



GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR

SALINAN
PERATURAN GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR

NOMOR 70 TAHUN 2020

TENTANG

PEDOMAN PENGELOLAAN RISIKO DAN PENGAWASAN INTERN
BERBASIS RISIKO DI LINGKUNGAN PEMERINTAH PROVINSI
KALIMANTAN TIMUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa sesuai ketentuan Pasal 13 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah, Pimpinan Instansi Pemerintah wajib melakukan penilaian resiko;
- b. bahwa dalam rangka peningkatan kualitas penerapan SPIP, dan peningkatan kualitas APIP, perlu menerapkan metode Audit Internal Berbasis Risiko (Risk Based Internal Audit/RBIA) sehingga diperlukan pedoman pengelolaan resiko yang dapat digunakan untuk mengelola resiko di lingkungan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur tentang Pedoman Pengelolaan Risiko dan Pengawasan Intern Berbasis Risiko di Lingkungan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar 1945;
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah-daerah Otonom Provinsi Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan dan Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 65 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1106);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 127, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4890);
5. Peraturan Kepala Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Pedoman Pengawasan Intern Berbasis Risiko;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PEDOMAN PENGELOLAAN RISIKO DAN PENGAWASAN INTERN BERBASIS RISIKO.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Kalimantan Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Gubernur adalah Gubernur Kalimantan Timur.
4. Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat PD adalah unsur pembantu Gubernur dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah.
5. Inspektorat Provinsi Kalimantan Timur yang selanjutnya disebut Inspektorat adalah Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) mempunyai tugas pokok melakukan pengawasan dan bertanggungjawab langsung kepada Gubernur.
6. Sistem Pengendalian Intern Pemerintah yang selanjutnya disingkat SPIP adalah sistem pengendalian intern yang diselenggarakan secara menyeluruh di lingkungan Pemerintah Daerah.
7. Unit Pemilik Risiko yang selanjutnya disingkat UPR adalah unit kerja yang bertanggungjawab melaksanakan pengelolaan Risiko.

8. Unit Kepatuhan adalah unit kerja yang bertugas memantau pelaksanaan pengelolaan Risiko pada UPR di lingkungan Pemerintah Daerah.
9. Risiko adalah kemungkinan kejadian yang mengancam pencapaian tujuan kegiatan dan sasaran.
10. Sisa Risiko adalah Risiko setelah mempertimbangkan pengendalian yang sudah ada.
11. Analisis Risiko adalah proses penilaian terhadap Risiko yang telah teridentifikasi dalam rangka mengestimasi kemungkinan munculnya dan besaran dampaknya untuk menetapkan level atau status Risikonya.
12. Identifikasi Risiko adalah proses menetapkan apa, dimana, kapan, mengapa, dan bagaimana sesuatu dapat terjadi sehingga dapat berdampak negatif terhadap pencapaian tujuan.
13. Register Risiko adalah suatu daftar nama Risiko yang diidentifikasi oleh manajemen yang mengancam pencapaian tujuan organisasi.
14. Rencana Tindak Pengendalian yang selanjutnya disingkat RTP adalah uraian tentang kegiatan pengendalian yang akan dilakukan oleh Perangkat Daerah.
15. Reviu adalah penelaahan ulang bukti-bukti suatu kegiatan untuk memastikan bahwa kegiatan tersebut telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan, standar, rencana, atau norma yang telah ditetapkan.
16. Evaluasi adalah rangkaian membandingkan hasil atau prestasi suatu kegiatan dengan standar, rencana, atau yang telah ditetapkan dan menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan suatu kegiatan dalam mencapai tujuan.
17. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah yang selanjutnya disingkat dengan RPJMD adalah dokumen perencanaan daerah untuk periode 5 (lima) tahun.
18. Rencana Strategis Pemerintah Daerah yang selanjutnya disingkat dengan Renstra PD adalah dokumen perencanaan satuan kerja untuk periode 5 (lima) tahun.
19. Kebijakan Umum APBD yang selanjutnya disingkat KUA adalah dokumen yang memuat kebijakan bidang pendapatan, belanja, dan pembiayaan serta asumsi yang mendasarinya untuk periode 1 (satu) tahun.
20. Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara yang selanjutnya disingkat PPAS adalah rancangan program prioritas dan patokan batas maksimal anggaran yang diberikan kepada SKPD untuk setiap program sebagai acuan dalam penyusunan RKA-SKPD sebelum disepakati dengan DPRD.
21. Rencana Kerja dan Anggaran yang selanjutnya disebut RKA adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan, rencana belanja program dan kegiatan serta rencana pembiayaan sebagai dasar penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah.
22. Audit adalah suatu pemeriksaan atau Reviu yang membandingkan apa yang ada dan apa yang seharusnya dan menyajikan umpan balik untuk tindakan korektif.
23. Audit intern adalah kegiatan pemberian jaminan (*assurance*) dan konsultasi (*consulting*) secara independen yang dirancang untuk memberikan nilai tambah dan perbaikan operasi organisasi.

24. Audit intern berbasis Risiko atau *risk based internal audit (RBIA)* adalah sebuah metodologi yang menghubungkan audit intern dengan seluruh kerangka manajemen Risiko yang memungkinkan proses audit intern mendapatkan keyakinan memadai bahwa manajemen Risiko organisasi telah dikelola dengan memadai sehubungan dengan Risiko yang dapat diterima (*riskappetite*).
25. Audit Universe atau semesta audit adalah kumpulan seluruh area yang dapat diaudit dari suatu organisasi.
26. Auditable unit atau area pengawasan adalah bagian dari organisasi (populasi dari audit universe) yang baik secara nyata maupun potensial, mengandung Risiko pada tingkatan yang memerlukan aktivitas asuransi oleh audit intern.
27. Evaluasi kematangan penerapan manajemen Risiko adalah kegiatan yang dilakukan oleh auditor internal untuk mengevaluasi kematangan penerapan manajemen Risiko perusahaan dan menilai rancangan serta efektivitas pelaksanaan proses manajemen Risiko dalam memberikan keyakinan kepada para stakeholder apakah penerapan manajemen Risiko telah cukup memadai dalam mencapai tujuan dan sasaran perusahaan.
28. Kegiatan asuransi adalah penilain bukti secara obyektif oleh auditor intern untuk memberikan kesimpulan /opini independen terkait suatu entitas, operasi, fungsi, proses, sistem atau obyek audit lainnya.
29. Kegiatan konsultasi adalah kegiatan pemberian saran/advis dan biasanya dilakukan berdasarkan permintaan dari auditi. Sifat dan lingkup kegiatan konsultasi tergantung pada kesepakatan antara auditor internal dengan audit.
30. Kematangan Risiko adalah penilaian atas tingkatan bagaimana suatu organisasi memahami Risiko dan menangani Risiko.
31. Pengawasan Intern adalah seluruh proses kegiatan audit, reviu, evaluasi, pemantauan, dan kegiatan pengawasan lain terhadap penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi dalam rangka memberikan keyakinan yang memadai bahwa kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan tolok ukur yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien untuk kepentingan pimpinan dalam mewujudkan tata pemerintahan yang baik.
32. Pengawasan Intern Berbasis Risiko yang selanjutnya disingkat PIBR adalah pengawasan yang fokus pada Risiko dan manajemen Risiko sebagai tujuan audit dan memberikan opini yang independen dan obyektif kepada manajemen organisasi apakah Risiko dikelola pada tingkat yang dapat diterima.

Pasal 2

- (1) Peraturan Gubernur ini merupakan pedoman bagi APIP dalam melaksanakan tugas, fungsi dan tanggung jawabnya secara kompeten, independen, objektif dan dapat dipertanggungjawabkan melalui pengawasan intern berbasis Risiko.
- (2) Peraturan Gubernur ini bertujuan untuk memberikan panduan dalam mengelola Risiko dan melakukan Pengawasan Intern berbasis Risiko dalam rangka mendukung pencapaian tujuan pemerintah daerah.

BAB II PENGELOLAAN RISIKO

Pasal 3

- (1) Pengelolaan Risiko pemerintah daerah dilakukan atas tujuan strategis pemerintahan daerah, tujuan strategis OPD dan tujuan pada tingkatan kegiatannya.
- (2) Pengelolaan Risiko dilakukan melalui:
 - a. pengembangan budaya sadar Risiko;
 - b. pembentukan struktur pengelolaan Risiko; dan
 - c. penyelenggaraan proses pengelolaan Risiko.

Bagian Kesatu Pengembangan Budaya Sadar Risiko

Pasal 4

- (1) Pengembangan budaya sadar Risiko sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a dilakukan sesuai dengan nilai-nilai organisasi Pemerintah Daerah.
- (2) Pengembangan budaya sadar Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. sosialisasi pemahaman Risiko kepada setiap pegawai di seluruh tingkatan organisasi disetiap satuan kerja;
 - b. internalisasi pengelolaan Risiko dalam setiap proses pengambilan keputusan diseluruh tingkatan organisasi; dan
 - c. Pembangunan /perbaikan lingkungan pengendalian yang mendukung penciptaan budaya Risiko.
- (3) Bentuk pengembangan budaya sadar Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa:
 - a. pertimbangan Risiko dalam setiap pengambilan keputusan;
 - b. sosialisasi berkelanjutan pentingnya Manajemen Risiko;
 - c. penghargaan terhadap pengelolaan Risiko yang baik; dan
 - d. pengintegrasian manajemen Risiko dalam proses organisasi.

Bagian Kedua Pembentukan Struktur Pengelolaan Risiko

Pasal 5

- (1) Dalam melakukan pengelolaan Risiko dibentuk struktur pengelolaan Risiko, yang terdiri atas:
 - a. Gubernur sebagai penanggung jawab pengelolaan Risiko;
 - b. Sekretaris Daerah sebagai koordinator penyelenggaraan pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah;
 - c. Gubernur dan pimpinan satuan/unit kerja/OPD sebagai unit pemilik Risiko (UPR);

- d. Asisten Sekretaris Daerah sebagai unit kepatuhan; dan
 - e. Inspektur Daerah sebagai penanggung jawab pengawasan.
- (2) Gubernur sebagai penanggung jawab pengelolaan Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berwenang menetapkan arah kebijakan pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah.
 - (3) Sekretaris Daerah sebagai koordinator penyelenggaraan pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b berwenang mengoordinasikan pengelolaan Risiko di lingkungan Pemerintah Daerah.
 - (4) Gubernur dan pimpinan satuan/unit kerja/OPD sebagai UPR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertanggung jawab melakukan pengelolaan Risiko di lingkup kerjanya.
 - (5) Asisten Sekretaris Daerah sebagai unit kepatuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d memantau pelaksanaan pengelolaan Risiko pada unit pemilik Risiko di lingkungan Pemerintah Daerah.
 - (6) Inspektur Daerah sebagai penanggung jawab pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e berwenang memberikan keyakinan yang memadai atas penerapan pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah.

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mendukung pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah, Gubernur membentuk Komite Pengelolaan Risiko yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (2) Komite Pengelolaan Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Gubernur sebagai ketua;
 - b. Kepala Bappeda atau OPD sejenis sebagai koordinator merangkap anggota; dan
 - c. Kepala Dinas/OPD sebagai anggota.

Pasal 7

- Komite Pengelolaan Risiko sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 memiliki tugas:
- a. melakukan pembinaan terhadap pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah yang meliputi sosialisasi, bimbingan, supervisi, dan pelatihan pengelolaan Risiko di lingkungan Pemerintah Daerah; dan
 - b. membuat laporan triwulan dan tahunan kegiatan pembinaan pengelolaan Risiko yang disampaikan kepada Gubernur cq. Sekretaris Daerah.

Pasal 8

- Unit Pemilik Risiko sebagai penanggung jawab pengelolaan Risiko sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) terdiri atas:
- a. Unit Pemilik Risiko Tingkat Pemerintah Daerah;
 - b. Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon II; dan
 - c. Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon III dan IV.

Pasal 9

- (1) Unit Pemilik Risiko Tingkat Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf a memiliki tugas:
 - a. menyusun strategi pengelolaan Risiko di tingkat Pemerintah Daerah;
 - b. menyusun rencana kerja pengelolaan Risiko di tingkat pemerintah daerah;
 - c. melakukan identifikasi dan analisis Risiko terhadap pencapaian tujuan dan sasaran strategis Pemerintah Daerah;
 - d. melakukan kegiatan penanganan dan pemantauan Risiko hasil identifikasi dan analisis Risiko; dan
 - e. menatausahakan proses pengelolaan Risiko.
- (2) Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon II sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) memiliki tugas:
 - a. menyusun strategi pengelolaan Risiko ditingkat unit eselon II pada OPD masing- masing;
 - b. menyusun rencana kerja pengelolaan Risiko di tingkat unit eselon II pada OPD masing-masing;
 - c. melakukan identifikasi dan analisis Risiko terhadap pencapaian tujuan dan sasaran strategis OPD;
 - d. melakukan kegiatan penanganan dan pemantauan Risiko hasil identifikasi dan analisis Risiko; dan
 - e. menatausahakan proses pengelolaan Risiko.
- (3) Unit Pemilik Risiko Tingkat Eselon III dan IV sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 huruf c memiliki tugas:
 - a. melakukan identifikasi dan analisis Risiko terhadap pencapaian tujuan dan sasaran kegiatan;
 - b. melakukan kegiatan penanganan dan pemantauan Risiko hasil identifikasi dan analisis Risiko; dan
 - c. menatausahakan proses pengelolaan Risiko.

Bagian Ketiga
Penyelenggaraan Proses Pengelolaan Risiko

Pasal 10

- (1) Proses pengelolaan Risiko meliputi:
 - a. Identifikasi kelemahan lingkungan pengendalian;
 - b. Penilaian Risiko;
 - c. Kegiatan pengendalian;
 - d. Informasi dan komunikasi; dan
 - e. Pemantauan.
- (2) Proses pengelolaan Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterapkan dalam suatu siklus berkelanjutan.
- (3) Setiap siklus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai periode penerapan selama 1 (satu) tahun.
- (4) Proses pengelolaan Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menjadi bagian yang terpadu dengan proses manajemen secara keseluruhan, menyatu dalam budaya organisasi, dan disesuaikan dengan proses bisnis organisasi.

Paragraf 1
Identifikasi Kelemahan Lingkungan Pengendalian

Pasal 11

- (1) Identifikasi kelemahan lingkungan pengendalian diperlukan untuk menentukan rencana penguatan lingkungan pengendalian dalam mendukung penciptaan budaya Risiko dan pengelolaan Risiko.
- (2) Identifikasi kelemahan lingkungan pengendalian dilakukan pada tingkat Pemda dengan cara mengidentifikasi kelemahan-kelemahan dalam setiap sub unsur lingkungan pengendalian intern.

Paragraf 2
Penilaian Risiko

Pasal 12

- (1) Penilaian Risiko dimaksudkan untuk mengidentifikasi Risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan instansi pemerintah dan merumuskan kegiatan pengendalian Risiko yang diperlukan untuk memperkecil Risiko.
- (2) Penilaian Risiko dilakukan atas:
 - a. tujuan strategis Pemerintah Daerah;
 - b. tujuan strategis (entitas) OPD; dan
 - c. tujuan operasional (kegiatan) OPD.
- (3) Penilaian Risiko atas tujuan strategis Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dilaksanakan bersamaan dengan proses penyusunan RPJMD atau segera setelah diselesaikannya RPJMD.
- (4) Penilaian Risiko atas tujuan strategis (entitas) OPD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilaksanakan bersamaan dengan proses penyusunan renstra OPD atau segera setelah diselesaikannya renstra OPD.
- (5) Penilaian Risiko atas tujuan operasional (kegiatan) OPD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilaksanakan bersamaan dengan proses penyusunan RKA OPD atau segera setelah diselesaikannya RKA OPD.
- (6) Proses penilaian Risiko meliputi:
 - a. penetapan konteks/tujuan;
 - b. identifikasi Risiko; dan
 - c. analisis Risiko.

Pasal 13

Penetapan konteks/tujuan terdiri dari tahap penetapan konteks/tujuan dan penetapan kriteria Risiko.

Pasal 14

- (1) Penetapan konteks/tujuan bertujuan untuk menjabarkan tujuan instansi dan tujuan kegiatan sesuai dengan rencana strategis dan rencana kinerja tahunan.

- (2) Tujuan dalam pengelolaan Risiko dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu konteks strategis Pemerintah Daerah, konteks strategis (entitas) PD, dan konteks operasional (kegiatan).
- (3) Tujuan dalam konteks strategis Pemerintah Daerah ditetapkan berdasarkan tujuan strategis Pemerintah Daerah sebagaimana tercantum dalam dokumen RPJMD.
- (4) Tujuan dalam konteks strategis (entitas) PD ditetapkan berdasarkan tujuan strategis PD sebagaimana tercantum dalam dokumen Renstra PD.
- (5) Tujuan dalam konteks operasional (kegiatan) ditetapkan berdasarkan tujuan kegiatan yang tercantum dalam dokumen RKA PD.

Pasal 15

- (1) Penetapan kriteria penilaian Risiko bertujuan memberikan pemahaman yang sama mengenai kriteria penilaian dan analisis atas Risiko-Risiko.
- (2) Kriteria penilaian Risiko meliputi:
 - a. skala dampak Risiko;
 - b. skala kemungkinan Risiko; dan
 - c. skala tingkat Risiko.

Pasal 16

- (1) Identifikasi Risiko bertujuan untuk mengidentifikasi Risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan di lingkungan Pemda yang meliputi tujuan strategis Pemda, tujuan strategis (entitas) PD, dan tujuan operasional (kegiatan) PD.
- (2) Tahap pelaksanaan identifikasi Risiko meliputi kegiatan:
 - a. mengidentifikasi berbagai Risiko yang menghambat pencapaian tujuan, pemilik Risiko, sebab Risiko, sumber Risiko, dan dampak Risiko; dan
 - b. mendokumentasikan proses identifikasi Risiko dalam daftar Risiko.

Pasal 17

- (1) Analisis Risiko merupakan langkah untuk menentukan nilai dari suatu sisa Risiko dengan mengukur nilai kemungkinan dan dampaknya.
- (2) Berdasarkan hasil penilaian sebagaimana pada ayat (1) suatu Risiko dapat ditentukan tingkat Risiko sebagai informasi untuk menciptakan rencana tindak pengendalian.
- (3) Tahap pelaksanaan analisis Risiko meliputi kegiatan:
 - a. melakukan analisis dampak dan kemungkinan Risiko;
 - b. memvalidasi Risiko;
 - c. melakukan evaluasi pengendalian yang ada dan yang dibutuhkan; dan
 - d. menyusun Rencana Tindak Pengendalian (RTP).

Paragraf 3
Kegiatan Pengendalian

Pasal 18

- (1) Kegiatan pengendalian merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana tindak pengendalian (RTP).
- (2) Implementasi Rencana Tindak Pengendalian (RTP) meliputi kegiatan:
 - a. pembangunan infrastruktur pengendalian yang antara lain dapat berupa kebijakan dan/atau prosedur; dan
 - b. pelaksanaan kebijakan dan prosedur pengendalian.

Paragraf 4
Informasi dan Komunikasi

Pasal 19

- (1) Informasi dan komunikasi bertujuan untuk memastikan telah terdapat komunikasi internal dan eksternal yang efektif dalam setiap tahapan pengelolaan Risiko, sejak penilaian kelemahan lingkungan pengendalian, proses penilaian Risiko, dan pelaksanaan kegiatan pengendalian.
- (2) Pemerintah Daerah menggunakan berbagai bentuk dan sarana informasi dan komunikasi yang efektif dalam melakukan pengelolaan Risiko.

Paragraf 5
Pemantauan

Pasal 20

- (1) Pemantauan dilaksanakan untuk memastikan bahwa pengelolaan Risiko telah dilakukan sesuai dengan ketentuan.
- (2) Pemantauan dilaksanakan oleh pimpinan secara berjenjang mulai dari Gubernur, Kepala PD (Pejabat Eselon II), Kepala Bagian/Kepala Bidang (Pejabat Eselon III), Kepala Seksi/Kepala Sub Bagian (Pejabat Eselon IV) sesuai dengan ruang lingkup dan kewenangannya.
- (3) Pelaksanaan pemantauan pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah oleh Gubernur dapat didelegasikan kepada unit kepatuhan.
- (4) Pemantauan dalam bentuk evaluasi terpisah dapat dilaksanakan oleh Inspektorat selaku penanggung jawab pengawasan pengelolaan Risiko meliputi audit, revidu, pemantauan, evaluasi, dan pengawasan lainnya.

BAB III
PELAPORAN PENGELOLAAN RISIKO

Pasal 21

- (1) Dalam rangka mendukung akuntabilitas pengelolaan Risiko, Pemerintah Daerah menyusun laporan pengelolaan Risiko.

- (2) Laporan pengelolaan Risiko meliputi:
 - a. laporan pelaksanaan penilaian Risiko;
 - b. laporan berkala pengelolaan Risiko oleh unit pemilik Risiko; dan
 - c. laporan berkala pemantauan Risiko oleh unit kepatuhan internal.
- (3) Laporan pelaksanaan Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a disusun setelah dilakukan penilaian Risiko yang terdiri dari penilaian Risiko strategis Pemda, penilaian Risiko strategis (entitas) PD, dan penilaian Risiko operasional PD.
- (4) Laporan pelaksanaan Risiko dibuat oleh unit pemilik Risiko disampaikan kepada Gubernur, tembusan kepada Sekretariat Daerah dan unit kepatuhan internal.
- (5) Laporan pelaksanaan Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dapat berupa dokumen penilaian Risiko/dokumen RTP.
- (6) Laporan berkala pengelolaan Risiko oleh unit pemilik Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan secara triwulanan, dan tahunan disampaikan kepada Gubernur, dengan tembusan kepada Sekretariat Daerah dan unit kepatuhan internal.
- (7) Laporan berkala pengelolaan Risiko oleh Unit Pemilik Risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b untuk tingkat entitas Pemerintah Daerah dikoordinasikan oleh Unit Pemilik Risiko Pemerintah Daerah, sedangkan untuk tingkat strategis PD dan tingkat operasional PD dikoordinasikan oleh Unit Pemilik Risiko Tingkat Pimpinan Tinggi Pratama.
- (8) Laporan berkala pemantauan Risiko oleh Unit Kepatuhan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan secara triwulanan, dan tahunan disampaikan kepada Gubernur dengan tembusan kepada Sekretaris Daerah.

BAB IV PENGAWASAN INTERN BERBASIS RISIKO

Pasal 22

Fokus utama dari PIBR adalah:

- a. mengevaluasi dan meningkatkan efektivitas manajemen Risiko yang bertujuan untuk memastikan bahwa manajemen telah mengidentifikasi, mengukur, memantau, dan mengendalikan seluruh Risiko yang ada. Hasil evaluasi adalah tingkat maturitas Risiko yang digunakan oleh auditor untuk menentukan jenis pengawasan yang akan dilaksanakan, apakah bersifat *assurance* atau *consulting*.
- b. pengendalian intern bertujuan untuk menilai bahwa pengendalian yang diterapkan oleh organisasi telah cukup memadai untuk menjaga agar Risiko-Risiko tetap berada di tingkat yang dapat ditoleransi (di bawah *risk appetite*).
- c. tata kelola organisasi bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan seluruh aktivitas organisasi telah sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan, baik yang ditetapkan dalam kebijakan intern, eksternal maupun etika bisnis.

Bagian Kesatu
Tahapan Pengawasan Intern
Berbasis Risiko

Pasal 23

PIBR dibagi menjadi tiga tahapan meliputi:

- a. Tahap 1–APIP melakukan penilaian kematangan penerapan Manajemen Risiko unit organisasi.
- b. Tahap 2–APIP menetapkan Risiko dan audit universe dan menyusun rencana pengawasan untuk pelaksanaan pengawasan.
- c. Tahap 3–APIP melaksanakan pengawasan berbasis Risiko, memperoleh umpan balik hasil pengawasan dan melaporkan hasil pengawasan.

Paragraf 1
Penilaian Kematangan Risiko

Pasal 24

- (1) APIP melakukan penilaian efektivitas penerapan manajemen Risiko yang menghasilkan tingkat kematangan manajemen Risiko yang diterapkan oleh organisasi.
- (2) Tingkat kematangan manajemen Risiko organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu *Initial, repeatable/aware, defined, managed dan optimized*.
- (3) Hasil penilaian tingkat kematangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan pendekatan pengawasan yang akan digunakan oleh auditor intern.

Paragraf 2
Penyusunan Audit Universe dan Perencanaan Pengawasan

Pasal 25

- (1) Audit universe dimanfaatkan untuk perencanaan pengawasan jangka strategis (lebih dari satu tahun), menyusun strategi pengawasan dan aktivitas pengawasan lainnya.
- (2) Pada tahap ini akan dihasilkan perencanaan pengawasan tahunan yang telah mempertimbangkan tingkat kematangan manajemen Risiko organisasi.

Paragraf 3
Pelaksanaan Pengawasan Individu

Pasal 26

- (1) Tujuan pengawasan individual adalah memberikan keyakinan memadai bahwa Risiko-Risiko pada auditi telah dikelola sampai dengan tingkat yang dapat diterima.

- (2) Pengawasan individu dapat dilakukan dengan fasilitasi/consulting maupun *assurance*.
- (3) Tahap pelaksanaan pengawasan individu dibagi menjadi 3 langkah utama yaitu:
 - a. Review atau rekonfirmasi atas tingkat kematangan penerapan manajemen Risiko;
 - b. Pelaksanaan fasilitasi/ *assurance* penerapan manajemen Risiko; dan
 - c. Pelaporan fasilitasi/ *assurance* penerapan manajemen Risiko.
- (4) Tahapan dalam masing-masing kegiatan pengawasan baik fasilitasi maupun *assurance* meliputi:
 - a. tahap perencanaan;
 - b. tahap pelaksanaan; dan
 - c. tahap pelaporan.
- (5) Tahap Perencanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a meliputi:
 - a. penetapan tujuan dan ruang lingkup pengawasan;
 - b. pemahaman terhadap auditi;
 - c. identifikasi dan analisis Risiko;
 - d. evaluasi pengendalian;
 - e. penyusunan rencana pengujian;
 - f. penyusunan program pengawasan; dan
 - g. pengalokasian sumber daya pengawasan.
- (6) Tahap pelaksanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b meliputi:
 - a. pengumpulan dan pengujian bukti;
 - b. evaluasi bukti dan pengambilan simpulan; dan
 - c. pengembangan temuan dan rekomendasi.
- (7) Tahap pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c meliputi:
 - a. penyampaian simpulan sementara hasil pengawasan;
 - b. penyusunan laporan;
 - c. distribusi laporan; dan
 - d. monitoring tindak lanjut.

Bagian Kedua
Peran APIP Dalam Pengelolaan Risiko

Pasal 27

Peran APIP dalam pengelolaan Risiko organisasi terdiri dari kegiatan:

- a. kegiatan yang harus dilakukan oleh APIP;
- b. kegiatan yang boleh dilakukan oleh APIP; dan
- c. kegiatan yang dilarang dilakukan oleh APIP.

Paragraf 1
Kegiatan Yang Harus Dilakukan Oleh APIP

Pasal 28

Kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf a meliputi :

- a. memastikan dan meyakinkan atas proses pengelolaan Risiko;
- b. meyakinkan bahwa Risiko telah dievaluasi secara benar;

- c. melakukan evaluasi proses manajemen Risiko;
- d. melakukan evaluasi laporan Risiko utama; dan
- e. melakukan reuiu pengelolaan Risiko utama.

Paragraf 2

Kegiatan yang boleh dilakukan APIP

Pasal 29

Kegiatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf b meliputi :

- a. memfasilitasi identifikasi dan evaluasi Risiko;
- b. membantu manajemen dalam melakukan respon Risiko;
- c. mengkoordinasikan aktivitas pengelolaan Risiko;
- d. mengonsolidasi laporan Risiko;
- e. memelihara dan membangun kerangka pengelolaan Risiko organisasi;
- f. meneladani/memperjuangkan pembentukan pengelolaan Risiko organisasi; dan
- g. membangun strategi pengelolaan Risiko untuk disetujui oleh manajemen di level atas.

Paragraf 3

Kegiatan yang dilarang dilakukan APIP

Pasal 30

Kegiatan yang dilarang dilakukan oleh APIP sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf e meliputi:

- a. menentukan *riskappetite*;
- b. memerankan dalam penerapan proses manajemen Risiko;
- c. jaminan manajemen atas Risiko (*management assurance risk*);
- d. pengambilan keputusan terhadap respon Risiko;
- e. mengimplementasikan respon Risiko yang dimiliki manajemen;
- f. bertanggung jawab atas pengelolaan Risiko.

BAB V

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 31

- (1) Kebijakan, tahapan dan pelaporan pengelolaan Risiko serta PIBR tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.
- (2) Format rekapitulasi hasil kuisisioner penilaian pengendalian intern sebagaimana tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 32

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Kalimantan Timur

Ditetapkan di Samarinda
pada tanggal 2 November 2020

GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR,

ttd

ISRAN NOOR

Diundangkan di Samarinda
pada tanggal 2 November 2020

SEKRETARIS DAERAH
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR,

ttd

MUHAMMAD SA'BANI

BERITA DAERAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR TAHUN 2020 NOMOR 71.

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH PROV. KALTIM
KEPALA BIRO HUKUM,



H. ROZANI ERAWADI, SH, M.Si
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 19710124 199703 1 007

LAMPIRAN I : PERATURAN GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR NOMOR 70
TAHUN 2020 TENTANG PEDOMAN PENGELOLAAN RISIKO
DAN PENGAWASAN INTERN BERBASIS RISIKO DI
LINGKUNGAN PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

KEBIJAKAN, TAHAPAN DAN PELAPORAN

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

1. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah, khususnya bagian ketiga pasal 13 ayat (1) yaitu Pimpinan Instansi Pemerintah wajib melakukan penilaian risiko; dan
2. Dalam rangka peningkatan kualitas penerapan SPIP diperlukan Pedoman Pengelolaan Risiko.

B. Tujuan Penyusunan Pedoman

Penyusunan pedoman ini dimaksud sebagai panduan dalam:

1. mengelola risiko dalam rangka mendukung pencapaian tujuan Pemerintah Daerah; dan
2. mengidentifikasi, menganalisis, dan mengendalikan risiko serta memantau aktifitas pengendalian risiko di lingkungan pemerintah Provinsi Kalimantan Timur.

II. KEBIJAKAN PENGELOLAAN RISIKO

A. Penetapan konteks pengelolaan risiko

Konteks pengelolaan risiko pada Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dilakukan atas tujuan strategis Pemerintah Daerah, tujuan strategis (entitas) OPD, dan tujuan pada tingkat kegiatan (operasional) OPD.

1. Pengelolaan Risiko Strategis Pemerintah Daerah

Pengelolaan risiko strategis Pemerintah Daerah bertujuan mengendalikan risiko-risiko prioritas atas tujuan dan sasaran strategis pemerintah daerah yang tertuang dalam dokumen RPJMD. Pengelolaan risiko strategis tingkat pemerintah daerah dilakukan oleh Gubernur bersama Wakil Gubernur, dibantu oleh Kepala OPD selaku Unit Pemilik Risiko UPR Tingkat Pemerintah Daerah dibawah koordinasi Sekretaris Daerah;

2. Pengelolaan Risiko Strategis (Entitas) OPD

Pengelolaan risiko strategis OPD bertujuan mengendalikan risiko-risiko prioritas atas tujuan dan sasaran strategis OPD yang tertuang dalam dokumen Perencanaan Strategis OPD (Renstra OPD);

3. Pengelolaan Risiko Operasioanal OPD

Pengelolaan risiko operasional OPD bertujuan mengendalikan risiko-risiko prioritas atas tujuan dan sasaran operasional kegiatan utama OPD yang tertuang dalam dokumen perencanaan kerja tahunan OPD, seperti : Penetapan Kinerja OPD (Perkin), dan Rencana Kerja OPD (Renja dan/atau RKPD).

Pengelolaan risiko strategis dan operasional tingkat OPD dilakukan oleh

masing-masing Pimpinan OPD bersama jajaran manajemennya, dibantu sebagai Unit Pemilik Risiko UPR Tingkat Eselon II dan Unit Pemilik Risiko UPR Tingkat Eselon III dan IV.

B. Penetapan kriteria penilaian Risiko

Penetapan kriteria penilaian risiko bertujuan memberikan pemahaman yang sama bagi pihak-pihak yang terlibat dalam pengelolaan risiko di lingkup pemerintah daerah mengenai kriteria penilaian dan analisis atas risiko-risiko yang telah diidentifikasi, sebagai dasar pengambilan keputusan mengenai tingkat risiko yang dapat diterima maupun tingkat risiko yang tidak dapat diterima dan memerlukan respon penanganan lebih lanjut. Kriteria penilaian risiko terdiri 3 komponen, yaitu Skala Dampak Risiko, Skala Kemungkinan Terjadinya (Probabilitas) Risiko, dan Skala Tingkat Risiko (Nilai Risiko).

1. Skala Dampak Risiko

Kategori Dampak	Skor	Operasional Dampak Risiko			
		Keuangan	Keuangan	Keuangan	Hukum
Dahsyat	5	Kerugian sangat besar	kegiatan terhenti, tujuan tidak tercapai,	negatif, tersebar luas di banyak media	Pelanggaran serius, terkena sanksi
Sangat Tinggi	4	Kerugian besar	kegiatan sangat terhambat, kurang efektif	negatif, tersebar di beberapa media nasional/ lokal	Pelanggaran serius, sanksi tertulis
Tinggi	3	kerugian cukup besar	kegiatan terhambat, kurang efektif	negatif, tersebar di beberapa media lokal	Pelanggaran biasa, sanksi tertulis
Rendah	2	kerugian kecil, kurang material	kegiatan terhambat, kurang efisien	negatif, terdapat pemberitaan	Pelanggaran biasa, sanksi teguran
Sangat Rendah	1	kerugian kecil, tidak material	ada hambatan kegiatan, namun tertangani	ada pemberitaan negatif, namun tidak material	Tidak material

2. Skala Probabilitas Risiko

Kategori Dampak	Skor	Uraian
Hampir pasti terjadi/ Sangat sering	5	Kemungkinan terjadinya Risiko sangat sering (lebih dari 70%, atau lebih dari 7 kali dalam 10 Tahun)

Kemungkinan besar	4	Kemungkinan terjadinya Risiko sering (sebesar 51 – 70% atau 5 sampai dengan 7 kali dalam 10 Tahun)
Kemungkinan sedang	3	Kemungkinan terjadinya Risiko sedang (sebesar 31 – 50% atau 3 sampai dengan 5 kali dalam 10 Tahun)
Kemungkinan kecil/ Jarang	2	Kemungkinan terjadinya Risiko rendah/kecil (sebesar 11% - 30% atau 1 sampai dengan 3 kali dalam 10 Tahun)
Sangat Jarang	1	Kemungkinan terjadinya Risiko sangat kecil (sebesar 0 - 10% atau 1 kali dalam 10 Tahun)

3. Skala Nilai Risiko

Kategori Dampak	Kriteria untuk Penerimaan Risiko
1-2 (Sangat Rendah)	Dapat diterima
3-4 (Rendah)	Dapat diterima
6-9 (Tinggi)	Harus menjadi perhatian manajemen dan diperlukan pengendalian yang baik
12-16 (Sangat Tinggi)	Tak dapat diterima, diperlukan pengendalian yang sangat baik
20-25 (Dahsyat)	Tidak dapat diterima atau ditolak, diperlukan pengendalian yang sangat kuat dan sangat baik

C. Waktu, tahapan dan pihak terkait dalam pengelolaan risiko

Waktu, tahapan dan pihak terkait dalam pengelolaan risiko adalah sebagai berikut

:

No	Waktu	Tahapan Manajemen Pemerintah Daerah	Tahapan Pengelolaan Risiko	Pelaksana	Output Tahapan Pengelolaan Risiko
1.	Proses penyusunan RPJMD (Satu tahun sebelum RPJMD 5 tahunan berjalan sampai dengan RPJMD ditetapkan)	Proses penyusunan RPJMD	- Arahkan dan kebijakan penilaian risiko 5 tahunan - Penyusunan Risiko Strategis Pemerintah Daerah	- Komite pengelolaan Risiko - Sekretaris Daerah selaku Koordinator - UPR Pemerintah Daerah (Gubernur dan Kepala)	- Dokumen Arahkan dan kebijakan penilaian risiko 5 tahunan - Daftar Risiko dan RTP Strategis Pemerintah Daerah
2.	Proses penyusunan Renstra (Satu tahun sebelum RPJMD 5 tahunan berjalan sampai dengan	Proses penyusunan Renstra	Penyusunan Risiko Strategis (Entitas)	- Komite pengelolaan risiko - Sekretris daerah selaku Koordinator - UPR Tingkat Eselon II (Kepala dan Kabag/Kabid)	Daftar Risiko dan RTP Strategis (Entitas)

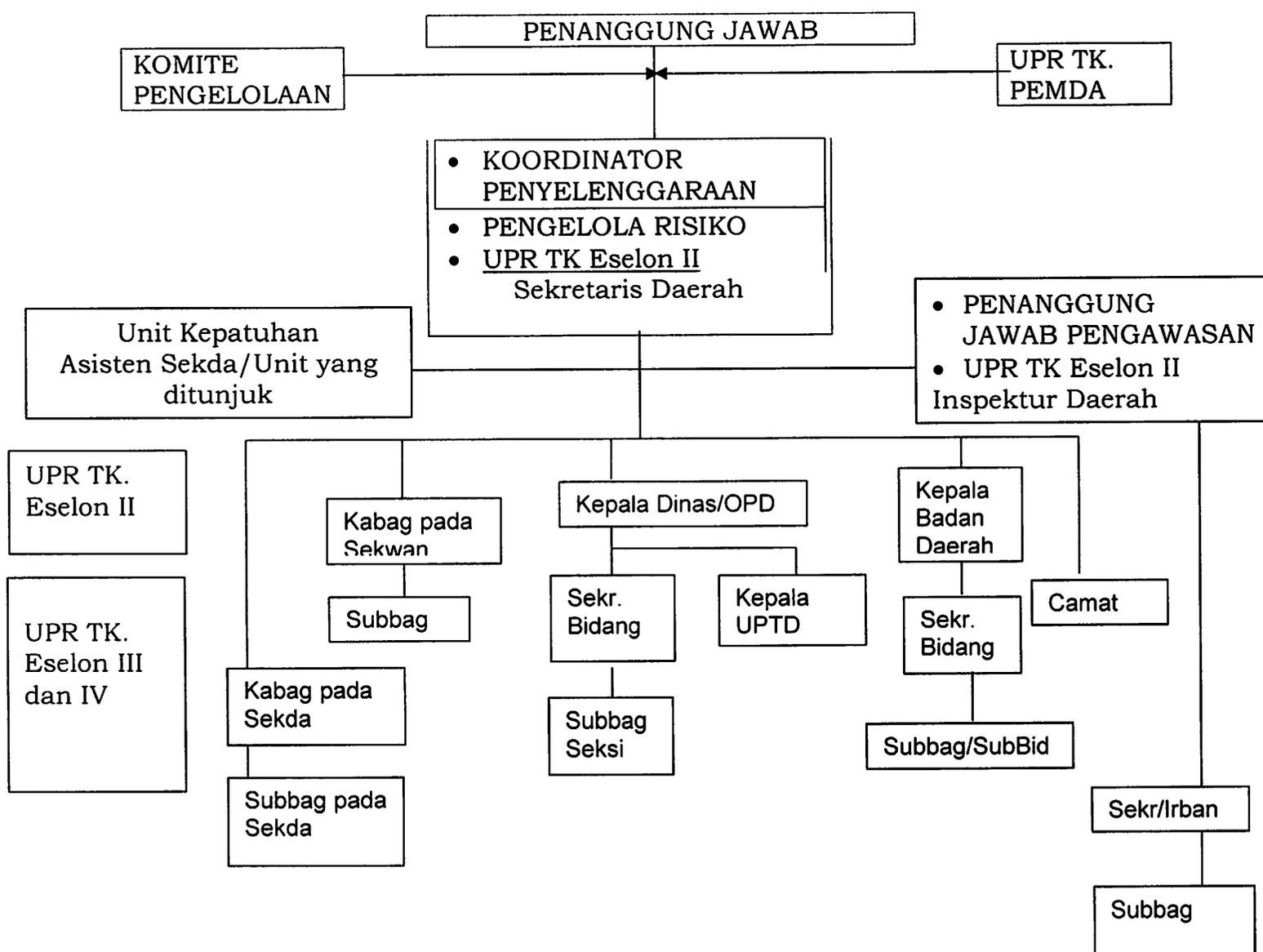
	RPJMD ditetapkan)				
3.	Januari – Mei Tahun 201X-1	Penyusunan RKPD dan Renja	Arahan dan kebijakan penilaian risiko tahunan	Komite Pengelolaan Risiko	Dokumen Arahan dan kebijakan penilaian risiko tahunan
4.	Agustus-September 201X-1	Penyusunan RKA (Penetapan rencana sasaran dan pagu anggaran per kegiatan	Penyusunan Risiko Operasional	- Kepala - UPR Tingkat Eselon III dan IV	Daftar Risiko dan RTP Operasional
5.	Oktober Tahun 201X-1	Penyusunan RAPBD, Perda APBD	- Pengomunikasian Risiko dan RTP, Penyusunan atau Revisi KSOP	- Kepala - Komite Pengelolaan Risiko - UPR Tingkat Pemerintah Daerah, Tingkat Eselon II, III dan IV - Sekda selaku Koordinator	- Perbaikan RTP - KSOP - Notulen pengomunikasian - Finalisasi - Daftar Risiko dan RTP
6.	November – Desember 201X	Penyusunan Rancangan DPA dan penetapan DPA	- Pengomunikasian perubahan KSOP		
7.	Januari sampai dengan Desember 201X	Pelaksanaan APBD	Penyusunan atau penyempurnaan KSOP (Tindak lanjut RTP) Pelaksanaan KSOP	- Komite Pengelolaan Risiko - UPR Tingkat Pemda, Tingkat Eselon II, III dan IV - Komite Pengelolaan Risiko - Kepala - Pelaksana Program dan Kegiatan	KSOP Bukti Pelaksanaan KSOP
	Berkala (Triwulanan)		Pelaporan dan Monitoring Risiko dan KSOP	- UPR Tingkat Pemda, Tingkat Eselon II, Tingkat Eselon III dan IV - Unit Kepatuhan - Sekda selaku koordinator	- Form Monitoring Risiko - Form Monitoring T L RTP
			Pemantauan kinerja, risiko dan efektifitas KSOP yang dibangun	- Unit Kepatuhan Pengelolaan Risiko	- Notulen rapat - Laporan pemantauan (triwulanan, tahunan, 5 tahunan)
	Juni-Juli Tahun 201X	Penyusunan KUA PPAS (Penetapan sasaran makro dan pagu anggaran Pemerintah daerah)	Reviu dan pemutakhiran Risiko Strategis Pemerintah daerah. Catatan : Risiko strategis Pemerintah daerah akan direviu dan dimutakhirkan setiap tahun	- UPR Pemerintah daerah (Gubernur dan Kepala) - Sekda selaku Koordinator	- Daftar Risiko dan RTP Strategis Pemerintah daerah yang dimutakhirkan
	Agustus-September 201X	Penyusunan RKA OPD (Penetapan rencana sasaran & pagu anggaran per kegiatan)	Reviu dan pemutakhiran Risiko Strategis (Entitas) OPD Catatan: Risiko strategis (entitas) OPD akan direviu dan dimutakhirkan setiap tahun	- Kepala Daerah - Sekda selaku Koordinator - Unit Pemilik Risiko Tingkat Es. 2 (Kepala OPD/SKPD dan Kabag/Kabid OPD)	Daftar Risiko dan RTP Strategis (Entitas) OPD

8.	Januari - Februari Tahun 201X-1	Pelaporan Keuangan	Pelaporan Pengelolaan Risiko Tahun 201X	<ul style="list-style-type: none"> - Gubernur - Kepala - UPR Tingkat Pemerintah daerah, Tingkat Eselon II, Tingkat Eselon III dan IV - Unit Kepatuhan - Sekda selaku Koordinator 	Laporan Pengelolaan Risiko Tahun 201X
9.	Februari - Maret Tahun 201X	Reviu APIP	Evaluasi pengelolaan Risiko oleh APIP	<ul style="list-style-type: none"> - Inspektorat (APIP) Daerah 	Laporan Evaluasi Pengelolaan Risiko
			Penilaian Maturitas SPIP	<ul style="list-style-type: none"> - Gubernur - Kepala - Inspektorat (APIP) Daerah 	Laporan Penilaian Maturitas SPIP

III. PENGELOLAAN RISIKO PEMERINTAH DAERAH

A. Struktur Pengelolaan Risiko

Struktur pengelolaan risiko Pemerintah Daerah adalah sebagai berikut :

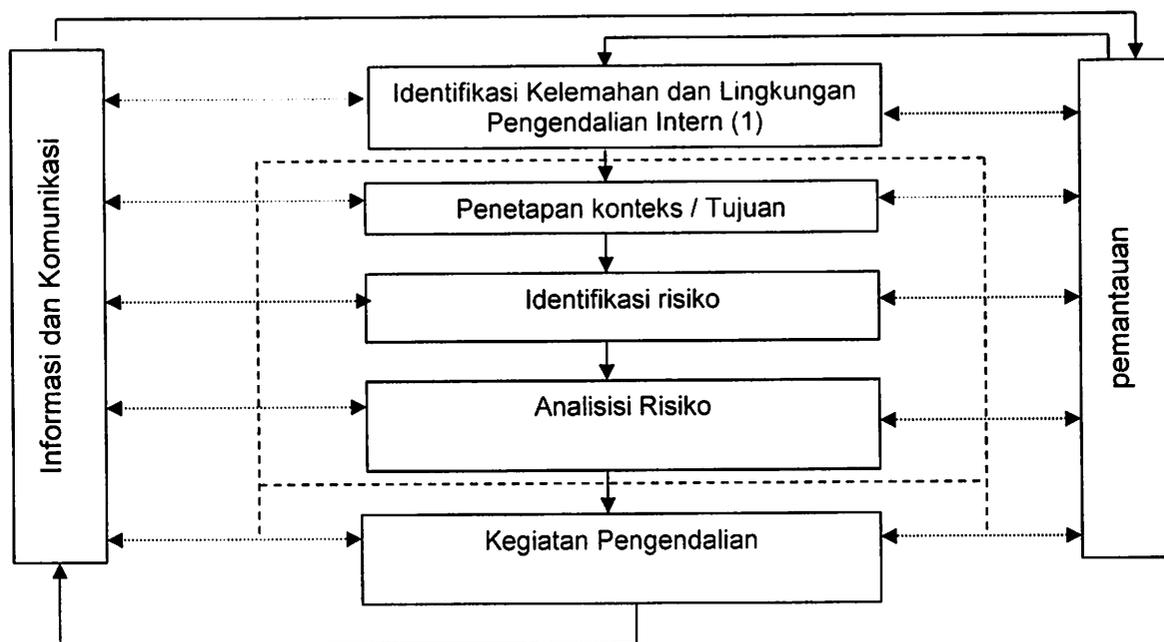


Struktur pengelolaan risiko sebagai berikut :

1. Penanggung jawab;
2. Koordinator penyelenggaraan;
3. Unit pemilik risiko;
4. Komite pengelolaan risiko tingkat Pemerintah Daerah;
5. Unit Kepatuhan; dan
6. Penanggung jawab Pengawasan.

B. Proses Pengelolaan Risiko

Pengelolaan risiko dilakukan oleh seluruh jajaran manajemen dan segenap pegawai di lingkungan Pemerintah Daerah dengan tahapan sebagai berikut :



Tahapan proses pengelolaan risiko pemerintah daerah, terinci sebagai berikut :

1. Identifikasi kelemahan lingkungan pengendalian
 - a. Persiapan kelemahan lingkungan pengendalian
 - b. Penilaian awal atas kerentanan lingkungan pengendalian melalui review dokumen;
 - c. Survey terhadap lingkungan pengendalian melalui control environment evaluation (CEE); dan
 - d. Simpulan kelemahan lingkungan pengendalian urusan wajib/pilihan.
2. Penilaian Risiko
 - a. Penetapan konteks/tujuan
 - 1) Menetapkan konteks/tujuan dan pemilihan tujuan urusan wajib/pilihan yang akan dilakukan penilaian risiko;
 - 2) Persiapan penilaian risiko urusan wajib/pilhan;
 - a) Menetapkan kriteria dan skala dampak dan kemungkinan risiko;
 - b) Menetapkan tingkat risiko yang dapat diterima.
 - b. Identifikasi risiko
 - c. Analisis risiko
 - 1) Melakukan analisis dampak dan kemungkinan risiko;
 - 2) Memvalidasi risiko;
 - 3) Melakukan evaluasi pengendalian yang ada dan yang dibutuhkan;
 - 4) Menyusun Rencana Tindak Pengendalian (RTP);
 - a) Merumuskan tindakan untuk mengatasi kelemahan lingkungan pengendalian;
 - b) Merumuskan kegiatan pengendalian yang dibutuhkan dalam rangka mengatasi risiko;

- c) Menyelaraskan rencana tindak pengendalian;
 - d) Menyusun rancangan informasi dan komunikasi atas RTP; dan
 - e) Menyusun rancangan monitoring dan evaluasi risiko dan RTP.
3. Kegiatan pengendalian
 - a. Pembangunan infrastruktur yang meliputi penyusunan atau penyempurnaan kebijakan dan prosedur sebagai tindak lanjut dari RTP;
 - b. Pelaksanaan kebijakan dan prosedur pengendalian.
 4. Informasi dan Komunikasi
Pengkommunikasian pengendalian yang dibangun.
 5. pemantauan
 - a. pemantauan atas implementasi pengendalian;
 - b. pemantauan kejadian risiko.

IV. PELAPORAN

Dalam rangka mendukung akuntabilitas pengelolaan risiko, pemerintah daerah perlu menyusun terkait dengan pengelolaan risiko berupa Laporan Pelaksanaan Penilaian Risiko dan Laporan Berkala Pengelolaan Risiko Pemerintah Daerah.

A. Pelaporan pelaksanaan penilaian risiko

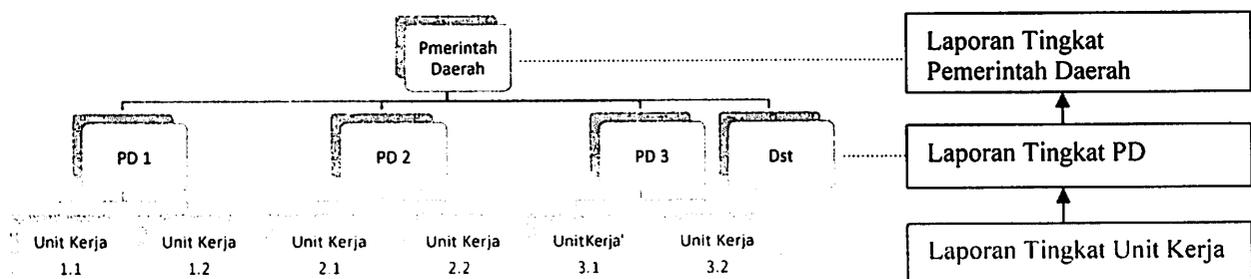
Kegiatan penilaian risiko terdiri dari penilaian risiko strategis pemerintah daerah, penilaian risiko strategis (entitas) OPD/SKPD, dan penilaian risiko operasional perlu disusun Laporan Hasil Penilaian Risiko.

Laporan pelaksanaan penilaian risiko dibuat oleh Unit Pemilik Risiko UPR disampaikan kepada Kepala Daerah Gubernur, dengan tembusan kepada Sekreariat Daerah dan Unit Kepatuhan Internal.

Sebelum difinalkan, draf dokumen hasil penilaian risiko tingkat strategis pemerintah daerah perlu dibicarakan dengan Kepala Daerah Gubernur dan pihak yang terkait, sedangkan draft dokumen hasil penilaian risiko tingkat strategis (entitas) OPD dan tingkat operasional OPD perlu dibicarakan dengan Kepala OPD dan pihak terkait.

B. Pelaporan berkala pengelolaan risiko oleh unit pemilik risiko

Pelaporan pengelolaan risiko dilakukan secara triwulan, dan tahunan. Pelaporan untuk tingkat entitas pemerintah daerah dikoordinasikan oleh Unit Peilik Risiko UPR Pemerintah Daerah, sedangkan untuk tingkat strategis OPD dan tingkat operasional OPD dikoordinasikan oleh Unit Pemilik Risiko UPR Tingkat Eselon II.



Kegiatan pelaporan dilakukan sebagai berikut :

1. Laporan Tingkat Unit Kerja, meliputi :
 - a. Laporan risiko dan RTP tingkat operasional sesuai dengan urusannya ditangani oleh setiap Unit Kerja Triwulanan;
 - b. Laporan risiko dan RTP tingkat operasionalnya sesuai dengan urusannya ditangani oleh setiap Unit Kerja Tahunan.
2. Laporan Tingkat
 - a. Laporan Risiko dan RTP tingkat strategis (entitas) OPD dan Operasional sesuai dengan urusan yang ditangani oleh setiap OPD Triwulanan;
 - b. Laporan Risiko dan RTP tingkat strategi (entitas) OPD dan Operasional OPD sesuai dengan urusan yang ditangani oleh setiap OPD Tahunan.
3. Laporan Tingkat Pemerintah Daerah
 - a. Laporan Kompilasi seluruh Urusan Tingkat Strategis Pemerintah Daerah Triwulanan;
 - b. Laporan Kompilasi seluruh Urusan Tingkat Strategis Pemerintah Daerah Tahunan.

Laporan berkala tersebut dibuat oleh Unit Pemilik Risiko UPR disampaikan kepada Kepala Daerah Gubernur, tembusan kepada Sekretaris Daerah dan Unit Kepatuhan Internal.

- C. Pelaporan berkala pemantauan pengelolaan risiko oleh unit kepatuhan internal

Laporan triwulanan dan tahunan kegiatan pemantauan pengelolaan risiko disusun oleh Unit Kepatuhan Internal yang disampaikan kepada Kepala Daerah Gubernur dengan tembusan kepada Sekretaris Daerah.

GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR,

ttd

ISRAN NOOR

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH PROV. KALTIM
KEPALA BIRO HUKUM,



H. ROZANI ERAWADI, SH M.Si
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 19710124 199703 1 007

LAMPIRAN II : PERATURAN GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR NOMOR 70
TAHUN 2020 TENTANG PEDOMAN PENGELOLAAN RISIKO
DAN PENGAWASAN INTERN BERBASIS RISIKO DI
LINGKUNGAN PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PEDOMAN PENGAWASAN INTERN BERBASIS RISIKO DI
LINGKUNGAN PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

I. PENDAHULUAN

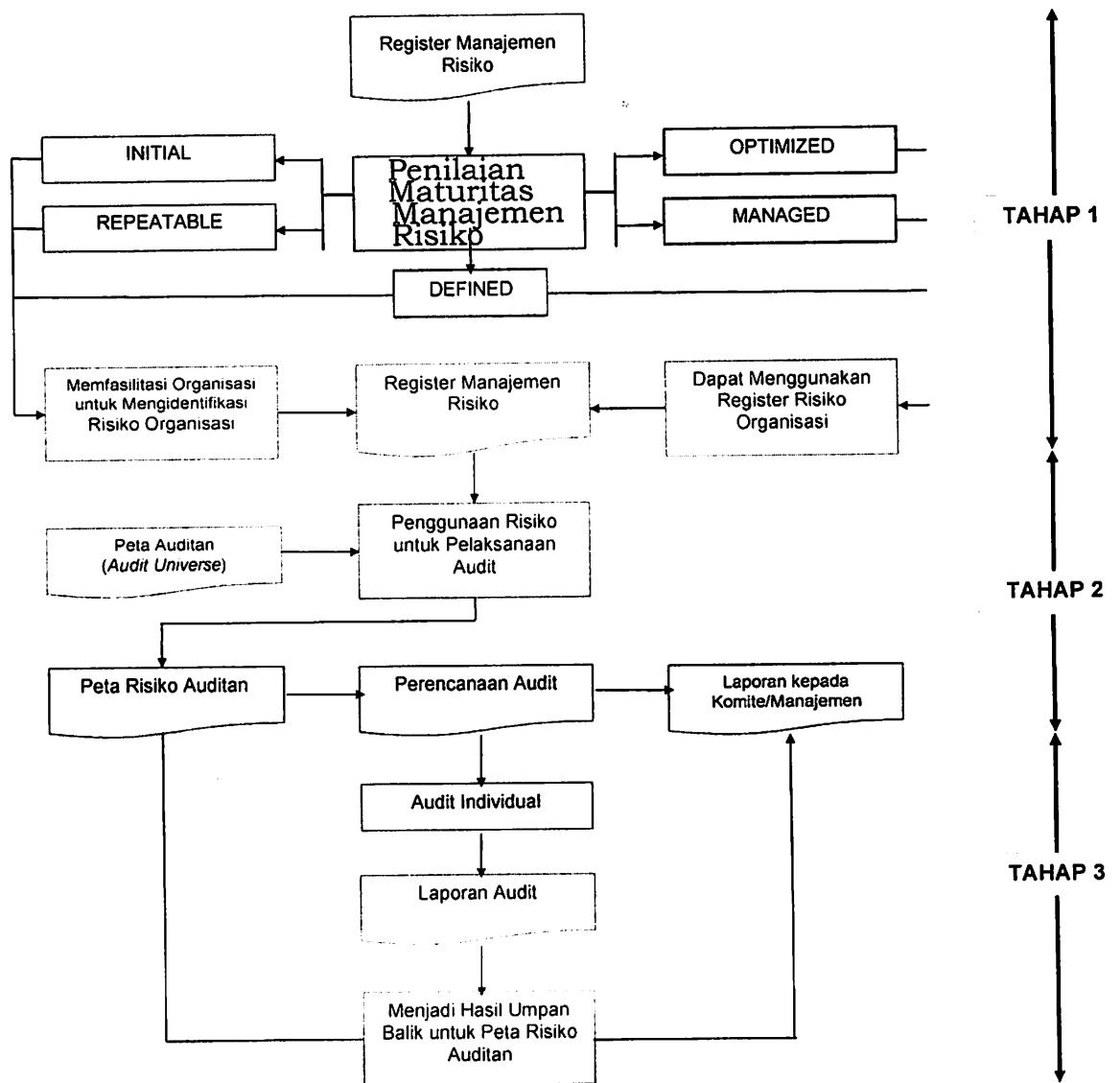
A. Latar Belakang

1. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah, khususnya Bagian Kedua Pasal 11 huruf b yaitu memberikan peringatan dini dan meningkatkan efektivitas manajemen risiko dalam menyelenggarakan tugas dan fungsi instansi pemerintah.
2. Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia (SAIPI) mendorong praktik audit intern berbasis risiko, sebagaimana tercantum dalam:
 - a. Paragraf 3010: Pimpinan APIP harus menyusun rencana strategis dan rencana kegiatan audit intern tahunan dengan prioritas pada kegiatan yang mempunyai risiko terbesar dan selaras dengan tujuan APIP;
 - b. Paragraf 3120: Kegiatan audit intern harus dapat mengevaluasi efektivitas dan berkontribusi terhadap perbaikan proses manajemen risiko.

B. Tujuan Penyusunan Pedoman

memberikan panduan yang lebih rinci bagi APIP Daerah dalam melaksanakan tugas, fungsi, dan tanggung jawabnya melalui pelaksanaan pengawasan intern berbasis risiko, serta meningkatkan kualitas hasil pengawasan intern yang dilaksanakan.

C. Tahapan pelaksanaan PIBR



Penjelasan Tahapan PIBR sebagai berikut:

1. Pada tahap pertama APIP melakukan penilaian kematangan manajemen risiko yang diterapkan oleh organisasi. Tingkat kematangan penerapan manajemen risiko dapat dilihat pada tabel berikut:

<i>Level</i>	<i>Control</i>	<i>Monitoring</i>	<i>Audit Approach</i>
<i>Optimised</i>	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	<i>Assurance</i>
<i>Managed</i>	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	<i>Assurance</i>
<i>Defined</i>	Sebagian besar risiko telah teridentifikasi dan dinilai. Adanya Reviu risiko secara teratur	Beberapa bagian manajemen memonitor bahwa semua respon dilakukan secara tepat	<i>Consultancy</i>
<i>Repeatable</i>	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 <i>Defined</i> .
<i>Initial</i>	Terdapat pengendalian tetapi beberapa pengendalian tidak ada atau tidak lengkap	Sangat kecil monitoring jika adapun sangat lemah	

- a. Jika tingkat kematangan manajemen risiko berada pada *initial* atau *repeatable* maka auditor intern tidak dapat meyakini sepenuhnya risk register yang sudah disusun organisasi. Auditor intern menjalankan peran konsultatifnya yaitu bertindak sebagai konsultan dalam proses pemahaman dan penerapan manajemen risiko bagi organisasi.
- b. Pada kondisi *risk defined*, pelaksanaan pengawasan diawali dengan verifikasi apakah proses manajemen risiko sudah berjalan dengan efektif. Tahapan pengawasan lebih detail diperlukan untuk meyakinkan bahwa semua risiko sudah diidentifikasi dan pengendalian terhadap risiko tersebut berjalan efektif
- c. Pada kondisi *risk managed* dan *risk optimized* auditor intern menggunakan *risk register* yang disusun oleh manajemen dan pekerjaan audit tidak lagi diarahkan untuk menemukan kesalahan penetapan risiko atau kelemahan pengendalian.

Perhatian khusus diarahkan pada proses manajemen risiko dan verifikasi terhadap pemantauan manajemen risiko-risiko kunci dalam organisasi.

2. Pada tahap kedua APIP menyusun audit universe yaitu identifikasi seluruh aktivitas/kegiatan pada unit-unit kerja dari organisasi yang dapat menjadi obyek pengawasan. Berdasarkan register risiko yang disusun oleh organisasi atau unit kerja serta diintegrasikan dengan audit universe, untuk audit internal menentukan risiko-risiko yang terpilih, unit audit intern menyusun perencanaan pengawasan dengan mempertimbangkan SDM yang tersedia.

Langkah-langkah Penyusunan Audit universe yaitu:

- a. Penetapan level area pengawasan atau level auditable unit
Pendekatan yang dapat digunakan untuk menyusun audit universe tergantung dari karakteristik organisasi dan SDM yang dimiliki APIP, baik waktu, personil, dana/anggaran maupun anggaran waktu yang tersedia;
- b. Penyusunan auditable unit
APIP menyusun seluruh auditable unit yang merupakan populasi dari audit universe. Dokumen yang diperlukan untuk menyusun auditable unit dalam audit universe antara lain dokumen perencanaan K/L/P (RPJMD, Renstra, RENja), struktur dan tugas pokok fungsi organisasi, pedoman kerja/SOP serta register risiko setiap unit kerja;
- c. Penilaian besaran risiko komposit pada setiap area pengawasan dengan menggunakan matriks analisis risiko. Besaran risiko komposit merupakan hasil penghitungan nilai risiko gabungan pada suatu area pengawasan. Metode penghitungan nilai risiko masing-masing auditable unit disesuaikan dengan kebijakan manajemen risiko masing-masing K/L/P;
- d. Membuat daftar urutan nilai risiko komposit terhitung untuk area pengawasan yang termasuk dalam semesta audit (audit universe).

Dari seluruh auditable unit perlu untuk Menetapkan skala prioritas area pengawasan terpilih yang akan menjadi program kerja pengawasan tahunan (PKPT) dengan cara:

- a. Melakukan FGD dengan pimpinan dan atau manajer kunci K/L/P untuk mengidentifikasi faktor-faktor pertimbangan manajemen dalam menetapkan prioritas pengawasan serta memformulasikan kriteria penilaian atas faktor-faktor pertimbangan tersebut serta mendapatkan masukan dan pertimbangan manajemen terhadap tingkat risiko setiap area pengawasan yang telah disusun;
- b. Menentukan bobot dalam penilaian prioritas untuk setiap pengawasan area pengawasan terpilih. Besarnya bobot mengacu pada tingkat maturitas SPIP pada masing-masing unit kerja yang terkait dengan area pengawasan terpilih;
- c. Lakukan penilaian atas setiap area pengawasan dengan menggabungkan nilai risiko komposit dengan nilai faktor-faktor pertimbangan manajemen untuk mendapatkan skor akhir atas peringkat area pengawasan;

Contoh Faktor Pertimbangan Manajemen yang dapat digunakan dalam penilaian antara lain:

- a. *Management concern*/arahan/pimpinan;
- b. Potensi terjadinya *fraudrisk*;
- c. Dukungan terhadap kepentingan Stakeholder Utama(Presiden);
- d. Kontribusi terhadap capaian Indikator Kinerja UtamaK/L/P;
- e. Keterkaitan dengan isuterkini.

Penilaian faktor pertimbangan manajemen dengan menggunakan kriteria penilaian untuk setiap tingkat/skala prioritas. Auditor Internal, dengan mempertimbangkan masukan dari pimpinan kunci, mengidentifikasi dan mendefinisikan penetapan faktor pertimbangan manajemen, kriteria ukuran penilaian dan rentang skala prioritas yang digunakan. Untuk menilai Faktor Pertimbangan Manajemen menggunakan dokumen pendukung.

- d. Berkoordinasi dengan manajemen untuk menetapkan level assurance atas area pengawasan berdasarkan penilaian tingkat prioritas area.
 - a. Level assurance harus sejalan dengan konsep *Three Lines of Defence*;
 - b. Pembagian area pengawasan:
 - Area pengawasan APIP: Prioritas Utama dan Tinggi;
 - Area pengawasan middle manajemen/unit kepatuhan/MR: Prioritas sedang;
 - Area pengawasan pelaksana operasional: Prioritas Rendah.
3. Pada tahap ketiga, APIP melaksanakan pengawasan individual terhadap area pengawasan terpilih yang tercantum dalam PKPT. Dengan adanya perbedaan waktu dan lingkup antara penilaian kematangan penerapan MR saat tahap perencanaan pengawasan tahunan dengan saat pelaksanaan audit individu, maka perlu dilakukan *review* 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. Pada tahap ini terdapat 3 langkah utama yaitu
- a. Review atau rekonfirmasi atas tingkat kematangan penerapan manajemen risiko;
 - b. Pelaksanaan fasilitasi penerapan manajemen risiko; dan
 - c. Pelaksanaan pengawasan lanjutan.
- Penjelasan masing-masing tahap sebagai berikut:
- a. Langkah-langkah untuk melakukan review atau rekonfirmasi tingkat kematangan penerapan manajemen risiko adalah sebagai berikut:

- 1) Menetapkan ruang lingkup tugas yang direncanakan.
Untuk menetapkan ruang lingkup, auditor intern harus memahami dan menggunakan informasi yang relevan dan hasil yang dicapai saat tahap 1 (Penilaian Maturitas Penerapan Manajemen Risiko) dan tahap 2 (Penyusunan Perencanaan Pengawasan Tahunan), yaitu hasil penilaian maturitas risiko dan rencana pengawasan tahunan.

Informasi yang relevan meliputi:

a) Kesimpulan tentang tingkat kematangan penerapan manajemen risiko. Pada tahap perencanaan pengawasan, kesimpulan tentang tingkat kematangan penerapan manajemen risiko mengacu pada hasil penilaian maturitas SPIP pada K/L/P. Hasil penilaian kematangan penerapan manajemen risiko menggambarkan bagian dan proses pelaksanaan manajemen risiko yang perlu perbaikan (*area of improvement*). Bagian/area tersebut menjadi fokus penanganan saat pelaksanaan audit pada entitas yang menjadi ruang lingkup audit;

b) Rencana pengawasan tahunan yang telah disusun.

Rencana pengawasan tahunan merupakan hasil pengintegrasian *audit universe* dengan risiko prioritas yang ditetapkan untuk diaudit dengan memperhitungkan faktor pertimbangan manajemen. Informasi tersebut digunakan oleh auditor untuk mengidentifikasi kegiatan dan risiko utama yang perlu ditangani atau yang menjadi ruang lingkup pengawasan.

- 2) Meyakini tingkat kematangan risiko unit yang diaudit.

Penilaian tingkat kematangan risiko pada unit kerja dapat menggunakan kuesioner lima belas pernyataan di bawah ini dengan cara *self assessment* atas setiap pernyataan, dan memberikan skor 2 untuk sepenuhnya dilaksanakan, skor 1 untuk hanya sebagian pernyataan yang dilaksanakan dan skor 0 jika belum dilaksanakan. Kuesioner tersebut adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor (0-2)
1	Tujuan organisasi terdokumentasi dan dipahami dengan baik	
2	Pimpinan unit organisasi telah memahami risiko tanggung jawab atas risiko tersebut	
3	Proses identifikasi risiko telah ditetapkan dan dipatuhi	
4	Sistem skoring untuk penilaian risiko telah ditetapkan	

No.	Uraian	Skor (0-2)
5	Seluruh risiko telah dinilai dengan sistem skoring yang telah ditetapkan	
6	Respon atas risiko telah ditetapkan dan diimplementasikan	
7	<i>Risk appetite</i> telah ditetapkan dengan sistem skoring	
8	Risiko telah dibagi tanggung jawabnya dan didokumentasikan dalam <i>risk register</i>	
9	Pimpinan unit organisasi telah menetapkan model pemantauan atas proses, respon dan <i>action plan</i> risiko.	
10	<i>Risk register</i> 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	

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 unit kerja yang diaudit lebih rendah dan 15 maka pelaksanaan audit dilakukan dengan pendekatan fasilitasi terlebih dahulu. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi yang dihasilkan dan proses manajemen risiko yang dilaksanakan unit kerja belum dapat digunakan secara langsung oleh APIP sebagai input/ masukan dalam melakukan perencanaan maupun pelaksanaan pengawasan intern berbasis risiko;
- b) Dalam hal skor kematangan risiko unit kerja yang diaudit lebih tinggi atau sama dengan 15, maka audit dilaksanakan sesuai dengan rencana pengawasan yang telah disusun. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi yang dihasilkan dan proses manajemen risiko yang dilaksanakan unit kerja telah dapat digunakan secara langsung oleh APIP sebagai input/masukan dalam melakukan perencanaan maupun pelaksanaan pengawasan intern berbasis risiko.

b. Pelaksanaan fasilitasi penerapan manajemen risiko

Langkah kerja fasilitasi *workshop* CSA terdiri dari tahap Persiapan *Workshop*, Pelaksanaan *Workshop* serta Dokumentasi dan Pelaporan. *Workshop* CSA adalah pertemuan yang difasilitasi oleh auditor internal dan di desain untuk menilai risiko dan kegiatan pengendalian dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. *Workshop* untuk kegiatan CSA penilaian risiko biasanya dilaksanakan selama 1 sampai 2 hari efektif dengan peserta mulai dan 6 sampai dengan 15 orang. Tujuan dari *workshop* ini adalah mengidentifikasi dan menilai risiko suatu kegiatan di unit organisasi.

1) Tahap persiapan *workshop*

- a) Persiapan internal oleh auditor meliputi penyiapan bahan-bahan dan alat bantu peraga, mempelajari dokumen atau data yang terkait dengan proses bisnis organisasi, sehingga diperoleh gambaran terkait tugas dan fungsi organisasi serta pengecekan kesiapan tempat pelaksanaan *workshop*.
- b) Pembahasan awal dengan pimpinan unit organisasi untuk menentukan/memilih lingkup kegiatan yang akan dibahas dalam *workshop*, menentukan peserta dan jadwal *workshop* dan menetapkan skala dampak dan kemungkinan yang akan digunakan

2) Pelaksanaan *workshop*

a) Penjelasan Awal

Workshop diawali dengan penjelasan oleh auditor tentang tujuan *workshop*, peran masing-masing peserta, dan menyepakati jadwal. Selanjutnya auditor menjelaskan pemahaman tentang konsep risiko kepada peserta untuk menyamakan persepsi tentang risiko;

b) Identifikasi Tujuan

Tahap identifikasi tujuan bertujuan agar diperoleh informasi tujuan kegiatan yang dilaksanakan saat ini. Untuk itu perlu dilakukan proses *brainstorming*, validasi dan konfirmasi untuk dapat mengidentifikasi tujuan kegiatan dengan tepat;

Identifikasi risiko berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan Atas tujuan kegiatan yang telah ditetapkan, dilakukan identifikasi risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan dengan cara *brainstorming*. Salah satu cara yang dianjurkan melakukan identifikasi risiko yaitu dengan meminta kepada semua peserta menuliskan pada secarik kertas terkait risiko yang menghambat pencapaian tujuan dan selanjutnya ditempelkan pada papan tulis atau dinding untuk dilakukan validasi dan evaluasi seluruh risiko tersebut bersama-sama peserta;

- c) Analisis risiko terkait dampak dan kemungkinan terjadi Analisis risiko yang telah diidentifikasi dianjurkan dilakukan dengan dilakukan *voting* atas nilai dampak dan kemungkinan suatu risiko dengan cara seluruh peserta memberi skor terhadap dampak dan kemungkinan menurut skala yang telah ditetapkan;
 - d) Penetapan prioritas risiko Berdasarkan skor dampak dan kemungkinan yang telah dinilai oleh peserta, ditetapkan status risikonya dengan mengalikan skor dampak dan kemungkinan. Kemudian dapat dibuat peta risiko ke dalam tabel atau diagram, sehingga akan terlihat peta sisa risiko berada pada posisi mana, apakah pada posisi tinggi, menengah atau rendah. Selanjutnya dapat dibuat peringkat risiko berdasarkan nilai status risiko dari paling tinggi sampai dengan paling rendah;
 - e) Desain kegiatan pengendalian Atas sisa risiko yang masih berada di atas tingkat toleransi risiko yang ditetapkan manajemen, perlu dilakukan evaluasi atas efektivitas kegiatan pengendalian yang telah ada dan perlu dirancang pengendalian tambahan untuk dapat menurunkan risiko ke tingkat dapat diterima.
- 3) Dokumentasi dan pelaporan
Desain Informasi dan Komunikasi serta Pemantauan Auditor selanjutnya memfasilitas membahas desain informasi dan komunikasi serta pemantauan atas efektivitas pengendalian yang dirancang untuk memitigasi risiko yang masih perlu diturunkan. Informasi dan Komunikasi serta pemantauan dirancang untuk memonitor pada pengendalian kunci saja sehingga pimpinan dapat lebih fokus.
- c. Pelaksanaan Pengawasan Lanjutan
Langkah teknis pelaksanaan pengawasan lanjutan dapat dirinci sebagai berikut:
- 1. Diskusi dan observasi pengendalian.
Diskusi dan observasi pengendalian adalah tahap pertama dan pengujian pengawasan.
Tujuan diskusi dan observasi pengendalian adalah untuk menilai bahwa rancangan pengendalian yang ditetapkan manajemen dalam kerangka kerja manajemen risiko telah mendukung pencapaian tujuannya serta menilai apakah manajemen telah melakukan aktivitas pengendalian sesuai dengan rancangan pengendalian yang ditetapkan.
- Langkah kerja ini dilakukan jika auditor tidak melakukan tahap fasilitasi .

2. Pengujian Pengendalian.

Pengujian pengendalian ini diperlukan untuk memberikan bukti tambahan bahwa tanggapan terhadap risiko utama telah berjalan secara efektif dan untuk 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 unit 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 dimaksud;
- 5) Menuangkan dalam kertas kerja hasil fasilitasi 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 CSA sebagai berikut:

- 1) Wawancara dan/atau diskusi terfasilitasi dengan pegawai kunci. Wawancara mempunyai dua tujuan, yaitu mengonfirmasi pemahaman mengenai rancangan pengendalian (apa yang seharusnya); dan mengidentifikasi temuan antara praktik yang ada (apa yang terjadi) dengan prosedur yang seharusnya. 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 (*end-to-end*). 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.

3) Pelaksanaan ulang suatu kegiatan (*reperformance*)

Apabila langkah pengujian yang telah dilakukan dirasa belum dapat memberikan keyakinan yang memadai bahwa suatu pengendalian telah dijalankan sesuai rancangannya, maka dapat dilakukan *reperformance* atas pengendalian tersebut.

Atribut pengendalian berupa aktivitas merupakan jenis pengendalian yang dilakukan secara manual dan berulang dalam rangka menghasilkan *output* tertentu. Pengujian terhadap aktivitas dilakukan untuk melihat konsistensi pelaksanaan pengendalian. Contohnya pelaksanaan pengujian terhadap pengendalian verifikasi dengan melihat ada tidaknya atribut pengendalian tandatangan.

3. Dokumentasikan hasil kerja pengawasan

Pengujian yang dilakukan auditor harus didokumentasikan. Dokumentasi hasil pengawasan atau KKA meliputi pengendalian yang diuji, metode pengujian yang dilakukan, termasuk ukuran sampel yang diambil, hasil pengujian dan simpulan pengujian.

4. Menilai analisis risiko yang dilakukan oleh manajemen.

Auditor melakukan evaluasi atas hasil penilaian risiko oleh manajemen. Evaluasi dilakukan oleh auditor dengan menggunakan kriteria pengukuran risiko, baik dampak maupun keterjadian, yang telah diformulasikan oleh manajemen. Tujuan utamanya adalah untuk memutakhirkan informasi dalam register risiko.

5. Kesimpulan atas tanggapan dan proses manajemen risiko yang tercakup dalam tugas.
Kesimpulan audit mencakup baik desain pengendalian dan seberapa baik pengendalian telah berjalan. Kesimpulan tersebut perlu dikaitkan dengan risiko yang dikelola oleh pengendalian yang ada sehingga dapat memberikan keyakinan atas apa yang menjadi tujuan tahap ini.
6. Membuat ringkasan simpulan hasil pengawasan untuk pimpinan organisasi. Ringkasan ini harus:
 - Memberikan informasi dan saran mengenai kesesuaian tata kelola yang diselenggarakan auditi dengan peraturan yang berlaku bagi organisasi(K/L/P).
 - Memberikan informasi dan saran mengenai kecukupan dan efektivitas rancangan pengendalian yang telah disusun oleh auditi, seperti pedoman dan prosedur operasistandar.
 - Memberikan pendapat bahwa risiko telah cukup dikelola dalam memastikan tercapainya tujuan organisasi.

D. Pengkomunikasian Hasil Pengawasan

1. Tujuan Penyusunan Laporan Hasil Pengawasan

Sesuai dengan Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia 4000 - Komunikasi Hasil Penugasan Audit Intern, tujuan penyusunan laporan hasil audit adalah:

- a) mengomunikasikan hasil penugasan audit intern kepada auditi dan pihak lain yang berwenang berdasarkan peraturan perundangundangan;
- b) menghindari kesalahpahaman atas hasil penugasan audit intern;
- c) menjadi bahan untuk melakukan tindakan perbaikan bagi auditi dan instansi terkait; serta
- d) memudahkan pemantauan tindak lanjut untuk menentukan pengaruh tindakan perbaikan yang semestinya telah dilakukan.

2. Syarat Laporan Hasil Audit yang Baik

SAIPI 2014 Standar Komunikasi 4020 - Kualitas Komunikasi menjelaskan bahwa komunikasi hasil penugasan audit intern 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 dan penilaian adil dan seimbang dari semua fakta dan keadaan yang relevan;
 - e) Meyakinkan, artinya hasil penugasan audit intern harus dapat menjawab sasaran audit, menyajikan fakta, kesimpulan, dan rekomendasi yang logis;
 - f) Konstruktif, artinya membantu auditi 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.
-

GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR,

ttd

ISRAN NOOR

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH PROV. KALTIM
KEPALA BIRO HUKUM,



H. ROZANI ERAWADI, SH, M.Si
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 19710124 199703 1 007

LAMPIRAN III : PERATURAN GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR NOMOR
TAHUN 2020 TENTANG PEDOMAN PENGELOLAAN RISIKO
DAN PENGAWASAN INTERN BERBASIS RISIKO DI
LINGKUNGAN PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

FORMAT REKAPITULASI HASIL KUISIONER PENILAIAN
PENGEDALIAN INTERN

**A. CONTOH REKAPITULASI HASIL KUESIONER PENILAIAN LINGKUNGAN
PENGENDALIAN INTERN CONTROL ENVIRONMENT EVALUATION (CEE)**

NAMA PEMDA (pemrov/pemkot/pemkab)

Tahun Penilaian:

NO	PERTANYAAN/KUISIONER	JAWABAN RESPONDER (R)							SIMPULAN KUISIONER CEE
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	MODUS	
a	b	c							d
A.	PENEGAKAN INTEGRITAS DAN NILAI ETIKA								MEMADAI
1.	Pegawai mendapatkan pesan integritas & nilai etika secara rutin dari pimpinan instansi (Misalnya keteladanan, pesan moral dll)	2	4	3	3	3	2	3	Memadai
2.	Pemda telah memiliki aturan perilaku (misalnya kode etik, pakta integritas, dan aturan perilaku pegawai) yang telah dikomunikasikan kepada seluruh pegawai	3	3	3	3	3	3	3	Memadai
3.	Telah terdapat fungsi khusus di dalam instansi yang melayani pengaduan masyarakat atas pelanggaran aturan perilaku/kode etik	2	4	3	3	3	3	3	Memadai
4.	Pelanggaran aturan perilaku/kode etik telah ditindaklanjuti	3	4	2	3	3	2	3	Memadai
B.	KOMITMEN TERHADAP KOMPETENSI								MEMADAI
1.	Standar kompetensi setiap pegawai/ posisi jabatan telah ditentukan	3	4	2	3	2	3	3	Memadai
2.	Pegawai yang kompeten telah secara tepat mengisi posisi/jabatan	2	4	3	3	3	3	3	Memadai
3.	Pemda telah memiliki dan menerapkan strategi peningkatan kompetensi pegawai	2	3	2	3	3	3	3	Memadai
4.	Terdapat pelatihan terkait	3	3	3	3	2	3	3	Memadai

	pengelolaan risiko, baik pelatihan khusus maupun pelatihan terintegrasi secara berkala.								
C.	KEPEMIMPINAN YANG KONDUSIF								KURANG MEMADAI
1.	Pimpinan telah menetapkan kebijakan pengelolaan risiko yang memberikan kejelasan arah pengelolaan risiko	2	3	2	2	2	3	2	Kurang Memadai
2.	Pimpinan menerapkan pengelolaan risiko dan pengendalian dalam pelaksanaan tugas dan pengambilan	3	3	3	4	3	3	3	Memadai
3.	Pimpinan membangun komunikasi yang baik dengan anggota organisasi untuk berani mengungkapkan risiko dan secara terbuka menerima/menggali pelaporan risiko/masalah	2	3	3	3	3	2	3	Memadai
4.	Gaya pimpinan dapat mendorong pegawai untuk meningkatkan kinerja	3	4	3	3	3	3	3	Memadai
5.	Pimpinan menetapkan Sasaran strategis yang selaras dengan visi dan misi Pemda	3	3	3	4	3	3	3	Memadai
6.	Rencana/sasaran strategis pemda telah dijabarkan ke dalam sasaran OPD dan tingkat operasioanl OPD	3	3	3	4	3	3	3	Memadai
7.	Rencana strategis dan rencana kerja pemda telah menyajikan informasi mengenai risiko	2	2	3	3	2	3	2	Kurang Memadai
8.	Pimpinan berperan serta dan mengikutsertakan pejabat dan	2	3	3	3	2	3	3	Memadai
D.	PEMBENTUKAN STRUKTUR ORGANISASI YANG SESUAI DENGAN KEBUTUHAN								MEMADAI
1.	Setiap Urusan telah dilaksanakan oleh PD dan unit kerja yang tepat	3	3	3	4	4	3	3	Memadai
2.	Masing-masing pihak dalam organisasi telah memperoleh kejelasan dan memahami peran dan tanggung jawab	2	3	3	4	4	3	3	Memadai

	masing-masing dalam pengelolaan risiko								
3.	Pegawai yang bertugas di PD merupakan pegawai tetap dan bukan pegawai yang bersifat <i>ad hoc</i> (sementara)	2	3	3	4	4	3	3	Memadai
4.	Adanya transparansi dan ketepatan waktu pelaporan pelaksanaan peran dan tanggung jawab masing-masing dalam pengelolaan risiko	3	4	3	3	4	3	3	Memadai
E.	PENDELEGASIAN WEWENANG DAN TANGGUNG JAWAB YANG TEPAT								MEMADAI
1.	Kriteria pendelegasian wewenang telah ditentukan dengan tepat	3	4	3	4	3	2	3	Memadai
2.	Pendelegasian wewenang dan tanggung jawab dilaksanakan secara tepat	3	4	3	4	3	3	3	Memadai
3.	Kewenangan direviu secara periodik	2	3	3	3	3	2	3	Memadai
F.	PENYUSUNAN DAN PENERAPAN KEBIJAKAN YANG SEHAT TENTANG PEMBINAAN SUMBER DAYA MANUSIA								KURANG MEMADAI
1.	Pemda telah memiliki Kebijakan dan prosedur pengelolaan SDM yang lengkap (sejak rekrutmen sampai dengan pemberhentian pegawai)	2	3	2	3	3	3	3	Memadai
2.	Rekrutmen, retensi, mutasi, maupun promosi pemilihan SDM telah dilakukan dengan baik	2	3	2	3	3	2	3	Memadai
3.	Insentif pegawai telah sesuai dengan tanggung jawab dan kinerja	3	4	3	1	4	3	3	Memadai
4.	Pemda telah menginternalisasi budaya sadar risiko	2	3	2	2	3	2	2	Kurang Memadai
5.	Adanya pemberian <i>reward</i> dan/atau <i>punishment</i> atas pengelolaan risiko (Misalnya mempertimbangkan pertanggungjawaban pengelolaan risiko dalam penilaian kinerja)	2	3	2	2	4	3	2	Kurang Memadai
6.	Terdapat evaluasi kinerja pegawai, dan telah dipertimbangkan dalam perhitungan penghasilan	2	3	2	2	3	3	2	Kurang Memadai
7.	Instansi telah mengalokasikan anggaran yang memadai untuk pengembangan SDM	2	3	2	1	3	2	2	Kurang Memadai

G.	PERWUJUDAN PERAN APARAT PENGAWASAN INTERN								MEMADAI
1.	Inspektorat Daerah melakukan reviu atas efisiensi/efektivitas pelaksanaan setiap urusan/program Secara periodik	3	3	3	4	3	3	3	Memadai
2.	Inspektorat Daerah melakukan reviu atas kepatuhan hukum dan aturan lainnya	3	3	3	3	3	3	3	Memadai
3.	Inspektorat Daerah memberikan layanan fasilitasi penerapan pengelolaan risiko dan penyelenggaraan SPIP	2	2	3	3	3	3	3	Memadai
4.	APIP telah melaksanakan pengawasan berbasis risiko	3	3	3	3	3	3	3	Memadai
5.	Temuan dan saran/rekomendasi pengawasan APIP telah ditindaklanjuti	3	3	3	3	3	3	3	Memadai
H.	HUBUNGAN KERJA YANG BAIK DENGAN INSTANSI PEMERINTAH TERKAIT								MEMADAI
1.	Hubungan kerja yang baik dengan instansi/organisasi lain yang memiliki keterkaitan operasional telah terbangun	3	3	3	3	3	3	3	Memadai
2.	Hubungan kerja yang baik dengan instansi yang terkait atas fungsi pengawasan/pemriksaan (inspektorat, BPKP, dan BPK) telah terbangun	3	3	3	4	3	3	3	Memadai

Keterangan :

Kolom c diisi dengan jawaban responden Ket Jawaban:

- 1 :Tidak Setuju / Belum ada / belum dibangun
- 2 : Kurang Setuju/Telah dibangun/diterapkan, akan tetapi belum konsisten
- 3 : Setuju / Sudah dibangun atau diterapkan dengan baik, tapi masih bisa ditingkatkan
- 4 : Sangat Setuju/Sudah dibangun atau diterapkan dengan baik dan dapat ditularkan ke organisasi lain

Kolom d diisi dengan simpulan hasil penilaian lingkungan pengendalian tiap pertanyaan dan kesimpulan tiap sub unsur lingkungan pengendalian Misal: kesimpulan tiap pertanyaan:

"Memadai", apabila modus jawaban responden adalah 3 atau 4 dan "Kurang Memadai" apabila modus jawaban responden adalah 1 atau 2 kesimpulan sub unsur lingkungan pengendalian:

"Memadai", apabila seluruh simpulan tiap pertanyaan pada sub unsur tersebut telah "memadai, dan "kurang memadai" apabila terdapat simpulan pertanyaan pada sub unsur tersebut yang "Kurang Memadai".

Contoh CEE Berdasarkan Dokumen Kondisi Kerentanan Lingkungan Pengendalian Intern di Pemerintah Daerah

NamaPemda : Tahun Penilaian			
No	Sumber data	Uraian Kelemahan	Klasifikasi
a	b	c	d
1	Media massa	<ul style="list-style-type: none"> - Banyak terjadi pencopotan/mutasi pejabat daerah karena tersangkut kasus hukum - Pegawai belum ditempatkan sesuai dengan kompetensi dan Pengalaman 	Penegakan integritas dan nilai etika Komitmen terhadap kompetensi
2	LHP BPK No. Xxx tanggal xxx tentang	-Pemerintah Kabupaten XYZ belum memiliki strategi dalam pemenuhan dan pendistribusian SDM kesehatan di Puskesmas	Penyusunan dan penerapan kebijakan yang sehat tentang pembinaan SDM
		Kualifikasi dan kompetensi Dokter serta tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memenuhi kebutuhan	Komitmen terhadap kompetensi
		-Pemenuhan tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memperhatikan tingkat kebutuhan dalam pemberian pelayanan kesehatan	Penyusunan dan penerapan kebijakn yang sehat tentang pembinaan SDM
3	SK Inspektur No. Xxx tanggal xxx tentang PKPT Inspektorat	Inspektorat Daerah belum melakukan audit kinerja atas penyelenggaraan urusan kesehatan dalam tingkat strategis	Peran APIP yang efektif
4	LHP BPK No. Xxx tanggal xxx tentang	-Pelayanan pasien BPJS di Kabupaten XYZ belum optimal dan terdapat regulasi Dinas Kesehatan Kabupaten XYZ tidak berjalan sebagaimana mestinya yaitu ketentuan mengenai praktek Dokter	Kepemimpinan yang kondusif

*) Klasifikasi permasalahan menggunakan sub unsur Lingkungan Pengendalian dalam PP 60 Tahun 2008.

Keterangan :

Kolom a diisi dengan nomor urut Kolom b diisi dengan sumber data Kolom c diisi dengan uraian kelemahan jika berdasarkan data yang ada merupakan kelemahan, atau Kolom d diisi dengan klasifikasi kelemahan sesuai sub unsur pada lingkungan pengendalian

C. Contoh Simpulan Survei Persepsi atas Lingkungan Pengendalian Intern Pemerintah Daerah

Nama Pemda Tahun Pentastaran							
No.	Sub unsur	Hasil Revyu Dokumen		Hasil Survei Persepsi		Simpulan	Penjelasan
		Hasil	Uraian	Hasil	Uraian		
a	b	c	d	e	f	g	h
1	Penegakan integritas dan nilai etika	Kurang Memadai	Banyak terjadi pencopotan/mutasi pejabat daerah karena tersangkut kasus hukum	Memadai		Kurang Memadai	Banyak terjadi pencopotan/mutasi pejabat daerah karena tersangkut kasus hukum
2	Komitmen terhadap kompetensi	Kurang Memadai	Pegawai belum ditempatkan sesuai dengan kompetensi dan pengalaman Kualifikasi dan kompetensi Dokter serta tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memenuhi kebutuhan akan pemberian pelayanan kesehatan di Era JKN	Memadai		Kurang Memadai	Pegawai belum ditempatkan sesuai dengan kompetensi dan pengalaman Kualifikasi dan kompetensi Dokter serta tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memenuhi kebutuhan akan pemberian pelayanan kesehatan di Era JKN
3	Kepemimpinan yang kondusif	Kurang Memadai	Pelayanan pasien BPJS di Kabupaten XYZ belum optimal dan terdapat regulasi Dinas Kesehatan Kabupaten XYZ tidak berjalan sebagaimana mestinya yaitu ketentuan mengenai praktik Dokter Puskesmas belum sepenuhnya menyediakan seluruh kebutuhan farmasi untuk mendukung pelayanan kesehatan secara memadai	Kurang Memadai	- Pimpinan belum menetapkan kebijakan pengelolaan risiko yang memberikan kejelasan arah pengelolaan risiko - Rencana strategis dan rencana kerja pemda belum menyajikan informasi mengenai risiko	Kurang Memadai	- Pimpinan belum menetapkan kebijakan pengelolaan risiko yang memberikan kejelasan arah pengelolaan risiko - Rencana strategis dan rencana kerja pemda belum menyajikan informasi mengenai risiko Pelayanan pasien BPJS di Kabupaten XYZ belum optimal dan terdapat regulasi Dinas Kesehatan Kabupaten XYZ tidak berjalan sebagaimana mestinya yaitu ketentuan mengenai praktik Dokter
4	Struktur organisasi sesuai kebutuhan	-	-	Memadai	-	Memadai	-
5	Pendelegasian wewenang dan tanggung jawab yang tepat	-	-	Memadai	-	Memadai	-
6	Penyusunan dan Penerapan Kebijakan yang Sehat tentang Pembinaan SDM	Kurang Memadai	Pemerintah Kabupaten XYZ belum memiliki strategi dalam pemenuhan dan pendistribusian SDM kesehatan di Puskesmas Pemenuhan tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memperhatikan tingkat kebutuhan dalam pemberian pelayanan kesehatan	Kurang Memadai	- Pemda belum menginternalisasi budaya sadar risiko - Belum terdapat pemberian reward dan/atau punishment atas pengelolaan risiko (Misalnya mempertimbangkan pertanggungjawaban pengelolaan risiko dalam penilaian kinerja) - Evaluasi kinerja pegawai belum dipertimbangkan dalam perhitungan penghasilan - anggaran pengembangan SDM belum memadai - Pemerintah Kabupaten XYZ belum memiliki strategi dalam pemenuhan dan pendistribusian SDM kesehatan di Puskesmas Pemenuhan tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memperhatikan tingkat kebutuhan dalam pemberian pelayanan kesehatan	Kurang Memadai	- Pemda belum menginternalisasi budaya sadar risiko - Belum terdapat pemberian reward dan/atau punishment atas pengelolaan risiko (Misalnya mempertimbangkan pertanggungjawaban pengelolaan risiko dalam penilaian kinerja) - Evaluasi kinerja pegawai belum dipertimbangkan dalam perhitungan penghasilan - anggaran pengembangan SDM belum memadai - Pemerintah Kabupaten XYZ belum memiliki strategi dalam pemenuhan dan pendistribusian SDM kesehatan di Puskesmas Pemenuhan tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memperhatikan tingkat kebutuhan dalam pemberian pelayanan kesehatan
7	Penujudan peran APJP yang efektif	Kurang Memadai	Inspektorat Daerah belum melakukan audit kinerja atas penyelenggaraan urusan kesehatan dalam tingkat strategis	Memadai		Kurang Memadai	Inspektorat Daerah belum melakukan audit kinerja atas penyelenggaraan urusan kesehatan dalam tingkat strategis
8	Hubungan Kerja yang Baik dengan Instansi Pemerintah Terkait	-	-	Memadai		Memadai	

Keterangan:

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan sub unsur pada lingkungan pengendalian

Kolom c diisi dengan simpulan penilaian awal CEE berdasarkan dokumen

Kolom d diisi dengan uraian simpulan penilaian awal CEE berdasarkan dokumen Kolom e diisi dengan simpulan hasil survei persepsi Kolom f diisi dengan uraian simpulan sesuai hasil survei persepsi

Kolom g diisi dengan simpulan sesuai hasil penilaian awal dan survei persepsi, jika hasil antara penilaian awal dan survei persepsi bertentangan, maka lakukan pendalaman atau lakukan professional judgement untuk menyimpulkannya Kolom h diisi dengan uraian kelemahan

D. CONTOH PENETAPAN KONTEKS RISIKO STRATEGIS PEMDA

Nama Pemda : Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC Tahun Penilaian 2018 Periode yang dinilai : Periode RPJMD Tahun 2019-2023	
Sumber Data	RPJMD Kabupaten XYZ Tahun 2019-2023
Visi	
Misi Strategis RPJMD	1. Mewujudkan Tata Kelola Pemerintahan Yang Baik 2. Mewujudkan Percepatan Pembangunan Infrastruktur Perkotaan 3. Mewujudkan Masyarakat Cerdas, Sehat, dan Berakhlak Mulia 4. Membangkitkan Ekonomi Kreatif dan Iklim Usaha yang Kondusif
Penetapan konteks Misi Risiko Strategis Pemda	
Tujuan Strategis RPJMD	Tujuan 1.1 Meningkatnya kualitas tata kelola pemerintahan Tujuan 1.2 Meningkatnya kohesivitas masyarakat Tujuan 2.1 Meningkatnya kualitas transportasi Tujuan 2.2 Meningkatnya Kelayak hunian Tujuan 2.3 Meningkatnya akses komunikasi dan informasi Tujuan 2.4 Menurunnya risiko bencana Tujuan 2.5 Meningkatnya kualitas lingkungan hidup Tujuan 3.1 Meningkatnya akses dan kualitas pendidikan Tujuan 3.2 Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat Tujuan 3.3 Meningkatnya kesejahteraan sosial Tujuan 3.4 Meningkatnya partisipasi perempuan dalam pembangunan Tujuan 4.1 Meningkatnya laju pertumbuhan ekonomi Tujuan 4.2 Meningkatnya pemerataan ekonomi
Penetapan Konteks Tujuan Risiko Strategis Pemda	Tujuan 3.2 Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
Sasaran RPJMD	Sasaran 3.2.1 Meningkatnya keselamatan ibu anak Sasaran 3.2.2 Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat Sasaran 3.2.3 Meningkatnya perilaku hidup sehat Sasaran 3.2.4 Meningkatnya prestasi Olahraga di Kabupaten XYZ Sasaran 3.2.5 Meningkatnya peran serta Pemuda dalam pembangunan Sasaran 3.2.6 Meningkatnya kesehatan reproduksi

Penetapan Konteks Sasaran Risiko Strategis Pemda	Sasaran 3.2.2 Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat
IKU Sasaran RPJMD	Usia Harapan Hidup adalah ditentukan jumlah kematian bayi, jika angka kematian bayi besar, maka usia angka harapan rendah .
Penetapan konteks IKU Risiko Strategis Pemda	Usia Harapan Hidup adalah ditentukan jumlah kematian bayi, jika angka kematian bayi besar, maka usia angka harapan rendah.
Prioritas pembangunan dan program unggulan	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Program Perbaikan Gizi Masyarakat
Urusan Pemerintahan Daerah	Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan
Nama Dinas Terkait	Dinas Kesehatan RSUD Kabupaten XYZ Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DP3AP2KB) Dinas Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat
Tujuan, Sasaran, IKU dan Program yang akan dilakukan penilaian risiko	Tujuan 3.2 Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat Sasaran 3.2.2 Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat IKU Sasaran Usia Harapan Hidup adalah ditentukan jumlah kematian bayi, jika angka kematian bayi besar, maka usia angka harapan rendah Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak
	Dst
	KabupatenXYZ, September2018 Bupati XYZ

E. Contoh Penetapan Konteks Risiko Strategis PD

Nama Pemda : Pemerintah Kabupaten , Provinsi Tahun Penilaian		
Periode yang dinilai : Periode RPJMD Tahun 2019-2023		
Urusan Pemerintahan : Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan		
OPD yang Dinilai : Dinas Kesehatan		
Sumber Data	Rancangan Awal Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten	
Tujuan Strategis	Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	
Sasaran Strategis	1. Meningkatnya Keselamatan Ibu, Bayi, Anak dan Reproduksi 2. Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan 3. Meningkatnya Kualitas Pelayanan Dasar dan Rujukan.	
IKU Renstra OPD	IKU	2023
	Angka Kematian Ibu Melahirkan Per 100.000 Kelahiran Hidup	57
	Angka Kematian Bayi (AKB) Per 1000 Kelahiran Hidup	3.2
	Angka Kematian Balita (AKaBa) Per 1000 Kelahiran Hidup	3.6
	Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan	100
	Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi	Belum ada
	IKU Lansia	Belum ada
	IKU Gizi	Belum ada
	IKU Kesehatan Reproduksi	Belum ada
Program	Program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak	
Tujuan, Sasaran, IKU dan Program yang akan dilakukan penilaian risiko	Tujuan Strategis : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Sasaran Strategis: Meningkatnya Keselamatan Ibu, Bayi, Anak dan Reproduksi IKU Strategis: -Angka Kematian Ibu Melahirkan Per 100.000 Kelahiran Hidup -Angka Kematian Bayi (AKB) Per 1000 Kelahiran Hidup" Program: Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	
	Dst	
	Kabupaten XYZ, September 2018 Kepala Dinas Kesehatan	

F. Contoh Penetapan Konteks Risiko Operasional OPD

Nama Pemda : Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC Tahun Penilaian 2018		
Periode yang dinilai : Periode RPJMD Tahun 2019-2023		
Urusan Pemerintahan : Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan		
OPD yang Dinilai : Dinas Kesehatan		
Sumber Data	Renja Dinas Kesehatan Tahun 2019	
Tujuan Strategis	Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	
Program Dinas Kesehatan (Renja 2019) dan Kegiatan Utama	1. Program Upaya Kesehatan Masyarakat 2. Program Perbaikan Gizi Masyarakat 3. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita 4. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia 5. Program Peningkatan Keselamatan Ibu melahirkan dan anak	
Keluaran/Hasil	1. Jaminan Persalinan (DAK NON FISIK)	7.455 ibu hamil

Kegiatan	2. Pertemuan ANC Terpadu	30 Orang Peserta
	3. Sosialisasi pendampingan ibu hamil resiko tinggi dalam penggunaan Buku KIA dan Pasca salin dengan pelayanan darah pada sektor eksternal	50 orang peserta
	4. Pelatihan Managemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja	20 orang peserta
	5. Pelatihan penjaringan untuk sekolah lanjutan 1 K1	20 orang peserta
	Program, Kegiatan, dan Keluaran/Hasil Kegiatan yang akan dilakukan penilaian risiko	
		Kabupaten XYZ, September 2018 Kepala Dinas Kesehatan

G. Contoh Kertas Kerja Identifikasi Risiko Strategis Pemerintah Daerah

Nama Pemda Pemerintah Kabupaten XYZ Provinsi ABC		Nama OPD Dinas Kesehatan		Tahun Penilaian 2018		Periode yang diteliti Periode RPJMD (Thun 2019-2023)		Urusan Pemerintahan Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan		
No	Tujuan/Sasaran Strategis/Program	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab			Dampak	
			Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber	C/UC	Uraian	Pihak yang Terkena
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
	Tujuan Strategis Pemda 1: Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat									
	Sasaran 3.2.2 Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat	Usa Harapan Hidup	Penerapan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) rendah	RSP 1 9 01 02 01	Kepala Daerah	Belum tersedianya Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) (Tidak termasuk prioritas anggaran)	Internal	C	1. Angka kejadian Penyakit Tidak Menular (PTM) tinggi 2. Angka kejadian Penyakit Menular tinggi 3. Angka stunting tinggi	Kepala Daerah Masyarakat OPD Terkait
			Pelayanan kesehatan belum memenuhi SPM Bidang Kesehatan	RSP 1 9 01 02 02	Kepala Daerah	1 Sarana prasarana belum memadai (Puskesmas PONED tidak tersedia) 2 Jumlah tenaga kesehatan belum memadai (tenaga laboratorium dokter tenaga kesehatan)	Internal	C	AKI tinggi AKB tinggi Akaba Peningkatan kasus gizi buruk Kasus HIV meningkat Kasus TB meningkat Tidak Menular (PTM) tinggi Angka kejadian Penyakit Menular tinggi Angka stunting tinggi	Kepala Daerah Masyarakat OPD Terkait
	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak		Kurangnya ibu hamil bergizi rendah yang tidak diperiksa oleh posyandu	RSP 1 9 01 02 03	Kepala Daerah	Kurangnya jumlah posyandu untuk ibu hamil	Internal	C	Bayi lahir di bawah berat normal	Masyarakat
			Ibu hamil melahirkan tidak di fasilitas kesehatan	RSP 1 9 01 02 04	Kepala Daerah	Kurangnya aksesibilitas terhadap fasilitas kesehatan yang sudah ada	Internal	C	Meningkatnya kematian ibu dan bayi saat melahirkan	Masyarakat

Keterangan:

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan tujuan strategis urusan wajib sebagai mana tercantum dalam RPJMD/Renstra Kolom c

diisi dengan indikator kinerja tujuan strategis Kolom d

diisi dengan uraian peristiwa yang merupakan risiko

Kolom e diisi dengan Kode risiko

Kolom f diisi dengan Pemilik risiko, pihak/unit yang bertanggung jawab/ berkepentingan untuk mengelola risiko

Kolom g diisi dengan penyebab timbulnya risiko. Untuk mempermudah identifikasi sebab risiko, sebab risiko bisa dikategorikan ke dalam : *Man, Money, Method, Machine* , dan Material Kolom h diisi dengan sumber risiko (eksternal/internal)

Kolom i diisi dengan C, jika unit kerja mampu untuk mengendalikan penyebab risiko, atau UC jika unit kerja tidak mampu mengendalikan risiko

Kolom j diisi dengan uraian akibat yang ditimbulkan jika risiko benar-benar terjadi.

Untuk mempermudah identifikasi dampak risiko, dampak risiko bisa dikategorikan ke dalam: Keuangan, Kinerja, Reputasi dan Hukum Kolom k diisi dengan pihak/unit yang menderita/terkena dampak jika risiko benar-benar terjadi

Nama Pemda Nama OPD Tahun Penilaian Periode yang dinilai Tujuan Strategis Urusan Pemerintahan		Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC Dinas Kesehatan 2018 Periode Renstra (Tahun 2019-2023) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan								
No	Tujuan/Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Risiko			Sebab		Dampak		
	Tujuan: Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat		Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber	C/UC	Uraian	Pihak yang terkena
	Sasaran Strategis OPD: Meningkatnya Keselamatan Ibu, Bayi, Anak dan Reproduksi	1 Angka Kematian Ibu Melahirkan Per 100 000 Kelahiran Hidup 2 Angka Kematian Bayi (AKB) Per 1000 Kelahiran Hidup	Penggunaan layanan kesehatan rendah (Persalinan tidak dilakukan pada faskes, kunjungan ibu hamil tidak teratur)	RSO 19.02 02.01	Kepala Dinas Kesehatan	Kurangnya Sosialisasi Kesehatan Keterlibatan lintas program lintas sektor (Posyandu, RT/RW, Lurah, Kecamatan, OPD terkait) rendah	Internal	C	Ibu hamil tidak mengetahui prosedur pelayanan dan tanda-tanda bahaya kehamilan	Dinkes RSUD Masyarakat
		3 Angka Kematian Balita (AKaBa) Per 1000 Kelahiran Hidup	Kualitas pelayanan APN tidak sesuai SPM Kesehatan	RSO 19.02 02.02	Kepala Dinas Kesehatan	Kompetensi tenaga kesehatan tentang APN (bidan, dokter) rendah (TentangSDIDTK MTBS, neo natal esensial \	Internal	C	Kepuasan masyarakat rendah kualitas dan efektivitas pelayanan rendah	Dinkes RSUD Masyarakat
		4 Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan	Sarana pendukung ANC kurang memadai	RSO 19.02 02.03	Kepala Dinas Kesehatan	- Alat pendukung ANC tidak dikalibrasi - Regan dan alat pendukung ANC kurang	Internal	C	Kualitas dan efektivitas pelayanan rendah Kepuasan masyarakat rendah	Dinkes RSUD Masyarakat
		5 Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi	Mutasi tenaga kesehatan terlatih	RSO 19.02 02.04	Kepala Dinas Kesehatan	Sistem kepegawaian	Internal	UC	Kualitas dan efektivitas pelayanan rendah Kepuasan masyarakat rendah	Dinkes RSUD Masyarakat
	Program Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan		Kurangnya jumlah tenaga kesehatan yang profesional	RSO 19.02 02.05	Kepala OPD	Kurangnya kuantitas SDM di puskesmas untuk menangani persalinan	Internal	C	Pelayanan di fasilitas kesehatan tidak optimal	Masyarakat
			Kurangnya kualitas tenaga kesehatan yang profesional	RSO 19.02 02.06	Kepala OPD	Kurangnya kualitas SDM di puskesmas untuk menangani persalinan	Internal	C	Pelayanan di fasilitas kesehatan tidak optimal	Masyarakat
			Ibu hamil melahirkan tidak di fasilitas kesehatan (puskesmas)	RSO 19.02 02.07	Kepala OPD	Kurangnya anggaran untuk pengadaan fasilitas puskesmas	Internal	C	Meningkatnya kematian ibu dan bayi saat melahirkan	Masyarakat

Keterangan:

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan tujuan strategis urusan wajib sebagai mana tercantum dalam RPJMD/ Renstra

Kolom c diisi dengan indikator kinerja tujuan strategis

Kolom d diisi dengan uraian peristiwa yang merupakan resiko

Kolom e diisi dengan Kode resiko

Kolom f diisi dengan Pemilik resiko, pihak/unit yang bertanggung jawab/ berkepentingan untuk mengelola resiko

Kolom g diisi dengan penyebab timbulnya resiko. Untuk mempermudah identifikasi sebab resiko, sebab resiko bisa dikategorikan ke dalam :

Man, Moitey, Method, Machine

Material Kolom h diisi dengan sumber resiko (eksternal/internal)

Kolom i diisi dengan C, jika unit kerja mampu untuk mengendalikan penyebab resiko, atau UC jika unit kerja tidak mampu mengendalikan penyebab resiko

Kolom j diisi dengan uraian akibat yang ditimbulkan jika resiko benar-benar terjadi. Untuk mempermudah identifikasi dampak resiko, dampak resiko bisa dikategorikan ke dalam: Keuangan, Kinerja, Reputasi dan hukum

Nama Pemda Nama OPD Tahun Penilaian Periode yang diteliti Tujuan Strategis		Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC Dinas Kesehatan 2018 2019 Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Sasaran strategis OPD : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Urusan Pemerintahan Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan									
No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko			Sobab ^{*)}			C/UC	Dampak ^{**)}	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber		Uraian	Pihak yang Terkena
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	Terbayar hanya Jaminan	Pertanggungjawaban	Pertanggungjawaban tidak tepat waktu	ROO 19 02 02 01	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Berkas dokumentasi pasien terlambat dilengkapi oleh rumah sakit	Eksternal	UC	Pembayaran tidak dapat segera direalisasikan	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
	Kegiatan Jaminan Persalinan (DAK NON FISIK)		Penatausahaan	Pengadministrasian tidak tepat waktu	ROO 19 02 02 02	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Berkas dokumentasi pasien terlambat dilengkapi oleh rumah sakit	Eksternal	UC	Pembayaran tidak dapat segera direalisasikan	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
			Pelaporan	Laporan Realisasi Keuangan Triwulan. Kesulitan mengumpulkan administrasi syarat pencairan, yaitu kelengkapan klaim, berupa	ROO 19 02 02 03	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Rumah Sakit (RS M Yunus) menyampaikan klaim tidak lengkap	Eksternal	UC	Dana DAK Trwulan berikutnya tidak disalurkan oleh Kemenkeu	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
			Pemantauan dan evaluasi	Kegagalan mengidentifikasi permasalahan	ROO 19 02 02 04	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Evaluasi dilakukan terbatas pada output (jumlah bumi sakin yang belum mempunyai jaminan kesehatan lainnya terlayani	Internal	C	Anggaran Jampersal Loak terserap 100%	Dinas Kesehatan
		Terlaksanaan ya Kegiatan	Perencanaan	Data ibu hamil miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan lainnya dari kecamatan dan kelurahan belum ada	ROO 19 02 02 05	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Kurangnya koordinasi dengan Dinas Sosial	Internal	C	Perencanaan kurang tepat	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
				Pemertungan kebutuhan dana tidak tepat	ROO 19 02 02 06	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Tidak ada database	Internal	C	Tetambahnya pelayanan	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
			Pelaksanaan	Adanya posen yang masih dikenakan biaya oleh RS/Bidan (double claim)	ROO 19 02 02 07	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Tidak ada database	Internal	C	Rendahnya kepuasan masyarakat	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
			Pelaksanaan	Proses cross check data dengan BPJS dan Jamkesmas yang membutuhkan waktu lama	ROO 19 02 02 08	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Kurangnya kordinasi	Internal	C	Tetambahnya pelayanan	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan kegiatan, tujuan kegiatan, dan sasaran kegiatan sebagaimana tercantum dalam RKA SKPD Kolom c diisi dengan indikator kinerja tujuan/sasaran

kegiatan Kolom d diisi dengan tahapan kegiatan

Kolom e diisi dengan uraian peristiwa yang merupakan risiko Kolom f diisi dengan Kode risiko

Kolom g diisi dengan Pemilik risiko, pihak/ unit yang bertanggung jawab/ berkepentingan untuk mengelola risiko

Kolom h diisi dengan penyebab timbulnya risiko, Untuk mempermudah identifikasi sebab risiko, sebab risiko bisa

dikategorikan ke dalam : *Man, Money, Method, Machine* , dan Material Kolom i diisi dengan sumber risiko

(eksternal/internal) Kolom j diisi dengan C, jika unit kerja mampu untuk mengendalikan penyebab risiko, atau UC jika

unit kerja tidak mampu mengendalikan penyebab risiko

Kolom k diisi dengan uraian akibat yang ditimbulkan jika risiko benar-benar terjadi. Untuk mempermudah identifikasi dampak risiko, dampak risiko bisa

dikategorikan ke dalam: Keuangan, Kinerja, Reputasi dan Hukum Kolom l diisi dengan pihak/unit yang menderita/terkena dampak jika risiko benar-benar terjadi

Nama Pemda: Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC Nama OPD: Dinas Kesehatan Tahun Penilaian: 2018 Periode yang dinilai: 2019 Tujuan Strategis: Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat; Sasaran strategis OPD: Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat; Urusan Pemerintahan: Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan											
No	Kegiatan	Indikator Keluaran	Risiko				Sebab ^{*)}			Dampak ^{**)}	
			Tahap	Uraian	Kode Risiko	Pemilik	Uraian	Sumber	CUC	Uraian	Pihak yang Terkena
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
	Program Pengkajian Keselamatan Ibu Menahirkan dan Anak	Terbayar hanya Jaminan	Pertanggungjawaban	Pertanggungjawaban tidak tepat waktu	ROO 19 02 02 01	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Berkas dokumentasi pasien terlambat dilengkapi oleh rumah sakit	Eksternal	UC	Pembayaran tidak dapat segera direalisasikan	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
	Kegiatan Jaminan Persalinan (DAK NON FISIK)		Penatausahaan	Pengadministrasian tidak tepat waktu	ROO 19 02 02 02	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Berkas dokumentasi pasien terlambat dilengkapi oleh rumah sakit	Eksternal	UC	Pembayaran tidak dapat segera direalisasikan	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
			Pelaporan	Laporan Realisasi Keuangan Triwulan Kesulitan mengumpulkan administrasi syarat pencairan, yaitu kelengkapan kiam, berupa	ROO 19 02 02 03	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Rumah Sakit (RS M Yunis) menyampaikan klaim tidak lengkap	Eksternal	UC	Dana DAK Triwulan berikutnya tidak disalurkan oleh Kemenkeu	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
			Pemantauan dan evaluasi	Kegagalan mengidentifikasi permasalahan	ROO 19 02 02 04	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Evaluasi dilakukan terbatas pada output (jumlah bumi masak yang belum mempunyai jaminan kesehatan lainnya terlayani	Internal	C	Anggaran Jampersal tidak terserap 100%	Dinas Kesehatan
	Tertaksanan ya Kegiatan	Perencanaan	Perencanaan	Data ibu hamil misin yang belum memkilo jaminan kesehatan lainnya dari kecamatan dan kelurahan belum ada	ROO 19 02 02 05	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Kurangnya koordinasi dengan Dinas Sosial	Internal	C	Perencanaan kurang tepat	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
				Perhitungan kebutuhan dana tidak tepat	ROO 19 02 02 06	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Tidak ada database	Internal	C	Terhambatnya pelayanan	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
			Pelaksanaan	Adanya pasien yang masih dikenakan biaya oleh RS/Bidan (double claim)	ROO 19 02 02 07	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Tidak ada database	Internal	C	Rendahnya kepuasan masyarakat	Kepala Derah Rumah sakit Masyarakat
				Pelaksanaan	Proses cross check data dengan BPJS dan Jamkeskot yang membutuhkan waktu lama	ROO 19 02 02 08	Kepala Dinas Kesehatan/ Kepala Bidang Kesmas	Kurangnya kordinasi	Internal	C	Terhambatnya pelayanan

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan kegiatan, tujuan kegiatan, dan sasaran kegiatan sebagaimana tercantum dalam RKA SKPD Kolom c diisi dengan indikator kinerja tujuan/sasaran kegiatan Kolom d diisi dengan tahapan kegiatan

Kolom e diisi dengan uraian peristiwa yang merupakan risiko Kolom f diisi dengan Kode risiko

Kolom g diisi dengan Pemilik risiko, pihak/ unit yang bertanggung jawab/ berkepentingan untuk mengelola risiko

Kolom h diisi dengan penyebab timbulnya risiko, Untuk mempermudah identifikasi sebab risiko, sebab risiko bisa dikategorikan ke dalam : *Man, Money, Method, Machine* , dan Material Kolom i diisi dengan sumber risiko (eksternal/internal) Kolom j diisi dengan C, jika unit kerja mampu untuk mengendalikan penyebab risiko, atau UC jika unit kerja tidak mampu mengendalikan penyebab risiko

Kolom k diisi dengan uraian akibat yang ditimbulkan jika risiko benar-benar terjadi. Untuk mempermudah identifikasi dampak risiko, dampak risiko bisa dikategorikan ke dalam: Keuangan, Kinerja, Reputasi dan Hukum Kolom l diisi dengan pihak/ unit yang menderita/terkena dampak jika risiko benar-benar terjadi

Contoh Kertas Kerja
Hasil Analisis Risiko

Nama Pemda		: Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC			
Tahun Penilaian		: 2018			
Tujuan Strategis		: Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat			
Urusan Pemerintahan		: Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan			
No.	"Risiko" yang Teridentifikasi	Kode Risiko	Analisis Risiko		
			Skala Dampak*)	Skala Kemungkinan *)	Skala Risiko
a	b	c	d	e	f=dxe
I Risiko Strategis					
1	Penerapan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) rendah	RSP.19.01.01.01	3	3	9
2	Pelayanan kesehatan belum memenuhi SPM Bidang Kesehatan	RSP.19.01.01.02	5	3	15
3	Kurangnya ibu hamil bergizi rendah yang tidak diperiksa oleh posyandu	RSP.19.01.01.03	3	3	9
4	Ibu hamil melahirkan tidak di fasilitas kesehatan	RSP.19.01.01.04	5	3	15
II Risiko Strategis OPD 1: Dinas Kesehatan					
1	Penggunaan layanan kesehatan rendah (Persalinan tidak dilakukan pada taskes, kunjungan ibu hamil tidak teratur)	RSO.19.01.05.01	4	3	12
2	Kualitas pelayanan APN tidak sesuai SPM Kesehatan	RSO.19.01.05.02	4	2	8
3	Sarana pendukung ANC kurang memadai	RSO.19.01.05.03	4	4	16
4	Mutasi tenaga kesehatan terlatih	RSO.19.01.05.04	4	3	12
5	Kurangnya jumlah tenaga kesehatan yang profesional	RSO.19.02.02.05	3	3	9
6	Kurangnya kualitas tenaga kesehatan yang profesional	RSO.19.02.02.06	3	3	9
7	Ibu hamil melahirkan tidak di fasilitas kesehatan (puskesmas)	RSO.19.02.02.07	5	3	15
III Risiko Operasional OPD 1: Dinas Kesehatan					
1	Perantangan jawaban tidak tepat waktu	ROO.19.01.05.01	4	3	12
2	Pengadministrasian tidak tepat waktu	ROO.19.01.05.02	4	2	8
3	Laporan Realisasi Keuangan Triwulan: Kesulitan mengumpulkan administrasi syarat pencairan, yaitu kelengkapan klaim, berupa	ROO.19.01.05.03	5	2	10
4	Kegagalan mengidentifikasi permasalahan	ROO.19.01.05.04	4	3	12
5	Data Ibu hamil miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan lainnya dari kecamatan dan kelurahan belum ada	ROO.19.01.05.05	5	3	15
6	Perhitungan kebutuhan dana tidak tepat	ROO.19.01.05.06	2	2	4
7	Proses cross check data dengan BPJS dan Jamkeskot yang membutuhkan waktu lama	ROO.19.01.05.07	3	2	6
8	Adanya pasien yang masih dikenakan biaya oleh RS/Bidan (double claim)	ROO.19.01.05.08	3	1	3

Keterangan:

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan risiko yang teridentifikasi sesuai lampiran 6a dan 6b Kolom c diisi dengan kode risiko sesuai lampiran 6a dan 6b

Kolom d diisi dengan skala dampak berdasarkan perhitungan rata-rata/modus skala dampak yang diberikan peserta diskusi

Kolom e diisi dengan skala kemungkinan berdasarkan perhitungan rata-rata/modus skala kemungkinan yang diberikan peserta diskusi Kolom f diisi dengan hasil perkalian antara skala dampak dan skala kemungkinan

Contoh Kertas Kerja
Daftar Risiko Prioritas

Nama Pomda : Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC Tahun Penilaian : 2018 Tujuan Strategis : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Urusan Pemerintahan : Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan						
No	Risiko Prioritas	Kodo Risiko	Skala Risiko	Pemilik Risiko	Penyebab	Dampak
a	b	c	d	e	f	g
I Risiko Strategis						
1	Pelayanan kesehatan belum memenuhi SPM Bidang Kesehatan	RSP 19 01 01 02	15	Kepala Daerah	1 Sarana prasarana belum memadai (Puskesmas PONE D tidak tersedia.) 2 Jumlah tenaga kesehatan belum memadai (Tenaga laboratorium,	AKI tinggi AKB tinggi Akaba Peningkatan kasus gizi buruk Kasus HIV meningkat Kasus TB meningkat Angka kejadian Penyakit Tidak Menular (PTM) tinggi Angka kejadian Penyakit Menular tinggi Angka stunting tinggi
2	Tidak seluruh bayi mendapat imunisasi yang cukup	RSP 19 01.01.04	15	Kepala Daerah	Kurangnya anggaran pengadaan vaksin imunisasi	Bayi tidak mendapat imunisasi yang memadai dan lengkap
II Risiko Strategis OPD 1						
1	Sarana pendukung ANC kurang memadai	RSO.19.01.05.03	16	Kepala Dinas	*- Alat pendukung ANC tidak dikalibrasi *- Regen dan alat pendukung ANC kurang *- Tenaga laboratorium di Puskesmas kurang	Kualitas pelayanan ANC tidak sesuai SPM kesehatan
2	Ibu hamil melahirkan tidak di fasilitas kesehatan (puskesmas)	RSO 19 02 02 07	15	Kepala OPD	Kurangnya anggaran untuk pengadaan fasilitas puskesmas	Meningkatnya kematian ibu dan bayi saat melahirkan
III Risiko Operasional OPD 1: Dinas Kesehatan						
1	Data ibu hamil miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan lainnya dari kecamatan dan kelurahan belum ada	ROO 19 01 05 05	16	Kepala Bidang	Kurangnya koordinasi dengan Dinas Sosial	Perencanaan kurang tepat

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut Kolom b diisi dengan risiko prioritas Kolom c diisi dengan kode risiko Kolom d diisi dengan skala risiko (sesuai lampiran 7)

Kolom e diisi dengan pemilik risiko sesuai Lampiran 6a dan 6b Kolom f diisi dengan penyebab sesuai Lampiran 6a dan 6b Kolom g diisi dengan dampak sesuai dengan Lampiran 6a dan 6b

Contoh

Penilaian atas Kegiatan Pengendalian yang Ada dan Masih Dibutuhkan/ RTP atas Kelemahan Lingkungan Pengendalian (RTP atas CEE)

Nama Pemerintah Daerah : Pemerintah Kabupaten XYZ Tahun

Penilaian : 2018

No.	Kondisi Lingkungan Pengendalian yang Kurang Memadai	Rencana Tindak Pengendalian Lingkungan Pengendalian	Penanggung jawab	Target Waktu Penyelesaian	Realisasi Penyelesaian
a	b	c	d	e	f
I Penegakan Integritas dan Nilai Etika					
1	Banyak terjadi pencopolan/mutasi pejabat daerah karena tersangkut kasus hukum	Analisis/kajian kelemahan pengendalian kepatuhan hukum	Inspektoral	Irwulan II 2019	Irwulan II 2019
II Komitmen terhadap Kompetensi					
1	Pegawai belum ditempatkan sesuai dengan kompetensi dan pengalamannya	Penyusunan peta kompetensi dan perbaikan SOP penempatan pegawai	BKPSDM	Irwulan III 2019	Irwulan III 2019
2	Kualifikasi dan kompetensi Dokter serta tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memenuhi kebutuhan akan pemberian pelayanan kesehatan di Era JKN	Rekrutmen dokter dan tenaga kesehatan	Dinas kesehatan	Irwulan III 2019	Irwulan III 2019
III Kepemimpinan yang kondusif					
1	Pimpinan belum menetapkan kebijakan pengelolaan risiko	Penyusunan kebijakan pengelolaan risiko	Sekda	Irwulan I 2019	Irwulan II 2019
2	Rencana strategis dan rencana kerja pemda belum menyajikan informasi mengenai risiko kerja	Penilaian risiko rencana strategis dan rencana kerja	Sekda, BPPD	Irwulan I 2019	Irwulan II 2019
3	Pelayanan pasien BPJS di Kabupaten XYZ belum optimal dan terdapat regulasi Dinas Kesehatan Kabupaten XYZ tidak berjalan sebagaimana mestinya yaitu ketentuan mengenai praktek Dokter	Evaluasi pembenan layanan dan kepatuhan regulasi	Inspektoral	Irwulan I 2019	Irwulan II 2019
IV Penyusunan dan Penerapan Kebijakan yang Sehat tentang Pembinaan SDM					
1	Pemda belum menginternalisasi budaya sadar risiko	Sosialisasi budaya risiko pada setiap rapat bulanan	Sekda	Setiap bulan	Setiap bulan
2	Belum terdapat pemberian reward dan/atau punishment atas pengelolaan risiko	Kajian rancangan pemberian reward dan/atau punishment atas pengelolaan risiko	BKPSDM	Irwulan I 2019	Irwulan II 2019
3	Evaluasi kinerja pegawai belum dipertimbangkan dalam perhitungan penghasitan	Kajian rancangan perhitungan hasil kinerja terhadap penghasitan	BKPSDM	Irwulan I 2019	Irwulan I 2019
4	Anggaran pengembangan SDM belum memadai	Kebijakan efisiensi penggunaan anggaran	BKPSDM	Irwulan I 2019	Irwulan I 2019
5	Pemerintah Kabupaten XYZ belum memiliki strategi dalam pemenuhan dan pendistribusian SDM kesehatan di	Penyusunan strategi pemenuhan dan pendistribusian SDM kesehatan (Rekomendasi BPK)	Dinas kesehatan	Irwulan II 2019	Irwulan II 2019
6	Pemenuhan tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ belum memperhatikan tingkat kebutuhan dalam pemberian	Perbaikan sistem pemenuhan tenaga kesehatan di RSUD Kabupaten XYZ	RSUD Kabupaten XYZ	Irwulan II 2019	Irwulan II 2019
V Perwujudan Peran APIT yang Efektif					
1	Inspektoral Daerah belum melakukan audit kinerja atas penyelenggaraan urusan kesehatan dalam tingkat strategis	Perbaikan prosedur pengawasan kinerja dan penyusunan PKPT inspektoral	Inspektoral	Irwulan I 2019	Irwulan I 2019

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan kondisi lingkungan pengendalian yang kurang memadai Kolom c diisi dengan perbaikan yang akan dilakukan

Kolom d diisi dengan pihak/unit penanggung jawab untuk menyelenggarakan kegiatan pengendalian Kolom e diisi dengan target waktu penyelesaian RTP

Kolom f diisi dengan realisasi waktu penyelesaian RTP

Contoh Penilaian atas Kegiatan Pengendalian yang Ada dan Masih Dibutuhkan (RTP atas Hasil Identifikasi Risiko)							
Nama Pemda : Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC							
Tahun Penilaian : 2018							
Tujuan Strategis : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat							
Urusan Pemerintahan : Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan							
No	Risiko Prioritas	Kode Risiko	Uraian Pengendalian yang Sudah Ada *)	Celah Pengendalian	Rencana Tindak Pengendalian	Pemilik/ Penanggung Jawab	Target Waktu Penyelesaian
I Risiko Strategis							
1	Pelayanan kesehatan belum memenuhi SPM Bidang Kesehatan	RSP.19.01.01.02	SOP Pertolongan Persalinan	Prosedur pengendalian tidak dapat dilaksanakan	Rekrutmen tenaga honorer kesehatan	Kepala Daerah	Triwulan IV 2019
2	Ibu hamil melahirkan tidak di fasilitas kesehatan	RSP.19.01.01.04	Perkada tentang analisis kebutuhan pegawai	Kuantitas SDM nakes yang terlihat kurang	Rekrutmen nakes	Kepala Daerah cq. Ka BKD & Ka Badan Diklat	Triwulan IV 2019
II Risiko Strategis Dinas Kesehatan							
1	Sarana pendukung Ante Natal Care (ANC) kurang memadai	RSO 19 01 05 03	SOP Kalibrasi Alat	Prosedur pengendalian belum dilaksanakan	Evaluasi atas implementasi SOP Kalibrasi Alat	Kepala Dinas	Triwulan I 2019
			Standar Pelayanan Puskesmas (Permenkes Nomor	Prosedur pengendalian belum dilaksanakan	Evaluasi atas implementasi Standar Pelayanan Puskesmas	Kepala Dinas	Triwulan II 2019
2	Ibu hamil melahirkan tidak di fasilitas kesehatan (puskesmas)	RSO 19 02 02 06	SOP penanganan ibu bersalin yang menyebutkan bahwa	Kualitas SDM nakes yang terlihat kurang	Mengadakan pelatihan nakes	Kepala Dinas Kesehatan	Triwulan II 2019
III Risiko Operasional Dinas Kesehatan							
1	Data ibu hamil miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan lainnya dan kecamatan dan kelurahan belum ada	ROO.19.01.05.05	Juknis Penggunaan DAK Non Fisik (Permenkes Nomor 3 Tahun 2019)	Prosedur pengendalian belum dilaksanakan	Evaluasi atas implementasi (Permenkes Nomor 3 Tahun 2019)	Kepala Bagian	Triwulan II 2019

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut Kolom b diisi dengan risiko prioritas Kolom c diisi dengan kode risiko

Kolom d diisi dengan uraian pengendalian-pengendalian yang sudah ada/terpasang. Agar diungkap tidak hanya nama SOP nya, Contoh SOP Pemeliharaan: Gedung dibersihkan 2 kali sehari.

Kolom e Diisi dengan alasan tidak efektif:

(1) Kebijakan dan Prosedur pengendalian sudah dilakukan, namun belum mampu menangani risiko yang teridentifikasi,

(2) Prosedur pengendalian belum/tidak dapat dilaksanakan,

(3) Kebijakan belum diikuti dengan prosedur baku yang jelas,

(4) Kebijakan dan prosedur yang ada tidak sesuai dengan peraturan di atasnya Kolom f diisi dengan pengendalian yang masih dibutuhkan

Kolom g diisi dengan pihak/unit penanggung jawab untuk menyelenggarakan kegiatan pengendalian

Kolom h diisi dengan target waktu penyelesaian RTP

CONTOH

RENCANA DAN REALISASI ATAS PENGKOMUNIKASIAN ATAS KEGIATAN PENGENDALIAN YANG DIBANGUN

Nama Pemda : Pemerintah Kabupaten XYZ Tahun Penilaian : 2018 Tujuan Strategis : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Urusan Pemerintahan : Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan							
No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian	Penyedia Informasi	Penerima Informasi	Rencana Waktu Pelaksanaan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
a	b	c	d	e	f	g	h
1	Rekrutmen tenaga honorer kesehatan	Rapat	Sekda/Bappeda	Dinas Kesehatan BKPSDM	Triwulan I 2019	Februari 2019	Telah dilakanakan dan ditindaklanjuti. Dokumentasi berupa notulen
2	Rekrutmen nakes	Surat usulan penambahan nakes dan BKD ke BKN	BKD	BKN	Triwulan I 2020	Februari 2019	Telah dilakanakan dan ditindaklanjuti. Dokumentasi berupa notulen
3	Evaluasi atas implementasi SOP Alat Kalibrasi	Rapat/Surat Edaran	Dinas Kesehatan	Stat Dinas kesehatan terkait	Triwulan I 2019	Februari 2019	Telah dilakanakan dan ditindaklanjuti. Dokumentasi berupa notulen
4	Mengadakan pelatihan nakes	Surat/nota dinas usulan pelatihan nakes dari Kepala Bidang kepada Kepala Dinkes	Kepala Bidang	Kepala Dinkes	Triwulan I 2019	Februari 2019	Telah dilakanakan dan ditindaklanjuti. Dokumentasi berupa notulen
5	Evaluasi atas implementasi Standar Pelayanan Puskemas	Rapat/Surat Edaran	Dinas Kesehatan	Stat Dinas kesehatan terkait	Triwulan I 2019	Februari 2019	Telah dilakanakan dan ditindaklanjuti. Dokumentasi berupa notulen
6	Evaluasi atas implementasi (Permenkes Nomor 3 Tahun 2019)	Rapat/Surat Edaran	Dinas Kesehatan	Stat Dinas kesehatan terkait	Triwulan I 2019	Februari 2019	Telah dilakanakan dan ditindaklanjuti. Dokumentasi berupa notulen

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan Kolom c diisi dengan Media/Bentuk Sarana Pengkomunikasian Kolom d diisi dengan Penyedia Informasi

Kolom e diisi dengan Penerima Informasi

Kolom f diisi dengan Rencana Waktu Pelaksanaan Kolom g diisi dengan Realisasi Waktu Pelaksanaan

CONTOH**RENCANA DAN REALISASI PEMANTAUAN ATAS KEGIATAN PENGENDALIAN INTERN YANG DIBUTUHKAN**

Keterangan

Kolom a diisi dengan nomor urut

Kolom b diisi dengan Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan Kolom c diisi dengan Bentuk/Metode Pemantauan yang Diperlukan Kolom d diisi dengan Penanggung Jawab Pemantauan

Kolom e diisi dengan Waktu Pelaksanaan Pemantauan Kolom f diisi dengan Rencana Waktu Pelaksanaan

Kolom g diisi dengan Keterangan tambahan, seperti keterangan hasil kegiatan pemantauan, pelaksanaan monitoring, pendokumentasian, pendistribusian, dan keterangan lainnya

Nama Pemda : Pemerintah Kabupaten XYZ Tahun Penilaian : 2018 Tujuan Strategis : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Urusan Pemerintahan : Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan						
No	Kegiatan Pengendalian yang Dibutuhkan	Bentuk/Metode Pemantauan yang Diperlukan	Penanggung Jawab Pemantauan	Rencana Waktu Pelaksanaan Pemantauan	Realisasi Waktu Pelaksanaan	Keterangan
a	b	c	d	e	f	g
1	Rekrutmen tenaga honorer kesehatan	Konfirmasi persiapan dan laporan pelaksanaan kegiatan	Kepala Dinas Kesehatan Direktur RSUD	Oktober, November, Desember 2019	Oktober, November, Desember 2019	Monitoring telah dilaksanakan, didokumentasikan, dan didistribusikan
2	Rekrutmen nakes	Konfirmasi/ pemantauan berkelanjutan	BKD	Semester I	Juni 2019	Monitoring telah dilaksanakan, didokumentasikan, dan didistribusikan
3	Evaluasi atas implementasi SOP Alat Kalibrasi	Konfirmasi pelaksanaan Laporan pelaksanaan kegiatan	Kepala Dinas Kesehatan Direktur RSUD	Semester I	Juni 2019	Monitoring telah dilaksanakan, didokumentasikan, dan didistribusikan
4	Mengadakan pelatihan nakes	Konfirmasi/ pemantauan berkelanjutan	Kepala Dinas Kesehatan Direktur RSUD	Semester I	Juni 2019	Monitoring telah dilaksanakan, didokumentasikan, dan didistribusikan
5	Evaluasi atas implementasi Standar Pelayanan Puskemas	Konfirmasi pelaksanaan Laporan pelaksanaan kegiatan	Kepala Dinas Kesehatan Direktur RSUD	Semester I	Juni 2019	Monitoring telah dilaksanakan, didokumentasikan, dan didistribusikan
6	Evaluasi atas implementasi (Permenkes Nomor 3 Tahun 2019)	Konfirmasi pelaksanaan Laporan pelaksanaan kegiatan	Kepala Dinas Kesehatan Direktur RSUD	Semester I	Juni 2019	Monitoring telah dilaksanakan, didokumentasikan, dan didistribusikan

CONTOH
PENCATATAN KEJADIAN RISIKO (RISK EVENT) DAN PELAKSANA

Nama Pemda : Pemerintah Kabupaten XYZ, Provinsi ABC
 Tahun Penilaian : 2018
 Tujuan Strategis : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
 Urusan Pemerintahan : Urusan Wajib Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan

No	"Risiko" yang Teridentifikasi	Kode Risiko	Kejadian risiko			Keterangan	RTP	Rencana Pelaksanaan RTP	Realisasi Pelaksanaan RTP	Keterangan
			Tanggal terjadi	Sebab	Dampak					
I Risiko Strategis Pemda										
1	Pelayanan kesehatan belum memenuhi SPM Bidang Kesehatan	RSP.19.01.01.02	Maret 2019	Jumlah tenaga kesehatan belum memadai (Tenaga laboratorium, dokter, tenaga kesehatan)	Kematian Bayi	Diisi dengan keterangan tambahan	Recruitmen tenaga honorer kesehatan Rekrutmen nakes	Triwulan IV	Oktober 2019	Telah dilaksanakan, efektifitas RTP belum dapat diukur
	Masalah Risiko Baru									
II Risiko Strategis Dinas Kesehatan										
1	Sarana pendukung ANC kurang memadai	RSO.19.01.05.03	Tidak Terjadi	Tidak Terjadi	Tidak Terjadi	Tidak Terjadi	Evaluasi atas implementasi SOP Kalibrasi Alat	Triwulan I	Maret 2019	Telah dilaksanakan dan ditindaklanjuti
							Evaluasi atas implementasi Standar Pelayanan Puskesmas	Triwulan II	Apr-19	Telah dilaksanakan dan ditindaklanjuti
	Masalah Risiko Baru									
III Risiko Operasional Dinas Kesehatan										
1	Data Ibu hamil miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan lainnya dan kecamatan dan kelurahan belum ada	ROO.19.01.05.02	Tidak Terjadi	Tidak Terjadi	Tidak Terjadi	Tidak Terjadi	Evaluasi atas implementasi	Triwulan II	Apr-19	Telah dilaksanakan
	Masalah Risiko Baru									

Keterangan
 Kolom a diisi dengan nomor urut
 Kolom b diisi dengan risiko yang teridentifikasi

Kolom c diisi dengan kode risiko
 Kolom d diisi dengan tanggal terjadinya risiko pada tahun berjalan
 Kolom e diisi dengan penyebab peristiwa risiko saat terjadi pada tahun berjalan Kolom f diisi dengan dampak peristiwa risiko pada tahun berjalan
 Kolom g diisi dengan keterangan tambahan

CONTOH KODE RISIKO

Tingkat Risiko	Tahun Pelaksanaan Penilaian Risiko	Jenis Risiko	Entitas/OPD yang Menilai	Nomor urut di Entitas/OPD	Kode
RSP	19	01	01	01	RSP.19.01.01.01
RSO	19	02	05	01	RSO.19.02.05.01
ROO	19	03	25	01	ROO.19.03.25.01

Tingkat Risiko, terdiri dari 3 huruf sebagai berikut

- RSP Strategis Pemda
 RSO Strategis OPD
 ROO Operasional OPD

Jenis Risiko menggambarkan urusan Pemda terdiri dari 2 angka sebagai berikut

- | | |
|--|--|
| 01 Pendidikan | 21 Persandian |
| 02 Kesehatan | 22 Kebudayaan |
| 03 PU dan Tata Ruang | 23 Perpustakaan |
| 04 Perumahan dan Kawasan Permukiman | 24 Kearsipan |
| 05 Ketentraman, Ketertiban Umum, dan Perlindungan Masyarakat | 25 Kelautan dan perikanan |
| 06 Sosial | 26 Pariwisata |
| 07 Tenaga Kerja | 28 Kehutanan/Perkebunan |
| 08 Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak | 29 Energi dan Sumber Daya Mineral |
| 09 Pangan | 30 Perdagangan |
| 10 Pertanahan | 31 Perindustrian |
| 11 Lingkungan Hidup | 32 Transmigrasi |
| 12 Administrasi Kependudukan dan Pencatatan Sipil | 33 Penyusunan Kebijakan dan Koordinasi Administratif |
| 13 Pemberdayaan masyarakat dan desa | 34 Administrasi Kesekretariatan DPRD |
| 14 Pengendalian penduduk dan Keluarga berencana | 35 Pembinaan dan Pengawasan |
| 15 Perhubungan | 36 Perencanaan pembangunan, Litbang |
| 16 Komunikasi dan informatika | 37 Keuangan dan Pendapatan |
| 17 KUKM | 38 Kepegawaian dan Pengembangan SDM |
| 18 Penanaman Modal | 39 Bencana |
| 19 Kepemudaan dan Olahraga | 40 Politik |
| 20 Statistik | 99 Lainnya |

Entitas yang menilai terdiri dari 2 angka sebagai berikut:

- | | |
|--|---|
| 01 Pemda | 18 Dinas Perhubungan |
| 02 Sekretariat Daerah | 19 Dinas Komunikasi dan Informatika |
| 03 Sekretariat DPRD | 20 Dinas Perdagangan dan Koperasi Usaha Kecil Menengah |
| 04 Inspektorat Daerah | 21 Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu |
| 05 Dinas Pendidikan | 22 Dinas Pariwisata |
| 06 Dinas Kesehatan | 23 Dinas Pemuda dan Olahraga |
| 07 Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang | 24 Dinas Perindustrian |
| 08 Dinas Perumahan Rakyat dan Kawasan Permukiman | 25 Dinas Perpustakaan dan Kearsipan |
| 09 Satuan Polisi Pamong Praja | 26 Dinas Pertanian |
| 10 Dinas Sosial | 27 Dinas Perikanan |

11 Dinas Ketenagakerjaan
12 Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
13 Dinas Ketahanan Pangan
14 Dinas Lingkungan Hidup
15 Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil
16 Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa
17 Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Bencana

28 Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
29 Badan Pengelola Keuangan, Pendapatan Aset Daerah
30 Badan Kepegawaian Daerah
31 Badan Penanggulangan bencana Daerah
32 Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
33 RSUD
99 Lainnya

GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR,

ttd

ISRAN NOOR

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT DAERAH PROV. KALTIM
KEPALA BIRO HUKUM,



H. ROZANI ERAWADI, SH, M.Si
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 19710124 199703 1 007