STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA

2025
PEDOMAN
AUDIT INTERNAL
BERBASIS RISIKO



SATUAN PENGAWASAN INTERNAL

UIN SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan *Pedoman Audit Internal Berbasis Risiko* ini. Pedoman ini disusun sebagai panduan bagi auditor internal dalam melaksanakan audit kinerja dan audit kepatuhan secara sistematis, terarah, serta berorientasi pada pengelolaan risiko yang dihadapi universitas.

Audit berbasis risiko merupakan pendekatan yang menitikberatkan pada identifikasi, analisis, dan evaluasi risiko yang berpotensi mempengaruhi pencapaian tujuan organisasi. Dengan pendekatan ini, SPI UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta diharapkan mampu memberikan nilai tambah melalui pemberian rekomendasi yang tepat sasaran, mendukung tata kelola yang baik (*good university governance*), meningkatkan efektivitas manajemen risiko, serta memperkuat pengendalian intern di lingkungan universitas. Penyusunan pedoman ini mengacu pada berbagai regulasi dan pedoman yang berlaku, antara lain Peraturan Menteri Keuangan, Peraturan BPKP Nomor 6 Tahun 2018 tentang Pedoman Pengawasan Intern Berbasis Risiko, serta ketentuan lain yang relevan di lingkungan Kementerian Agama.

Kami menyadari bahwa pedoman ini masih memerlukan penyempurnaan seiring dengan perkembangan regulasi dan dinamika pengelolaan perguruan tinggi. Oleh karena itu, kami mengharapkan masukan, kritik, dan saran yang konstruktif dari berbagai pihak agar pedoman ini semakin komprehensif dan aplikatif. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, kontribusi, dan kerja sama dalam penyusunan pedoman ini. Semoga pedoman ini dapat menjadi acuan yang bermanfaat bagi auditor internal dan seluruh sivitas akademika UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta dalam mewujudkan pengelolaan universitas yang transparan, akuntabel, efektif, dan berintegritas.

Yogyakarta, September 2025

Dr. Shaleh, S.Ag., M.Pd., C.M., CRMP.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **ii**

DAFTAR ISI ..... **iii**

DAFTAR TABEL ..... **v**

DAFTAR GAMBAR ..... **vi**

BAB I PENDAHULUAN **1**

A. Latar Belakang 1

B. Siklus Kegiatan Audit 1

C. Landasan Hukum 2

BAB II MANAJEMEN RISIKO DAN SISTEM PENGENDALIAN INTERN PEMERINTAH (SPIP) **3**

A. Gambaran Umum Manajemen Risiko 3

B. Proses Manajemen Risiko 4

C. Penerapan Manajemen Risiko dengan *Control Self Assessment* (CSA) 23

D. Hubungan antara Manajemen Risiko, Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) dan Audit Internal Berbasis Risiko 23

E. Penilaian Maturitas Manajemen Risiko 23

BAB III GAMBARAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RISIKO **25**

A. Pengertian dan Tujuan Audit Internal Berbasis Risiko 25

B. Tahapan Audit Internal Berbasis Risiko 26

C. Peran Audit Internal 29

D. Perubahan Paradigma Peran Audit Internal 30

BAB IV PROGRAM KERJA PENGAWASAN TAHUNAN (PKPT) **32**

A. Gambaran Umum PKPT Berbasis Risiko 32

B. Penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) 33

BAB V PERENCANAAN AUDIT 34

A. Perencanaan Audit 34

B. Pendokumentasian Tahap Perencanaan Audit 36

BAB VI PELAKSANAAN AUDIT 37

A. Tujuan dari Tahap Pelaksanaan Audit 37

B. Reviu Tingkat Kematangan Penerapan Manajemen Risiko 37

C. Tahapan dalam Pelaksanaan 39

D. Pelaksanaan Audit Lanjutan 40

E. Pendokumentasian Tahap Pelaksanaan Audit 43

F. Faktor - Faktor yang Perlu diperhatikan untuk Keberhasilan Penerapan *Risk Based Internal Audit* (RBIA) 43

BAB VII PENGKOMUNIKASIAN HASIL AUDIT 45

A. Tujuan Penyusunan Laporan Hasil Audit 45

B. Standar Profesi Audit Internal tentang Penyusunan Laporan Hasil Audit 45

C. Penyusunan Konsep Laporan Hasil Audit 47

D. Reviu Konsep Laporan Hasil Audit 53

E. Penandatanganan Laporan Hasil Audit 54

F. Pendistribusian Laporan Hasil Audit 54

G. Tindak Lanjut Hasil Audit 55

H. Pendokumentasian Kegiatan Audit 56

LAMPIRAN 57

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Penetapan peran, kewenangan, tanggung jawab, dan akuntabilitas Organisasional..... 11
Tabel 2 Kriteria Dampak Risiko untuk K3..... 18
Tabel 3 Keterkaitan Tingkat *Maturity Level* Penerapan Manajemen Risiko, Pengendalian dan *Monitoring* dengan Fungsi Audit Internal..... 30
Tabel 4 Karakteristik Perbedaan Penggunaan Metode Audit Intern..... 31
Tabel 5 Kuesioner untuk meyakini tingkat kematangan risiko unit yang diaudit..... 38
Tabel 6 Panduan Penentuan Simpulan Audit..... 50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Prinsip Manajemen Risiko 4

Gambar 2 Siklus Kerangka Kerja Manajemen Risiko 7

Gambar 3 Organisasi dan konteksnya 9

Gambar 4 Output Desain Kerangka Kerja Pengelolaan Risiko..... 12

Gambar 5 Proses Pengelolaan Risiko 14

Gambar 6 Tahapan Audit Internal Berbasis Risiko..... 26

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Satuan Pengawasan Internal (SPI) adalah unit di Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta (UIN SUKA) yang bertugas melakukan pengawasan nonakademik pada PTKN sesuai Peraturan Menteri Agama No. 25 tahun 2017. SPI memiliki wewenang untuk melaksanakan berbagai kegiatan pengawasan, seperti audit, evaluasi, reviu, pemantauan, dan konsultansi. Seluruh kegiatan ini memiliki satu tujuan utama: memberikan keyakinan kepada pimpinan universitas bahwa semua tugas dan fungsi telah berjalan secara efektif, efisien, andal, dan senantiasa mematuhi peraturan yang berlaku.

Untuk dapat menjalankan tugasnya secara optimal, seluruh auditor internal di lingkungan SPI UIN SUKA wajib berpedoman pada standar audit internal. Standar ini disusun dengan mengacu pada standar profesi *The Institute of Internal Auditors (IIA)* global dan disesuaikan dengan karakteristik organisasi pemerintahan di Indonesia. Standar ini tidak hanya menjadi acuan, tetapi juga panduan wajib yang harus dilaksanakan dalam setiap penugasan.

Agar dapat memberikan kontribusi yang efektif, pelaksanaan penugasan audit harus berfokus pada identifikasi dan penilaian risiko, termasuk mitigasi yang telah dilakukan. Hal ini sesuai dengan Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia butir 3010 yang menekankan bahwa penentuan prioritas kegiatan audit harus berdasarkan evaluasi risiko. Oleh karena itu, SPI wajib menyusun rencana audit tahunan berbasis risiko (*risk-based audit plan*) sebagai landasan untuk seluruh kegiatan auditnya.

B. Siklus Kegiatan Audit

Siklus kegiatan audit internal tersebut dapat diilustrasikan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Perencanaan Audit Tahunan
2. Perencanaan Penugasan

3. Pelaksanaan Penugasan
4. Komunikasi Hasil Penugasan
5. Pemantauan Tindak Lanjut

Ruang lingkup pedoman audit internal berbasis risiko yang dikembangkan ini difokuskan pada penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) bagi SPI di UIN SUKA.

C. Landasan Hukum

1. Peraturan Pemerintah No. 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)
2. Peraturan Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan No. 6 Tahun 2018 tentang Pedoman Pengawasan Intern Berbasis Risiko
3. Peraturan Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia No. Per-01/AAIPI/DPN/2021 tentang Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia
4. Peraturan Menteri Agama No. 5 Tahun 2024 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah pada Kementerian Agama
5. Keputusan Menteri Agama No. 580 Tahun 2019 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) pada Kementerian Agama

BAB II
MANAJEMEN RISIKO DAN SISTEM PENGENDALIAN INTERN PEMERINTAH (SPIP)

A. Gambaran Umum Manajemen Risiko

Manajemen risiko memungkinkan universitas untuk mengantisipasi perubahan lingkungan, mengembangkan tata kelola yang baik, dan mengoptimalkan manajemen strategis. Selain itu, manajemen risiko berfungsi mengamankan aset dan sumber daya universitas, sekaligus mengurangi keputusan reaktif dari pimpinan. Pada akhirnya, penerapan manajemen risiko yang baik akan mengefektifkan pencapaian tujuan universitas.

Definisi yang diberikan oleh para ahli mengenai risiko sesuai dengan disiplin keilmuan dan lingkup keahliannya. Risiko memiliki keterkaitan dengan ketidakpastian. Beberapa sumber mendefinisikan risiko sebagai berikut:

1. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Risiko adalah akibat yang kurang menyenangkan (merugikan, membahayakan) dari suatu perbuatan atau tindakan.
2. Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008, Risiko adalah suatu kejadian yang mungkin terjadi dan apabila terjadi akan memberikan dampak negatif pada pencapaian tujuan instansi pemerintah.
3. Menurut *Committee of Sponsoring Organization* (COSO), Risiko adalah kemungkinan terjadinya sebuah *event* yang dapat mempengaruhi pencapaian sasaran entitas.
4. Menurut *The International Organization for Standardization* (ISO) 31000, Risiko adalah efek dari ketidakpastian terhadap pencapaian sasaran organisasi.

Definisi manajemen risiko dari berbagai sumber sebagai berikut:

1. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Manajemen risiko adalah upaya untuk mengurangi dampak dari unsur ketidakpastian.
2. Menurut *Enterprise Risk Management* (ERM) *Committee of Sponsoring Organization* (COSO), Manajemen risiko adalah proses yang dipengaruhi oleh *Board of Directors*, manajemen dan personel lain dalam entitas, diaplikasikan pada pembentukan strategi dan pada seluruh bagian perusahaan, dirancang untuk mengidentifikasi kejadian potensial yang dapat mempengaruhi entitas, dan mengelola

risiko selaras dengan *risk appetite* entitas, untuk menyediakan jaminan yang wajar terhadap pencapaian sasaran dari entitas.

3. Menurut *The International Organization for Standardization* (ISO) 31000, Manajemen risiko adalah aktivitas-aktivitas terkoordinasi, yang dilakukan dalam rangka mengelola dan mengkontrol sebuah organisasi terkait dengan risiko yang dihadapinya.

B. Proses Manajemen Risiko

Pemahaman manajemen risiko memungkinkan manajemen untuk terlibat secara efektif dalam menghadapi ketidakpastian dengan risiko dan peluang yang berhubungan, dan meningkatkan kemampuan organisasi untuk memberikan nilai tambah. Terdapat tiga hal penting yang harus dipahami dalam rangka membangun manajemen risiko, terdiri atas prinsip, kerangka kerja, dan proses.

1. Prinsip Manajemen Risiko

Berdasarkan ISO 31000: 2018, prinsip manajemen risiko adalah sebagai berikut:



Gambar 1. Prinsip Manajemen Risiko

a. Terintegrasi

Manajemen risiko merupakan bagian integral dari semua proses bisnis perguruan tinggi sehingga menjadi kesatuan yang utuh. UIN SUKA mengimplementasikan

sistem pengelolaan manajemen risiko dengan model GRC (*Governance, Risk, and Compliance)*, yakni integrasi dan penyelarasan proses pemastian pada suatu organisasi untuk memaksimalkan pengawasan risiko dan tata kelola serta efisiensi pengendalian dan optimalisasi memperhitungkan risiko organisasi.

b. Terstruktur dan komprehensif

Pendekatan ini memberi kontribusi terhadap hasil yang konsisten. Penerapan sistem pengawasan internal (SPI) di UIN SUKA merupakan suatu mekanisme pengawasan secara berkesinambungan, mencakup keandalan laporan keuangan, ketersediaan laporan keuangan yang lengkap dan tepat waktu, termasuk pada pelaksanaan evaluasi atas pelaporan keuangan. SPI UIN SUKA berada di bawah Rektor yang dijalankan oleh Kepala, anggota, dan para personel lainnya secara kolektif.

c. Dapat menyesuaikan

Kerangka kerja dan proses manajemen risiko disesuaikan dan proporsional dengan konteks eksternal dan internal organisasi terkait tujuan.

d. Inklusif

Keterlibatan pemangku kepentingan yang memberikan pandangan dan pengetahuan serta persepsi. Menjadikan sebagai bahan pertimbangan dan masukan. Kondisi ini menghasilkan peningkatan kesadaran dalam menerapkan dan mengelola risiko. Civitas Akademika melakukan rapat yang diperlukan untuk memenuhi tugas dan tanggung jawab. Setiap kegiatan didokumentasikan dan menyimpan catatan tentang pelaksanaan pertemuan. Agenda rapat mencakup diskusi tentang risiko yang terkait dengan kegiatan bisnis organisasi, termasuk risiko UIN SUKA yang paling signifikan, peninjauan dan pemantauan efektivitas Kerangka Kerja Manajemen Risiko serta implementasinya.

e. Dinamis

Risiko bersifat dinamis, yang berarti dapat muncul, berubah, atau bahkan hilang seiring dengan perubahan konteks eksternal maupun internal. Oleh karena itu, manajemen risiko berfungsi untuk mengantisipasi, mendeteksi, dan merespons perubahan tersebut secara efektif dan tepat waktu. Untuk tujuan tersebut, UIN SUKA wajib mengawasi perancangan, implementasi, dan tinjauan berkala

terhadap sistem manajemen risiko yang dimilikinya. Pembaharuan sistem, termasuk matriks risiko, harus dilakukan secara terus-menerus untuk memastikan risiko yang muncul seiring dengan perkembangan organisasi dapat tertangani secara efektif.

f. Informasi terbaik yang tersedia

Manajemen risiko didasarkan pada informasi dan data historis dan terkini serta harapan masa depan. Manajemen risiko secara eksplisit mempertimbangkan segala keterbatasan dan ketidakpastian terkait dengan informasi dan data. Informasi yang tersedia harus tepat waktu, jelas dan relevan bagi para pemangku kepentingan. UIN SUKA melakukan identifikasi terhadap potensi-potensi risiko yang dapat mempengaruhi pencapaian strategi dan tujuan organisasi termasuk di dalamnya tujuan yang tertuang dalam RKAKL. Data dan informasi terbaik yang tersedia untuk kegiatan asesmen risiko diperoleh dari data aplikasi ASIK, Renstra, ToR, Laporan Kegiatan, Laporan hasil audit, Kebutuhan barang/jasa, kajian hasil penelitian, serta dari kegiatan survei kepuasan-kepuasan yang dimiliki UIN SUKA.

g. Faktor manusia dan budaya

Perilaku dan budaya manusia secara signifikan mempengaruhi semua aspek dalam manajemen risiko di setiap tingkat dan tahap. Artinya dalam menerapkan manajemen risiko di perguruan tinggi, faktor manusia dan budaya menjadi perhatian dan pertimbangan yang penting. UIN SUKA memperkuat budaya risiko dengan meningkatkan kesadaran dan kapabilitas terhadap risiko dan kepatuhan melalui serangkaian kegiatan pelatihan hingga sertifikasi manajemen risiko (termasuk *e-learning*) seperti *anti-fraud awareness* dan *operational risk awareness* yang tepat guna bagi unit kerja atau sebagai *support* dari aspek kepatuhan.

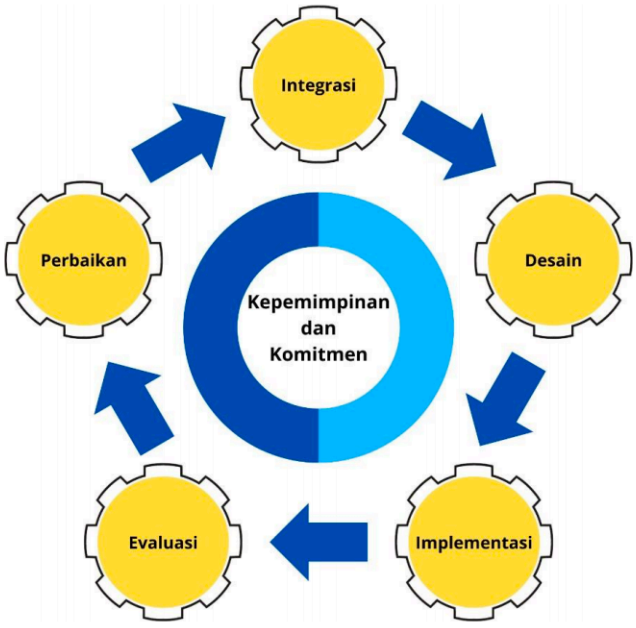
h. Perbaikan berkelanjutan

Manajemen risiko terus ditingkatkan melalui pembelajaran dan pengalaman karena risiko bersifat dinamis. Manajemen risiko tidak hanya memperbaiki proses bisnis, tetapi juga meningkatkan kinerja perguruan tinggi. UIN SUKA secara

berkala melakukan evaluasi penerapan manajemen risiko dengan pembaharuan identifikasi risiko di masing-masing unit pemilik risiko.

2. Kerangka Kerja Manajemen Risiko

Perencanaan kerangka kerja untuk pengelolaan risiko di UIN SUKA meliputi pemahaman struktur organisasi dan konteksnya, menentukan kebijakan pengelolaan risiko, menentukan akuntabilitas pengelolaan risiko, mengintegrasikan pengelolaan risiko ke proses bisnis dalam setiap struktur organisasi, mengalokasikan sumber daya pengelolaan risiko, dan menentukan mekanisme komunikasi internal maupun eksternal. Selanjutnya, dilakukan penerapan pengelolaan risiko setelah menetapkan kerangka kerja pengelolaan risiko. Pada penerapan pengelolaan risiko, evaluasi terhadap kerangka kerja pengelolaan risiko perlu dilakukan. Selain itu, kerangka kerja pengelolaan risiko perlu dilakukan perbaikan menyesuaikan perubahan yang terjadi pada konteks internal maupun eksternal organisasi untuk dapat bekerja secara berkelanjutan. Hal tersebut dilakukan berulang kembali untuk mendapatkan kerangka kerja pengelolaan risiko yang mengalami perbaikan berkesinambungan dan dapat memberikan hasil penerapan yang andal.



Gambar 2. Siklus Kerangka Kerja Manajemen Risiko

a. Kepemimpinan dan Komitmen *(Leadership and Commitment)*

Kepemimpinan unit kerja UIN SUKA dan Dewan Pengawas yang melakukan kegiatan manajemen dan pengawasan kampus harus menunjukkan kepemimpinan dan komitmen dalam penerapan pengelolaan risiko dengan tujuan untuk:

1) menerapkan dan menyesuaikan seluruh komponen di kerangka kerja;
2) menyebarkan informasi yang menyatakan rencana atau tindakan pendekatan pengelolaan risiko;
3) memastikan sumber daya teralokasikan sesuai yang diperlukan untuk program kegiatan pengelolaan risiko; dan
4) menentukan otoritas atau kewenangan, tanggung jawab, dan akuntabilitas pada pemilik risiko di tingkatan struktur organisasi yang tepat.

b. Integrasi *(Integration)*

Proses integrasi pengelolaan risiko ke dalam struktur organisasi bergantung pada pemahaman struktur dan konteks organisasi UIN SUKA. Suatu struktur organisasi dibentuk berdasarkan pada tujuan dan kompleksitas Universitas. Risiko ada dan dikelola pada setiap level struktur dan setiap orang bertanggung jawab untuk mengelolanya. Tata kelola Universitas, hubungan eksternal dan internal, aturan, proses, serta praktik diperlukan untuk mencapai tujuan Universitas.

Struktur organisasi mengartikan arah tata kelola ke dalam strategi dan tujuan terkait untuk mencapai tingkat kinerja yang berkelanjutan dan kelangsungan hidup jangka panjang Universitas. Bagian integral dari tata kelola Universitas yaitu dengan menentukan akuntabilitas pengelolaan risiko dan peran pengawasan dalam institusi. Mengintegrasikan pengelolaan risiko ke dalam organisasi institusi merupakan proses yang dinamis dan berulang, serta perlu disesuaikan dengan kebutuhan dan budaya perusahaan. Maka, pengelolaan risiko merupakan bagian dari, dan tidak terpisah dari tujuan Universitas, pemerintahan, kepemimpinan dan komitmen, strategi, tujuan, dan operasi.

c. Perancangan *(Design)*

Mendesain / merencanakan kerangka kerja manajemen risiko mencakup:

1) Pemahaman organisasi dan konteksnya;

Desain kerangka kerja pengelolaan risiko, organisasi memeriksa dan memahami konteks eksternal dan internalnya (gambar 4), termasuk di dalamnya:

a) sasaran yang hendak dicapai oleh organisasi;
b) jenis dan karakteristik risiko yang harus dikelola;
c) persyaratan regulasi atau standar industri yang harus dipenuhi; serta
d) ekspektasi dari para pemangku kepentingan terhadap praktik pengelolaan risiko yang dijalankan organisasi.

Secara garis besar, risiko UIN SUKA dapat dibedakan dalam dua kelompok besar yang dijelaskan seperti di bawah ini:



Gambar 3. Organisasi dan konteksnya

a) Risiko Akademik

Risiko melekat pada program kegiatan dan sasaran tridharma perguruan tinggi yang dalam organisasi UIN SUKA didelegasikan kepada Universitas, Fakultas, dan Lembaga. Sasaran-sasaran pada pemilik risiko tersebut perlu dirumuskan secara *Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound (SMART)* dalam bentuk indikator kinerja utama *(key performance indicators)* terkait indikator akademik.

b) Risiko Non Akademik

Risiko-risiko yang rumusannya tidak secara langsung namun sangat berdampak pada ketercapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) UIN SUKA. Risiko jenis ini muncul misalnya dari penyelenggaraan sebuah proyek strategis yang berdampak pada inovasi, bisnis, sumber daya manusia, teknologi dan keuangan besar, serta reputasi dan eksistensi signifikan. Proyek dalam hal ini dapat meliputi prakarsa atau inisiatif, atau ide baru yang membawa implikasi besar bagi organisasi UIN SUKA.

2) Penegasan komitmen manajemen risiko

Penegasan komitmen manajemen risiko berkelanjutan melalui kebijakan, pernyataan, atau bentuk lain yang secara jelas menyampaikan sasaran dan komitmen organisasi terhadap manajemen risiko:

a) Tujuan pengelolaan risiko organisasi serta kaitan dengan sasaran dan kebijakan lain;
b) Penguatan kebutuhan untuk mengintegrasikan manajemen risiko ke dalam keseluruhan budaya organisasi;
c) Kepemimpinan dalam integrasi manajemen risiko ke dalam aktivitas bisnis inti dan pengambilan keputusan;

Kebijakan manajemen risiko merupakan pernyataan niat dari Direksi dan Dewan Komisaris untuk memberikan komitmennya dalam menerapkan manajemen risiko. Kebijakan ini antara lain berisikan:

a) Rasional dan sasaran penerapan manajemen risiko
b) Keterkaitan antara kebijakan manajemen risiko dengan kebijakan dan sasaran perusahaan lainnya
c) Penunjukan akuntabilitas dan tanggung jawab penerapan manajemen risiko pada tiap tingkatan organisasi
d) Cara penanganan benturan kepentingan, bila hal tersebut terjadi
e) Komitmen untuk menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk penerapan
f) Cara untuk melakukan pengukuran kinerja manajemen risiko dan juga cara pelaporannya

g) Kesediaan untuk melakukan pemantauan secara berkala kinerja dan efektivitas manajemen risiko secara keseluruhan

3) Penetapan peran, kewenangan, tanggung jawab, dan akuntabilitas organisasional

Penetapan akuntabilitas manajemen risiko pada para pemilik risiko dan pihak pemangku kepentingan lainnya, tersaji dalam tabel berikut:

Pimpinan Puncak Organisasi	• Menentukan *risk appetite* dan *risk tolerance* • Mengarahkan strategi dan mengkaji ulang risiko strategi • Menerima risiko – risiko dan laporan kontrol risiko dari manajemen (melalui komite Manajemen Risiko atau Komite Manajemen Eksekutif) • Menerima laporan dari komite risiko dan kualitas atau komite risiko dan audit dalam proses untuk mengelola risiko dan dalam pengelolaan risiko utama
Unit Kerja Inti dan Pendukung	• Pemilik dan pengelola risiko • Melaporkan kepada anggota dewan (berdasarkan penilaian sendiri) tentang pengelolaan risiko yang mereka lakukan
Komite Manajemen Risiko `	• Menyediakan pengawasan tentang risiko dan manajemennya • Belajar dari insiden dan peristiwa yang terjadi • Memantau indikator yang menyebabkan perubahan pada risiko
Manajemen Sub-Komite	• Menyediakan sumber daya yang ahli untuk area spesifik dalam risiko operasional, contohnya adalah kesehatan dan keselamatan • Mengelola *risk transfer* atau berbagi risiko dengan pihak lain melalui *outsourcing* dan asuransi • Menganalisa risiko dan melaporkannya kepada komite manajemen risiko.
Komite Audit dan Risiko	• Menerima laporan dari Internal Audit dalam proses untuk mengelola risiko dan dalam pengelolaan risiko utama
Audit Internal	• Menyediakan jaminan kepada komite audit dalam sistem kontrol internal dan manajemen risiko • Menyediakan jaminan kepada komite audit dan komite manajemen risiko dalam manajemen untuk risiko tertentu

Tabel 1. Penetapan peran, kewenangan, tanggung jawab, dan akuntabilitas Organisasional

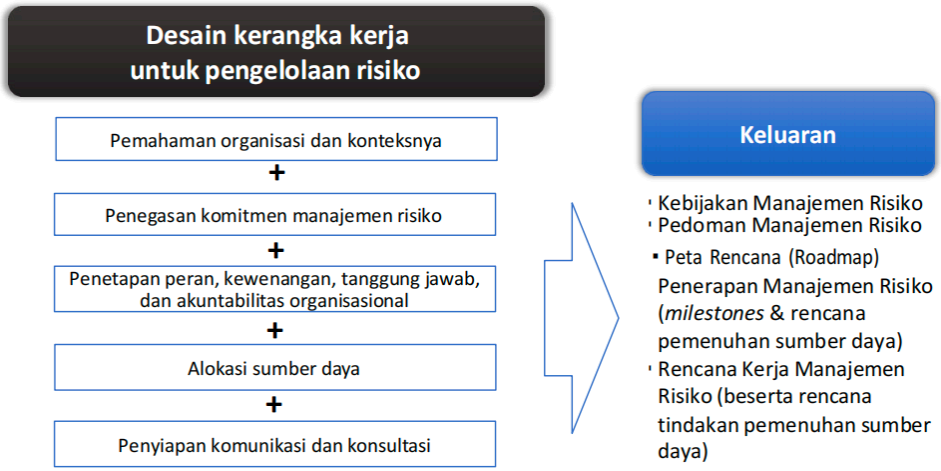
4) Alokasi sumber daya.

Pengalokasian sumber daya oleh pimpinan puncak dan badan pengawas serta memastikan alokasi sumber daya yang tepat untuk pengelolaan risiko meliputi:

a) orang, keterampilan, pengalaman, dan kompetensi;
b) proses, metode, dan alat untuk pengelolaan risiko;
c) proses dan prosedur yang terdokumentasi;
d) sistem manajemen pengetahuan dan informasi; dan
e) kebutuhan pengembangan dan pelatihan profesional

5) Penyiapan komunikasi dan konsultasi.

Penetapan komunikasi dan konsultasi dalam rangka mendukung kerangka kerja dan memfasilitasi penerapan pengelolaan risiko secara efektif. Komunikasi melibatkan kegiatan berbagi informasi dengan khalayak sasaran. Konsultasi juga melibatkan peserta-peserta yang menyediakan umpan balik dengan ekspektasi bahwa hal tersebut bakal berkontribusi dan membentuk keputusan atau kegiatan lain. Metode dan isi komunikasi dan konsultasi harus mencerminkan ekspektasi para pemangku kepentingan, Komunikasi dan konsultasi harus tepat waktu dan memastikan bahwa informasi yang relevan dikumpulkan, ditata, disintesis, dan dibagi secara tepat.



Gambar 4. Output Desain Kerangka Kerja Pengelolaan Risiko

d. Implementasi

Implementasi kerangka kerja pengelolaan risiko yang dilakukan UIN SUKA dengan melakukan tahapan guna meningkatkan probabilitas keberhasilan implementasi kerangka kerja manajemen risiko, dengan menyiapkan rencana pelaksanaan yang memperhitungkan antara lain:

1) Peta rencana (*roadmap*) penerapan yang telah disusun dan disepakati pimpinan
2) Strategi atau pendekatan penerapan (*pilot project/enterprise roll-out*);

3) Kesesuaian waktu dengan karakteristik bisnis operasi organisasi (tidak berbarengan dengan inisiatif strategis lainnya);
4) Kesiapan internal Unit Manajemen Risiko;

e. Evaluasi

Evaluasi perlu dilakukan pada tingkatan struktural hingga unit bisnis secara berkala (dua kali dalam satu tahun) untuk memberikan penilaian terhadap efektivitas proses implementasi pengelolaan risiko. Pertama, unit pengelola risiko bertanggung jawab membuat laporan mengenai hasil pelaksanaan pengelolaan risiko di seluruh bidang struktur Universitas. Kemudian, proses evaluasi dilakukan bersama-sama dengan Rektor. Penilaian evaluasi dilakukan Universitas secara berkala dengan mengukur kinerja kerangka kerja pengelolaan risiko terhadap tujuannya, rencana penerapan, indikator, dan perilaku yang diharapkan. Selain itu, evaluasi efektivitas proses penerapan pengelolaan risiko dilakukan dengan memastikan pengelolaan risiko tetap cocok untuk mendukung pencapaian tujuan Universitas.

f. Perbaikan

Perbaikan berkelanjutan merupakan tindak lanjut dari hasil evaluasi yang bertujuan untuk memastikan agar manajemen risiko di lingkungan UIN SUKA, baik pengaturan maupun praktiknya, tetap sesuai karakteristik dan memenuhi kebutuhan spesifik organisasi. Dua hal yang sebagai bentuk perbaikan pengelolaan risiko UIN SUKA, adalah sebagai berikut:

1) Adaptasi

   Secara berkelanjutan memantau dan mengadaptasi kerangka kerja manajemen risiko untuk mengatasi/mengantisipasi perubahan eksternal dan internal. Dengan demikian, organisasi dapat meningkatkan nilainya

2) Perbaikan berkesinambungan

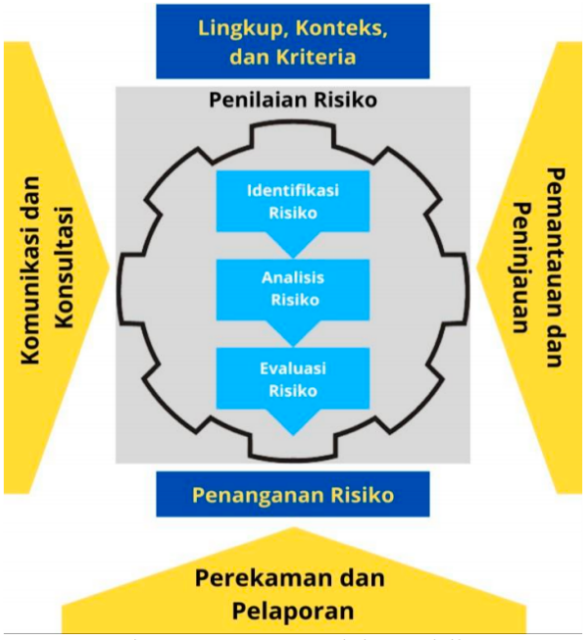
   UIN SUKA secara sinambung meningkatkan kesesuaian, kecukupan, dan efektivitas kerangka kerja manajemen risiko, serta bagaimana proses manajemen risiko diintegrasikan. Saat kesenjangan atau peluang peningkatan yang relevan diidentifikasi, organisasi hendaknya mengembangkan rencana

dan tugas pengembangan serta menugaskan kepada pihak yang memiliki akuntabilitas untuk menerapkan. Perbaikan yang dilaksanakan mencakup:

a) Peningkatan efektivitas dari kerangka kerja;
b) Peningkatan maturitas sistem manajemen risiko;
c) Peningkatan kapasitas pemilik risiko;
d) Peningkatan budaya sadar risiko.

3. Proses Manajemen Risiko

Penerapan pengelolaan risiko dilaksanakan melalui suatu proses siklus yang bersifat terus-menerus. Satu siklus pengelolaan risiko tersebut terdiri dari delapan tahapan untuk mengevaluasi kekuatan dan kelemahan yang dimiliki Universitas, sehingga harus dikelola dengan baik dan benar. Proses evaluasi yang dilakukan oleh Universitas, dalam hal ini UIN SUKA, akan menghasilkan kondisi kampus yang dapat bertahan pada berbagai situasi dan berkembang menjadi organisasi dengan proses bisnis yang kuat untuk dapat berkompetisi dengan Universitas lain. Gambar di bawah ini adalah proses pengelolaan risiko.



Gambar 5. Proses Pengelolaan Risiko

a. Komunikasi dan Konsultasi

Komunikasi dan konsultasi merupakan proses berkelanjutan dan berulang yang menyediakan, membagikan, ataupun mendapatkan informasi dan menciptakan dialog dengan para pemangku kepentingan mengenai manajemen risiko. Komunikasi dan konsultasi dapat dijalankan secara tertulis dan lisan antara pengelola risiko, pemilik risiko dan pemangku kepentingan. Komunikasi dilakukan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman mengenai risiko yang dapat terjadi selama proses bisnis UIN SUKA. Sementara konsultasi dilakukan untuk mendapatkan umpan balik dan informasi dalam rangka mendukung pengambilan keputusan. Bentuk kegiatan komunikasi dan konsultasi antara lain:

1) Rapat berkala, merupakan rapat yang diadakan secara rutin;
2) Rapat insidental, merupakan rapat yang diadakan sewaktu-waktu
3) *Focus Group Discussion* (FGD), merupakan kelompok diskusi yang terarah untuk membahas topik tertentu.
4) Melalui media elektronik *official* yaitu: whatsapp, email, dan website.

Komunikasi dan konsultasi internal dan eksternal sangat penting untuk meyakinkan bahwasanya penanggung jawab dan pihak yang berkepentingan dalam mengimplementasikan pengelolaan risiko dapat memahami dasar pengambilan keputusan dan alasan tindakan tertentu diperlukan.

b. Lingkup, Konteks, dan Kriteria *(Scope, Context, and Criteria)*

Penetapan konteks risiko bertujuan untuk mengidentifikasi parameter dasar dan ruang lingkup penerapan risiko yang harus dikelola dalam proses Manajemen Risiko.

1) Lingkup

   Organisasi Universitas harus menentukan ruang lingkup dari aktivitas pengelolaan risikonya karena proses pengelolaan risiko dapat diterapkan pada tingkat yang berbeda, seperti pada tingkat strategis, operasional, program, proyek, atau kegiatan lain. Maka, penting untuk memperjelas lingkup yang dipertimbangkan, tujuan yang relevan untuk dipertimbangkan, dan

keselarasannya dengan tujuan Universitas. Pada saat merencanakan pendekatan pengelolaan risiko, hal yang perlu dipertimbangkan meliputi:

a) Sasaran dan kebijakan yang perlu dibuat;
b) Hasil yang diharapkan dari langkah-langkah yang akan diambil dalam proses;
c) Waktu, lokasi, serta penyertaan dan pengecualian khusus;
d) Alat dan metode penilaian risiko yang sesuai;
e) Sumber daya yang dibutuhkan, serta tanggung jawab dan catatan yang harus disimpan;
f) Hubungan dengan proyek, proses, dan kegiatan lain;
g) Mitra kerjasama.

2) Konteks

Konteks eksternal dan internal adalah lingkungan di mana institusi berusaha untuk mendefinisikan dan mencapai tujuannya. Konteks proses pengelolaan risiko harus ditetapkan dari pemahaman lingkungan eksternal dan internal institusi dan harus mencerminkan lingkungan spesifik dari aktivitas yang akan diterapkan proses pengelolaan risiko. Pentingnya memahami konteks dikarenakan:

a) pengelolaan risiko terjadi dalam konteks tujuan dan kegiatan institusi;
b) faktor institusi dapat menjadi sumber risiko; dan
c) tujuan dan ruang lingkup proses pengelolaan risiko dapat saling terkait dengan tujuan institusi secara keseluruhan.

Organisasi harus menetapkan konteks eksternal dan internal dari proses pengelolaan risiko dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang diantaranya: Konteks internal Universitas, namun tidak terbatas pada :

a) visi, misi, serta nilai-nilai;
b) pemerintahan, struktur organisasi, peran, dan akuntabilitas;
c) strategi, tujuan, kebijakan, dan budaya perusahaan;
d) standar, pedoman, dan model yang diterapkan oleh perusahaan;
e) kemampuan, sumber daya, dan pengetahuan (modal, waktu, orang, kekayaan intelektual, proses, sistem, dan teknologi);

f) data, sistem informasi, dan arus informasi;
g) hubungan dengan pemangku kepentingan internal, dengan mempertimbangkan persepsi dan nilai-nilai; serta
h) interdependensi dan interkoneksi.

Konteks eksternal Universitas, namun tidak terbatas pada:

a) faktor sosial, budaya, politik, hukum, peraturan, keuangan, teknologi, ekonomi, dan lingkungan, baik internasional, nasional, maupun regional atau lokal;
b) pendorong utama dan tren yang mempengaruhi tujuan organisasi;
c) hubungan, persepsi, nilai, kebutuhan, dan harapan pemangku kepentingan eksternal;
d) hubungan dan komitmen kontraktual; dan
e) kompleksitas jaringan dan ketergantungan.

Strategi penetapan konteks dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a) Menentukan konteks pengupayaan pencapaian sasaran yang ditetapkan oleh lingkungan organisasi internal dan eksternal.
b) Menentukan konteks pengelolaan risiko di tempat dimana pengelolaan risiko diterapkan.
c) Menentukan kriteria risiko.

Penetapan konteks pengelolaan risiko digunakan untuk memudahkan identifikasi dan proses selanjutnya dengan mengacu pada:

a) Visi dan Misi UIN SUKA
b) Rencana Jangka Panjang - Rencana Induk Pengembangan (RIP) UIN SUKA
c) Rencana Jangka Menengah - Rencana Strategis (Renstra) UIN SUKA
d) Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT) UIN SUKA
e) *Key Performance Indicator* (KPI) UIN SUKA
    - Perjanjian Kinerja (PERKIN)
    - Indikator Kinerja Utama (IKU)

3) Kriteria

Risiko dianalisis dan dikelompokkan berdasarkan dua kriteria, yang dijelaskan sebagai berikut:

a) Kriteria kemungkinan terjadinya risiko (*likelihood*), yaitu besarnya peluang atau frekuensi suatu risiko akan terjadi. Pengukurannya bisa menggunakan pendekatan statistik (*probability*), frekuensi kejadian persatuan waktu (hari, minggu, bulan, tahun).

b) Kriteria dampak (*consequences*), yaitu penilaian risiko dengan kriteria dampak disesuaikan dengan jenis kejadian risiko yang kemungkinan terjadi di UIN SUKA, yang diantaranya di area kecelakaan kerja, pencemaran lingkungan, penurunan kinerja organisasi, dan penurunan kualitas pelayanan. Kriteria dampak risiko dijabarkan dalam contoh tabel berikut :

Level Dampak	Area Dampak			
	Kecelakaan Kerja	**Pencemaran Lingkungan**	**Penurunan Kinerja Perusahaan**	**Penurunan Kualitas Pelayanan**
	% Kecelakaan dari total karyawan:	Jumlah kasus keluhan *stakeholders* terhadap dampak pencemaran:	% Ketercapaian target kinerja	% Kepuasan pelayanan
Tidak Signifikan	$\leq 2.5\%$	≤ 3	$\geq 100\%$	$90 < x \leq 100$
Minor	$2.5\% < x \leq 5\%$	$3 < x \leq 6$	$95 \leq x < 100$	$80 < x \leq 90$
Moderat	$5\% < x \leq 7{,}5\%$	$7 < x \leq 10$	$90 \leq x < 95$	$70 < x \leq 80$
Signifikan	$7.5\% < x \leq 10\%$	$10 < x \leq 13$	$85 \leq x < 90$	$60 < x \leq 70$
Sangat Signifikan	$> 10\%$	> 13	< 85	≤ 60

Tabel 2. Kriteria Dampak Risiko untuk K3

Pada saat menyusun kriteria risiko, beberapa faktor yang perlu diperhatikan antara lain sebagai berikut:

a) jenis dan sifat dari dampak yang mungkin terjadi serta bagaimana mengukurnya;

b) bagaimana menetapkan kemungkinan terjadinya;

c) kerangka waktu pengukuran kemungkinan dan dampak;

d) bagaimana menentukan peringkat risiko;

e) pada peringkat manakah risiko dapat diterima atau dapat ditoleransi;

f) pada peringkat manakah risiko memerlukan mitigasi;
g) apakah kombinasi dari berbagai macam risiko perlu mendapatkan pertimbangan khusus.

c. Penilaian Risiko

Risk assesment terdiri dari proses untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengevaluasi risiko. Identifikasi risiko merupakan langkah kritikal, baik dalam konteks *strategic* maupun operasional. Risiko dapat diidentifikasi melalui beberapa langkah berikut:

1) *Focus Group Discussion* (*brainstorming approaches*, *SWOT analysis techniques, dan project categories*)
2) Workshop
3) Pengalaman organisasi lain
4) Interview dengan pihak terkait.

d. Identifikasi Risiko

Proses identifikasi risiko yang komprehensif dilakukan secara sistematis, terstruktur, mendalam, luas, dan mencakup seluruh risiko di UIN SUKA, baik risiko yang terkendali maupun yang tidak terkendali. Identifikasi ditinjau dari sumber risiko, area dampak risiko, penyebab, serta potensi yang dapat muncul akibat risiko tersebut. Secara teknik, identifikasi disesuaikan dengan kemampuan, sasaran, dan jenis risiko yang bakal dihadapi. Tujuan dari identifikasi risiko adalah untuk mengidentifikasi apa yang mungkin terjadi atau situasi apa yang mungkin mempengaruhi pencapaian sasaran dari sistem atau organisasi. Setelah identifikasi risiko, organisasi sebaiknya mengidentifikasi setiap pengendalian yang ada seperti fitur rancangan, orang, proses dan sistem.

e. Analisis Risiko

Analisis risiko adalah tentang pengembangan suatu pemahaman tentang risiko. Hal ini memberikan masukan untuk penilaian risiko dan keputusan apakah risiko perlu diberikan perlakuan dan tentang strategi dan metode perlakuan yang tepat. Analisis risiko terdiri dari penentuan konsekuensi dan probabilitasnya untuk mengidentifikasi kejadian risiko dengan memperhitungkan keberadaan atau ketidakberadaan dan efektivitas dari setiap pengendalian yang ada. Konsekuensi

dan probabilitas risiko tersebut kemudian dikombinasikan untuk menentukan tingkat risiko.

Analisis risiko dibagi menjadi tiga jenis berdasarkan informasi risiko dan tersedianya data, yang diantaranya yaitu analisis kualitatif, analisis semi kuantitatif, dan analisis kuantitatif. Penjelasan mengenai jenis-jenis analisis risiko dijelaskan sebagai berikut:

1) Analisis kualitatif

   Pada analisis kualitatif, istilah atau skala yang digunakan bersifat deskriptif untuk menggambarkan besaran potensi dampak/konsekuensi (*consequence*) dan kemungkinan (*likelihood*) dampak/konsekuensi tersebut akan terjadi. Analisis kualitatif digunakan:

   a) sebagai bentuk suatu kegiatan penyaringan awal untuk mengidentifikasi risiko-risiko yang perlu dianalisis lebih merinci;
   b) ketika level risiko tidak memungkinkan dilakukannya analisis yang lebih menyeluruh karena terbatasnya waktu dan sumber daya; atau
   c) ketika data numerik tidak terpenuhi/tersedia untuk dilakukan analisis kuantitatif.

2) Analisis Semi Kuantitatif

   Pada analisis semi kuantitatif, skala kualitatif yang seperti disebutkan di atas diberi nilai tertentu. Nilai angka yang ditujukan kepada masing-masing risiko tidak harus mengandung hubungan yang akurat dengan besaran *consequence* dan *likelihood* yang sebenarnya. Angka dapat dikombinasikan dengan salah satu formula yang tersedia oleh sistem yang dipilih untuk keperluan mengurutkan prioritas. Tujuannya adalah untuk mendapatkan uraian prioritas yang lebih merinci dibandingkan dengan menggunakan analisis kualitatif dan tidak memberikan nilai realistis pada suatu risiko seperti yang dihasilkan dalam analisis kuantitatif. Hal ini disebabkan karena terkadang perlu untuk mempertimbangkan bahwa *likelihood* terdiri dari dua elemen, yaitu frekuensi paparan dan probabilitas. Ketika terjadi situasi dimana hubungan antara kedua elemen tidak independen seutuhnya, maka perhatian harus dipusatkan.

3) Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif menggunakan nilai angka yang datanya berasal dari berbagai sumber, baik untuk konsekuensi maupun kemungkinan. Kualitas hasil analisis dipengaruhi oleh akurasi dan kelengkapan nilai numerik yang digunakan. Dampak/konsekuensi dapat diperkirakan dengan membuat model outcome dari suatu atau beberapa peristiwa, atau juga dengan ekstrapolasi atau memperluas hasil kajian percobaan atau data di masa lalu. Dampak/konsekuensi dinyatakan dalam satuan moneter (mata uang), kriteria teknik (satuan pengukuran), manusia (kematian/cedera), atau kriteria lainnya. Pada beberapa kasus, diperlukan lebih dari satu nilai numerik untuk menentukan dampak/konsekuensi pada waktu, tempat, kelompok, atau situasi yang berbeda. Sedangkan kemungkinan biasanya dinyatakan sebagai frekuensi paparan, probabilitas, atau kombinasi antara frekuensi paparan dan probabilitas.

f. Evaluasi Risiko

Evaluasi risiko merupakan proses membandingkan tingkat level risiko yang didapatkan dari hasil analisis risiko dengan kriteria risiko yang sudah ditentukan sebelumnya. Pada evaluasi risiko ini, proses membandingkan level risiko dengan kriteria risiko dilakukan menggunakan dasar yang sama. Kemudian, hasil dari evaluasi berbentuk daftar risiko yang dibedakan berdasarkan prioritasnya untuk dilakukan tindakan lebih lanjut. Apabila risiko yang dievaluasi merupakan risiko yang dapat diterima atau termasuk kategori rendah, maka risiko tersebut diterima dengan pemberian penanganan lanjutan yang sedikit. Namun, diperlukan pemantauan dan pemeriksaan secara periodik untuk menjaga dan memastikan risiko-risiko tersebut tetap dalam status dapat diterima. Suatu risiko dapat dikatakan masuk dalam kategori rendah atau dapat diterima jika:

1) level risiko rendah sehingga tidak diperlukan penanganan yang khusus;
2) jika risiko diterima, biaya penanganan termasuk biaya asuransi lebih besar dari manfaat yang diperoleh; dan
3) dampak positif atau peluang dari adanya risiko tersebut lebih besar dari dampak negatif atau ancamannya.

Tahapan evaluasi risiko memastikan bahwa risiko yang teridentifikasi tidak semuanya memerlukan rencana penanganan pengendalian lebih lanjut. Rencana sistem pengendalian lebih lanjut dilakukan untuk menurunkan kemungkinan terjadinya risiko maupun besaran dampak yang dihasilkan risiko.

g. Penanganan Risiko

Penanganan risiko bertujuan untuk mengurangi kemungkinan atau dampak dari risiko potensial. Penanganan risiko dilakukan dengan mengidentifikasi berbagai opsi yang mungkin diterapkan dan memilih satu atau lebih opsi untuk penanganan risiko. Informasi yang dicantumkan pada penanganan risiko adalah:

1) Prioritas risiko: diurutkan berdasarkan besaran risiko. Yang memiliki prioritas lebih tinggi ditunjukkan dengan nilai besaran risiko yang lebih tinggi.
2) Rencana Penanganan risiko : Rencana penanganan risiko merupakan agenda kegiatan untuk menangani risiko. Rencana penanganan risiko dilakukan dengan mengidentifikasi hal-hal sebagai berikut dan dilakukan berdasarkan Opsi penanganan risiko positif dan risiko negatif:
    a) Eskalasi risiko: dipilih jika risiko berada di luar atau melampaui wewenang. Opsi ini dilakukan dengan memindahkan tanggung jawab penanganan risiko ke unit kerja yang lebih tinggi.
    b) Eksploitasi risiko: dipilih jika risiko dapat dipastikan terjadi. Opsi ini dilakukan dengan cara memanfaatkan risiko semaksimal mungkin. Peningkatan risiko: dilakukan dengan cara meningkatkan level kemungkinan dan/atau level dampak dari risiko.
    c) Pembagian Risiko: dipilih jika risiko tidak dapat ditangani secara langsung dan membutuhkan pihak lain untuk menangani risiko tersebut.
    d) Penerimaan Risiko: dipilih jika upaya penanganan lebih tinggi dibandingkan manfaat yang didapat atau kemungkinan terjadinya kecil. Opsi ini dilakukan dengan cara membiarkan risiko terjadi apa adanya.
3) Rencana Aksi Penanganan Risiko

    Rencana aksi penanganan risiko merupakan rancangan kegiatan tindak lanjut untuk menangani Risiko.

4) Keluaran

   Keluaran merupakan hasil dari rencana aksi penanganan Risiko.

5) Jadwal Implementasi

   Jadwal implementasi merupakan jadwal pelaksanaan dari setiap rencana aksi penanganan Risiko.

6) Penanggung Jawab

   Penanggung jawab berisikan nama unit yang bertanggung jawab dan unit pendukung dari setiap rencana aksi penanganan Risiko.

C. Penerapan Manajemen Risiko dengan *Control Self Assessment* (CSA)

Salah satu langkah dalam menerapkan manajemen risiko adalah melakukan penilaian risiko. Unit Kerja di lingkungan UIN SUKA yang telah melakukan penilaian risiko diharapkan telah memiliki daftar risiko (*risk register*), yang tersusun berdasarkan urutan/skala risiko dan peta risiko (*risk map*) yang menggambarkan sebaran risiko-risiko yang ada atau teridentifikasi di Unit Kerja di lingkungan UIN SUKA. *Control Self Assessment* (CSA) terdiri atas *Control and Risk Self Assessment* (CRSA) dan *Risk Self Assessment* (RSA), memfokuskan pada kata "*self*", yang artinya melakukan penilaian dan pengendalian risiko secara mandiri.

D. Hubungan antara Manajemen Risiko, Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) dan Audit Internal Berbasis Risiko

Auditor internal mengelola risiko dengan mengidentifikasikan, analisis, dan kemudian mengendalikan perlakuan risiko guna memenuhi kriteria risiko Universitas. Dalam proses manajemen risiko, Universitas berkomunikasi dan berkonsultasi dengan para pemangku kepentingan untuk memastikan bahwa rancangan pengendalian risiko telah memadai.

E. Penilaian Maturitas Manajemen Risiko

Menyimpulkan tingkat kematangan manajemen risiko. Berdasarkan informasi dan dokumen yang diperoleh, Satuan Pengawasan Internal menentukan tingkat kematangan

risiko yaitu *risk naive*, *risk aware*, *risk defined*, *risk managed*, dan *risk enabled*. Penjelasan tingkat masing-masing tingkat kematangan disajikan sebagai berikut:

a. ***Risk Naive*** **(Level 1):** Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko *Risk Naive* belum memiliki pendekatan formal dalam pengelolaan Manajemen Risiko.
b. ***Risk Aware*** **(Level 2):** Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko *Risk Aware* memiliki karakteristik pendekatan manajemen risiko yang masih cenderung tertutup.
c. ***Risk Defined*** **(Level 3):** Organisasi yang *Risk Defined* telah memiliki strategi dan kebijakan terkait manajemen risiko serta telah dikomunikasikan, selain itu manajemen organisasi juga telah menetapkan selera risiko.
d. ***Risk Managed*** **(Level 4):** Organisasi dengan status *Risk Managed* telah menggunakan pendekatan secara menyeluruh (*Enterprise Approach*) dalam mengembangkan manajemen risiko.
e. ***Risk Enabled*** **(Level 5):** Organisasi dengan tingkat kematangan manajemen risiko *Risk Enabled* memiliki karakteristik utama yaitu manajemen risiko dan pengendalian internal telah sepenuhnya menyatu pada kegiatan operasional organisasi.

Dalam menilai tingkat kematangan manajemen risiko, Satuan Pengawasan Internal dapat menggunakan pendekatan yang disusun oleh *Chartered The Institute of Internal Auditors* (IIA) (2014)

BAB III
GAMBARAN AUDIT INTERNAL BERBASIS RISIKO

A. Pengertian dan Tujuan Audit Internal Berbasis Risiko

1. Pengertian Audit Internal Berbasis Risiko

   Definisi audit internal menurut *The Institute of Internal Auditors (IIA)* adalah kegiatan konsultasi dan asuransi independen yang dirancang untuk memberikan nilai tambah dan perbaikan operasi organisasi. Auditor intern membantu organisasi untuk mencapai tujuannya, melalui pendekatan yang sistematis dan disiplin dalam mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen risiko, pengendalian, dan tata kelola. Definisi audit internal berbasis risiko menurut *The Institute of Internal Auditors (IIA)* yang lebih dikenal dengan istilah *Risk Based Internal Audit (RBIA)* adalah metodologi yang menghubungkan audit internal dengan seluruh kerangka manajemen risiko yang memungkinkan proses audit intern mendapatkan keyakinan bahwa manajemen risiko organisasi telah dikelola dengan memadai sehubungan dengan risiko yang dapat diterima *(risk appetite).* Dari definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat tiga bidang pokok yang menjadi fokus utama dari aktivitas Audit Internal, yaitu: mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen risiko, pengendalian internal, dan tata kelola organisasi.

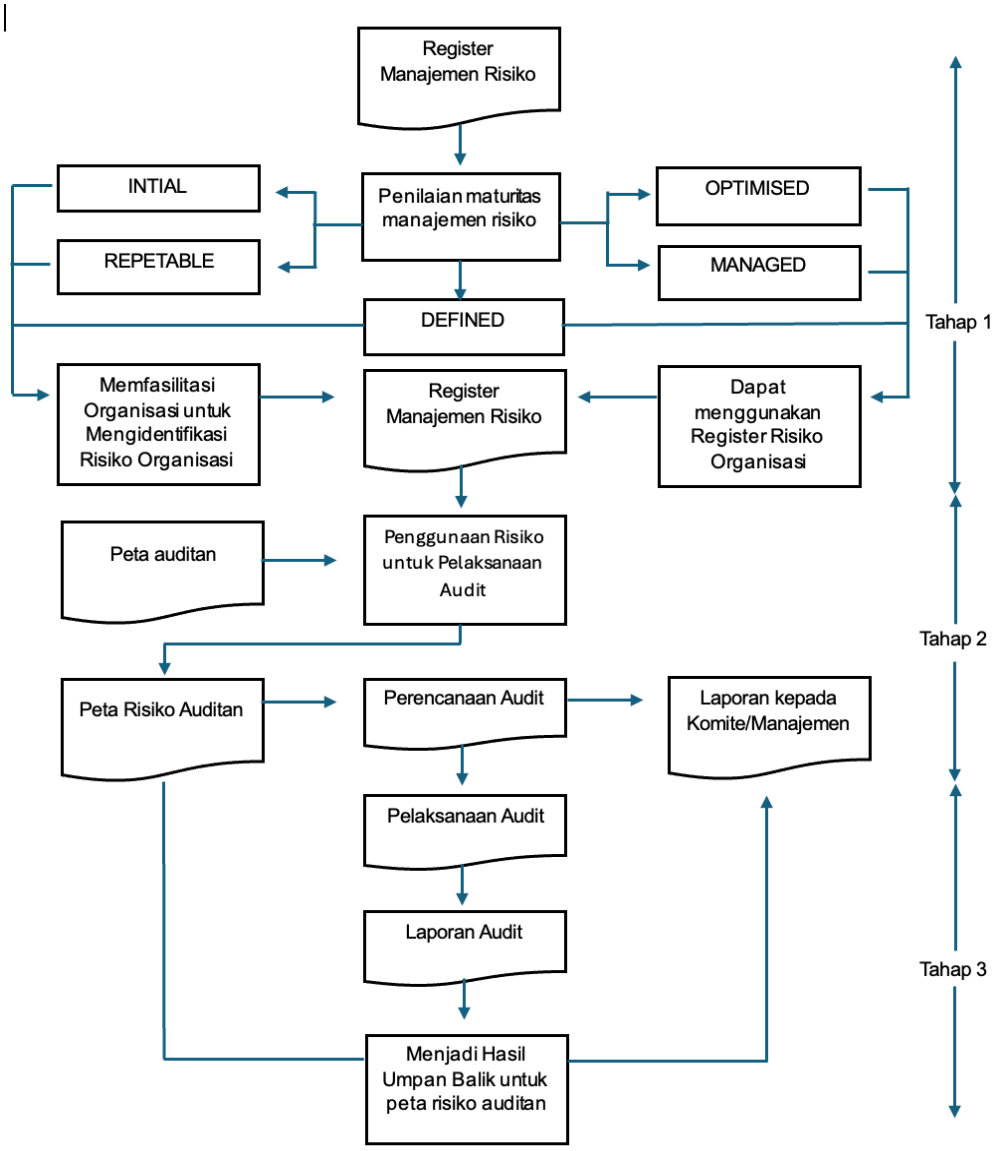
   Evaluasi efektivitas manajemen risiko bertujuan untuk memastikan bahwa manajemen telah mengidentifikasi, mengukur, memantau, dan mengendalikan seluruh risiko yang ada. Auditor internal diharapkan dapat menilai tingkat risiko yang ada apakah berada pada tingkat yang dapat diterima, sesuai dengan selera risiko *(risk appetite)* yang ditetapkan oleh pimpinan organisasi atau berada pada tingkat yang sangat menoleransi toleransi sehingga dapat mengganggu pencapaian tujuan organisasi. Hasil evaluasi akan menghasilkan tingkat maturitas manajemen risiko organisasi dan digunakan oleh auditor untuk menetapkan jenis audit yang akan dilaksanakan, apakah bersifat *assurance* atau *consulting*.

2. Tujuan Audit Internal Berbasis Risiko

   Tujuan utama audit internal berbasis risiko yaitu menyediakan keyakinan yang independen dan objektif kepada manajemen organisasi apakah risiko telah dikelola sampai dengan tingkat yang dapat diterima.

B. Tahapan Audit Internal Berbasis Risiko

Tahapan audit internal berbasis risiko dibagi menjadi tiga tahapan, yang dapat digambarkan pada diagram berikut:



Gambar 6. Tahapan Audit Internal Berbasis Risiko

1. Tahap Pertama

   Pada tahap pertama Audit Internal melakukan penilaian efektivitas penerapan manajemen risiko, yang menghasilkan tingkat kematangan manajemen risiko yang diterapkan oleh Universitas, yaitu *initial*, *repeatable, defined, managed,* atau *optimized*. Hasil penilaian tingkat kematangan manajemen risiko digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan pendekatan audit yang akan digunakan oleh auditor internal sebagai berikut:

   a. Jika tingkat kematangan manajemen risiko Universitas berada pada level initial atau repeatable, maka Audit Internal tidak dapat meyakini sepenuhnya *risk register* yang sudah disusun Universitas. Dalam kondisi seperti ini, audit internal dapat menjalankan peran konsultasinya, yaitu bertindak sebagai konsultan dalam proses pemahaman dan penerapan manajemen risiko bagi Universitas. Dalam menjalankan peran konsultasinya, audit internal tidak dapat mengidentifikasi risiko tanpa keterlibatan pihak manajemen, karena pemilik dan penanggung jawab risiko adalah manajemen. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahpahaman pihak manajemen yang menganggap bahwa audit internal yang bertanggung jawab terhadap manajemen risiko Universitas.
   b. Pada kondisi risk defined, pelaksanaan audit diawali dengan verifikasi apakah proses manajemen risiko sudah berjalan dengan efektif. Tahapan audit lebih detail diperlukan untuk menentukan bahwa semua risiko sudah diidentifikasi dan pengendalian terhadap risiko tersebut telah berjalan efektif.
   c. Pada kondisi *risk managed* dan *risk optimised*, auditor internal menggunakan *risk register* yang disusun oleh manajemen dan pekerjaan audit tidak lagi diarahkan untuk menemukan kelemahan pengendalian, melainkan berorientasi pada pemenuhan ekspektasi pimpinan atau kelemahan pengendalian. Hal tersebut harus diarahkan pada proses manajemen risiko dan verifikasi terhadap pemantauan manajemen atas risiko-risiko kunci dalam Universitas.

2. Tahap Kedua

   Pada tahap kedua audit internal menetapkan risiko dan audit universe (Peta Audit) serta menyusun rencana audit untuk pelaksanaan audit. Audit Internal menyusun *audit universe* berdasarkan *risk register* yang telah dinilai tingkat kematangannya pada tahap pertama. *Audit universe* digunakan untuk menyusun perencanaan dan pelaksanaan audit berikutnya. *Audit universe* merupakan daftar semua kemungkinan audit yang dapat dilakukan atas entitas-entitas audit (*auditable units*). *Audit universe* dimanfaatkan untuk perencanaan audit tahunan, menyusun strategi audit, dan aktivitas audit lainnya. Setiap bulan Desember, Satuan Pengawasan Internal akan menyusun PKPT (Program Kerja Pengawasan Tahunan) untuk tahun berikutnya.

   Perencanaan tahunan berisi tentang berbagai macam informasi terkait rencana pengawasan di tahun selanjutnya, antara lain:

   a) Nama obyek unit yang akan diaudit;
   b) Kapan pengawasan akan dilaksanakan; dan
   c) Sumber daya yang dibutuhkan, meliputi waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan pengawasan, jumlah dan susunan tim pengawasan, serta jumlah dana yang dibutuhkan

3. Tahap Ketiga

   Pada tahap ketiga setelah perencanaan pengawasan tahunan disusun maka dilanjutkan dengan pelaksanaan audit individual, dengan tahapan sebagai berikut:

   Tahapan perencanaan, meliputi:

   a) Penetapan tujuan dan ruang lingkup pengawasan;
   b) Pemahaman terhadap *auditee*;
   c) Identifikasi dan analisis risiko;
   d) Evaluasi pengendalian;
   e) Penyusunan rencana pengujian;
   f) Penyusunan program pengawasan; dan
   g) Pengalokasian sumber daya pengawasan.

Tahapan Pelaksanaan, meliputi:

a) Pengumpulan dan pengujian bukti;
b) Evaluasi bukti dan pengembalian simpulan; dan
c) Pengembangan temuan dan rekomendasi.

Tahapan Pelaporan, meliputi:

a) Penyampaian simpulan sementara hasil pengawasan;
b) Penyusunan laporan;
c) Distribusi laporan; dan
d) *Monitoring* tindak lanjut.

C. Peran Audit Internal

Peran audit internal harus senantiasa strategis dan bergerak mengikuti kebutuhan zaman. Auditor internal diharapkan dapat menciptakan nilai tambah pada produk atau layanan Universitas. Audit Internal sebagai pengawas internal Universitas merupakan salah satu unsur manajemen Universitas yang memiliki peran sebagai penjamin (*assurance*) yang memberikan keyakinan memadai bahwa *governance* (tata kelola yang baik) telah berjalan dengan baik, mengarahkan pada birokrasi yang bersih (*clean government*).

Reformasi birokrasi bertujuan untuk menciptakan birokrasi yang profesional dengan karakteristik adaptif, berintegritas, berkinerja tinggi, bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme, mampu melayani publik, netral, sejahtera, berdedikasi, dan memegang teguh nilai-nilai dasar dan kode etik aparatur negara. Peran Audit Internal yang efektif mampu memastikan bahwa kegiatan audit internal yang dijalankan memberikan nilai tambah bagi Universitas dalam mencapai tujuannya, dengan cara menggunakan pendekatan yang sistematis dan teratur untuk menilai dan meningkatkan efektivitas dari proses manajemen risiko, kontrol (pengendalian), dan tata kelola (sektor publik). Kegiatan audit internal harus dapat mengevaluasi dan memberikan rekomendasi yang sesuai untuk meningkatkan proses tata kelola Universitas dalam penentuan atas tujuan Universitas.

D. Perubahan Paradigma Peran Audit Internal

Peningkatan peran Audit Internal yang semakin strategis memberikan konsekuensi perubahan paradigma peran audit internal. Hal yang dapat dilakukan atau yang harus dilakukan terkait dengan perubahan paradigma peran audit internal terkait dengan fungsi *assurance* dan konsultasi dan sesuai dengan tujuan audit internal berbasis risiko, yaitu memastikan bahwa risiko telah dikelola dan dikendalikan sesuai dengan tingkat risiko yang dapat diterima (*acceptable level*), berikut ini disajikan keterkaitan antara *maturity level* penerapan manajemen risiko, pengendalian, dan *monitoring* dengan fungsi audit intern yang ada, baik *assurance* ataupun *consulting*.

Level	Control	Monitoring	Audit Approach
Optimised	Semua risiko telah teridentifikasi dan dinilai. Adanya reviu risiko secara teratur. Respon telah sesuai untuk mengelola risiko	Manajemen memonitor bahwa semua respon dilakukan secara tepat. Semua manajer memberikan jaminan terhadap efektivitas manajemen risiko dan penilaian kinerja manajemen risiko	Assurance
Managed	Semua risiko telah teridentifikasi dan dinilai. Adanya reviu risiko secara teratur. Respon telah sesuai untuk mengelola risiko	Manajemen memonitor bahwa semua respon dilakukan secara tepat. Hampir semua manajer memberikan jaminan terhadap efektivitas manajemen risiko dan penilaian kinerja manajemen risiko	Assurance
Defined	Sebagian besar risiko telah teridentifikasi dan dinilai. Adanya Reviu risiko secara teratur	Beberapa bagian manajemen memonitor bahwa semua respon dilakukan secara tepat	Consultancy
Repeatable	Terdapat pengendalian, tetapi tidak terkait dengan risiko	Sedikit atau kurang adanya monitoring	Tidak dapat dilakukan Audit Intern Berbasis Risiko. Pendekatan konsultasi dipergunakan untuk memperkenalkan manajemen risiko hingga tercapainya level *Defined*.
Initial	Terdapat pengendalian, tetapi beberapa pengendalian tidak ada atau tidak lengkap	Sangat kecil monitoring, jika adapun sangat lemah	

Tabel 3. Keterkaitan Tingkat *Maturity Level* Penerapan Manajemen Risiko, Pengendalian dan *Monitoring* dengan Fungsi Audit Internal

Karakteristik perbedaan penggunaan metode auditor internal dalam melaksanakan kegiatan audit internnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

KARAKTERISTIK	METODE KONVENSIONAL	METODE RISK BASED
Fokus Audit Intern	Pengendalian intern	Risiko Bisnis (Risiko Prioritas)
Respon Audit Intern	Reaktif, *after the fact*, diskontinu,menjadi pengamat inisiatif perencanaan strategis	Korektif, *real time*, pemantauan terus-menerus, berpartisi-pasi aktif dalam perencanaan strategis
Pengujian Audit Intern	Pengendalian yang penting	Risiko-risiko yang penting
Metode Audit Intern	Menekankan pada kelengkapan pengu-jian pengendalian rinci	Menekankan pada signifikansi cakupan risiko-risiko bisnis secara umum
Rekomendasi Audit Intern	Pengendalian intern: ▪ Memperkuat pengendalian ▪ Biaya - Manfaat ▪ Efisien - efektif	Manajemen Risiko: ▪ Hindari/ diversifikasi risiko ▪ Bagi/ pindahkan risiko ▪ Kendalikan/ terima risiko
Laporan Audit Intern	Melaporkan keberfungsian pengendalian (saat ini)	Melaporkan risiko-risiko proses dan manajemennya (yad.)
Peran Audit Intern Dalam Organisasi	Fungsi penilaian independen	*Integratedgood governance*

Tabel 4 Karakteristik Perbedaan Penggunaan Metode Audit Intern

BAB IV
PROGRAM KERJA PENGAWASAN TAHUNAN (PKPT)

A. Gambaran Umum PKPT Berbasis Risiko

Pada dasarnya, PKPT meliputi pengumpulan dan pengawasan yang akan dilakukan. Perencanaan pengawasan dibagi menjadi dua bagian, yaitu: (1) perencanaan pengawasan tahunan; dan (2) perencanaan pengawasan individu (penugasan audit). Perencanaan pengawasan melibatkan dan merupakan tanggung jawab dari pimpinan dan staf Satuan Pengawasan Internal. Pada pembahasan ini dijelaskan secara ringkas tentang penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) dan perencanaan penugasan.

1. Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT)

Dalam menyusun Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT), Audit Internal harus memiliki informasi hasil identifikasi dan penilaian risiko (*risk assessment*) atas berbagai satuan kerja di lingkungan UIN SUKA dan kegiatan *auditee*. Hasil penilaian risiko atas risiko teridentifikasi menjadi dasar penetapan kegiatan atau obyek audit. Dalam hal Audit Internal tidak memiliki informasi hasil *risk assessment* atau register risiko yang disusun oleh satuan kerja, belum dapat diadakan sebagai dasar penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT). Audit Internal dapat menetapkan parameter-parameter atau faktor yang menjadi dasar untuk menetapkan kegiatan atau obyek yang akan diaudit dalam satu tahun ke depan melalui kebijakan pengawasan yaitu setiap satuan kerja di audit minimal 1 tahun sekali, melihat skala prioritasnya.

2. Perencanaan Penugasan

Sesuai dengan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) sebagaimana diuraikan pada poin 1 di atas, telah ditetapkan objek pengawasan/*auditee* beserta jadwalnya. Dalam hal ini pimpinan Satuan Pengawasan Internal menetapkan objek pengawasan yang akan diaudit, jangka waktu, komposisi tim auditor beserta penetapan sasaran dan tujuan audit. Surat Tugas disusun dan ditandatangani oleh Rektor. Setiap penugasan audit, ketua tim penyusunan *Audit Program* yang disetujui oleh pengendali teknis.

B. Penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT)

Penyusunan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) dilakukan setelah ditentukan area pengawasan terpilih atau *auditable* unit. PKPT tersebut telah berbasis risiko dan berisi berbagai macam informasi terkait dengan rencana audit di tahun selanjutnya, yang diantaranya:

a. Nama obyek/unit yang akan diaudit;
b. Kapan dilaksanakan;
c. Sumber daya yang dibutuhkan;
d. Berapa lama akan dilaksanakan;
e. Siapa personel tim yang akan melaksanakan; dan sebagainya.

Rancangan Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) disusun berdasarkan area pengawasan terpilih yang telah ditetapkan bersama dengan manajemen dengan memperhatikan alokasi sumber daya tersedia, yang meliputi sumber daya personel, anggaran dan waktu. Kebijakan dan kriteria audit yang bersifat *mandatory* dan khusus serta wajib untuk dilaksanakan oleh SPI tertuang dalam Piagam Pengawasan Intern (*Internal Audit Charter*) yang disusun SPI dan disetujui oleh Pimpinan Universitas.

Usulan PKPT yang telah selesai disusun, selanjutnya disampaikan kepada Pimpinan APIP. Usulan PKPT tersebut setelah direviu dan disetujui Pimpinan APIP, oleh Pimpinan APIP diajukan kepada pimpinan organisasi untuk disetujui dan disahkan. PKPT yang telah disahkan pimpinan organisasi, dibuat rangkap 3 (tiga), dengan distribusi asli untuk Inspektur Jenderal/Inspektur Utama/Inspektur, sedangkan salinannya ditujukan kepada Sekretaris jenderal/Sekretaris Utama/Sekretaris Daerah dan arsip. Berdasarkan PKPT yang tersusun, maka proses perencanaan berikutnya adalah perencanaan audit individual atas setiap Area Pengawasan Terpilih yang telah ditetapkan dalam PKPT.

BAB V
PERENCANAAN AUDIT

A. Perencanaan Audit

Auditor internal menyusun rencana pelaksanaan pengawasan individual berdasarkan prioritas area pengawasan terpilih. Rencana pelaksanaan audit individual adalah sebagai berikut:

1. Persiapan

   Standar Profesi Audit Intern tentang Perencanaan Penugasan, menyatakan bahwa "Auditor intern harus menyusun dan mendokumentasikan rencana untuk setiap penugasan, yang mencakup tujuan penugasan, ruang lingkup, waktu, dan alokasi sumber daya". Standar tersebut mewajibkan kepada Pimpinan APIP dan auditornya untuk melakukan persiapan sebelum pengawasan. Hal ini dimaksudkan agar setiap pekerjaan pengawasan dapat dilaksanakan secara efisien dan efektif. Langkah-langkah persiapan pengawasan mencakup:

   a. Menetapkan Tujuan dan Sasaran Pengawasan

      Secara umum, tujuan dan sasaran pengawasan adalah:

      1) Mengidentifikasikan risiko-risiko kegiatan yang berdampak signifikan terhadap proses atau proses-proses yang akan diaudit.
      2) Menilai tingkat penanganan risiko-risiko kegiatan yang dilakukan *auditee.*
      3) Menilai efisiensi dan efektivitas proses terhadap kebutuhan pengguna/ pelanggan (*stakeholders*) dan tujuan kegiatan operasi.
      4) Menilai apakah tindakan dan informasi manajemen lainnya yang digunakan dapat diandalkan.
      5) Memberikan saran-saran perbaikan atas pelaksanaan proses dan prosedur untuk memperoleh kegiatan yang lebih hemat, efisien, dan efektif.

         Secara khusus, tujuan dan sasaran pengawasan ditetapkan untuk setiap proses/kegiatan yang diawasi dan dinyatakan secara jelas dalam setiap program pengawasan yang dibuat untuk suatu proses/ kegiatan yang diawasi.

b. Menyusun Tim Pengawasan

Walaupun sudah direncanakan dalam PKPT, penetapan susunan dan jumlah personel tim melalui mekanisme pengajuan rencana penugasan individual (pengajuan usulan surat tugas). Dalam hal pelaksanaan pengawasan atau tugas lain yang memerlukan keahlian khusus, pengawasan intern dapat menggunakan tenaga ahli dari luar tim pengawasan intern, baik dari dalam kantor maupun dari luar kantor instansi APIP yang bersangkutan. Tujuannya adalah untuk mendapat keyakinan bahwa pengawasan dilakukan oleh tim yang cukup kompeten, cukup jumlahnya, dan memiliki keahlian teknis, serta hal-hal lain yang diperlukan sesai dengan jenis dan sifat pengawasan yang akan dilaksanakan.

2. Menyusun Program Pengawasan (Audit Program)

Program Pengawasan merupakan pedoman kerja tertulis yang menjadi acuan bagi auditor dalam melaksanakan pengawasan audit agar tujuan pengawasan yang telah ditetapkan dapat dicapai. Program Pengawasan bersifat *practicable* dan dapat dikembangkan sesuai dengan kondisi di lapangan. Program Pengawasan pendahuluan dibuat pada saat tahapan persiapan pengawasan, mencakup prosedur atau langkah kerja yang akan dilaksanakan pada saat pelaksanaan pengawasan, seperti pengumpulan bukti, analisis, teknik sampling yang digunakan, dan sebagainya. Program Pengawasan direviu dan disetujui oleh atasan tim untuk memastikan bahwa Program Pengawasan dapat mendukung tercapainya tujuan pengawasan.

Program Pengawasan dapat dikembangkan atau disesuaikan dengan kondisi obyek pengawasan pada saat pelaksanaan pengawasan, namun pengembangan atau perubahan tersebut harus dilakukan secara tertulis, disertai alasannya sebagai bahan supervisi oleh atasan atau pihak lain. Untuk dapat menyusun Program Pengawasan yang baik, auditor harus memahami karakteristik dan tingkat risiko dari suatu aktivitas dan kegiatan yang akan diperiksa, serta kebijakan, sistem dan prosedur yang berlaku. Program Pengawasan merupakan dokumen intern Unit Pengawasan Intern yang bersifat rahasia dan tidak boleh diketahui oleh pihak-pihak luar yang tidak berkepentingan. Namun demikian, tim pengawasan dapat mengadakan revisi atau penyesuaian seperlunya, sesuai dengan kebutuhan pada saat pengawasan dilaksanakan.

B. Pendokumentasian Tahap Perencanaan Audit

Tahapan perencanaan audit internal berbasis risiko didokumentasikan dalam serangkaian kertas kerja, antara lain:

a. Kertas Kerja Penentuan *Maturity Level* Manajemen Risiko;
b. Rencana Kerja Pengawasan Tahunan; dan
c. Program Kerja Audit
d. Surat Tugas

BAB VI
PELAKSANAAN AUDIT

A. Tujuan dari Tahap Pelaksanaan Audit

Pada tahap pelaksanaan audit berbasis risiko (*Risk Based Internal Audit* - RBIA) mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Menilai proses identifikasi dan analisis atas risiko signifikan telah memadai.
2. Menilai kecukupan rancangan pengendalian atas risiko teridentifikasi untuk menjamin tercapainya tujuan proses/kegiatan.
3. Menilai bahwa kegiatan pengendalian telah efektif dalam mengelola risiko hingga pada tingkat risiko yang dapat diterima.
4. Menilai proses manajemen risiko telah dimonitor secara periodik oleh Pimpinan Universitas untuk menjamin bahwa proses dilakukan secara berkesinambungan dan berjalan secara efektif.

B. Reviu Tingkat Kematangan Penerapan Manajemen Risiko

Tingkat kematangan penerapan manajemen risiko yang digunakan pada tahap perencanaan audit mengacu pada hasil penilaian maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) setiap Satuan Kerja untuk periode terakhir sebelum penyusunan rencana pengawasan tahunan (Y-1). Dengan adanya perbedaan waktu dan lingkup antara penilaian kematangan penerapan manajemen risiko saat tahap perencanaan tahunan dengan saat pelaksanaan audit individu, maka perlu dilakukan reviu atau rekonfirmasi atas tingkat kematangan penerapan manajemen risiko. Hal ini untuk meyakini kondisi terkini praktik manajemen risiko pada level entitas yang diaudit, terutama menyangkut proses dan hasil identifikasi, penilaian dan rancangan pengendalian serta pemantauan berkelanjutan atas risiko signifikan yang teridentifikasi pada entitas yang diaudit. Langkah-langkah untuk melakukan reviu atau rekonfirmasi tingkat kematangan penerapan manajemen risiko adalah sebagai berikut:

1. Menetapkan ruang lingkup tugas yang direncanakan.

   Untuk menetapkan ruang lingkup, Auditor Internal harus memahami dan menggunakan informasi yang relevan dari hasil yang dicapai yaitu hasil penilaian maturitas risiko dan rencana pengawasan tahunan.

2. Meyakini tingkat kematangan risiko unit yang diaudit.

   Penilaian tingkat kematangan risiko pada suatu unit kerja dapat menggunakan kuesioner *Control Self Assessment* (CSA) atas setiap pertanyaan, dan memberikan skor 2 untuk sepenuhnya dilaksanakan, skor 1 untuk yang hanya sebagian pernyataan yang dilaksanakan dan skor 0 jika belum dilaksanakan, dengan kuesioner sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor (0-2)
1	Tujuan organisasi terdokumentasi dan dipahami dengan baik	
2	Pimpinan unit organisasi telah memahami risiko dan tanggung jawab atas risiko tersebut	
3	Proses identifikasi risiko telah ditetapkan dan dipatuhi	
4	Sistem skoring untuk penilaian risiko telah ditetapkan	
5	Seluruh risiko telah dinilai dengan sistem skoring yang telah ditetapkan	
6	Respon atas risiko telah ditetapkan dan diimplementasikan	
7	*Risk appetite* telah ditetapkan dengan sistem skoring	
8	Risiko telah dibagi tanggung jawabnya dan didokumentasikan dalam *risk register*	
9	Pimpinan unit organisasi telah menetapkan model pemantauan atas proses, respon dan *action plan* risiko.	
10	*Risk register di-update* secara periodik (minimal sekali setahun)	
11	Terdapat pelaporan kepada pimpinan puncak bila terdapat risiko yang belum ditekan pada tingkat yang dapat diterima	
12	Kegiatan yang bersifat program selalu dinilai risikonya	
13	Uraian tanggung jawab menetapkan risiko, menilai risiko dan mengelolanya, termasuk dalam uraian tugas dan tanggung jawab pegawai.	
14	Pimpinan memberikan jaminan efektivitas pengelolaan risiko	
15	Pimpinan dinilai kinerjanya dalam mengelola risiko	
	Jumlah	

Tabel 5. Kuesioner untuk meyakini tingkat kematangan risiko unit yang diaudit

3. Kesimpulan penilaian tingkat kematangan risiko. Hasil penilaian dapat mengubah lingkup dan sumber daya yang dibutuhkan saat pelaksanaan pengawasan. Kesimpulan penilaian tingkat kematangan risiko dapat meliputi:
    a. Dalam hal skor kematangan risiko lebih rendah dari nilai 15 maka pelaksanaan audit dilakukan dengan pendekatan fasilitas terlebih dahulu. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi yang dihasilkan dari proses manajemen risiko unit kerja belum dapat digunakan sebagai masukan dalam melakukan perencanaan maupun pelaksanaan audit internal berbasis risiko.
    b. Jika dalam hal skor kematangan lebih tinggi atau sama dengan jumlah skor sebesar 15, maka audit dilaksanakan sesuai dengan rencana audit yang telah disusun. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi yang dihasilkan dari proses manajemen risiko dapat digunakan sebagai masukan perencanaan maupun pelaksanaan audit internal berbasis risiko.

C. Tahapan dalam Pelaksanaan

Langkah kerja *Control Self Assessment* (CSA) terdiri dari beberapa tahapan, yaitu:

1. Persiapan.

    Persiapan yang perlu dilakukan auditor sebelum pelaksanaan bimbingan teknis adalah sebagai berikut:
    a. Persiapan internal oleh auditor meliputi penyiapan bahan-bahan dan alat bantu peraga, mempelajari dokumen/data yang terkait dengan tugas dan fungsi organisasi unit kerja serta pengecekan kesiapan tempat pelaksanaan bimbingan teknis
    b. Pembahasan awal dengan pimpinan unit kerja untuk menentukan/memilih lingkup kegiatan yang akan dibahas, menentukan peserta dan jadwal bimbingan teknis dan menetapkan skala dampak yang akan digunakan.

2. Pelaksanaan.

   Pelaksanaan bimbingan teknis terdiri dari beberapa tahapan, yaitu:

   a. Penjelasan Awal

      Bimbingan teknis diawali dengan penjelasan oleh auditor tentang tujuan bimbingan teknis, peran masing-masing peserta, dan menyepakati jadwal.

   b. Identifikasi Tujuan

      Tahap ini bertujuan memperoleh informasi tujuan kegiatan yang dilaksanakan.

   c. Identifikasi Risiko terkait Tujuan

      Penetapan risiko dilakukan dengan cara meminta semua peserta menuliskan risiko-risiko yang menghambat pencapaian tujuan.

   d. Analisis Risiko terkait dampak dan kemungkinan terjadi

      Analisis ini dilakukan dengan voting atas nilai dampak suatu risiko dengan cara memberikan skor menurut skala yang telah ditetapkan.

   e. Penetapan prioritas risiko

      Berdasarkan skor yang telah dinilai oleh peserta, ditetapkan status risiko dengan mengalihkan skor dan membuat peta risiko ke dalam tabel atau diagram. Selanjutnya dapat dibuat peringkat risiko berdasarkan nilai status risiko dari paling tinggi sampai dengan yang paling rendah.

   f. Desain kegiatan pengendalian

      Desain ini memfasilitasi pembahasan Desain Informasi dan komunikasi serta pemantauan atas efektivitas pengendalian yang dirancang.

   g. Desain Informasi dan komunikasi serta pemantauan

      Desain ini memfasilitasi pembahasan Desain Informasi dan komunikasi serta pemantauan atas efektivitas pengendalian yang dirancang.

D. Pelaksanaan Audit Lanjutan

Langkah teknis pelaksanaan audit lanjutan dirinci sebagai berikut:

1. Diskusi dan observasi pengendalian.

   Tahap pertama adalah diskusi dan observasi pengendalian untuk menilai bahwa rancangan pengendalian yang ditetapkan manajemen dalam kerangka kerja manajemen risiko telah mendukung pencapaian tujuannya.

2. Pengujian pengendalian.

   Pengujian ini diperlukan untuk memberikan bukti tambahan bahwa tanggapan terhadap risiko utama telah berjalan secara efektif dan mendukung simpulan bahwa pemantauan pengendalian juga telah berjalan. Dalam tahap ini auditor memberi simpulan mengenai kecukupan rancangan pengendalian dan kesesuaian antara aktivitas pengendalian dengan rancangan pengendalian. Dalam hal rancangan pengendalian dinilai auditor belum memadai, bersama-sama dengan manajemen, auditor memformulasikan tambahan rancangan pengendalian sehingga diperoleh keyakinan bahwa rancangan pengendalian dapat menekan tingkat risiko hingga level yang dapat diterima.

   a. Penilaian Efektivitas Rancangan Pengendalian

      Langkah kerja dalam menilai rancangan pengendalian sebagai berikut:

      1) Melakukan reviu terhadap dokumen rencana tindak pengendalian satuan kerja
      2) Melakukan diskusi dengan manajemen, apabila terdapat rancangan pengendalian yang belum sesuai dalam memitigasi risiko
      3) Menuangkan dalam kertas kerja hasil diskusi dengan manajemen
      4) Jika masih terdapat risiko utama yang belum termitigasi oleh pengendalian utama, melakukan fasilitasi untuk merancang pengendalian dalam rangka memitigasi risiko yang dimaksud
      5) Menuangkan dalam kertas kerja hasil fasilitasi *Control Self Assesment* (CSA).

   b. Pengujian kesesuaian implementasi pengendalian dengan rancangan

      Pengujian ini bertujuan untuk menilai bahwa suatu pengendalian telah dijalankan dengan cara, oleh orang, dan waktu yang tepat sesuai dengan rancangan pengendalian. Pengujian ini dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa teknik *Control Self Assesment* (CSA) sebagai berikut:

      1) Wawancara dan/atau diskusi ter fasilitasi dengan pegawai.

         Wawancara dengan pimpinan dan pelaksana pengendalian dapat memberikan bukti yang memadai mengenai efektivitas pengendalian tingkat aktivitas. Wawancara mempunyai dua tujuan, yaitu melakukan konfirmasi pemahaman mengenai rancangan pengendalian (apa yang seharusnya); dan melakukan identifikasi temuan antara praktik yang ada (apa yang terjadi) dengan

prosedur yang seharusnya. Di samping untuk mendapatkan informasi mengenai pelaksanaan pengendalian, wawancara juga bertujuan untuk meyakinkan bahwa pegawai yang diwawancarai telah memiliki kualifikasi dalam melaksanakan prosedur yang ditetapkan. Pegawai dikatakan memiliki kualifikasi apabila memiliki keahlian dan pelatihan yang relevan, dan tidak menjalankan fungsi-fungsi yang seharusnya terpisah.

2) Observasi.

   Auditor dapat melakukan inspeksi/observasi terutama atas pelaksanaan pengendalian yang sifatnya berkala, seperti perhitungan fisik persediaan dan rekonsiliasi realisasi belanja. Auditor melihat secara cermat pelaksanaan suatu kegiatan secara langsung dan menyeluruh. Hal ini dilakukan untuk meyakini bahwa pengendalian telah dilaksanakan sesuai dengan rancangannya. Apabila terdapat perbedaan antara rancangan dengan pelaksanaan pengendalian, auditor diharapkan dapat mengidentifikasi penyebab perbedaan dan menilai dampaknya. Dalam melaksanakan inspeksi/observasi, auditor harus cermat dan berhati-hati terhadap adanya kemungkinan bahwa pegawai akan bekerja lebih baik apabila mereka mengetahui bahwa mereka sedang diobservasi.

3) Pelaksanaan ulang suatu kegiatan

   Apabila langkah pengujian yang telah dilakukan belum dapat memberikan keyakinan yang memadai bahwa suatu pengendalian telah dijalankan sesuai rancangannya, maka dapat dilakukan *reperformance* atas pengendalian tersebut. Jenis pengendalian yang dapat dilakukan *reperformance* cukup beragam, misanya: reviu atasan langsung, pengecekan kelengkapan dokumen, verifikasi angka, pembandingan suatu data dengan data lainnya, dan rekonsiliasi.

3. Pendokumentasian hasil audit

   Auditor harus mendokumentasikan hasil pengujian yang telah dilakukan.
4. Menilai analisis risiko yang dilakukan oleh manajemen

   Auditor mengevaluasi analisis risiko yang dilakukan oleh manajemen dengan menggunakan kriteria pengukuran risiko, baik dampak maupun keterjadian, yang telah diformulasikan oleh manajemen.
5. Kesimpulan atau tanggapan dan proses manajemen risiko yang tercakup dalam tugas

   Kesimpulan audit mencakup baik desain pengendalian dan seberapa baik pengendalian telah berjalan.
6. Membuat ringkasan simpulan hasil audit untuk pimpinan Universitas

   Ringkasan ini berisi: informasi dan saran mengenai kesesuaian tata kelola, informasi dan saran mengenai kecukupan dan efektivitas rancangan pengendalian, serta pendapat bahwa risiko telah cukup dikelola.

E. Pendokumentasian Tahap Pelaksanaan Audit

Dokumentasi tahapan pelaksanaan audit internal berbasis risiko adalah sebagai berikut:

1. Surat Tugas dan Perencanaan audit.
2. Kertas Kerja Informasi umum dan latar belakang.
3. Kertas Kerja pertemuan dengan manajemen.
4. Kertas Kerja Kematangan Risiko.
5. Kertas Kerja Tujuan, *Risk Register* dan Rencana Tindak Pengendalian.
6. Kertas Kerja Pengujian Pengendalian.
7. Kertas Kerja Temuan Audit.
8. Format Ringkasan Simpulan Hasil Audit.

F. Faktor - Faktor yang Perlu diperhatikan untuk Keberhasilan Penerapan *Risk Based Internal Audit* (RBIA)

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan untuk keberhasilan penerapan RBIA adalah:

1. Memperoleh komitmen berkelanjutan Majelis Wali Amanat, Manajemen, Senat Akademik, *Focus Group Discussion* (FGD) dan *stakeholder*.
2. Memperoleh dukungan sumber daya organisasi.

3. Membudayakan eksekusi *3 Lines of Defense* (LoD) secara berkelanjutan.
4. Mengembangkan dan integrasi sistem RBIA dan sistem manajemen risiko organisasi.
5. Memperbaiki mutu kelembagaan pengawalan kemajuan penanganan tindak lanjut hasil temuan RBIA.
6. Pelatihan dan pengembangan kompetensi personil Perguruan Tinggi secara berkala dalam sistem manajemen risiko.
7. Pengembangan dan pemantapan kompetensi pengelolaan *data-base* terintegrasi dengan RBIA dan sistem manajemen.
8. Penerapan secara konsisten, adil, transparan dan akuntabel.

BAB VII
PENGKOMUNIKASIAN HASIL AUDIT

Audit Internal setelah menyelesaikan pekerjaannya mengkomunikasikan hasil auditnya kepada *auditee*. Selanjutnya setelah menetapkan temuan audit kepada *auditee*, Audit Internal akan menerbitkan Laporan Hasil Audit (LHA) yang akan diserahkan kepada *auditee* dan Wakil Rektor II UIN SUKA sebagai laporan. Sedangkan kepada Rektor UIN SUKA diberikan Laporan Hasil Audit ditambah *summary* atas Laporan Hasil Audit/Surat Pengantar Masalah.
Dalam melakukan pengkomunikasian hasil audit kepada *auditee*, Satuan Pengawasan Internal berpedoman pada Standar Audit Intern Pemerintah yang dikeluarkan oleh Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia (AAIPI) tahun 2014 dan *Internasional Standards For The Professional Practice Of Internal Auditing* (IPPF-Standards) yang dikeluarkan oleh *Institute Of Internal Auditor* (IIA) tahun 2017.

A. Tujuan Penyusunan Laporan Hasil Audit

Tujuan penyusunan laporan hasil audit sesuai dengan Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia - Komunikasi Hasil Penugasan Audit Internal adalah:

1. Mengkomunikasikan hasil penugasan audit internal kepada *auditee* dan pihak lain yang berwenang berdasarkan peraturan perundang-undangan.
2. Menghindari kesalahpahaman atas hasil penugasan audit internal.
3. Menjadi bahan untuk melakukan tindakan perbaikan bagi audit dan instansi terkait.
4. Memudahkan pemantauan tindak lanjut untuk menentukan pengaruh tindakan perbaikan yang semestinya telah dilakukan.

B. Standar Profesi Audit Internal tentang Penyusunan Laporan Hasil Audit

Audit Internal harus memperhatikan standar profesi untuk mengkomunikasikan hasil audit, yaitu:

1. Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia 2014

   Standar Komunikasi 4010 - Kriteria Komunikasi Hasil Penugasan Audit Internal menjelaskan bahwa komunikasi hasil penugasan audit internal harus mencakup tujuan dan ruang lingkup penugasan audit internal, serta kesimpulan yang berlaku, rekomendasi, dan rencana aksi. Lebih lanjut dijelaskan bahwa komunikasi akhir hasil

penugasan audit internal harus berisi pendapat auditor dan/atau kesimpulan. Ketika dikeluarkan, pendapat dan/atau kesimpulan harus mempertimbangkan harapan audit dari para pemangku kepentingan lainnya dan harus didukung oleh informasi yang cukup, kompeten, relevan, dan berguna. Auditor didorong untuk mengakui kinerja yang memuaskan dalam komunikasi hasil penugasan audit internal. Ketika merilis/menerbitkan hasil penugasan audit internal, komunikasi harus mencakup pembatasan distribusi dan penggunaan hasil. Komunikasi kemajuan dan hasil penugasan *consulting* akan bervariasi dalam bentuk dan isi, tergantung pada sifat penugasan dan kebutuhan klien.

2. Standar Internasional untuk Praktik Profesional Intern Audit Tahun 2017

   Standar Kinerja 2410 - Kriteria Komunikasi antara lain menjelaskan bahwa: Komunikasi hasil penugasan harus memuat tujuan, ruang lingkup, dan hasil penugasan. Komunikasi akhir hasil penugasan memuat kesimpulan yang dapat diterapkan, termasuk rekomendasi dan/atau tindakan perbaikan yang dapat diterapkan. Apabila memungkinkan, pendapat auditor internal semestinya diberikan. Suatu pendapat harus mempertimbangkan ekspektasi pimpinan organisasi, serta pemangku kepentingan lain, dan harus didukung dengan informasi yang cukup, andal, relevan, dan bermanfaat.

   Pendapat tersebut dapat berupa peringkat (*rating*), kesimpulan, atau uraian hasil audit dalam bentuk lain. Peringkasan tersebut dapat memuat pengendalian terhadap proses tertentu, risiko atau unit bisnis. Formulir ulasan pendapat tersebut dilakukan dengan mempertimbangkan hasil penugasan dan tingkat signifikansinya. Bentuk dan isi komunikasi progres dan hasil akhir penugasan konsultansi bervariasi dalam bentuk dan isinya, bergantung pada sifat penugasan dan kebutuhan klien. Meskipun format dan muatan laporan audit dapat bervariasi menurut organisasi atau jenis audit, laporan memuat setidaknya tujuan, ruang lingkup penugasan, simpulan, saran, dan rencana tindak lanjutnya.

a. Penyusunan Latar Belakang Penugasan

   Laporan audit memuat latar belakang *auditee* dan aktivitas yang direviu, serta ringkasan. Informasi latar belakang dapat mengidentifikasi *auditee* dan aktivitas yang ditelaah dan menyajikan informasi yang relevan. Laporan audit juga dapat memuatkan status temuan, simpulan, dan saran dari laporan sebelumnya. Laporan audit juga dapat menjadi indikasi apakah laporan mencakup audit terjadwal atau sebagai respon terhadap permintaan. Ikhtisar, jika dimasukkan, harus menjadi representasi yang seimbang atas muatan laporan audit.

b. Penyusunan Tujuan Tujuan menjelaskan mengapa penugasan dilaksanakan dan apa yang diharapkan untuk dicapai.

c. Pernyataan Ruang Lingkup Pernyataan ruang lingkup mengidentifikasi aktivitas yang diaudit dan mungkin meliputi informasi pendukung, seperti periode waktu yang direviu dan aktivitas terkait yang tidak direviu. Aktivitas terkait yang tidak diaudit, jika perlu diidentifikasi untuk menggambarkan batas-batasan audit. Sifat dan luas audit yang dilakukan juga dinyatakan.

d. Hasil Penugasan Hasil penugasan meliputi observasi, simpulan, opini, saran, dan rencana tindakan.

e. Temuan Temuan berhubungan dengan pernyataan fakta. Temuan yang diperlukan untuk mendukung atau mencegah kesalahpahaman terhadap simpulan dan saran auditor internal dimasukkan ke dalam laporan audit. Informasi atau temuan yang kurang signifikan dapat dikomunikasikan secara lisan atau melalui surat-menyurat informal.

f. Rekomendasi Tanggapan dari *auditee* berupa saran, penjelasan oleh *auditee*, dan informasi yang mendukung jika tidak dikecualikan di tempat lain.

C. Penyusunan Konsep Laporan Hasil Audit

Setelah pembahasan hasil audit selesai dilakukan, Audit Internal menyusun konsep laporan hasil audit. Pokok masalah yang harus disajikan dalam laporan hasil audit, yaitu hasil evaluasi pengendalian risiko yang telah dilakukan, apakah sudah sampai pada level yang dapat diterima atau belum dapat diterima. Hasil evaluasi ini dapat diperoleh pada saat auditor melakukan pengujian pengendalian risiko yang telah dilakukan sepanjang

pekerjaan lapangan. Laporan yang dihasilkan oleh audit internal berbasis risiko sebagai berikut:

1. Format Laporan

   Format laporan yang biasa digunakan dalam pelaporan audit internal berbasis risiko adalah sebagai berikut:

   a. Ringkasan untuk eksekutif

      Isi ringkasan untuk eksekutif meliputi:

      1) Pendahuluan yang menguraikan secara singkat objek yang sedang diaudit dan alasan untuk melakukan audit.
      2) Tujuan proses-proses yang sedang diaudit.
      3) Isu-isu yang ditemukan selama proses audit.
      4) Simpulan yang menyatakan bahwa:
         a) Risiko-risiko telah diidentifikasi, dievaluasi, dan dikelola;
         b) Pengendalian mengurangi risiko sampai pada tingkat yang diterima;
         c) Tindakan telah diambil segera untuk memperbaiki kegagalan atau kelemahan yang signifikan;
         d) Tingkat penjaminan saat ini adalah memadai; dan
         e) Jadwal tindak lanjut audit.

   b. Isu-isu Utama

      Yang dimaksud dengan isu-isu utama adalah risiko signifikan yang belum cukup dikurangi oleh pengendalian-pengendalian dan oleh karena itu menghambat pencapaian beberapa tujuan. Bagian ini merinci isu yang ditemukan dalam audit. Pada setiap isu yang dilaporkan diuraikan hal-hal berikut:

      1) Judul isu;
      2) Hasil observasi selama proses audit;
      3) Konsekuensi yang akan ditimbulkan apabila risiko tersebut terjadi;
      4) Opini atau saran untuk mengurangi risiko sampai pada tingkat yang dapat diterima;
      5) Tindakan yang perlu diambil berdasarkan saran yang ada, dengan menetapkan siapa yang bertanggung jawab dan kapan harus dilaksanakan.

c. Isu-isu tambahan

Isu tambahan timbul dari risiko melekat yang dalam batas risiko yang telah ditetapkan oleh pimpinan instansi dan oleh karena itu tidak mempengaruhi pencapaian tujuan utama. Tindakan atas isu-isu ini akan meningkatkan pengendalian dan efisiensi. Sama dengan bagian isu-isu utama, bagian isu-isu tambahan ini memerinci semua isu yang ditemukan dalam audit. Pada setiap isu yang dilaporkan diuraikan observasi, konsekuensi, dan tindakan yang biasanya dihasilkan dalam bentuk tabel.

d. Laporan proses-proses, risiko-risiko, dan pengendalian-pengendalian

Laporan ini biasanya disusun dalam bentuk tabel yang memuat proses yang diaudit, risiko yang terkandung, dan pengendalian yang ada. Laporan ini dikembangkan dari *database* audit, dan panjang laporan bergantung pada banyaknya proses, risiko, dan pengendaliannya.

e. Penerima Laporan

Bagian ini menunjukkan daftar nama pejabat beserta jabatannya yang akan menerima laporan final. Pada bagian depan laporan hasil audit dicantumkan juga Ringkasan Simpulan. Penarikan simpulan ini didasarkan pada skor yang ada dalam Daftar Risiko, dengan berpedoman pada ketentuan berikut ini.

Panduan Penentuan Simpulan Audit			
Tingkatan	Dapat Diterima	Menjadi Perhatian	Tidak Dapat Diterima
Warna	Hijau	Kuning	Merah
Dilaporkan sebagai	Tidak perlu dilaporkan	Isu-isu Utama	Isu-isu Utama
Simpulan Audit	Kriteria		
Risiko-risiko telah diidentifikasi, dievaluasi dan dikelola	Proses menyeluruh telah digunakan dan semua risiko signifikan telah diidentifikasi nilai 1,2 atau 3	Proses-proses telah digunakan tetapi terdapat evaluasi Kekurangan nilai : 4	Tidak memadai atau tidak ada proses-proses yang digunakan Nilai 6 atau 9
Pengendalian mengurangi risiko sampai tingkat yang diterima	Risiko-risiko telah dikurangi sampai dengan batas yang dapat diterima (walaupun beberapa tindakan mungkin diperlukan – catat pada "Isu tambahan" Nilai : 1,2 atau 3	Risiko-risiko telah dikurangi sampai dengan batas yang dapat diterima, kecuali risiko-risiko signifikan yang dicatat dan oleh karena itu ada kemungkinan bahwa beberapa tujuan tidak akan tercapai. Nilai : 4	Risiko-risiko belum dikurangi sampai dengan tingkat yang dapat diterima dan mungkin beberapa tujuan tidak akan atau tidak tercapai. Nilai : 6 atau 9
Tindakan telah diambil sesegera mungkin untuk memperbaiki kegagalan signifikan	Tindakan yang telah diambil akan mengurangi semua resiko sampai pada tingkat yang dapat diterima	Tindakan yang telah diambil akan mengurangi beberapa resiko sampai pada tingkat yang diterima	Tidak ada tindakan yang telah diambil atau tindakan yang diambil tidak cukup mengurangi risiko
Tingkat Pemantauan saat ini telah memadai	Tidak diperlukan tindakan tambahan	Beberapa pemantauan tambahan diperlukan	Perbaikan perbaikan besar diperlukan untuk memantau

Tabel 6. Panduan Penentuan Simpulan Audit

Pada saat penyampaian laporan hasil audit kepada berbagai pihak terkait, sebuah surat pengantar disertakan dalam laporan tersebut. lsi surat pengantar ini sebaiknya memuat:

1) ringkasan simpulan;
2) catatan bahwa sebuah ringkasan untuk eksekutif disertakan pada halaman pertama dari laporan;
3) tanggal dimana tanggapan atas laporan harus telah diterima, misalnya 2 minggu setelah pengiriman; serta
4) nama-nama dan jabatan penerima laporan.

2. Isi Laporan

Muatan dalam laporan terdiri atas:

a. Pernyataan mengenai isu atau masalah yang menjadi perhatian Tujuan pernyataan ini adalah untuk mengangkat isu atau masalah yang ada ke permukaan agar mendapat perhatian serius dari manajemen. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan sebuah pendekatan yang merupakan pertanyaan bagi auditor kepada dirinya sendiri, yaitu:
   1) Perilaku apa yang telah dilakukan atau sebaliknya yang tidak dilakukan oleh pegawai sehingga isu penyimpangan atau kelemahan bisa terjadi;
   2) Bagaimana isu penyimpangan atau kelemahan itu dapat mempengaruhi kemampuan manajemen dalam menjalankan kegiatannya untuk mencapai tujuan;
   3) Apa yang menjadi perhatian auditor sebagai seorang profesional;
   4) Apakah isu dimaksud punya korelasi positif dengan isu lainnya, karena sering kali beberapa temuan memiliki akar permasalahan yang sama.
b. Pernyataan mengenai hasil observasi yang dilakukan oleh auditor selama audit, auditor melakukan observasi. Hasil observasi dijadikan bukti untuk mendukung temuan yang telah ditemukan sebelumnya. Dalam hal ini, auditor dapat saling membandingkan antara kriteria (yang seharusnya ada) dengan kondisi (yang sebenarnya ada).
c. Pernyataan mengenai kemungkinan terjadinya risiko, serta implikasinya terhadap pencapaian tujuan. Pernyataan mengenai dampak ini harus menjadi bagian yang paling menonjol dalam laporan hasil audit. Pernyataan ini harus menunjukkan bahwa auditor memahami bisnis dan risiko yang terkandung dalam bisnis tersebut. Selain itu, pernyataan ini ingin menunjukkan bahwa auditor berada di pihak auditi dan memiliki bahasa yang sama, sehingga saran audit akan mendapat perhatian penuh dari manajemen.
d. Rekomendasi / Saran

   Kemungkinan dan dampak yang dilaporkan akan menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan opsi atau saran untuk mengatasinya.

Syarat-syarat sebuah saran adalah:

1) diawali dengan judul agar memudahkan pembaca menemukannya;
2) berupa kalimat singkat, dan jika terdiri atas beberapa kalimat sebaiknya disajikan dengan nomor urut;
3) berkaitan langsung dengan persoalan yang disajikan dalam pernyataan isu atau masalah;
4) bertujuan untuk mengubah perilaku;
5) ditujukan kepada orang/pejabat yang berwenang untuk menindaklanjuti dan batas waktu penyelesaian; dan
6) tindak lanjut atas saran dalam batas wewenang *auditee*.

3. Syarat Laporan Hasil Audit yang Baik

Kualitas Komunikasi menjelaskan bahwa komunikasi hasil penugasan audit internal harus tepat waktu, lengkap, akurat, objektif, meyakinkan, konstruktif, jelas, ringkas dan singkat, dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Tepat waktu, adalah tepat dan bijaksana, bergantung pada pentingnya masalah, dan memungkinkan manajemen untuk mengambil tindakan korektif yang tepat:
b. Lengkap, artinya tidak kekurangan apapun hal yang penting dan mencakup semua informasi penting dan relevan, serta pengamatan untuk mendukung rekomendasi dan kesimpulan;
c. Akurat, artinya bebas dari kesalahan dan distorsi, serta sesuai dengan fakta-fakta yang mendasari;
d. Objektif, adalah adil, tidak memihak, tidak bias, serta merupakan hasil dari penilaian adil dan seimbang dari semua fakta dan keadaan yang relevan;
e. Meyakinkan, artinya hasil penugasan audit internal harus dapat menjawab sasaran audit, menyajikan fakta, kesimpulan, dan rekomendasi yang logis;
f. Konstruktif, artinya membantu *auditee* dan mengarah pada perbaikan yang diperlukan;
g. Jelas, adalah mudah dipahami dan logis, menghindari bahasa teknis yang tidak perlu, serta menyediakan semua informasi yang signifikan dan relevan;
h. Ringkas dan singkat, adalah langsung ke titik masalah dan menghindari elaborasi yang tidak perlu, detail berlebihan, redundansi, dan membuang-buang kata.

D. Reviu Konsep Laporan Hasil Audit

Tim Satuan Pengawasan Internal bertanggung jawab atas keakuratan informasi dan kelayakan penyajian laporan audit yang diterbitkan. Tanggung jawab utama untuk mereviu dan memeriksa kualitas laporan hasil audit yang akan diterbitkan terletak pada Kepala Satuan Pengawasan Internal, pengendali teknis, dan ketua tim. Pertimbangkan hal-hal berikut ini untuk melakukan reviu secara efisien terhadap konsep laporan hasil audit:

1. Batasi tingkatan reviu. Pada suatu penugasan audit yang sederhana dengan bentuk laporan yang biasa dan masalah-masalah pelaporan yang berulang kali terjadi, hal yang sama tidak perlu direviu sekaligus oleh Kepala Satuan Pengawasan Internal dan pengendali teknis. Namun demikian, paling tidak Kepala Satuan Pengawasan Internal harus membaca laporan audit serta mendiskusikannya dengan tim audit untuk mengetahui apakah seluruh standar telah dipenuhi.
2. Jadwalkan reviu secara bersamaan daripada secara berurutan. Suatu pendekatan yang efisien dalam proses reviu mencakup reviu dari Kepala Satuan Pengawasan Internal dan pengendali teknis, serta penyelenggaraan rapat untuk mengonsolidasikan perubahan yang diusulkan dan mendiskusikan hasil reviu yang saling bertentangan. Jika konsep laporan memiliki kualitas yang memadai, reviu dari manajemen dapat dilakukan secara bersamaan. Komunikasi dan diskusi mengenai hasil reviu yang saling bertentangan dapat mengurangi waktu reviu dan mengeliminasi waktu yang dibutuhkan untuk memproses hasil reviu yang saling bertentangan.
3. Pertegas tanggung jawab dan arahkan proses reviu. Ekspektasi mengenai tanggung jawab Ketua Tim terhadap kelengkapan, akurasi, dan konsistensi antar komponen laporan harus dikomunikasikan dan dapat diukur secara jelas. Kepala Satuan Pengawasan Internal dan pengendali teknis mengatur reviu mereka sedemikian rupa untuk memberi nilai tambah pada proses yang dilakukan, dengan meletakkan fokus utama pada masalah-masalah audit yang timbul pada periode berjalan, hal yang dikonsultasikan dengan pihak lain, dan perubahan yang harus dikomunikasikan kepada manajemen.
4. Reviu Ketua Tim dan tanggung jawab untuk mengendalikan laporan. Sedikitnya Ketua Tim harus bertanggungjawab atas laporan bahwa pengungkapan telah lengkap dan

akurat serta telah mempertimbangkan saran modifikasi dari anggota tim, dan pengecualian dalam laporan dan pengungkapan yang dibutuhkan telah dimasukkan di dalam laporan audit. Ketua Tim juga bertanggungjawab untuk mengendalikan versi konsep laporan dan menonjolkan pengecualian dan pengungkapan, serta perubahan lain yang berasal dari reviu sebelumnya agar reviu Kepala Satuan Pengawasan Internal dan pengendali teknis lebih terarah.

5. Dapatkan dan realisasikan komentar dari proses reviu yang dilakukan manajemen. Tim audit berusaha untuk memberi auditi suatu konsep laporan sementara untuk keperluan diskusi pada saat rapat penutupan, yang dilakukan pada atau sebelum hari terakhir pelaksanaan pekerjaan lapangan. Batas waktu terakhir untuk mendapatkan komentar auditi dan penjilidan laporan dikonfirmasi lang di dalam *exit meeting*.

E. Penandatanganan Laporan Hasil Audit

Laporan audit harus ditandatangani/diterbitkan oleh Kepala Pengawasan Internal dan atau Pengendali Teknis sesuai surat tugas. Berdasarkan hukum, peraturan atau ketentuan profesional yang mengatur profesi auditor internal, laporan harus ditandatangani oleh seseorang yang memenuhi kualifikasi dan memiliki izin untuk menandatangani laporan. Lebih lanjut, peraturan yang berlaku saat ini mengharuskan orang yang menandatangani laporan harus diidentifikasi dengan jelas, sehingga orang yang menandatangani laporan memiliki tanggung jawab pribadi atas penugasan audit yang bersangkutan meskipun ia bukanlah penanggung jawab dalam penugasan audit tersebut.

F. Pendistribusian Laporan Hasil Audit

Pendistribusian Hasil Audit Internal Auditor harus mengomunikasikan dan mendistribusikan hasil penugasan audit internal kepada pihak yang tepat, yaitu Rektor, Wakil Rektor II, *Auditee*. Pengomunikasian hasil penugasan audit internal harus dilaksanakan tepat waktu kepada pemberi tugas dan pihak yang berkepentingan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun dalam hal yang diaudit merupakan rahasia negara maka untuk tujuan keamanan atau dilarang disampaikan kepada pihak-pihak tertentu atas dasar ketentuan peraturan perundang-undangan, auditor dapat

membatasi pendistribusian hasil audit. Apabila suatu audit dihentikan sebelum berakhir, tetapi auditor tidak mengeluarkan laporan hasil audit, maka auditor harus membuat catatan yang mengikhtisarkan hasil audit sampai tanggal penghentian dan menjelaskan alasan penghentian audit tersebut. Auditor juga harus mengomunikasikan secara tertulis alasan penghentian audit tersebut kepada Rektor.

G. Tindak Lanjut Hasil Audit

Dalam hal melakukan tindak lanjut hasil audit maka seyogyanya auditor untuk memantau dan mendorong tindak lanjut atas simpulan, fakta, dan rekomendasi audit dengan memperhatikan hal berikut :

1. Auditor harus mendokumentasikan fakta untuk keperluan pemantauan tindak lanjut dan memutakhirkan fakta sesuai dengan informasi tentang tindak lanjut yang telah dilaksanakan *auditee*.
2. Pemantauan dan penilaian tindak lanjut bertujuan untuk memastikan bahwa tindakan yang tepat telah dilaksanakan oleh *auditee* sesuai rekomendasi. Manfaat audit internal tidak hanya terletak pada banyaknya fakta yang dilaporkan, namun juga terletak pada efektivitas tindak lanjut rekomendasi tersebut. Rekomendasi yang tidak ditindaklanjuti dapat merupakan indikasi lemahnya pengendalian *auditee* dalam mengelola sumber daya yang diserahkan kepadanya.
3. Apabila *auditee* telah menindaklanjuti rekomendasi dengan cara yang berlainan dengan rekomendasi yang diberikan, auditor harus menilai efektivitas penyelesaian tindak lanjut tersebut. Auditor tidak harus memaksakan rekomendasinya ditindaklanjuti namun harus dapat menerima langkah lain yang ternyata lebih efektif.
4. Pada saat pelaksanaan kegiatan audit internal, auditor harus memeriksa tindak lanjut atas rekomendasi audit internal sebelumnya. Sesuai Asosiasi Auditor Intern Pemerintah Indonesia (AAIPI) Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia apabila terdapat rekomendasi yang belum ditindaklanjuti, auditor harus memperoleh penjelasan yang cukup mengenai sebab rekomendasi belum dilaksanakan.
5. Auditor barus menilai pengaruh simpulan, fakta, dan rekomendasi yang tidak atau belum ditindaklanjuti terhadap simpulan atau pendapat atas audit internal yang sedang dilaksanakan.

H. Pendokumentasian Kegiatan Audit

Dokumentasi kegiatan audit internal berbasis risiko terdiri dari:

1. Kertas Kerja Pelaksanaan audit;
2. Format Laporan Hasil audit; dan
3. Format Laporan *Monitoring* Tindak Lanjut Hasil audit.

Pendokumentasian tahap pelaporan hasil audit dalam bentuk *Hardcopy* dan *Softcopy*.

LAMPIRAN

Format Kertas Kerja Register Manajemen Risiko Unit Kerja

KERTAS KERJA MANAJEMEN RISIKO UIN SUNAN KALIJAGA YOGYAKARTA

PRODI/UNIT/LEMBAGA :
KETUA/KEPALA :
TAHUN AKADEMIK :

IDENTIFIKASI RISIKO					ANALISA RISIKO					ANALISIS TREATMENT RISIKO					
					RISIKO INHERENT					RISIKO RESIDUAL					
No.	Aktivitas	Kriteria	Risiko / Peluang	Unit Kerja / Fungsi	Dampak Kualitatif	Probabilitas Risiko (P)	Dampak Risiko (I)	Skor Risiko (W = P x I)	Tingkat Risiko	Penanganan yang Telah Dilakukan	Probabilitas Risiko Pasca Penanganan (P')	Dampak Risiko Pasca Penanganan (I')	Skor Risiko Pasca Penanganan (W')	Tingkat Risiko Pasca Penanganan	Tanggal Review Selanjutnya
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

: dikasih pilihan
: Score & keterangan otomatis (Tingkat Risiko : Sangat Tinggi, Tinggi, Sedang, Rendah, Sangat Rendah)

Pilihan pada kolom:

Kriteria : Keuangan, Kepatuhan, Hukum, Operasional , Reputasi
Probabilitas Risiko (P) : 1 - 5
Dampak Risiko (I) : 1 - 5

Score Risiko

PROBABILITAS						
	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		DAMPAK				

Sangat Tinggi
Tinggi
Sedang
Rendah
Sangat Rendah

Format Kertas Kerja Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT)

PROGRAM KERJA PENGAWASAN TAHUNAN
SATUAN PENGAWASAN INTERNAL
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA YOGYAKARTA
2025

No	Jenis	Ruang Lingkup	Tujuan	Sasaran/Auditi	Jadwal		Jumlah Personil	Laporan yang terbit	Risiko	*Leading* Sektor
1	2	3	4	5	6		7	9	10	11
PROGRAM PRIORITAS										
PROGRAM REGULER										

*Petunjuk Pengisian

1 Diisikan dengan Nomor urut
2 Diisikan dengan jenis Pengawasan
3 Diisikan dengan menjelaskan tentang ruang lingkup pengawasan
4 Diisikan Tujuan/sasaran yang ingin dicapai
5 Diisikan dengan Auditi
6 Diisikan dengan rencana jdawal pemeriksaan
7 Diisikan dengan jumlah personil yang melakukan pengawasan
8 Diisikan dengan laporan yang dihasilkan
9 Diisikan dengan tingkat Risiko
10 Diisikan pelaksana program

RMP Rencana Mulai Penugasan
RSP Rencana Selesai Penugasan
RPL Rencana Penerbitan Laporan
HP Hasil Pengawasan