



STIKep
PPNI Jawa Barat

2021

PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

TIM PENYUSUN

BHAKTI PERMANA, M.SI., M.KEP

WINI HADIYANI, M.KEP

NYAYU NINA PUTRI CALISANI, M.KEP

EVA SUPRIATIN, M.KEP

SUSY PUSPASARI, M.KEP

TRI ANTIKARIZKI KP, M.KEP., SP.KEP.M.B

PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL 2021

Tim Penyusun:

Bhakti Permana., S.Kep., Ners., M.Si

Wini Hadiyani., S.Kp., M.Kep

Nyayu Nina Putri Calisani, M.Kep

Eva Supriatin, M.Kep

Susy Puspasari, M.Kep

Tri Antika Rizki Kp, M.Kep., SP.Kep.M.B



STIKep PPNI JAWA BARAT

PEDOMAN AUDIT INTERNAL 2021

Hak cipta dilindungi undang-undang
No. Pencatatan Hak Cipta:

Dilarang memperbanyak isi buku panduan ini, baik sebagian maupun seluruhnya dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penulis:

Buku ini dipublikasikan oleh:

STIKep PPNI Jawa Barat
Jalan Ahmad IV No. 32
Cicendo, Kota Bandung 40173
Indonesia
Telepon : +62 22 6121914
Website: <http://stikep-ppnijabar.ac.id/>

Tim Penyusun :

Bhakti Permana., S.Kep., Ners., M.Si

Wini Hadiyani., S.Kp., M.Kep

Nyayu Nina Putri Calisani, M.Kep

Eva Supriatin, M.Kep

Susy Puspasari, M.Kep

Tri Antika Rizki Kp, M.Kep., SP.Kep.M.B

ISBN.....

LEMBAR PENGESAHAN

BUKU PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL STIKEP PPNI JAWA BARAT TAHUN 2021

Buku pedoman Audit mutu Internal STIKep PPNI Jawa Barat disusun untuk dasar pelaksanaan Audit Mutu Internal di lingkungan Program Studi, Lembaga/Bagian Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan PPNI Jawa Barat.

Bandung, 29 Maret 2021

Mengetahui,
Kepala LPMPT



(Ns. Nunung Nurhayati, M.Kep)
NIDN. 0410047903

Ketua Tim Penyusun



(Bhakti Permana, M.Kep., M.Si)
NIP.197608252005011001

Menyetujui
Ketua STIKep PPNI Jawa Barat



(Ns. Diwa Agus SUdrajat M.Kep)
NIP. 197509012005011002

TIM PENYUSUN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL
TAHUN 2021

Bhakti Permana., S.Kep., Ners., M.Si
Wini Hadiyani., S.Kp., M.Kep
Nyayu Nina Putri Calisani, M.Kep
Eva Supriatin, M.Kep
Susy Puspasari, M.Kep
Tri Antika Rizki Kp, M.Kep., SP.Kep.M.B

Visi dan Misi STIKep PPNI Jawa Barat

A. Visi

“Menjadi perguruan tinggi yang unggul dan professional dalam bidang keperawatan, berbasis riset, inovasi, dan teknologi serta berdaya saing di tingkat nasional dan internasional”

B. Misi

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan berbasis riset, teknologi, dan inovasi dengan kurikulum, pengajar serta metode pembelajaran yang berkualitas.
- 2) Menyelenggarakan dan mengembangkan kegiatan riset kesehatan dan teknologi informasi yang inovatif untuk mendukung peningkatan pelayanan kesehatan.
- 3) Menyelenggarakan pengabdian kepada masyarakat berdasarkan hasil riset sebagai kontribusi dalam penyelesaian masalah kesehatan.
- 4) Menyelenggarakan *good university governance* yang didukung oleh teknologi informasi.
- 5) Menciptakan lingkungan yang kondusif untuk penyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
- 6) Menjamin lulusan STIKEP PPNI menjadi manusia yang berkarakter, bermartabat, dan berintegritas
- 7) Menyelenggarakan kerjasama lintas sektoral Nasional maupun Internasional untuk mendukung pelaksanaan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

VISI DAN MISI LEMBAGA PENJAMIN MUTU PERGURUAN TINGGI STIKep PPNI JAWA BARAT

Visi :

“Peningkatan Standar Penjaminan Mutu internal dalam upaya pencapaian Visi STIKep PPNI Jabar”

Misi :

1. Melaksanakan siklus Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) secara terencana dan berkelanjutan.
2. Terselenggaranya monitoring dan evaluasi (Monev – In) pada program studi dan unit kerja sertamelalui audit internal di STIKep PPNI Jawa Barat
3. Mendukung kesiapan Sekolah tinggi dan program studi dalam pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME)
4. Melaksanakan pengembangan dan inovasi sistem penjaminan mutu berbasis teknologi informasi dan komunikasi.

Tujuan

1. Memastikan siklus Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) secara terencana dan berkelanjutan.
2. Menjamin terselenggaranya monitoring dan evaluasi (Monev – In) pada program studi dan unit kerja serta melalui audit internal di STIKep PPNI Jawa Barat
3. Memastikan kesiapan Sekolah tinggi dan program studi dalam pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME)
4. Memastikan pengembangan dan inovasi sistem penjaminan mutu berbasis teknologi informasi dan komunikasi.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas hidayah-Nya sehingga tim penyusun dapat menyelesaikan buku pedoman audit mutu internal STIKep PPNI Jabar. Shalawat dan salam selalu kita mohonkan kepada Allah SWT semoga senantiasa tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW, beliau sebagai suri tauladan kita dalam segala aspek kehidupan.

Buku ini merupakan Pedoman Audit Mutu Internal yang disusun oleh tim penyusun Pedoman Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar atas sepengetahuan Lembaga Penjamin Mutu Perguruan Tinggi (LPMPT).

Pedoman ini dimaksudkan untuk memastikan siklus penjaminan mutu berupa Penetapan, Pelaksanaan seluruh standar mutu yang berlaku secara nasional berjalan dengan baik. Tahapan setelah Pelaksanaan adalah Evaluasi. Evaluasi ini dapat berupa monitoring, evaluasi dan audit. Audit Mutu Internal (AMI) adalah proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di STIKep PPNI Jabar sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar untuk mencapai tujuan institusi. Oleh karena itu AMI merupakan tahapan yang sangat strategis dalam pengembangan mutu perguruan tinggi terutama untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan.

Secara garis besar buku ini menguraikan tentang prosedur mengaudit mutu akademik STIKep PPNI Jabar termasuk prinsip-prinsip audit, pengelolaan program audit dan melakukan audit sistem manajemen. Pedoman ini juga mengatur tentang evaluasi kompetensi individu yang terlibat dalam proses audit, etika audit termasuk orang yang mengelola program audit, auditor dan tim audit.

Ucapan terimakasih disampaikan pada seluruh pihak khususnya tim penyusun yang telah mewujudkan Pedoman Audit Mutu Internal. Akhirnya, semoga Pedoman Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar dapat dijadikan panduan pengauditan di lingkungan STIKep PPNI Jabar.

Bandung, 29 Maret 2021

Ketua Tim Penyusun



YAYASAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA JAWA BARAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN PPNI JAWA BARAT
PROGRAM STUDI : DIII KEPERAWATAN – S1 KEPERAWATAN – PROFESI NERS
SK. MENDIKNAS RI Nomor : 01/D/O/2009
Kampus I Jl. Ahmad IV NO. 32 Telp./Fax (022) 6121914 Bandung
Kampus II Jl. Muhammad No. 34 Telp./Fax. (022) 6004498 Bandung
www.stikep-ppnijabar.ac.id

SURAT KEPUTUSAN
KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN PPNI JAWA BARAT
Nomor: IV/091.1/STIKep/PPNI/JBR/III/2021

TENTANG
PENETAPAN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL
STIKEP PPNI JAWA BARAT
TAHUN 2021

Menimbang:

1. Bahwa dalam rangka implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal dan untuk mengevaluasi pencapaian mutu penyelenggaraan Pendidikan pada STIKep PPNI Jabar, perlu disusun Pedoman Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar Tahun 2021;
2. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana pada huruf a, perlu menetapkan Keputusan Ketua STIKep PPNI Jabar tentang Pedoman Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar Tahun 2021.

Mengingat:

1. Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional.
2. Undang-undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen.
3. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 2013 tentang perubahan atas Peraturan.
5. Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2009 tentang Dosen.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi.
8. Peraturan Menteri Riset dan Teknologi Pendidikan Tinggi Nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
9. Peraturan Menteri Riset dan Teknologi Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal.
10. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
11. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi.
12. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 7 Tahun 2020 tentang Pendirian, Perubahan, pembubaran Perguruan Tinggi Negeri dan Pendirian, Perubahan, Pencabutan izin Perguruan Tinggi Swasta.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

Pertama : Menetapkan Pedoman Audit Mutu Internal STIKep PPNI JABAR Tahun 2021.



YAYASAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA JAWA BARAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN PPNI JAWA BARAT
PROGRAM STUDI : DIII KEPERAWATAN – S1 KEPERAWATAN – PROFESI NERS
SK. MENDIKNAS RI Nomor : 01/D/O/2009

Kampus I Jl. Ahmad IV NO. 32 Telp./Fax (022) 6121914 Bandung
Kampus II Jl. Muhammad No. 34 Telp./Fax. (022) 6004498 Bandung
www.stikep-ppnijabar.ac.id

- Kedua : Dengan disahkannya Pedoman Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar maka pedoman Audit Mutu Internal sebelumnya dinyatakan tidak berlaku.
- Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Bandung, 29 Maret 2021



Nes Dwi Astuti Sudrajat, S.Kep., M.Kep
NIP. 197509012005011002

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
TIM PENYUSUN PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL.....	v
VISI DAN MISI STIKep PPNI JAWA BARAT.....	vi
VISI DAN MISI LEMBAGA PENJAMIN MUTU PERGURUAN TINGGI STIKep PPNI JAWA BARAT.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
Ketua Tim Penyusun.....	viii
SURAT KEPUTUSAN.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Audit Mutu Internal.....	1
B. Dasar Hukum AMI.....	2
C. Sistematika Pedoman AMI.....	3
BAB II AUDIT MUTU INTERNAL.....	4
A. Pengertian Audit Mutu Internal (AMI).....	4
B. Tujuan Audit Mutu Internal (AMI).....	4
C. Manfaat Audit Mutu Internal (AMI).....	5
D. Sasaran Audit Mutu Internal (AMI).....	6
E. Uraian Tugas dalam Audit.....	6
F. Audit Mutu Internal dalam Siklus PPEPP SPMI.....	7
BAB III TATA KELOLA AUDIT MUTU INTERNAL.....	9
A. Sumber Daya Auditor.....	9
B. Kriteria dan Kualifikasi Auditor.....	9
C. Mekanisme Rekrutmen Auditor AMI.....	10
D. Struktur Kerja Auditor.....	11
E. Fungsi, Kedudukan, Wewenang dan Tanggung Jawab Auditor.....	12
F. Sistem Penghargaan Auditor.....	14
BAB IV PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL.....	15
A. Pengertian.....	15
B. Perumusan Kebijakan, Tujuan, Peran dalam AMI.....	15
C. Penentuan Lingkup dan Area.....	16
D. Detail Perencanaan Audit.....	19
E. Penentuan Tim Auditor.....	20
F. Penentuan Jadwal dan Tempat.....	21
G. Persiapan Dokumen.....	22
BAB V PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL.....	23
A. Pengertian Audit Dokumen (Desk Evaluation).....	23
B. Pelaksanaan Audit Dokumen.....	23
C. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen dan Rekaman.....	24
D. Pembuatan Daftar Tilik/ <i>Checklist</i>	26

E.	Rapat Pembukaan dan Pelaksanaan Audit Lapangan/ Visitasi.....	27
F.	Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya.....	30
G.	Teknik Wawancara/Bertanya.....	30
H.	Teknik Telusur.....	33
I.	Pengumpulan Bukti Audit dan Dokumen.....	33
J.	Perumusan Temuan Audit.....	35
K.	Ekspos dan Rapat Penutupan Audit.....	36
BAB VI LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL.....		38
A.	Jenis dan Struktur Pelaporan AMI.....	38
B.	Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi.....	39
C.	Tindak lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK).....	39
BAB VII RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN AUDIT MUTU INTERNAL.....		41
A.	Definisi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	41
B.	Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	41
C.	Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	41
D.	Prosedur Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	42
E.	Agenda Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	43
F.	Materi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	44
G.	Peserta Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	45
H.	Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	45
I.	Tindak Lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	46
BAB VIII AUDIT TINDAK LANJUT.....		47
A.	Penyampaian Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi.....	47
B.	Penjadwalan Audit Tindak Lanjut.....	47
C.	Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut (Asessmen Tindak Lanjut).....	48
D.	Pelaporan Audit Tindak Lanjut.....	48
BAB IX KODE ETIK AUDIT MUTU INTERNAL.....		49
A.	Pengertian Kode Etik.....	49
B.	Tujuan Kode Etik.....	49
C.	Prinsip-Prinsip Audit Mutu Internal.....	49
D.	Azas Auditor.....	50
E.	KODE ETIK AUDITOR DAN AUDITEE.....	51
F.	HAK DAN KEWAJIBAN AUDITOR DAN AUDITEE.....	53
G.	SANKSI AUDITOR DAN AUDITEE.....	53
BAB X PENUTUP.....		55

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Audit Mutu Internal

Setiap perguruan tinggi melaksanakan program penjaminan mutu pada pendidikan tinggi karna merupakan salah satu program yang sangat penting. Pelaksanaan sistem penjaminan mutu internal (SPMI) adalah sistem yang selaras dengan undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional sebagai penentu peningkatan mutu pendidikan tinggi. Undang-undang nomor 12 Tahun 2012 pada pasal 52 menjelaskan bahwa Penjaminan Mutu merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan. Sesuai dengan Pasal 5 ayat (1) Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang SPM Dikti yaitu (1) SPMI memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas; a) Penetapan Standar, b) Pelaksanaan Standar, c) Evaluasi Pelaksanaan Standar, d) Pengendalian Pelaksanaan Standar, dan e) Peningkatan Standar Pendidikan Tinggi, yang dikenal dengan siklus PPEPP. Pada ayat (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf c salah satunya dilakukan melalui Audit Mutu Internal (AMI).

Audit Mutu Internal yang merupakan kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu perguruan tinggi terutama mutu secara berkelanjutan yang prosesnya melalui penilaian secara sistematis, mandiri, dan terdokumentasi. Audit Mutu Internal dapat disebut sebagai evaluasi diri dan sebagai bentuk persiapan dalam rangka dievaluasi oleh pihak eksternal seperti BAN PT maupun lembaga akreditasi lainnya. Karenanya evaluasi diri perlu disiapkan dengan tahapan yang benar serta analisis yang memadai agar menghasilkan rekomendasi dalam peningkatan mutu tepat sasaran. Sehingga tercapainya mutu STIKep PPNI Jabar yang sesuai antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi dan standar yang ditetapkan oleh perguruan tinggi.

Audit Mutu Internal dilakukan sebagai tanggung jawab penjaminan mutu internal secara berkelanjutan terhadap capaian SPMI STIKep PPNI Jabar. Selain itu AMI dilakukan sebagai bentuk persiapan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME) oleh BAN-PT dalam periode waktu 5 (lima) tahun sekali, sekaligus sebagai upaya untuk memperbaiki secara optimal setiap komponen ketidaksesuaian. Diharapkan hasil audit mutu internal SPMI dapat menjadi masukan yang efektif guna mengetahui pelaksanaan Standar Nasional Pendidikan dan untuk melakukan peningkatan mutu Standar Nasional Dikti yang berkelanjutan pada unit-unit akademik STIKep PPNI Jabar.

Dalam Audit Mutu Internal dokumen akademik dan dokumen mutu adalah pelaksanaan penjaminan mutu berdasarkan dokumen. Dokumen akademik sebagai rencana atau standar yang memuat tentang arah/kebijakan, visi-misi, standar pendidikan, penelitian, dan pengabdian pada masyarakat, serta peraturan akademik. Sedangkan dokumen mutu sebagai instrumen untuk mencapai dan memenuhi standar yang telah ditetapkan. Dokumen mutu terdiri dari manual mutu, manual prosedur, instruksi kerja, dokumen pendukung, dan borang. Untuk menjamin bahwa standar yang telah ditetapkan dilaksanakan, dipenuhi, dievaluasi, dan ditingkatkan maka diperlukan monitoring dan evaluasi, evaluasi diri, dan audit internal.

Tujuan dilaksanakan Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar adalah untuk meningkatkan kinerja lembaga sehingga dapat memberikan pelayanan pendidikan kepada penggunanya. Penyelenggaraan Audit Mutu Internal yang bersifat periodik akan memberi gambaran secara baik tentang perkembangan dan perubahan pada masing-masing tahapan di perguruan tinggi secara sistematis dan kohesif.

Dalam pelaksanaannya, sebelum dilakukan AMI setiap perguruan tinggi disarankan untuk menetapkan kebijakan AMI yang memuat beberapa aspek diantaranya: tujuan, sasaran, lingkup

kegiatan yang diaudit, unit kerja yang akan diaudit, auditor, metode pelaksanaan audit, instrument audit, waktu dan jadwal audit, serta pelaporan dan tindak lanjut hasil audit.

Peningkatan mutu akan lebih sempurna apabila sebelum dilakukan AMI didahulukan dengan penyusunan dokumen oleh pihak teraudit atau *auditee*, kemudian AMI dilakukan melalui tahapan yang ditetapkan oleh perguruan tinggi dikoordinir oleh unit penjaminan mutu. Proses AMI dilakukan melalui dua tahapan yaitu audit dokumen dan audit visitasi. Hasil AMI digunakan untuk memperoleh langkah peningkatan implementasi SPMI yang diformulasikan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

Laporan AMI menjadi bahan utama dalam perumusan langkah peningkatan standar yang terdapat pada SPMI oleh karena itu bentuk laporan AMI pada setiap perguruan tinggi dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, namun dalam penyusunan laporan AMI harus sistematis agar mudah dipahami oleh pihak teraudit guna perbaikan bahkan peningkatan pada periode AMI berikutnya.

B. Dasar Hukum AMI

Landasan hukum pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) STIKep PPNI Jabar adalah sebagai berikut:

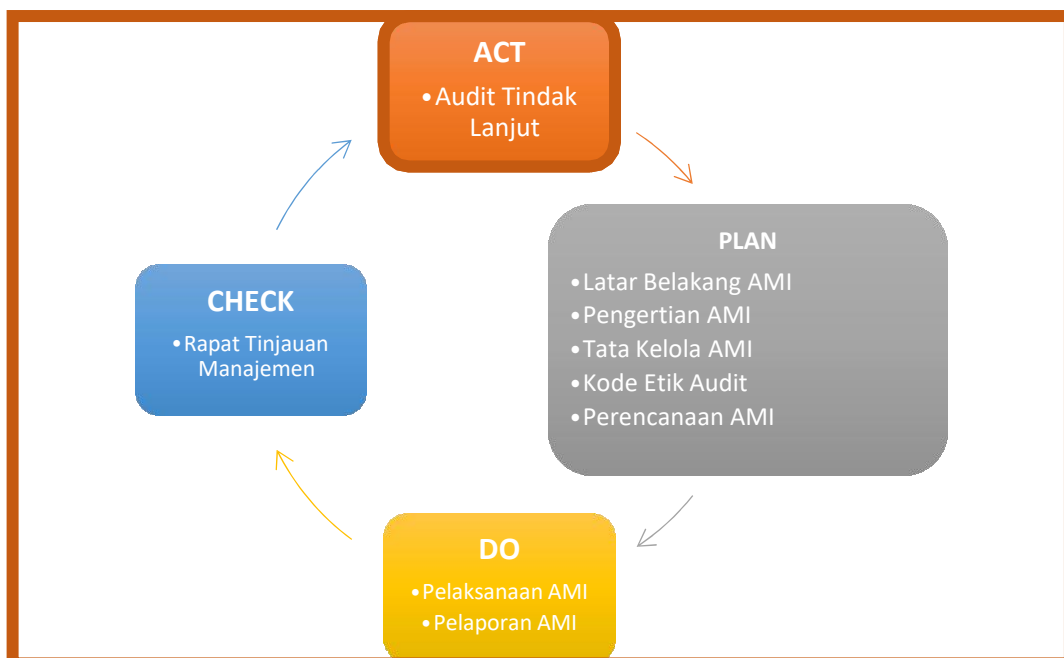
1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
2. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 61 tahun 2016 tentang Pangkalan Data Pendidikan Tinggi;
3. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020, Perubahan atas Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 tahun 2015 dan Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 50 tahun 2018, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
5. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2020 tentang Perubahan Perguruan Tinggi Negeri Menjadi Perguruan Tinggi Badan Hukum;
6. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 5 tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;
7. Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Islam Nomor 102 Tahun 2019 tentang Standar Keagamaan Pendidikan Tinggi Keagamaan Islam
8. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 Tahun 2017 tentang Sistem Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi;
9. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 3 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi;
10. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 4 tahun 2019 tentang Pengajuan Permohonan Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;
11. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 5 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Program Studi;
12. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 1 Tahun 2020 tentang Mekanisme Akreditasi untuk Akreditasi yang dilakukan oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi;

13. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 tahun 2020 tentang Instrumen Suplemen Konversi. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
14. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2005 tentang Guru dan Dosen;
15. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
16. Undang-undang Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
17. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan;
18. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia;
19. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2016 Tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
20. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
21. Permendikbud No. 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;
22. Permendikbud Nomor 6 Tahun 2020 tentang Penerimaan Mahasiswa Baru Program Sarjana pada Perguruan Tinggi Negeri

C. Sistematika Pedoman AMI

Untuk mempermudah memahami pedoman ini, sistematika alur berpikir dan aktivitasnya dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 1 Sistematika Pedoman AMI



BAB II

AUDIT MUTU INTERNAL

A. Pengertian Audit Mutu Internal (AMI)

Audit Mutu Internal (AMI) secara umum dapat dipahami sebagai proses pengujian/pemeriksaan yang sistematis, mandiri (*independen*), dan terdokumentasi. Hal ini untuk memastikan apakah pelaksanaan kegiatan disuatu perguruan tinggi sesuai dengan prosedur dan standar mutu yang telah ditetapkan oleh institusi tersebut. Standar mutu yang dimaksud yaitu standar dasar (*minimal*) berupa Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan standar khusus (*tambahan*) yang dimiliki oleh STIKep PPNI Jabar.

AMI pada dasarnya bukanlah suatu penilaian (*asesmen*), tetapi lebih kepada verifikasi kesesuaian antara perencanaan suatu kegiatan atau program dengan implementasinya di lapangan. AMI dalam hal ini bermaksud untuk mengukur tingkat kesesuaian pelaksanaan kegiatan secara internal organisasi sendiri dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Pengukuran kesesuaian tersebut terkait dengan peraturan, prosedur, instruksi kerja dalam rangka peningkatan mutu institusi dan untuk mengurangi risiko ketidaktercapaian standar dan/atau terjadi penurunan kualitas.

Secara substansif, ada beberapa unsur penting dalam kegiatan AMI diantaranya akuntabilitas, objektivitas, dan independensi. Akuntabilitas yaitu seluruh kegiatan audit harus dapat dipertanggungjawabkan baik secara hukum maupun moral. Objektivitas dimaknai bahwa kegiatan audit harus dilakukan tanpa adanya rekayasa dan dilakukan dengan jujur apa adanya (*objektif*). Sedangkan independensi bermakna kegiatan audit harus bebas dari kepentingan tertentu atau intervensi pihak yang dapat menjadikan hasil audit menjadi bias dan tidak objektif.

Berdasarkan paparan di atas, secara ringkasnya dapat dijelaskan bahwa audit adalah serangkaian kegiatan yang berjalan secara sistematis, independen dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit (*audit evidence*) dan mengevaluasinya secara objektif dan tanpa rekayasa untuk menentukan sejauh mana kriteria audit terpenuhi. STIKep PPNI Jabar selama ini telah menerapkan sebuah sistem manajemen mutu dan audit mutu internal sebagai salah satu kegiatan wajib yang harus dijalankan oleh lembaga.

B. Tujuan Audit Mutu Internal (AMI)

Secara umum tujuan Audit Mutu Internal (AMI) adalah untuk memverifikasi kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar pendidikan tinggi sehingga dapat dihasilkan rekomendasi peningkatan mutu dan penjaminan akuntabilitas berdasarkan praktik baik serta temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi yang ada.

Secara khusus ada beberapa tujuan Audit Mutu Internal (AMI) yang hendak dicapai, yakni:

1. Memastikan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STIKep PPNI Jabar memenuhi standar atau regulasi. Secara minimalis SPMI harus menjadi Standar Nasional Pendidikan Tinggi sebagai acuan awal dan kemudian menambahkan dengan standar tambahan lainnya sesuai dengan kondisi perguruan tinggi masing-masing.
2. Memastikan implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STIKep PPNI Jabar sesuai dengan standar/ sasaran/ tujuan. AMI adalah kegiatan yang mandiri, objektif, terencana secara sistematis, dan berdasarkan serangkaian bukti untuk memastikan tujuan dan sasaran dari unit atau program yang telah ditetapkan telah terpenuhi.

3. Mengevaluasi efektivitas penerapan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STIKep PPNI Jabar AMI dilakukan oleh peer group terhadap unit atau institusi dan atau program atau kegiatan dengan memeriksa atau menginvestigasi prosedur, proses atau mekanisme. Kegiatan memeriksa juga berarti mengecek, mencocokkan, dan memverifikasi dalam rangka mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu yang telah dibuat.
4. Mengidentifikasi peluang perbaikan Sistem Penjaminan Mutu Internal SPMI di STIKep PPNI Jabar. Melalui penelusuran bukti-bukti yang ada, AMI dilakukan untuk memastikan bahwa sistem manajemen yang diterapkan oleh institusi teraudit telah sesuai atau memenuhi standar yang telah ditetapkan dan tidak bertentangan dengan peraturan perundangan yang berlaku.
5. Membantu institusi/ program studi STIKep PPNI Jabar dalam menghadapi akreditasi atau audit mutu eksternal, baik pada skala nasional (BAN PT) ataupun internasional.

C. Manfaat Audit Mutu Internal (AMI)

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan bagian penting dalam kerangka peningkatan kualitas (*quality improvement*) dari suatu organisasi yang memproduksi jasa atau layanan kepada *stakeholdersnya*, bagian ini merupakan inti dari Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Oleh karena itu, SPMI yang dibangun STIKep PPNI Jabar tidak akan berjalan dengan maksimal, jika AMI tidak terlaksana dengan baik, hal ini karena hasil AMI merupakan parameter utama untuk melakukan *control* dan *improvement* dari suatu standar mutu yang ditetapkan. Dengan demikian, AMI harus memberikan manfaat besar di dalam mengakselerasi kinerja institusi baik dari bidang akademik maupun non akademik.

Manfaat AMI ini diperoleh berdasarkan hasil monitor dan evaluasi dari prosedur audit, asesmen dan evaluasi yang dilakukan secara berkala untuk memastikan setiap perencanaan yang telah ditetapkan bersesuaian dengan pelaksanaan berdasarkan parameternya, sehingga akhirnya dapat diminimalisir penyebab ketidaksesuaian tersebut. Manfaat AMI ini dapat dikategorikan menjadi dua bagian yaitu manfaat terhadap pengelola/pimpinan dan manfaat terhadap institusi.

Manfaat AMI terhadap pengelola/pimpinan STIKep PPNI Jabar secara langsung adalah:

1. Pimpinan STIKep PPNI Jabar tidak mengalami kesulitan dalam menjalankan roda organisasi karena tersedia informasi yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan yang strategis.
2. Pimpinan tidak lagi mengawasi secara langsung pengelolaan manajemen mutu dalam perguruan tinggi, karena pengendalian yang diterapkan berjalan secara berkesinambungan (*continuous improvement*). Dengan demikian, pengendalian internal maupun eksternal perguruan tinggi dapat berjalan sesuai dengan visi serta misi pada STIKep PPNI Jabar.
3. Pimpinan memperoleh rekomendasi peningkatan mutu pendidikan tinggi, karena dengan rekomendasi ini pihak pimpinan/pengelola dapat mengembangkan berbagai program untuk mencapai Visi STIKep PPNI Jabar. Oleh karena, AMI merupakan salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam lingkup AMI, antara lain:
 - Konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan yang diharapkan (*Learning Outcomes*).
 - Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus
 - Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual

prosedur dan instruksi kerja program studi.

- Kecukupan penyediaan sarana–parasarana dan sumber daya pembelajaran, penelitian dan/atau pengabdian kepada masyarakat.
- Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi penelitian dan pengabdian serta kerjasama. Manfaat AMI terhadap institusi secara langsung adalah:
 1. Membantu organisasi dalam mencapai tujuannya dengan cara mengevaluasi dan mendorong adanya peningkatan melalui proses:
 2. Memverifikasi tujuan STIKep PPNI Jabar, Standar pendidikan tinggi yang ditetapkan STIKepPPNI Jabar dan nilai- nilai yang telah ditetapkan dengan pelaksanaannya sesuai regulasi;
 3. Memantau kesesuaian pencapaian tujuan/pelaksanaan dengan standar;
 4. Menjamin akuntabilitas dari pelaksanaan standar;
 5. Menemukan ruang perbaikan dalam rangka mengurangi risiko Perguruan Tinggi: Risiko Kualitas, Risiko Hukum, Risiko Keuangan, Risiko Strategik, Risiko Kepatuhan, Risiko Operasional, Risiko Reputasi
 6. Memberikan ukuran terhadap hasil kinerja institusi terhadap jasa layanan yang diberikan kepada *stakeholders*. Sehingga, dapat dipastikan penyediaan layanan yang memadai dan terkendali serta *continuous improvement*.

D. Sasaran Audit Mutu Internal (AMI)

Berdasarkan manfaat yang dapat diberikan oleh pelaksanaan AMI yang baik dan profesional, maka sasaran utama dari AMI adalah:

1. Terbentuknya sistem tata kelola organisasi yang handal dan terpercaya (Good University Governance);
2. Tercapai dan terlampauinya setiap standar mutu yang telah ditetapkan baik standar mutu bidang akademik maupun non akademik secara kontinu (*continuous improvement*);
3. Terciptanya budaya mutu di setiap aktivitas civitas akademika di STIKep PPNI Jabar;
4. Terakselerasinya pemenuhan indikator-indikator akreditasi perguruan tinggi baik akreditasi nasional maupun internasional;
5. Terbentuknya kerangka kerja yang terstruktur untuk pencapaian VISI dan MISI institusi secara maksimal;
6. Terbangunnya penyusunan program kerja dan pembiayaan yang tepat sasaran.
7. Terbentuknya program studi dan unit-unit yang handal dan berkemajuan;
8. Tercapainya pengakuan perguruan tinggi di tingkat regional maupun global.

E. Uraian Tugas dalam Audit

Secara khusus pembagian tugas dalam kerja audit dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Ketua Tim Audit bertugas:

1. Merencanakan audit, mengatur piranti kerja untuk anggota tim dan mengarahkan tim audit;
2. Membuat jadwal audit yang disepakati oleh auditee;
3. Melaporkan dengan segera setiap ketidaksesuaian dan hambatan yang dihadapi dalam melaksanakan audit kepada Kepala Pusat Audit dan Pengendalian Mutu di LPMPT.
4. Melaporkan hasil audit kepada pimpinan (Ketua LPMPTT)

b. Auditor bertugas:

1. Mengkaji ulang kelengkapan dokumen mutu

akademik yang berlaku (audit sistem);

2. Menggali dan menganalisis bukti yang relevan agar dapat menyimpulkan pelaksanaan sistem mutu yang diaudit;
 3. Mempelajari indikasi yang dapat mempengaruhi hasil audit atau mungkin memerlukan audit lebih lanjut;
 4. Pada saat kegiatan konsultasi dapat menjawab pertanyaan tentang:
 - a) Prosedur, dokumen, atau informasi lain yang menggambarkan atau mendukung unsur- unsur sistem mutu yang diperlukan, diketahui, tersedia, dipahami dan digunakan oleh auditee;
 - b) Semua dokumen dan informasi lain yang digunakan untuk menggambarkan sistem mutu yang memadai untuk mencapai tujuan mutu.
- c. Auditee bertugas:
1. Menginformasikan kepada penanggung-jawab unit kerja yang akan diaudit tentang tujuan dan lingkup audit;
 2. Menyepakati jadwal audit yang ditawarkan oleh Tim Audit;
 3. Menunjuk staf yang bertugas mendampingi Tim Audit;
 4. Menyepakati lingkup audit;
 5. Menyediakan dokumen dan ruang yang diperlukan oleh Tim Audit untuk menjamin efektivitas dan efisiensi proses audit;
 6. Membuka akses ke fasilitas dan bukti material yang diminta auditor;
 7. Melakukan kerjasama sinergis dengan auditor agar tujuan audit tercapai, menerima laporan hasil audit melalui Kaprodi/ Ka. Lembaga & Bagian;
 8. Menentukan dan berinisiatif melaksanakan tindakan koreksi berdasarkan laporan audit.

F. Audit Mutu Internal dalam Siklus PPEPP SPMI

Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal pada perguruan tinggi menjadi parameter utama untuk memotret kualitas dari setiap dimensi aktivitas dalam rangka pencapaian visi dan misi institusi. Namun parameter tersebut harus senantiasa diukur secara berkala dan berkelanjutan melalui metode evaluasi yang benar dan sistematis. Bagian evaluasi ini telah tertuang dalam proses implementasi SPMI tersebut berdasarkan Permenristek No. 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi melalui siklusnya yang di kenal dengan PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian dan Peningkatan).

Pengukuran tersebut dinyatakan bahwa mutu pendidikan tinggi adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi, baik yang terdapat pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN Dikti) maupun standar tambahan yang ditetapkan oleh masing-masing perguruan tinggi. Alat utama untuk melihat tingkat kesesuaian tersebut melalui evaluasi pelaksanaan standar pendidikan

tinggi. Dengan demikian, karena pentingnya kegiatan evaluasi ini di dalam proses *quality improvement* yang merupakan bagian dari siklus PPEPP (penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan standar Pendidikan tinggi). Evaluasi dimaksud secara khusus dilaksanakan dengan mekanisme Audit Mutu Internal (AMI), sebagaimana termaktub dalam dalam pasal 5 Permenristekdikiti No. 62 Tahun 2016 tentang tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi pada ayat 1 yang menjelaskan SPMI memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas:

- a) Penetapan Standar Pendidikan Tinggi,
- b) Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi,
- c) Evaluasi
- d) Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi,
- e) Pengendalian pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi; dan
- f) Peningkatan Standar Pendidikan Tinggi, kemudian penjelasan ayat 2 yang memperkuat kedudukan AMI sebagai bentuk tindakan terstruktur untuk melaksanakan evaluasi standar mutu, bunyi ayatnya sebagai berikut; Evaluasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf c dilakukan melalui Audit Mutu Internal (AMI). Kedudukan tersebut dapat dilihat pada gambar berikut.

BAB III

TATA KELOLA AUDIT MUTU INTERNAL

A. Sumber Daya Auditor

Auditor AMI adalah dosen perorangan yang memenuhi kualifikasi tertentu dan dinilai memiliki kecakapan yang memadai setelah melalui serangkaian tes dan bertugas melakukan audit terhadap kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja memberikan pelayanan pendidikan kepada pengguna.

LPMPT merumuskan kriteria calon auditor lalu menyurati fakultas secara resmi meminta pengiriman calon auditor yang memenuhi kriteria minimal yang telah ditetapkan. Kemudian LPMPT mengadakan pelatihan auditor internal sebagai proses screening perekrutan auditor.

Pelatihan auditor internal ini pada prinsipnya bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan merancang SPMI, mempersiapkan para auditor untuk melakukan AMI, dan sebagai screening menemukan auditor yang memiliki kompetensi, komitmen, dan kualifikasi yang tinggi sebagai auditor STIKep PPNI Jabar.

Beberapa materi inti yang sesuai dengan keperluan audit disampaikan di dalam pelatihan audit, yaitu, standar nasional Pendidikan Tinggi (SNPT), standar penjaminan mutu internal (SPMI) STIKep PPNI Jabar, kompetensi dan etika audit STIKep PPNI Jabar, pengenalan instrumen dan pelaksanaan audit, dan praktek audit internal.

Kegiatan ini didahului dengan pre-test sebelum pelatihan berlangsung dan diakhir dengan post-test setelah pelatihan dilaksanakan untuk mengukur keberhasilan pelatihan dan melihat peningkatan output dari pelatihan. LPMPT dengan memperhatikan hasil pelatihan, mengajukan peserta yang memenuhi kualifikasi untuk ditetapkan sebagai calon auditor internal. Berdasarkan usulan LPMPT, Ketua menetapkan calon yang lulus sebagai auditor di lingkungan STIKep PPNI Jabar.

Berdasarkan SK Ketua, LPMPT menugaskan auditor untuk melakukan audit pada unit-unit kerja di lingkungan STIKep PPNI Jabar. Dalam melaksanakan tugas dan wewenangnya, auditor diberi fasilitas dan instrument kerja yang dibutuhkan.

B. Kriteria dan Kualifikasi Auditor

1. Kriteria dan Kualifikasi Auditor:

- a. Dosen tetap STIKep PPNI Jabar
- b. Berpendidikan minimal S-2
- c. Dinyatakan lulus dalam pelatihan sebagai auditor AMI
- d. Memiliki kemampuan mengoperasikan komputer dan sistem teknologi informasi
- e. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik
- f. Memiliki kemampuan metode dan teknis audit kinerja
- g. Mampu menjadi pemimpin (sebagai *lead auditor*) maupun follower/ anak buah (anggota auditor);
- h. Memiliki pengetahuan/wawasan yang cukup dengan area yang diaudit;

- i. Menguasai teknik audit;
1. Karakteristik Auditor:
 - a. Tidak bias terhadap auditee;
 - b. Memiliki pengetahuan atas topik-topik yang ditugaskan dan apabila diperlukan dapat melibatkan pakar yang dapat diterima oleh auditee;
 2. Tugas auditor:
 - a. Melaksanakan audit secara independen dan objektif sesuai dengan instrument audit AMI dan Surat Penugasan Audit;
 - b. Mengumpulkan, memverifikasi, dan menganalisis bukti audit yang relevan supaya dapat menyimpulkan pelaksanaan sistem mutu yang diaudit.
 - c. Menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit;
 - d. Mempelajari indikasi yang dapat mempengaruhi hasil audit yang mungkin memerlukan pengauditan lebih lanjut dan melaporkan hasil audit kepada LPMPT;
 - e. Melaksanakan tugas audit sesuai dengan kode etik auditor.
 - f. Pada saat kegiatan konsultasi dapat menjawab pertanyaan:
 3. Kriteria ketua tim audit:

Ketua tim audit dipilih dari auditor dan oleh para auditor yang memenuhi kualifikasi dengan mempertimbangkan kriteria sebagai berikut.

 - a. Sudah bekerja sebagai auditor;
 - b. Menunjukkan *interpersonal skill* yang bagus;
 - c. Menunjukkan kemampuan berkomunikasi secara efektif, baik secara lisan maupun tertulis;
 - d. Memiliki komitmen yang tinggi dalam peningkatan mutu akademik.

C. Mekanisme Rekrutmen Auditor AMI

Mekanisme SPM Dikti yang diamanatkan oleh UU No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (UU Dikti) bab III pasal 53 tentang Sistem Penjaminan Mutu dan Pasal 3 Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 Tentang SPM Dikti, bahwa SPM Dikti terdiri atas; a) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) oleh perguruan tinggi, dan b) Sistem Penjamin Mutu Eksternal (SPME) oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN PT). Selanjutnya luaran penerapan SPMI digunakan oleh BAN-PT untuk menetapkan status dan peringkat terakreditasi perguruan tinggi atau program studi. SPMI dilaksanakan melalui Audit Mutu Internal (AMI) dan SPME melalui Audit Mutu Eksternal (AME).

Keyakinan dalam proses audit dan kemampuan untuk mencapai tujuan tergantung pada kompetensi dari orang-orang yang terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan. Kompetensi harus melalui proses kemampuan untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan, sehingga untuk memastikan pelaksanaan SPM maka mekanisme rekrutmen auditor AMI dilakukan sesuai dengan rasio kebutuhan yang ada. Rasio kebutuhan auditor paling sedikit adalah dua kali jumlah lembaga, unit, dan perangkat kerjayang menjadi sasaran audit atau auditee. Jumlah auditor relatif sesuai dengan dinamika perkembangan lembaga, unit, dan

perangkat kerja yang ada. Mekanisme rekrutmen auditor AMI berlangsung dalam 3 (tiga) tahap, yaitu:

1. Pendaftaran.

Pendaftaran auditor AMI bersifat terbuka bagi seluruh dosen. Masing-masing dosen memiliki hak yang sama untuk mendaftar sebagai auditor AMI. Pengecualian diberlakukan kepada dosen yang memiliki tugas tambahan sebagai pimpinan (Rektor, Wakil Rektor, Dekan, dan Wakil Dekan). Tahap pendaftaran ini sekaligus sebagai tahap seleksi pertama yang bersifat administratif:

1. Dosen tetap;
2. Berpendidikan minimal S-2;
3. Memiliki kemampuan mengoperasikan komputer dan sistem teknologi informasi;
4. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik;
5. Memiliki kemampuan metode dan teknis audit kinerja;
6. Memiliki sertifikat atau surat keterangan pelatihan auditor; dan
7. Lulus tes sebagai auditor AMI

2. Tes kemampuan dasar

Tes kemampuan dasar auditor dimaksudkan untuk menggali pengetahuan, keterampilan dan sikap/perilaku yang akan diarahkan untuk menilai substansi pemahaman dan kapasitas calon auditor.

3. Tes psikologi

Tahap ketiga dilakukan untuk menelusuri (*tracking*) sisi kejiwaan calon auditor AMI sehingga dapat memberikan dukungan terhadap kesuksesan melaksanakan tugas audit kinerjanya. Pada tahap ini, LPMPPT juga dimungkinkan untuk melibatkan pihak luar dalam pelaksanaannya.

Setelah semua tahap seleksi dilakukan, calon auditor yang memenuhi kriteria dan kualifikasi yang ditetapkan diusulkan oleh LPMPPT kepada Rektor untuk dikeluarkan Surat Keputusan sebagai auditor AMI.

D. Struktur Kerja Auditor

Dalam melaksanakan AMI maka tim auditor bekerja secara profesional berdasarkan dengan mekanisme untuk memastikan bahwa input proses dan output dapat terpenuhi sesuai dengan struktur kerja auditor. Adapun struktur kerja auditor:

1. Auditor menentukan perencanaan AMI jadwal audit yang merupakan bagian terpenting dari suatu proses audit yang baik karena dengan memiliki jadwal audit yang tersedia sehingga auditee dapat mengetahui kapan audit dilaksanakan.
2. Auditor menentukan Perencanaan Proses AMI. Langkah pertama dalam perencanaan audit adalah mengkonfirmasi dengan pihak auditee kapan audit akan dilakukan, sehingga memungkinkan auditor dan auditee untuk berkolaborasi secara bersama-sama dalam menentukan waktu yang terbaik.
3. Pelaksanaan Audit Mutu Internal: Audit Sistem/*Desk Evaluation* dan Audit Visitasi/Lapangan. Audit Sistem/*Desk Evaluation* adalah Audit dilakukan terhadap dokumen sistem organisasi, penjaminan mutu, dan dokumen SPMI untuk memenuhi persyaratan standar yang ditetapkan. Audit ini dilakukan oleh tim auditor tanpa kehadiran

auditee dengan tujuan mendapat daftar pertanyaan. Audit Visitasi/Lapangan adalah memeriksa apakah standar yang telah ditetapkan dalam dokumen standar dalam SPMI atau yang telah dijanjikan, dipenuhi atau tidak, salah satunya dengan mengisi dokumen evaluasi kinerja. dan memeriksa/ memastikan apakah setiap dokumen SPMI (misal: manual SPMI atau instruksi kerja) telah dilaksanakan secara tertib dan benar.

4. Membuat Pelaporan Audit. Pertemuan penutupan dengan auditee adalah suatu keharusan untuk memastikan bahwa aliran informasi tidak tertunda. auditee ingin tahu apakah ada kelemahan yang perlu ditangani, dan juga untuk mengetahui jika ada proses yang bisa di *Improve*. Ini harus diikuti dengan catatan tertulis sesegera mungkin untuk memberikan informasi dalam format yang lebih permanen untuk membuat tindak lanjut dari informasi tersebut. Dengan mengidentifikasi tidak hanya area-area yang tidak sesuai dengan proses, tetapi juga area positif dan area yang memiliki potensi untuk *improvement*, auditee akan mendapatkan nilai tambah dari hasil AMI.
5. Tindak lanjut atas Masalah atau Perbaikan yang ditemukan. Seperti banyak standar mutu, tindak lanjut merupakan salah satu langkah penting. Jika masalah telah ditemukan dan tindakan lanjut perbaikan telah dilakukan, lalu memastikan bahwa temuan tersebut telah diperbaiki dan itu merupakan kunci dari perbaikan. Jika *improvement* telah selesai dilakukan, kemudian proses berikutnya adalah melihat berapa banyak proses telah meningkat dari sebelumnya.

E. Fungsi, Kedudukan, Wewenang dan Tanggung Jawab Auditor

1. Fungsi dan Kedudukan Auditor

Upaya yang dilakukan untuk melihat ketercapaian kinerja lembaga, unit-unit, maupun perangkat kerja lainnya terhadap kesesuaian dari PPEPP yang telah dirancang, maka perlu kegiatan audit dilaksanakan. Auditor memiliki fungsi yang penting dalam kegiatan audit ini. Auditor berfungsi untuk menjaga sistem penjaminan mutu pada setiap unit yang ada pada Perguruan Tinggi. Auditor harus memiliki kompetensi, pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya.

Auditor pada Perguruan Tinggi memiliki kedudukan sebagai dosen perorangan yang memiliki kualifikasi tertentu dan dinilai memiliki kecakapan yang memadai setelah melalui serangkaian tes dan bertugas melakukan audit terhadap kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja memberikan pelayanan pendidikan kepada pengguna.

2. Wewenang dan tanggungjawab auditor

Pada pelaksanaan audit, Auditor memiliki wewenang yang dapat dilakukannya, yaitu sebagai berikut :

- a. Melaksanakan audit kinerja terhadap lembaga, unit dan perangkat kerja di lingkungan Perguruan Tinggi;
- b. Melakukan evaluasi terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja Perguruan Tinggi sebagai auditee sesuai dengan instrument AMI yang berlaku;
- c. Melakukan komunikasi dengan auditee untuk pelaksanaan AMI pada periode tertentu;
- d. Menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit; dan

- e. Memberikan catatan, saran dan rekomendasi terhadap auditee dan pihak-pihak lain yang memiliki keterkaitan dalam rangka meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional yang ditetapkan.

Jadi kelompok kerja dapat dibagi menjadi ketua, sekretaris dan anggota. Masing-masing fungsi dari Auditor memiliki tanggung jawab yang berbeda.

Tanggung Jawab Auditor:

- a. Melaksanakan AMI sesuai dengan instrument yang berlaku;
- b. Melaksanakan audit dokumen dan audit lapangan;
- c. Mengkoordinasikan pelaksanaan AMI dengan auditee dan lembaga pelaksana; dan
- d. Melaporkan hasil pelaksanaan AMI.

Prinsip yang harus dijalankan oleh Auditor dalam setiap kegiatan audit adalah:

- *Ethical conduct* (etika pelaksanaan)
 - *Fair presentation* (penyampaian yang adil)
 - *Due professional care* (memperhatikan cara kerja yang profesional)
- e. Membuka Pertemuan untuk memperkenalkan anggota tim auditor kepada pimpinan teraudit;
 - f. Menyampaikan tujuan audit, lingkup dan area audit
 - g. Membagi tugas kepada anggota tim
 - h. Menyampaikan ringkasan metode dan prosedur yang digunakan dalam melaksanakan audit
 - i. Menegaskan hubungan formal antara tim auditor dan teraudit;
 - j. Mengkonfirmasi ketersediaan sumber daya yang diperlukan;
 - k. Mengkonfirmasi jadwal pertemuan-pertemuan dan penutupan audit;
 - l. Mengklarifikasi setiap rencana audit yang tidak jelas;
 - m. Memimpin audit;
 - n. Membuat keputusan akhir atas temuan audit;
 - o. Menyerahkan berkas audit dan Draft laporan REK (Ringkasan eksekutif dan kesimpulan)
 - p. Menutup Pertemuan.

Tanggung jawab sekretaris Auditor:

1. Memastikan semua Dokumen administrasi audit sudah ada;
2. Mencatat semua temuan/ketidaksesuaian sesuai dengan fokus Audit;
3. Pencatatan dilakukan berdasarkan Form administrasi
4. Mencetak Dokumen administrasi 3 rangkap dan ditanda tangani oleh ketua auditor dan auditee.

Tanggung jawab anggota Auditor:

1. Membantu ketua auditor di dalam proses audit;
2. Membantu melakukan pemeriksaan Dokumen yang terkait dengan audit;

3. Membantu dalam proses wawancara dengan pengelola, mahasiswa dan dosen;
4. Membantu Ketua auditor dan sekretaris menyiapkan Draft laporan Ringkasan eksekutif dan kesimpulan

F. Sistem Penghargaan Auditor

Untuk penugasan, auditor diberi kompensasi berupa honor sesuai dengan aturan perundang-undangan. Honor bisa dalam bentuk pemberian langsung dalam bentuk rapat di luar jam kerja atau bagian dari perhitungan poin remunerasi.

Dalam rangka memotivasi auditor untuk meningkatkan kualitas audit di STIKep PPNI Jabar, maka diadakanlah Pemberian Penghargaan *Performance* AMI. Adapun pemberian penghargaan ini merupakan apresiasi dan amanah bahwa penghargaan ini merupakan suatu capaian yang baik sebagai bentuk penilaian bagi institusi maupun pribadi. Penghargaan ini dilaksanakan setiap tahunnya karena ada banyak manfaat yang diperoleh, antara lain untuk memicu dan memberikan rangsangan kepada auditor lain agar mencontoh mereka yang sudah berhasil, untuk memicu moral akreditasi, dan mutu perguruan tinggi perguruan tinggi untuk memberikan suatu perbaikan dan pengembangan lembaga dan unit kerja serta sebagai mawas diri jika suatu saat ada pemeriksaan tak perlu khawatir karena sudah siap.

Dengan diberikannya penghargaan tersebut diharapkan dapat menjadi pemacu bagi Auditor AMI agar senantiasa meningkatkan kinerja, integritas dan komitmennya dalam menjalankan tugasnya sebagai Auditor

BAB IV

PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

A. Pengertian

Audit mutu internal hakekatnya merupakan salah diantara cara melakukan penilaian, dalam rangka memperoleh informasi tentang peningkatan mutu pengelolaan pendidikan tinggi. Kegiatan utama Audit Mutu Internal berupa proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di perguruan tinggi sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar untuk mencapai tujuan institusi.

Kegiatan penilaian dalam lingkup Audit Mutu Internal yang dilakukan pada pendidikan tinggi, memerlukan perencanaan yang matang, sehingga proses audit tersebut dapat berjalan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan, berjalan secara transparan, dan menghasilkan laporan audit yang mampu memberikan gambaran secara utuh mutu kelembagaan. Perencanaan audit harus mempertimbangkan risiko kegiatan audit. Perencanaan harus memfasilitasi penjadwalan dan koordinasi kegiatan audit yang efisien untuk mencapai tujuan secara efektif.

Perencanaan AMI meliputi semua kegiatan yang dilakukan sebelum proses AMI dilakukan. Perencanaan AMI meliputi:

- Perumusan kebijakan dan tujuan AMI
- Penentuan lingkup dan area
- Penentuan auditor
- Penentuan jadwal dan tempat
- Persiapan dokumen

Perencanaan AMI yang baik akan berpengaruh pada suksesnya kegiatan AMI, kualitas dan efektivitas pelaksanaan AMI serta diperoleh rekomendasi yang sangat bermanfaat bagi STIKep PPNI Jabar ataupun program studi menuju terciptanya budaya mutu.

B. Perumusan Kebijakan, Tujuan, Peran dalam AMI

Audit mutu internal merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), oleh karenanya, audit mutu internal tersebut merupakan kegiatan yang independen, obyektif, terencana secara sistemik, dan berdasarkan serangkaian bukti, di dalamnya terdapat unsur konsultasi yang bertujuan memberikan nilai tambah atau perbaikan bagi unit yang diaudit, sehingga unit tersebut dapat mencapai atau memenuhi standard mutu ditetapkan. Kegiatan AMI dilakukan oleh *peer group* terhadap unit atau institusi, dengan memeriksa atau menginvestigasi prosedur, proses atau mekanisme yang ditetapkan. Kegiatan AMI yaitu mengecek, mencocokkan, dan memverifikasi dalam rangka memastikan bahwa tujuan dan sasaran dari unit atau program yang telah ditetapkan benar-benar terpenuhi.

Secara umum kegiatan audit mutu internal tersebut adalah berusaha melakukan peningkatan mutu perguruan tinggi secara berkelanjutan dalam menyelenggarakan pendidikan tinggi sesuai dengan visi masing-masing. Terselenggaranya kegiatan AMI di STIKep PPNI Jabar sangat ditentukan oleh adanya kebijakan AMI yang diputuskan oleh pimpinan STIKep PPNI Jabar. Secara umum kebijakan AMI dirumuskan berdasarkan dua pertimbangan.

Pertama AMI dilaksanakan karena adanya kebutuhan STIKep PPNI Jabar untuk selalu melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan pemenuhan standar yang telah ditetapkan, sehingga AMI dilakukan secara periodik (merupakan siklus yang berkelanjutan). Selanjutnya, AMI juga bisa dilakukan karena adanya kebutuhan yang mendesak (bukan merupakan bagian dari siklus), misalnya ada kontrak kerja dengan lembaga di luar STIKep PPNI Jabar yang mensyaratkan adanya AMI, pemenuhan persyaratan dari lembaga akreditasi/sertifikasi, atau adanya keinginan dari manajemen untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran, penelitian atau pengabdian kepada masyarakat. Perumusan tujuan AMI kadang sulit dipisahkan dengan kebijakan AMI karena adanya kebijakan AMI selalu berkaitan dengan alasan mengapa AMI dilaksanakan (tujuan AMI). Oleh karena itu dalam perencanaan AMI kadang kebijakan dan tujuan tidak selalu muncul bersamaan.

Disamping itu, perencanaan AMI adalah membagi peran kepada setiap individu baik pimpinan, unit lembaga, dan atau pelaksana kegiatan dalam menjalankan ketetapan audit mutu internal seperti; a) pimpinan institusi yaitu menetapkan kebijakan Audit Mutu Internal, b) unit penjaminan mutu yaitu melakukan penyusunan mekanisme AMI, instrument, lingkup, dan melatih auditor mutu internal, c) Auditor Mutu Internal yaitu mempelajari mekanisme AMI, lingkup dan area, berkoordinasi dengan partner dan melakukan audit dokumen dan visitasi ke lapangan (unit kelembagaan).

Kegiatan perencanaan yang dilakukan sebelum menjalankan tugas audit mutu internal bagi setiap individu yang terlibat antara lain:

1. Pimpinan institusi:
 - Membuat kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal dalam semua lingkup pengelolaan pendidikan tinggi.
 - Menetapkan komitmen pelaksanaan AMI secara periodik
 - Menetapkan kebijakan AMI sesuai dengan kebijakan mutu dalam sistem penjaminan mutu yang telah diimplementasikan lembaga pendidikan itu sendiri
2. Unit Penjaminan Mutu
 - Menetapkan mekanisme AMI sesuai dengan prosedur baku SPMI pada perguruan tinggi
 - Menetapkan mekanisme auditor AMI dapat menjalankan tugas sesuai dengan prosedur dan norma yang telah ditentukan
 - Menetapkan mekanisme pelaksanaan audit mutu internal terintegrasi dalam PPEPP SPMI STIKep PPNI Jabar.
3. Auditor Mutu Internal
 - Selalu proaktif dan *update* pengetahuan tentang AMI seperti mekanisme, lingkup isi AMI dan jadwal kegiatan AMI
 - Meningkatkan wawasan tentang lingkup dan area AMI (keorganisasian institusi, sistem manajemen, dan lingkup tugas unit dan person).
 - Berkoordinasi dengan partner dan melakukan audit dokumen maupun kegiatan di lapangan

C. Penentuan Lingkup dan Area

Pelaksanaan Audit Mutu Internal harus direncanakan dengan persiapan yang maksimal, hal ini karena kegiatan ini memiliki peran penting dan memberikan dampak perubahan terhadap

institusi, jikalau hasil evaluasinya memberikan informasi dan data yang valid dan handal. Keinginan memperoleh hal maksimal tersebut tidak lepas dari penentuan elemen-elemen atau bagian yang menjadi objek evaluasi. Oleh karena itu, pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan AMI ini harus dari awal perencanaan sudah menyepakati atau manajemen pengelolah jaminan mutu telah menetapkan lingkup yang menjadi tujuan pelaksanaan audit.

Secara umum lingkup AMI meliputi semua persyaratan sistem yang berpengaruh terhadap mutu layanan. Persyaratan sistem meliputi: dokumen sistem penjaminan mutu, organisasi, komitmen(tanggungjawab)manajemen, dan sumber daya (sumber daya manusia, infrastruktur, keuangan), dan program kegiatan, serta evaluasi dan monitoring. Kemudian untuk lebih terarah perlu juga menetapkan area AMI yang meliputi unit, bagian, seksi dan/atau satuan yang menjadi obyek audit, misalnya laboratorium, seksi akademik dan kemahasiswaan, bagian pengajaran, bagian keuangan, perpustakaan, unit teknologi informasi dan/atau bagian tata usaha. Hal ini, agar AMI bisa lebih teliti, detail dan mendalam serta temuan yang dihasilkan dapat lebih bermanfaat.

Secara khusus ruang lingkup AMI ini dapat pula dikategorikan berdasarkan variabilitas kondisi di lingkup organisasi perguruan tinggi. Ruang lingkup audit mutu internal yang dimaksud tersebut;

a. Berdasarkan unit kerja

Lingkup bagian ini merupakan audit yang sifatnya kelembagaan, yang memperhatikan setiap proses yang terjadi didalamnya. Bagian ini terdiri dari; Universitas, fakultas, Prodi dan non fakultas (Lembaga, UPT dan Bagian-bagian struktural).

b. Berdasarkan isu audit

Audit yang dilaksanakan terkait dengan isu, ini sangat variative antar perguruan tinggi, karena setiap STIKep PPNI Jabar memiliki pola standarisasi yang berbeda, terutama dalam penetapan Lembaga yang menjadi rujukan standarisasi mutunya, bagian ini diantaranya;

- Audit berdasar standar mutu perguruan tinggi;
- Audit berdasar kriteria akreditasi baik akreditasi nasional maupun internasional
- Audit berdasar proses pelaksanaan kegiatan tri dharma perguruan tinggi dan terkait mutu layanan yang diimplementasikan.

Selain itu ruang lingkup Audit Mutu Internal pada perguruan tinggi selalu berfokus pada Tridharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian). Kemudian dapat merumuskan standar tambahan lainnya sesuai dengan kebutuhan pada masing-masing perguruan tinggi. Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) meliputi semua proses yang terjadi dan terekam pada bagian yang terlibat dalam meningkatkan kinerja perguruan tinggi. Secara detail objek AMI yang dimaksud tersebut yaitu:

1. Audit Akademik, yang meliputi:

- 1) Dokumen Akademik berupa ketersediaan kurikulum, silabus, dan RPS;
- 2) Kegiatan Akademik;
- 3) Penetapan Pembimbing Akademik.
- 4) Penetapan dosen pengampu.
- 5) Monitoring perkuliahan.
- 6) Presensi mahasiswa.
- 7) Praktikum Mata Kuliah.

- 8) Ujian tengah semester.
 - 9) Pengisian Jurnal atau berita acara perkuliahan.
 - 10) Standarisasi soal ujian.
 - 11) Ujian akhir semester.
 - 12) Penyampaian nilai dari dosen pengampu.
 - 13) Evaluasi perkuliahan.
 - 14) Rekap Indeks Prestasi Kumulatif Mahasiswa setiap semester.
 - 15) Rekap Indeks Prestasi Kumulatif Mahasiswa setiap lulusan.
 - 16) Ujian komprehensif.
 - 17) Skripsi/Karya Ilmiah Akhir
 - 18) Perpustakaan yang mencakup pengadaan koleksi, sirkulasi dan kerjasama antar perpustakaan.
 - 19) Penelitian dosen dan mahasiswa;
 - 20) Publikasi Ilmiah Dosen dan Mahasiswa;
 - 21) Sitasi pada Karya Ilmiah Dosen dan Mahasiswa;
 - 22) Program Pengabdian
 - 23) Peningkatan kapasitas bahasa asing;
 - 24) Pelaksanaan Praktik Pengalaman Lapangan (PPL);
 - 25) Pelaksanaan ujian BTA dan PPI;
 - 26) Peningkatan kemampuan komputer;
 - 27) Wisuda.
2. Audit Administrasi Akademik yang meliputi:
- a. Pembayaran SPP atau registrasi/heregeistrasi;
 - b. Penerbitan Kartu Tanda Mahasiswa (KTM);
 - c. Penerbitan Surat Keterangan masih kuliah;
 - d. Drop Out (DO)
 - e. Ijin cuti, pindah perguruan tinggi;
 - f. Administrasi Perkuliahan
 - g. Pengisian Kartu Rencana Studi (KRS);
 - h. Kredit perkuliahan;
 - i. Jadwal perkuliahan;
 - j. Laporan administrasi perkuliahan dari dosen pengampu;
 - k. Publikasi rekap presensi mahasiswa;
 - l. Publikasi nilai dari dosen pengampu;
 - m. Administrasi Evaluasi Pembelajaran
 - 1) Jadwal Ujian Tengah Semester (UTS)
 - 2) Jadwal ujian akhir semester (UAS);
 - 3) Penerbitan dan sosialisasi tata tertib ujian;
 - 4) Penerbitan transkrip nilai;
 - 5) Penerbitan surat keterangan lulus;
 - 6) Penerbitan ijazah dan Surat Keterangan Pendamping Ijazah (SKPI);
 - 7) Legalisir ijazah dan transkrip nilai;
3. Audit Non Administrasi Kemahasiswaan yang meliputi:
- 1) Monitoring Pelaksanaan Pemilu Mahasiswa;
 - 2) Penetapan pengurus lembaga kemahasiswaan;

- 3) Pembentukan Unit Kegiatan Mahasiswa (UKM);
 - 4) Pengelolaan dana kemahasiswaan;
 - 5) Pengelolaan beasiswa.
4. Audit Kepegawaian yang meliputi:
1. Manajemen Sumberdaya Manusia
 - a. Rekrutmen pegawai;
 - b. Penugasan pegawai;
 - c. Mutasi dan roling pegawai;
 - d. Manajemen karir pegawai;
 - e. Pengangkatan pejabat;
 - f. Pemberhentian pejabat;
 - g. Ijin dan tugas belajar pegawai.
 2. Laporan dan Evaluasi Kepegawaian
 - a. Penyusunan laporan Sasaran Kerja Pegawai (SKP);
 - b. Penyusunan Laporan Capaian Kinerja Harian (LCHK) Pegawai;
 - c. Beban Kerja Dosen (BKD)
 - d. Indeks Kinerja Dosen (IKD)
 - e. Penerbitan Keputusan Penetapan Hasil Penilaian LBKD;
 - f. Pemberian penghargaan pegawai berprestasi;
 - g. Pemberian sanksi pegawai;
 - h. Pembinaan pegawai.
 3. Peningkatan Kapasitas
 - a. Higher Education bagi tenaga edukatif;
 - b. *Capacity Building* bagi tenaga kependidikan.
5. Audit Kelembagaan yang meliputi:
1. Kebijakan, informasi dan prosedur penerimaan mahasiswa;
 2. Pembukaan dan evaluasi program studi;
 3. Kerjasama Kelembagaan;
 4. Akreditasi program studi dan institusi;
 5. Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)
 6. Pelaksanaan Audit Mutu Eksternal (AME)
 7. Studi penelusuran alumni / Tracer Study
 8. Pelaksanaan Audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)
 9. Pelaksanaan Audit Inspektorat Jenderal (Irjend) Kemenag RI
 10. Sistem Informasi Akademik
 11. Pengadaan Barang dan Jasa / Unit Layanan Pengadaan

Ruang lingkup audit mutu internal yang telah disebutkan tersebut, akan mudah diukur ketercapaiannya jika setiap prosesnya dilakukan dengan berdasar pada standar operasional prosedur (SOP). Oleh karena itu, unsur utama yang perlu dihatikan dalam pelaksanaan audit adalah ketersediaan SOP dan **keterlaksanaan SOP itu sendiri.**

D. Detail Perencanaan Audit

Jumlah detail yang disediakan dalam rencana audit harus mencerminkan ruang lingkup dan kompleksitas audit, serta risiko tidak mencapai tujuan audit. Dalam merencanakan audit, ketua tim audit harus mempertimbangkan hal-hal berikut:

- c. Komposisi tim audit dan kompetensi keseluruhannya;
- d. Teknik pengambilan sampel yang sesuai.
- e. Peluang untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kegiatan audit;
- f. Risiko-risiko dalam pencapaian tujuan audit akibat perencanaan audit yang tidak efektif;
- g. Risiko terhadap auditee akibat kinerja audit.

Risiko bagi pihak yang diaudit dapat timbul dari kehadiran anggota tim audit yang mempengaruhi auditee khususnya terkait kesehatan dan keselamatan, lingkungan dan kualitas produk dan layanan, personel atau infrastrukturnya. Perencanaan audit harus cukup fleksibel untuk memungkinkan perubahan yang dapat menjadi penting seiring dengan kemajuan kegiatan audit. Perencanaan audit harus membahas atau merujuk hal-hal berikut:

1. Tujuan audit;
2. Ruang lingkup audit, termasuk identifikasi organisasi dan fungsinya, serta proses yang diaudit;
3. Kriteria audit dan setiap referensi informasi yang terdokumentasi;
4. Lokasi (fisik dan virtual), tanggal, waktu yang diharapkan dan durasi kegiatan audit yang akan dilakukan, termasuk pertemuan dengan pihak manajemen auditee;
5. Perlunya tim audit untuk membiasakan diri dengan fasilitas dan proses auditee (mis. dengan melakukan tur lokasi fisik, atau meninjau teknologi informasi dan komunikasi);
6. Metode audit yang akan digunakan, termasuk sejauh mana pengambilan sampel audit diperlukan untuk mendapatkan bukti audit yang memadai
7. Peran dan tanggung jawab anggota tim audit.
8. Alokasi sumber daya yang tepat berdasarkan pertimbangan risiko dan peluang yang terkait dengan kegiatan yang akan diaudit

Selanjutnya, Perencanaan audit juga harus mempertimbangkan;

1. Identifikasi perwakilan auditee untuk audit;
2. Bahasa pelaporan audit di mana ada perbedaan dari bahasa auditor atau auditee atau keduanya;
3. Topik laporan audit;
4. Pengaturan logistik dan komunikasi, termasuk pengaturan khusus untuk lokasi yang akan diaudit;
5. Setiap tindakan spesifik yang harus diambil untuk mengatasi risiko untuk mencapai tujuan dan peluang audit yang timbul;
6. Hal-hal yang berkaitan dengan kerahasiaan dan keamanan informasi;
7. Tindakan tindak lanjut dari audit sebelumnya atau sumber lain, mis. Lesson learned, project review, dll.
8. Setiap kegiatan tindak lanjut untuk audit yang direncanakan;
9. Koordinasi dengan kegiatan audit lainnya, dalam hal audit bersama.

E. Penentuan Tim Auditor

Penanggung jawab AMI harus menentukan auditor untuk melaksanakan AMI pada suatu unit kerja yang akan diaudit. Penentuan auditor harus mendapat persetujuan dari tiga belah pihak yaitu klien (manajemen), teraudit dan auditornya sendiri. Hal ini terjadi karena AMI bukanlah suatu kegiatan untuk mencari kesalahan atau kekurangan melainkan audit bertujuan untuk membantu

teraudit dalam mencari ruang peningkatan, sehingga ke tiga belah pihak harus bahagia dan tidak terpaksa dalam menjalankan dan menerima tugas tersebut.

Jumlah auditor ditentukan berdasar luas lingkup dan area yang akan diaudit. Jumlah auditor seharusnya berjumlah ganjil (3, 5, atau 7), hal tersebut diperlukan jika pada saat akan menentukan keputusan audit terjadi perbedaan pendapat antar auditor sehingga perlu dilakukan voting, agar tidak terjadi skor yang sama maka auditor harus ganjil jumlahnya. Namun demikian, pada prinsipnya hasil audit ditentukan berdasarkan pemahaman yang sama pada kriteria atau standar yang digunakan dalam audit. Ketua Tim auditor diusahakan adalah mereka yang sudah mengikuti pelatihan lead auditor dan atau auditor senior yang sudah memiliki pengalaman audit minimal 5 tahun.

Penugasan tersebut harus mempertimbangkan ketidakberpihakan dan objektivitas serta kompetensi auditor dan penggunaan sumber daya yang efektif, serta peran dan tanggung jawab yang berbeda dari auditor, auditor dalam pelatihan dan pakar teknis. Rapat tim audit harus diadakan, jika perlu, oleh ketua tim audit untuk mengalokasikan penugasan kerja dan memutuskan kemungkinan perubahan. Perubahan pada penugasan kerja dapat dilakukan saat audit berlangsung untuk memastikan pencapaian tujuan audit

Auditor mutu internal harus memiliki kompetensi, pengetahuan, dan keterampilan yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Kompetensi dan pengetahuan dibuktikan dengan sertifikat sedangkan ketrampilan dibuktikan dengan pengalaman (frekuensi) dalam melakukan AMI. Personal yang akan ditugaskan dalam pelaksanaan AMI harus pernah mendapatkan pelatihan dan aktif mengikuti program pelatihan (*refreshment*) Auditor yang sejatinya dilakukan oleh STIKep PPNI Jabar setiap tahun guna menyesuaikan diri dengan perubahan persyaratan dan pemahaman terhadap kebijakan-kebijakan terkini.

Ketua tim audit, dalam konsultasi dengan tim audit, harus menugaskan kepada masing-masing anggota tim tanggung jawab untuk mengaudit proses, kegiatan, fungsi atau lokasi tertentu dan, jika perlu, wewenang untuk pengambilan keputusan. Penugasan tersebut harus mempertimbangkan aspek *faieness* dan objektivitas serta kompetensi auditor dan penggunaan sumber daya yang efektif, serta peran dan tanggung jawab yang berbeda dari auditor, auditor dalam pelatihan dan pakar teknis.

Rapat tim audit harus diadakan, jika perlu, oleh ketua tim audit untuk mengalokasikan penugasan kerja dan memutuskan kemungkinan perubahan. Perubahan pada penugasan kerja dapat dilakukan saat audit berlangsung untuk memastikan pencapaian tujuan audit

F. Penentuan Jadwal dan Tempat

Jadwal pelaksanaan AMI ditentukan berdasarkan kebijakan AMI yang telah ditetapkan misalnya dengan mengikuti siklus yang telah ditetapkan atau berdasarkan kebutuhan khusus yang ditentukan oleh pimpinan. Namun demikian, jadwal pelaksanaan audit harus merupakan kesepakatan ke tiga belah pihak yaitu pihak manajemen, auditee dan auditor. Tidak direkomendasikan menyusun jadwal pelaksanaan audit hanya ditentukan oleh pihak manajemen atau auditor dengan tujuan agar audit bisa mengungkap hal yang terjadi sebenarnya. Hal ini dilakukan karena audit bukanlah investigasi, interogasi ataupun penyidikan.

Lama waktu AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta fihak yang akan ditemui atau diwawancara. AMI bisa dirancang dalam waktu dua hari dengan rincian satu hari audit dokumen dan satu hari audit lapangan atau bisa juga lebih. Di lingkungan PTKIN penjadwalan AMI umumnya mengikuti siklus akhir tahun akademik, hal ini dilakukan dengan pertimbangan agar dapat memperoleh gambaran capaian kinerja selama satu semester, kecuali AMI untuk kepentingan tertentu yang memiliki siklus berbeda.

Tempat AMI sebaiknya suatu tempat yang nyaman untuk membaca, menulis melakukan wawancara, dan mengamati. Tempat audit dokumen dan audit lapangan bisa dalam satu ruangan atau dapat pula dalam ruangan yang terpisah. Pada prinsipnya dapat memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Dalam beberapa kondisi dan atau bagi perguruan tinggi yang sudah memiliki instrument yang mendukung, seperti aplikasi audit, AMI dapat dilakukan secara daring sehingga pertimbangan tempat dapat digantikan dengan persyaratan dukungan jaringan internet dan aplikasi yang sudah valid dan teruji.

G. Persiapan Dokumen

Aspek lain yang tidak kalah pentingnya dalam perencanaan AMI adalah persiapan persyaratan administrasi dan dokumen. Dokumen yang dimaksud meliputi:

- h. Surat keputusan dan surat tugas melaksanakan audit dari pimpinan PT kepada auditor yang ditunjuk.
- i. Dokumen program kerja audit yang merupakan kesepakatan ke tiga belah fihak.
- j. Dokumen-dokumen yang sesuai dengan lingkup audit
- k. Formulir-formulir yang digunakan dalam proses audit
- l. Daftar pertanyaan /ceklis audit yang dirumuskan dengan kebutuhan audit. Secara umum AMI STIKep PPNI Jabar dilaksanakan berbasis Akreditasi (9 kriteria).
- m. Jika dilakukan secara online, maka harus dipastikan bahwa aplikasi yang digunakan sudah melalui proses ujicoba untuk mengetahui validitas dan reliabilitasnya.

Dokumen–dokumen yang terkait dengan persyaratan/ kriteria setiap standar disarankan kepada teraudit untuk disimpan pada *dashboard* yang disimpan pada website Fakultas/Lembaga/Unit sehingga memudahkan baik dalam persiapan audit maupun dalam penelusuran pada saat audit. Dokumen – dokumen tersebut dapat meliputi; kebijakan mutu, manual mutu, standar mutu (SNPT, 9 kriteria, dan IKT), dokumen rencana induk pengembangan, rencana strategis, rencana operasional, sasaran mutu, profil risiko, dan dokumen-dokumen terkait lainnya sesuai dengan sistem manajemen mutu yang diterapkan pada masing- masing perguruan tinggi.

BAB V

PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

A. Pengertian Audit Dokumen (Desk Evaluation)

Audit Dokumen (*Desk Evaluation*) adalah, kegiatan audit terhadap kecukupan dokumen sistem organisasi, penjaminan mutu, dan dokumen SPMI untuk memenuhi persyaratan standar yang telah ditetapkan. Audit dokumen dilakukan secara mandiri oleh Auditor, tanpa interaksi dengan auditee. Kegiatan Audit ini menghasilkan *checklist* (daftar tilik) dari auditor yang berisi daftar pertanyaan, konfirmasi sesuai atau tidak sesuai, dan sebagainya.

Pada audit dokumen, tim auditor mencermati dokumen evaluasi diri unit yang diaudit sehingga diketahui bagian yang perlu peningkatan. Bagian yang lemah atau perlu peningkatan akan menjadi bahan dalam verifikasi pada unit yang diaudit.

B. Pelaksanaan Audit Dokumen

Audit dokumen/sistem dipimpin oleh ketua tim auditor untuk mengaudit dokumen yang sesuai dengan lingkup audit yang ditetapkan. Dokumen ini meliputi dokumen yang berisi standar dan peraturan, dokumen yang berisi panduan bagaimana melakukan proses untuk memenuhi standar dan dokumen yang berisi bukti pelaksanaan serta hasilnya, termasuk dokumen digital dalam sistem informasi.

1. Persiapan Audit Dokumen

Tim auditor memeriksa dokumen dengan cara berikut:

- a. Mencek ketersediaan dan/atau kelengkapan dokumen yang berkaitan dengan SPMI;
- b. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- c. Memeriksa pemenuhan Standar Dikti pada tahap pelaksanaan sesuai lingkup yang ditetapkan;
- d. Memeriksa efektifitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar;
- e. Mengidentifikasi resiko/potensi kegagalandaan kritis proses;
- f. Mereview kesesuaian dokumentasi.
- g. Auditee melengkapi dan memahami dokumen dengan cara berikut:
- h. Kenali proses yang akan diaudit (input, proses, proses owner, pelaksana dan pengguna);
- i. Mengidentifikasi persyaratan standar dan peraturan yang berlaku;
- j. Membuat daftar dokumen.

2. Tahap-Tahap Audit Dokumen

Tahapan dalam pelaksanaan audit dokumen adalah sebagai berikut:

- a. Ketua tim auditor menerima dokumen audit sesuai dengan lingkup dan area audit;
- b. Ketua tim auditor memberitahukan identitas auditee, lingkup audit, dokumen yang ada ke anggotanya;
- c. Ketua tim auditor membagi tugas kepada semua anggota tim tentang dokumen

- yang harus diaudit yang menjadi tanggung jawabnya;
- d. Setiap anggota tim auditor membuat daftar tilik berupa daftar pertanyaan yang akan dibawa ke audit lapangan untuk diverifikasi lebih lanjut.

C. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen dan Rekaman

1. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri

Evaluasi diri merupakan upaya untuk mengetahui gambaran mengenai kinerja dan keadaan diri melalui pengkajian dan analisis yang dilakukan sendiri berkenaan dengan kekuatan, kelemahan, peluang, tantangan, kendala, bahkan ancaman yang dihadapi. Komponen evaluasi diri mencakup masukan, proses, luaran, hasil, dan dampak (*input, process, output, outcome, and impact*) berdasarkan data, informasi dan bukti-bukti lainnya yang berkenaan dengan komponen-komponen sistemik dari seluruh penyelenggaraan institusi. Evaluasi diri dapat disimplifikasi menjadi kegiatan bercermin yang akan memberikan gambaran nyata dari objek di depannya atau objek evaluasi diri.

Tujuan Evaluasi Diri Pelaksanaan evaluasi diri bertujuan untuk
Penyusunan profil institusi yang komprehensif

dengan data mutakhir;

- a. Perencanaan dan perbaikan diri secara berkelanjutan;
- b. Penjaminan mutu internal;
- c. Pemberian informasi mengenai kondisi suatu institusi kepada masyarakat dan pihak tertentu yang memerlukannya (stakeholders);
- d. Persiapan untuk evaluasi eksternal (akreditasi, sertifikasi).

Manfaat evaluasi diri sebagai berikut:

1. Membantu dalam identifikasi masalah, penilaian program dan pencapaian sasaran;
2. Menuntun terciptanya budaya mutu melalui evaluasi;
3. Mendorong keterbukaan sehingga akan memperkecil kesenjangan antara tujuan pribadi dan tujuan lembaga;
4. Membantu terbentuknya pemutakiran program institusi dengan meninjau kembali kebijakan yang ada.

Evaluasi diri dilakukan melalui tahapan berikut:

1. Pimpinan institusi menetapkan kebijakan tentang evaluasi diri. Pelaksanaan evaluasi diri dilakukan sesuai dengan siklus yang telah ditetapkan atau sesuai dengan kebutuhan termasuk di dalamnya perumusan tujuan, lingkup, dan area evaluasi diri;
2. Pimpinan institusi membentuk tim evaluasi diri, sebaiknya berjumlah ganjil dan dapat diterima oleh semua anggota dalam institusi;
3. Pimpinan institusi menerbitkan SK untuk legalitas tim evaluasi diri dalam bekerja;
4. Tim mempelajari lingkup dan area evaluasi diri termasuk di dalamnya menginternalisasi standar yang dipakai;
5. Tim menyusun instrumen evaluasi diri (apabila diperlukan) atau menyusun alat bantu berupa daftar pertanyaan yang bertautan (*diagnostic question*);
6. Tim mensosialisasikan jadwal dan rencana kerja kepada unit-unit yang akan menjadi

area dalam evaluasi diri;

7. Tim melakukan evaluasi diri sesuai dengan lingkup standar dan area yang telah ditetapkan sebelumnya;
8. Tim melakukan analisis data sesuai dengan lingkup dan area evaluasi diri yang telah ditetapkan dan mengacu pada standar yang telah ditetapkan;
9. Tim melakukan pemaparan untuk klarifikasi hasil evaluasi diri dan penyempurnaan laporan evaluasi diri (self assessment report);
10. Tim melakukan penyempurnaan laporan dan dilanjutkan dengan pengesahan laporan oleh Pimpinan Institusi.

Analisis dapat dilakukan dengan pendekatan Analisis Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman (*SWOT analysis*). *SWOT analysis* didasarkan pada logika yang dapat memanfaatkan kekuatan (*strengths*) dan peluang (*opportunities*) untuk mengatasi kelemahan (*weakness*) dan ancaman (*threats*). Beberapa tahapan dalam analisis SWOT, yaitu:

- Tahap 1, melakukan identifikasi kelemahan (internal) dan ancaman (eksternal dan global) pada semua komponen;
- Tahap 2, mengidentifikasi kekuatan (internal) dan peluang (eksternal) yang diperkirakan dapat dipergunakan untuk mengatasi kelemahan dan ancaman yang telah diidentifikasi pada tahap pertama;
- Tahap 3, melakukan analisis SWOT lanjutan setelah diketahui kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman;
- Tahap 4, merumuskan berbagai strategi yang direkomendasikan untuk menangani kelemahan dan ancaman, termasuk pemecahan masalah, perbaikan dan pengembangan lebih lanjut;
- Tahap 5, menentukan prioritas penanganan kelemahan dan ancaman itu, dan disusun suatu rencana tindakan untuk melaksanakan program penanganan.

2. Dokumen dan Rekaman

Pada tahap ini, pelaksanaan audit dokumen dipimpin oleh ketua tim auditor akan mengaudit dokumen yang sesuai dengan lingkup audit

yang ditetapkan. Dokumen yang diaudit meliputi dokumen yang memuat standar dan peraturan, dokumen yang berisi panduan proses untuk memenuhi standar dan dokumen yang berisi bukti pelaksanaan serta hasilnya. Misalnya untuk lingkup audit akademik maka dokumen yang perlu dicermati terkait kelengkapan dan kesesuaian data pada kurikulum, silabus, Rencana Pembelajaran Semester (RPS), Surat Keputusan Penetapan Dosen Pembimbing Akademik, SK Penetapan Dosen Pengampu, presensi dosen, presensi mahasiswa, dan dokumen terkait lainnya. Ketika mencermati suatu dokumen, data tersebut harus disesuaikan dengan data dari dokumen yang lainnya.

Pemeriksaan dokumen dilaksanakan dengan cara berikut:

- a. Memeriksa ketersediaan dan/atau kelengkapan dokumen yang berkaitan dengan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI);
- b. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- c. Memeriksa pemenuhan standar DIKTI pada tahap pelaksanaan sesuai lingkup yang ditetapkan;
- d. Memeriksa efektivitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar DIKTI.
- e. Pada saat mencermati dokumen, auditor juga melakukan pengecekan terhadap dokumen dengan membuat catatan-catatan potensi ketidaksesuaian yang meliputi:
- f. Segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar;
- g. Segala sesuatu yang potensial untuk menyimpang terhadap standar;
- h. Segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk/jasa.

Selain pemeriksaan dokumen, tim auditor juga akan mencermati hasil evaluasi diri dari unit yang diaudit sehingga dapat diketahui kelebihan dan kelemahan unit yang diaudit (auditee). Bagian yang memerlukan peningkatan akan menjadi bahan dalam verifikasi pada unit yang diaudit. Auditor juga dapat menilai ketercapaian Standar Nasional DIKTI melalui dokumen evaluasi diri yang telah disusun sebelumnya.

Dalam visitasi perlu dilakukan verifikasi terhadap bukti-bukti penunjang/rekaman yang tersedia. Setelah dilakukan pencermatan terhadap evaluasi diri, dokumen, dan rekaman, maka auditor akan membuat daftar pertanyaan (*check list*) terkait dokumen yang diperiksa dan daftar pertanyaan tersebut akan dipergunakan ketika audit kepatuhan/visitasi.

D. Pembuatan Daftar Tilik/Checklist

Untuk menyamakan persepsi dalam hal kecukupan dokumen, auditor akan melaksanakan diskusi materi yang ada pada audit dokumen. Hasil Audit dokumen/ sistem berupa daftar pertanyaan /tilik berisi hal-hal yang ditemukan dalam dokumen yang perlu di perdalam/ verifikasi saat tahap audit yang kedua yaitu audit lapangan/visitasi/kepatuhan.

Manfaat pembuatan daftar tilik/*ceklis* adalah:

1. Alat pengingat dan menjaga agar audit tetap dalam lingkup audit;
2. Audit lebih sistematis & terstruktur;
3. Menjadi panduan auditor;
4. Alat untuk menyusun catatan-catatan selama audit;
5. Membantu penyiapan laporan akhir.

Setiap auditor membuat daftar tilik berupa daftar pertanyaan yang akan dibawa ke audit lapangan untuk diverifikasi lebih lanjut. Checklist berisi tentang ketidakcukupan, potensi penyimpangan ataupun penyimpangan dari sistem mutu yang dilaksanakan khususnya dalam standar. Para anggota tim audit harus mengumpulkan dan meninjau informasi yang relevan dengan tugas audit dan menyiapkan dokumen kerja, yang diperlukan, untuk referensi dan untuk

merekam bukti audit berupa Daftar tilik atau ceklis.

Pembuatan daftar tilik dibuat berdasarkan cakupan audit, yakni:

1. Persyaratan sistem meliputi: dokumen sistem penjaminan mutu, organisasi, komitmen (tanggung jawab) manajemen, dan sumber daya (sumber daya manusia, infrastruktur, keuangan), dan program kegiatan.
2. Berdasarkan unit kerja: Lingkup berlakunya dokumen dapat dibedakan dalam tingkatan unit kerja mulai dari institut, sampai dengan Program Studi

Penggunaan daftar periksa dan formulir tidak harus membatasi tingkat kegiatan audit, yang dapat berubah sebagai hasil dari informasi yang dikumpulkan selama audit. Jenis Informasi yang dikumpulkan berupa:

1. Kebijakan SPMI
2. Manual PPEPP
3. Standar
4. Prosedur & formulir
5. Instruksi Kerja & formulir
6. Hasil Audit sebelumnya
7. Peraturan perundangan-undangan yang terkait/standart SNI dll.
8. Agar dapat membantu auditor AMI dalam bertugas, maka daftar tilik harus
9. Informatif
10. Mudah dipahami
11. Sesuai dengan lingkup dan area audit
12. Sebagai alat pemandu audit lapangan

Verifikasi daftar pertanyaan dilakukan saat visitasi dengan memberi tanda setiap pertanyaan dengan ya, artinya pernyataan tersebut berpotensi menjadi temuan, dan tidak apabila ditemukan bukti dalam verifikasi untuk pernyataan yang ada bukti.

E. Rapat Pembukaan dan Pelaksanaan Audit Lapangan/ Visitasi

1. Rapat Pembukaan Audit (Opening meeting)

Tujuan dari pertemuan pembukaan adalah untuk:

- a. Memastikan bahwa semua kegiatan audit yang direncanakan dapat dilakukan;
- b. Melakukan audit dengan berpedoman pada daftar tilik yang telah dibuat pada saat Audit Dokumen;
- c. Audit adalah audit sistem bukan audit orang, penyimpangan mengindikasikan adanya kelemahan pada sistem, bukan kesalahan pada orang;
- d. Memberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan;
- e. Membuat daftar rekaman kehadiran yang harus disimpan sebagai dokumen.

Rapat Pembukaan Audit (*Opening meeting*) harus dipimpin oleh Ketua tim Auditor.

Teknik rapat pembukaan audit harus mempertimbangkan:

- a. Ketua tim auditor memperkenalkan diri dan seluruh anggota tim auditor;
- b. Pengenalan peserta, termasuk pengamat dan pemandu, dan garis besar peran mereka;

- c. Ketua tim auditor menyampaikan tujuan audit, ruang lingkup dan kriteria audit;
- d. Ketua tim auditor menyampaikan jadwal acara audit, rapat internal antara tim auditor dan auditee, dan perubahan akhir untuk disetujui oleh auditee;
- e. Ketua tim auditor menyampaikan rincian proses audit (apa, siapa, kapan dan dimana) dan hal lain yang dianggap perlu;
- f. Ketua tim auditor menyampaikan penyajian metode yang akan digunakan untuk melakukan audit, termasuk memberi nasihat kepada auditee bahwa bukti audit akan didasarkan pada sampel informasi yang tersedia;
- g. Ketua tim auditor mengenalkan metode untuk mengelola risiko terhadap organisasi yang mungkin timbul dari kehadiran anggota tim audit;
- h. Ketua tim auditor mengkonfirmasi saluran komunikasi formal antara tim audit dan auditee;
- i. Ketua tim auditor mengkonfirmasi bahasa yang akan digunakan selama audit;
- j. Ketua tim auditor mengkonfirmasi bahwa, selama audit, auditee akan dijaga informasi tentang kemajuan audit;
- k. Ketua tim auditor mengkonfirmasi bahwa sumber daya dan fasilitas yang diperlukan oleh tim audit tersedia;
- l. Ketua tim auditor mengkonfirmasi hal yang berkaitan dengan kerahasiaan dan keamanan informasi;
- m. Ketua tim auditor mengkonfirmasi kesehatan dan keselamatan yang relevan, prosedur kedaruratan dan keamanan untuk tim audit;
- n. Ketua tim auditor menginformasikan mengenai metode pelaporan temuan audit termasuk pemeringkatan, jika ada;
- o. Ketua tim auditor menginformasikan tentang kondisi di mana audit dapat dihentikan;
- p. Ketua tim auditor menginformasikan tentang rapat penutup;
- q. Ketua tim auditor menginformasikan tentang cara untuk menghadapi kemungkinan temuan selama audit;
- r. Ketua tim auditor menginformasikan tentang sistem umpan balik dari auditee atas temuan atau kesimpulan audit, termasuk keluhan atau banding.

2. Pelaksanaan Audit Lapangan/Visitasi

Pelaksanaan Audit Lapangan (AL) atau visitasi merupakan kegiatan visitasi yang dilakukan oleh tim asesor ke perguruan tinggi dengan tujuan memverifikasi fakta dan kondisi lapangan terhadap data/informasi yang disampaikan di dokumen usulan akreditasi.

Audit lapangan merupakan tahap kedua pelaksanaan AMI setelah tim auditor menyelesaikan audit dokumen/sistem dan jadwal audit kepatuhan yang telah ditetapkan dan disetujui oleh tim auditor dan auditee/auditee.

Audit lapangan dilakukan dengan tujuan untuk memverifikasi potensi temuan yang telah dipersiapkan pada daftar *checklist*. Apabila audit dilaksanakan pada tingkat unit maka yang diaudit adalah:

- f. Pimpinan unit;

- g. Dosen;
- h. Tenaga kependidikan;
- i. Kepala laboratorium;
- j. Mahasiswa;
- k. Alumni dan pengguna alumni.
- l. Jika audit lapangan dilaksanakan di tingkat program studi, maka verifikasi dilakukan terhadap:
 - m. Pimpinan program studi;
 - n. Dosen;
 - o. Tenaga kependidikan;
 - p. Mahasiswa;
 - q. Alumni dan pengguna lulusan.

Hasil temuan yang terbukti menyimpang atau berpotensi terjadinya penyimpangan pada saat verifikasi dicatat sebagai bukti temuan. Dalam pelaksanaan audit kepatuhan, ada beberapa tahapan yang dilakukan:

1. Pengumpulan Bukti Audit;

Setelah pelaksanaan rapat pembukaan, selanjutnya auditor melakukan audit dengan berpedoman pada *checklist* yang telah dibuat pada saat audit dokumen/sistem.

a. Pengumpulam bukti audit dilakukan de- ngan tahapan:

- Wawancara dengan pengelola pergu- ruan tinggi atau program studi/ *stakeholder*;
- Pemeriksaan dokumen atau rekaman yang tersedia di perguruan tinggi atau program studi;
- Pengamatan terhadap aktivitas/proses belajar-mengajar atau praktikum;
- Pengamatan terhadap kondisi di lapangan.

b. Objek Audit:

- Dokumentasi;
- Bahan/material;
- Proses;
- Peralatan.

c. Temuan Audit:

- Harus berdasarkan fakta;
- Harus ringkas dan jelas;
- Tidak memasukkan opini;
- Tidak memasukkan sebab-sebab ketidaksesuaian.
- Penyampaian hasil temuan oleh setiap anggota tim auditor. Setiap auditor menyampaikan:
- Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap standar;
- Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap dokumentasi/rekaman;
- Aspek dari operasi yang menyimpang/ cenderung mengarah kepada ketidaksesuaian;
- Temuan yang dilaporkan harus disetujui process owner (auditee) dan

berdasarkan bukti;

d. Rapat Internal Auditor

- Ketua tim audit memimpin rapat auditor untuk merumuskan temuan audit;
- Pernyataan temuan audit harus mengikuti kaidah PLOR:
- *Problem* (masalah yang ditemukan);
- *Location* (lokasi yang ditemukan);
- *Objective* (bukti yang ditemukan);
- *Reference* (dokumen yang mendasari);
- Persiapan Laporan Audit.
- Sebelum membuat laporan audit, dilakukakan pertemuan tim auditor tanpa melibatkan auditee/auditee.
- Pertemuan dipimpin oleh ketua tim auditor;
- Melengkapi formulir ketidaksesuaian (KTS);
- Meninjau semua ketidaksesuaian;
- Mempersiapkan kesimpulan audit, apakah Ketidaksesuaian (KTS) atau Observasi (OB);
- Mempersiapkan agenda rapat penutupan (*closing meeting*).

e. Format laporan AMI terdiri dari:

- Identifikasi laporan;
- Maksud, tujuan dan ruang lingkup audit;
- Rincian program audit, auditor, tanggal, dan area audit;
- Identifikasi dokumen referensi (standar, quality manual, prosedur, kontrak, dan lain-lain);
- Daftar temuan;
- Saran peningkatan mutu;
- Kesimpulan audit.

F. Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya

Peninjauan hasil audit sebelumnya bertujuan untuk mengaudit apakah hasil temuan pada AMI sebelumnya telah diperbaiki/dilengkapi atau belum. Tahapan peninjauan hasil audit sebelumnya sebagai berikut:

1. Melakukan verifikasi tentang tindak lanjut temuan AMI pada siklus sebelumnya;
2. Auditor memastikan tindak lanjut temuan AMI sebelumnya dengan baik (*closed*);
3. Apabila temuan terdahulu belum dilakukan tindak lanjut, maka temuan tersebut ditulis kembali menjadi temuan AMI dengan kategori yang lebih berat (misalnya dari OB ke KTS).

G. Teknik Wawancara/Bertanya

Bertanya merupakan salah satu upaya untuk mendapatkan informasi yang sebelumnya tidak diketahui, maupun suatu upaya dalam meminta keterangan secara lebih jelas. Dalam pelaksanaan audit, bertanya dilakukan di antaranya untuk mendapatkan informasi tentang kesesuaian pelaksanaan standar dengan standar yang telah ditetapkan.

Untuk dapat memperoleh hasil yang maksimal dalam memperoleh data di lapangan, maka auditor harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Persiapan yang baik;

- b. Wawancara/bertanya dengan orang yang tepat;
- c. Wawancara/bertanya dalam keadaan santai;
- d. Berusaha untuk mendapatkan akar masalah;
- e. Menggunakan metode yang sesuai;

Metode yang dapat digunakan dalam bertanya diantaranya adalah;

- a. *Open Question*: Pertanyaan umum, tidak dapat dijawab dengan ‘ya’ atau ‘tidak’.
Contoh: Bagaimana cara penetapan sasaran mutu di organisasi anda?
- b. *Extended Question*: Pengembangan dari pernyataan auditee.
Contoh: Apa dan bagaimana cara anda mengukur pencapaian sasaran mutunya?
- c. *Clarification Question*: untuk mencegah informasi yang kurang atas jawaban pertanyaan umum. Contoh: dari penjelasan anda dilakukan pengukuran setiap bulan, bagaimana anda memastikan bahwa itu dilakukan?
- d. *Closing Question*: untuk menutup pertanyaan yang diajukan dan digunakan untuk mengkonfirmasi fakta.
Kiat-kiat yang dapat dilakukan pada saat melakukan wawancara/bertanya adalah:
 - a. Melakukan wawancara/bertanya secara terpisah antara ketua Unit Kerja dan bawahannya/staff;
 - b. Hindari mengkonfrontasi/*cross-check* pernyataan auditee/auditee lain (misal atasan);
 - c. Hindari kesan selalu membaca daftar tilik;
 - d. Hindari menyodorkan opini dan *corrective action*;
 - e. Buatlah pertanyaan yang jelas/spesifik/tidak bermakna ganda.

Bentuk pertanyaan yang disampaikan dapat berupa pertanyaan tertutup (jawabannya berupa Ya/Tidak) dan pertanyaan terbuka. Pertanyaan tertutup digunakan untuk mendapatkan kepastian suatu kegiatan telah dilakukan atau kepastian suatu prosedur telah dilakukan. Adapun pertanyaan terbuka digunakan untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang suatu proses atau kegiatan, untuk mengetahui efektivitas dari kegiatan tersebut. Sebagai contoh:

1. Pertanyaan terbuka
 - Jelaskan mekanisme monitoring proses pembelajaran.....
 - Apa yang dilakukan bpk/ibu jika ...
2. Pertanyaan tertutup (Ya/Tidak):
 - Berdasarkan penjelasan sebelumnya dapat dibuat kesimpulan bahwa dokumen acuan belum tersedia untuk proses ..?

Apabila pertanyaan dirasa sulit dipahami oleh auditee, maka pertanyaan dapat diulang dengan bahasa yang lebih sederhana. Agar proses audit lebih tertib dan efektif sebaiknya pertanyaan diajukan satu persatu. Tim auditor dapat mengembangkan pertanyaan menjadi beberapa pertanyaan untuk pendalaman dalam rangka menemukan akar masalah. Auditor dapat menggunakan beberapa kata kunci pertanyaan (5W+H), yaitu *why*, (mengapa), *where* (dimana), *what* (apa), *when* (kapan), *who* (siapa), dan *how* (bagaimana), sebagai awal dari penelusuran suatu masalah.

Agar pertanyaan yang disampaikan bisa efektif, maka auditor harus:

1. Menentukan apa yang diinginkan dari pertanyaan tersebut;

2. Menggunakan pertanyaan Tertutup hanya jika diperlukan, seperti utk memastikan;
3. Menggali lebih dalam;
4. Menjadi pendengar yang baik dan memberi kesempatan auditee untuk menjawab;
5. Menghindari Interupsi;
6. Bertanyalah dengan lantang dan Jelas;
7. Hindari bertanya dengan tekanan suara yang tinggi (seperti menghardik, dan sejenisnya);
8. Menghindari menjebak, mencurigai, menuduh atau pertanyaan beruntun dan Jangan jadi interogator;
9. Bersikap objektif.

Berikut ini hal-hal yang perlu diperhatikan dalam wawancara berdasarkan *auditee* yang diwawancarai.

1. Pertanyaan untuk Proses Owner.

Proses owner merupakan penanggung jawab terhadap proses standar mutu. Pertanyaan untuk proses owner, merupakan pertanyaan yang dipastikan akan diperoleh jawaban / informasi bahwa:

- a. Proses dan sasaran perbaikan telah direncanakan dan didokumentasikan
- b. Proses dan sumber daya yang diperlukan telah dijabarkan dan dipenuhi
- c. Proses dimonitor dan diukur
- d. Tindak lanjut dilakukan sesuai dengan hasil analisa data

2. Pertanyaan untuk Pelaksana.

Pertanyaan untuk pelaksana, merupakan pertanyaan yang dipastikan akan diperoleh jawaban/ informasi bahwa:

- a. Pelaksana mengetahui/mempunyai acuan tentang apa yang harus dilakukan
- b. Pelaksana mempunyai kompetensi yang diperlukan
- c. Pelaksanamengetahuikontribusi yang diharapkan oleh organisasi
- d. Proses terlaksana dengan konsisten

3. Pertanyaan kepada pengguna.

Pertanyaan untuk pengguna merupakan pertanyaan yang dipastikan akan diperoleh jawaban/informasi bahwa:

- a. Hasil proses sebelumnya sesuai dengan kebutuhan prosesnya
- b. Terdapat jalur komunikasi yang jelas
- c. Umpan balik segera ditanggapi

Auditor saat melakukan wawancara harus mencatat hal-hal berikut ini:

- a. Contoh-contoh ketidaksesuaian terhadap standar;
- b. Contoh-contoh ketidaksesuaian terhadap dokumentasi/rekaman;
- c. Aspek dari operasi yang menyimpang/cenderung mengarah kepada ketidaksesuaian.

Catatan atas temuan tersebut, meliputi:

- a. Apa yang ditemukan;
- b. Dimana/area ditemukan (dapat ditemukan pada owner, pelaksana, pengguna, dan lainnya);
- c. Alasan apa/mengapa dianggap sebagai ke- tidaksesuaian;

d. Siapa yang hadir/ada pada saat ditemukan. Catatan temuan hendaknya dituliskan dalam bentuk:

1. Kalimat yang singkat dan mudah dimengerti;
2. Kalimat yang bersifat membangun dan membantu;
3. Kalimat yang mengandung kebenaran, relevan dan bukan kejutan.

Di samping itu Auditor juga dapat menambahkan rumus (S + N) yaitu *Show me* lalu catat. Dengan demikian,

rumus yang digunakan oleh auditor diantaranya adalah (5W+H+S+N).

H. Teknik Telusur

Teknik telusur dalam sebuah proses audit adalah suatu teknik yang dilakukan oleh seorang auditor untuk menelusuri akar masalah dari suatu persoalan atau dari suatu ketidaksesuaian. Dengan kata lain, untuk mendapatkan akar masalah dari ketidaksesuaian, auditor perlu menelusuri sebab terjadinya ketidaksesuaian. Substansi penelusuran ini ialah memeriksa area fungsional dari organisasi yang berkontribusi secara aktif terhadap mutu kegiatan tertentu atau terhadap terpenuhinya suatu persyaratan mutu. Berdasarkan suatu temuan tertentu, auditor mengumpulkan informasi dan menyelidiki lebih dalam suatu gejala atau pola tertentu.

Penelusuran akar masalah dapat dilakukan dengan memeriksa setiap area fungsional dari organisasi untuk melihat kelayakan dan penerapan dari persyaratan sistem penjaminan mutu. Dalam melakukan telusur ini, auditor dapat melakukan *Forward And Backward Tracing*, yaitu Auditor bergerak dari sisi *input* hingga rangkaian proses kegiatan dan *output* atau sebaliknya, auditor dapat bekerja dari sisi output mundur ke *input* atau sebaliknya dari *input* ke *output*. Dengan kata lain, untuk mendapatkan akar masalah dari ketidaksesuaian, auditor perlu menelusur sebab terjadinya ketidaksesuaian. Auditor dapat menelusuri dari depan dan menelusuri dari belakang.

I. Pengumpulan Bukti Audit dan Dokumen

Pengumpulan bukti audit dilakukan dengan menggali informasi pada pengelola, mahasiswa, tenaga kepen-

didikan, pengguna, dan lulusan sesuai dengan ruang lingkup audit.

Metode pengumpulan bukti audit dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut, yaitu:

1. Wawancara dengan pengelola (*stakeholder*) Wawancara adalah proses melakukan diskusi dua arah tentang proses yang diaudit, melalui bentuk/ model pertanyaan yang telah dibuat dalam daftar *check list*. Beberapa model pertanyaan akan mendapatkan jawaban dari Auditee, berupa: Ya/ Tidak. Pertanyaan dengan jawaban tersebut dapat dilanjutkan dengan pertanyaan yang lebih spesifik, dan juga dapat dikembangkan dengan pertanyaan terbuka. Jawaban atas pertanyaan yang telah dibuat dalam daftar *check list* menunjukkan bobot pertanyaan.
2. Pemeriksaan dokumen atau rekaman

Dalam pemeriksaan dokumen atau rekaman, hal-hal berikut sebaiknya dilakukan oleh auditor, yaitu:

- a. Memeriksa kecukupan mekanisme pengendalian internal untuk memastikan bahwa tujuan per- guruan tinggi dapat dicapai secara efektif;
- b. Memeriksa efektivitas fungsi pengendalian inter- nal melalui:
 - Pemeriksaan sistem yang telah ditetapkan untuk memastikan keterkaitan dengan

- kebijaksanaan, rencana, prosedur, ketentuan hukum, dan ketentuan lain serta peraturan yang mungkin mempunyai dampak merugikan terhadap perguruan tinggi;
 - Pemeriksaan kebenaran dan keutuhan informasi akademik untuk memastikan bahwa informasi tersebut akurat, tepat waktu, dan berguna bagi pencapaian tujuan perguruan tinggi;
 - Pemeriksaan prosedur yang dipergunakan untuk memastikan ketersediaan sumber daya perguruan tinggi;
 - Pemeriksaan efisiensi dan pemanfaatan sumber daya.
3. Pengamatan terhadap aktivitas atau proses
- Dalam pengamatan aktivitas atau proses, hal-hal berikut sebaiknya dilakukan oleh auditor, yaitu:
1. Memeriksa kinerja unit untuk memastikan pencapaian tujuan perguruan tinggi. Dalam hubungan ini, AMI harus diarahkan untuk mengetahui apakah kegiatan perguruan tinggi telah dilaksanakan secara tertib dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan prinsip efektivitas dan efisiensi;
 2. Melakukan pemeriksaan terhadap aktivitas khusus suatu unit kerja. Aktivitas khusus tersebut dapat mencakup segala aspek dan unsur sehingga hasilnya mampu menunjang analisis yang optimal dalam membantu proses pengambilan keputusan oleh pimpinan perguruan tinggi.
4. Pengamatan terhadap kondisi lapangan
- Dalam pengamatan kondisi lapangan, hal-hal berikut sebaiknya dilakukan oleh auditor, yaitu:
- a. Memastikan apakah perencanaan proses pembelajaran telah tercapai dengan baik, yang dapat dilakukan dengan cara:
 - Cek apakah Learning Outcome (LO) / Capaian Pembelajaran (CP) prodi telah terumuskan dengan baik
 - Cek apakah setiap mata kuliah telah mendukung CP prodi
 - Cek apakah RPS telah sesuai dengan CP Prodi
 - b. Memastikan apakah proses pembelajaran telah terlaksana dengan baik, yang dapat dilakukan dengan cara:
 - Cek rekaman kehadiran dosen
 - Cek rekaman kehadiran mahasiswa
 - Cek kebenaran materi
 - Cek kebenaran jumlah sks
 - Cek kebenaran penyajian

Dalam visitasi perlu dilakukan verifikasi terhadap bukti-bukti penunjang atau rekaman yang tersedia, dengan memperhatikan aspek-aspek penelusuran bukti audit sebagai berikut:

1. Tujuan:
 - a. Pengujian jaringan;
 - b. Mengungkap fakta-fakta;
 - c. Identifikasi perbaikan;
2. Dasar:
 - a. Sistem adalah input-proses-output;

- b. Sistem adalah sebab-akibat;
 - c. Sistem adalah suatu jaringan;
3. Teknik Penelusuran Jejak (*Trail Following*): Berdasarkan suatu temuan tertentu auditor bergerak (maju atau mundur) untuk mengumpulkan informasi dan menyelidiki lebih dalam suatu gejala atau pola tertentu.
 4. *Forward and Backward Tracing*: Auditor dapat bergerak dari sisi input hingga rangkaian- rangkaian kegiatan dan output atau sebaliknya bekerja dari sisi output mundur ke input. Pergerakan auditor (*forward/backward*) dapat berdasarkan obyek audit (5 macam).

J. Perumusan Temuan Audit

Salah satu tahapan yang penting pada kegiatan AMI adalah merumuskan temuan audit dalam pernyataan tertulis. Auditor membutuhkan waktu diskusi untuk menyusun pernyataan temuan. Agar pernyataan temuan mudah dimengerti, hal berikut perlu dihindari misalnya: tidak lugas, tidak fokus, terlalu panjang, atau terlalu pendek, dan bermakna ganda sehingga diinterpretasi berbeda oleh pembaca yang berbeda. Padahal pernyataan temuan AMI harus dapat dimengerti dengan mudah dan memberi kesamaan makna kepada setiap pembaca. Oleh karena itu, diperlukan keterampilan dalam menyusun pernyataan tersebut.

Menulis temuan audit biasanya tidak sekali jadi, diperlukan beberapa kali perbaikan sehingga sesuai dengan yang dimaksudkan oleh auditor. Temuan harus dirumuskan sedemikian rupa sehingga auditee mudah dalam melakukan tindak lanjut. Temuan AMI merupakan segala sesuatu yang menyimpang atau potensial untuk menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk/jasa. Temuan audit bukan temuan tentang individu tetapi tentang sistem yang harus diperbaiki. Maka, temuan akan menunjukkan kepada auditee tentang kepastian beberapa persyaratan mutu yang belum dipenuhi. Temuan yang baik langsung menunjukkan adanya ketidaksesuaian misalnya, belum ada sistem yang dapat memastikan pelaksanaan ujian sesuai dengan *learning outcome* yang ditargetkan. Pernyataan dan kategori temuan audit sebelum disampaikan ke pihak auditee harus didiskusikan dan mendapat kesepakatan dari semua anggota Tim Auditor.

Salah satu pendekatan penulisan pernyataan temuan audit dapat dirumuskan dengan mengikuti rumusan PLOR, yaitu:

1. *Problem* (masalah yang ditemukan)
2. *Location* (lokasi ditemukan problem)
3. *Objective* (bukti temuan)
4. *Reference* (dokumen yang mendasari)

Setiap anggota tim audit membuat catatan-catatan potensi temuan ketaksesuaian untuk disampaikan pada rapat tim auditor. Catatan Temuan meliputi:

1. Apa yang ditemukan;
2. Dimana ditemukan;
3. Mengapa dianggap sebagai ketidaksesuaian;
4. Siapa yang hadir/ada pada saat ditemukan.

Hal-hal yang harus dicatat untuk temuan Audit, yaitu:

1. Harus berdasarkan fakta;
2. Harus ringkas dan jelas;
3. Tidak memasukkan opini;

4. Tidak memasukkan sebab-sebab ketidaksesuaian;
5. Harus disetujui process owner (auditee);
6. Berdasarkan bukti.

K. Ekspose dan Rapat Penutupan Audit

1. Ekspose Hasil Audit

Bukti audit harus dievaluasi terhadap kriteria audit untuk menentukan temuan audit. Temuan audit dapat menunjukkan kesesuaian atau ketidaksesuaian dengan kriteria audit. Ketika ditetapkan oleh rencana audit, temuan audit individu harus mencakup kesesuaian dan praktik yang baik bersama dengan bukti pendukung, kesempatan untuk perbaikan, dan setiap rekomendasi kepada auditee.

Ketidaksesuaian dan bukti audit pendukungnya harus dicatat. Ketidaksesuaian dapat dinilai. Ketidaksesuaian harus ditinjau bersama auditee untuk mendapatkan pengakuan bahwa bukti audit adalah akurat, dan bahwa ketidaksesuaian dipahami. Setiap upaya harus dilakukan untuk menyelesaikan setiap pendapat yang menyimpang mengenai bukti audit atau temuan, dan poin yang belum terselesaikan harus direkam.

Tim audit harus memenuhi sesuai kebutuhan untuk meninjau temuan audit pada tahap yang sesuai selama audit. Hasil dari proses pelaksanaan audit perlu dilakukan ekspose. Pada hasil audit bertujuan untuk memenuhi standar laporan pengawasan, yaitu kondisi, kriteria, sebab, akibat dan memberikan rekomendasi hasil audit.

Ekspose juga merupakan *quality assurance* dari hasil pengawasan sebagai tempat kajian dan analisis agar dihasilkan proses Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan (TLHP) yang lebih baik. TLHP yang dibuat lebih dapat dipertanggungjawabkan baik secara konteks penulisan maupun dari sisi konsistensi materinya.

Catatan-catatan temuan ketidaksesuaian untuk disampaikan pada rapat ekspose hasil audit. Sebelum ekspose dilaksanakan, beberapa hal yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

- a. Ketua tim auditor memimpin rapat untuk merumuskan temuan audit, meliputi:
 - 1) Menyampaikan dan meninjau temuan audit dan informasi lain yang sesuai, yang dikumpulkan selama audit;
 - 2) Menyampaikan masalah yang ditemukan (ketidaksesuaian) pada saat audit bahwa tujuan audit pernyataan temuan harus mengikuti kaidah PLOR;
 - 3) Lokasi ditemukan masalah ketidaksesuaian;
 - 4) Alasan ditemukan ketidaksesuaian;
 - 5) Objektif/bukti temuan/ketidaksesuaian;
 - 6) Siapa yang hadir/terlibat pada saat ditemukan ketidaksesuaian.
 - 7) Ketua tim auditor menjelaskan referensi/ dokumen yang mendasari;
 - 8) Tim auditor dan auditee menyetujui kesimpulan audit dengan mempertimbangkan ketidakpastian yang melekat dalam proses audit;
 - 9) Tim auditor menyiapkan rekomendasi sesuai dengan rencana audit;
 - 10) Tim auditor dan auditee mendiskusikan audit tindak lanjut.

Kesimpulan hasil pelaksanaan audit dapat mengatasi masalah-masalah seperti berikut:

- 1) Tingkat kesesuaian dengan kriteria audit dan ketangguhan dari sistem manajemen, termasuk efektivitas sistem manajemen dalam memenuhi tujuan yang telah ditetapkan;
- 2) Pelaksanaan yang efektif, pemeliharaan dan perbaikan sistem manajemen;
- 3) Kemampuan proses tinjauan manajemen untuk memastikan kesesuaian, kecukupan, efektivitas dan peningkatan sistem manajemen;
- 4) Pencapaian tujuan audit, cakupan ruang lingkup audit, dan pemenuhan kriteria audit;
- 5) Akar penyebab temuan, jika disertakan dalam rencana audit;
- 6) Temuan serupa yang dibuat di area yang berbeda yang telah diaudit untuk tujuan mengidentifikasi tren.

Jika ditentukan oleh rencana audit, kesimpulan audit dapat menyebabkan rekomendasi untuk perbaikan, atau kegiatan audit di masa depan.

2. Rapat Penutupan Audit (*Closing Meeting*)

Rapat penutup audit harus dilakukan untuk menyajikan temuan audit dan kesimpulan. Peserta dalam rapat penutup harus mencakup manajemen auditee dan, jika relevan, pihak yang bertanggung jawab atas fungsi atau proses yang telah diaudit, dan juga dapat mencakup pihak lainnya.

Pihak yang harus hadir pada saat pelaksanaan rapat penutupan audit adalah:

- b. Ketua tim auditor dan anggota tim auditor;
- c. Auditee;
- d. Pihak terkait.

Hal-hal yang harus diperhatikan pada rapat penutupan audit adalah:

- a. Ketua tim auditor memperkenalkan tim auditor (apabila ada peserta yang tidak hadir pada saat opening meeting);
- b. Ketua tim auditor mereview scope dan tujuan audit;
- c. Ketua tim auditor menyampaikan hasil keseluruhan audit;
- d. Ketua tim auditor menyampaikan praktek-praktek yang baik (*Strong point*);
- e. Ketua tim auditor menjelaskan bahwa audit adalah sampling bahwa problem yang ditemukan dapat terjadi pada area yang lain, sehingga tindakan koreksi tidak hanya dilakukan terhadap hasil temuan tetapi juga terhadap sistem dimana *nonconformances* tersebut ditemukan;
- f. Ketua tim auditor memberikan rekomendasi untuk perbaikan dan kemajuan dimasa yang akan datang;
- g. Ketua tim auditor dan auditee membahas temuan audit dan rencana follow up/verifikasi;
- h. Ketua tim auditor dan auditee menyepakati baik substansi maupun pernyataan temuan;
- i. Ketua tim auditor dan auditee bersama-sama menandatangani daftar temuan audit;
- j. Ketua tim auditor menyerahkan form Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) untuk dianalisis akar penyebab ketidaksesuaian dan rencana tindak lanjut pada setiap

temuan audit;

- k. Ketua tim audit menutup acara audit.

BAB VI

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL

A. Jenis dan Struktur Pelaporan AMI

Kegiatan lanjutan Tim Auditor setelah melaksanakan kegiatan audit adalah menyusun laporan Audit Mutu Internal (AMI). Laporan AMI pada dasarnya merupakan laporan temuan audit. Laporan ini disusun sedemikian rupa berdasarkan hasil kegiatan Audit Dokumen dan Audit Visitasi. Laporan AMI menjadi penting, karena akan digunakan sebagai dasar penentuan kebijakan dan penyusunan rencana berikutnya.

Sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban dari Tim Auditor, maka Laporan AMI harus disusun dengan baik. Beberapa kriteria penyampaian laporan yang perlu diperhatikan agar Laporan AMI menjadi optimal, diantaranya adalah: isi laporan harus berdasarkan fakta, ringkas dan jelas, didukung data yang akurat, tidak memasukkan opini serta objektif. Selain itu, penyajian sedapatnya menggunakan bahasa yang lugas, jelas, tepat, sistematis, serta menarik.

Auditor dapat menyusun Laporan AMI sesuai dengan jenis laporan. Bila laporan bersifat sementara dan akan disempurnakan lagi, maka laporan dapat dibuat dalam bentuk formulir yaitu dengan mengisi blanko yang telah disiapkan. Sementara untuk laporan yang sudah final, disusun dalam bentuk naskah atau buku yang biasanya disusun seperti makalah. Pada laporan dalam bentuk naskah, materinya dapat dibagi ke dalam beberapa topik dan sub topik dengan menggunakan teks yang lebih panjang dan lengkap. Struktur penulisan laporan yang bersifat sementara lebih ringkas dengan struktur penulisan yang lebih sederhana. Laporan seperti ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan informasi yang lebih cepat dan dapat diselesaikan segera di lapangan.

Struktur penulisan laporan yang bersifat sementara lebih ringkas dengan struktur penulisan yang lebih sederhana. Laporan seperti ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan informasi yang lebih cepat dan dapat diselesaikan segera di lapangan. Laporan AMI baik yang bersifat sementara maupun lengkap harus memuat beberapa hal berikut.

Untuk struktur penulisan laporan yang lebih lengkap dipakai untuk menyusun laporan final. Struktur penulisannya dapat dibuat sebagai berikut.

- a. Halaman Judul;
- b. Halaman Identitas/Pengesahan;
- c. Kata Pengantar;
- d. Daftar Isi;
- e. Pendahuluan, yang berisi Latar Belakang, Tujuan, Lingkup Audit, Area Audit, dll
- f. Bagian isi, yang berisi hal-hal pokok tentang temuan Audit dan/atau Instisari dari pembahasan laporan serta penyampaian pandangan auditor terhadap hal-hal yang berkaitan dengan laporan;
- g. Penutup yang bersisi Kesimpulan dan Saran.

Laporan lengkap atau laporan final merupakan pengembangan dari laporan sementara, setelah kedua belah pihak yaitu teraudit dan auditor sepakat dengan hasil dan katagori temuan audit. Selanjutnya, bila kedua belah pihak telah sepakat, harus membubuhkan tanda tangan pada kolom yang telah disediakan, baik itu pada Laporan Sementara maupun pada Laporan Final.

B. Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi

Untuk temuan yang belum mencapai dan menyimpang dari standar maka temuan tersebut dikategorikan Observasi (OB) atau Ketidaksesuaian (KTS). Ketidaksesuaian adalah temuan yang belum mencapai, menyimpang dan tidak sesuai dengan standar atau persyaratan yang ditentukan Perguruan tinggi. Observasi adalah temuan yang berpotensi menjadi ketidaksesuaian atau temuan yang dapat segera diperbaiki. Untuk itu, maka perlu dilakukan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) yaitu permintaan perbaikan kepada *auditee* atas dasar laporan audit agar *auditee* menghilangkan KTS atau penyebab KTS terhadap standar/rencana dan mencegah pengulangan ketidak sesuaian dikemudian hari dalam rangka peningkatan mutu secara berkelanjutan. PTK sebagai suatu permintaan perbaikan oleh manajemen kepada teraudit atas dasar laporan audit agar teraudit memperbaiki KTS atau penyebab KTS.

Laporan PTK ini dapat dilakukan apabila antara teraudit dengan auditor telah sepakat dengan temuan audit yang dibuat Tim Auditor. PTK harus dilampirkan pada LaporanAMI. PTK dibuat masing-masing tersendiri setiap temuan. Misalnya, bila ada 3 (tiga) temuan maka perlu dibuatkan 3 (tiga) lampiran PTK. Pada setiap lembar PTK tersebut, selain ditulis identitas teraudit dan auditor, diulang kembali menuliskan uraian dan kategori temuan audit. Pernyataan dan kategori temuan diisi oleh tim auditor dan ditandatangani, lalu di bawahnya ditulis rencana tindakan koreksi yang diisi oleh teraudit dan ditandatangani. Pada akhir Lampiran PTK ini dapat dibuat satu kolom lagi untuk ruang Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi yang akan diisi oleh auditor pada tahap audit berikutnya.

Tinjauan Efektivitas Tindakan Koreksi akan diisi oleh auditor berikutnya, atau oleh tim pemantau yang ditetapkan oleh institusi perguruan tinggi untuk memastikan apakah tindakan koreksi yang dibuat oleh teraudit sudah ditindaklanjuti. Pada AMI sesuai dengan siklus SPMI tinjauan efektifitas ini dipastikan pada saat awal auditor memulai AMI. Apabila tindakan koreksi yang pernah dijanjikan tidak dilakukan, maka status atau kategori temuan audit yang sama tersebut dapat dinaikkan, misalnya dari Kategori OB menjadi KTS. Contoh Lampiran PTK dapat dilihat pada Lampiran.

C. Tindak lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK)

Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK) merupakan tahapan lanjutan dari Laporan Hasil Audit yang salah satunya adalah Pemintaan Tindakan Koreksi (PTK) oleh Auditor kepada Auditee. Tindakan Koreksi itu sendiri dapat dimaknai sebagai tindakan yang diambil untuk meniadakan sebab-sebab ketidak-sesuai (KTS), cacat, atau hal-hal lain yang tidak diinginkan, sehingga dapat mencegah pengulangan hal-hal di atas untuk mengarahkan pada peningkatan Mutu secara berkelanjutan (Kemenristek Dikti, Belmawa 2018).

Jika PTK itu sendiri berupa permintaan kepada Auditee untuk menyelesaikan beberapa temuan Ketidak- Sesuaian (KTS) yang ditemukan dalam proses Audit di lapangan, maka Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK) merupakan tugas dan kewajiban yang harus dilakukan oleh Auditee atas temuan KTS yang mesti diselesaikan-diperbaiki.

TL-PTK dilakukan untuk maksud memperbaiki dan menyelesaikan beberapa paktor atau bagian KTS yang ditemui dalam audit dan direkomendasikan untuk diselesaikan guna perbaikan menyeluruh dalam sistem penjaminan mutu perguruan tinggi.

Dokumen yang diperlukan untuk pelaksanaan TL- PTK adalah:

1. Formulir PTK yang disepakati oleh tim Audit dan Auditee
2. Formulir Chechlist Pelaksanaan perbaikan PTK.
3. Formulir Tindak Lanjut Perbaikan (TL-PTK).

Tinjauan Efektivitas permintaan Tindakan Koreksi akan diisi oleh auditor berikutnya, atau oleh tim pemantau yang ditetapkan oleh institusi perguruan tinggi untuk memastikan apakah tindakan koreksi yang dibuat oleh teraudit sudah ditindaklanjuti. Pada AMI sesuai dengan siklus SPMI tinjauan efektifitas ini dipastikan pada saat awal auditor memulai AMI. Apabila tindakan koreksi yang pernah dijanjikan tidak dilakukan, maka status atau kategori temuan audit yang sama tersebut dapat dinaikkan, misalnya dari Kategori OB menjadi KTS.

BAB VII

RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN AUDIT MUTU INTERNAL

A. Definisi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Rapat tinjauan manajemen (RTM) merupakan rangkaian kegiatan AMI berkaitan dengan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Berdasarkan siklus PPEPP bahwa dalam sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian dan peningkatan standar yang ditetapkan di pendidikan Tinggi (STIKep PPNI Jabar).

Oleh karena itu, dalam rangka tercapaian standar mutu pendidikan, maka diperlukan kebijakan untuk menentukan langkah-langkah cepat dan tepat. Terutama diperlukan pertemuan yang serius untuk membahas hal-hal yang masih belum memenuhi standar atau belum tercapainya standar yang ditentukan dengan melibatkan seluruh pengelola dilingkungan unit masing-masing, hal tersebut disebut sebagai rapat tinjauan manajemen (RTM) Rapat tinjauan manajemen (RTM) RTM adalah pertemuan yang dilakukan oleh manajemen secara periodik untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu dan kinerja pelayanan institusi untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan dan efektivitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan.

Oleh karena itu, Salah satu poin penting dalam RTM yang dipimpin langsung oleh pimpinan dengan melibatkan seluruh jajaran manajemen dilingkungan perguruan tinggi ini adalah untuk membahas tindak lanjut temuan untuk membahas tindak lanjut temuan audit mutu internal di lingkungan perguruan tinggi. Rapat tinjauan manajemen (RTM). Tinjauan manajemen dilakukan untuk memastikan apakah temuan tersebut dapat ditindaklanjuti dengan baik dan memastikan bahwa sistem mutu berjalan efektif dan efisien. Rapat tinjauan ini mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem penjaminan mutu, termasuk kebijakan mutu, standar mutu dan sasaran mutu dilingkungan institusi.

B. Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Tujuan RTM dilakukan untuk memastikan seluruh temuan audit tentang capaian standar dapat dilakukan secara efektif. Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dilakukan untuk membahas hasil temuan audit mutu internal dan juga untuk memastikan temuan yang dihasilkan dapat dilakukan tindak lanjut dengan baik dan efektif. Di samping itu, untuk memastikan apakah sistem penjaminan mutu internal (SPMI) berjalan efektif dan efisien. Demikian juga tindak lanjut temuan yang belum dapat diselesaikan di fakultas, akan dibawa pada RTM tingkat universitas/institut/sekolah tinggi. Sehingga semua temua dapat dibahas secara tuntas.

C. Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) AMI STIKep PPNI Jabar harus memiliki beberapa karakteristik sebagai berikut:

1. Dilakukan secara berkala, sistematis dan teratur setelah dilaksanakan audit mutu Internal (AMI).
2. Dilakukan perencanaan, pelaksanaan dan didokumentasikan dengan baik.

3. Melakukan evaluasi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu dan dampaknya pada mutu dan kinerja.
4. Pembahasan mengenai perubahan atas tata kelola, pengembangan, pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang perlu dilakukan sebagai perbaikan.
5. Hasil pertemuan ditindaklanjuti dan dilakukan pengawasan untuk memastikan keterlaksanaannya tindak lanjut secara baik dan tepat sasaran.
6. Pertemuan diawali dengan pembahasan hasil dan tindaklanjuti RTM sebelumnya atau hasil evaluasi kerja manajemen sebelumnya.
7. Dilaksanakan dengan agenda yang jelas, terukur dan akuntabel.
8. Menghasilkan luaran seperti:
 - a) rencana perbaikan,
 - b) rencana peningkatan kepuasan stakeholders,
 - c) rencana pemenuhan sumber daya yang diperlukan, dan
 - d) rencana perubahan untuk mengakomodasi persyaratan layanan dan output.

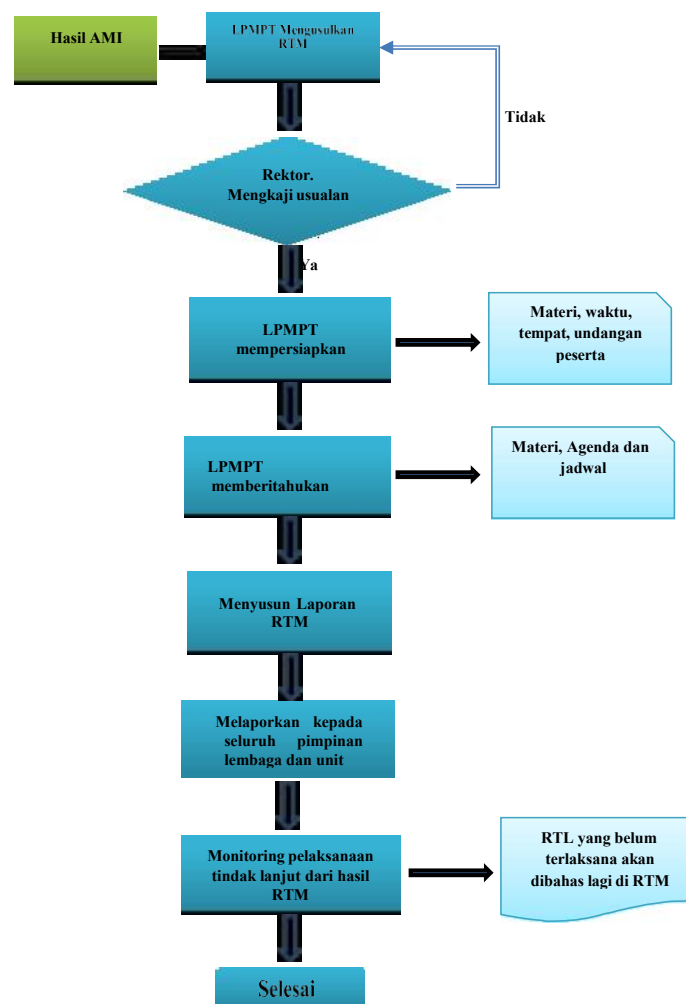
D. Prosedur Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Prosedur pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) AMI adalah sebagai berikut:

9. Rapat Tinjauan Manajemen Institut (RTMI) dipimpin oleh rektor yang didampingi oleh pimpinan LPMPT
10. LPMPT berkoordinasi dengan Rektor untuk menentukan jadwal RTM hasil temua AMI.
11. LPMPT membuat surat undangan RTM keseluruhan peserta RTM baik pada tingkat institut dan fakultas, kemudian didistribusikan baik langsung atau melalui media sosial yang berlaku.
12. Masukan dan pokok bahasan dalam rapat Tinjauan Manejemen bersifat kebijakan strategis antara lain :
 - a. Perubahan dan pengesahan Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, dan Rencana Mutu;
 - b. Tindak lanjut dari Rapat Tinjauan Manajemen sebelumnya;
 - c. Hasil Audit Mutu Internal (AMI) baik yang akademik maupun non akademik dan tindak lanjutnya yang bersifat kebijakan dan bersifat strategis;
 - d. Masukan dari pelanggan;
 - e. Peninjauan Prosedur Mutu;
 - f. Evaluasi kinerja proses dan kesesuaian produk;
 - g. Hasil penerapan teknik statistik dan tindak lanjutnya;
 - h. Perubahan-perubahan sistem, aturan, dan teknologi yang berpengaruh terhadap Sistem Manajemen Mutu;
 - i. Alokasi sumber daya yang berpengaruh terhadap sistem;
 - j. Rencana dan strategi baru yang berkaitan dengan Sistem Manajemen Mutu

13. RTM dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan sekali setelah pelaksanaan dan perumusan hasil AMI.
 14. LPMPT harus memastikan bahwa dalam RTM telah dimasukkan dan dibahas dalam agenda rapat.
 15. Semua keputusan rapat dicatat dalam notulen rapat yang dilakukan oleh LPMPT atau personil yang ditunjuk.
 16. Sebelum RTM selesai, notulis membacakan seluruh hasil atau keputusan rapat beserta penanggungjawab permasalahan serta tanggal penyelesaian tindak lanjutnya.
 17. Menyusun laporan hasil RTM
 18. Semua hasil rapat tinjauan manajemen dapat didistribusikan ke seluruh peserta baik ditingkat institut, fakultas, lembaga dan unit untuk ditindaklanjuti dalam rangka perbaikan
- Prosedur rapat tinjauan manajemen dapat dijelaskan dalam bentuk gambar 7.1

Gambar 2 Alur RTM AMI



E. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Sebagai sebuah proses evaluasi terhadap kesesuaian dan efektivitas penerapan sistem manajemen mutu yang dilakukan secara berkala pada setiap satuan kerja khususnya perguruan tinggi (Universitas/Institut/ Sekolah Tinggi), maka agenda Rapat Tinjauan Manajemen menjadi salah satu bagian terpenting dalam upaya perbaikan manajemen mutu yang berkelanjutan.

Dalam proses pelaksanaannya, agenda Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) mencakup:

1. Pembukaan.
2. Arahan dari pimpinan Universitas/Institut/ Sekolah Tinggi.
3. Tinjauan terhadap hasil Agenda Rapat Tinjauan Manajemen sebelumnya.
4. Pembahasan mengenai hasil Audit Mutu Internal (AMI) yang telah dilaksanakan.
5. Pembahasan mengenai umpan balik/keluhan *stakeholders* berbasis hasil laporan survey.
6. Pembahasan terkait masalah-masalah operasional dalam penerapan sistem manajemen mutu.
7. Pembahasan mengenai rencana perbaikan/ perubahan yang perlu dilakukan pada sistem manajemen mutu.
8. Rekomendasi untuk perbaikan.
9. Pembahasan lain-lain yang dianggap perlu
10. Penutup.

F. Materi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Materi *untuk* Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) merupakan bahan-bahan yang dikumpulkan melalui temuan/hasil AMI yang dilakukan auditor di lingkungan audit (institusi, lembaga atau unit) yang di audit, termasuk juga bahan-bahan berasal dari selain hasil audit atau kegiatan lain yang dipandang perlu untuk dijadikan bahan materi RTM. Materi RTM diperlukan untuk memetakan beberapa hasil temuan AMI dalam rangka dilakukan

tindak lanjut pada RTM berikutnya jika dipandang perlu untuk dilakukan. Beberapa poin yang dirangkum sebagai bahan materi dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebagai berikut.

11. Hasil/temuan audit Mutu Internal (AMI) yang telah dilakukan tim auditor.
12. Hasil umpan balik dari stakeholder berupa; saran, keluhan dan hasil survei kepuasan stakeholder.
13. Kinerja proses bidang akademik, non akademik dan kesesuaian produk dan layanan.
14. Pencapaian sasaran mutu/ indikator kinerja, seperti analisis kesesuaian kompetensi lulusan dengan lapangan kerja mahasiswa.
15. Status tindakan koreksi dan perbaikan yang dilakukan auditee
16. Status tindak lanjut dari hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) sebelumnya yang masih belum dilaksanakan.
17. Perubahan yang dapat mempengaruhi sistem penjaminan mutu
18. Rekomendasi untuk dilakukan peningkatan perbaikan pelaksanaan sistem tata kelola, pengembangan, kerjasama, dan tridharma perguruan tinggi
19. Membahas usul tindakan koreksi atas hasil temuan auditor
20. Merencanakan tindak lanjut yang harus dilakukan untuk perbaikan mutu layanan
21. Peningkatan hasil layanan
22. Peningkatan efektifitas sistem penjaminan mutu Internal (SPMI) dan prosesnya.

G. Peserta Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Peserta dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) Audit Mutu Internal (AMI) terdiri dari unsur pimpinan institusi, fakultas, birom lembaga, dilingkungan institusi dan gugus mutu di masing-masing fakultas. Secara rinci, peserta Rapat Tinjauan Mutu diikuti oleh:

1. Pimpinan perguruan Tinggi yang meliputi: Rektor dan para Wakil Rektor
2. Pimpinan fakultas yang meliputi: Dekan dan para Wakil Dekan
3. Kepala Biro dan kepala Sub Bagian di lingkungan Institusi
4. Direktur dan wakil direktur Pascasarjana
5. Ketua dan sekretaris Jurusan di masing-masing Fakultas
6. Lembaga penjaminan mutu (LPMPT) sebagai Quality system control
7. Gugus Penjaminan mutu fakultas (GJMF) Ketua lembaga penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat
8. Seluruh lembaga dan unit dilingkungan institusi yang meliputi: LP2M/LPPM/P3M, Perpustakaan, UPB/ P2B, dan TIPD,

H. Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

1. Rasional

Produk nyata luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah kebijakan dari pimpinan untuk menjamin *continuous improvement* dari penjaminan mutu dalam rangka meningkatkan dan memperbaiki temuan AMI serta pemenuhan sembilan kriteria yang mengacu pada Akreditasi

Perguruan Tinggi (APT) dan Akreditasi Program Studi (APS) STIKep PPNI Jabar.

1. Produk Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Produk luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) berupa kebijakan strategis yang dihasilkan dari proses AMI yang dilakukan lembaga penjaminan mutu sebagai berikut. Secara ringkas, Produk luaran dari RTM dapat berupa beberapa keputusan dan/atau tindakan yang berhubungan dengan hal-hal berikut:

- a. Peningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan.
- b. Peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar/kriteria yang sudah dibuat.
- c. Identifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan, baik pada sistem penjaminan mutu maupun sistem pelayanan.
- d. Penyediaan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif.
- e. Konsistensi pelaksanaan standar mutu
- f. Konsistensi pemenuhan kriteria akreditasi institusi maupun prodi

2. Tujuan Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Tujuan luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah untuk sebagai berikut.

- a. Meningkatkan efektivitas sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan.

- b. Meningkatkan pelayanan terkait dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar/kriteria yang sudah dibuat.
- c. Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan, baik pada sistem penjaminan mutu maupun sistem pelayanan.
- d. Menyediaan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif.

I. Tindak Lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Tindak lanjut hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) merupakan upaya konkrit dan solutif yang harus dilakukan auditie dalam rangka mewujudkan rekomendasi hasil RTM. Tinjauan ini harus mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu. Sedangkan Sasaran kegiatannya adalah peningkatan mutu sistem tata kelola sumberdaya manusia, sarana dan prasarana yang dimaksudkan untuk kepentingan sebagai berikut:

1. Meningkatkan pelaksanaan pencapaian standar mutu IKU dan IKT
2. Mempertahankan pelaksanaan pencapaian standar mutu IKU dan IKT
3. Memenuhi pelaksanaan pencapaian standar mutu IKU dan IKT
4. Memperbaiki pelaksanaan upaya pencapaian standar mutu IKU dan IKT

Dalam melakukan rapat tindak lanjut RTM terhadap hasil temuan dilakukan melalui tata cara sebagai berikut: *Auditee* memberikan umpan balik hasil audit; Auditor memberikan penjelasan terhadap umpan balik *auditee*; membuat kesepakatan/penyamaan persepsi

dan membuat rekomendasi. Berkaitan dengan tata cara di atas kegiatan tindak lanjut RTM dilakukan secara bertahap tentang hal-hal sebagai berikut:

1. Identifikasi kekurangan/ temuan (finding) dari pihak auditor
2. Mencari akar masalah dari pihak auditee
3. Mencari solusi jangka pendek: gunakan apa adanya, perbaiki kembali, pecahkan masalah, libatkan stakeholder dari pihak auditee
4. Menetapkan jadwal pelaksanaan untuk solusi jangka pendek, menengah dan panjang dari pihak auditee
5. Verifikasi pelaksanaan dari pihak auditee
6. Menetapkan jadwal pelaksanaan solusi dari pihak auditee
7. Kesimpulan hasil temuan pihak auditor

BAB VIII

AUDIT TINDAK LANJUT

A. Penyampaian Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi

Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut (ATL) menjadi penting karena manfaat pelaksanaan AMI bukan terletak pada banyak sedikitnya temuan audit tetapi lebih kepada tindak lanjut perbaikan dari temuan. ATL adalah kegiatan untuk mengaudit tindak lanjut perbaikan (permintaan tindakan koreksi) dari temuan ami sebelumnya disertai bukti-bukti perbaikannya. ATL fokus untuk mengaudit perbaikan-perbaikan temuan AMI sebelumnya. ATL bermanfaat untuk memastikan bahwa temuan-temuan AMI sudah diperbaiki dan tidak akan berulang menjadi temuan di kemudian hari atau di AMI yang akan datang. ATL bertujuan untuk memastikan efektifitas dan dampak dari tindak lanjut hasil audit atau permintaan tindakan koreksi. Audit Tindak Lanjut merupakan kegiatan untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan kemajuan *auditee* dalam melaksanakan rekomendasi audit.

Tindak lanjut temuan audit merupakan langkah- langkah yang diambil oleh *auditee* untuk memperbaiki temuan audit dan menindaklanjuti hasil rekomendasi audit. Tindak lanjut audit harus segera diambil oleh *auditee* setelah laporan audit diterima dari auditor.

B. Penjadwalan Audit Tindak Lanjut

Untuk merencanakan ATL terdapat beberapa tahapan yang perlu dilakukan yaitu:

1. Menetapkan apakah audit tindak lanjut akan dilaksanakan atau tidak
Prioritas penugasan audit tindak lanjut harus mempertimbangkan strategi audit secara keseluruhan, seperti dalam proses perencanaan strategi tahunan. Alasan tidak dilaksanakannya audit tindak lanjut
antara lain dikarenakan lingkup audit terlalu kecil, temuan audit sudah tidak relevan lagi atau program kegiatan yang bersangkutan sudah tidak ada lagi.
2. Menentukan lingkup audit tindak lanjut
Lingkup audit tindak lanjut harus ditentukan berdasarkan penilaian atas keberlanjutan penerapan kesimpulan audit terdahulu, pernyataan manajemen atas tindakan perbaikan, dan tingkat kepercayaan auditor atas hasil kerja auditor terdahulu.
3. *Cross audit follow up*
Kegiatan *cross audit follow up* mencakup *review* beberapa hasil audit dalam satu entitas atau beberapa hasil audit dalam entitas. Kegiatan *cross audit follow up* yang spesifik perlu mempertimbangkan proses perencanaan strategis audit kinerja.
4. Menyiapkan sumber daya untuk audit tindak lanjut
Sumber daya untuk melaksanakan audit tindak lanjut bergantung pada faktor-faktor seperti jumlah rekomendasi, sifat hubungan dengan *auditee* dan apakah anggota tim audit terdahulu akan membantu dalam audit tindak lanjut.
5. Menjadwalkan tindak lanjut
Penjadwalan audit tindak lanjut bergantung pada karakteristik audit, jenis rekomendasi, risiko sosial, ekonomi dan sebagainya. Pelaksanaan audit tindak lanjut dilaksanakan setelah audit mutu internal yang pertama.

C. Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut (Assesmen Tindak Lanjut)

Sesuai dengan konsep ATL, yang mana merupakan tindakan yang diambil untuk meniadakan sebab-sebab ketidaksesuaian, cacat atau hal-hal lain yang tidak diinginkan, sehingga dapat mencegah pengulangan hal-hal tersebut untuk mengarah pada peningkatan mutu secara berkelanjutan.

Tindakan ini dilaksanakan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). RTM adalah suatu rapat dengan periode waktu tertentu yang bertujuan untuk membahas tindak lanjut temuan, dipimpin langsung oleh pimpinan dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen.

Dalam pelaksanaannya, RTM biasanya dapat melaksanakan tindakan koreksi, tindakan pencegahan dan tindakan verifikasi. Beberapa tindakan tersebut sesuai konsepnya dapat dipahami sebagai berikut:

1. Tindakan koreksi yaitu tindakan untuk menghilangkan penyebab dari ketidaksesuaian yang dikenali atau situasi lain yang tidak dikehendaki.
2. Tindakan pencegahan yaitu tindakan yang menghilangkan kemungkinan penyebab ketidaksesuaian atau kemungkinan situasi yang tidak dikehendaki.
3. Verifikasi yaitu tindakan memastikan, melalui ketetapan tentang bukti objektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah terpenuhi.

D. Pelaporan Audit Tindak Lanjut

Pelaporan Audit Tindak Lanjut adalah penulisan laporan oleh tim auditor terkait dengan hasil audit tindak lanjut yang telah dilaksanakan. Pelaporan Audit Tindak Lanjut berisi tentang laporan audit keefektifan tindakan perbaikan yang telah dilakukan oleh auditee atas temuan-temuan AMI sebelumnya. Pelaporan Audit Tindak Lanjut mempunyai posisi penting dalam rangka perbaikan dan peningkatan mutu berkelanjutan.

Dalam laporan audit tindak lanjut, auditor melaporkan temuan dan rekomendasi dari temuan-temuan AMI

sebelumnya yang belum ditindaklanjuti selama audit tindak lanjut untuk seterusnya disampaikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan (stakeholder). Laporan audit tindak lanjut ini menyediakan informasi bagi stakeholder mengenai :

1. Keefektifan tindakan-tindakan perbaikan yang telah dilakukan sesuai dengan waktu yang telah disepakati dalam permintaan tindakan koreksi. Oleh karenanya sering disebut dengan Laporan Tinjauan Keefektifan Tindakan Perbaikan.
2. Hambatan-hambatan yang mungkin ditemui auditee saat melakukan tindakan-tindakan perbaikan atas temuan AMI sebelumnya
3. Masukan dan saran mengenai beberapa alternatif langkah-langkah efektif yang bisa diambil oleh auditee dalam rangka menindaklanjuti temuan-temuan AMI sebelumnya
4. Tidak ada standar atau format baku dalam menuliskan laporan audit tindak lanjut ini, yang terpenting adalah mudah dipahami dan mampu memberikan informasi kepada stakeholder tentang beberapa hal yang perlu untuk diperbaiki/ditingkatkan dalam rangka peningkatan mutu berkelanjutan.

Beberapa contoh model pelaporan audit tindak lanjut yang bisa digunakan adalah sebagai berikut :

BAB IX

KODE ETIK AUDIT MUTU INTERNAL

A. Pengertian Kode Etik

Etika diartikan sebagai nilai-nilai atau norma-norma moral yang mendasari perilaku manusia. Etika secara

umum didefinisikan sebagai perangkat prinsip moral atau nilai. Secara lebih komprehensif, etika berarti keseluruhan norma dan penilaian yang dipergunakan oleh masyarakat untuk mengetahui bagaimana manusia seharusnya menjalankan kehidupannya. Secara spesifik, etika berarti seperangkat nilai atau prinsip moral yang berfungsi sebagai panduan untuk berbuat, bertindak atau berperilaku. Karena berfungsi sebagai panduan, prinsip-prinsip moral tersebut juga berfungsi sebagai kriteria untuk menilai benar/salahnya perbuatan/perilaku.

Sementara kode etik diartikan sebagai nilai-nilai, norma-norma, atau kaidah-kaidah untuk mengatur perilaku moral dari suatu profesi/tugas melalui ketentuan-ketentuan tertulis yang harus dipenuhi dan ditaati setiap anggota profesi/petugas. Kode etik merupakan komitmen moral organisasi yang berisi:

1. Hal-hal yang diperbolehkan dan dilarang oleh anggota profesi/petugas.
2. Hal-hal yang harus didahulukan atau yang harus diprioritaskan oleh profesional/petugas ketika menghadapi situasi konflik atau dilematis.
3. Tujuan dan cita-cita luhur profesi.
4. Sanksi kepada anggota profesi/petugas yang melanggar kode etik.

Diberlakukannya kode etik adalah pertama, melindungi kepentingan masyarakat atau pengguna layanan dari kemungkinan kelalaian, kesalahan atau pelecehan, baik disengaja maupun tidak disengaja oleh anggota profesi/petugas. Kedua, melindungi keluhuran profesi dari perilaku-perilaku menyimpang oleh anggota profesi/petugas.

Kode etik dapat berfungsi optimal membutuhkan 2 (dua) syarat, yaitu dirumuskan sendiri oleh profesional atau petugasnya sendiri. Kode etik tidak akan efektif

apabila ditentukan atau dirumuskan institusi di luar profesi itu. Kemudian pelaksanaan kode etik harus diawasi secara terus-menerus. Setiap pelanggaran akan dievaluasi dan diambil tindakan oleh suatu dewan yang khusus dibentuk.

B. Tujuan Kode Etik

Tujuan perumusan kode etik auditor ini untuk memacu pencapaian (tercapainya) budaya etis di kalangan auditor AMI. Kode etik ini diperlukan oleh auditor AMI untuk menumbuhkan kepercayaan auditor yang akan melaksanakan tugas AMI.

C. Prinsip-Prinsip Audit Mutu Internal

1. Integritas (*integrity*)

Dalam menjalankan AMI harus bersikap jujur dan bertanggungjawab serta dapat mengaplikasikan berbagai peraturan/regulasi dengan baik.

2. Memaparkan dengan apa adanya (*fair presentation*). Menyampaikan laporan hasil audit yang sesungguhnya. Temuan audit, kesimpulan audit dan lainnya ditampilkan secara objektif.
3. Pelayanan Professional (*due professional care*).
AMI harus dilaksanakan oleh auditor yang professional yang memiliki kompetensi, sehingga memiliki kredibilitas dihadapan auditee.
4. Menjaga kerahasiaan (*confidentially*)
Informasi yang didapatkan dalam proses AMI harus digunakan dengan bijaksana, termasuk dalam menangani informasi yang sensitive dan rahasia.
5. Bebas (*independence*)
Auditor harus tidak memihak dan berlaku objektif. Tidak ada konflik kepentingan dengan auditee dan unit yang diaudit.
Pendekatan berdasarkan bukti (*evidence based approach*). Kegiatan AMI harus dapat memverifikasi bukti. Berdasarkan sampel yang disampaikan selama audit berlangsung.

D. Azas Auditor

1. Integritas
Auditor mampu membangun kepercayaan orang lain, bahwa keberpihakan yang dimiliki semata-mata ditujukan kepada kebenaran dan fakta. Integritas ini menjadi dasar bagi auditor dalam mengambil keputusan dan penilaiannya terhadap auditee. Untuk mewujudkan auditor yang berintegritas tinggi, standar perilaku yang ditetapkan adalah:
 - a. Melakukan seluruh tugas auditor dengan penuh ketekunan, bertanggung jawab serta menjunjung tinggi nilai kejujuran.
 - b. Mentaati hukum dan membuat laporan sesuai dengan ketentuan peraturan profesi
 - c. Tidak terlibat dalam aktivitas ilegal atau terlibat dalam tindakan yang dapat menurunkan wibawa profesi auditor AMI.
 - d. Menghormati dan berkontribusi pada tujuan yang sah dan etis organisasi.
2. Objektivitas
Auditor AMI memilikisikap yang objektif dalam mengumpulkan dan mengevaluasi hasil audit. Dalam melakukan penilaian, auditor harus menilai secara seimbang sesuai dengan keadaan objek yang diaudit tidak dipengaruhi oleh sentimen pribadi atau kelompok. Bentuk sikap dan tindakan yang objektif auditor AMI dapat berbentuk:
 - a. Tidak terlibat pada segala bentuk kegiatan atau hubungan yang dapat mengganggu objektivitas penilaian
 - b. Tidak menerima segala bentuk pemberian yang dapat mempengaruhi penilaian.
 - c. Mengungkapkan segala fakta yang didapatkan dari hasil audit, yang dapat mempengaruhi pelaporan hasil audit.
3. Kerahasiaan
Auditor AMI menjunjung tinggi profesionalitas dalam menjaga informasi yang merekadapatkan dari auditee. Bentuk perilaku auditor yang mencerminkan prinsip kerahasiaan adalah:
 - a. Melindungi informasi yang didapatkan dari kegiatan audit.
 - b. Tidak menggunakan informasi hasil audit untuk kepentingan pribadi atau kegiatan

yang bertentangan dengan ketentuan peraturan serta kegiatan yang merugikan organisasi.

4. Kompetensi

Auditor di dalam AMI melakukan hal-hal berikut ini:

- a. menerapkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang diperlukan dalam pelaksanaan layanan AMI.
- b. Melakukan Audit Mutu Internal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
- c. meningkatkan kemampuan dan efektivitas serta kualitas layanan auditor.

5. Independensi

Auditor AMI tidak terlibat konflik kepentingan dengan pihak auditee ataupun pihak-pihak terkait

pelaksanaan AMI. Untuk menjaga independensi auditor dapat dilakukan dengan:

- a. Menghindari pertemuan dengan auditee diluar proses audit.
- b. Proses Audit dilakukan secara berkelompok
- c. Auditor tidak melakukan audit pada unit/organisasi dimana ia menjadi bagian dari unit tersebut.

E. Kode Etik Auditor dan Auditee

1. Kode etik auditor

Setidaknya ada 3 definisi yang berhubungan

dengan subtema atas yaitu:

- a. Auditor adalah orang yang memiliki kemampuan dan kualifikasi untuk melakukan audit mutu.
- b. Client (Klien) adalah organisasi/perorangan yang mempunyai hak untuk mengatur atau hak kontrak untuk meminta audit.
- c. Auditee (Teraudit) adalah Organisasi/unit kerja/ orang yang diaudit. Teraudit bisa sekaligus sebagai klien.

Auditor AMI harus mampu menerapkan dan menegakkan asas-asas auditor sebagai berikut: integritas, obyektivitas, kerahasiaan, kompetensi, dan independensi.

Dalam melaksanakan AMI, auditor harus memiliki sifat-sifat sebagai berikut:

- a. Tidak menggurui;
- b. Selalu menampilkan sebuah sisi kebenaran dan adil;
- c. Langsung ke pokok permasalahan dan tidak bertele-tele;
- d. Berpikir sistematis;
- e. Selalu mengejar kesesuaian dengan;
- f. Berusaha mencari tahu pemahaman *Auditee*, bukan pemahaman Auditor;
- g. Segala sesuatunya selalu dipersiapkan;
- h. Selalu membantu *Auditee*;
- i. Menjalin komunikasi seefektif mungkin dengan *Auditee*;
- j. Selalu menindaklanjuti permintaan perbaikan.

2. Auditee

Terdapat 3 (tiga) metode dalam menyeleksi auditee, yaitu

a. *Systematic selection*

Bagian audit internal menyusun suatu jadwal audit tahunan yang diperkirakan akan dilaksanakan. Secara tipikal jadwal tersebut dikembangkan dengan mempertimbangkan risiko. Auditee potensial yang menunjukkan tingkat risiko yang tinggi mendapat prioritas untuk dipilih.

b. *Ad Hoc Audits*

Metode ini digunakan dengan mempertimbangkan bahwa operasi tidak selalu berjalan tepat seperti yang direncanakan. Pimpinan menugaskan auditor internal untuk mengaudit bidang/area fungsional tertentu yang dipandang bermasalah. Dengan demikian pimpinan memilih auditee bagi auditor internal.

c. *Auditee Requests*

Pimpinan seringkali memerlukan input dari auditor internal untuk mengevaluasi kelayakan dan keefektifan pengendalian internal serta

pengaruhnya terhadap operasi yang berada pada struktur tertentu. Oleh karena itu, auditee yang dimaksud mengajukan permintaan untuk diaudit.

Berdasarkan metode di atas, auditee dalam lingkup STIKep PPNI Jabar terdiri dari

5 bidang :

a. Bidang Akademik

Auditee bidang akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja lainnya di STIKep PPNI Jabar yang memberikan pelayanan akademik berupa perkuliahan, bimbingan, pengasuhan, asistensi, dan pendampingan terhadap mahasiswa sebagai pengguna utama layanan akademik.

b. Bidang Administrasi Akademik

Auditee bidang administrasi akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan STIKep PPNI Jabar yang memberi dukungan pelaksanaan kegiatan akademik secara administratif dan aspek teknis lainnya. Dengan cakupan pengertian ini, *auditee* bidang pelayanan kependidikan adalah Bagian Administrasi masing-masing fakultas dan pasca sarjana, Sub Bagian Umum, Sub Bagian Akademik dan Kemahasiswaan, Bendahara,

c. Bidang Non Akademik Kemahasiswaan *Auditee* bidang NonAkademik Kemahasiswaan adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STIKep PPNI Jabar yang memberi pelayanan, bimbingan, dan asistensi terhadap mahasiswa dalam melaksanakan kegiatan dan pengembangan keterampilan baik dalam bidang akademik maupun non akademik.

d. Bidang Kepegawaian

Auditee bidang kepegawaian adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STIKep PPNI Jabar yang memiliki fungsi spesifik terkait dengan pengembangan dan pembangunan sumberdaya manusia. Auditee bidang kepegawaian adalah Wakil Rektor 2, Kepala Biro, dan Bagian Kepegawaian.

e. Bidang Kelembagaan

Auditee bidang kelembagaan adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan STIKep PPNI Jabar yang memiliki mandat untuk membangun dan mengembangkan kelembagaan baik secara internal maupun eksternal. *Auditee* bidang dari Kepala Biro, Wakil Rektor 1, Wakil Rektor 2, Wakil Rektor 3, LPMP,

LP2M/LPPM, Pustekipad, TIPD dan ULP.

f. Hak dan Kewajiban Auditor dan Auditee

1. Hak dan Kewajiban Auditor

Hak auditor AMI terdiri dari :

- a. hak melakukan audit kinerja terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan STIKep PPNI Jabar;
- b. hak melakukan evaluasi terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan STIKep PPNI Jabar sebagai auditee sesuai dengan instrumen AMI yang berlaku;
- c. hak melakukan komunikasi dengan auditee untuk pelaksanaan AMI pada periode tertentu;
- d. hak menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit; dan
- e. hak memberikan catatan, saran, dan rekomendasi terhadap auditee dan pihak-pihak lain yang memiliki keterkaitan dalam rangka meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional yang ditetapkan.

Kewajiban auditor AMI, adalah

- a. Mengaudit sesuai lingkup audit
- b. Melaksanakan tugas secara obyektif
- c. Mengumpulkan dan menganalisis bukti
- d. Melaksanakan tugas sesuai dengan kode etik yaitu salah satunya adalah menjaga kerahasiaan dokumen yang diaudit
- e. Mampu menjawab pertanyaan auditee

2. Hak dan Kewajiban Auditee

Hak auditee AMI terdiri dari:

- a. Hak mengajukan audit kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya
- b. Hak mendapatkan hasil evaluasi atas kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya
- c. Hak melakukan komunikasi dengan auditor dalam pelaksanaan AMI dalam periode tertentu
- d. Hak mendapatkan status kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya
- e. Hak mendapatkan catatan, saran, dan rekomendasi dari auditor AMI atas kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya

Kewajiban Auditee, terdiri dari:

- a. Menyiapkan dokumen yang akan diaudit
- b. Menjawab pertanyaan yang diajukan auditor AMI
- c. Menerima atau menyanggah pernyataan dari auditor AMI
- d. Menyiapkan fasilitas yang mendukung pelaksanaan audit.

g. Sanksi Auditor dan Auditee

1. Penegakan Disiplin

Apabila Rektor STIKep PPNI Jabar menerima laporan tertulis dan resmi mengenai adanya pelanggaran kodek etik auditor AMI, Rektor STIKep PPNI Jabar akan melaksanakan penegakan disiplin sebagai berikut:

1. Rektor/Ketua membentuk Komisi Etika Auditor yang terdiri dari tiga orang, serta bertugas untuk jangka waktu 2 bulan;
2. Komisi Etika Auditor segera mempelajari isi laporan tersebut;
3. Komisi Etika Auditor mengadakan rapat untuk mendengarkan klarifikasi auditor terlapor dan juga pelapor secara terpisah;
4. Setelah mendengarkan penjelasan terlapor dan pelapor, apabila tidak terbukti dan ada kesepakatan kedua belah pihak, maka prosedur pemeriksaan tidak dilanjutkan;
5. apabila terbukti ada pelanggaran kode etik auditor AMI, maka auditor terlapor segera memperbaiki laporan yang dibuatnya;
6. Komisi Etika Auditor melaporkan hasil kerjanya kepada Rektor STIKep PPNI Jabar.

2. Sanksi Auditor dan Auditee

Auditor yang tidak mematuhi atau melanggar kode etik auditor AMI akan dinilai dan ditindak sesuai prosedur penegakan disiplin yang berlaku. Jenis sanksi yang diberikan adalah:

1. Peringatan lisan;
2. Peringatan tertulis pertama, kedua dan ketiga;
3. Pemberhentian sementara sebagai auditor untuk jangka waktu tertentu;
4. Pemberhentian sebagai auditor secara permanen.

BAB X

PENUTUP

Pedoman Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar merupakan dokumen yang bersifat dinamis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masing-masing perguruan tinggi Islam di Indonesia. Melalui pengembangan AMI diharapkan SPMI menjadi lebih komprehensif serta memiliki mekanisme internal untuk memenuhi kebutuhan dalam rangka peningkatan mutu perguruan tinggi.

Dengan implementasi AMI yang baik, maka proses Peningkatan Mutu Berkelanjutan atau PPEPP akan berjalan dengan baik pula sehingga pada akhirnya STIKep PPNI Jabar semakin maju dan berkualitas.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Rencana Tahunan Audit Mutu Internal

RENCANA RAHUNAN AUDIT MUTU INTERNAL

TAHUN : _____

No	Lingkup Audit	Kode	Jan				Feb				Mar				Apr				Mei				Juni				Juli				Dst.
		Dokumen	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Visi, Misi, Tujuan Strategi																														
2	Tata Pamong, Tata Kelola, Kerjasama																														
3	Mahasiswa																														
4	Sumber Daya Manusia																														
5	Keungan, Sarana, dan Prasarana																														
6	Pendidikan																														
7	Penelitian																														
8	Pengabdian Kepada Masyarakat																														
9	Luaran dan Capaian: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil Pendidikan • Hasil Penelitian • Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat 																														

Keterangan :

- : Rencana
- : Realisasi dan perlu perbaikan
- : Selesai

Ketua LPMPT;

Ketua Tim Audit;

(_____)
NIDN:

(_____)
NIDN :

STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP) KEGIATAN AUDIT MUTU INTERNAL

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
Perumusan		Ketua Tim		07 April 2020
Pemeriksaan		Ka. LPMPT		07 April 2020
Persetujuan		Wk. Ketua I		07 April 2020
Penetapan		Ketua		07 April 2020
Pengendalian		Ka. LPMPT		07 April 2020

1. TUJUAN

Prosedur Audit Mutu Internal (AMI) ini memberikan pedoman tentang tanggung-jawab dan kewenangan yang terkait dengan pelaksanaan Audit Mutu Internal, dalam rangka penerapan Sistem Manajemen Mutu (SMM).

2. RUANG LINGKUP

Prosedur ini meliputi uraian tentang ketentuan dan tata cara pelaksanaan Audit Mutu Internal, untuk digunakan di seluruh unit kerja dan kegiatan yang terkait dengan penerapan SMM di .

3. DEFINISI

PTPP : Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan

RTP : Rencana Tindakan Perbaikan Auditee : Unit kerja yang akan diaudit.

Auditor : Personel yang bertugas melaksanakan audit

Tim audit : Kelompok personel (auditor) yang bertugas melaksanakan audit

Lead auditor : Orang yang memimpin tim audit.

Verifikasi : kegiatan untuk melakukan pengecekan kebenaran suatu proses.

Verifikator : Orang yang bertugas mengecek dan mengetahui kebenaran suatu proses.

4. REFERENSI

4.1 Panduan Pengisian Instrumen Audit Mutu Internal

4.2 Instrumen Audit Mutu Internal

5. KETENTUAN UMUM

5.1 Tujuan audit mutu internal di ..adalah:

5.1.1 Untuk menilai kesesuaian penerapan sistem manajemen mutu dengan standar dan peraturan lain yang terkait.

5.1.2 Untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi penerapan sistem manajemen mutu dan upaya peningkatannya.

5.1.3 Untuk menjadi bahan peningkatan mutu yang berkesinambungan.

5.2 Audit Mutu Internal akan dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun.

5.3 Pelaksanaan audit mutu internal dikelola oleh LPMPT dengan tindakan-tindakan sebagai berikut:

5.3.1 Menetapkan Program Audit yang mencakup informasi tentang:

- 5.3.1.1 Auditee
- 5.3.1.2 Ruang Lingkup Audit
- 5.3.1.3 Jadwal Audit
- 5.3.1.4 Tim Auditor
- 5.3.2 Membentuk Tim Audit dengan ketentuan:
 - 5.3.2.1 Auditor adalah personil yang telah mengikuti sekurang-kurangnya pelatihan SPMI dan pelatihan audit mutu internal.
 - 5.3.2.2 Auditor harus independen terhadap area atau lingkup yang akan diaudit, dengan menunjuk personel dari satu bagian untuk penugasan audit silang (cross audit) di bagian lain.
- 5.3.3 Menyampaikan Program Audit kepada Tim Audit dan Auditee dengan surat pemberitahuan paling lambat 1 (satu) bulan sebelum pelaksanaan audit.
- 5.3.4 Secara aktif mengendalikan seluruh kegiatan Audit Mutu Internal. Mulai dari tahap persiapan sampai dengan penyelesaian verifikasi.
- 5.4 Hasil audit atau temuan audit akan dikategorikan pada 3 jenis, yaitu:
 - 5.4.1 Major

Temuan audit dikategorikan sebagai major, apabila tidak ditemukan bukti-bukti (rekaman mutu) yang memadai sebagai tanda pelaksanaan sistem manajemen mutu dan apabila prosedur yang ada tidak dilaksanakan.
 - 5.4.2 Minor









Temuan audit dikategorikan sebagai minor, apabila dalam penerapan sistem manajemen mutu meskipun telah didukung oleh bukti yang cukup memadai, namun masih terdapat kekurangan dalam dokumentasi. Temuan ini juga berlaku bila terdapat penyimpangan dari prosedur yang telah ditetapkan.
 - 5.4.3 Catatan atau observasi

Temuan audit dikategorikan sebagai catatan, apabila temuan bukan merupakan penyimpangan dari ketentuan sistem manajemen mutu, namun perlu mendapat perhatian dari audit.
- 5.5 Temuan audit dengan kategori major dan minor harus dituangkan dalam PTPP hasil audit dan auditee harus menuangkan dalam rencana tindakan perbaikan (RTP) untuk tidak terulangnya temuan tersebut.
- 5.6 Hasil audit harus dibuat selambat-lambatnya 21 (dua puluh satu) hari kerja terhitung selesainya pelaksanaan audit dan disampaikan kepada auditee dan LPMPT untuk tindakan perbaikan dan pencegahan.
- 5.7 Audit mutu internal merupakan pelaksanaan ketentuan SMM, semua pimpinan harus memberikan dukungan penuh guna menjamin kelancaran dan keberhasilan pelaksanaan proses audit mutu internal.
- 5.8 Seluruh temuan audit harus diselesaikan selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sejak ditemukannya temuan tersebut. Temuan dinyatakan selesai apabila telah diverifikasi oleh tim verifikator yang ditetapkan oleh LPMPT.

6. ALUR KERJA DAN DESKRIPSI ALUR KERJA

6.1 Alur Kerja Perencanaan Audit Mutu Internal

AKTIVITAS	REKTOR	LPMPT	AUDITOR	AUDITEE
-----------	--------	-------	---------	---------

Mulai				
Menetapkan Progam Kegiatan AMI				
Mengusulkan SK Panitia dan SK Auditor				
Penerbitan SK Panitia dan SK Auditor di				
Penerbitan surat pemberitahuan pelaksanaan AMI				
Orientasi Auditor				
Pembagian kelompok kerja auditor				
Rapat Koordinasi auditor terkait tugas/fungsi, penyusunan audit plan dan jadwal audit				
Koordinasi auditor dengan auditee terkait waktu audit				
Persetujuan Jadwal audit				
Penyelenggaraan rapat pra audit				
Penetapan rencana pelaksanaan AMI				
Selesai				

6.2 Deskripsi Perencanaan Audit Mutu Internal

6.2.1 Rektor menginstruksikan kepada LPMPT untuk melakukan AMI, dan menginstruksikan kepada Fakultas/ Prodi/ Unit /Lembaga untuk mempersiapkan dan mendukung pelaksanaan AMI

6.2.2 LPMPT

6.2.2.1 Menetapkan Program Audit Mutu Internal (AMI) yang meliputi ketentuan tentang area yang akan diaudit, jadwal audit, lead auditor, dan auditor

6.2.2.2 Mengeluarkan surat pemberitahuan audit kepada seluruh unit kerja yang akan diaudit (auditee) dengan mencantumkan Program AMI tersebut.

6.2.2.3 Menerbitkan surat tugas AMI kepada lead auditor, auditor dan observer (jika

ada) mencantumkan Program AMI tersebut.

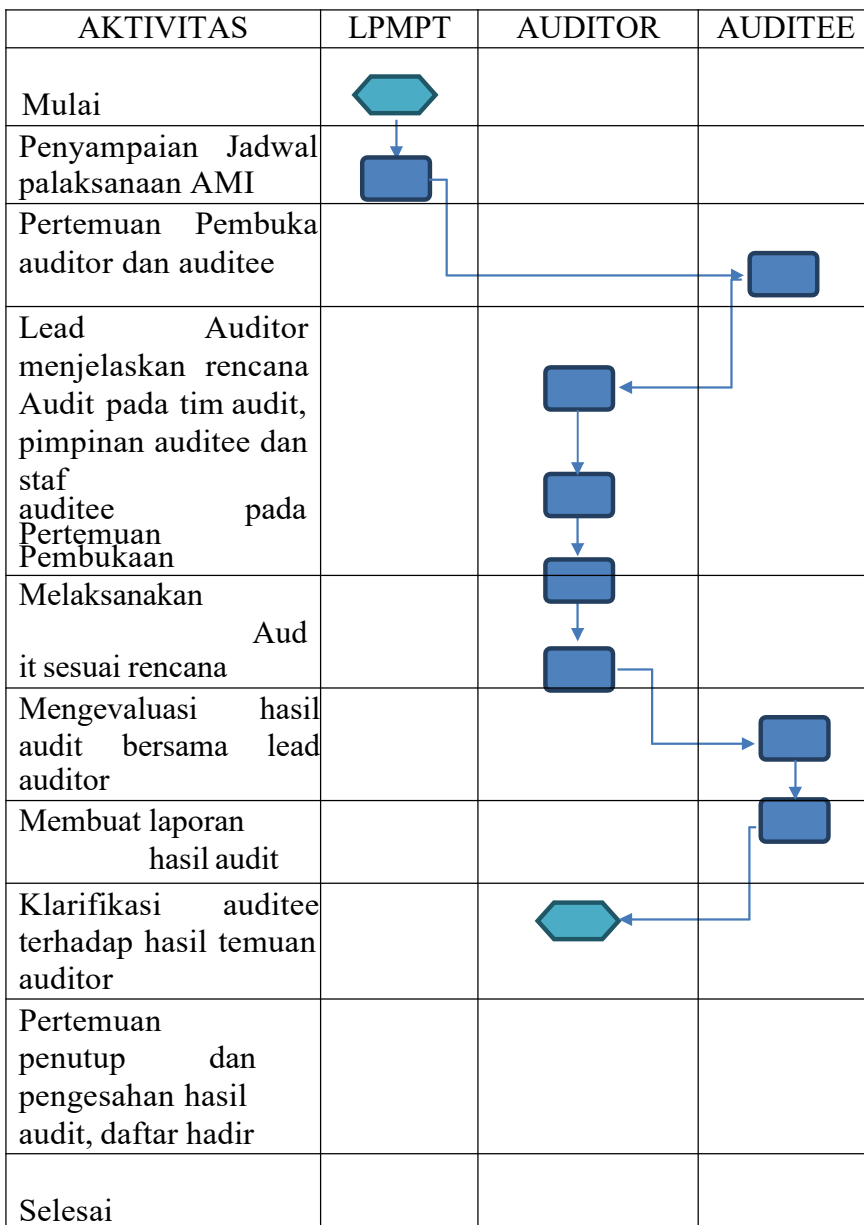
6.2.3 Lead Auditor

- 6.2.3.1 Bersama dengan anggota tim audit, menganalisis fungsi/tugas utama auditee sesuai struktur organisasi DIR TIK.
- 6.2.3.2 Bersama anggota tim audit (auditor), menyusun rincian jadwal audit.
- 6.2.3.3 Mengkoordinasikan jadwal audit rinci dengan auditee untuk mendapatkan kesepakatan bersama tentang jadwal tersebut.
- 6.2.3.4 Membuat Rencana Audit (Audit Plan) yang memuat antara lain:
 - a. Informasi umum: tujuan, ruang lingkup, standar yang digunakan, tim audit dan hal-hal lain yang perlu disampaikan.
 - b. Jadwal Audit: auditor, tanggal, waktu, auditee dan ketentuan sistem manajemen mutu yang berlaku pada setiap area yang diaudit.
- 6.2.3.5 Menyiapkan form dan dokumen yang akan digunakan dalam proses audit misalnya form PTPP, RTP, form Temuan dengan kategori Catatan/Observasi, dan check-list Audit.
- 6.2.3.6 Bersama dengan anggota tim audit, membuat jadwal audit final.
- 6.2.3.7 Meminta persetujuan Management Representative atas jadwal tersebut.

6.2.4 LPMPT

- 6.2.4.1 Menerima jadwal audit dan rencana audit dari lead auditor dan meninjau kesesuaiannya dengan Program Audit, termasuk sumber daya yang dibutuhkan.
- 6.2.4.2 Menyelenggarakan rapat pra-audit dengan lead auditor untuk menetapkan jadwal audit dan rencana audit serta memfinalisasikan rencana audit dan hal-hal lain yang diperlukan untuk pelaksanaan audit
- 6.2.4.3 Mengesahkan Rencana AMI untuk digunakan dalam pelaksanaan audit.

6.3 Alur Kerja Pelaksanaan Audit Mutu Internal



6.4 Deskripsi Pelaksanaan Audit

6.4.1 Pertemuan pembukaan (opening meeting).

- Tim audit melaksanakan pertemuan pembukaan bersama auditee
- Pimpinan Auditee menjelaskan organisasi & staf yang menjadi tanggungjawabnya, dan tanggungjawab auditee dalam SMM
- Lead Auditor menjelaskan Rencana Audit (Audit Plan)
- Pimpinan Auditee membuat bukti daftar hadir dan menandatangani sebagai pengesahan

6.4.2 Proses Audit dan Pertemuan Tim Audit

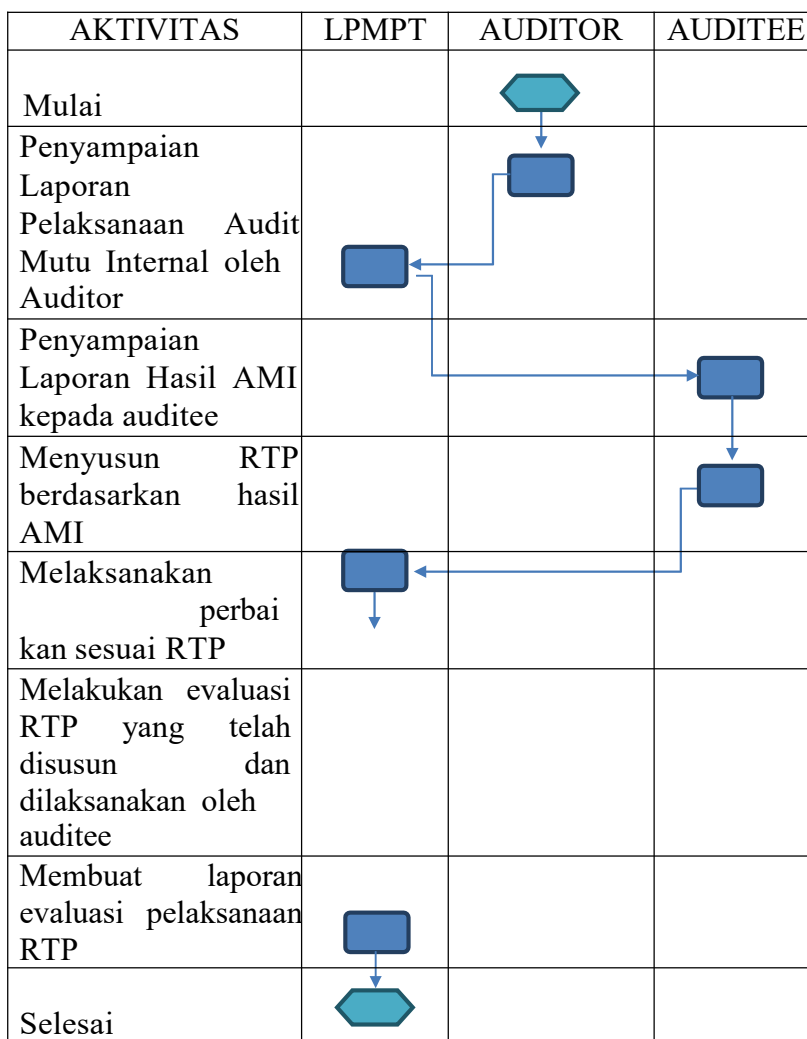
- Melaksanakan audit sesuai dengan rencana audit (audit plan).
- Melaksanakan Pertemuan Tim Audit dipimpin Lead Auditor, untuk evaluasi hasil audit dan tetapkan kategori tiap temuan sebelum disampaikan kepada auditee pada Pertemuan Penutup

- Menerbitkan PTPP untuk tiap temuan kategori Major dan Minor
- Membuat laporan Temuan Audit dengan kategori Catatan/ Observasi
- Mengkonfirmasi persetujuan dari auditee atas hasil temuan yang dituangkan dalam PTPP.

6.4.3 Pertemuan Penutup (*closing meeting*)

- Melaksanakan pertemuan penutup pada akhir dari seluruh proses audit yang dihadiri oleh pimpinan auditee, staf auditee, dan tim audit
- Lead Auditor menyampaikan hasil/temuan audit beserta kategorinya
- Lead Auditor menyampaikan kesimpulan efektivitas dan efisiensi penerapan SMM di unit kerja tersebut
- Pimpinan auditee membuat bukti hadir dan menandatangani sebagai pengesahan, satu copy untuk auditee dan satu copy untuk tim audit

6.5 Alur Kerja Pelaporan Hasil Audit dan Tindakan Perbaikan



6.6 Deskripsi Pelaporan Hasil Audit dan Tindakan Perbaikan

6.6.1 Lead Auditor

- Bersama seluruh Tim Audit membuat laporan audit sesuai hasil pengamatan selama proses audit meliputi resume kegiatan, laporan pelaksanaan dan hasil temuan.
- Menyampaikan laporan audit kepada LPMPT dan mengirimkan salinannya

kepada auditee.













6.6.2 Auditee

1. Menerima PTPP untuk temuan dengan kategori minor dan major.
2. Menyusun Rencana Tindakan Perbaikan (RTP) dan menyerahkan kepada MR dalam waktu satu minggu sejak diterimanya PTPP.
3. Melaksanakan perbaikan sesuai RTP tersebut.

6.6.3 LPMPT

1. Menerima RTP dari auditee.
2. Meninjau kecukupan dari RTP.
3. Menetapkan RTP atau mengembalikan RTP yang tidak memadai.

6.7 Alur Kerja Verifikasi

AKTIVITAS	LPMPT	TIM VERIFIKASI
Mulai		
Penetapan TIM Verifikasi Laporan Hasil AMI	 	
Menerbitkan Surat Tugas dan jadwal pelaksanaan Verifikasi		
Penyampaian jadwal pelaksanaan verifikasi hasil pelaksanaan AMI ke Auditee		 
Memeriksa Penyelesaian tiap temuan dan memverifikasi hasil penyelesaiannya	 	 
Membuat laporan hasil pelaksanaan hasil verifikator		
Menerima laporan hasil verifikasi		
Melakukan evaluasi hasil kerja TIM Verifikasi AMI dan TIM Auditor		
Merumuskan langkah peningkatan kinerja para auditor		
Selesai		

6.7 Deskripsi Verifikasi

6.7.1 LPMPT

1. Menetapkan TIM verifikasi hasil audit mutu internal.
2. Mengeluarkan surat pemberitahuan TIM verifikasi hasil AMI kepada seluruh unit kerja (auditee).
3. Menerbitkan surat tugas verifikasi, beserta jadwalnya.

6.7.2 Tim Verifikasi

1. Memeriksa penyelesaian setiap temuan yang dituangkan dalam PTPP dan RTP.
2. Apabila terbukti temuan sudah diselesaikan, verifikator akan menandatangani PTPP sebagai bukti bahwa temuan telah diselesaikan. Apabila temuan belum diselesaikan, maka PTPP tidak akan ditandatangani oleh verifikator.
3. Membuat laporan hasil pelaksanaan verifikasi (dilampiri dengan salinan PTPP yang sudah ditandatangani oleh verifikator) dan menyampaikannya kepada LPMPT.
4. LPMPT menerima laporan hasil verifikasi.
5. Meninjau kesesuaian atau kesempurnaan hasil verifikasi.
6. Menyelenggarakan rapat tim audit untuk mengevaluasi hasil audit mutu internal, termasuk mengevaluasi kinerja tim audit.
7. Merumuskan langkah-langkah untuk meningkatkan kinerja para auditor (tim audit).

7. PENGECUALIAN

1. Apabila audit dianggap kurang memuaskan, lead auditor atau LPMPT berwenang untuk melakukan audit ulang. Hal yang sama juga berlaku apabila laporan audit kurang memuaskan. Keputusan pengulangan audit ditetapkan oleh LPMPT.
2. Apabila ada perselisihan atas kategori temuan (major/ minor/catatan) maka kategori temuan akan ditetapkan oleh LPMPT. Perubahan kategori ini (apabila terjadi) harus disahkan oleh lead auditor atau verifikator. Temuan sebelumnya tidak boleh terhapus atau dihilangkan.
3. Pengunduran waktu audit dan jadwal yang sudah ditetapkan, harus dengan persetujuan LPMPT. Permohonan pemunduran audit tersebut harus dilakukan secara tertulis.

8. REKAMAN

- 8.1 Surat Pemberitahuan Audit Mutu Internal.
- 8.2 Surat Tugas Audit Mutu Internal.
- 8.3 Rencana Audit Mutu Internal (dari tim audit).
- 8.4 Checklist Audit
- 8.5 Laporan Audit Mutu Internal (dari tim audit), terdiri dari:
 - Resume Kegiatan (halaman muka)
 - Laporan Pelaksanaan AMI
 - Laporan Temuan Audit: PTPP
 - Laporan Temuan Audit dengan kategori Catatan/ Observasi
- 8.6 Rencana Tindakan Perbaikan (dari auditee).
- 8.7 Surat Tugas Verifikator

Lampiran 3 : Jadwal Pelaksanaan Audit Mutu Internal

JADWAL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Periode :

No.	1.HTa	Kegiatan	Auditee	Auditor dan Pendamping	Lingkup Audit	Kode Dokumen
1.		Pembukaan				
		Ekspos				
		Verifikasi				
2.		Pembukaan				
		Ekspos				
		Verifikasi				

Disetujui Oleh,

Kota,
Disiapkan Oleh,

Ketua LPMPT,

Ketua Tim Audit

KEPUTUSAN KETUA STIKep PPNI JABAR
PENETAPAN AUDITOR DAN AUDITEE
AUDIT MUTU INTERNAL STIKEP PPNI JABAR TAHUN

Menimbang : a. Bahwa untuk menjamin pelaksanaan kegiatan pembelajaran yang bermutu di.....
..., maka dipandang perlu ditetapkan Auditor dan Auditee;
b. Bahwa untuk maksud tersebut point a, perlu ditetapkan dengan Keputusan Rektor

- Mengingat : 1. Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003
Tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. Undang-Undang RI Nomor 14 Tahun 2005
Tentang Guru dan Dosen;
3. Undang-Undang RI Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014
Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
5. Peraturan Presiden No. 8 Tahun 2012 tentang
Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia;
6. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia
Nomor 50 tahun 2018 tentang perubahan atas peraturan Menteri Riset,
Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 tahun 2015 tentang Standar
Nasional Pendidikan Tinggi
7. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia
Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi

Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Nomor tanggal..... tentang Auditor dan Audite Audit Mutu Internal STIKep PPNI Jabar tahun

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- Pertama : Menetapkan Auditor dan Auditee sebagaimana terlampir
Kedua : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
Ketiga : Keputusan Rektor ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan

Ditetapkan di : Bandung, Pada Tanggal :

Lampiran 5 : Surat Pemberitahuan Kegiatan Audit Mutu Internal (AMI)

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Pemberitahuan Kegiatan Audit Mutu Internal

Yth.
Di

Assalamu'alaikum wr. wb.

Diberitahukan dengan hormat, bahwa dalam rangka memastikan implementasi sistem penjaminan mutu telah berjalan sesuai dengan siklus yang telah ditetapkan menurut praktik layanan Tri Dharma, maka STIKep PPNI Jabar .. melalui Lembaga Penjaminan Mutu akan mengadakan Audit Mutu Internal.

Adapun pelaksanaan audit internal dilaksanakan pada:

Hari :s.d.
Tanggal:s.d.
Waktu :s.d.
Lokasi : Unit kerja di lingkungan

Sehubungan hal tersebut, dimohon seluruh unit kerja mempersiapkan diri guna menindaklanjuti kegiatan audit internal sebagaimana dimaksud.

Demikian pemberitahuan ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

.,
Ketua LPMPT,

Lampiran 6 : Formulir Checklist Audit

FORMULIR CHECKLIST AUDIT (INSTRUMEN AUDIT)

Nomor Audit	Tanggal	Auditor	NIP
.....
..

No.	Referensi (Diisi butir standar)	Pertanyaan (Diisi sesuai dengan butir standar yang dinilai kurang memenuhi)	Ya	Tidak	Catatan Khusus

FORMULIR DAFTAR CHECKLIST AUDIT (INSTRUMEN AUDIT)

No.	Kriteria Audit/ Standar/ Referensi	Daftar Pertanyaan	Hasil Observasi dan Visitasi/Fakta Lapangan	Temuan Audit	Rekomendasi Audit/Catatan Khusus

Lampiran 8 : Formulir Hasil Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Formulir Hasil Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Periode Audit:

Unit Kerja	Periode				Periode			
	Jumlah			Total seluruh	Jumlah			Total seluruh
	Ma	Mi	Obs		Ma	Mi	Obs	

Ketua LPMPT,

NIDN.

Lampiran 9 : Rekap Hasil Penilaian Proses Pembelajaran

REKAP HASIL PENILAIAN PROSES PEMBELAJARAN

PROGRAM STUDI _____

No .	Pernyataan Isi Standar	Banyaknya Dosen yang Mengajar	Dosen yang Memenuhi Penilaian “4” atau “3”	Prosentase Kolom 4 dari Kolom 3
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

	Rata-rata			
--	-----------	--	--	--

Lampiran 10: Instrumen Penilaian Proses Pembelajaran

INSTRUMEN PENILAIAN PROSES PEMBELAJARAN

Matakuliah :
Dosen Pengampu :
Tahun Akademik/Semester :

Petunjuk:

Berilah tanda ‘V’ pada hasil penilaian:

4 = apabila pernyataan isi standar “sangat sesuai” kondisi 3 = apabila pernyataan isi standar “sesuai” kondisi

2 = apabila pernyataan isi standar “kurang sesuai” kondisi 1 = apabila pernyataan isi standar “tidak sesuai” kondisi

Bubuhkan catatan apabila terdapat kondisi tertentu dan dipandang perlu diinformasikan kepada pengambil kebijakan

No.	Pernyataan Isi Standar	Hasil Penilaian				Catatan
		4	3	2	1	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Lampiran 11: Formulir Audit Mutu 9 Kriteria

FORMULIR AUDIT MUTU 9 KRITERIA

Periode Audit	Unit Auditee	Bagian-bagian auditee	Kode Laporan
Tanggal Audit	Nama & Paraf Auditor:		Nama & Paraf Auditee
Nama Standar Mutu			

No	Pernyataan Standar	Indikator Kinerja	Indikator Kinerja	Strategi Pencapaian	Realisasi Pencapaian	Faktor Pendukung Keberhasilan	Faktor Penghambat Keberhasilan	Temuan			Tindak lanjut			Paraf Auditor
								Uraian (Problem dan	Informasi/ Dokumen yang	Klasifikasi	Akar Masalah	Penanganan (Correction)	Perbaikan Akar Masalah	
								Paraf Auditee						

Best Practices/Positive Observation:

Saran:

Lampiran 12 : Registrasi AMI, Hasil Pelaksanaan AMI, Rangkuman Pelaksanaan AMI

REGISTRASI AUDIT MUTU INTERNAL

Lingkup Audit: Kode Dokumen:

Priode Audit	Auditee	Auditor	Tanggal Audit	Ringkasan Hasil Audit	Klasifikasi	No. Laporan	Ringkasan Rencana Perbaikan	Tanggal Perbaikan	Tanggal Verifikasi	Ringkasan Hasil Verifikasi Perbaikan

Kepala Pusat Audit Mutu

FORMULIR HASIL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Periode Audit:

Unit Kerja	Periode				Periode			
	Jumlah			Total seluruh	Jumlah			Total seluruh
	Ma	Mi	Obs		Ma	Mi	Obs	

Ketua LPMPT,

NIP.

RANGKUMAN PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Periode Audit : _____

No.	Auditee	RUANG LINGKUP AUDIT						
		/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/
		/	/	/	/	/	/	/
	%							

X / Y X : Jumlah Pertanyaan Y : jumlah Temuan
Kota, ..

Ketua LPMPT

Ketua Tim Audit

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL

(cover)

Disesuaikan, ada informasi ttg

Ketua Tim Auditor Anggota Auditor

Siklus / Tahun

LAPORAN AUDIT INTERNAL PRODI/LEMBAGA/BAGIAN

I. PENDAHULUAN

Prodi/Lembaga/Bagian :			
Alamat :			
Nama Pimpinan Unit :			
Tanggal Audit :			
Ketua Auditor :			
Anggota Auditor :			
Tanda Tangan Ketua Auditor		Tanda Tangan Pimp. Unit	

II. TUJUAN AUDIT

Bertujuan untuk mengukur hasil implementasi sistem penjaminan mutu pada PRODI/Lembaga/Bagian.

III. LINGKUP AUDIT

Difokuskan pada persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi terhadap proses pelaksanaan standar di PRODI/Lembaga/Bagian.

Tabel Lingkup Audit

Elemen Utama	Sub-Elemen	No. Indikator	Indikator Audit
Visi, Misi, Tujuan, dan Strategi	IKU		
	IKT		

AUDITEE DAN OBJEK AUDIT

Auditee :
 Objek Audit : *Baseline and performance indicators* (indicator-indikator audit) pendukung proses pelaksanaan standar serta rencana pelaksanaan di program studi

PELAKSANAAN AUDIT

- Capaian & Target Performance Indicator (Sesuai RENSTRA)

No. Indikator	Indikator Audit	Capaian Semester....	Target Tahun...
IKU-..			
IKT-..			

- Permasalahan & Rencana Kegiatan Tindak Lanjut

No. Indikator	Indikator Audit	Pelaksanaan Kegiatan Tindak Lanjut PRODI/Lembaga/Bagian Tahun ...	Permasalahan Tahun ...	Rencana Kegiatan Tindak Lanjut

IV. INDEKS KINERJA UNIT

Program Studi/Lembaga/Bagian _____

Audit kinerja Program Studi/Lembaga/Bagian yang dilakukan pada periode Tahun Akademik berdasarkan instrumen daftar periksa visitasi diperoleh hasil berupa indeks kinerja sebesar

PENUTUP

Lampiran 14: Laporan Temuan AMI

LAPORAN TEMUAN AMI

Nama Proses/Prosedur Operasional :			
Ketua Tim Audit	Anggota Tim Audit 1 2	Auditee 1 2	PR/ Bagian / Jurusan yang diaudit
Uraian Ketidaksesuaian <input type="text"/> <input type="text"/> Non Conformity Remarks (diisi oleh auditor)			
Tanggal Pelaksanaan Audit	Rencana Penyelesaian Tindakan Koreksi	Auditor	Auditee
		TTD/NIP.	TTD/NIP.
Analisa Penyebab Masalah (diisi oleh auditee)			
Tindakan Koreksi (diisi oleh auditee)			
Tanggal Penyelesaian Tindakan Koreksi	Auditee	Manajer	Auditor
	TTD/NIP.	TTD/NIP.	TTD/NIP.
Verifikasi Keefektifan Tindakan Koreksi (diisi oleh auditor)			Tanggal Verifikasi Auditor/Lead Auditor TTD/NIP.

laporan temuan dan rekomendasi ami

Periode Audit	Unit Auditee	Bagian-bagian auditee	Kode Laporan
Tanggal Audit	Nama & Paraf Auditor :		Nama & Paraf Auditee :

Elemen Terkait/ Referensi	Temuan		Tindak lanjut			Rencana Tanggal Pemenuhan	PJ	Hasil Verifikasi	Paraf Auditor
	Uraian (Problem, Lokasi dan Bukti)	Klasifikasi	Root Cause Analysis	Penanganan (<i>Correction</i>)	Perbaikan Akar Masalah (<i>Corrective Action</i>)				
Tgl verifikasi :	Paraf Auditee								

Best Practices/Positive Observation:

Catatan Auditee¹:

1 Bila ada

15: Berita Acara Hasil Rapat Tinjauan Manajemen

BERITA ACARA
HASIL RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

Pada Hari, Tanggal Bulan Tahun, Pukul..... WIB/WITA/WIT, di Kampus telah dilakukan Rapat Tinjauan Manajemen Tahun oleh. Orang Tim Kampus . pada :

Program Studi :
Nama Auditee 1 : Jabatan .. Tanda

.....
Tangan .

Nama Auditee 2 : Jabatan .. Tanda
.....

..
Tangan

Nama Auditee 3 : Jabatan Tanda
.....

...
Tangan

Nama Auditee 4 : Jabatan Tanda
.....

...
Tangan

Dengan Tim Auditor :

Lead Auditor : Tanda Tangan

Auditor 1 : Tanda Tangan

Auditor 2 : Tanda Tangan

Dengan hasil audit yang telah dipahami oleh Auditee disetujui oleh Auditor. Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenarnya.

Mengetahui Pimpinan STIKep PPNI Jabar

Ketua Tim Auditor,

(/ Wakil Dekan Bidang Akademik)

(.....)

*) Coret yang tidak perlu

SURAT PERINGATAN

Nomor :
Kepada :
Dari :
Lampiran :
Perihal : Target Waktu Penyelesaian Tindakan Perbaikan

Berdasarkan Monitoring Temuan Audit Mutu Internal No ,
Sdr/Sdri telah sepakat untuk menyelesaikan pelaksanaan Tindakan Perbaikan pada tanggal. ./ ./
Namun hingga saat ini Sdr/Sdri belum menyelesaikan Tindakan Koreksi tersebut.
Sdr/Sdri diberi kesempatan untuk menyelesaikan Tindakan Koreksi yang dimaksud paling lambat
hingga tanggal / ./ .
Demikian untuk menjadi perhatiannya.

Ketua Tim Auditor
.....

Tembusan :
1. Rektor / Ketua .

FORM PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI

No	Uraian Ketidaksesuaian	Rencana Tindak Lanjut			Target Waktu Penyelesaian	Penanggung Jawab	Waktu Pelaksanaan Tindak Lanjut	Status Penyelesaian
		Root Cause Analysis	Penanganan (Correction)	Perbaikan Akar Masalah (Corrective Action)				
1								
2								
3								

Auditor

Auditee

Lampiran 18: Form Tindakan Koreksi

FORM TINDAKAN KOREKSI

No	Uraian Ketidaksesuaian	Rencana Tindak Lanjut			Target Waktu Penyelesaian	Penanggung Jawab	Waktu Pelaksanaan Tindak Lanjut	Status Penyelesaian
		Root Cause Analysis	Penanganan (Correction)	Perbaikan Akar Masalah (Corrective Action)				
1								

Auditor

Auditee

..

.

PERMINTAAN TINDAK LANJUT KOREKSI

Fakultas			
Program Studi			
Ketua Program Studi			
Auditor		Tanggal audit:	
PTK No: 001	Kategori (<i>beri silang</i>) () KTS () OB		
Standar/Kriteria			
Deskripsi Ketidaksesuaian:			
Tanda tangan Auditor		Tanggal	
Akar penyebab (<i>diisi oleh teraudit/auditee</i>)			
Tanda tangan Teraudit		Tanggal	
Rencana tindakan perbaikan (<i>diisi oleh teraudit/auditee</i>)			
Waktu perbaikan:			
Penanggung Jawab perbaikan:			
Tanda tangan Teraudit		Tanggal	
Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya</i>):			
Kesimpulan : Tindak lanjut temuan audit <i>efektif (Contoh)</i>			
Tanda tangan Auditor		Tanggal	

175

Lampiran 20 : Laporan Tindak Lanjut Temuan Audit Mutu Internal

1) LAPORAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT MUTU INTERNAL

Periode Audit	Unit <i>Auditee</i>	Bagian-bagian <i>auditee</i>		Kode Laporan					
Tanggal Audit	Nama & Paraf <i>Auditor</i> :			Nama & Paraf <i>Auditee</i> :					
Elemen Terkait/ Referensi	Temuan		Tindak lanjut			Tanggal Pemenuhan	Hasil Perbaikan	Status Temuan (<i>Open/Closed</i>)	Bukti/ Dokumen
	Uraian (Problem, Lokasi dan Bukt)	Klasifikasi	<i>Root Cause Analysis</i>	Penanganan (<i>Correction</i>)	Perbaikan Akar Masalah (<i>Corrective Action</i>)				

Catatan *Auditee*:

Best Practices/Positive Observation: 1. Saran

LAPORAN AUDIT TINDAK LANJUT

Prodi:			
Kaprodi:			
Auditor:	1.	2.	3.
PTK No: ..	Kategori: KTS/Observasi (coret yg tidak perlu)		
Standar/Kriteria:			
Temuan AMI:			
Akar Penyebab (diisi oleh auditee)			
Rencana Tindakan Koreksi (diisi oleh auditee)			
Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi (diisi oleh auditor pada audit berikutnya)			
Kesimpulan: Tindak Lanjut Temuan Audit Efektif/Tidak Efektif			
Masukan dan Saran			

2) INSTRUMEN LAPORAN AUDIT TINDAK LANJUT

No	Temuan	Tindak Lanjut 1	P. Jawab	Efektifitas Perbaikan	P. Jawab	Ket.	Tindak Lanjut 2	Ket.
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
Saran :								

Lampiran SOP Audit Internal

	SOP AUDIT INTERNAL		
	NOMOR	REVISI	HALAMAN : 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit 29 Maret 2021	Ditetapkan oleh KETUA STIKEP PPNI JABAR (Ns. Diwa Agus Sudrajat, M.Kep) NIP. 197509012005011002	
I. PENGERTIAN	Pengujian secara sistematis dan independen terhadap sistem manajemen mutu		
II. TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan informasi tentang permasalahan pada institusi 2. Dapat melaksanakan audit internal pada seluruh standar SPMI 3. Dapat melaporkan hasil audit pada pimpinan STIKep PPNI 		
III. KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim auditor harus mempunyai sertifikat auditor dan SK dari Ketua STIKep PPNI 2. Auditor dilakukan pada masing-masing bidang setiap satu tahun sekali atau sesuai dengan kebutuhan 3. Auditor dalam melaksanakan audit tidak mengaudit auditee tetapi mengaudit system 4. Auditor tidak boleh mengaudit bagian atau bidangnya sendiri 		
IV. PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi jadwal audit • Menginformasikan waktu dan bidang yang akan di audit melalui surat pemberitahuan • Ketua SPMI menginformasikan nama auditor yang akan meng audit kepada ketua STIKep PPNI dan untuk menerbitkan surat tugas • SPMI menyiapkan format ceklis sesuai standar yang akan di audit • Auditor menyiapkan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cakupan audit ✓ SOP audit internal ✓ Rencana audit 		

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Checklist ✓ Form pelaporan <p>2. Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditee menyiapkan dokumen-dokumen yang di perlukan dalam kegiatan audit • Auditor memperkenalkan diri, menjelaskan lingkup audit dan lamanya audit • Auditor menjelaskan yang akan di intrvew siapa saja dan menawarkan pertanyaan • Dalam melakukan audit gunakan ceklis yang telah disiapkan <p>3. Pelaporan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditor menyatakan bahwa audit telah selesai, dan ucapkan terimakasih • Auditor membuat laporan resmi dan ditandatangani oleh bagian-bagian yang terkait.. • Auditor menyampaikan hasil audit kepada auditi
<p>V. UNIT TERKAIT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketua STIKep PPNI 2. Wakil Ketua I Kemahasiswaan dan Alumni 3. Wakil Ketua II Bidang Perencanaan, Keuangan dan Umum 4. Wakil Ketua III Bidang Penelitian, Pengabdian Masyarakat dan Kerjasama 5. Ka. Prodi S1 Keperawatan 6. Ka. Prodi D3 Keperawatan 7. Ka. Profesi Ners



Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIKep)

PPNI -Jawa Barat

Jl. Muhammad No.34 Bandung

Tel/Fax : 022-6004498

www.stikep-ppnijabar.ac.id