STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
MITIGASI RISIKO
PRODI S1 GIZI UNESA

Tanggal Terbit: 8 Mei 2026

Disetujui dan disahkan oleh	
	
Nama	: Amalia Ruhana, S.P., M.P.H.
Jabatan	: Koordinator Program Studi S1 Gizi

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA
2026

PRODI S1 GIZI FIKK UNESA	**Nomor SOP**	06/1/SOP.GIZI/2026
	Tanggal Pembuatan	3 Mei 2026
	Revisi ke	3
	Tanggal Efektif	8 Mei 2026
	Disahkan oleh	Koordinator Prodi S1 Gizi Unesa Amalia Ruhana, S.P., M.P.H. NIP. 198212232015042001
	Tanggal Pengesahan	8 Mei 2026
Nama SOP		**SOP MITIGASI RISIKO PRODI S1 GIZI UNESA**

A. TUJUAN

1. Memberikan pedoman bagi Prodi S1 Gizi Unesa dalam mengidentifikasi, menganalisis, menilai, mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi risiko pada seluruh kegiatan akademik dan Tridharma.
2. Menjamin risiko terhadap keselamatan pasien, klien, responden, masyarakat, mahasiswa, dosen, tenaga kependidikan, mitra, dan institusi dapat dicegah atau diminimalkan sejak tahap perencanaan.
3. Memastikan tindak lanjut risiko dilakukan secara cepat, proporsional, terdokumentasi, dan berorientasi pada perbaikan sistem.
4. Mendukung budaya keselamatan, transparansi, akuntabilitas, dan peningkatan berkelanjutan di lingkungan Prodi S1 Gizi Unesa.

B. RUANG LINGKUP

SOP ini berlaku untuk seluruh kegiatan Prodi S1 Gizi Unesa yang berpotensi menimbulkan risiko, meliputi pembelajaran, praktikum, praktik lapangan, kegiatan di wahana praktik, penelitian mahasiswa dan dosen, pengabdian kepada masyarakat, kerja sama dengan mitra, layanan akademik, pengelolaan data, penggunaan alat dan bahan, serta kegiatan lain yang melibatkan pasien, klien, responden, komunitas, sekolah, posyandu, fasilitas pelayanan kesehatan, industri pangan/gizi, atau mitra eksternal.

Risiko yang dikelola mencakup risiko akademik, keselamatan pasien/klien/responden, keselamatan dan kesehatan kerja, etik, medikolegal, perlindungan data, reputasi, serta risiko operasional lainnya.

C. DEFINISI OPERASIONAL

1. **Risiko:** kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang dapat menghambat tujuan kegiatan atau menimbulkan dampak negatif terhadap keselamatan, mutu, etika, hukum, reputasi, data, atau keberlangsungan kegiatan Prodi.
2. **Mitigasi risiko:** serangkaian tindakan pencegahan dan pengendalian untuk menurunkan kemungkinan dan/atau dampak risiko sampai pada tingkat yang dapat diterima.
3. **Risiko keselamatan pasien/klien/responden:** risiko yang dapat menimbulkan cedera fisik, gangguan psikologis, kesalahan pelayanan gizi, kesalahan data, kesalahan komunikasi, pelanggaran privasi, atau tindakan di luar kewenangan mahasiswa.
4. **Kemungkinan (likelihood):** tingkat peluang suatu risiko terjadi, yang dinilai dengan skor 1 sampai 5.
5. **Dampak (impact):** tingkat konsekuensi yang ditimbulkan apabila risiko terjadi, yang dinilai dengan skor 1 sampai 5.

6. **Level risiko:** kategori prioritas berdasarkan hasil perkalian skor likelihood dan impact, terdiri atas rendah, sedang, tinggi, dan sangat tinggi.
7. **Pengendalian risiko:** tindakan untuk menghilangkan sumber bahaya, mengurangi peluang kejadian, membatasi dampak, atau meningkatkan kesiapan respons.
8. **Insiden:** kejadian yang menimbulkan atau berpotensi menimbulkan cedera, kerugian, pelanggaran etik, pelanggaran kerahasiaan data, atau gangguan kegiatan.
9. **Root Cause Analysis (RCA):** metode analisis akar masalah untuk risiko atau insiden berulang, berdampak besar, atau memerlukan perbaikan sistemik.
10. **Register risiko:** dokumen pencatatan risiko, level risiko, rencana mitigasi, tindak lanjut, status, dan bukti penyelesaian.

D. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan.
3. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
4. Peraturan Rektor Universitas Negeri Surabaya Nomor 21 Tahun 2023 tentang Kode Etik, Hak, dan Kewajiban Mahasiswa.
5. Dokumen Sistem Penjaminan Mutu Internal dan kebijakan manajemen risiko di lingkungan Universitas Negeri Surabaya.
6. Kebijakan Prodi S1 Gizi Unesa terkait pembelajaran, praktik lapangan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, keselamatan pasien, dan perlindungan data.

E. KETENTUAN UMUM

1. Setiap kegiatan Prodi yang melibatkan mahasiswa, pasien/klien/responden, masyarakat, data kesehatan, alat/bahan, atau mitra wajib diawali dengan identifikasi risiko.
2. Penilaian risiko menggunakan skor kemungkinan (likelihood) dikalikan skor dampak (impact). Kriteria penilaian dan matriks risiko tercantum pada Lampiran 1 dan Lampiran 2.
3. Level risiko dikelompokkan menjadi rendah (skor 1-4), sedang (skor 5-9), tinggi (skor 10-16), dan sangat tinggi (skor 17-25).
4. Risiko tinggi dan sangat tinggi harus segera dikendalikan dan dieskalasikan kepada Koordinator Prodi, fakultas/unit terkait, dan/atau mitra sesuai kewenangan. Aktivitas berisiko dapat dihentikan sementara sampai pengendalian memadai tersedia.
5. Risiko yang berpotensi menimbulkan cedera, pelanggaran etik, pelanggaran kerahasiaan data, atau kerugian institusi wajib segera dilaporkan.
6. Mahasiswa tidak diperbolehkan melakukan tindakan di luar kewenangan, tanpa supervisi pembimbing, atau tanpa persetujuan sasaran apabila informed consent diperlukan.
7. Identitas pelapor, pasien/klien/responden, serta pihak yang terlibat wajib dijaga kerahasiaannya. Dokumentasi harus objektif, lengkap, dapat ditelusuri, dan tidak boleh diubah untuk menutupi kejadian.
8. Seluruh risiko, rencana mitigasi, bukti pelaksanaan, hasil monitoring, dan rekomendasi perbaikan dicatat dalam register risiko dan diarsipkan secara digital dan/atau fisik.

Pihak dan Tanggung Jawab

Pihak	Tanggung Jawab Utama
Koordinator Prodi	Memberikan arahan, menetapkan keputusan tindak lanjut, menyetujui eskalasi, dan memastikan hasil mitigasi digunakan untuk peningkatan mutu.
UPM/Tim Mutu Prodi	Memfasilitasi identifikasi, penilaian, klasifikasi, monitoring, evaluasi, analisis tren, dan rekomendasi perbaikan risiko.
Koordinator Kegiatan/Praktik	Merencanakan kegiatan, memastikan pembekalan, menyusun rencana mitigasi, dan mengoordinasikan pelaksanaan di lapangan.
Dosen Pembimbing	Membimbing mahasiswa, melakukan supervisi, memvalidasi tindakan, memeriksa logbook, dan melaporkan risiko atau ketidaksesuaian.
Pembimbing Wahana/Mitra	Mengawasi aktivitas mahasiswa di lokasi, memastikan kepatuhan terhadap tata tertib mitra, dan berkoordinasi dalam penanganan risiko/insiden.
Admin Prodi	Mengelola kanal pengaduan, register risiko, arsip dokumen, dan komunikasi administratif kepada pelapor atau pihak terkait.
Mahasiswa	Mematuhi SOP, menjaga kerahasiaan data, bekerja sesuai batas kewenangan, melaksanakan mitigasi, dan melaporkan risiko secara jujur.
Fakultas/Unit Terkait	Memberikan dukungan, arahan, dan keputusan institusional untuk risiko tinggi/sangat tinggi atau kasus yang melampaui kewenangan Prodi.

F. PROSEDUR

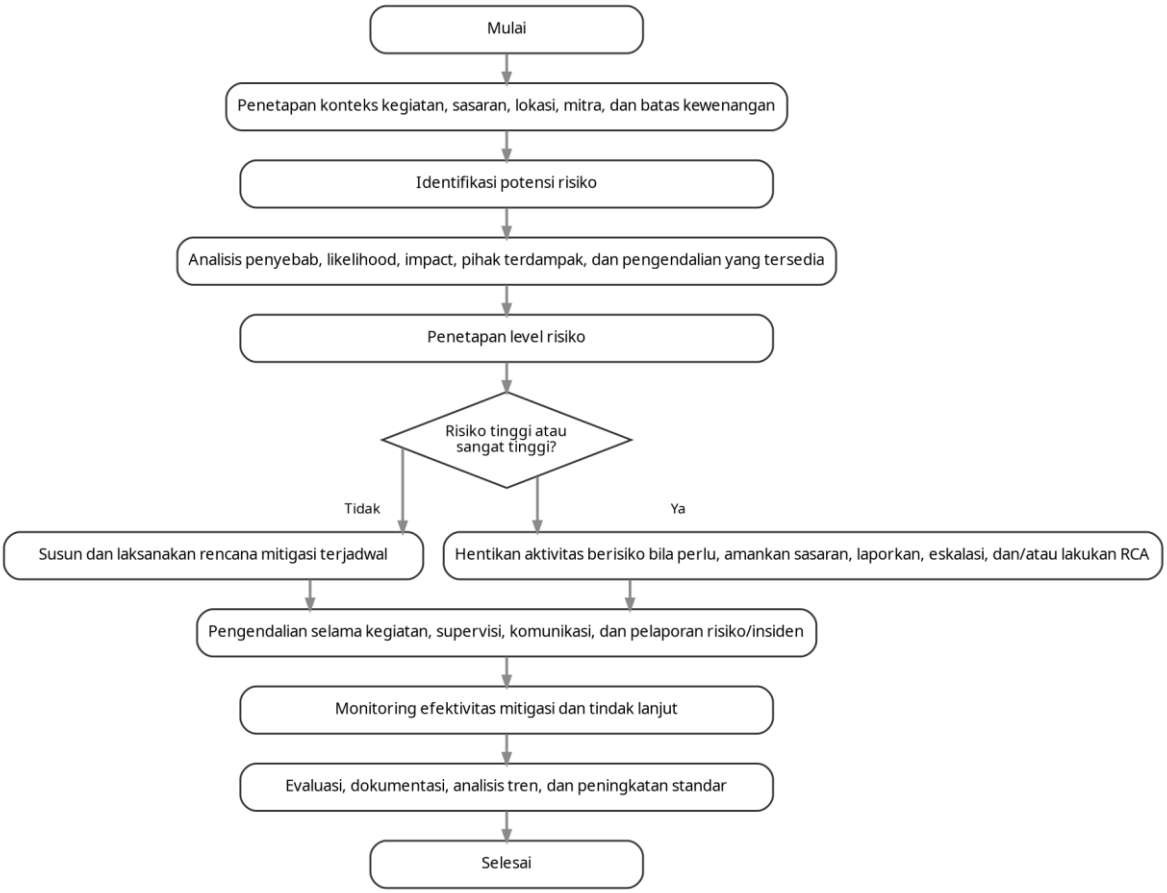
Pelaksanaan mitigasi risiko dilakukan secara berjenjang sejak perencanaan kegiatan sampai evaluasi dan peningkatan berkelanjutan. Setiap pihak yang terlibat wajib mendokumentasikan proses sesuai perannya.

1. **Penetapan konteks kegiatan.** Koordinator Prodi, koordinator kegiatan/praktik, dan dosen pembimbing menetapkan tujuan, lokasi, sasaran, jumlah mahasiswa, pembimbing, mitra, batas kewenangan, serta kebutuhan izin atau kerja sama. *Pelaksana:* Koordinator Prodi, koordinator kegiatan/praktik, dan dosen pembimbing; *Dokumen:* rencana kegiatan, surat tugas, jadwal, daftar peserta, dan dokumen kerja sama/izin; *Waktu:* sebelum kegiatan; *Output:* konteks dan batasan kegiatan terdokumentasi.
2. **Identifikasi potensi risiko.** Potensi risiko akademik, keselamatan pasien/klien/responden, K3, etik, medikolegal, data, reputasi, dan operasional diidentifikasi melalui telaah kegiatan, koordinasi, observasi, dan pengalaman kejadian sebelumnya. *Pelaksana:* koordinator kegiatan, dosen pembimbing, mahasiswa, dan pembimbing wahana/mitra; *Dokumen:* form identifikasi risiko, logbook, dan hasil koordinasi mitra; *Waktu:* sebelum dan selama kegiatan; *Output:* daftar risiko awal.
3. **Analisis risiko.** Penyebab, likelihood, impact, pihak terdampak, serta pengendalian yang sudah tersedia dianalisis untuk memperoleh skor awal dan kebutuhan pengendalian tambahan. *Pelaksana:* UPM/Tim Mutu, koordinator kegiatan, dan dosen pembimbing; *Dokumen:* matriks risiko, data kegiatan, dan catatan supervisi; *Waktu:* setelah risiko teridentifikasi; *Output:* analisis risiko dan skor awal.
4. **Penetapan level risiko.** Skor likelihood dikalikan skor impact, kemudian diklasifikasikan menjadi risiko rendah, sedang, tinggi, atau sangat tinggi. Penetapan mempertimbangkan bukti, kondisi wahana, dan ketentuan institusi. *Pelaksana:* Koordinator Prodi, UPM/Tim Mutu, dan koordinator kegiatan; *Dokumen:* matriks likelihood-impact dan register risiko; *Waktu:* maksimal 3 hari kerja setelah data lengkap; *Output:* level prioritas risiko.
5. **Penyusunan rencana mitigasi.** Rencana mitigasi memuat tindakan pencegahan dan korektif, penanggung jawab, kebutuhan sumber daya, jadwal, indikator keberhasilan, metode monitoring, serta kriteria eskalasi. *Pelaksana:* koordinator kegiatan, dosen pembimbing, UPM/Tim Mutu, dan mitra; *Dokumen:* form rencana mitigasi, SOP terkait, dan daftar kebutuhan APD/alat; *Waktu:* sesuai level risiko; *Output:* rencana mitigasi yang disetujui.
6. **Pelaksanaan mitigasi sebelum kegiatan.** Mitigasi dapat berupa pembekalan, orientasi wahana, validasi alat dan instrumen, informed consent, pembatasan kewenangan mahasiswa, pengaturan supervisi, perlindungan data, serta penyediaan APD. *Pelaksana:* dosen pembimbing, pembimbing wahana/mitra, mahasiswa, dan admin Prodi; *Dokumen:* materi pembekalan, daftar hadir, surat pernyataan, logbook, dan APD; *Waktu:* sebelum turun lapangan/praktik; *Output:* pelaksana siap menjalankan kegiatan secara aman.

F. PROSEDUR (LANJUTAN)

1. **Pengendalian selama kegiatan.** Risiko dikendalikan melalui supervisi, komunikasi berkala, pemeriksaan logbook, validasi tindakan, kepatuhan pada SOP, dan koreksi segera apabila ditemukan ketidaksesuaian. *Pelaksana:* dosen pembimbing, pembimbing wahana/mitra, dan mahasiswa; *Dokumen:* logbook, form monitoring, dan catatan supervisi; *Waktu:* selama kegiatan; *Output:* risiko terkendali dan ketidaksesuaian dikoreksi.
2. **Pelaporan risiko atau insiden.** Kejadian, kendala, atau risiko baru dilaporkan kepada dosen pembimbing/pembimbing wahana dan melalui kanal resmi Prodi apabila diperlukan. Bukti pendukung disertakan tanpa mengungkap data lebih luas dari yang diperlukan. *Pelaksana:* mahasiswa, dosen pembimbing, pembimbing wahana/mitra, dan admin Prodi; *Dokumen:* form pengaduan risiko, laporan insiden, dan bukti pendukung; *Waktu:* segera; maksimal 1 x 24 jam untuk insiden; *Output:* laporan risiko/insiden teregistrasi.
3. **Tindak lanjut, eskalasi, dan/atau RCA.** Risiko ditindaklanjuti sesuai level melalui pembinaan, koreksi prosedur, pengamanan sasaran, koordinasi mitra, penghentian sementara kegiatan, eskalasi kepada fakultas/unit terkait, dan RCA untuk kasus berulang atau berdampak besar. *Pelaksana:* Koordinator Prodi, UPM/Tim Mutu, dosen pembimbing, mitra, dan fakultas/unit terkait; *Dokumen:* register risiko, formulir tindak lanjut, pedoman RCA, dan berita acara; *Waktu:* sesuai level risiko; *Output:* tindakan korektif dan preventif terlaksana.
4. **Monitoring dan evaluasi efektivitas.** Efektivitas mitigasi dinilai berdasarkan indikator keberhasilan, bukti tindak lanjut, umpan balik sasaran/mitra, kepatuhan pelaksana, dan ada atau tidaknya kejadian berulang. *Pelaksana:* UPM/Tim Mutu, koordinator kegiatan, dosen pembimbing, dan mitra; *Dokumen:* form monev, rekap risiko, laporan kegiatan, dan notulen evaluasi; *Waktu:* maksimal 14 hari kerja setelah tindak lanjut atau minimal setiap semester; *Output:* laporan monev dan rekomendasi perbaikan.
5. **Pengarsipan dan peningkatan standar.** Dokumen disimpan sesuai prinsip kerahasiaan dan hasil evaluasi digunakan untuk meningkatkan SOP, pembekalan, kerja sama, kurikulum, supervisi, sarana keselamatan, serta sistem pelaporan. *Pelaksana:* admin Prodi, Koordinator Prodi, dan UPM/Tim Mutu; *Dokumen:* arsip digital/fisik, laporan akhir, dan rekomendasi PPEPP; *Waktu:* setelah kegiatan/evaluasi; *Output:* dokumen risiko tersimpan dan standar ditingkatkan.

G. DIAGRAM ALIR



Gambar 1. Diagram Alir Mitigasi Risiko Prodi S1 Gizi Unesa

H. PETUNJUK SOP

1. SOP ini wajib dipahami dan dilaksanakan oleh seluruh pelaksana kegiatan sesuai tugas, kewenangan, dan kompetensinya.
2. Identifikasi dan penilaian risiko dilakukan sebelum kegiatan serta diperbarui apabila terdapat perubahan lokasi, sasaran, metode, alat, personel, mitra, atau kondisi lapangan.
3. Koordinator kegiatan dan pembimbing memastikan pembekalan, supervisi, alat, bahan, APD, informed consent, serta perlindungan data telah dipenuhi sesuai kebutuhan.
4. Apabila ditemukan risiko tinggi atau sangat tinggi, pelaksana wajib memprioritaskan keselamatan, menghentikan aktivitas berisiko bila perlu, mengamankan sasaran, dan melakukan eskalasi sesuai kewenangan.
5. Laporan risiko/insiden harus objektif, faktual, tidak menyalahkan individu, disampaikan melalui kanal resmi, dan untuk insiden dilaporkan paling lambat 1 x 24 jam.
6. Data pribadi, data kesehatan, identitas pelapor, serta identitas pihak yang terlibat disimpan secara terbatas sesuai prinsip kerahasiaan dan perlindungan data.
7. Rekap risiko dievaluasi minimal setiap semester oleh Koordinator Prodi bersama UPM/Tim Mutu dan digunakan sebagai dasar peningkatan standar melalui siklus PPEPP.
8. Apabila terdapat perbedaan dengan ketentuan fakultas, universitas, atau wahana praktik, digunakan ketentuan yang lebih ketat sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku.

I. DOKUMEN TERKAIT

1. Form Identifikasi dan Rencana Mitigasi Risiko.
2. Matriks penilaian risiko likelihood-impact.
3. Register Risiko dan Tindak Lanjut serta register insiden.
4. Form monitoring dan evaluasi tindak lanjut.
5. Logbook mahasiswa, catatan supervisi, laporan kegiatan, dan notulen koordinasi.
6. Kanal resmi pengaduan risiko Prodi dan bukti komunikasi tindak lanjut.
7. Pedoman Root Cause Analysis (RCA) Prodi S1 Gizi Unesa.
8. SOP Patient Safety dan SOP Evaluasi dan Tindak Lanjut Insiden Keselamatan Pasien.
9. SOP Pelaksanaan Praktik Lapangan, Kerja Sama dengan Wahana/Mitra, Penelitian, Pengabdian kepada Masyarakat, Pengaduan Risiko, serta Perlindungan Data dan Kerahasiaan Informasi Responden.
10. APD, alat ukur, instrumen kegiatan, dan sarana keselamatan sesuai kebutuhan.

J. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

Revisi dan pembaruan SOP ini dapat dilakukan sesuai perubahan kebijakan, hasil monitoring dan evaluasi, temuan audit, tren risiko atau insiden, umpan balik pemangku kepentingan, serta kebutuhan peningkatan mutu berkelanjutan. Setiap revisi harus terdokumentasi, ditelaah oleh unit penjaminan mutu, dan disahkan oleh pejabat berwenang.

Disusun oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Tim Penyusun SOP Prodi S1 Gizi Unesa	Unit Penjaminan Mutu Prodi S1 Gizi Unesa	Koordinator Prodi S1 Gizi Unesa
		
Choirul Anna N.A., S.Pd.,M.Si. NIP. 197704162003122001	Desty M. Sholikhah, SKM, M.Kes NIP. 199012242023212054	Amalia Ruhana, S.P., M.P.H. NIP. 198212232015042001

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kriteria Penilaian Kemungkinan dan Dampak

Penilaian risiko dilakukan dengan mempertimbangkan kemungkinan kejadian (likelihood) dan dampak (impact). Setiap aspek diberi skor 1 sampai 5 berdasarkan bukti, kondisi kegiatan, pengalaman kejadian, dan pertimbangan profesional.

Skor	Kemungkinan (Likelihood)	Skor	Dampak (Impact) dan Contoh
1	Sangat jarang	1	Sangat rendah - tidak berdampak bermakna pada sasaran; cukup koreksi administratif sederhana.
2	Jarang	2	Rendah - menimbulkan ketidaknyamanan ringan dan tidak memerlukan tindakan tambahan yang bermakna.
3	Mungkin terjadi	3	Sedang - menimbulkan gangguan sementara; memerlukan koreksi prosedur, pemantauan, atau pembinaan.
4	Sering/berpeluang besar	4	Tinggi - berpotensi menimbulkan cedera atau kerugian serius, pelanggaran etik/kerahasiaan, atau gangguan kegiatan.
5	Sangat sering/hampir pasti	5	Sangat tinggi - berpotensi menimbulkan cedera berat, kejadian sentinel, dampak hukum/reputasi, atau penghentian kegiatan.

Lampiran 2. Matriks dan Keputusan Tingkat Risiko

Nilai risiko diperoleh dari skor likelihood dikalikan skor impact. Singkatan pada matriks: R = Rendah, S = Sedang, T = Tinggi, dan ST = Sangat Tinggi.

Likelihood / Impact	1	2	3	4	5
5	**5 S**	**10 T**	**15 T**	**20 ST**	**25 ST**
4	**4 R**	**8 S**	**12 T**	**16 T**	**20 ST**
3	**3 R**	**6 S**	**9 S**	**12 T**	**15 T**
2	**2 R**	**4 R**	**6 S**	**8 S**	**10 T**
1	**1 R**	**2 R**	**3 R**	**4 R**	**5 S**

Lampiran 2 (lanjutan). Keputusan Tindak Lanjut Berdasarkan Level Risiko

Tindakan mitigasi dan batas waktu tindak lanjut ditetapkan secara proporsional sesuai level risiko.

Skor	Level	Keputusan	Tindakan Mitigasi Utama	Batas Waktu
1-4	**Rendah**	Dapat diterima dengan pengendalian rutin.	Pembinaan ringan, koreksi administrasi, penguatan komunikasi, dan dokumentasi.	Maksimal 14 hari kerja atau sesuai jadwal monev.
5-9	**Sedang**	Memerlukan rencana mitigasi terjadwal.	Analisis penyebab, pembinaan tertulis bila perlu, revisi instruksi kerja, dan monitoring tambahan.	Maksimal 7 hari kerja.
10-16	**Tinggi**	Memerlukan prioritas dan eskalasi internal.	Hentikan aktivitas berisiko bila perlu, koordinasi mitra, tindakan korektif-preventif, dan pelaporan ke fakultas/unit terkait bila diperlukan.	Maksimal 3 hari kerja.
17-25	**Sangat tinggi**	Tidak dapat diterima tanpa pengendalian segera.	Penghentian sementara kegiatan, pengamanan sasaran, pelaporan 1 x 24 jam, investigasi/RCA, serta eskalasi kepada fakultas/unit terkait dan mitra.	Segera; maksimal 1 x 24 jam untuk pelaporan awal.

Lampiran 3. Form Identifikasi dan Rencana Mitigasi Risiko

Form ini digunakan pada tahap perencanaan dan diperbarui apabila terdapat perubahan kondisi atau risiko baru. L = likelihood dan I = impact.

No.	Kegiatan/ Lokasi	Risiko yang Diidentifikasi	L	I	Level	Rencana Mitigasi	Penanggung Jawab dan Target Waktu

Catatan/keputusan:

.....

.....

Lampiran 4. Register Risiko dan Tindak Lanjut

Register digunakan untuk memantau status penanganan risiko/insiden dan memastikan bukti tindak lanjut tersimpan secara tertib.

No.	Tanggal	Uraian Risiko/ Insiden	Sumber Laporan	Tindak Lanjut	Status	Bukti/ Arsip	Keterangan