



STFT  
WIDYA  
SASANA

TAHUN  
2021



# PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

TIM AMI STFT WIDYA SASANA

# LEMBAR PENGESAHAN

## PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

STFT WIDYA SASANA MALANG



Disahkan oleh ,

Ketua STFT Widya Sasana

Prof. Dr. F.X. Eko Armada Riyanto

Diperiksa oleh ,

Ketua LPM

Robertus Wihanarko, Ph.D

Dibuat oleh,

Dr. Kurniawan Dwi M.U.

**TIM PENYUSUN**  
**PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL**

1. Dr. Kurniawan Dwi Madyo Utomo, M.Ed
2. Dr. Yohanes I. Wayan Marianta
3. Dr. Edison R.L. Tinambunan
4. Yohanes Wilson B. Lena Meo, J.C.L
5. Yohanes Endi, Lic.I.C.



# SEKOLAH TINGGI FILSAFAT TEOLOGI WIDYA SASANA

Terakreditasi "B"

Program Sarjana Filsafat Keilahan  
Terakreditasi "A"

Program Pascasarjana

Magister Filsafat

- Konsentrasi Filsafat Teologis
  - Konsentrasi Filsafat Sistematis
- Terakreditasi "A"

Doktor Teologi

website: [pasca.stftws.ac.id](http://pasca.stftws.ac.id)

Jl. Terusan Rajabasa 2 Malang 65146 Indonesia, Telp. 0341-552120, Fax. 0341-566676 P.O.Box 96  
E-mail: [stftws@gmail.com](mailto:stftws@gmail.com); Website: [stftwidyasasana-akademik.ac.id](http://stftwidyasasana-akademik.ac.id)

## KEPUTUSAN KETUA

### SEKOLAH TINGGI FILSAFAT TEOLOGI WIDYA SASANA MALANG

Nomor : 080/SK.STFT.K/VI/2021

tentang

### PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

### STFT WIDYA SASANA MALANG

Ketua Sekolah Tinggi Filsafat Teologi Widya Sasana Malang

- Menimbang:
- Bahwa dalam rangka implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal dan untuk mengevaluasi pencapaian mutu penyelenggaraan Pendidikan di STFT Widya Sasana Malang, perlu disusun Pedoman Audit Mutu Internal IAIN Ponorogo Tahun 2021;
  - Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana pada huruf a, perlu menetapkan Keputusan Ketua STFT Widya Sasana Malang tentang Pedoman Audit Mutu Internal STFT Widya Sasana Tahun 2021.

- Mengingat:
- Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional.
  - Undang-undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen
  - Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
  - Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 2013 tentang perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan
  - Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2009 tentang Dosen
  - Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi
  - Peraturan Menteri Riset dan Teknologi Pendidikan Tinggi Nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
  - Peraturan Menteri Riste dan Teknologi Pendidikan Tinggi Nomor 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal
  - Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
  - Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi
  - 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: Keputusan Ketua STFT Widya Sasana Malang tentang Pedoman Audit Mutu Internal STFT Widya Sasana Malang Tahun 2021

Pertama: Menetapkan Pedoman Audit Mutu Internal STFT Widya Sasana Malang sebagaimana tercantum dalam Buku Pedoman Audit Mutu Internal STFT Widya Sasana Malang Tahun 2021

Kedua: Dengan disahkannya Pedoman Audit Mutu Internal di STFT Widya Sasana Malang maka pedoman Audit Mutu Internal yang lama 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.

Ditetapkan di: Malang

Pada Tanggal: 14 Juni 2021

Ketua,

The image shows a circular official stamp of STFT Widya Sasana Malang. The stamp contains the text "SEKOLAH TINGGI FILSAFAT TEKNOLOGI WIDYA SASANA MALANG" around the perimeter and a central emblem featuring a sunburst and a book. Overlaid on the stamp is a blue ink signature.

Prof. Dr. F.X. Eko Armada Riyanto

## DAFTAR ISI

Lembar Pengesahaan.....	i
Tim Penyusunan AMI.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Kata Pengantar .....	vii
Bab 1. Pendahuluan.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Dasar Hukum AMI.....	2
1.3 Sistematika Pedoman AMI.....	3
Bab 2. Audit Mutu Internal .....	4
2.1 Pengertian Audit Mutu Internal (AMI).....	4
2.2 Tujuan Audit Mutu Internal (AMI).....	4
2.3 Sasaran Audit Mutu Internal (AMI).....	5
2.4 Manfaat Audit Mutu Internal (AMI).....	5
2.5 Uraian Tugas dalam Audit .....	6
2.6 Tempat AMI dalam Siklus PPEPP .....	7
Bab 3. Tata Kelola Audit Mutu Internal .....	8
3.1 Sumber Daya Auditor.....	8
3.2 Kriteria dan Kualitas Auditor.....	8
3.2.1. Kriteria dan Kualifikasi Auditor.....	8
3.2.2. Karakter Auditor .....	9
3.2.3. Tugas Auditor .....	9
3.2.4. Kriteria Ketua Tim Audit .....	9
3.3 Mekanisme Rekrutmen Auditor AMI .....	9
3.4 Struktur Kerja Auditor .....	10
3.5 Fungsi, Kedudukan, Wewenang, dan Tanggung-jawab Auditor .....	10
3.5.1. Fungsi dan Kedudukan Auditor.....	10
3.5.2. Wewenang dan Tanggung-jawab Auditor.....	11
3.6 Auditor Lintas Perguruan Tinggi .....	12
3.7 Sistem Penghargaan Auditor.....	12
Bab 4. Perencanaan Audit Mutu Internal .....	13
4.1 Pengertian.....	13
4.2 Perumusan Kebijakan Tujuan, Peran dalam AMI.....	13
4.3 Penentuan Lingkup dan Area .....	14
4.4 Detail Perencanaan Audit.....	17

4.5 Penentuan Tim Auditor .....	18
4.6 Penentuan Jadwal dan Tempat .....	19
4.7 Persiapan Dokumen.....	19
<b>Bab 5. Pelaksanaan Audit Mutu Internal .....</b>	<b>21</b>
5.1 Pengertian Audit Dokumen.....	21
5.2 Pelaksanaan Audit Dokumen .....	21
5.2.1. Persiapan Audit Dokumen.....	21
5.2.2. Tahap-Tahap Audit Dokumen .....	22
5.3 Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen, dan Rekaman.....	22
5.3.1. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri.....	22
5.3.2. Dokumen dan Rekaman.....	23
5.4 Pembuatan Daftar Tilik/Checklist.....	24
5.5 Rapat Pembukaan dan Pelaksanaan Audit Lapangan/Visitasi .....	25
5.5.1. Rapat Pembukaan Audit.....	25
5.5.2. Pelaksanaan Audit Lapangan/Visitasi .....	25
5.6 Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya.....	27
5.7 Teknik Wawancara/Bertanya .....	27
5.8 Teknik Telusur .....	27
5.9 Pengumpulan Bukti Audit.....	28
5.10 Perumusan Temuan Audit.....	29
5.11 Ekspose dan Rapat Penutupan Audit .....	30
5.11.1. Ekspose Hasil Audit .....	30
5.11.2. Rapat Penutupan Audit.....	30
<b>Bab 6. Laporan Audit Mutu Internal.....</b>	<b>31</b>
6.1 Jenis dan Struktur Pelaporan AMI .....	31
6.2 Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi.....	33
6.3 Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK).....	33
<b>Bab 7. Rapat Tinjauan Manajemen Audit Mutu Internal.....</b>	<b>35</b>
7.1 Definisi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) .....	35
7.2 Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	35
7.3 Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) .....	35
7.4 Prosedur Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	36
7.5 Agenda Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	38
7.6 Materi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) .....	38
7.7 Peserta Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	38

7.8 Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	39
7.8.1. Rasional .....	39
7.8.2. Produk Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	39
7.8.3. Tujuan Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	39
7.9 Tindak Lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).....	39
Bab 8. Audit Tindak lanjut.....	41
8.1 Penyampaian Tindak Lanjut - Permintaan Tindakan Koreksi .....	41
8.2 Penjadwalan Audit Tindak Lanjut.....	41
8.3 Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut .....	41
8.4 Pelaporan Audit Tindak Lanjut.....	42
Bab 9. Kode Etik Audit Mutu Internal.....	44
9.1 Pengertian Kode Etik .....	44
9.2 Tujuan Kode Etik .....	44
9.3 Prinsip-Prinsip Audit Mutu Internal.....	44
9.4 Azas Auditor .....	45
9.5 Kode Etik Auditor dan Auditee.....	46
9.5.1. Kode Etik Auditor .....	46
9.5.2. Auditee.....	46
9.6 Hak dan Kewajiban Auditor dan Auditee .....	47
9.6.1. Hak dan Kewajiban Auditor .....	47
9.6.2. Hak dan Kewajiban Auditee.....	47
9.7 Sanksi Auditor dan Auditee .....	48
9.7.1. Penegakan Disiplin.....	48
9.7.2. Sanksi Auditor dan Auditee.....	48
Bab 10. Penutup .....	49
Lampiran 1	: Rencana Tahunan Audit Mutu Internal
Lampiran 2	: Standard Operating Procedures (SOP) Kegiatan AMI
Lampiran 3	: Jadwal Pelaksanaan Audit Mutu Internal
Lampiran 4	: SK Penetapan Auditor dan Auditee final
Lampiran 5	: Surat Pemberitahuan Kegiatan Audit Mutu Internal (AMI)
Lampiran 6	: Formulir Checklist Audit
Lampiran 7	: Angket AMI Program Prodi Berbasis 9 Kriteria
Lampiran 8	: Formulir Hasil Pelaksanaan Audit Mutu Internal
Lampiran 9	: Rekap Hasil Penilaian Proses Pembelajaran
Lampiran 10	: Instrumen Penilaian Proses Pembelajaran

- Lampiran 11 : Formulir Audit Mutu 9 Kriteria
- Lampiran 12 : Registrasi AMI, Hasil Pelaksanaan AMI, Rangkuman Pelaksanaan AMI
- Lampiran 13 : Laporan Audit Mutu Internal
- Lampiran 14 : Laporan Temuan AMI
- Lampiran 15 : Berita Acara Hasil Rapat Tinjauan Manajemen
- Lampiran 16 : Surat Peringatan
- Lampiran 17 : Form Permintaan Tindakan Koreksi
- Lampiran 18 : Form Tindakan Koreksi
- Lampiran 19 : Permintaan Tindak Lanjut Koreksi
- Lampiran 20 : Laporan Tindak Lanjut Temuan Audit Mutu Internal

## Kata Pengantar

Kami mengucapkan syukur kepada Allah Yang Mahakasih atas rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan buku pedoman Audit Mutu Internal (AMI) STFT Widya Sasana Malang. Pedoman ini disusun untuk memastikan penjaminan mutu di STFT Widya Sasana berjalan dengan baik. AMI adalah proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan pendidikan di STFT Widya Sasana Malang sesuai dengan prosedur dan hasilnya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, AMI adalah tahapan penting untuk pengembangan dan peningkatan mutu perguruan tinggi yang berkelanjutan.

Buku pedoman ini menguraikan prosedur mengaudit mutu akademik di STFT Widya Sasana Malang, prinsip-prinsip audit, pengelolaan program audit, dan pelaksanaan 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.

Kami mengucapkan terimakasih kepada Tim Penyusun Pedoman Audit Mutu Internal yang telah bekerja dengan baik untuk menyusun buku pedoman AMI. Kami mengharapkan saran dan kritik yang berguna untuk perbaikan buku pedoman ini.

Ketua STFT Widya Sasana,

The image shows the official seal of STFT Widya Sasana Malang, which is circular and contains the text 'SANGGAM TINGGI FILSAFAT TEKNOLOGI WIDYA SASANA MALANG'. Overlaid on the seal is a blue ink signature.

Prof. Dr. F.X. Eko Armada Riyanto

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Bab pertama ini menguraikan latar belakang, dasar hukum, dan sistematika pedoman Audit Mutu Internal.

### **1.1. Latar Belakang**

Penjaminan mutu pendidikan tinggi merupakan unsur konstitutif yang perlu dilaksanakan untuk menjaga dan mengembangkan proses pendidikan yang bermutu. Keberadaan lembaga dan pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) sangat menentukan mutu pendidikan tinggi sebagaimana yang diamanatkan oleh Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional. Sementara itu Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 pasal 52 menyatakan bahwa penjaminan mutu merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara terencana dan berkelanjutan. Selain itu dalam Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang SPM Dikti diuraikan bahwa SPMI memiliki siklus PPEPP, yaitu: a) Penetapan Standar, b) Pelaksanaan Standar, c) Evaluasi Pelaksanaan Standar, d) Pengendalian Pelaksanaan Standar, dan e) Peningkatan Standar Pendidikan Tinggi. Salah satu bentuk evaluasi yang dituntut adalah pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI).

Mutu STFT Widya Sasana Malang menunjuk pada tingkat keselarasan antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi dan standar yang ditetapkan oleh perguruan tinggi. Untuk mengukur kesesuaian tersebut perlu dilakukan Audit Mutu Internal yang dimaksudkan untuk meningkatkan mutu perguruan tinggi secara berkelanjutan, yang prosesnya melalui penilaian secara sistematis, mandiri, dan terdokumentasi. Selain itu AMI juga merupakan bentuk evaluasi perguruan tinggi. AMI harus dilaksanakan dengan tahapan yang benar dan analisis yang memadai agar menghasilkan rekomendasi yang membantu untuk meningkatkan mutu. Selain itu AMI dilakukan sebagai persiapan akreditasi BAN-PT dalam periode waktu 5 (lima) tahun sekali. Hasil AMI berguna untuk mengetahui pelaksanaan Standar Nasional Pendidikan dan untuk melakukan peningkatan mutu Standar Nasional Pendidikan yang berkelanjutan di STFT Widya Sasana Malang.

Dalam pelaksanaannya, penjaminan mutu harus didasarkan atas adanya dokumen, yaitu dokumen akademik dan dokumen mutu. Dokumen akademik sebagai rencana atau standar memuat arah atau kebijakan, visi-misi, standar pendidikan, penelitian dan pengabdian pada masyarakat, dan peraturan akademik. Sedangkan dokumen mutu adalah instrumen yang diperlukan 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.

Sebelum dilaksanakan AMI, STFT Widya Sasana perlu menetapkan kebijakan AMI yang mencakup: tujuan, sasaran, lingkup kegiatan yang diaudit, unit kerja yang akan diaudit, auditor, metode pelaksanaan audit, instrument audit, waktu dan jadwal audit, pelaporan dan tindak lanjut hasil audit. Tahap-tahap yang harus dilalui adalah penyusunan dokumen oleh pihak teraudit, lalu pelaksanaan AMI melalui tahapan yang ditetapkan oleh perguruan tinggi, yang dikoordinir oleh unit penjaminan mutu. Proses AMI dilakukan dalam dua tahapan yaitu audit dokumen dan audit visitasi. Selanjutnya hasil audit digunakan untuk merancang langkah peningkatan implementasi SPMI.

Mengingat laporan AMI akan menjadi dasar dalam menentukan peningkatan standar SPMI, laporan AMI dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, penyusunan laporan AMI harus sistematis agar mudah dipahami oleh pihak teraudit untuk perbaikan dan peningkatan AMI berikutnya.

## **1.2 Dasar Hukum AMI**

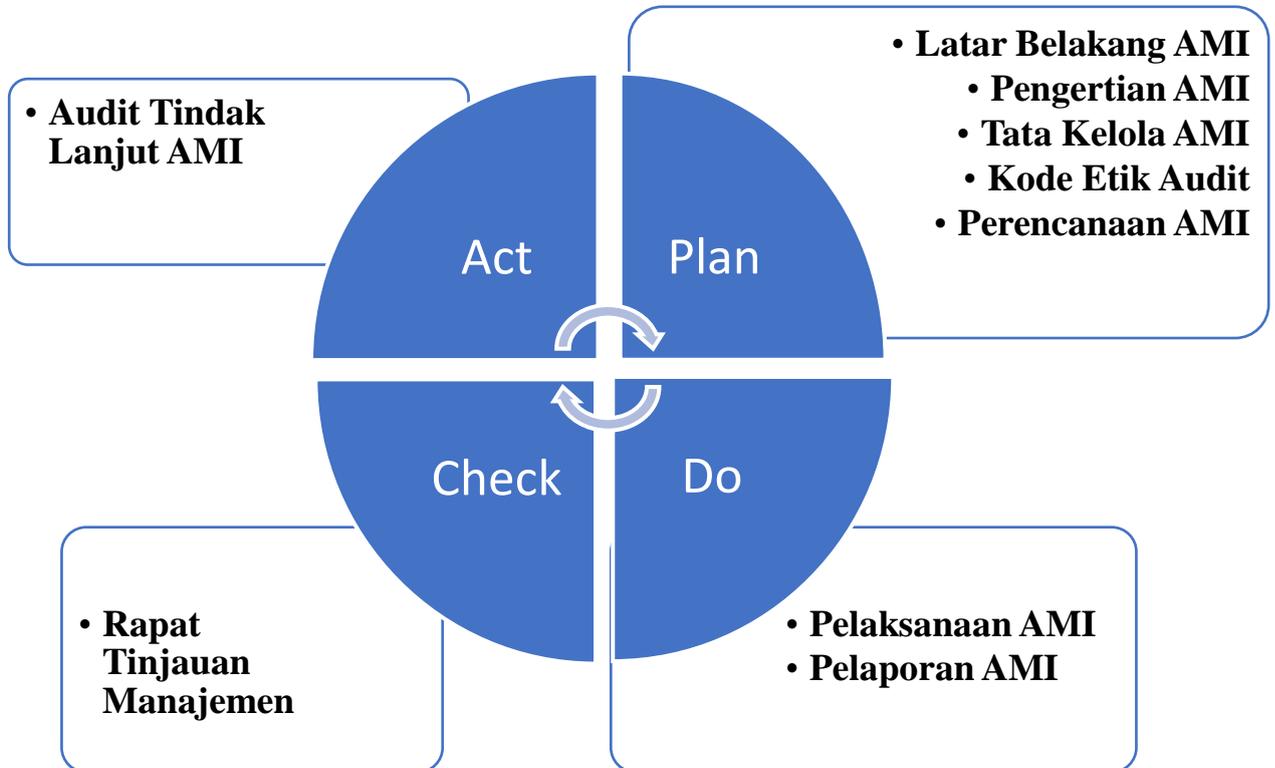
Dasar Hukum pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) di STFT Widya Sasana adalah:

1. Undang-undang Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
3. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 Tahun 2017 tentang Sistem Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi;
5. Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) dari Ristekdikti 2018.
6. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 3 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi;
7. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 4 tahun 2019 tentang Pengajuan Permohonan Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;
8. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 5 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Program Studi;
9. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
10. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 5 tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;
11. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 1 Tahun 2020 tentang Mekanisme Akreditasi untuk Akreditasi yang dilakukan oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi;
12. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 tahun 2020 tentang Instrumen Suplemen Konversi.

### 1.3 Sistematika Pedoman AMI

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

Gambar 1.1 Sistematika Pedoman AMI



## **BAB II**

### **AUDIT MUTU INTERNAL**

Pada bab II ini akan diuraikan mengenai pengertian Audit Mutu Internal (AMI), tujuan AMI, sasaran AMI, manfaat AMI, uraian tugas dalam audit, dan siklus AMI ( PPEP) dalam kerangka SPMI.

#### **2.1. Pengertian Audit Mutu Internal (AMI)**

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan proses pemeriksaan secara sistematis, mandiri (independen), dan terdokumentasi. Proses ini dimaksudkan untuk memverifikasi apakah pelaksanaan kegiatan di perguruan tinggi sesuai dengan prosedur dan standar mutu yang telah ditetapkan oleh institusi tersebut. Standar mutu yang dimaksud meliputi standar dasar (minimal) berupa Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan standar khusus (tambahan) yang dimiliki oleh STFT Widya Sasana Malang.

AMI sejatinya merupakan proses verifikasi kesesuaian antara perencanaan suatu kegiatan atau program dengan implementasinya di lapangan. AMI bertujuan untuk mengukur tingkat kesesuaian antara pelaksanaan kegiatan secara internal dan standar mutu yang telah ditetapkan. Pengukuran kesesuaian tersebut terkait dengan peraturan, prosedur, instruksi kerja untuk peningkatan mutu institusi dan untuk mengurangi risiko ketidaktercapaian standar dan/atau terjadi penurunan kualitas.

Proses AMI dilakukan dengan kaidah-kaidah dasar berikut, yaitu: akuntabel, objektif, dan independen. Akuntabel artinya kegiatan audit dapat dipertanggungjawabkan baik secara hukum maupun moral; objektif artinya kegiatan audit didasarkan pada data yang nyata; independen artinya kegiatan audit tersebut bebas dari kepentingan tertentu atau intervensi dari pihak tertentu.

Audit adalah serangkaian kegiatan yang dikerjakan secara sistematis, independen, dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit (*audit evidence*) dan mengevaluasinya secara objektif untuk menentukan sejauh mana kriteria audit terpenuhi.

#### **2.2. Tujuan Audit Mutu Internal (AMI)**

Tujuan umum AMI adalah memverifikasi kesesuaian antara pelaksanaan dan standar pendidikan tinggi sehingga dihasilkan rekomendasi peningkatan mutu dan penjaminan akuntabilitas. Tujuan-tujuan khusus yang hendak dicapai dalam proses AMI:

1. Memastikan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STFT Widya Sasana memenuhi standar atau regulasi. SPMI harus menjadi Standar Nasional Pendidikan Tinggi sebagai acuan awal, lalu dilengkapi dengan standar tambahan lain yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan perguruan tinggi.
2. Memastikan implementasi SPMI STFT Widya Sasana sesuai dengan standar yang ditentukan. AMI adalah kegiatan yang mandiri, objektif, terencana secara sistematis, dan didasarkan pada serangkaian bukti untuk memastikan tujuan dan sasaran dari unit atau program yang telah ditetapkan telah terpenuhi.
3. Mengevaluasi efektivitas penerapan SPMI STFT Widya Sasana. AMI dilakukan oleh tim kerja terhadap unit, program atau kegiatan dengan memeriksa prosedur, proses atau mekanisme. Kegiatan memeriksa tersebut mencakup kegiatan mengecek, mencocokkan,

dan memverifikasi untuk mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu yang telah dibuat.

4. Mengidentifikasi peluang perbaikan SPMI STFT Widya Sasana. AMI dilakukan untuk memastikan bahwa sistem manajemen yang diterapkan oleh institusi telah memenuhi standar yang telah ditetapkan dan tidak bertentangan dengan peraturan perundangan yang berlaku.
5. Membantu institusi dan program studi STFT Widya Sasana dalam menghadapi akreditasi atau audit mutu eksternal.

### **2.3. Sasaran Audit Mutu Internal (AMI)**

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

1. Terbentuknya sistem tata kelola organisasi yang solid dan terpercaya;
2. Tercapai setiap standar mutu yang telah ditetapkan baik standar mutu bidang akademik maupun non akademik secara berkelanjutan;
3. Terciptanya budaya mutu di setiap aktivitas civitas akademika di STFT Widya Sasana;
4. Tercapainya perwujudan indikator-indikator akreditasi perguruan tinggi baik akreditasi nasional maupun internasional;
5. Terbentuknya kerangka kerja yang terstruktur untuk mewujudkan VISI dan MISI STFT Widya Sasana secara maksimal;
6. Terbangunnya penyusunan program kerja dan pembiayaan yang tepat sasaran;
7. Terbentuknya program studi dan unit-unit yang berkualitas dan relevan dengan situasi dan tuntutan zaman;
8. Tercapainya pengakuan terhadap STFT Widya Sasana di tingkat nasional dan internasional.

### **2.4. Manfaat Audit Mutu Internal (AMI)**

Audit Mutu Internal (AMI) adalah penting untuk peningkatan kualitas (*quality improvement*) dari suatu organisasi yang menghasilkan jasa atau layanan kepada *stakeholders*-nya. Oleh karena itu, SPMI di STFT Widya Sasana tidak akan berjalan dengan maksimal, jika AMI tidak terlaksana dengan baik. AMI merupakan parameter utama untuk melakukan *control* dan *improvement* dari standar mutu yang ditetapkan. Oleh karena itu, AMI harus mengakselerasi kinerja STFT Widya Sasana di bidang akademik dan non akademik.

Manfaat AMI ini diperoleh dari hasil monitor dan evaluasi prosedur audit, asesmen, dan evaluasi yang dilaksanakan secara berkala untuk memastikan setiap perencanaan yang telah ditetapkan dan dilaksanakan sesuai dengan paramaterya. Manfaat AMI ini dapat dikategorikan menjadi dua bagian yaitu manfaat terhadap pengelola/pimpinan dan manfaat terhadap institusi. Manfaat AMI bagi pimpinan dan pengelola STFT Widya Sasana Malang mencakup beberapa aspek berikut:

1. Konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan tujuan pendidikan dan kompetensi lulusan yang diharapkan (*learning outcome*).
2. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus.

3. Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual, prosedur, dan instruksi kerja program studi.
4. Kecukupan penyediaan sarana prasarana, sumber daya pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
5. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.
6. Mengurangi risiko yang mungkin terjadi di STFT Widya Sasana seperti risiko kualitas, hukum, keuangan, strategi, kepatuhan, operasional, dan reputasi.

## **2.5. Uraian Tugas dalam Audit**

Rincian pembagian tugas dalam kerja audit adalah sebagai berikut:

### **1. Ketua Tim Audit**

1. Memastikan terbitnya surat tugas dari Ketua STFT Widya Sasana;
2. Merencanakan audit, mengatur piranti kerja untuk anggota tim, dan mengarahkan tim audit;
3. Menyusun jadwal audit yang disepakati oleh auditee;
4. Melaporkan setiap ketidaksesuaian dan hambatan yang dihadapi dalam melaksanakan audit kepada Ketua AMI.
5. Melaporkan hasil audit kepada Ketua LPM.

### **2. Auditor**

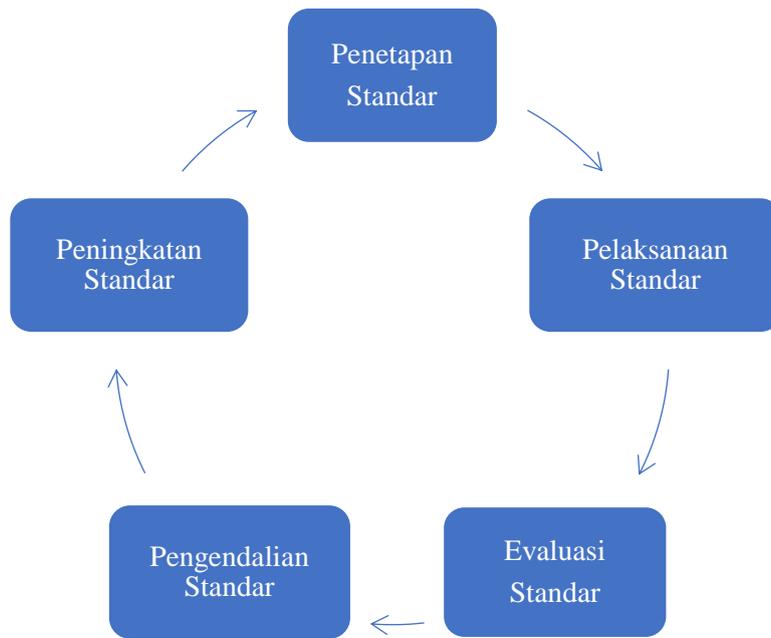
1. Mengkaji ulang kelengkapan dokumen mutu akademik yang berlaku (audit sistem);
2. Menggali dan menganalisis bukti yang relevan agar dapat menyimpulkan pelaksanaan sistem mutu yang diaudit;
3. Mempelajari indikasi yang dapat mempengaruhi hasil audit atau mungkin memerlukan audit lebih lanjut;
4. Pada saat kegiatan konsultasi dapat menjawab pertanyaan tentang:
  - a. Prosedur, dokumen, atau informasi lain yang menggambarkan atau mendukung unsur- unsur sistem mutu yang diperlukan, diketahui, dipahami, dan digunakan oleh auditee;
  - b. Semua dokumen dan informasi lain yang digunakan untuk menggambarkan sistem mutu yang memadai untuk mencapai tujuan mutu.

### **3. Auditee**

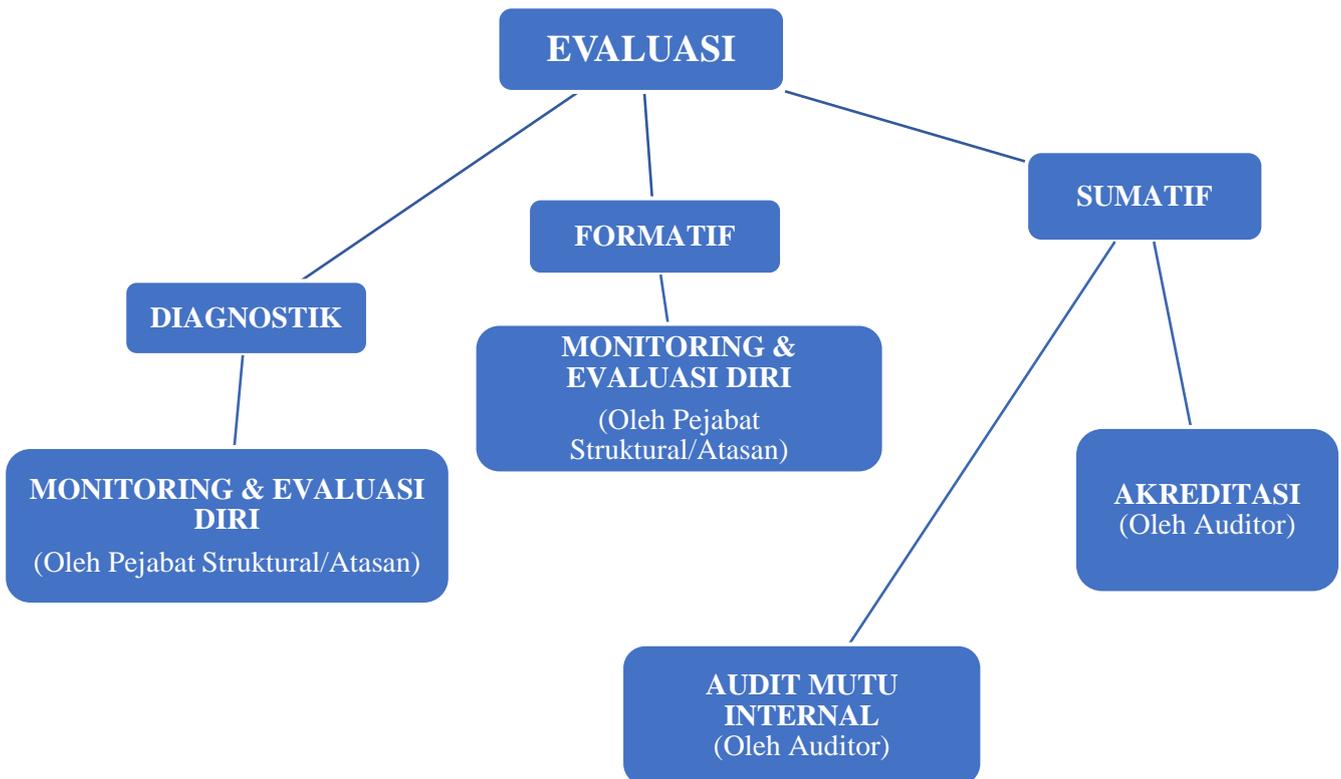
1. Menginformasikan kepada penanggung-jawab unit kerja yang akan diaudit tentang tujuan dan lingkup audit;
2. Menyetujui jadwal audit yang ditawarkan oleh Tim Audit;
3. Menunjuk staf yang bertugas mendampingi Tim Audit.

## **2.6. Tempat AMI dalam Siklus PPEPP**

Pelaksanaan SPMI menggunakan siklus PPEPP, yaitu: *Penetapan Standar Mutu, Pelaksanaan Standar Mutu, Evaluasi Standar Mutu, Pengendalian Standar Mutu, dan Peningkatan Standar Mutu.*



**Evaluasi Pelaksanaan Standar Dikti**



## **BAB III**

### **TATA KELOLA AUDIT MUTU INTERNAL**

Bab ini menguraikan tata kelola audit mutu internal, yaitu: sumber daya auditor, kriteria dan kualifikasi auditor, mekanisme rekrutmen auditor AMI, struktur kerja auditor, fungsi, kedudukan, wewenang dan tanggungjawab auditor, ketentuan, dan sistem penghargaan auditor.

#### **3.1. Sumber Daya Auditor**

Auditor AMI adalah dosen yang memenuhi kualifikasi tertentu dan dinilai memiliki kecakapan yang memadai setelah melalui serangkaian pelatihan dan bertugas melakukan audit terhadap kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja dan memberikan layanan pendidikan kepada pengguna. LPM merumuskan kriteria calon auditor, mengajukannya kepada Ketua STFT Widya Sasana, lalu meminta pengesahan calon auditor. Selanjutnya LPM mengadakan pelatihan auditor internal sebagai proses seleksi perekrutan auditor.

Pelatihan auditor internal ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan merancang SPMI, mempersiapkan para auditor untuk melakukan AMI, dan sebagai seleksi untuk menemukan orang yang memiliki kompetensi, komitmen, dan kualifikasi sebagai auditor. Beberapa materi yang diberikan dalam pelatihan audit, yaitu: Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNPT), Standar Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STFT Widya Sasana, kompetensi dan etika audit, pengenalan instrumen dan pelaksanaan audit, dan praktik audit internal. Kegiatan ini didahului dengan pra tes sebelum pelatihan berlangsung dan diakhiri dengan tes akhir setelah pelatihan untuk mengukur keberhasilan pelatihan dan melihat peningkatan *output* dari pelatihan. LPM dengan memperhatikan hasil pelatihan, mengajukan peserta yang memenuhi kualifikasi untuk ditetapkan sebagai calon auditor internal. Berdasarkan usulan LPM, STFT Widya Sasana Malang menetapkan calon yang lulus sebagai auditor.

Berdasarkan SK STFT Widya Sasana, LPM menugaskan auditor untuk melakukan audit pada unit kerja di STFT Widya Sasana. Dalam pelaksanaan tugas dan wewenangnya, auditor diberi fasilitas dan instrumen kerja yang dibutuhkan.

#### **3.2. Kriteria dan Kualitas Auditor**

##### **3.2.1. Kriteria dan Kualifikasi Auditor**

1. Dosen tetap STFT Widya Sasana Malang
2. Berpendidikan minimal S2
3. Dinyatakan lulus dalam pelatihan sebagai auditor
4. Memiliki jabatan fungsional minimal Asisten Ahli
5. Memiliki kemampuan mengoperasikan komputer dan sistem teknologi informasi
6. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik
7. Memiliki kemampuan metode dan teknis audit
8. Mampu menjadi pemimpin maupun anggota auditor
9. Memiliki wawasan yang cukup pada area yang diaudit
10. Menguasai teknik audit

### 3.2.2. Karakter Auditor

1. Tidak bias terhadap auditee
2. Memiliki pengetahuan mengenai topik-topik yang ditugaskan dan apabila diperlukan dapat melibatkan pakar yang dapat diterima oleh auditee
3. Mengenal lokasi audit

### 3.2.3. Tugas Auditor

1. Melaksanakan audit secara independen dan objektif sesuai dengan instrumen audit AMI dan Surat Penugasan Audit
2. Mengumpulkan, memverifikasi, dan menganalisis bukti audit yang relevan supaya dapat menyimpulkan pelaksanaan sistem mutu yang diaudit
3. Menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit
4. Mempelajari indikasi yang dapat mempengaruhi hasil audit yang memerlukan pengauditan lebih lanjut dan melaporkan hasil audit kepada LPM
5. Melaksanakan tugas audit sesuai dengan kode etik auditor
6. Menjawab pertanyaan pada saat kegiatan konsultasi

### 3.2.4. Kriteria Ketua Tim Audit

Ketua tim audit dipilih dari para auditor dengan mempertimbangkan kriteria sebagai berikut:

1. Berpengalaman sebagai auditor
2. Mampu bekerjasama dengan baik
3. Menunjukkan kemampuan berkomunikasi secara efektif, baik secara lisan maupun tulisan
4. Memiliki komitmen yang tinggi dalam peningkatan mutu akademik
5. Memiliki jabatan fungsional minimal Lektor

## 3.3. 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 Permenristek Dikti No. 62 Tahun 2016 tentang SPM Dikti, bahwa SPM Dikti terdiri dari: a) Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) oleh perguruan tinggi, dan b) Sistem Penjaminan 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. Rasio kebutuhan auditor paling sedikitnya adalah dua kali jumlah lembaga, unit dan perangkat kerja yang menjadi sasaran audit. Jumlah auditor disesuaikan dengan dinamika perkembangan lembaga, unit, dan perangkat kerja yang ada. Mekanisme rekrutmen auditor AMI berlangsung dalam 3 (tiga) tahap, yaitu:

1. Auditor AMI terbuka bagi seluruh dosen tetap kecuali Ketua yang ditentukan dalam rapat Senat Dosen. Tahap pendaftaran ini sekaligus sebagai tahap seleksi pertama yang bersifat administratif
  - a. Dosen tetap
  - b. Berpendidikan minimal S2
  - c. Memiliki kemampuan mengoperasikan komputer dan sistem teknologi informasi

- d. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik
  - e. Memiliki kemampuan metode dan teknis audit kinerja
  - f. Memiliki sertifikat atau surat keterangan pelatihan auditor
2. Tes kemampuan dasar - untuk menggali pengetahuan, keterampilan dan sikap atau perilaku – digunakan untuk menilai pemahaman dan kapasitas calon auditor.
  3. Tes psikologi - untuk menelusuri sisi kejiwaan calon auditor AMI sehingga dapat memberikan dukungan terhadap kesuksesan pelaksanaan kinerjanya. LPM dapat melibatkan pihak luar dalam pelaksanaannya.

Setelah semua tahap seleksi dilakukan, calon auditor yang memenuhi kriteria dan kualifikasi diusulkan oleh LPM kepada Ketua STFT Widya Sasana agar diterbitkan Surat Keputusan sebagai auditor AMI.

### 3.4. Struktur Kerja Auditor

Dalam melaksanakan AMI, tim auditor bekerja berdasarkan mekanisme untuk memastikan agar *input* dan *output* dapat terpenuhi sesuai dengan struktur kerja auditor. Struktur kerja auditor adalah:

1. Auditor menentukan perencanaan jadwal audit yang adalah bagian terpenting dari proses audit; dengan jadwal itu auditee dapat mengetahui kapan audit dilaksanakan.
2. Auditor menentukan perencanaan proses AMI. Langkah pertama adalah mengkonfirmasi dengan pihak auditee jadwal audit yang akan dilakukan, sehingga auditor dan auditee dapat bekerja sama dalam menentukan waktu yang terbaik.
3. Pelaksanaan AMI: Audit Sistem/Desk Evaluation, dan Audit Visitasi/Lapangan. Audit Sistem/ Desk Evaluation adalah audit yang dilakukan terhadap dokumen sistem organisasi, penjaminan mutu, dan dokumen SPMI. Audit ini dilakukan oleh tim auditor tanpa kehadiran auditee dengan tujuan mendapat daftar pertanyaan. Audit Visitasi/Lapangan adalah pemeriksaan standar yang telah ditetapkan dalam dokumen standar, dipenuhi atau tidak, memeriksa dan memastikan apakah setiap dokumen SPMI (misalnya: manual SPMI atau instruksi kerja) telah dilaksanakan dengan tertib dan benar.
- 2) Membuat Pelaporan Audit. Pertemuan penutupan dengan auditee adalah keharusan untuk memastikan aliran informasi tidak tertunda, auditee harus tahu apakah ada kelemahan yang perlu ditangani, dan juga untuk mengetahui proses yang bisa dikembangkan. Hal ini harus disertai dengan catatan tertulis untuk memberi informasi dalam format yang permanen agar dapat ditindak-lanjuti.
- 3) Tindak lanjut atas Masalah atau Perbaikan yang ditemukan. Tindak lanjut merupakan salah satu langkah penting. Jika masalah telah ditemukan dan tindakan lanjut perbaikan telah dilakukan, maka tindakan memastikan bahwa temuan tersebut telah diperbaiki adalah kunci dari perbaikan. Jika perbaikan telah selesai dilakukan, proses berikutnya adalah melihat peningkatan (perkembangan) dari sebelumnya.

### 3.5. Fungsi, Kedudukan, Wewenang, dan Tanggung-jawab Auditor

#### 3.5.1. Fungsi dan Kedudukan Auditor

Auditor memiliki fungsi yang penting dalam kegiatan audit. Ia berfungsi untuk menjaga sistem penjaminan mutu pada setiap unit yang ada di perguruan tinggi. Ia harus memiliki kompetensi, pengetahuan, dan keterampilan yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya.

Auditor di perguruan tinggi memiliki kedudukan sebagai dosen yang memiliki kualifikasi

tertentu dan dinilai memiliki kecakapan yang memadai setelah melalui serangkaian tes. Ia melakukan audit terhadap kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang memberi layanan pendidikan kepada pengguna.

### 3.5.2. Wewenang dan Tanggung-jawab Auditor

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

1. Melaksanakan audit kinerja terhadap lembaga, unit dan perangkat kerja di lingkungan perguruan tinggi;
2. Melakukan evaluasi terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja perguruan tinggi sebagai auditee sesuai dengan instrumen AMI yang berlaku;
3. Melakukan komunikasi dengan auditee untuk pelaksanaan AMI pada periode tertentu;
4. Menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit;
5. Memberikan catatan, saran, dan rekomendasi terhadap auditee dan pihak-pihak lain yang memiliki keterkaitan untuk meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional yang ditetapkan;
6. Sebaiknya Auditor berjumlah ganjil (3, 5 atau 7) dalam setiap kelompok kerja.

Kelompok kerja terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota. Masing-masing auditor memiliki tanggung jawab yang berbeda. Secara umum auditor memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

1. Melaksanakan AMI sesuai dengan instrumen yang berlaku;
2. Melaksanakan audit dokumen dan audit lapangan;
3. Mengkoordinasi pelaksanaan AMI dengan auditee dan lembaga pelaksana;
4. Melaporkan hasil pelaksanaan AMI.

Prinsip yang harus dijalankan oleh Auditor dalam kegiatan audit adalah:

1. Etika pelaksanaan
2. Objektif
3. Cara kerja yang profesional

Tanggung jawab ketua Tim Auditor:

1. Membuka pertemuan untuk memperkenalkan anggota tim auditor kepada pimpinan teraudit;
2. Menyampaikan tujuan audit, lingkup, dan area audit;
3. Membagi tugas kepada anggota tim;
4. Menyampaikan ringkasan metode dan prosedur yang digunakan dalam pelaksanaan audit;
5. Menegaskan hubungan formal antara tim auditor dan teraudit;
6. Mengkonfirmasi ketersediaan sumberdaya yang diperlukan;
7. Mengkonfirmasi jadwal pertemuan-pertemuan dan penutupan audit;
8. Mengklarifikasi setiap rencana audit yang tidak jelas;
9. Memimpin audit;
10. Membuat keputusan akhir atas temuan audit;
11. Menyerahkan berkas audit dan draf laporan ringkasan dan kesimpulan
12. Menutup pertemuan.

Tanggung jawab sekretaris Auditor:

1. Memastikan semua dokumen administrasi audit sudah ada;
2. Mencatat semua temuan/ketidaksesuaian sesuai dengan fokus audit;

3. Melakukan pencatatan yang dikerjakan dengan menggunakan form administrasi
4. Mencetak dokumen administrasi 3 rangkap dan ditandatangani 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 dalam menyiapkan draft laporan ringkasan dan kesimpulan

### **3.6. Auditor Lintas Perguruan Tinggi**

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) dapat dilakukan oleh auditor yang berasal dari perguruan tinggi lain, dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang telah ditetapkan. Beberapa ketentuan yang harus dipenuhi oleh auditor dari perguruan tinggi lain:

1. Memenuhi kriteria dan kualifikasi Auditor;
2. Memiliki kerjasama dengan antar PT yang akan diaudit;
3. Menerapkan dan menegakkan asas-asas Auditor, yaitu: integritas, objektivitas, kerahasiaan, kompetensi, dan independen.

### **3.7. Sistem Penghargaan Auditor**

Dalam rangka memotivasi auditor untuk meningkatkan kualitas audit di STFT Widya Sasana, auditor diberik penghargaan kinerja. Penghargaan ini adalah bentuk apresiasi atas kinerja baik yang dilakukan untuk institusi. Penghargaan ini dilaksanakan setiap tahun untuk memotivasi auditor agar meningkatkan kinerja, integritas, dan komitmennya dalam menjalankan tugas dan tanggungjawab sebagai Auditor di STFT Widya Sasana.

## **BAB IV**

### **PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL**

Bab ini menguraikan pengertian, perumusan kebijakan, tujuan, peran dalam AMI, penentuan lingkup dan area, detail perencanaan audit, penentuan tim auditor, penentuan jadwal dan tempat persiapan dokumen.

Lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

Lampiran 1: Rencana Tahunan Audit Mutu Internal

Lampiran 2: SOP Kegiatan AMI

Lampiran 3: Jadwal Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Lampiran 4: SK Penetapan

#### **4.1. Pengertian**

Audit Mutu Internal merupakan upaya penilaian yang dilakukan untuk memperoleh informasi untuk meningkatkan mutu pengelolaan pendidikan tinggi. Pada hakikatnya AMI merupakan “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 AMI memerlukan perencanaan yang matang sehingga proses audit tersebut dapat berjalan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan, berdasarkan azas transparansi, dan menghasilkan laporan audit yang mampu memberikan gambaran utuh tentang mutu kelembagaan. Perencanaan AMI meliputi semua kegiatan yang dilakukan sebelum proses AMI dilakukan, yakni:

1. Perumusan kebijakan dan tujuan AMI
2. Penentuan lingkup dan area
3. Penentuan auditor
4. Penentuan jadwal dan tempat
5. Persiapan dokumen

#### **4.2. Perumusan Kebijakan, Tujuan, Peran dalam AMI**

AMI merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI). Karena itu, AMI harus merupakan kegiatan yang independen, obyektif, terencana secara sistemik, dan didasarkan pada mekanisme pembuktian. Di dalamnya terdapat unsur konsultasi yang bertujuan untuk memberi perbaikan bagi unit yang diaudit sehingga unit tersebut dapat memenuhi standar mutu yang ditetapkan. Kegiatan AMI dilakukan oleh *peer group* terhadap unit atau institusi dengan cara memeriksa atau menginvestigasi prosedur, proses, atau mekanisme yang ditetapkan.

Kegiatan audit mutu internal diselenggarakan untuk mewujudkan peningkatan mutu perguruan tinggi secara berkelanjutan sesuai dengan visinya. Terselenggaranya kegiatan AMI di STFT Widya Sasana sangat ditentukan oleh adanya kebijakan AMI yang diputuskan oleh Ketua STFT.

Secara umum kebijakan AMI dirumuskan berdasarkan dua pertimbangan. *Pertama*, AMI dilaksanakan karena adanya kebutuhan STFT Widya Sasana untuk melakukan evaluasi secara periodik, sebagai sebuah siklus yang berkelanjutan, terhadap pelaksanaan dan pemenuhan standar yang telah ditetapkan. *Kedua*, AMI dapat dilakukan karena adanya kebutuhan yang mendesak dan bukan merupakan bagian dari siklus, misalnya karena adanya kontrak kerja dengan lembaga di luar STFT Widya Sasana yang mensyaratkan AMI, pemenuhan persyaratan dari lembaga akreditasi/sertifikasi, atau keinginan manajemen untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran, penelitian atau pengabdian kepada masyarakat.

Perencanaan AMI dilakukan dengan membagi peran kepada setiap individu, baik pimpinan, unit lembaga, dan pelaksana kegiatan untuk menjalankan ketetapan AMI seperti: a) pimpinan institusi bertugas menetapkan kebijakan AMI, b) unit penjaminan mutu melakukan penyusunan mekanisme AMI, instrumen, lingkup, dan pelatihan auditor mutu internal, c) Auditor Mutu Internal mempelajari mekanisme, lingkup dan area AMI dengan berkoordinasi dengan para *partner* dan melakukan audit dokumen serta visitasi ke lapangan.

Kegiatan perencanaan yang dilakukan sebelum menjalankan tugas AMI bagi setiap individu yang terlibat antara lain:

#### 1. Pimpinan institusi

1. Membuat kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal dalam semua lingkup pengelolaan pendidikan tinggi.
2. Menetapkan komitmen pelaksanaan AMI secara periodik.
3. Menetapkan kebijakan AMI sesuai dengan kebijakan mutu dalam sistem penjaminan mutu yang telah diimplementasikan lembaga pendidikan itu sendiri.

#### 2. Unit Penjaminan Mutu

1. Menetapkan mekanisme AMI sesuai dengan prosedur baku SPMI di perguruan tinggi.
2. Menetapkan mekanisme auditor AMI untuk menjalankan tugas sesuai dengan prosedur dan norma yang telah ditentukan.
3. Menetapkan mekanisme pelaksanaan AMI yang terintegrasi dalam PPEPP SPMI STFT Widya Sasana.

#### 3. Auditor Mutu Internal

1. Bersikap proaktif dalam melakukan *updating* terkait dengan AMI seperti mekanisme, lingkup isi, dan jadwal kegiatannya.
2. Meningkatkan wawasan tentang lingkup dan area AMI (keorganisasian institusi, sistem manajemen, dan lingkup tugas unit dan personalia).
3. Berkoordinasi dengan para *partner* dan melakukan audit dokumen maupun kegiatan di lapangan.

Peran yang berbeda-beda tersebut, pada hakikatnya merupakan satu kesatuan yang terintegrasi.

### 4.3. Penentuan Lingkup dan Area

Pelaksanaan AMI harus direncanakan dengan baik. Kegiatan ini dapat menyebabkan perubahan bagi institusi jika hasil evaluasinya menghasilkan informasi dan data yang valid. Hasil tersebut terkait dengan penentuan elemen atau bagian yang menjadi objek evaluasi. Karena itu, pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan AMI harus sejak perencanaan menyepakati lingkup yang menjadi tujuan pelaksanaan audit.

Lingkup AMI meliputi semua persyaratan sistem yang mempengaruhi mutu layanan, yaitu: dokumen sistem penjaminan mutu, organisasi, komitmen manajemen, sumber daya (manusia, infrastruktur, keuangan), program kegiatan, evaluasi, dan *monitoring*. Agar lebih terarah, perlu juga ditetapkan 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 bagian tata usaha. Hal-hal itu diperlukan agar AMI dapat dilakukan dengan lebih teliti dan mendalam sehingga temuan yang dihasilkan bermanfaat.

Secara khusus ruang lingkup AMI ini dapat dikategorikan berdasarkan variabilitas kondisi di lingkup organisasi perguruan tinggi. Ruang lingkup AMI yang dimaksud tersebut:

1. Berdasarkan unit kerja

Lingkup bagian ini merupakan audit yang sifatnya kelembagaan, yang memperhatikan setiap proses yang terjadi didalamnya. Bagian ini terdiri dari kampus, prodi, dan lembaga-lembaga lain.

2. Berdasarkan isu audit

Audit dapat dilaksanakan berdasarkan:

- a. Audit berdasarkan standar mutu perguruan tinggi.
- b. Audit berdasarkan kriteria akreditasi baik akreditasi nasional maupun internasional.
- c. Audit berdasarkan proses pelaksanaan kegiatan tri dharma perguruan tinggi dan mutu layanan yang diimplementasikan.

Selain itu ruang lingkup AMI di perguruan tinggi harus berfokus pada Tridharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian), dapat juga dirumuskan standar tambahan lainnya sesuai dengan kebutuhan perguruan tinggi.

Pelaksanaan AMI meliputi semua proses yang terjadi dan terekam pada bagian yang terlibat dalam meningkatkan kinerja perguruan tinggi. Secara detail objek AMI tersebut adalah:

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 Mahasiswasetiap semester
15. Rekap Indeks Prestasi Kumulatif Mahasiswa setiap lulusan
16. Ujian komprehensif
17. Skripsi/tesis/disertasi
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 dan KKN Mahasiswa
  23. Peningkatan kapasitas bahasa asing
  24. Pelaksanaan Praktik Pengalaman Lapangan (PPL)
  25. Wisuda
2. Audit Administrasi Akademik yang meliputi:
    1. Pembayaran SPP atau registrasi
    2. Penerbitan Kartu Tanda Mahasiswa (KTM)
    3. Penerbitan Surat Keterangan masih kuliah
    4. *Drop Out* (DO)
    5. Ijin cuti, pindah jurusan/program studi, pindah perguruan tinggi
    6. Administrasi Perkuliahan
    7. Penerbitan Kartu Hasil Studi (KHS)
    8. Pengisian Kartu Rencana Studi (KRS)
    9. Kredit perkuliahan
    10. Jadwal perkuliahan
    11. Laporan administrasi perkuliahan dari dosen pengampu
    12. Publikasi rekap presensi mahasiswa
    13. Publikasi nilai dari dosen pengampu
    14. Administrasi Evaluasi Pembelajaran
      - a. Jadwal Ujian Tengah Semester (UTS)
      - b. Jadwal ujian akhir semester (UAS)
      - c. Penerbitan dan sosialisasi tata tertib ujian
      - d. Penerbitan transkrip nilai
      - e. Penerbitan surat keterangan lulus
      - f. Penerbitan ijazah dan Surat Keterangan Pendamping Ijazah (SKPI)
      - g. 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. Pembinaan Lembaga Kemahasiswaan dan UKM
    5. Pengelolaan dana kemahasiswaan
    6. Pengelolaan komunitas mahasiswa
    7. Pengelolaan beasiswa
4. Audit Kepegawaian yang meliputi:
    1. Manajemen Sumberdaya Manusia
      - a. Rekrutmen pegawai
      - b. Penugasan pegawai
      - c. Mutasi dan *rolling* 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
  4. Audit Kelembagaan yang meliputi:
    - a. Kebijakan, informasi dan prosedur penerimaan mahasiswa
    - b. Pembukaan dan evaluasi program studi
    - c. Kerjasama Kelembagaan
    - d. Akreditasi program studi dan institusi
    - e. Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)
    - f. Pelaksanaan Audit Mutu Eksternal (AME)
    - g. Studi penelusuran alumni/*Tracer Study*
    - h. Sistem Informasi Akademik
    - i. Pengadaan Barang dan Jasa/Unit Layanan Pengadaan

Ruang lingkup AMI yang disebutkan itu akan mudah diukur ketercapaiannya jika setiap prosesnya didasarkan pada Standar Operasional Prosedur (SOP). Karena itu, unsur utama yang perlu dihatikan dalam pelaksanaan audit adalah ketersediaan dan keterlaksanaan SOP.

#### 4.4. Detail Perencanaan Audit

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

1. Komposisi tim audit dan kompetensi keseluruhannya
2. Teknik pengambilan sampel yang sesuai
3. Peluang untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kegiatan audit
4. Risiko-risiko dalam pencapaian tujuan audit yang disebabkan oleh perencanaan audit yang tidak efektif
5. Risiko terhadap auditee akibat kinerja audit

Skala dan isi perencanaan audit dapat berbeda, misalnya, antara audit awal dan audit berikutnya, serta antara audit internal dan eksternal. Perencanaan audit harus cukup fleksibel agar dimungkinkan adanya perubahan yang menjadi kebutuhan dalam perkembangan kegiatan audit.

Perencanaan audit harus membahas 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 auditee
5. Perlunya tim audit untuk membiasakan diri dengan fasilitas dan proses auditee, misalnya dengan meninjau lokasi fisik atau sistem teknologi informasi dan komunikasi yang digunakan
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

Perencanaan audit juga harus mempertimbangkan:

1. Identifikasi perwakilan auditee untuk audit
2. Bahasa pelaporan audit dimana ada perbedaan 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 terkait dengan kerahasiaan dan keamanan informasi
7. Tindakan tindak lanjut dari audit sebelumnya atau sumber lain, misalnya: *lesson learned*, *project review*, dan lain-lain
8. Setiap kegiatan tindak lanjut untuk audit yang direncanakan
9. Koordinasi dengan kegiatan audit lainnya, dalam hal audit bersama

#### **4.5. 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. AMI bukanlah suatu kegiatan untuk mencari kesalahan atau kekurangan melainkan untuk membantu teraudit dalam mencari ruang peningkatan sehingga ketiga belah pihak tidak menjalankannya dengan terpaksa tetapi menerimanya dengan terbuka.

Jumlah auditor ditentukan berdasarkan luas lingkup dan area yang akan diaudit. Jumlah auditor seharusnya berjumlah ganjil (3, 5, atau 7). Hal tersebut diperlukan untuk mengantisipasi terjadinya perbedaan pendapat di antara para auditor dalam menentukan keputusan audit saat dilakukan voting. Agar tidak terjadi skor yang sama, jumlah auditor harus ganjil. Akan tetapi, pada prinsipnya hasil audit ditentukan berdasarkan pemahaman yang sama pada kriteria atau standar yang digunakan dalam audit. Ketua Tim auditor diusahakan adalah orang yang sudah mengikuti pelatihan *lead auditor* dan/atau auditor senior yang sudah memiliki pengalaman audit minimal 5 tahun.

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 ketidakberpihakan, objektivitas, kompetensi auditor dan penggunaan sumber

daya yang efektif, sertaperan dan tanggung jawab yang berbeda dari auditor.

Rapat tim audit diadakan 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. Orang yang akan ditugaskan dalam pelaksanaan AMI harus pernah mendapatkan pelatihan dan aktif mengikuti program penyegaran (*refreshment*) bagi auditor secara teratur untuk meng-*update* dan menyesuaikan diri dengan perubahan persyaratan dan kebijakan.

#### 4.6. 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. Jadwal pelaksanaan audit harus merupakan kesepakatan ketiga belah pihak yaitu pihak manajemen, auditee dan auditor. Tidak direkomendasikan penentuan jadwal pelaksanaan audit hanya oleh pihak manajemen atau auditor dengan tujuan agar audit bisa menguak hal yang terjadi sebenarnya. Langkah tersebut perlu dihindari karena audit bukanlah investigasi atau penyidikan. Durasi pelaksanaan AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta pihak yang akan ditemui atau diwawancarai. AMI bisa dirancang dalam waktu dua hari dengan rincian satu hari audit dokumen dan satu hari audit lapangan, atau bisa lebih lama karena tuntutan situasional. Penjadwalan AMI pada umumnya mengikuti siklus akhir tahun akademik. Kebijakan ini ditempuh dengan pertimbangan untuk memperoleh gambaran capaian kinerja selama satu semester. Pengecualian dapat dilakukan jika AMI perlu dilaksanakan untuk kepentingan tertentu yang memiliki siklus berbeda.

Pelaksanaan AMI membutuhkan tempat yang nyaman untuk membaca, menulis, dan melakukan wawancara serta pengamatan. Tempat audit dokumen dan audit lapangan bisa dalam satu ruangan atau dalam ruangan yang terpisah. Dalam kondisi tertentu dan didukung oleh instrument yang memadai, AMI dapat dilakukan secara daring sehingga pertimbangan tempat dapat digantikan dengan persyaratan dukungan, antara lain jaringan internet dan aplikasi yang sudah valid dan teruji.

#### 4.7. Persiapan Dokumen

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

1. Surat keputusan dan surat tugas melaksanakan audit dari pimpinan STFT Widya Sasana kepada auditor yang ditunjuk.
2. Dokumen program kerja audit yang merupakan kesepakatan ketiga belah pihak.
3. Dokumen-dokumen yang sesuai dengan lingkup audit.
4. Formulir-formulir yang digunakan dalam proses audit.
5. Daftar pertanyaan (*check-list*) audit yang dirumuskan berdasarkan kebutuhan audit. AMI STFT Widya Sasana dilaksanakan berbasis Akreditasi (9 kriteria)
6. 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 untuk disimpan di tempat penyimpanan digital online (*website* atau *cloud storage*) sehingga memudahkan persiapan audit dan penelusuran pada saat audit berlangsung. Dokumen-dokumen

tersebut 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.

Hal tersebut sejalan dengan pedoman standar sistem manajemen audit yang menyatakan bahwa anggota tim audit harus mengumpulkan dan meninjau informasi yang relevan dengan penugasan audit dan menyiapkan informasi yang terdokumentasi untuk audit, menggunakan media yang sesuai. Informasi yang terdokumentasi dapat mencakup: daftar periksa fisik atau digital, rincian pengambilan sampel audit, informasi audio visual. Penggunaan media ini tidak boleh membatasi kegiatan audit yang dapat berubah karena informasi yang diperoleh dalam audit. Informasi yang terdokumentasi harus disimpan sampai audit selesai, atau seperti yang ditentukan oleh program audit.

## **BAB V**

### **PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL**

Bab ini membahas tentang: pengertian audit dokumen, pelaksanaan audit dokumen, pencermatan hasil evaluasi diri, dokumen dan rekaman, pembuatan daftar tilik/*checklist*, rapat pembukaan, pelaksanaan audit lapangan, peninjauan hasil audit sebelumnya, teknik wawancara, teknik telusur, pengumpulan bukti audit dan dokumen, perumusan temuan audit, ekspos dan rapat penutupan audit.

Lampiran dalam bab ini:

Lampiran 5: Surat Pemberitahuan Kegiatan Audit Mutu Internal

Lampiran 6: Formulir Checklist Audit

Lampiran 7: Formulir Daftar Pertanyaan Audit Mutu Internal

Lampiran 8: Formulir Hasil Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Lampiran 9: Rekap Hasil Penilaian Proses Pembelajaran

Lampiran 10: Instrumen Penilaian Proses Pembelajaran

Lampiran 11: Formulir Audit Mutu 9 Kriteria

Lampiran 12: Registrasi Audit Mutu Internal

#### **5.1. Pengertian Audit Dokumen**

Audit Dokumen (*desk evaluation*) adalah audit terhadap dokumen sistem organisasi, penjaminan mutu, dan SPMI untuk memenuhi persyaratan standar yang telah ditetapkan. Audit ini dikerjakan oleh tim auditor, auditee tidak perlu hadir. Tim auditor memeriksa dokumen evaluasi diri unit yang diaudit untuk mengetahui bagian-bagian yang perlu ditingkatkan. Bagian yang perlu ditingkatkan akan menjadi bahan dalam verifikasi di unit yang diaudit. Hasil akhir audit dokumen adalah daftar tilik/*checklist* (berisi daftar pertanyaan, konfirmasi sesuai atau tidak sesuai, dan lain-lain) yang akan digunakan dalam audit visitasi.

#### **5.2. Pelaksanaan Audit Dokumen**

Ketua tim auditor memimpin pelaksanaan audit dokumen atau sistem yang sesuai dengan lingkup audit yang ditetapkan. Dokumen yang diaudit tersebut adalah standar, peraturan, panduan untuk melakukan proses yang sesuai dengan standar, bukti pelaksanaan, dan hasilnya.

##### **5.2.1. Persiapan Audit Dokumen**

Hal-hal yang perlu dikerjakan oleh tim auditor ketika memeriksa dokumen, yaitu:

1. Memeriksa ketersediaan atau kelengkapan dokumen yang terkait dengan SPMI;
2. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundangan yang berlaku;
3. Memeriksa pemenuhan Standar Dikti pada tahap pelaksanaan terkait dengan lingkup yang ditetapkan;
4. Memeriksa efektifitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar;
5. Mengidentifikasi resiko/potensi kegagalan;
6. Mereview kesesuaian dokumentasi.

## 5.2.2. Tahap-Tahap Audit Dokumen

Tahap-tahap dalam pelaksanaan audit dokumen adalah:

1. Ketua tim auditor menerima dokumen audit sesuai dengan lingkup dan area yang diaudit;
2. Ketua tim auditor menginformasikan identitas auditee, lingkup audit, dan dokumen yang tersedia kepada anggotanya;
3. Ketua tim auditor membagi tugas kepada anggota tim mengenai dokumen yang harus diaudit;
4. Setiap anggota tim auditor membuat daftar tilik berupa daftar pertanyaan yang akan digunakan dalam audit lapangan untuk diverifikasi lebih lanjut.

## 5.3. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen dan Rekaman

### 5.3.1. Pencermatan Hasil Evaluasi Diri

Evaluasi diri adalah usaha untuk mendapatkan gambaran tentang kinerja dan keadaan diri melalui pengkajian dan analisis terhadap kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman yang dihadapi. Komponen evaluasi diri meliputi masukan, proses, luaran, hasil, dan dampak (*input, process, output, outcome, and impact*) yang didasarkan pada data, informasi, dan bukti-bukti lain yang terkait dengan komponen-komponen sistemik dari seluruh penyelenggaraan institusi.

Tujuan pelaksanaan evaluasi diri adalah:

1. Menyusun profil institusi yang komprehensif dengan menggunakan data terbaru;
2. Melakukan perencanaan dan perbaikan diri secara berkelanjutan;
3. Melakukan penjaminan mutu internal;
4. Memberi informasi tentang kondisi institusi kepada masyarakat dan pihak lain yang memerlukannya (*stakeholders*).

Manfaat evaluasi diri adalah:

1. Mengidentifikasi masalah, menilai program, dan mencapai sasaran;
2. Menciptakan budaya mutu;
3. Mendorong keterbukaan untuk mengatasi kesenjangan antara tujuan pribadi dan tujuan lembaga;
4. Membantu terbentuknya pemutakiran program institusi dengan cara meninjau kembali kebijakan yang ada.

Evaluasi diri dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut:

1. Ketua STFT Widya Sasana menetapkan kebijakan tentang evaluasi diri. Pelaksanaan evaluasi diri ini dilakukan sesuai dengan waktu yang ditetapkan;
2. Ketua STFT Widya Sasana membentuk tim evaluasi diri dan menerbitkan SK untuk legalitas tim evaluasi diri dalam bekerja;
3. Tim evaluasi diri mempelajari lingkup, area evaluasi diri, dan standar yang dipakai;
4. Tim menyusun instrumen evaluasi diri (apabila diperlukan) atau menyusun alat bantu berupa daftar pertanyaan (*diagnostic question*);
5. Tim mensosialisasikan jadwal dan rencana kerja kepada unit-unit yang akan menjadi area dalam evaluasi diri;
6. Tim melakukan evaluasi diri sesuai dengan lingkup standar dan area yang telah ditetapkan sebelumnya;
7. Tim melakukan analisis data dengan merujuk pada standar yang telah ditetapkan;
8. Tim melakukan pemaparan untuk mengklarifikasi hasil evaluasi diri dan penyempurnaan laporan evaluasi diri (*self assessment report*);
9. Tim melakukan penyempurnaan laporan dan dilanjutkan dengan pengesahan laporan oleh

Ketua STFT Widya Sasana.

Analisis dapat dilakukan dengan berbagai cara, tetapi pendekatan yang sering digunakan adalah Analisis Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman (*SWOT analysis*). Analisis SWOT menggunakan kekuatan (*strengths*) dan peluang (*opportunities*) untuk mengatasi kelemahan (*weakness*) dan ancaman (*threats*). Beberapa tahapan dalam analisis SWOT, yaitu:

- Tahap 1: identifikasi kelemahan (*internal*) dan ancaman (*eksternal* dan *global*) yang paling mendesak untuk diatasi secara umum pada semua komponen.
- Tahap 2: identifikasi kekuatan (*internal*) dan peluang (*eksternal*) yang dapat digunakan 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 strategi-strategi untuk mengatasi kelemahan dan ancaman, termasuk pemecahan masalah, perbaikan dan pengembangan lebih lanjut;
- Tahap 5: menentukan prioritas penanganan kelemahan dan ancaman tersebut, lalu menyusun rencana tindakan untuk mewujudkan program penanganan.

### 5.3.2. Dokumen dan Rekaman

Audit dokumen/sistem dipimpin oleh ketua tim auditor untuk mengaudit dokumen yang sesuai dengan lingkup audit yang ditetapkan. Dokumen yang diaudit tersebut meliputi dokumen yang berisi standar dan peraturan, panduan bagaimana proses untuk memenuhi standar, bukti pelaksanaan, dan hasilnya. Contoh: untuk lingkup audit akademik, dokumen yang perlu diperiksa adalah dokumen yang terkait dengan 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 lain yang terkait.

Pemeriksaan dokumen dilaksanakan dengan cara berikut:

1. Memeriksa ketersediaan dan kelengkapan dokumen yang terkait dengan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI);
2. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
3. Memeriksa pemenuhan standar DIKTI pada tahap pelaksanaan sesuai dengan lingkup yang ditetapkan;
4. Memeriksa efektivitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar DIKTI.
5. Pada saat mencermati dokumen, auditor juga melakukan pengecekan terhadap dokumen dengan membuat catatan-catatan potensi ketidaksesuaian yang meliputi: hal-hal yang menyimpang dari standar, yang berpotensi menyimpang dari standar, dan yang memengaruhi mutu produk/jasa.

Selain memeriksa dokumen, tim auditor juga mencermati hasil evaluasi diri dari unit yang diaudit sehingga diketahui kekuatan dan kelemahan unit yang diaudit. 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 juga perlu dilakukan verifikasi terhadap bukti-bukti penunjang/rekaman yang tersedia. Setelah dilakukan pencermatan terhadap evaluasi diri, dokumen, dan rekaman, auditor akan membuat daftar pertanyaan (*check list*) terkait dokumen yang diperiksa dan daftar pertanyaan tersebut akan dipergunakan dalam audit kepatuhan/visitasi.

#### 5.4. Pembuatan Daftar Tilik/Checklist

Hasil audit dokumen adalah daftar pertanyaan/tilik mengenai hal-hal yang ditemukan dalam dokumen yang akan diverifikasi pada tahap audit kedua atau audit lapangan/visitasi.

Daftar tilik/ceklis tersebut bermanfaat untuk:

1. Menjaga agar audit tetap dalam lingkup audit;
2. Menjadikan audit lebih sistematis dan terstruktur;
3. Menjadi panduan auditor;
4. Menjadi 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 ketidackukupan, potensi penyimpangan atau penyimpangan dari sistem mutu yang dilaksanakan. Pembuatan daftar tilik dibuat berdasarkan cakupan audit, yaitu:

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 tilik dan formulir tidak harus membatasi kegiatan audit, yang dapat berubah karena adanya informasi baru yang diperoleh dalam audit. Jenis Informasi yang dikumpulkan berupa:

1. Kebijakan SPMI
2. Manual PPEPP
3. Standar
4. Prosedur dan formulir
5. Instruksi kerja dan formulir
6. Hasil audit sebelumnya
7. Peraturan perundangan-undangan yang terkait.

Untuk membantu tim auditor dalam melaksanakan tugas, daftar tilik harus informatif, mudah dipahami, sesuai dengan lingkup dan area audit, dan dapat menjadi alat pemandu audit lapangan. Verifikasi daftar pertanyaan dilakukan pada saat visitasi dengan memberi tanda *Ya*, artinya pernyataan tersebut berpotensi menjadi temuan, atau *Tidak* apabila tidak ditemukan bukti.

Tabel 5.1. Contoh Daftar Tilik

No	Referensi (butir mutu)	Pertanyaan	Catatan audit	S		TS	Catatan Khusus

## **5.5. Rapat Pembukaan dan Pelaksanaan Audit Lapangan/Visitasi**

### **5.5.1. Rapat Pembukaan Audit**

Rapat pembukaan bertujuan:

1. Memastikan bahwa semua kegiatan audit yang direncanakan dapat dilaksanakan;
2. Menegaskan bahwa audit didasarkan pada daftar tilik yang telah dibuat pada saat Audit Dokumen;
3. Menggarisbawahi bahwa yang diaudit adalah sistem, bukan orang, dan penyimpangan mengindikasikan adanya kelemahan pada sistem, bukan kesalahan pada orang;
4. Memberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan.

Ketua tim auditor memimpin Rapat Pembukaan Audit. Hal-hal yang perlu dikerjakan oleh ketua tim auditor dalam rapat itu adalah:

1. Menjelaskan tujuan audit, ruang lingkup dan kriteria audit;
2. Memberitahukan jadwal acara audit, rapat internal antara tim auditor dan auditee, dan perubahan akhir untuk disetujui oleh auditee;
3. Menguraikan rincian proses audit (apa, siapa, kapan, dan dimana) dan hal-hal lain yang dipandang perlu;
4. Menentukan metode yang akan digunakan dalam audit;
5. Mengkonfirmasi bahwa sumber daya dan fasilitas yang diperlukan oleh tim audit tersedia;
6. Menekankan soal kerahasiaan dan keamanan informasi;
7. Menjelaskan mengenai metode pelaporan temuan audit;
8. Menginformasikan tentang hal-hal yang dapat menyebabkan audit harus dihentikan;
9. Menginformasikan tentang cara untuk menghadapi kemungkinan temuan selama audit;
10. Memberitahukan tentang sistem umpan balik dari auditee atas temuan atau kesimpulan audit, termasuk keluhan atau banding.

### **5.5.2. Pelaksanaan Audit Lapangan/Visitasi**

Audit lapangan merupakan tahap kedua dalam pelaksanaan audit setelah tim auditor menyelesaikan audit dokumen/sistem dan jadwal audit lapangan telah ditetapkan dan disetujui oleh tim auditor dan auditee. Audit lapangan bertujuan untuk memverifikasi potensi temuan yang telah disiapkan dalam daftar tilik (*checklist*). Jika audit dilaksanakan di program studi, maka hal-hal yang diaudit yaitu:

1. Pimpinan program studi;
2. Dosen;
3. Tenaga kependidikan;
4. Mahasiswa;
5. Alumni dan pengguna alumni.

Hal-hal yang merupakan penyimpangan atau potensi penyimpangan yang ditemukan pada saat verifikasi dicatat sebagai bukti temuan.

Beberapa tahap yang harus dikerjakan dalam audit lapangan:

1. Pengumpulan bukti audit

Setelah pelaksanaan rapat pembukaan, auditor melakukan audit dengan berpedoman pada daftar tilik.

- a. Tahapan pengumpulam bukti audit:
  - Wawancara dengan pengelola STFT Widya Sasana atau program studi/ *stakeholder*;
  - Pemeriksaan dokumen atau rekaman yang tersedia di STFT Widya Sasana atau program studi;
  - Pengamatan terhadap aktivitas/proses belajar-mengajar;
  - Pengamatan terhadap kondisi di lapangan.
- b. Objek audit:
  - Dokumentasi
  - Bahan atau material
  - Proses
  - Peralatan
- c. Temuan audit:
  - Berdasarkan fakta
  - Ringkas dan jelas
  - Tidak memasukkan opini
  - Tidak memasukkan sebab-sebab ketidaksesuaian
- d. Penyampaian hasil temuan oleh setiap anggota tim auditor. Setiap auditor menyampaikan:
  - Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap standar
  - Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap dokumen atau rekaman
  - Aspek dari operasi yang menyimpang atau cenderung mengarah kepada ketidaksesuaian
  - Temuan yang dilaporkan harus disetujui auditee dan didasarkan pada bukti
- e. Rapat internal auditor
  - Ketua tim auditor memimpin rapat untuk merumuskan temuan audit
  - Pernyataan temuan audit harus mengikuti kaidah PLOR: *Problem* (masalah yang ditemukan), *Location* (lokasi yang ditemukan), *Objective* (bukti yang ditemukan), dan *Reference* (dokumen yang mendasari)
  - Persiapan laporan audit
  - Sebelum membuat laporan audit, dilakukan pertemuan tim auditor tanpa melibatkan 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*)
- f. Format laporan audit:
  - Identifikasi laporan
  - 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

## 5.6. Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya

Peninjauan hasil audit sebelumnya bertujuan untuk mengaudit apakah hasil temuan pada audit sebelumnya sudah diperbaiki/dilengkapi atau belum. Tahapan peninjauan hasil audit sebelumnya adalah:

1. Memverifikasi tindak lanjut temuan audit pada siklus sebelumnya;
2. Memastikan tindak lanjut temuan audit sebelumnya telah dilakukan dengan baik (*closed*);
3. Apabila dijumpai keadaan bahwa temuan terdahulu belum dilakukan tindak lanjut, maka temuan tersebut ditulis kembali menjadi temuan audit dengan kategori yang lebih berat misalnya dari OB (observasi) ke KTS (ketidaksesuaian).

## 5.7. Teknik Wawancara/Bertanya

Bertanya memiliki tujuan untuk mendapatkan informasi yang belum diketahui dan untuk mendapatkan keterangan yang lebih jelas. Dalam pelaksanaan audit, bertanya dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang kesesuaian pelaksanaan standar dengan standar yang telah ditetapkan. Bentuk pertanyaan dapat berupa pertanyaan tertutup (jawabannya berupa Ya/Tidak) dan pertanyaan terbuka. Pertanyaan tertutup digunakan untuk mendapatkan kepastian suatu kegiatan atau kepastian suatu prosedur telah dilakukan. Pertanyaan terbuka digunakan untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang suatu proses atau kegiatan, untuk mengetahui efektivitas dari kegiatan tersebut.

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

Beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam wawancara:

- a. Melakukan persiapan yang baik;
- b. Melakukan wawancara dengan orang yang tepat;
- c. Wawancara dilakukan dengan santai;
- d. Berusaha untuk mendapatkan akar masalah;
- e. Menggunakan metode yang sesuai;
- f. Melakukan wawancara secara terpisah antara ketua Unit Kerja dan bawahannya/staff;
- g. Menghindari tindakan mengkonfrontasi/cross-check pertanyaan auditee-auditee lain (misalnya atasan);
- h. Menghindari kesan selalu membaca daftar tilik;
- i. Membuat pertanyaan yang jelas/spesifik/tidak bermakna ganda.

## 5.8. Teknik Telusur

Teknik telusur dalam proses audit adalah suatu teknik yang dilakukan oleh seorang auditor untuk menelusuri akar masalah dari suatu persoalan atau 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 penelusuran ini, 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 menelusuri sebab terjadinya ketidaksesuaian. Auditor dapat menelusuri dari depan dan menelusuri dari belakang. Untuk mendapatkan akar masalah, di samping pendekatan input-proses-output, dapat dikembangkan juga pendekatan sebab-akibat untuk mengetahui penyebab terjadinya ketidaksesuaian.

## 5.9. Pengumpulan Bukti Audit

Pengumpulan bukti audit dilakukan dengan menggali informasi dari pengelola, mahasiswa, tenaga kependidikan, pengguna, dan lulusan sesuai dengan ruang lingkup audit.

Metode pengumpulan bukti audit dilakukan dengan cara:

1. Wawancara dengan pengelola (*stakeholder*) yaitu diskusi dua arah tentang proses yang diaudit, dengan menggunakan pertanyaan dalam daftar tilik.
2. Pemeriksaan dokumen atau rekaman  
Auditor melakukan hal-hal berikut:
  - a. Memeriksa kecukupan mekanisme pengendalian internal untuk memastikan bahwa tujuan STFT Widya Sasana dapat diwujudkan secara efektif;
  - b. Memeriksa efektivitas fungsi pengendalian internal melalui:
    - Pemeriksaan sistem untuk memastikan keterkaitan dengan kebijakan, rencana, prosedur, ketentuan hukum, dan ketentuan lain yang mungkin merugikan 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 untuk memastikan ketersediaan sumber daya perguruan tinggi;
    - Pemeriksaan efisiensi dan pemanfaatan sumber daya.
3. Pengamatan terhadap aktivitas atau proses  
Auditor melakukan hal-hal berikut:
  - a. Memeriksa kinerja unit untuk memastikan pencapaian tujuan STFT Widya Sasana. Audit diarahkan untuk mengetahui apakah kegiatan di STFT Widya Sasana telah dilaksanakan dengan tertib dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan prinsip efektivitas dan efisiensi;
  - b. Melakukan pemeriksaan terhadap aktivitas suatu unit kerja. Aktivitas tersebut dapat mencakup segala aspek sehingga hasilnya menunjang analisis yang optimal untuk membantu pengambilan keputusan oleh pimpinan STFT Widya Sasana.
4. Pengamatan terhadap kondisi lapangan  
Hal-hal yang sebaiknya dilakukan oleh auditor, yaitu:
  - a. Memastikan apakah perencanaan proses pembelajaran telah tercapai dengan baik:
    - Capaian Pembelajaran (CP) prodi telah dirumuskan dengan baik
    - Setiap mata kuliah telah mendukung CP prodi
    - RPS telah sesuai dengan CP Prodi
  - b. Memastikan apakah proses pembelajaran telah terlaksana dengan baik:
    - Rekaman kehadiran dosen
    - Rekaman kehadiran mahasiswa
    - Kebenaran materi
    - Kebenaran jumlah sks
    - Kebenaran penyajian

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

1. Tujuan:
  - a. Pengujian jaringan;
  - b. Pengungkapan fakta-fakta;
  - c. Identifikasi perbaikan.
2. Dasar:
  - a. Sistem input-proses-output;
  - b. Sistem sebab-akibat;
  - c. Sistem 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 kegiatan dan output atau sebaliknya bekerja dari sisi output mundur ke input.

### 5.10. Perumusan Temuan Audit

Salah satu tahapan penting dalam kegiatan audit adalah merumuskan temuan audit secara tertulis. Auditor memerlukan waktu untuk menyusun pernyataan temuan. Pernyataan temuan harus lugas, fokus, tidak terlalu panjang atau terlalu pendek, dapat dimengerti dengan mudah, dan memberi kesamaan makna kepada setiap pembaca. Temuan harus dirumuskan dengan memperhatikan hal-hal tersebut agar auditee terbantu dalam melakukan tindak lanjut.

Temuan audit adalah segala sesuatu yang menyimpang atau berpotensi untuk menyimpang dari standar dan berpotensi mempengaruhi mutu produk/jasa. Temuan audit bukan temuan tentang lembaga tetapi tentang sistem yang harus diperbaiki. Oleh karena itu, temuan harus memberi informasi kepada auditee mengenai beberapa persyaratan mutu yang belum dipenuhi. Temuan yang baik menunjukkan adanya ketidaksesuaian misalnya, tidak adanya sistem yang memastikan pelaksanaan ujian sesuai dengan *learning outcome* yang ditargetkan. Pernyataan dan kategori temuan audit sebelum disampaikan kepada auditee harus didiskusikan dan dipakati oleh semua anggota tim auditor. Salah satu cara penulisan pernyataan temuan audit dengan mengikuti rumusan PLOR, yaitu:

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

Dengan menggunakan rumusan PLOR auditor dapat menyusun pernyataan temuan audit yang tegas. Urutan pernyataan temuan audit tidak harus didahului dengan kata yang mengindikasikan Problem, kalimat dapat diawali dengan kata yang mengindikasikan Reference atau Location. Dua contoh pernyataan temuan audit dengan menggunakan Formula PLOR:

- (1) Ada ketidaksesuaian antara Standar Proses Pembelajaran dengan kenyataan yang ada di Prodi “X” yang telah mendapat konfirmasi saat audit kepatuhan dari Ketua Prodi yang menyatakan bahwa Prodi “X” belum melaksanakan standar Proses Pembelajaran secara penuh.

Pada pernyataan temuan audit No 1, unsur PLOR dapat dijelaskan sebagai berikut:

**P:** Ada ketidaksesuaian antara Standar Proses Pembelajaran dengan kenyataan yang ada.

**L:** Di Prodi “X”

**O:** Telah mendapat konfirmasi saat audit kepatuhan dari Ketua Prodi yang menyatakan bahwa Prodi “X” belum melaksanakan standar Proses Pembelajaran secara penuh.

**R:** Standar proses pembelajaran.

Ditemukan perbedaan pernyataan mengenai jumlah tatap muka minimal dosen, yaitu

- tertulis sebanyak 14 kali dalam satu semester pada Pedoman Akademik
- (2) Prodi “X”; dengan ketentuan pada Permenristekdikti No. 3 tahun 2020 tentang SN Dikti Pasal 15 angka (2) yang menyatakan waktu proses pembelajaran efektif selama paling sedikit 16 minggu termasuk ujian tengah semester dan ujian akhir semester, yang diakui oleh auditee.
- Pada pernyataan temuan audit No. 2, unsur PLOR dapat dijelaskan sebagai berikut.
- P:** Ditemukan perbedaan pernyataan mengenai jumlah tatap muka minimal dosen.
- L:** Di Prodi “X”
- O:** Pedoman akademik Prodi “X” yang diakui auditee.
- R:** Permenristekdikti No. 44/2015 tentang SN Dikti Pasal 15 angka (2).

## **5.11. Ekspose dan Rapat Penutupan Audit**

### **5.11.1. Ekspose Hasil Audit**

Temuan audit harus dievaluasi dengan menggunakan kriteria audit untuk menentukan temuan audit. Temuan itu dapat sesuai atau tidak sesuai dengan kriteria audit. Ketidaksesuaian dan bukti audit pendukungnya harus dicatat. Ketidaksesuaian harus ditinjau bersama auditee untuk mendapatkan pengakuan bahwa bukti audit adalah akurat, dan bahwa ketidaksesuaian tersebut dipahami. Setiap pendapat yang menyimpang mengenai bukti audit atau temuan harus diselesaikan, dan poin yang belum terselesaikan harus direkam. Hasil dari proses pelaksanaan audit perlu dilakukan ekpose. Ekspose itu merupakan *quality assurance* agar dihasilkan proses Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan (TLHP) yang lebih baik. TLHP yang dibuat dapat dipertanggungjawabkan baik konteks penulisannya maupun konsistensinya.

### **5.11.2. Rapat Penutupan Audit**

Rapat penutupan audit dilakukan untuk menyajikan temuan audit dan kesimpulannya. Pihak yang harus hadir dalam rapat penutupan audit adalah: ketua tim auditor, anggota tim auditor, auditee, dan pihak-pihak lain yang terkait. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam rapat penutupan audit adalah:

1. Ketua tim auditor menyampaikan hasil keseluruhan audit;
2. Ketua tim auditor menyampaikan praktek- praktek yang baik (*strong point*);
3. 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;
4. Ketua tim auditor memberikan rekomendasi untuk perbaikan dan kemajuan di waktu yang akan datang;
5. Ketua tim auditor dan auditee membahas temuan audit dan rencana *follow up*/verifikasi;
6. Ketua tim auditor dan auditee menyetujui substansi dan pernyataan temuan;
7. Ketua tim auditor dan auditee menandatangani daftar temuan audit;
8. Ketua tim auditor menyerahkan form Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) untuk dianalisis akar penyebab ketidaksesuaian dan rencana tindak lanjut pada setiap temuan audit;
9. Ketua tim audit menutup kegiatan audit.

## BAB VI

### LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL

Bab ini membahas Jenis dan Struktur pelaporan AMI, pembuatan Laporan Tindakan Koreksi, dan Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK). Lampiran-lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

Lampiran 13: Laporan Audit Mutu Internal

Lampiran 14: Laporan Temuan AMI

#### 6.1. Jenis dan Struktur Pelaporan AMI

Seleleh melaksanakan kegiatan audit, Tim Auditor menyusun laporan Audit Mutu Internal (AMI), berupa laporan temuan audit yang didasarkan pada hasil audit dokumen dan audit visitasi. Laporan AMI akan digunakan sebagai dasar penentuan kebijakan dan penyusunan rencana berikutnya. Laporan AMI disusun berdasarkan kriteria-kriteria pelaporan sebagai berikut:

1. Didasarkan pada fakta yang ditemukan
2. Disajikan dengan menggunakan bahasa yang lugas, sistematis, menarik, ringkas, dan jelas
3. Didukung oleh data-data yang akurat dan objektif
4. Opini subjektif dihindari

Laporan AMI terdiri dari laporan yang bersifat sementara dan yang bersifat final. Laporan sementara adalah laporan yang masih akan disempurnakan lagi, dalam bentuk pengisian formulir yang telah disiapkan terlebih dahulu. Struktur penulisan laporan sementara lebih ringkas dan sederhana. Laporan jenis ini dapat digunakan untuk memperoleh informasi yang cepat atau yang harus diselesaikan sesegera mungkin di lapangan. Laporan yang bersifat final disusun dalam bentuk naskah atau buku. Materi laporan dapat dibagi ke dalam beberapa topik dan sub topik dengan penjelasan yang lebih panjang dan lengkap.

Laporan AMI memuat hal-hal yang diterangkan dalam tabel berikut:

**Tabel 6.1 Struktur Penulisan Laporan AMI**

Unsur Laporan	Isi Laporan		
STFT Widya Sasana	Program Studi		
	Alamat		
	Nama Ka Prodi		
	Tanggal Audit		
	Ketua Auditor	Nama :	
		Prodi :	
	Anggota Auditor	Nama :	
		Prodi :	
		Nama :	
		Prodi :	
Tanda Tangan Auditor			
Tanda Tangan Ka Prodi			
Identitas Auditor	Nama Ketua Tim Auditor		
	Anggota Tim Auditor		
Tujuan Audit	Memastikan apakah temuan/rencana tindak koreksi pada siklus		

	audit tahun sebelumnya telah ditindaklanjuti;	
	Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penjaminan mutu Program Studi dengan Dokumen Akademik dan Dokumen Mutu STFT Widya Sasana;	
	Memastikan kesiapan Program Studi dalam melaksanakan Program Akreditasi;	
	Memastikan kelancaran pelaksanaan Pengelolaan Program Studi;	
	Memastikan peluang peningkatan mutu Program Studi;	
	Tujuan lain, sebutkan....	
Ruang Lingkup Audit	Audit Akademik	
	Audit Administrasi Akademik	
	Audit Non Administrasi Kemahasiswaan	
	Audit Kepegawaian	
	Audit Kelembagaan	
Area Audit		
Dokumen yang diterima		
Tanggal Audit	Hari	
	Tanggal	
	Pukul	
	Program Studi	
	Tim Auditor	
Daftar Temuan Audit: Pernyataan Temuan Audit, Kategori Temuan Audit dan Referensi	Ketidaksesuaian	KTS/OB
		Standar/Kriteria
	Saran Perbaikan	Temuan Audit
		Standar/Kinerja
	Peluang Peningkatan	
Keunggulan Institusi Teraudit		
Kesimpulan Audit	Tim Audit Menyimpulkan:	
	Apakah sistem dokumen cukup lengkap dan terstruktur untuk mendukung pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal: Ya/Tidak/Lainnya, sebutkan ...	
	Apakah Program Studi telah menjalankan Sistem Penjaminan Mutu Internal secara konsisten dan berkelanjutan: Ya/Tidak/Lainnya, sebutkan ...	
	Apakah Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) pada temuan audit sebelumnya telah ditindaklanjuti secara efektif: Ya/Tidak, jika tidak sebutkan rekomendasi dari Tim Auditor .....	
	Apa saja Temuan pada periode audit ini adalah: [1 ](KTS)	
	[2 ](Observasi)	
Lampiran Audit	Daftar Pertanyaan Audit (Checklist Audit);	
	Permintaan Tindak Koreksi (PTK);	
	Verifikasi Tindak Lanjut Temuan Audit Periode sebelumnya;	
	Daftar Hadir Audit;	
	Contoh Verifikasi Tindak Lanjut Temuan Audit.	

Laporan final mengikuti struktur penulisan sebagai berikut;

1. Halaman Judul
2. Halaman Identitas/Pengesahan
3. Kata Pengantar
4. Daftar Isi
5. Pendahuluan yang memuat latar belakang, tujuan, lingkup, dan area audit
6. Isi yang berisi pokok-pokok tentang temuan audit dan/atau instisari dari laporan dan pandangan auditor terhadap temuan
7. Penutup yang bersisi simpulan dan saran

Laporan final merupakan pengembangan dari laporan sementara setelah pihak auditee dan auditor mencapai kesepakatan terkait dengan temuan audit. Kedua belah pihak kemudian membubuhkan tanda tangan pada kolom yang disediakan.

## **6.2. Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi**

Temuan yang belum memenuhi atau menyimpang dari standar dikategorikan sebagai Ketidaksesuaian (KTS) atau sebagai Observasi (OB). Ketidaksesuaian (KTS) mengacu pada temuan yang belum memenuhi, menyimpang, atau tidak sesuai dengan standar atau persyaratan yang ditentukan oleh Perguruan tinggi. Observasi (OB) adalah temuan yang berpotensi menjadi ketidaksesuaian namun dapat segera diperbaiki. Oleh karena itu, Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) perlu dilakukan, yaitu perbaikan atas dasar laporan audit kepada *auditee* agar segera mengatasi ketidaksesuaian dan mencari penyebabnya, serta mencegah pengulangan ketidaksesuaian di kemudian hari untuk peningkatan mutu yang berkelanjutan.

Laporan PTK dapat dikerjakan jika ada kesepakatan antara teraudit dan auditor mengenai temuan audit. PTK harus dilampirkan dalam Laporan AMI. PTK dibuat masing-masing untuk setiap temuan. Misalnya, jika ada 3 (tiga) temuan, maka ada 3 (tiga) lampiran PTK. Setiap lembar PTK, selain memuat identitas teraudit dan auditor, juga berisi uraian dan kategori temuan audit. Pernyataan dan kategori temuan diisi oleh tim auditor dan ditandatangani. Di bagian bawah memuat rencana tindakan koreksi yang diisi oleh teraudit dan ditandatangani.

Pada bagian akhir lampiran PTK dapat ditambahkan kolom untuk Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi yang akan digunakan oleh auditor pada tahap audit berikutnya untuk memastikan apakah tindakan koreksi yang dibuat oleh teraudit sudah ditindaklanjuti. Tinjauan efektifitas ini harus dipastikan pada saat awal auditor memulai AMI agar diketahui status atau kategori dari temuan audit sebelumnya. Status temuan dapat berubah setelah melakukan tinjauan, misalnya dari kategori observasi (OB) menjadi Ketidaksesuaian (KTS). Contoh dapat dilihat pada Lampiran.

## **6.3. Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK)**

Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK) merupakan tahap lanjutan dari pelaporan hasil audit. Tindakan ini bertujuan untuk menghilangkan penyebab Ketidaksesuaian (KTS) serta mencegah hal-hal lain yang mengarah pada ketidaksesuaian (KTS) terhadap peningkatan mutu yang berkelanjutan. Pelaksanaan Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK) merupakan tugas *auditee* untuk menyelesaikan atau memperbaiki temuan KTS demi perbaikan yang menyeluruh dalam sistem penjaminan mutu perguruan tinggi.

Dokumen-dokumen yang diperlukan untuk pelaksanaan TL- PTK:

1. Formulir PTK yang disepakati oleh tim Audit dan Auditee
2. Formulir Checklist Pelaksanaan perbaikan PTK.
3. Formulir Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK).

Tinjauan efektivitas Permintaan Tindakan Koreksi akan dikerjakan oleh tim auditor selanjutnya atau tim pemantau yang ditetapkan oleh STFT Widya Sasana untuk memastikan apakah tindakan koreksi yang telah dibuat sudah ditindaklanjuti. Tinjauan ini dilakukan pada saat auditor memulai AMI sesuai dengan siklus SPMI. Jika tindakan koreksi tidak ditindaklanjuti, maka status atau kategori temuan audit tersebut dapat dinaikkan dari OB menjadi KTS.

## **BAB VII**

### **RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN AUDIT MUTU INTERNAL**

Bab ini membahas definisi, tujuan, karakteristik, prosedur, agenda, materi, peserta, dan luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

Lampiran 15: Berita Acara Hasil Rapat Tinjauan Manajemen Final

#### **7.1. Definisi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) merupakan kegiatan AMI yang terkait dengan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah pertemuan yang dilakukan oleh manajemen secara berkala untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu dan kinerja pelayanan institusi sehingga dapat memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan dan efektivitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan. RTM dipimpin oleh ketua dan melibatkan seluruh jajaran kepemimpinan di STFT Widya Sasana untuk membahas tindak lanjut temuan AMI. Rapat ini meliputi penilaian untuk meningkatkan dan mengubah sistem penjaminan mutu, termasuk kebijakan mutu, standar mutu, dan sasaran mutu di lingkungan STFT Widya Sasana.

#### **7.2. Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Tujuan RTM adalah untuk memastikan dan mengevaluasi seluruh temuan audit mengenai capaian standar dan sistem penjaminan mutu internal (SPMI) agar berjalan dengan baik, efektif, dan efisien. Tindak lanjut temuan yang belum dapat diselesaikan di tingkat prodi dibawa ke RTM sehingga dapat dibahas secara tuntas.

#### **7.3. Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen memiliki beberapa karakteristik:

1. Dilakukan secara berkala, sistematis, dan terukur setelah pelaksanaan AMI.
2. Mendokumentasikan perencanaan dan pelaksanaan.
3. Melakukan evaluasi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu dan dampaknya pada mutu dan kinerja.
4. Membahas perubahan dan perbaikan tata kelola, pengembangan, pendidikan, dan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.
5. Hasil rapat ditindaklanjuti dengan pengawasan yang baik untuk memastikan tindak lanjut tepat sasaran.
6. Pertemuan diawali dengan pembahasan hasil dan tindak lanjut 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,
  - d. rencana perubahan untuk mengakomodasi persyaratan layanan dan output.

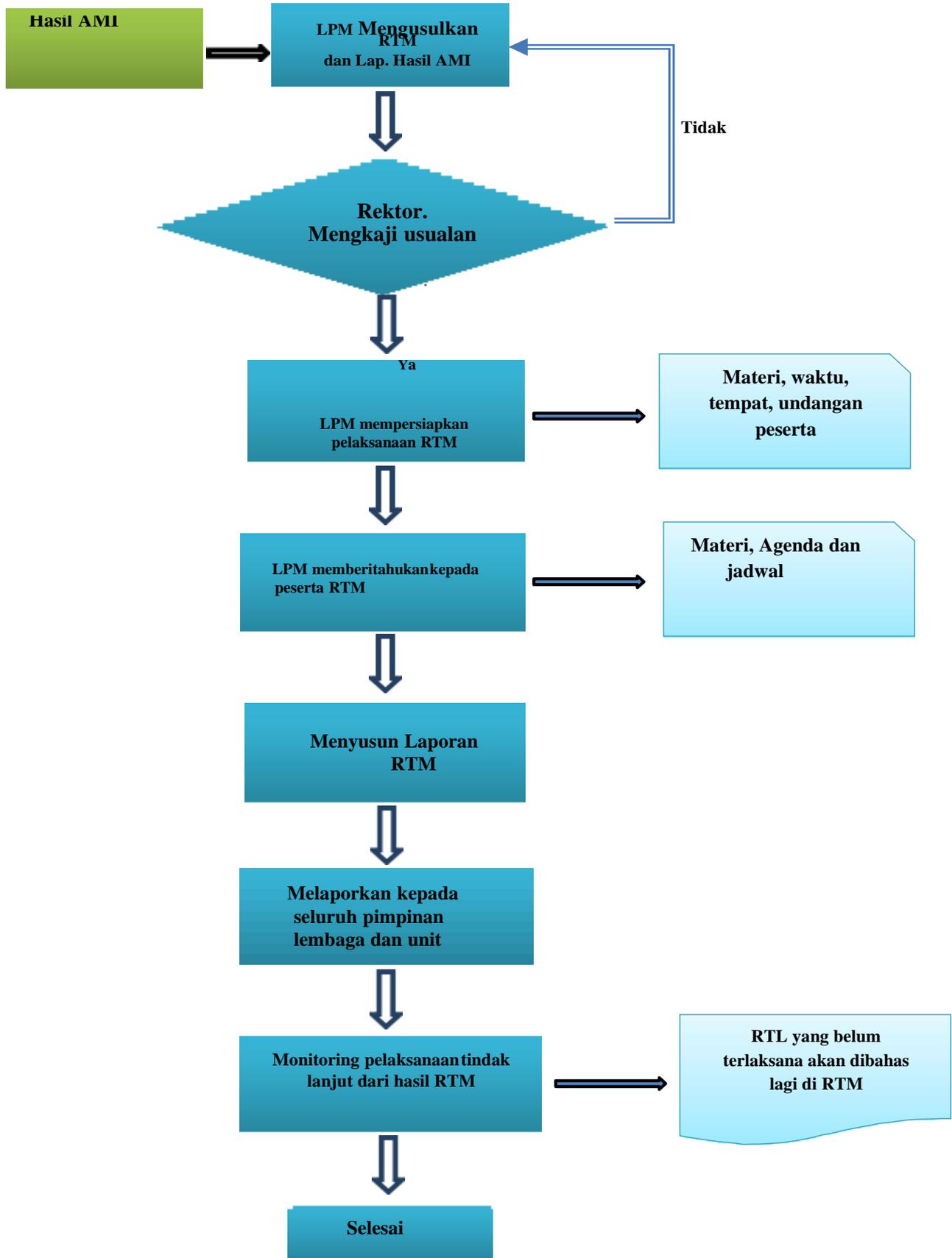
#### **7.4. Prosedur Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Prosedur pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen adalah:

1. Rapat dipimpin oleh Ketua STFT Widya Sasana dan didampingi oleh ketua LPM
2. LPM berkoordinasi dengan Ketua STFT Widya Sasana untuk menentukan jadwal RTM.
3. LPM membuat surat undangan RTM kepada seluruh peserta RTM baik pada tingkat lembaga dan prodi, kemudian didistribusikan baik secara langsung atau melalui media sosial.
4. Pokok bahasan dalam RTM berisi kebijakan strategis antara lain:
  - a. Perubahan dan pengesahan Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, dan Rencana Mutu;
  - b. Tindak lanjut dari RTM sebelumnya;
  - c. Hasil AMI baik yang akademik maupun non akademik dan tindak lanjutnya yang bersifat kebijakan dan bersifat strategis;
  - d. Masukan dari kongregasi atau keuskupan yang bergabung di STFT Widya Sasana
  - e. Peninjauan Prosedur Mutu;
  - f. Evauasi hasil dari kinerja dan proses penerapan teknik statistik serta tindak lanjutnya;
  - g. Perubahan-perubahan sistem, aturan, dan teknologi yang berpengaruh terhadap Sistem Manajemen Mutu;
  - h. Alokasi sumber daya yang berpengaruh pada sistem;
  - i. Rencana dan strategi baru yang terkait dengan Sistem Manajemen Mutu
5. RTM dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan sekali, setelah pelaksanaan dan perumusan hasil AMI. LPM harus memastikan RTM telah dimasukkan dan dibahas dalam agenda rapat.
6. Semua keputusan rapat dicatat dalam notulen rapat yang dilakukan oleh LPM, kemudian notulis membacakan hasil atau keputusan rapat baik berupa masalah, tanggal penyelesaian, dan tindak lanjutnya
7. Menyusun laporan hasil RTM
8. Semua hasil RTM didistribusikan ke seluruh peserta di tingkat lembaga, program studi, dan unit untuk ditindaklanjuti.

Prosedur rapat tinjauan manajemen dapat dijelaskan dalam bentuk gambar 7.1

**Gambar 7.1 Alur RTM AMI**



### **7.5. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Rapat Tinjauan Manajemen adalah salah satu bagian terpenting dalam upaya perbaikan manajemen mutu yang berkelanjutan. Dalam proses pelaksanaannya, agenda RTM mencakup:

1. Pembukaan
2. Arahan Ketua STFT Widya Sasana Malang
3. Tinjauan terhadap hasil agenda RTM sebelumnya
4. Pembahasan mengenai hasil AMI yang telah dilaksanakan
5. Pembahasan mengenai umpan balik/keluhan *stakeholders* yang didasarkan pada hasil laporan survey
6. Pembahasan tentang masalah-masalah operasional dalam penerapan sistem manajemen mutu
7. Rekomendasi rencana perbaikan yang perlu pada sistem manajemen mutu
8. Pembahasan lain yang dipandang perlu
9. Penutup

### **7.6. Materi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Materi RTM adalah bahan-bahan yang dikumpulkan melalui temuan AMI yang dilakukan auditor di tingkat lembaga atau unit yang diaudit. Materi RTM diperlukan untuk memetakan hasil temuan AMI sebagai tindak lanjut RTM berikutnya jika dipandang perlu untuk dilakukan. Beberapa materi dalam RTM adalah:

1. Hasil/temuan AMI yang telah dilakukan oleh tim auditor
2. Hasil umpan balik dari *stakeholder*: saran, keluhan, dan hasil survei kepuasan *stakeholder*
3. Kinerja bidang akademik, non akademik, dan kesesuaian produk dan layanan
4. Pencapaian sasaran mutu/indikator kinerja, seperti analisis kesesuaian kompetensi lulusan dengan lapangan kerja mahasiswa
5. Status tindakan koreksi dan perbaikan yang dilakukan auditee
6. Status tindak lanjut dari hasil RTM sebelumnya yang masih belum dilaksanakan
7. Perubahan yang dapat mempengaruhi sistem penjaminan mutu
8. Rekomendasi untuk peningkatan pelaksanaan sistem tata kelola, pengembangan, kerjasama, dan tri dharma perguruan tinggi
9. Pembahasan tindakan koreksi atas hasil temuan auditor
10. Perencanaan tindak lanjut yang harus dilakukan untuk perbaikan mutu layanan
11. Peningkatan hasil layanan
12. Peningkatan efektifitas sistem penjaminan mutu internal (SPMI) dan prosesnya.

### **7.7. Peserta Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Peserta dalam RTM adalah unsur pimpinan, prodi, dan unit-unit di STFT Widya Sasana. Secara rinci, peserta RTM adalah:

1. Pimpinan STFT Widya Sasana: Ketua dan Wakil Ketua
2. Pimpinan Program Studi
3. Direktur Pascasarjana
4. Lembaga penjaminan mutu (LPM) sebagai *Quality system control*
5. Ketua PPPM
6. Semua unit lain di STFT Widya Sasana

## **7.8. Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

### **7.8.1. Rasional**

Luaran RTM adalah kebijakan dari pimpinan untuk menjamin perkembangan penjaminan mutu yang berkelanjutan untuk memperbaiki temuan AMI dan untuk memenuhi sembilan kriteria Akreditasi Perguruan Tinggi (APT) dan Akreditasi Program Studi (APS) di STFT Widya Sasana.

### **7.8.2. Produk Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Produk luaran RTM berupa beberapa keputusan dan/atau tindakan yang terkait dengan hal-hal berikut:

1. Peningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan yang sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar/kriteria yang telah dibuat
2. Identifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan pada sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan
3. Penyediaan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif
4. Konsistensi pelaksanaan standar mutu dan pemenuhan kriteria akreditasi lembaga maupun prodi

### **7.8.3. Tujuan Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Tujuan luaran RTM adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan efektivitas sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan
2. Meningkatkan pelayanan terkait dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar/kriteria yang telah dibuat
3. Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan, baik pada sistem penjaminan mutu maupun sistem pelayanan
4. Menyediaan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif

## **7.9. Tindak Lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)**

Tindak lanjut hasil RTM merupakan usaha konkrit dan solutif yang dikerjakan oleh auditee untuk mewujudkan rekomendasi RTM. Tinjauan ini mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan dan sasaran mutu. Adapun 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

RTM terhadap hasil temuan audit dilakukan melalui tata cara hubungan timbal balik antara auditee dan auditor untuk menghasilkan kesepakatan persepsi dan rekomendasi. Terkait dengan tata cara di atas kegiatan tindak lanjut RTM dilakukan dengan cara:

1. Mengidentifikasi temuan dari 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. Melakukan verifikasi pelaksanaan dari pihak auditee
6. Menetapkan jadwal pelaksanaan solusi dari pihak auditee
7. Membuat kesimpulan hasil temuan pihak auditor

## BAB VIII

### AUDIT TINDAK LANJUT

Bab ini membahas penyampaian tindak lanjut, permintaan tindakan koreksi, penjadwalan audit tindak lanjut, pelaksanaan audit tindak lanjut, dan pelaporan audit tindak lanjut.

Lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

Lampiran 16: Surat Peringatan Final

Lampiran 17: Form Permintaan Tindakan Koreksi Final

Lampiran 18: Form Tindakan Koreksi Final

Lampiran 19: Permintaan Tindak Lanjut Koreksi

Lampiran 20: Laporan Tindak Lanjut Temuan Audit Mutu Internal Final

#### 8.1. Penyampaian Tindak Lanjut - Permintaan Tindakan Koreksi

Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut (ATL) adalah penting karena manfaat AMI tidak terletak pada sedikit atau banyaknya temuan audit melainkan pada tindak lanjut perbaikan dari temuan-temuan. ATL merupakan kegiatan untuk mengaudit tindak lanjut perbaikan dari temuan AMI sebelumnya, yang disertai dengan bukti-bukti perbaikannya. Fokus ATL adalah mengaudit perbaikan-perbaikan temuan AMI sebelumnya. ATL memastikan bahwa temuan-temuan AMI sudah diperbaiki sehingga tidak lagi menjadi temuan di kemudian hari.

#### 8.2. Penjadwalan Audit Tindak Lanjut

Beberapa tahapan yang perlu dikerjakan untuk merencanakan ATL:

- a. Menetapkan apakah audit tindak lanjut akan dilaksanakan atau tidak  
Prioritas penugasan audit tindak lanjut mempertimbangkan strategi audit secara keseluruhan, seperti dalam proses perencanaan strategi tahunan. Audit tindak lanjut dapat tidak dikerjakan kalau lingkup audit terlalu kecil, temuan audit sudah tidak relevan, atau program kegiatan yang bersangkutan sudah tidak ada lagi.
- b. Menentukan lingkup audit tindak lanjut  
Lingkup audit tindak lanjut ditentukan berdasarkan penilaian atas keberlanjutan penerapan kesimpulan audit sebelumnya, pernyataan manajemen atas tindakan perbaikan, dan tingkat kepercayaan auditor atas hasil kerja auditor terdahulu.
- c. *Cross audit follow up*  
Kegiatan *cross audit follow up* meliputi *review* beberapa hasil audit dalam satu entitas atau beberapa hasil audit dalam entitas.
- d. Menyiapkan sumber daya untuk audit tindak lanjut  
Sumber daya untuk melakukan audit tindak lanjut dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya: jumlah rekomendasi, sifat hubungan dengan *auditee* dan apakah anggota tim audit terdahulu akan membantu dalam audit tindak lanjut.
- e. Menjadwalkan tindak lanjut  
Penjadwalan audit tindak lanjut didasarkan pada karakteristik audit, jenis rekomendasi, risiko sosial-ekonomi, dll.

#### 8.3. Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut

ATL adalah tindakan untuk menghilangkan sebab-sebab ketidaksesuaian, cacat atau hal-hal lain yang tidak diinginkan, yang terarah pada peningkatan mutu secara berkelanjutan. Tindakan ini dilaksanakan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). RTM dapat melaksanakan tindakan koreksi, tindakan pencegahan, dan tindakan verifikasi.

1. Tindakan koreksi: tindakan untuk menghilangkan penyebab dari ketidaksesuaian yang dikenali atau situasi lain yang tidak dikehendaki agar menjadi semakin baik.
2. Tindakan pencegahan: tindakan untuk menghilangkan aneka kemungkinan yang

menyebabkan ketidaksesuaian atau situasi yang tidak dikehendaki.

3. Verifikasi: tindakan untuk memastikan melalui ketetapan tentang bukti objektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah terpenuhi.

#### **8.4. Pelaporan Audit Tindak Lanjut**

Pelaporan Audit Tindak Lanjut adalah penulisan laporan oleh tim auditor mengenai hasil audit tindak lanjut yang telah dilaksanakan, dan keefektifan tindakan perbaikan yang telah dilakukan oleh *auditee* atas temuan-temuan AMI sebelumnya. Pelaporan tersebut penting untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu yang berkelanjutan. Dalam laporan itu, auditor melaporkan temuan dan rekomendasi dari temuan-temuan AMI sebelumnya yang belum ditindaklanjuti selama audit tindak lanjut, lalu auditor menyampaikan hal-hal itu kepada pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholder*). Laporan audit tindak lanjut ini menyediakan informasi bagi stakeholder tentang:

1. Efektifitas tindakan-tindakan perbaikan yang telah dilakukan sesuai dengan waktu yang telah disepakati dalam permintaan tindakan koreksi. Hal ini disebut Laporan Tinjauan Keefektifan Tindakan Perbaikan.
2. Hambatan-hambatan yang ditemui oleh auditee ketika melakukan tindakan-tindakan perbaikan atas temuan AMI sebelumnya.
3. Masukan dan saran mengenai langkah-langkah efektif yang bisa diambil oleh auditee untuk 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 diperbaiki untuk meningkatkan mutu yang berkelanjutan.

Beberapa contoh model pelaporan audit tindak lanjut yang bisa digunakan:

**Tabel 8.1 Model Pelaporan 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	

**Tabel 8.2 Model Pelaporan 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 :								

**Keterangan :**

Jika tindak lanjut 1 sudah berstatus efektif, maka pengisian berhenti pada kolom efektifitas perbaikan; dan jika masih belum efektif atau belum ditindaklanjuti maka dilanjutkan dengan mengisi sampai kolom terakhir.

## **BAB IX**

### **KODE ETIK AUDIT MUTU INTERNAL**

Bab ini membahas mengenai pengertian kode etik, tujuan kode etik, prinsip-prinsip audit mutu internal, azas auditor, kode etik auditor dan auditee, hak dan kewajiban auditor dan auditee, dan sanksi auditor dan auditee.

#### **9.1. Pengertian Kode Etik**

Etika adalah 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 atau salahnya suatu perbuatan. Sedangkan kode etik berarti 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. Kode etik tersebut berisi:

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

Tujuan pemberlakuan kode etik: *pertama*, melindungi kepentingan masyarakat atau pengguna layanan dari kemungkinan kelalaian, kesalahan atau pelecehan dari anggota profesi/petugas. *Kedua*, melindungi keluhuran profesi dari perilaku-perilaku menyimpang oleh anggota profesi/petugas. Kode etik berfungsi optimal jika dirumuskan oleh profesional atau petugasnya sendiri. Kode etik tidak akan efektif jika dirumuskan oleh institusi di luar profesi itu. Pelaksanaan kode etik perlu pengawasan dan setiap pelanggaran harus dievaluasi dan ditindak.

#### **9.2 Tujuan Kode Etik**

Kode etik bertujuan untuk memacu tercapainya budaya etis di kalangan auditor AMI. Kode etik ini diperlukan oleh auditor AMI untuk menumbuhkan kepercayaan auditor yang akan melaksanakan tugas AMI.

#### **9.3 Prinsip-Prinsip Audit Mutu Internal**

1. Integritas AMI dikerjakan dengan sikap jujur, bertanggung jawab, dan menerapkan peraturan dengan baik.
2. Memaparkan secara apa adanya Temuan audit, kesimpulan audit, dan hal-hal lain dipaparkan secara objektif.
3. Pelayanan Professional AMI dilaksanakan oleh auditor yang profesional dan kompeten, sehingga memiliki kredibilitas di hadapan auditee.
4. Menjaga kerahasiaan Informasi yang diperoleh dalam AMI digunakan dengan bijaksana
5. Bebas Auditor tidak memihak dan berlaku objektif. Tidak ada konflik kepentingan dengan auditee dan unit yang diaudit.

Kegiatan AMI harus dapat memverifikasi bukti, berdasarkan sampel yang disampaikan selama audit berlangsung.

## 9.4. Azas Auditor

### 1. Integritas

Auditor mampu membangun kepercayaan orang lain dan berpihak pada kebenaran dan fakta. Integritas mendasari pengambilan keputusan dan penilaian terhadap auditee. Standar perilaku untuk mewujudkan auditor yang berintegritas:

- a. Melakukan tugas dengan penuh ketekunan, bertanggung jawab, dan menjunjung tinggi kejujuran.
- b. Menaati hukum dan membuat laporan sesuai dengan peraturan profesi
- c. Tidak terlibat dalam tindakan yang dapat menurunkan wibawa profesi auditor AMI.
- d. Menghormati dan berkontribusi pada tujuan dan etis organisasi.

### 2. Objektivitas

Auditor menilai objek yang diaudit secara objektif, tanpa dipengaruhi oleh sentimen pribadi atau kelompok tertentu. Sikap dan tindakan objektif yang perlu dimiliki oleh auditor:

- a. Tidak terlibat dalam kegiatan atau relasi yang dapat mengganggu objektivitas penilaian
- b. Tidak menerima pemberian yang dapat mempengaruhi penilaian
- c. Mengungkapkan segala fakta yang diperoleh dari hasil audit

### 3. Kerahasiaan

Auditor menjaga informasi yang diperoleh dari auditee. Oleh karena itu, auditor perlu memiliki perilaku sebagai berikut:

- a. Melindungi informasi yang diperoleh dari kegiatan audit
- b. Tidak menggunakan informasi hasil audit untuk kepentingan pribadi, yang dapat merugikan organisasi

### 4. Kompetensi

Auditor harus mampu melakukan hal-hal berikut ini:

- a. Menerapkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang diperlukan dalam pelaksanaan AMI
- b. Melakukan AMI sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
- c. Meningkatkan kemampuan, efektivitas, dan kualitas layanan auditor

### 5. Independensi

Auditor tidak terlibat dalam konflik kepentingan dengan auditee atau pihak lain yang terkait dengan pelaksanaan AMI. Untuk menjaga independensi auditor melakukan hal-hal berikut:

- a. Tidak bertemu dengan auditee di luar proses audit
- b. Proses audit dilakukan secara berkelompok
- c. Auditor tidak melakukan audit pada unit/organisasi di mana ia menjadi bagian dari unit tersebut

## 9.5. Kode Etik Auditor dan Auditee

### 9.5.1. Kode Etik Auditor

Ada tiga definisi terkait dengan sub tema di atas yaitu:

- a. Auditor adalah orang yang mampu melakukan audit mutu
- b. Klien adalah organisasi atau perorangan yang mempunyai hak untuk meminta audit
- c. Auditee (teraudit) adalah organisasi/unit kerja/orang yang diaudit. Teraudit bisa sekaligus sebagai klien.

Auditor harus mampu menerapkan dan menegakkan asas-asas auditor, yaitu: integritas, obyektivitas, kerahasiaan, kompetensi, dan independensi. Dalam melaksanakan audit, auditor harus memiliki sifat-sifat:

- a. Tidak menggurui
- b. Bertindak benar dan adil
- c. Langsung ke pokok permasalahan
- d. Berpikir sistematis
- e. Berusaha mencari tahu pemahaman auditee, bukan pemahaman auditor
- f. Mempersiapkan segala sesuatu
- g. Selalu membantu auditee
- h. Menjalin komunikasi seefektif mungkin dengan auditee
- i. Menindaklanjuti permintaan perbaikan

### 9.5.2. Auditee

Tiga metode dalam menyeleksi auditee:

1. *Systematic selection*  
Bagian audit internal membuat jadwal audit tahunan dengan mempertimbangkan risiko. Auditee potensial yang menunjukkan tingkat risiko yang tinggi diprioritaskan untuk dipilih.
2. *Ad Hoc Audits*  
Metode ini mempertimbangkan bahwa operasi tidak selalu berjalan seperti yang direncanakan. Pimpinan menugaskan auditor internal untuk mengaudit bidang fungsional tertentu yang bermasalah. Dengan demikian pimpinan memilih auditee bagi auditor internal.
3. *Auditee Requests*  
Pimpinan 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 permohonan untuk diaudit.

Berdasarkan metode di atas, auditee di STFT Widya Sasana terdiri dari 5 bidang :

1. Bidang Akademik  
Auditee bidang akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STFT Widya Sasana yang memberikan pelayanan akademik kepada mahasiswa. Auditee bidang akademik adalah program studi, pasca sarjana, PPPM/LPM, dan Bagian Akademik.
2. Bidang Administrasi Akademik  
Auditee bidang administrasi akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STFT Widya Sasana yang memberi dukungan pelaksanaan kegiatan akademik secara administratif dan aspek teknis lainnya. Auditee di bidang ini adalah bagian administrasi

- masing-masing program studi dan pasca sarjana.
3. Bidang Non Akademik Kemahasiswaan  
Auditee bidang ini yaitu lembaga, unit, dan perangkat kerja di STFT Widya Sasana yang memberi pelayanan dan bimbingan kepada mahasiswa dalam melaksanakan kegiatan dan pengembangan keterampilan di bidang non akademik. Auditee dalam bidang ini adalah Puket III, keuangan, tim pembina mahasiswa, program studi.
  4. Bidang Kepegawaian  
Auditee bidang kepegawaian adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STFT Widya Sasana yang berfungsi mengembangkan sumber daya manusia. Auditee bidang kepegawaian adalah Puket II dan bagian kepegawaian.
  5. Bidang Kelembagaan  
Auditee bidang ini adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STFT Widya Sasana yang bertanggung-jawab mengembangkan kelembagaan secara internal dan eksternal. Auditee bidang ini adalah Puket I, Puket II, Puket III, SPMI dan PPPM.

## **9.6. Hak dan Kewajiban Auditor dan Auditee**

### **9.6.1. Hak dan Kewajiban Auditor**

Hak-hak auditor AMI yaitu :

1. Melakukan audit kinerja terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja di STFT Widya Sasana
2. Mengevaluasi lembaga, unit, dan perangkat kerja di STFT Widya Sasana sebagai auditee sesuai dengan instrumen AMI
3. Melakukan komunikasi dengan auditee untuk pelaksanaan AMI pada periode tertentu
4. Menetapkan penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit
5. Memberi catatan, saran, dan rekomendasi kepada auditee dan pihak-pihak lain yang terkait untuk meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional

Kewajiban-kewajiban auditor AMI yaitu:

1. Mengaudit sesuai lingkup audit
2. Melaksanakan tugas secara obyektif
3. Mengumpulkan dan menganalisis bukti
4. Melaksanakan tugas sesuai dengan kode etik
5. Menjawab pertanyaan auditee

### **9.6.2. Hak dan Kewajiban Auditee**

Hak-hak auditee AMI yaitu:

1. Mengajukan audit kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya
2. Mendapatkan hasil evaluasi atas kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya
3. Melakukan komunikasi dengan auditor dalam pelaksanaan audit dalam periode tertentu
4. Mendapatkan status kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya
5. Mendapatkan catatan, saran, dan rekomendasi dari auditor AMI atas kinerja lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi bagiannya

Kewajiban-kewajiban Auditee yaitu:

1. Menyiapkan dokumen yang akan diaudit
2. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh auditor
3. Menerima atau menyanggah pernyataan dari auditor
4. Menyiapkan fasilitas yang mendukung pelaksanaan audit

## **9.7. Sanksi Auditor dan Auditee**

### **9.7.1. Penegakan Disiplin**

Jika Ketua STFT Widya Sasana menerima laporan tertulis tentang pelanggaran kode etik auditor AMI, ia akan melakukan penegakan disiplin sebagai berikut:

1. Ketua membentuk Komisi Etika Auditor yang terdiri dari tiga orang yang bertugas untuk jangka waktu 2 bulan;
2. Komisi Etika Auditor 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, jika tidak terbukti, maka prosedur pemeriksaan tidak dilanjutkan;
5. Jika terbukti ada pelanggaran kode etik auditor AMI, maka auditor terlapor segera memperbaiki laporan yang dibuatnya;
6. Komisi Etika Auditor melaporkan hasil kerjanya kepada Ketua STFT Widya Sasana.

### **9.7.2. Sanksi Auditor dan Auditee**

Auditor yang melanggar kode etik auditor AMI akan ditindak sesuai prosedur penegakan disiplin yang berlaku. Jenis sanksi yang diberikan:

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 (AMI) STFT Widya Sasana Malang adalah dokumen yang bersifat dinamis, berkelanjutan dan dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan. Dengan implementasi AMI yang baik, maka proses Peningkatan Mutu Berkelanjutan atau PPEPP akan berjalan dengan baik, yang pada gilirannya akan membuat STFT Widya Sasana Malang semakin maju dan berkualitas dalam mengembangkan Filsafat dan Teologi di Indonesia.



No	Lingkup Audit	Kode	Jan				Peb				Mar				Apr				Mei				Juni				Juli			
		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
2	Rencana Strategis																													
3	Pengelolaan																													
4	Sumber daya manusia																													
5	Pendanaan																													
6	Aktivitas Pendidikan																													
7	Penelitian																													
8	Kontribusi/ Pengabdian pada Masyarakat dan Komunitas																													
9	Capaian Prestasi																													
10	Kepuasan Pelanggan																													
11	Penjaminan Mutu dan Benchmarking																													

Keterangan :

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

Ketua LPM

Ketua AMI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lampiran 2: Standard Operating Procedures (SOP) Kegiatan AMI**

**STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP)  
KEGIATAN AUDIT MUTU INTERNAL**

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
Perumusan		Ketua Tim		
Pemeriksaan		Ketua LPM		
Persetujuan		Puket 1		
Penetapan		Ketua		
Pengendalian		Ka. SPMI		

**1. TUJUAN**

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

**2. RUANG LINGKUP**

Prosedur ini meliputi uraian tentang ketentuan dan tata cara pelaksanaan AMI, yang 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 LPM 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 LPM untuk tindakan perbaikan dan pencegahan.
- 5.7 Audit mutu internal merupakan pelaksanaan ketentuan SMM, semua pimpinan harus memberikan dukungan penuh untuk 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 LPM.

6. ALUR KERJA DAN DESKRIPSI ALUR KERJA

6.1 Alur Kerja Perencanaan Audit Mutu Internal

AKTIVITAS	KETUA	LPM	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 rencanapelaksanaan AMI				
Selesai				

## 6.2 Deskripsi Perencanaan Audit Mutu Internal

6.2.1 Ketua menginstruksikan kepada LPM untuk melakukan AMI dan menginstruksikan kepada Prodi/ Unit /Lembaga untuk mempersiapkan dan mendukung pelaksanaan AMI.

### 6.2.2 LPM

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) dan mencantumkan Program AMI tersebut.

### 6.2.3 Lead Auditor

6.2.4 Bersama dengan anggota tim audit, menganalisis fungsi/tugas utama auditee sesuai struktur organisasi DIR TIK.

6.2.4.1 Bersama anggota tim audit (auditor), menyusun rincian jadwal audit.

6.2.4.2 Mengkoordinasikan jadwal audit rinci dengan auditee untuk mendapatkan kesepakatan bersama tentang jadwal tersebut.

6.2.4.3 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.

6.2.4.4 Menyiapkan form dan dokumen yang akan digunakan dalam proses audit misalnya form PTPP, RTP, form Temuan dengan kategori Catatan/Observasi, dan check-list audit.

6.2.4.5 Bersama dengan anggota tim audit, membuat jadwal audit final.

6.2.4.6 Meminta persetujuan Management Representative atas jadwal tersebut.

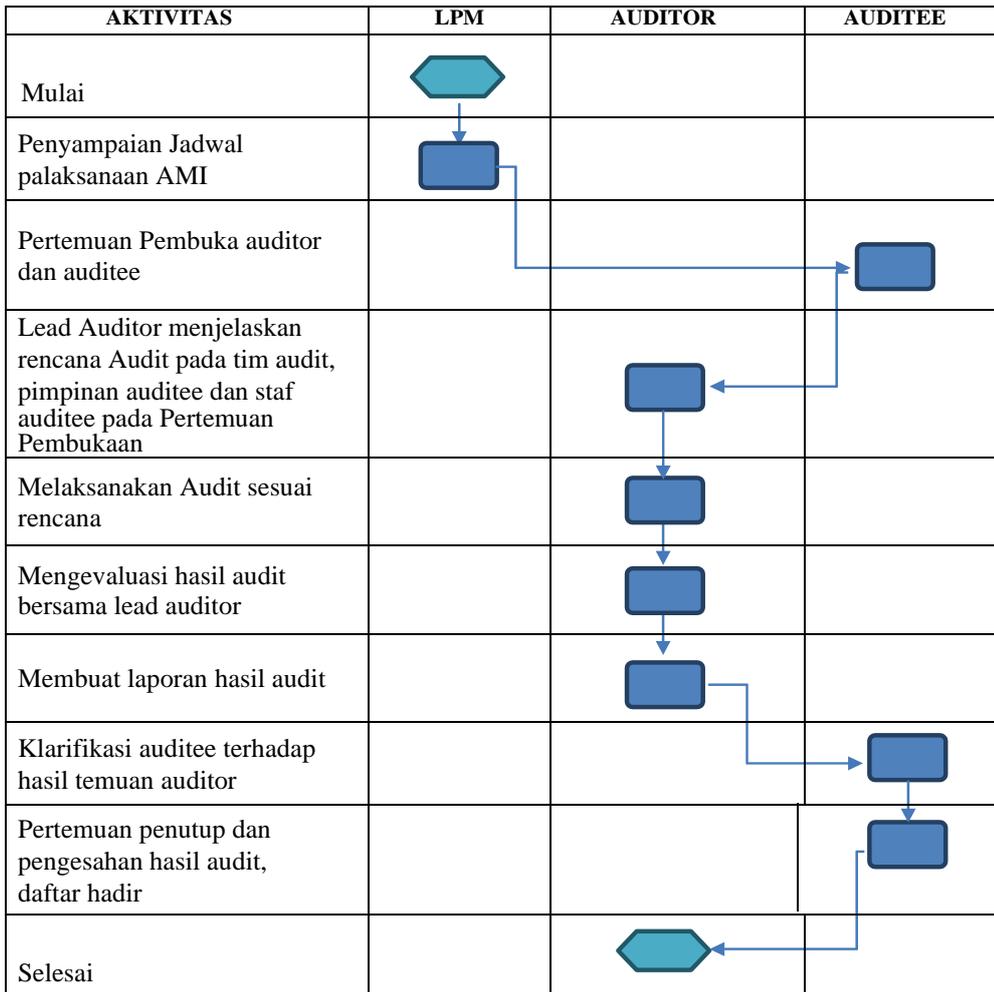
### 6.2.5 LPM

6.2.5.1 Menerima jadwal audit dan rencana audit dari lead auditor dan meninjau kesesuaiannya dengan program audit, termasuk sumber daya yang dibutuhkan.

6.2.5.2 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

6.2.5.3 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 dan staf yang menjadi tanggung-jawabnya, dan tanggungjawab auditee dalam SMM
- Lead Auditor menjelaskan Rencana Audit (*Audit Plan*)
- Pimpinan Auditee membuat bukti daftar hadir dan menandatangani sebagai pengesahan

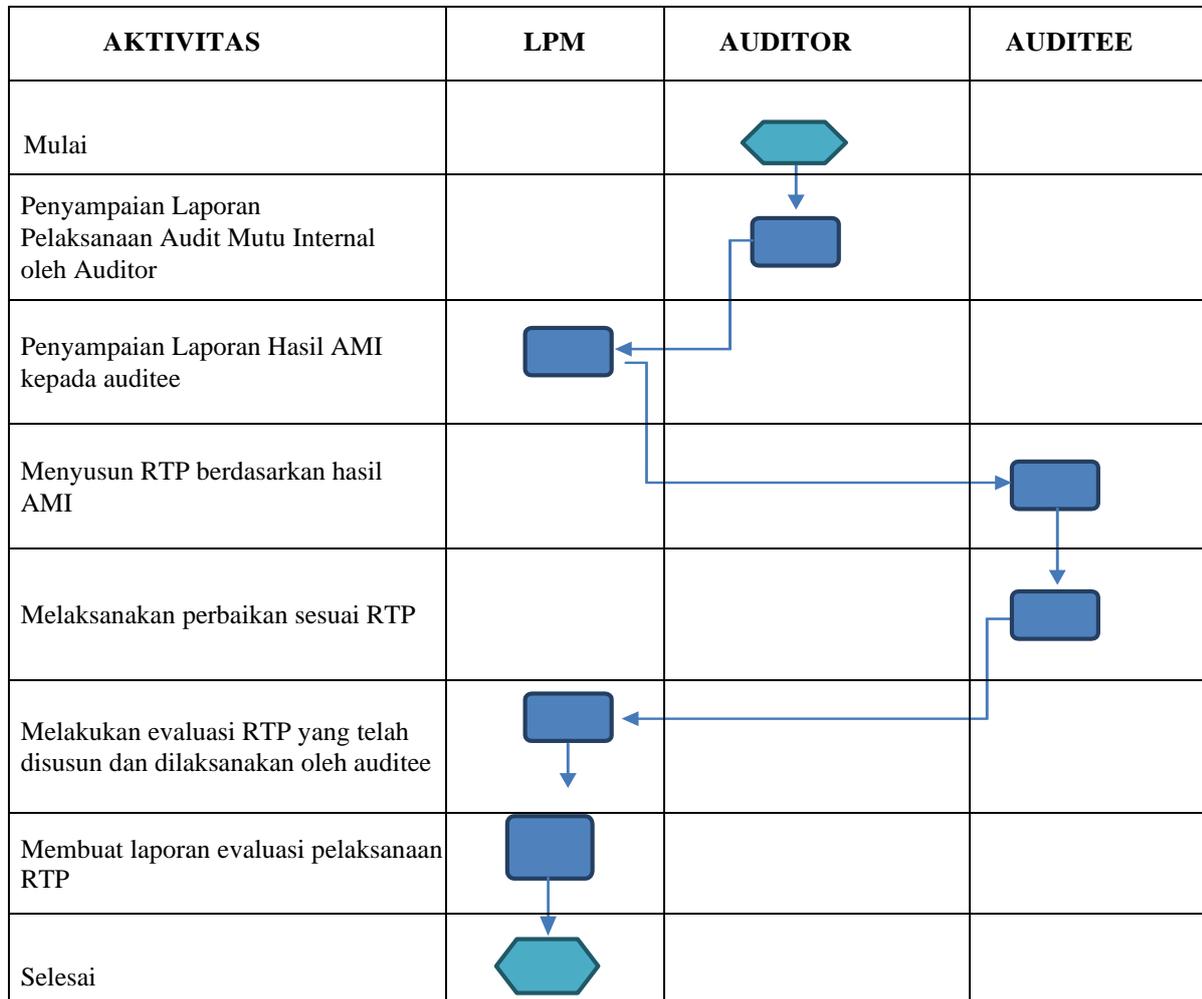
#### 6.4.2 Proses Audit dan Pertemuan Tim Audit

- Melaksanakan audit sesuai dengan rencana audit (audit plan).
- Melaksanakan Pertemuan Tim Audit dipimpin oleh 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 diunit 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 LPM dan mengirimkan salinannya kepada auditee.

#### 6.6.2 Auditee

- 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 LPM

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

## 6.8 Deskripsi Verifikasi

### 6.8.1 LPM

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.

### 6.8.2 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 LPM.
4. LPM 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 LPM berwenang untuk melakukan audit ulang. Hal yang sama juga berlaku apabila laporan audit kurang memuaskan. Keputusan pengulangan audit ditetapkan oleh LPM.
2. Apabila ada perselisihan atas kategori temuan (major/minor/catatan) maka kategori temuan akan ditetapkan oleh LPM. 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 LPM. 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,

Ketua LPM

Disiapkan Oleh,

Ketua AMI

Lampiran 4 :SK Penetapan Auditor dan Auditee final



**SEKOLAH TINGGI FILSAFAT TEOLOGI  
WIDYA SASANA**

Terakreditasi "B"

Program Sarjana Filsafat Keahlian  
Terakreditasi "A"

Program Pascasarjana

Magister Filsafat

- Konsentrasi Filsafat Teologis

- Konsentrasi Filsafat Sistematis

Terakreditasi "A"

Doktor Teologi

website: [pasca.stftws.ac.id](http://pasca.stftws.ac.id)

Jl. Terusan Rajabasa 2 Malang 65146 Indonesia, Telp. 0341-552120, Fax. 0341-566676 P.O.Box 96  
E-mail: [stftws@gmail.com](mailto:stftws@gmail.com); Website: [stfwidyasasana-akademik.ac.id](http://stfwidyasasana-akademik.ac.id)

---

**KEPUTUSAN KETUA**

**SEKOLAH TINGGI FILSAFAT TEOLOGI WIDYA SASANA**

**NOMOR: .....**

**tentang**

**PENETAPAN AUDITOR DAN AUDITEE  
AUDIT MUTU INTERNAL STFT WIDYA SASANA TAHUN .....**

**Ketua Sekolah Tinggi STFT Widya Sasana**

- 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 Ketua .....
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI No 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 STFT Widya Sasana 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

Ketiga mestinya.  
: Keputusan Ketua ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan

Ditetapkan di Malang, .....  
Ketua STFT Widya Sasana

Prof. Dr. F.X. Eko Armada Riyanto

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



**SEKOLAH TINGGI FILSAFAT TEOLOGI  
WIDYA SASANA  
Terakreditasi "B"**

Program Sarjana Filsafat Keilahan  
Terakreditasi "A"

Program Pascasarjana

Magister Filsafat

- Konsentrasi Filsafat Teologis
  - Konsentrasi Filsafat Sistematis
- Terakreditasi "A"

Doktor Teologi

website: [pasca.stftws.ac.id](http://pasca.stftws.ac.id)

Jl. Terusan Rajabasa 2 Malang 65146 Indonesia, Telp. 0341-552120, Fax. 0341-566676 P.O.Box 96  
E-mail: [stftws@gmail.com](mailto:stftws@gmail.com); Website: [stfwidyasasana-akademik.ac.id](http://stfwidyasasana-akademik.ac.id)

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Pemberitahuan Kegiatan Audit Mutu Internal

Yth.  
Di

Dengan hormat,

Dalam rangka memastikan implementasi sistem penjaminan mutu berjalan sesuai dengan siklus yang ditetapkan menurut praktik layanan Tri Dharma, STFT Widya Sasana melalui Lembaga Penjaminan Mutu akan diadakan Audit Mutu Internal.

Pelaksanaan tersebut akan dilaksanakan pada:

Hari : .....s.d. ....

Tanggal: .....s.d. ....

Waktu : .....s.d. ....

Lokasi : Unit kerja di lingkungan .....

Sehubungan dengan hal tersebut, seluruh unit kerja mohon mempersiapkan diri untuk menindaklanjuti kegiatan audit internal tersebut.

Demikian pemberitahuan kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasama anda kami ucapkan terima kasih.

.....  
Ketua LPM

**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
1					

## Lampiran 7: Angket AMI Program Prodi Berbasis 9 Kriteria

### Identitas Penilai

Nama	
Jabatan	

Kriteria Penilaian: Objektif, Bertanggungjawab, Jujur, Mendidik

### Skala Penilaian Dengan Tanda (V)

- 4 = Sesuai: jawaban sesuai dengan pernyataan yang disertai dengan bukti dokumen
- 3 = Observasi: jawaban sesuai dengan pernyataan tetapi tidak disertai dengan bukti dokumen
- 2 = Minor: jawaban kurang sesuai dengan pernyataan dan tidak disertai dengan bukti dokumen
- 1 = Mayor: jawaban tidak sesuai dengan pernyataan dan tidak disertai dengan bukti dokumen

### Daftar Singkatan:

- AMI: Audit Mutu Internal
- CP: Capaian Pembelajaran
- DOP: Dana Operasional Pendidikan
- DT: Dosen Tetap
- DTT: Dosen Tidak Tetap
- IKU: Indikator Kinerja Utama
- KKNI: Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
- NAPZA: Narkotika Psikotropika Zat adiktif lainnya
- PKM: Pengabdian Kepada Masyarakat
- PPEPP: Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian, Peningkatan
- PT: Pendidikan Tinggi
- RENOP: Rencana Operasional
- RENSTRA: Rencana Strategis
- RIP: Rencana Induk Pengembangan
- RPS: Rencana Pembelajaran Semester
- RTM: Rapat Tinjauan Manajemen
- SDM: Sumber Daya Manusia
- SOP: Standar Operasional Prosedur
- SP: Standar Penetapan
- SPMI: Sistem Penjaminan Mutu Internal
- SNDIKTI: Standar Nasional Pendidikan Tinggi
- SWOT: Strength Weakness Opportunity Threat
- UPPS: Unit Pengelola Program Studi
- VMTS: Visi Misi Tujuan Sasaran

No	Kriteria	Indikator Kinerja Utama	4	3	2	1
1	<b>Kriteria Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran</b>					
	IKU VMTS	Visi Unit Pengelola Program Studi				
		Kesesuaian VMTSP UPPS searah dan bersinergi dengan VMTS institusi				
		Memiliki Pedoman, Standar dan Mekanisme Penyusunan VMTS-SP				
		Memiliki Bukti syah pelaksanaan pedoman dan mekanisme penyusunan VMTS-SP yang melibatkan unsur internal (dosen-tendik, mahasiswa) dan unsur eksternal (lulusan, pengguna, pakar, mitra, organisasi profesi, pemerintah)				
		Memiliki dokumen dan rumusan strategi pencapaian visi dan memiliki bukti syah pelaksanaan secara konsisten				
		Memiliki bukti syah mengenai pelaksanaan monev pelaksanaan strategi pencapaian visi yang dilakukan per tahun dan hasilnya ditindaklanjuti secara konsisten				
		UPPS memiliki RIP, Renstra, Renop berbasis visi yang memuat indikator kerja dan target yang diimplementasikan dalam siklus PPEPP				
UPPS memiliki laporan ketercapaian indikator kerja dan target tahunan dan dipublikasi secara online						
2	<b>Kriteria Tata Pamong Tata Kelola dan Kerjasama</b>					
IKU Tata Pamong Tata Kelola dan Kerjasama	Memiliki Pedoman dan Standar Tata Pamong-Tata Kelola yang mencakup lima pilar, yaitu: Kredibel, Transparan, Akuntabel Bertanggung jawab, Adil, dan telah terimplementasi dengan masing-masing lima bukti yang berbasis siklus PPEPP					
	Memiliki Struktur Organisasi dan Tata Kerja yang dilengkapi tugas pokok dan fungsi					
	Memiliki bukti monev dari implementasi masing-masing tugas pokok dan fungsi					
	Memiliki Pedoman dan Standar Sistem Pengelolaan Fungsional-Operasional yang meliputi: <i>Planning, Organizing, Staffing, Leading, Controlling</i> dan telah terimplementasi dengan masing-masing lima bukti berbasis siklus PPEPP					
	Melakukan Survei tahunan tentang Kepuasan Pemangku Kepentingan Internal seperti: Mahasiswa, Dosen, Tendik; eksternal seperti: Lulusan, Pengguna Mitra sehubungan dengan layanan Tata Pamong-Tata Kelola yang berbasis PPEPP					
IKU Kepemimpinan	Memiliki Pedoman dan Standar Kepemimpinan yang mencakup tiga aspek yaitu: Operasional, Organisasional Publik yang berbasis PPEPP dengan masing-masing bisa menunjukkan bukti formal: 1) Operasional: Kemampuan pimpinan dalam menggerakkan seluruh potensi SDM secara optimal dalam melaksanakan Pengajaran, Penelitian, Pengabdian untuk mencapai Visi. 2) Organisasi: Kemampuan pimpinan dalam menggerakkan organisasi dan mengharmoniskan suasana kerja yang kondusif untuk mencapai visi 3) Publik: Kemampuan pimpinan menjalin kerjasama dalam bidang Pengajaran, Riset dan Pengabdian untuk mewujudkan prodi sebagai rujukan distingsi keilmuan bagi masyarakat					
	Memiliki Pedoman dan Standar Manajerial yang mencakup: perencanaan, pengorganisasian, penempatan personil, pelaksanaan, monev, laporan tindak lanjut dan disertai bukti implementasi berbasis PPEPP.					
	Dalam konteks manajerial, terdapat kapasitas dan komitmen pimpinan untuk: 1) Menyelesaikan masalah pada situasi yang tidak terduga					

		2) Melakukan inovasi untuk memperoleh nilai tambah Melakukan Survei tahunan tentang Kepuasan Pemangku Kepentingan Internal yang mencakupi: Mahasiswa, Dosen, Tendik; eksternal mencakupi: lulusan, pengguna mitra; terhadap layanan mencakupi: kepemimpinan berbasis PPEPP				
	IKU Penjaminan Mutu	Keberadaan mencakupi: 1) Gugus Penjaminan Mutu Prodi yang dibuktikan dengan SK Pembentukan dan laporan Kinerja 2) Memiliki dokumen mutu tentang Kebijakan SPMI, Manual SPMI-Standar SPMI-Formulir SPMI dan ada bukti pelaksanaannya 3) Melaksanakan analisis ketercapaian ketidaktercapaian IKU berbasis PPEPP 4) Memiliki pembandingan eksternal dalam peningkatan mutu 5) Melakukan Survei tahunan tentang kepuasan pemangku kepentingan internal (Mahasiswa, Dosen, Tendik), Eksternal (Lulusan, Pengguna Mitra); dengan layanan SPM berbasis PPEPP				
	IKU Kerjasama	Memiliki Pedoman dan Standar Kerjasama dalam Pendidikan, Penelitian, Pengabdian UPPS memiliki bukti syah terkait kerjasama bermanfaat dalam: 1) Memberikan peningkatan mutu, kualitas, pembelajaran, penelitian dan pengabdian. 2) Memberikan peningkatan kinerja pembelajaran, penelitian dan pengabdian, dan fasilitas pendukung. 3) Memberikan kepuasan kepada mitra kerjasama serta menjamin keberlanjutan kerjasama Bentuk kerjasama: 1) Kerjasama internasional minimal 2 2) Kerjasama nasional minimal 5 Melakukan Survei tahunan tentang Kepuasan Pemangku Kepentingan: 1) Internal: Mahasiswa, Dosen, Tendik 2) Eksternal: Lulusan, Pengguna Mitra 3) Layanan Kerjasama berbasis PPEPP				
<b>3</b>	<b>Mahasiswa</b>					
	IKU Mahasiswa	UPPS memiliki Pedoman dan Standar mencakup: kebijakan seleksi, kriteria seleksi, prosedur penerimaan dan sistem pengambilan keputusan yang menjamin keketatan seleksi. Rasio pendaftar dengan yang diterima 3:1 Peningkatan pendaftar minimal 5%/tahun Situasi dan prosedur mahasiswa asing UPPS memiliki bukti syah dalam pelaksanaan Pedoman dan Standar Layanan Kemahasiswaan berdasar siklus PPEPP pada layanan: Penalaran, Bakat Minat, Kesejahteraan (Beasiswa dan Kesehatan), Bimbingan Karier dan Kewirausahaan Melaksanakan survei tahunan terhadap kepuasan mahasiswa terhadap mutu layanan kemahasiswaan yang telah disebutkan UPPS memiliki bukti yang syah tentang kemudahan akses layanan kemahasiswaan				
<b>4</b>	<b>Kriteria Sumber Daya Manusia</b>					
	IKU Sumber Daya Manusia	DT STFT Widya Sasana: Dosen tetap pengampu mata kuliah kompetensi inti prodi Syarat perlu Terakreditasi Doktor minimal 90% Syarat Terakreditasi Unggul Minimal 70% DT STFT Widya Sasana memiliki jabatan akademik (Guru besar, Lektor Kepala dan Lektor)				

		Syarat Terakreditasi Unggul minimal mendapat poin 3.5				
		Rasio DT dan Jumlah Mahasiswa 15–25				
		Membimbing tugas akhir mahasiswa maksimal 8 per Dosen per Semester				
		Ekuivalensi waktu mengajar penuh 12-16 SKS				
		DTT maksimal 10%				
	IKU Kinerja Dosen	3 Judul Penelitian Dosen dengan dana dalam/luar negeri per tahun dan 20 judul penelitian Dosen dengan dana lokal di samping penelitian mandiri.				
		2 Judul Pengabdian Dosen dengan dana luar negeri/tahun dan 2 judul Pengabdian Dosen dengan dana dalam negeri diluar STFT Widya Sasana /tahun Sebanyakbanyaknya Jumlah Pengabdian dengan dana mandiri atau STFT Widya Sasana /tahun				
		10 Prestasi-Rekognisi Dosen/tahun. Jenis regognisi terdiri dari 4 kategori: visiting profesor di PT nasional/internasional, menjadi keynote-invited speaker pada pertemuan ilmiah tingkat nasional/internasional, staf ahli di lembaga nasional – internasional, menjadi editor-mitra bestari di jurnal nasional terakreditasi atau jurnal internasioal bereputasi				
		Mendapatkan penghargaan atas prestasi – kinerja di tingkat nasional-internasional.				
		Semua luaran Penelitian + PKM dalam bentuk HaKI, Buku, ISBN, <i>book Chapter</i>				
	IKU Pengembangan Dosen dan Tendik	UPPS memiliki Pedoman SOP Pengembangan karier dosen yang sesuai renstra berbasis PPEPP				
		UPPS memiliki Analisis kebutuhan dan ketercukupan tenaga kependidikan pada jumlah dan dukungan IT dalam proses pelayanan				
		UPPS memiliki Pedoman SOP Survei Kepuasan Dosen dan Tendik terhadap layanan pengelolaan dan pengembangan SDM berbasis PPEPP				
<b>5</b>	<b>Kriteria Keuangan dan Sarana Prasarana</b>					
	IKU Keuangan	DOP mahasiswa per tahun minimal 20 Juta				
		Dana Penelitian DT per tahun minimal 10 Juta				
		Dana PKM DT per tahun minimal 5 Juta				
		Realisasi investasi SDM dan Sarpras				
		UPPS memiliki analisis ketercukupan dana untuk menjamin keberlangsungan tridarma 3 tahun terakhir dan rencana pengembangan 3 tahun mendatang				
	IKU Sarana Prasarana	UPPS memiliki analisis terkait ketersediaan, kepemilikan, kemutahiran, dan kesiapgunaan sarana untuk menunjang tridarma				
		UPPS memiliki analisis terkait kecukupan dan kesiapgunaan sarana pembelajaran bagi mahasiswa				
		Ketercukupan sarana dibuktikan dengan: 1) Pengumpulan data dapat dilakukan secara cepat, akurat, dapat dipertanggungjawabkan dan terjaga kerahasiannya 2) Semua dosen mengimplementasikan <i>e-learning</i> , <i>e-library</i> dll dalam proses pembelajarannya				
		UPPS memiliki analisis terkait ketersediaan, kepemilikan, kemutahiran, dan kesiapgunaan prasarana untuk menunjang tridarma				
		UPPS memiliki analisis terkait kecukupan dan kesiapgunaan prasarana pembelajaran bagi mahasiswa berkebutuhan khusus				
<b>6</b>	<b>Kriteria Pendidikan</b>					
	IKU Kurikulum	UPPS melakukan evaluasi dan pemutahiran kurikulum: Dilakukan secara berkala 4-5 tahun berbasis PPEPP yang harus melibatkan unsur internal serta direview oleh pakar sesuai				

		bidang ilmu, asosiasi keilmuan, perkembangan iptek dan kebutuhan pengguna				
		Rumusan CP diturunkan dari profil lulusan yang kesepakatan asosiasi penyelenggara prodi sejenis dan level KKNI serta dimutakhirkan secara berkala.				
		Struktur kurikulum memuat keterkaitan CP lulusan yang digambarkan dalam peta kurikulum yang jelas				
IKU Proses Pembelajaran		Memiliki bukti berbasis PPEPP tentang karakteristik proses pembelajaran memenuhi unsur: interaktif, holistik integratif, saintifik, kontekstual, tematik, efektif kolaboratif dan berpusat pada mahasiswa.				
		Adanya bukti monev berbasis PPEPP yang dilakukan setiap semester terhadap pelaksanaan pembelajaran selalu berdasar RPS dan CPL				
		Proses pembelajaran harus berbasis riset dengan standar Dikti yang meliputi: 1) Hasil riset harus mampu memenuhi tuntutan iptek, meningkatkan kesejahteraan masyarakat, dan daya saing bangsa 2) Laporan akademik riset memenuhi kedalaman kajian dan sesuai CP 3) Proses riset terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, laporan 4) Penilaian hasil riset harus memenuhi unsur edukatif, obyektif, akuntabel, transparan				
		Proses pembelajaran harus berbasis PKM dan memenuhi standar Dikti				
		Memiliki bukti syah, metode pembelajaran yang dilakukan telah sesuai dengan CP				
		Memiliki bukti pelaksanaan monev proses pembelajaran yang mencakup: karakteristik, perencanaan, pelaksanaan, bahan belajar mahasiswa yang dilaksanakan secara konsisten dan ditindaklanjuti				
		Memiliki bukti syah tentang prinsip penilaian: edukatif, otentik, obyektif, akuntabel, transparan.				
		Memiliki bukti syah mengenai pelaksanaan penilaian yang dilakukan dengan teknik: observasi, partisipasi, untuk kerja, tertulis, angket dan instrumen penilaian yang terdiri: penilaian proses dalam bentuk rubrik dan penilaian hasil dalam bentuk portofolio				
		Memiliki bukti syah tentang pelaksanaan penilaian yang dilakukan oleh semua DT yang memuat unsur: 1) Mempunyai rencana kontrak penilaian 2) Melaksanakan penilaian sesuai kontrak 3) Memberi umpan balik/kesempatan kepada mahasiswa untuk mempertanyakan hasil penilaian 4) Mempunyai dokumentasi penilaian proses dan hasil belajar mahasiswa 5) Mempunyai prosedur yang terdiri: perencanaan, pemberian tugas/soal, observasi kinerja, pengembangan hasil observasi, pemberian nilai akhir 6) Pelaporan penilaian 7) Monev dan perbaikan penilaian				
		Jumlah mata kuliah yang dikembangkan berbasis integrasi pembelajaran-riiset dan pengabdian dalam 3 tahun				
IKU Suasana Akademik		Memiliki bukti syah pelaksanaan kegiatan ilmiah di luar pembelajaran akademik yang dilaksanakan setiap bulan seperti: Kegiatan Sema, Komunitas, seminar ilmiah, bedah buku dan ekspose riset dna lainnya				

	IKU Kepuasan Mahasiswa	UPPS melaksanakan siklus PPEPP untuk survei kepuasan mahasiswa untuk Proses Pendidikan dengan nilai maksimal				
		Instrumen survei mencakup aspek: <i>reliability, responsiveness, assurance, empathy dan tangible</i>				
		Hasil survei kepuasan mahasiswa ditindaklanjuti per semester dengan bukti syah dan berimplikasi pada peningkatan hasil belajar				
<b>7</b>	<b>Kriteria Penelitian</b>					
	IKU Penelitian	UPPS memiliki kebijakan Relevansi Riset berbasis PPEPP mencakup unsur: 1) UPPS memiliki renstra riset dosen dan mahasiswa berbasis prodi 2) Memiliki bukti syah setiap DT dan mahasiswa melakukan riset berdasar renstra tersebut 3) UPPS melakukan monev tahunan terhadap kesesuaian riset dosen dan mahasiswa dengan renstra riset 4) UPPS menindaklanjuti semua monev untuk perbaikan relevansi penelitian dan pengembangan distingsi keilmuan prodi				
		Minimal 20% riset DT per tahun melibatkan mahasiswa prodi				
		UPPS Memiliki bukti syah dalam pelaksanaan survei kepuasan peneliti dan lembaga mitra berbasis PPEPP per tahun yang dilaksanakan secara konsisten dan tersistem				
<b>8</b>	<b>Kriteria Pengabdian</b>					
	IKU Pengabdian	UPPS memiliki kebijakan Relevansi Pengabdian berbasis PPEPP mencakup unsur: 1) UPPS memiliki renstra pengabdian dosen dan mahasiswa berbasis prodi 2) Setiap DT dan mahasiswa Memiliki bukti syah dalam pelaksanaan pengabdian berdasar renstra tersebut 3) UPPS melakukan monev tahunan terhadap kesesuaian pengabdian dosen dan mahasiswa dengan renstra riset 4) UPPS menindaklanjuti semua monev untuk perbaikan relevansi pengabdian dan pengembangan distingsi keilmuan prodi				
		Minimal 20% pengabdian DT per tahun melibatkan mahasiswa prodi				
		UPPS Memiliki bukti syah dalam pelaksanaan survei kepuasan pelaksana PKM dan lembaga mitra berbasis PPEPP per tahun yang dilaksanakan secara konsisten dan tersistem				
<b>9</b>	<b>Kriteria Luaran dan Capaian Tridarma</b>					
	IKU Luaran Dan Capaian Tridarma	Memiliki bukti syah dalam pelaksanaan analisis CPL per tahun diukur dengan metode yang syah untuk mencakup aspek <u>kesebabakupan, kedalaman, kebermanfaatn</u>				
		IPK rata-rata lulusan per 3 tahun minimal 3,25				
		Prestasi mahasiswa dibidang akademik level internasional dalam 3 tahun				
		Prestasi mahasiswa dibidang non akademik level internasional dalam 3 tahun				
		80% masa studi lulusan 3,5 sampai 4,5 tahun				
		Lulus tepat waktu minimal 80%				
		Ketuntasan studi minimal 90%				
		UPPS melakukan Tracer Studi berbasis PPEPP yang mencakup aspek: 1) Terkoordinasi di level Institutsi 2) Dilakukan per tahun, tersistem dan online 3) Instrumen merujuk pada Instrumen Dikti 4) Populasi mencakup seluruh lulusan TS2 sampai TS4				

	5) Hasil tracer disosialisasikan dan ditindaklanjuti untuk perbaikan kurikulum dan pembelajaran				
	Waktu tunggu lulusan maksimal 6 bulan				
	Syarat Terakreditasi Unggul minimal Skor 3,5				
	Kesesuaian bidang kerja minimal 90%				
	Syarat Terakreditasi Unggul minimal Skor 3,5				
	10% lulusan bekerja dilevel internasional/multinasional				
	UPPS melakukan survei kepuasan pengguna lulusan berbasis PPEPP dengan sampling minimal 50%				
	Publikasi Ilmiah Mahasiswa: 1) Publikasi berbasis prodi oleh mahasiswa secara mandiri/kolaboratif dengan DT pada jurnal internasional bereputasi 2) Publikasi berbasis prodi oleh mahasiswa secara mandiri / kolaboratif dengan DT pada seminar internasional 3) Publikasi berbasis prodi oleh mahasiswa secara mandiri / kolaboratif dengan DT pada media masa internasional				
	Luaran penelitian / PKM mahasiswa dalam bentuk minimal: 1HaKI/tahun dan 1 Buku memiliki ISBN/tahun				



**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 Utama	Indikator Kinerja Tambahan	Strategi Pencapaian	Realisasi Pencapaian	Faktor Pendukung Keberhasilan	Faktor Penghambat Keberhasilan	Temuan			Tindak lanjut			Rencana Tanggal Pemenuhan	Paraf Auditor
								Uraian (Problem dan Lokasi)	Informasi/ Dokumen yang Tersedia	Klasifikasi	Akar Masalah	Penanganan ( <i>Correction</i> )	Perbaikan Akar Masalah ( <i>Corrective Action</i> )		
								Paraf Auditee							

Best Practices/Positive Observation:

Saran: Catatan Audito

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

Ketua AMI



**RANGKUMAN PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL**

**Periode Audit** : \_\_\_\_\_

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

**X / Y** X : Jumlah Pertanyaan Y : jumlah Temuan

Ketua LPM

Ketua AMI

**Lampiran 13: Laporan Audit Mutu Internal**

**LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL**

**(cover)**

**Disesuaikan, ada informasi ttg**

**Prodi/ Unit Kerja Ketua Tim Auditor Anggota**

**Siklus / Tahun**

**Isi**

**LAPORAN AUDIT INTERNAL PRODI/UNIT....**

## I. PENDAHULUAN

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

## II. TUJUAN AUDIT

## III. LINGKUP AUDIT

Butir-butir Evaluasi Diri yang terdiri dari

## IV. JADWAL AUDIT

## V. INDEKS KINERJA UNIT

Fakultas/Program Studi/Unit Kerja \_\_\_\_\_

Audit kinerja unit \_\_\_\_\_ yang dilakukan pada periode tahun akademik ....., berdasarkan instrumen daftar periksa visitasi diperoleh hasil berupa indeks kinerja sebesar .....

## VI. TEMUAN AUDIT

### 1. Ketidaksesuaian:

Initial Auditor	Referensi (butir mutu)	Pernyataan

### 2. Saran perbaikan/ peluang perbaikan:

No	Bidang	Rekomendasi untuk peluang perbaikan

## VII.PENUTUP

### Lampiran 14: Laporan Temuan AMI

#### LAPORAN TEMUAN AMI

Nama Proses/Prosedur Operasional :			
Ketua Tim Audit	Anggota Tim Audit1 2	Auditee1 2	PR/ Bagian / Jurusan yang diaudit
Uraian Ketidaksesuaian <input type="checkbox"/> <b>Non Conformity</b> <input type="checkbox"/> <b>Remarks</b> (diisi oleh auditor)			
Tanggal PelaksanaanAudit	Rencana Penyelesaian Tindakan Koreksi	Auditor	Auditee
		TTD.	TTD.
Analisa Penyebab Masalah (diisi oleh auditee)			
Tindakan Koreksi (diisi oleh auditee)			
Tanggal PenyelesaianTindakan Koreksi	Auditee	Manajer	Auditor
	TTD.	TTD.	TTD.
Verifikasi Keefektifan Tindakan Koreksi (diisi oleh auditor)			Tanggal Verifikasi
			Auditor/LeadAuditor TTD.

### 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 danBukti)	Klasifik asi	Root Cause Analysis	Penanganan ( <i>Correction</i> )	Perbaikan Akar Masalah ( <i>Corrective Action</i> )				
Tgl verifikasi :	Paraf Auditee								

*Best Practices/Positive Observation:*

Catatan Auditee<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Bila ada

## Lampiran 15: Berita Acara Hasil Rapat Tinjauan Manajemen

### BERITA ACARA HASIL RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

Pada Hari ....., Tanggal ..... Bulan ..... Tahun ..... Pukul ..... WIB, di STFT Widya Sasana telah dilakukan Rapat Tinjauan Manajemen Tahun .....

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 Auditi disetujui oleh Auditor. Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenarnya.

Mengetahui Pimpinan Fakultas Lead Auditor

Puket 1 .....

## Lampiran 16: Surat Peringatan

### 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. Ketua

**Lampiran 17: Form Permintaan Tindakan Koreksi**

**FORM PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI**

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

Auditor

Auditee

## Lampiran 19: Permintaan Tindak Lanjut Koreksi

### PERMINTAAN TINDAK LANJUT KOREKSI

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</i> (Contoh)			
Tanda tangan Auditor		Tanggal	

## 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*:

Saran:

Catatan *Auditor*:

## 2) 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)  <b>Kesimpulan:</b> Tindak Lanjut Temuan Audit <b>Efektif/Tidak Efektif</b>			
Masukan dan Saran			

