDOMAN MANAJEMEN RISIKO DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

a. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan layanan medis yang aman, efektif, dan berkualitas kepada masyarakat. Dalam menjalankan fungsinya, rumah sakit menghadapi berbagai tantangan yang kompleks, baik dari aspek klinis, administratif, teknologi, maupun sumber daya manusia. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan ini menjadikan rumah sakit sebagai lingkungan yang memiliki potensi risiko tinggi, baik terhadap keselamatan pasien, tenaga kesehatan, maupun keberlangsungan operasional rumah sakit itu sendiri.

b. Manajemen risiko merupakan pendekatan sistematis yang dirancang untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, mengendalikan, dan memantau risiko-risiko potensial yang dapat mengganggu pencapaian tujuan organisasi. Dalam konteks rumah sakit, manajemen risiko tidak hanya berfokus pada aspek keselamatan pasien (patient safety), tetapi juga mencakup risiko-risiko di bidang keuangan, hukum, keselamatan kerja, keamanan data, dan reputasi institusi.

c. Seiring dengan meningkatnya tuntutan mutu pelayanan kesehatan dan regulasi pemerintah, seperti yang diatur dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit dan ketentuan dari Kementerian Kesehatan, maka penerapan manajemen risiko di rumah sakit menjadi keharusan. Rumah sakit dituntut untuk memiliki sistem yang mampu mengantisipasi dan merespons risiko secara proaktif agar dampak yang ditimbulkan dapat diminimalkan atau dicegah.

d. Penerapan manajemen risiko yang baik akan membantu rumah sakit dalam mengurangi kejadian tidak diinginkan, meningkatkan efisiensi layanan, memperkuat tata kelola, serta meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit. Oleh karena itu, penyusunan dan pelaksanaan sistem manajemen risiko yang terstruktur dan berkelanjutan menjadi bagian integral dari strategi pengelolaan rumah sakit secara keseluruhan.

e. Manajemen risiko berhubungan erat dengan pelaksanaan keselamatan pasien dan keselamatan kerja dirumah sakit dan berdampak kepada pencapaian sasaran mutu rumah sakit. Berkaitan dengan hal tersebut maka, pelaksanaan manajemen risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa harus berdasarkan Pedoman Manajemen Risiko RSAU dr. Esnawan Antariksa.

2. Tujuan

a. **Umum**. Meningkatkan mutu pelayanan keselamatan pasien dan keselamatan kerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa melalui Pedoman Manajemen Risiko.

b. **Khusus**:

1) Memberikan panduan sistim manajemen risiko yang baku dan berlaku di rumah sakit.

2) Memastikan sistim manajemen risiko berjalan dengan baik.

3) Membangun sistim monitoring dan komunikasi serta konsultasi yang efektif demi tercapainya tujuan di atas dan penerapan yang berkesinambungan di rumah sakit.

3. Ruang Lingkup

a. Ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit meliputi:
1. Pasien dan keluarga
2. Pengunjung
3. Staf medis
4. Tenaga kesehatan lain yang bekerja dirumah sakit
5. Fasilitas dan lingkungan rumah sakit yang terdiri dari:

a). Keselamatan dan keamanan:
1) Keselamatan: keadaan tertentu karena gedung, lantai, halaman dan peralatan rumah sakit yang menimbulan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung.
2) Keamanan: risiko terhadap kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau penggunaan akses oleh mereka yang tidak berwenang.

b). Bahan berbahaya dan beracun (B3) dan limbahnya: risiko penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan radioaktif serta bahan berbahaya lainnya dan limbah bahan berbahaya.

c). Penanggulangan bencana (*emergency*): risiko kemungkinan terjadi bencana, respon bila terjadi wabah, bencana dan keadaan emergensi termasuk evaluasi lingkungan pasien secara terintegrasi.

d). Proteksi kebakaran (*fire safety*): risiko kebakaran dari property/bangunan dan penghuninya.

e). Peralatan medis: risiko pemilihan, peliharaan, dan penggunaan alat medis.

f). Sistem penunjang (*utilitas*): risiko kegagalan pengoprasionalan listrik, air dan sistem pendukung lainnya.

b. Pengelompokan berdasarkan kategori resiko
1) Strategi : risiko yang mempengaruhi pedoman rencana jangka panjang untuk pencapaian tujuan.

2) Operasional: Proses internal atau eksternal yang mempengaruhi operasional organisasi.

3) Keuangan : segala sesuatu yang menimbulkan tekanan terhadap keuangan dan belanja organisasi.

4) Kepatuhan : tidak mematuhi atau tidak melaksanakan peraturan atau ketentuan yang berlaku atau kepatuhan terhadap hukum dan peraturan.

5) Reputasi : menurunnya kepercayaan publik atau masyarakat karena presepsi negatif/*image* yang dirasakan Masyarakat

6) Kebijakan : kebijakan organisasi baik internal/eksternal yang berdampak langsung terhadap organisasi.

7) Risiko legal : tuntutan hukum terhadap organisasi.

8) Risiko *Fraud* : kecurangan oleh pihak internal yang merugikan keuangan negara.

c. Pengelompokan berdasarkan jenis risiko:
   1) Risiko klinis
      a). Risiko terkait dengan sistem manajemen obat.
      b). Risiko jatuh.
      c). Pengendalian risiko infeksi.
      d). Risiko terkait masalah gizi.
      e). Risiko fasilitas dan peralatan (risiko kebakaran, cedera karena penggunaan laser, risiko-risiko yang diakibatkan dari kondisi jangka panjang, dll).

   2) Risiko nonklinis
      a). Risiko keuangan
      b). Risiko properti
      c). Risiko hukum
      d). Risiko reputasi

4. Batasan operasional

Batasan operasional manajemen risiko di RSAU dr. Esnawan Antariksa yaitu:
a. Kategori risiko yang dapat berdampak pada rumah sakit. Kategori ini antara lain tidak terbatas pada risiko :
   1) Strategi
   2) Operasional
   3) Keuangan
   4) Kepatuhan
   5) Reputasi
   6) Kebijakan
   7) Risiko legal
   8) Risiko Fraud

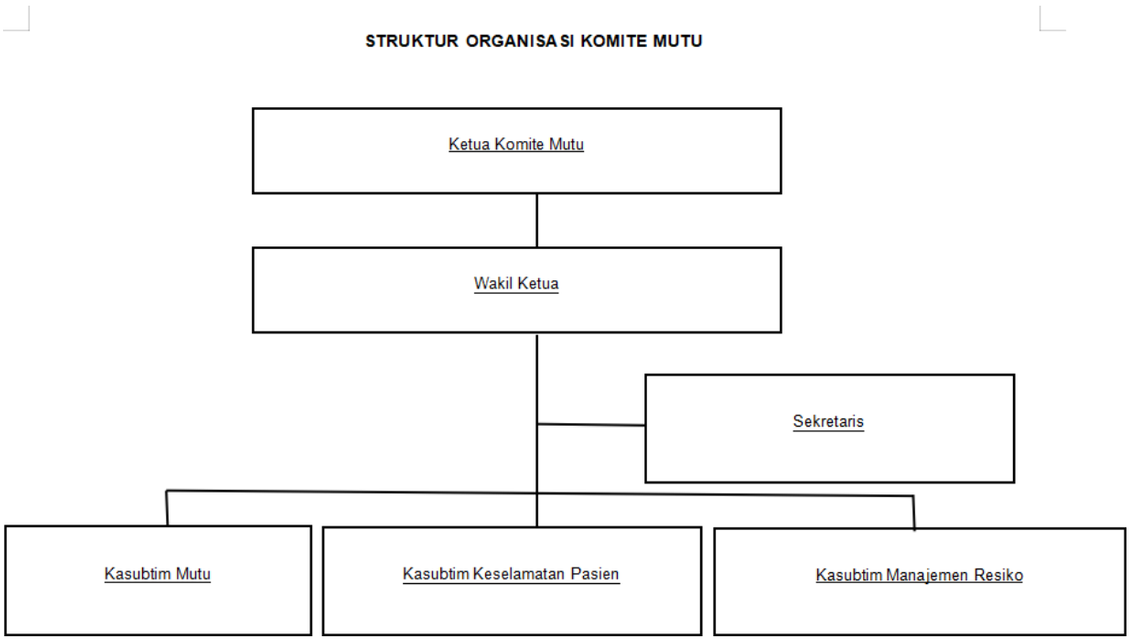
b. Komponen-komponen penting manajemen risiko meliputi :
   1) Komunikasi dan konsultasi
   2) Menetapkan konteks
   3) Identifikasi risiko
   4) Analisis risiko
   5) Evaluasi risiko
   6) Perlakuan risiko
   7) Pemantauan dan peninjauan
   8) Pencatatan dan pelaporan

5. Landasan Hukum

1. Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 6 tahun 2026 tentang Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan Kementrian Kesehatan;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

BAB II
STRUKTUR ORGANISASI

6. Struktur Organisasi



Gambar 1. Bagan struktur manajemen risiko

7. Tanggung jawab

Dalam rangka mencapai tujuan untuk mengidentifikasi dan mengendalikan risiko, RSAU dr. Esnawan Antariksa mengatur kewenangan dan tanggung jawab manajemen rumah sakit:

a. Level rumah sakit oleh Tim (subkomite) mutu dan manajemen risiko dari Komite Mutu dan Keselamatan pasien rumah sakit.

b. Level unit kerja/bagian dalam rumah sakit oleh kepala instalasi atau kepala bagian dari masing-masing unit kerja.

Uraian tanggung jawab:

a. Tanggung Jawab Pimpinan Rumah Sakit

1) Menetapkan kebijakan mengenai manajemen risiko rumah sakit.

2) Menetapkan dan membina tim manajemen risiko rumah sakit.

3) Mengawasi dan memastikan sistim manajemen risiko berjalan dengan baik dan berkesinambungan.

4) Menerima laporan dan rekomendasi pengelolaan/pengendalian risiko serta menindaklanjuti sesuai arah kebijakan rumah sakit termasuk pendanaannya.

5) Mengambil alih tanggung jawab pengelolaan dan pengendalian insiden keselamatan pasien sesuai grading risiko.

b. Tanggung Jawab Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

1) Meninjau daftar risiko rumah sakit dan memberi rekomendasi untuk menurunkan skor risiko.

2) Meninjau risiko-risiko ekstrim, tindakan, pengendalian, dan menyoroti area-area utama kepada masing-masing kepala unit kerja terkait.

c. Tanggung Jawab Tim Manajemen Risiko

1) Membuat dan meninjau strategi dan kebijakan manajemen risiko.

2) Penyediaan pelatihan penilaian risiko.

3) Memantau daftar risiko per unit kerja untuk setiap perubahan, bagian yang tidak lengkap, dengan perhatian pada tingkat risiko dan jadwal waktu.

4) Memberi saran kepada penilai risiko, kepala unit kerja perihal manajemen risiko.

5) Memelihara dan membina daftar penilai risiko yang aktif.

6) Menanggapi permintaan audit internal dan eksternal berkaitan dengan manajemen risiko.

d. Tanggung Jawab Penilai Risiko

Penilai risiko harus dipilih oleh Kepala Unit Kerja untuk memastikan bahwa penilai risiko yang dipilih mempunyai keterampilan kerja, pengetahuan, dan pengalaman yang memadai untuk memenuhi perannya. Penilai risiko bertanggung jawab untuk :

1) Menilai risiko di area kerja mereka menggunakan Form Penilaian Risiko, mengidentifikasi seluruh risiko yang penting terlebih dahulu dan memastikan bahwa Kepala Unit Kerja mengambil perhatian terhadap risiko tersebut.

2) Memastikan bahwa mereka menyimpan dokumen penilaian risiko yang asli dan memberikan satu salinan kepada Kepala Unit Kerja untuk disimpan dalam arsip.

3) Menunjukkan bukti penilaian dan rencana tindakan.

4) Jika penilai risiko memandang bahwa penilaian risiko mereka tidak memperoleh perhatian yang memadai, mereka harus menghubungi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien untuk meminta nasehat.

e. Tanggung Jawab Kepala Unit Kerja

1) Mengelola seluruh risiko. Kepala Unit Kerja boleh mendelegasikan tugas melakukan penilaian risiko kepada anggotanya.

2) Kepala Unit Kerja bertanggung jawab untuk:
a) Pelaksanaan strategi dan kebijakan manajemen risiko di area tanggung jawab mereka.

b) Mengelola daftar risiko unit kerja masing-masing. Hal ini termasuk mengumpulkan, meninjau, dan memutakhirkan data.

c) Menunjuk penilai risiko untuk area mereka.

d) Memastikan bahwa penilai risiko mempunyai alokasi waktu yang memadai untuk melakukan penilaian risiko.

e) Melakukan validasi seluruh penilaian risiko yang dilakukan, dan melakukan tindakan untuk mengurangi risiko yang teridentifikasi sampai pada tingkat terendah yang mungkin dicapai.

f) Melengkapi Form Penilaian Risiko (meninjau/menyetujui pemeringkatan matriks: menyatakan tindakan apa yang diperlukan/diambil untuk menurunkan risiko sampai pada tingkat terendah yang mungkin dicapai).

g) Jadwal waktu untuk memulai/meningkatkan langkah pengendalian (pada tingkat berapa risiko sisa tertinggal setelah pelaksanaan tindakan/peningkatan langkah pengendalian: apakah risiko perlu dimasukkan ke dalam daftar risiko unit kerja/rumah sakit).

h) Penyediaan informasi yang sesuai dan memadai bagi staf untuk mendukung penurunan risiko.

i) Memelihara catatan penilaian risiko yang dilaksanakan dan untuk mencatat perkembangan dan kinerja dibandingkan tindakan perbaikan yang direncanakan.

j) Berkoordinasi dengan unit kerja lain di dalam rumah sakit.

f. Tanggung Jawab Staf atau Karyawan

1) Seluruh staf mempunyai tanggung jawab untuk memberi informasi kepada atasan mereka setiap bahaya yang bermakna di tempat kerja. Merupakan suatu hal yang mendasar bahwa jika seorang staf menganggap ada hal yang serius yang telah mereka laporkan kepada atasan langsung mereka, tetapi belum ditindaklanjuti, mereka harus melaporkan ini kepada tingkat yang lebih tinggi.

2) Dalam rangka untuk memastikan kebijakan ini dilaksanakan dengan efektif, setiap karyawan harus:

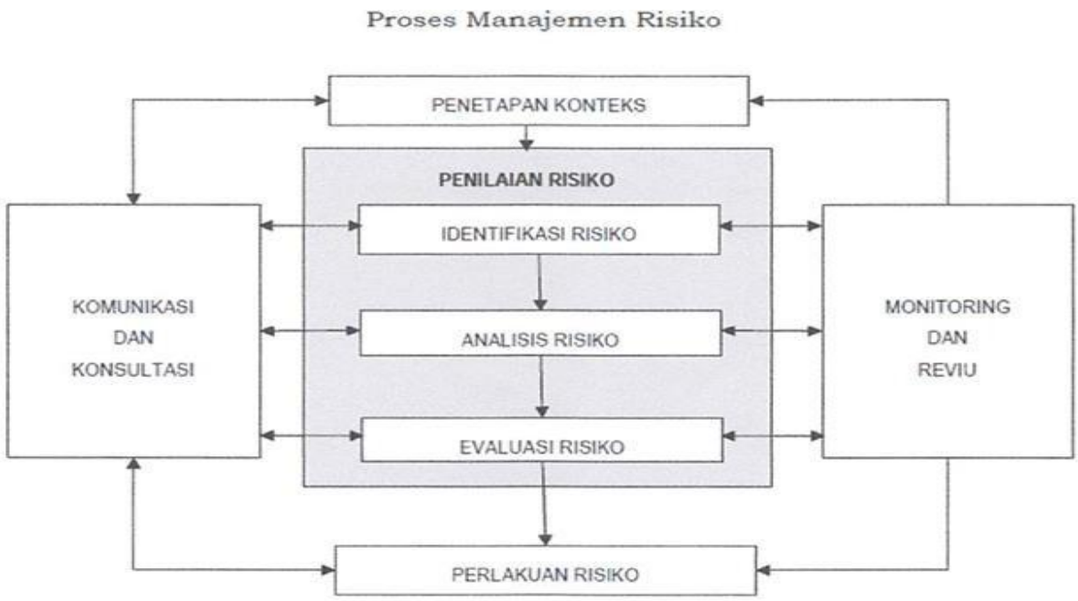
a) Dapat bekerja sama secara penuh dalam menerapkan pedoman, protokol, dan kebijakan yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan, dan manajemen risiko.

b) Melaporkan setiap insiden, kecacatan, atau setiap perubahan yang dapat mempengaruhi kondisi kerja langsung kepada atasan/penilai risiko lokal dan melengkapi form insiden report dengan tepat.

BAB III

PENATALAKSANAAN MANAJEMEN RISIKO

8. Penatalaksanaan Manajemen Risiko



Gambar 2. Proses manajemen risiko

a. Komunikasi dan konsultasi

Komunikasi risiko secara umum dapat diartikan sebagai proses interaktif dalam hal tukar menukar informasi dan pendapat yang mencakup multi pesan mengenai risiko dan pengelolaannya. Proses ini berjalan secara internal dalam organisasi, bagian, unit atau eksternal yang ditujukan kepada stakeholder ekstrenal. Konsultasi dapat dijelaskan sebagai suatu proses komunikasi antara organisai dengan pemangku kepentingan, mengenai isu tertentu, terkait dengan pengambilan keputusan termasuk penerapan manajemen risiko. Bentuk komunikasi dan konsultasi dapat berupa :

1) Rapat berkala
2) Rapat incidental
3) Seminar/sosialisai/*workshop*, atau
4) Forum pengelola risiko

Selain bentuk diatas komunikasi dan konsultasi dapat melalui media elektronik. Pelaksanaan komunikasi dan konsultasi merupakan tanggung jawab pemilik risiko.

b. Penetapan konteks

Penetapan konteks merupakan artikulasi tujuan dan mendefinisikan parameter eksternal dan internal untuk diperhitungkan ketika mengelola risiko, kemudian menetapkan ruang lingkup dan kriteria risiko untuk prosedur selanjutnya. Dalam menentukan konteks perlu diperhatikan beberapa hal, sebagai berikut:

1) Konteks eksternal

   Konteks eksternal merupakan situasi dari luar yang dapat mempengaruhi cara organisasi dalam mengelola risiko. Konteks eksternal dapat meliputi, tetapi tidak terbatas pada:

a). Hukum, sosial, budaya, politik, regulasi, keuangan, teknologi, lingkungan ekonomi, alam dan persaingan dengan organisasi lain.

b). Hubungan, persepsi dan nilai-nilai pemangku kepentingan eksternal.

2) Konteks internal

Konteks internal merupakan segala sesuatu dari dalam organisasi yang dapat mempengaruhi cara organisasi dalam mengelola risiko. Hal ini dapat meliputi, namun tidak terbatas pada:

a). Tata kelola, struktur, peran dan akuntabilitas organisasi.

b). Kebijakan, sasaran, dan strategi.

c). Kemampuan dan pemahaman tentang sumber daya (modal, waktu, orang, prosedur, sistem, dan teknologi).

d). Hubungan, persepsi dan nilai-nilai pemangku kepentingan internal dan budaya organisasi.

e). Sistem informasi, arus informasi dan prosedur pengambilan keputusan.

f). Standar, panduan dan model yang diterapkan oleh organisasi.

Dalam menetapkan konteks dilakukan hal-hal sebagai berikut:

1) Melakukan analisis secara umum tentang situasi internal dan eksternal terkait dengan perkiraan skenario keterjadian pernyataan risiko.

2) Memanfaatkan informasi dari berbagai sumber untuk melakukan analisis situasi internal dan eksternal.

3) Memahami tujuan satuan kerja melalui rencana strategis dan rencana kinerja/ penetapan kinerja yang telah disusun.

4) Memahami jumlah dan jenis risiko yang siap ditangani atau diterima organisasi dan kesiapan organisasi untuk menanggung risiko setelah perlakukan risiko dalam upaya mencapai sasaran.

3) Kriteria risiko

Satuan kerja harus menetapkan kriteria yang telah digunakan untuk mengevaluasi signifikasi risiko. Kriteria harus dapat mencerminkan nilai-nilai organisasi, tujuan dan sumber daya.

Jenis Risiko	**Deskripsi dan Cakupan**
Risiko Klinis	Risiko yang dikaitkan langsung dengan layanan medis maupun layanan lain yang dialami pasien selama di rumah sakit.
Risiko Non-Klinis (Organisasi)	Risiko yang berhubungan langsung dengan komunikasi, produk layanan, proteksi data, sistem informasi, dan semua hal yang dapat mempengaruhi
Risiko Finansial	Risiko yang dapat mengganggu kontrol finansial yang efektif, termasuk sistem yang menyediakan

c. Penilaian risiko

1) Identifikasi risiko

Risiko merupakan kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang berdampak terhadap pencapaian sasaran organisasi. Hal berkenaan menunjukkan bahwa risiko merupakan sesuatu peristiwa yang belum terjadi saat ini dan berpotensi untuk terjadi di masa yang akan datang. Peristiwa tersebut dapat juga pernah terjadi di masa lalu dan mungkin dapat terjadi kembali di masa depan. Dalam menentukan risiko, dasar utama yang menjadi acuan yaitu sasaran organisasi. Jika suatu peristiwa terjadi dan tidak menimbulkan dampak terhadap sasaran organisasi maka peristiwa berkenaan bukanlah risiko.

Risiko yang berdampak negatif terhadap pencapaian sasaran organisasi dapat berupa peristiwa/keadaan yang berpotensi menggagalkan, menunda, menghambat atau tidak mengoptimalkan pencapaian sasaran organisasi. Semakin tinggi besaran/level risiko negatif maka semakin besar pengaruh negatif/hambatan dalam pencapaian sasaran organisasi.

Risiko yang berdampak negatif ditentukan dalam tahap identifikasi risiko. Identifikasi risiko merupakan suatu proses untuk mengenali risiko dengan tujuan untuk menentukan semua risiko yang berpengaruh terhadap pencapaian sasaran organisasi. Identifikasi risiko mencakup semua unsur risiko yaitu kejadian risiko, penyebab risiko, dan dampak risiko.

Dalam proses identifikasi, risiko diuraikan secara detail sebagaimana berikut:

a). Kejadian risiko

Kejadian risiko merupakan pernyataan kondisional atas peristiwa/keadaan yang berpotensi menimbulkan dampak negatif terhadap pencapaian sasaran organisasi. Uraian peristiwa/keadaan tersebut memberikan gambaran yang jelas dan lengkap atas kondisi yang terjadi serta pihak yang terlibat dalam peristiwa tersebut jika diperlukan.

Dalam melakukan identifikasi kejadian risiko perlu memperhatikan:

(1) Setiap sasaran organisasi diidentifikasi minimal satu risiko negatif.

(2) Kejadian risiko yang sama hanya dapat digunakan pada satu sasaran organisasi.

(3) Kejadian risiko bukan merupakan negasi (lawan) dari sasaran organisasi.

(4) Identifikasi kejadian risiko dapat mengacu kepada hal-hal yang mendorong atau menghambat pencapaian IKU yang minimal memiliki (bukan negasi IKU) dengan menggunakan data historis atau data lain yang dimiliki.

(5) Kejadian risiko ditulis dalam bentuk pernyataan kondisi peristiwa, dan tidak perlu menyebutkan penyebab dan/atau dampaknya.

(6) Pernyataan kejadian risiko tidak normatif namun harus spesifik dalam menyingkap peristiwanya walaupun belum pernah terjadi atau sudah tidak terjadi.

b). Faktor Penyebab risiko

Faktor Penyebab risiko merupakan peristiwa/keadaan yang menjadi penyebab langsung dari kejadian risiko yang diidentifikasi. Penyebab risiko dapat berupa peristiwa atau keadaan baik berasal dari internal maupun eksternal UPR. Penyebab risiko diidentifikasi dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

Faktor	Komponen yang Berperan
Organisasi dan Manajemen	Sumber dan keterbatasan keuangan, Struktur organisasi, Standar dan tujuan kebijakan, *Safety culture*.
Lingkungan Pekerjaan	Kualifikasi staf dan tingkat keahlian, Beban kerja dan pola shift, Desain, ketersediaan dan pemeliharaan alkes, Dukungan administratif dan manajerial.
Tim	Komunikasi verbal, Komunikasi tulisan, Supervisi dan pemanduan, Struktur tim.
Individu dan Staf	Kemampuan dan keterampilan, Motivasi, Kesehatan mental dan fisik.
Penugasan	Desain penugasan dan kejelasan struktur penugasan, Ketersediaan dan pemanfaatan prosedur yang ada, Ketersediaan dan akurasi hasil tes.
Karakteristik Pasien	Kondisi (Keparahan dan kegawatan), Bahasa dan komunikasi, Faktor sosial dan personal.

c). Dampak risiko

Dampak risiko merupakan akibat langsung yang timbul dan dirasakan setelah risiko terjadi. Dampak dapat berupa hal-hal yang negatif yang menghambat pencapaian sasaran. Dampak risiko diidentifikasi dengan memperhatikan:

(1) Setiap kejadian risiko diidentifikasi dampak risiko yang Relevan.

(2) Dalam hal dampak langsung lebih dari satu, dampak risiko diupayakan untuk diurutkan berdasarkan urutan signifikansi atau dominasi sebagai dampak risiko.

(3) Jumlah dampak risiko yang dicatat pada profil risiko ditentukan berdasarkan judgement obyektif ketua UPR.

2) Analisa risiko

Analisis risiko bertujuan untuk menentukan besaran risiko dan level risiko. Analisis risiko dilaksanakan dengan cara menentukan level kemungkinan dan level dampak terjadinya risiko berdasarkan kriteria risiko, setelah mempertimbangkan keandalan sistem pengendalian yang ada (yang dilaksanakan UPR). Untuk menghasilkan estimasi level kemungkinan yang lebih akurat dan bersifat *forward looking*, maka penentuan level kemungkinan juga memperhitungkan kondisi penyebab terjadinya risiko.

Analisa dilakukan dengan menentukan score risiko atau insiden tersebut untuk menentukan prioritas penanganan dan level manajemen yang harus bertanggung jawab untuk mengelola/mengendalikan risiko/insiden tersebut termasuk dalam kategori biru/hijau/kuning/ merah.

Penentuan level kemungkinan Non Klinis dapat menggunakan tabel kriteria level kemungkinan pada tabel sebagai berikut :

Level Kemungkinan	Kriteria Kemungkinan		
	Non Low Frequency Event		*Low Frequency Event*
	Probabilitas	Jumlah frekuensi	
Jarang (1)	P ≤ 1%	< 2 kali dlam 12 bulan terakhir	≤ kejadian dalam 60 bulan terakhir
Kemungkinan Kecil (2)	1 % < P ≤10%	2 kali s.d 5 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 60 bulan terakhir
Kemungkinan Sedang (3)	10 % < P ≤ 20%	6 s.d 9 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 36 bulan terakhir
Kemungkinan Besar (4)	20 % < P ≤ 50%	10 kali s.d 12 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 24 bulan terakhir
Hampir Pasti Terjadi (5)	P > 50%	> 12 kali dalam 12 bulan terakhir	Minimal 1 kejadian dalam 12 bulan terakhir

Tabel 1. Tabel peluang/ frekuensi/ probabilitas Non Klinis Kriteria

kemungkinan *low frequency event* merupakan kejadian yang memiliki intensitas yang sangat rendah dalam rentang waktu satu tahun atau lebih pada satu unit kerja. *Low frequency event* mencakup hal-hal sebagai berikut:

1) Risiko secara sifatnya jarang terjadi namun memiliki dampak besar baik secara positif maupun negatif. Contoh krisis ekonomi/keuangan, *booming* harga komoditi, kecelakaan kerja yang berakibat fatal, bencana alam, dan kebakaran gedung. Jenis kejadian risiko berkenaan biasanya terjadi dalam periode yang lebih panjang dari satu tahun.

2) Kejadian risiko merupakan suatu hal yang kejadiannya tidak dapat ditoleransi oleh organisasi seperti korupsi, pelanggaran disiplin pegawai dan sebagainya. Kriteria kemungkinan *non low frequency event* merupakan kejadian yang memiliki intensitas yang sedang atau tinggi dalam rentang waktu satu tahun atau lebih pada satu unit kerja dan umumnya dapat ditoleransi untuk terjadi pada tingkat dan rentang waktu tertentu. Contoh *non low frequency event* adalah kegagalan sistem IT, keterlambatan layanan, persepsi negatif masyarakat. Jenis kejadian risiko berkenaan biasanya terjadi dalam periode satu tahun.

Dampak risiko menunjukkan tingkat konsekuensi yang mungkin terjadi atas kejadian risiko terhadap pencapaian sasaran. Mengukur level dampak suatu risiko berarti melakukan proyeksi atas konsekuensi yang mungkin terjadi di masa depan jika terjadi kejadian risiko.

Tahapan dalam menentukan level dampak sebagai berikut:

a. Menentukan area dampak Berdasarkan dampak risiko yang telah diidentifikasi tentukan area dampak yang tepat sesuai tabel kriteria level dampak.

b. Melakukan estimasi level dampak Estimasi level dampak dilakukan dengan metode yang diuraikan sebelumnya dengan mempertimbangkan efektivitas pengendalian internal yang dilaksanakan untuk mengurangi dampak risiko;

c. Menentukan kriteria level dampak Kriteria level dampak ditentukan dengan memilih rentang dampak pada tabel level dampak yang sesuai.

d. Menentukan level dampak risiko Level dampak diketahui dengan melihat kolom level dampak pada tabel kriteria level dampak.

Berikut ini adalah dampak risiko Non Klinis:

Kategori Risiko	Tingkat	Level Dampak				
		Tidak signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
Kebijakan	Kementerian	1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara umum 2. Hanya berdampak pada satu pihak	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja meskipun tidak signifikan 2. Berdampak pada 2 pihak	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara signifikan 2. Berdampak pada 3 pihak	1. Sebagian tujuan pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilaksanakan 2. Berdampak pada 4 pihak	1. Sebagian besar tujuan pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilaksanakan 2. Berdampak pada lebih dari 4 pihak
	UPR-T.I	1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara umum 2. Hanya berdampak pada satu pihak	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja meskipun tidak signifikan 2. Berdampak pada 2 pihak	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara signifikan 2. Berdampak pada 3 pihak	1. Sebagian tujuan pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilaksanakan 2. Berdampak pada 4 pihak	1. Sebagian besar tujuan pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilaksanakan 2. Berdampak pada lebih dari 4 pihak
	UPR-T.II	1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator	1. Sebagian kecil pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja	1. Sebagian besar pencapaian tujuan/sasaran/indikator

Kategori Risiko	Tingkat	Level Dampak				
		Tidak signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
		secara umum 2. Hanya berdampak pada satu pihak	meskipun tidak signifikan 2. Berdampak pada 2 pihak	kinerja secara signifikan 2. Berdampak pada 3 pihak	gagal dilaksanakan 2. Berdampak pada 4 pihak	kinerja gagal dilaksanakan 2. Berdampak pada lebih dari 4 pihak
Reputasi	Kementerian	1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi ≤ 20 2. Jumlah investor/pemberi hibah ≥ 5 Tingkat kepuasan pengguna layanan = Sangat Baik	1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi 21 - 30 2. Jumlah investor/pemberi hibah ≥ 4 Tingkat kepuasan pengguna layanan = Baik	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa local 3. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 3 Tingkat kepuasan pengguna layanan = Kurang Baik	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa nasional 3. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 2 Tingkat kepuasan pengguna layanan = Tidak Baik	1. Jumlah investor/pemberi hibah = 0 Pemberitaan negatif di media massa internasional
	UPR-T.I	1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi ≤ 20 2. Jumlah investor/pemberi	1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi 21 – 30 2. Jumlah investor/pemberi	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa local	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa nasional 3. Jumlah	1. Jumlah investor/pemberi hibah = 0 2. Pemberitaan negatif di media massa internasional

Kategori Risiko	Tingkat	Level Dampak				
		Tidak signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
		hibah ≥ 5 3. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Sangat Baik	hibah ≤ 4 3. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Baik	3. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 3 4. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Kurang Baik	investor/pemberi hibah ≤ 2 4. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Tidak Baik	
Fraud - Korupsi	Kementerian	Kerugian Keuangan >Rp10 Juta - 20 Juta	Kerugian Keuangan >20 Juta - 100 Juta	Kerugian Keuangan >100 Juta - 1 Milyar	Kerugian Keuangan >1 Milyar - 100 Milyar	Kerugian Keuangan >100 Milyar
	UPR-T.I	Kerugian Keuangan >5 Juta - 10 Juta	Kerugian Keuangan >Rp10 Juta - 20 Juta	Kerugian Keuangan >20 Juta - 100 Juta	Kerugian Keuangan >100 Juta - 150 Juta	Kerugian Keuangan >150 JT
	UPR-T.II	Kerugian Keuangan ≤1 - <5 JT	Kerugian Keuangan >5 JT- 10 JT	Kerugian Keuangan > 10 Juta - 20 Juta	Kerugian Keuangan > 20 Juta - 100 Juta	Kerugian Keuangan >100 Juta
Legal	Kementerian	1. Perdata ≤ 100 juta 2. administratif: tergugat merupakan pejabat dibawah eselon II	1. Perdata > 100 juta sampai dengan 1 Milyar 2. administratif: tergugat merupakan pejabat eselon II atau pejabat yang setara	1. Pidana: ≤ 1 tahun atau tersangka/terdakwa: Pejabat eselon II kebawah atau pejabat yang setara	1. Pidana >1 tahun sampai dengan 5 tahun atau tersangka/terdakwa; Pejabat Eselon I atau pejabat yang setara	1. Pidana > 5 Tahun atau tersangka/terdakwa adalah Menteri/wakil Menteri 2. Perdata >100 Miliar

Kategori Risiko	Tingkat	Level Dampak				
		Tidak signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
				2. Perdata: > 1Milyar sampai dengan 10 Milyar 3. Administratif: tergugat merupakan pejabat eselon I, atau pejabat yang setara	2. Perdata >10 Milyar sampai dengan 100 Milyar 3. Administratif: Tergugat adalah Menteri	
	UPR-T.I	Perdata < 50 juta	Perdata 50 juta - 100 juta	1. Perdata > 100 juta sampai dengan 1 Milyar 2. administratif: tergugat merupakan pejabat eselon II atau pejabat yang setara	1. Pidana: ≤ 1 tahun atau tersangka/terdakwa: Pejabat eselon II atau pejabat yang setara 2. Perdata: > 1Milyar sampai dengan 10 Milyar 3. Administratif: tergugat merupakan pejabat eselon I, atau pejabat yang setara	1. Pidana >1 tahun atau tersangka/terdakwa: Pejabat Eselon I atau pejabat yang setara 2. Perdata >10 Milyar sampai dengan 100 Milyar

Kategori Risiko	Tingkat	Level Dampak				
		Tidak signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
	UPR-T.II	Perdata <= 25 juta	Perdata >25 Juta - 50 juta	1. Perdata 50 juta - 100 juta 2. Administratif: tergugat merupakan pejabat dibawah eselon II atau pejabat yang setara	1. Pidana: ≤ 1 tahun atau tersangka/terdakwa: Pejabat dibawah eselon II atau pejabat yang setara 2. Perdata > 100 juta sampai dengan 1 Milyar 3. Administratif: tergugat merupakan pejabat eselon II, atau pejabat yang setara	1. Pidana >1 tahun atau tersangka/terdakwa: Pejabat Eselon II atau pejabat yang setara 2. Perdata >1 Milyar
	UPR-T.II	1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi ≤ 20 2. Jumlah investor/pemberi hibah ≥ 5	1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi 21 – 30 2. Jumlah investor/pemberi	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa local 3. Jumlah investor/pemberi	1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa nasional 3. Jumlah investor/pemberi	1. Jumlah investor/pemberi hibah = 0 2. Pemberitaan negatif di media massa internasional

Kategori Risiko	Tingkat	Level Dampak				
		Tidak signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
		3. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Sangat Baik	hibah ≤ 4 3. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Baik	hibah ≤ 3 4. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Kurang Baik	hibah ≤ 2 4. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Tidak Baik	
Kepatuhan	Kementerian	1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara umum 2. Dampaknya dapat ditangani pada tahap program rutin.	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja meskipun tidak signifikan 2. Mengancam efisiensi dan efektivitas beberapa aspek program.	1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja secara signifikan. 2. Mengganggu kegiatan pelayanan secara signifikan	1. Sebagian kecil pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilaksanakan 2. Mengancam fungsi program yang efektif dan organisasi.	1. Sebagian besar pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilaksanakan 2. Mengancam tujuan strategis dan organisasi serta stakeholders.
	UPR-T.I	1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan program secara umum 2. Dampaknya dapat ditangani pada tahap program rutin.	1. Mengganggu pencapaian tujuan program meskipun tidak signifikan 2. Mengancam efisiensi dan efektivitas beberapa aspek program.	1. Mengganggu pencapaian tujuan program secara signifikan. 2. Mengganggu kegiatan pelayanan secara signifikan	1. Sebagian tujuan program gagal dilaksanakan 2. Mengancam fungsi program yang efektif.	1. Sebagian besar tujuan program gagal dilaksanakan 2. Mengancam Program.

Kategori Risiko	Tingkat	Level Dampak				
		Tidak signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
	UPR-T.II	1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan kegiatan secara umum 2. Dampaknya dapat ditangani pada tahap kegiatan rutin.	1. Mengganggu pencapaian tujuan kegiatan meskipun tidak signifikan 2. Mengancam efisiensi dan efektivitas beberapa aspek kegiatan.	1. Mengganggu pencapaian tujuan kegiatan secara signifikan. 2. Mengganggu kegiatan pelayanan secara signifikan	1. Sebagian tujuan kegiatan gagal dilaksanakan 2. Mengancam fungsi kegiatan yang efektif	1. Sebagian besar tujuan kegiatan gagal dilaksanakan 2. Mengancam Pelaksanaan Kegiatan
Operasional	Kementerian	Terganggungnya pelayanan kurang dari satu hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 1 hari kerja hingga 2 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 2 hari kerja hingga 3 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 3 hari kerja hingga 5 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih 5 hari kerja
	UPR-T.I	Terganggungnya pelayanan kurang dari satu hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 1 hari kerja hingga 2 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 2 hari kerja hingga 3 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 3 hari kerja hingga 5 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih 5 hari kerja
	UPR-T.II	Terganggungnya pelayanan kurang dari satu hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 1 hari kerja hingga 2 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 2 hari kerja hingga 3 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih dari 3 hari kerja hingga 5 hari kerja	Terganggunya pelayanan lebih 5 hari kerja

Tabel 3. Tabel Dampak Non Klinis

Dalam menentukan besaran risiko dan level risiko ditentukan dengan mengombinasikan level kemungkinan, bobot dan level dampak risiko. Formula yang digunakan untuk menentukan besaran risiko dan level risiko adalah:

Besaran Risiko = Kemungkinan x (Bobot x Dampak)

Nilai bobot untuk level kemungkinan dan level dampak yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan sebagai berikut :

Matriks 5 x 5			Bobot Dampak				
			Tdk Signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
			1	2	3	4	5
Kemungkinan	Hampir Pasti Terjadi	5	1,5	1,4	1,13	1,15	1
	Kemungkinan Besar	4	1,2	1,19	1,3	1,16	1,2
	Kemungkinan Sedang	3	1,17	1,42	1,43	1,46	1,47
	Kemungkinan Kecil	2	1	1,8	1,83	1,9	2,1
	Jarang	1	1	1,5	2	3	4

Tabel 4. Tabel Bobot

Berikut ini adalah dampak risiko Klinis:

Penilaian Dampak Risiko Klinis (Severity)		
TINGKAT RISIKO	DESKRIPSI	DAMPAK
1	Minimal	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan, misalnya luka lecet - Dapat diatasi dengan P3K
3	Moderat	- Cedera sedang. Misalnya luka sobek - Berkurangnya fungsi motorik, sensorik, psikologis atau intelektual (reversibel). Tidak berhubungan dengan penyakit - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas/berat. Misalnya : lumpuh, cacat - Kehilangan fungsi motorik, sensorik, psikologis atau intelektual (irreversibel). Tidak berhubungan dengan penyakit
5	Ekstrem	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Tabel 5. Tabel Dampak Klinis

3) Evaluasi risiko

Tujuan dari evaluasi risiko adalah memperoleh informasi yang memadai tetang risiko yang mempengaruhi ketercapaian sasaran untuk digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan menerima atau menolak risiko. Proses evaluasi risiko dilakukan dengan menentukan risiko-risiko mana yang dapat diterima dan risiko manayang tidak dapat diterima sehingga jika pemilik risiko mengambil risiko maka perlu dibuatkan perlakuan risiko. Hal-hal yang perlu dilakukan dalam evaluasi risiko adalah:

1) Prioritas Risiko

Prioritas risiko dilakukan untuk menentukan urutan tingkat kepentingan mitigasi seluruh risiko yang telah diidentifikasi oleh UPR. Urutan prioritas risiko menjadi acuan dalam fokus mitigasi dan alokasi sumber daya untuk mengelola setiap risiko. Urutan prioritas risiko disusun sesuai tahapan berikut:

a) Prioritas risiko diurutkan berdasarkan besaran risiko dari yang tertinggi hingga terendah.

b) Dalam hal terdapat lebih dari satu risiko yang memiliki besaran risiko yang sama maka prioritas risiko ditentukan berdasarkan urutan area dampak risiko dari bobot yang tertinggi hingga terendah.

c) Dalam hal terdapat lebih dari satu risiko yang memiliki besaran risiko dan area dampak risiko yang sama maka prioritas risiko ditentukan berdasarkan urutan prioritas kategori risiko.

d) Dalam hal terdapat lebih dari satu risiko yang memiliki besaran risiko, area dampak risiko, dan kategori risiko yang sama maka prioritas risiko ditentukan berdasarkan penilaian dan keputusan (*judgement*)pimpinan UPR.

Pengelolaan risiko diawali dengan menilai konsekuensi yang dapat diakibatkan sebuah insiden dan kemungkinan terjadinya risiko setelah teridentifikasi. Kemudian risiko dievaluasi lalu diberikan skor untuk menentukan bobot dan prioritas risiko yang telah terjadi (profil risiko). Sesuai dengan bobotnya ditentukan tindakan yang akan diberlakukan terhadap masing-masing risiko. Bila bobotnya ringan dan tidak prioritas tindakannya dapat hanya mentoleransi saja dan menjadikannya catatan. Namun bila risiko yang terjadi memiliki bobot besar dan mengganggu pencapaian tujuan RS, maka ditentukan sebagai prioritas utama dan harus diatasi atau ditransfer, atau bahkan menghentikan kegiatan yang meningkatkan terjadinya risiko. Bobot besar yang dijadikan prioritas utama akan dilanjutkan dengan metode identifikasi menggunakan metode FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*).

2) Keputusan mitigasi risiko

Keputusan mitigasi risiko merupakan keputusan mengenai perlu atau tidak dilakukan upaya mitigasi risiko dikaitkan dengan selera risiko. Tahapan dalam mengambil keputusan mitigasi risiko sebagai berikut :

a) Menetapkan Selera Risiko

Selera risiko menjadi dasar dalam penentuan toleransi risiko, yakni batasan besaran kuantitatif Level Kemungkinan dan Level Dampak risiko yang dapat diterima, sebagaimana ituangkan pada kriteria risiko. Selera risiko ditetapkan sebagai berikut Risiko pada level rendah dan sangat rendah merupakan risiko yang berada dalam area penerimaan risiko dan tidak perlu menurunkan besaran risiko dan/atau level risikonya.

Selera risiko tersebut dapat dilihat seperti pada gambar berikut :

Matriks 5 x 5			Dampak				
			Tdk Signifikan	Kecil	Sedang	Besar	Katastropik
			1	2	3	4	5
Kemungkinan	Hampir Pasti Terjadi	5	8	14	17	23	25
	Kemungkinan Besar	4	5	10	16	19	24
	Kemungkinan Sedang	3	4	9	13	18	22
	Kemungkinan Kecil	2	2	7	11	15	21
	Jarang	1	1	3	6	12	20

Selera Risiko

Tabel 6. Tabel Matriks Non Klinis

Matriks Grading Risiko					
Probabilitas	Tidak Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katostropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering Terjadi (Beberapa kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-<2 tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2-<5 tahun/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5tahun/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Tabel 7. Tabel Matriks Klinis

b) Menetapkan mitigasi risiko

Penetapan mitigasi risiko dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Mitigasi risiko dilakukan terhadap seluruh risiko utama, baik risiko yang merupakan hasil penurunan/mandatory dari UPR tingkat lebih tinggi maupun risiko UPR yang bersangkutan.
2. Risiko yang bukan risiko utama tidak harus dilakukan mitigasi. Namun demikian, dalam hal sesuai hasil esuai hasil pemantauan terdapat peningkatan besaran risiko yang melampaui area penenmaan risiko maka risiko perlu dilakukan mitigasi.

3) Besaran/ level risiko residual harapan

Besaran/level risiko residual harapan merupakan target besaran/level risiko pada akhir periode penerapan proses Manajemen risiko. Penentuan besaran/level risiko residual harapan dilakukan dengan mempertimbangkan:

a) Selera risiko organisasi;

b) Judgement pimpinan UPR dengan memperhatikan efektivitas Sistem Pengendalian Intern dan rencana mitigasi risiko yang akan dijalankan; dan

c) Lingkungan internal dan eksternal yang mempengaruhi.

4) Hasil Evaluasi Risiko

Hasil evaluasi risiko mencakup prioritas risiko, keputusan mitigasi risiko, dituangkan dalam formulir profil dan peta risiko, sebagai berikut:

PROFIL RISIKO TINGKAT KEMENTERIAN KESEHATAN

Tujuan :
Sasaran :
Indikator Kinerja Utama :
Target :
Program :
Kegiatan :

Pemilik Risiko : Kementerian Kesehatan
Nama Pemilik Risiko :
Nama Tim Pengelola Risiko :
Tgl Penilaian Risiko :
Periode Risiko :
Tgl Update Risiko :

NO	UNIT UTAMA	RISIKO	KODE RISIKO	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO	PRIORITAS RISIKO	URAIAN	JADWAL PELAKSANAAN	PENANGGUNGJAWAB	TARGET PENURUNAN RISIKO				
													P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO
				1	5	4	20	Sangat Tinggi	1				1	5	4	20	Sangat Tinggi
				5	5	1	25	Sangat Tinggi	1				5	5	1	25	Sangat Tinggi
				1	5	4	20	Sangat Tinggi	1				1	5	4	20	Sangat Tinggi
				2	3	1,83	11	Sedang	3				2	3	1,83	11	Sedang
				3	5	1,47	22	Sangat Tinggi	1				3	5	1,47	22	Sangat Tinggi
				4	5	1,2	24	Sangat Tinggi	1				4	5	1,2	24	Sangat Tinggi
				2	5	2,1	21	Sangat Tinggi	1				2	5	2,1	21	Sangat Tinggi
				2	4	1,9	15	Tinggi	2				2	4	1,9	15	Tinggi
				1	3	2	6	Rendah	4				1	3	2	6	Rendah
				2	1	1	2	Sangat Rendah	5				2	1	1	2	Sangat Rendah
				1	2	1,5	3	Sangat Rendah	5				1	2	1,5	3	Sangat Rendah
				3	3	1,43	13	Sedang	3				3	3	1,43	13	Sedang
				3	2	1,42	9	Rendah	4				3	2	1,42	9	Rendah
				3	1	1,17	4	Sangat Rendah	5				3	1	1,17	4	Sangat Rendah
				4	4	1,16	19	Tinggi	2				4	4	1,16	19	Tinggi
				4	2	1,19	10	Sedang	3				4	2	1,19	10	Sedang

5) Menyusun Peta Risiko

Peta risiko merupakan gambaran kondisi risiko yang mendeskripsikan posisi seluruh risiko yang dikelola oleh UPR dalam matriks analisis risiko. Posisi setiap risiko menunjukkan nomor risiko. Dalam hal diperlukan, UPR dapat menyusun peta risiko yang lebih rinci per kategori risiko. Peta risiko per kategori risiko bertujuan untuk membantu pemantauan beberapa risiko yang spesifik dalam satu kategori, sehingga memerlukan perhatian khusus. Deskripsi status risiko dan level risiko dalam peta risiko non klinis menggunakan kode warna sebagai berikut :

Warna		Deskripsi Status Risiko	Level	Dimulai Dari Status Risiko
	Merah	Sangat Tinggi	5	20 - 25
	Kuning Tua	Tinggi	4	15 - 19
	Kuning Muda	Sedang	3	10 - 14
	Hijau	rendah	2	5 - 9
	Biru	Sangat Rendah	1	1 - 4

Tabel 7. Tabel Status Risiko dan Level Risiko

4) Perlakuan Risiko

Perlakuan risiko adalah proses mengidentifikasi, menyeleksi dan melaksanakan respons terhadap risiko yang tidak dapat diterima dan memerlukan tindakan pengendalian. Secara umum perlakuan risiko dapat berupa:

1) Menghindari risiko *(risk avoidance)* berarti tidak melaksanakan atau meneruskan kegiatan yang menimbulkan risiko tersebut.
2) Berbagi risiko (*risk sharing/ transfer*) yaitu suatu Tindakan untuk mengurangi kemungkinan timbulnya risiko ataupun dampak risiko.
3) Mitigasi *(mitigation)* yaitu melakukan perlakuan risiko untuk mengurangi kemungkinan timbulnya risiko atau mengurangi dampak risiko bila terjadi atau mengurangi keduanya.

BAB IV
PEMANTAUAN DAN PENINJAUAN

9. Pemantauan dan Peninjauan

Pemantauan dan peninjauan bertujuan untuk memastikan bahwa implementasi manajemen risiko berjalan secara efektif sesuai dengan rencana dan memberikan umpan balik bagi penyempurnaan proses manajemen risiko. Pemantauan dan reviu risiko dilaksanakan terhadap seluruh tahapan Proses Manajemen, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Pemantauan

UPR melakukan pemantauan risiko dalam bentuk pemantauan berkelanjutan *(on-going monitoring)* dan pemantauan berkala. Pemantauan dilakukan terhadap risiko yang sudah diidentifikasi dan tercantum dalam profil risiko. Laporan pemantauan risiko paling sedikit memuat tren besaran risiko, mitigasi risiko yang telah dilaksanakan, dan rencana mitigasi yang akan dilakukan pada periode selanjutnya.

KERTAS KERJA PEMANTAUAN DAN REVIU TINGKAT KEMENTERIAN KESEHATAN

Tujuan :
Sasaran :
Indikator Kinerja Utama :
Target :
Program :
Kegiatan :

Pemilik Risiko : Kementerian Kesehatan
Nama Pemilik Risiko :
Nama Tim Pengelola Risiko :
Tgl Penilaian Risiko :
Periode Risiko :
Tgl Update Risiko :

NO	UNIT UTAMA	RISIKO	KODE RISIKO	P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO	PRIORITAS RISIKO	URAIAN	JADWAL PELAKSANAAN	HASIL PEMANTAUAN					SIMPULAN	
												P	D	BOBOT	NILAI	TINGKAT RISIKO	TINGKAT RISIKO	EFEKTIFITAS
				1	5	4	20	Sangat Tinggi	1			1	5	4	20	Sangat Tinggi	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				5	5	1	25	Sangat Tinggi	1			5	5	1	25	Sangat Tinggi	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				1	5	4	20	Sangat Tinggi	1			1	5	4	20	Sangat Tinggi	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				2	3	1,83	11	Sedang	3			2	3	1,83	11	Sedang	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				3	5	1,47	22	Sangat Tinggi	1			3	5	1,47	22	Sangat Tinggi	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				4	5	1,2	24	Sangat Tinggi	1			4	5	1,2	24	Sangat Tinggi	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				2	5	2,1	21	Sangat Tinggi	1			2	5	2,1	21	Sangat Tinggi	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				2	4	1,9	15	Tinggi	2			2	4	1,9	15	Tinggi	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				1	3	2	6	Rendah	4			1	3	2	6	Rendah	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif
				2	1	1	2	Sangat Rendah	5			2	1	1	2	Sangat Rendah	Tidak ada penurunan tingkat risiko	Tidak Efektif

Tabel 8. Tabel Pemantauan Risiko

2. Peninjauan

Peninjauan ini bertujuan melihat kesesuaian pelaksanaan dan output seluruh proses manajemen risiko dengan ketentuan yang berlaku.

10. Pencatatan dan pelaporan

Proses manajemen risiko dan berbagai keluarannya harus didokumentasikan dan dilaporkan secara berjenjang sesuai dengan hirarkhi struktur organisasi manajemen risiko. Pencatatan dan pelaporan bertujuan untuk mengomunikasikan berbagai aktivitas proses manajemen risiko dan keluarannya pada seluruh area organisasi, menyediakan informasi bagi pengambilan keputusan, memperbaiki aktivitas proses manajemen risiko dan membantu interaksi dengan pihak yang memiliki tanggungjawab dan akuntabilitas terhadap aktivitas pengelolaan risiko.

1. Pencatatan

Pencatatan proses manajemen risiko dilakukan berdasarkan rencana pencatatan yang sesuai kebutuhan organisasi. rencana pencatatan proses manajemen risiko harus menjamin adanya dokumen terkait rencana pelaksanaan proses manajemen risiko dan juga implementasinya.

2. Pelaporan

Kualitas pelaporan proses manajemen risiko bergantung kepada terpenuhinya pelaksanaan proses manajemen risiko secara lengkap. Pelaksanaan proses manajemen risiko yang tidak mencakup seluruh tahapan dan fase proses manajemen risiko akan terefleksikan dalam pelaporan proses manajemen risiko. Laporan proses manajemen risiko harus dikomunikasi secara luas dan berjenjang sesuai dengan hirakrhi struktur organisasi manajemen risiko serta dilakukan secara periodic. Laporan penerapan manajemen risiko disampaikan 6 (enam) bulan sekali secara berjenjang sesuai dengan hirarki struktur organisasi manajemen risiko.

BAB V
PENUTUP

Pedoman ini disusun sebagai panduan dalam menyusun manajemen risiko dilingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa. Dibutuhkan kerjasama antara unit/instalasi dalam pelaporan manajemen risiko demi meningkatkan kualitas pelayanan yang ada.

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. UMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330