

Pedoman Audit Mutu Internal Tahun 2025



**LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
AKADEMI FARMASI MITRA SEHAT MANDIRI
SIDOARJO**

KATA PENGANTAR

Sesuai Undang Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, Bab III tentang Penjaminan Mutu, pasal 52 ayat (1) menyatakan bahwa penjaminan mutu pendidikan tinggi merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu Pendidikan Tinggi secara berencana dan berkelanjutan. Diperjelas dengan Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi Pasal 68 ayat (1) mengenai tata kelola SPMI meliputi; Penetapan standar (P), Pelaksanaan standar (P), Evaluasi pemenuhan standar (E), Pengendalian pelaksanaan standar (P), dan Peningkatan standar pendidikan tinggi (P). Lima tahapan dalam manajemen SPMI dikenal dengan siklus PPEPP. Sebagai bagian dari PPEPP, maka evaluasi pemenuhan standar wajib dilaksanakan secara berkala melalui pemantauan evaluasi diri, dan audit mutu internal.

Buku pedoman ini disusun sebagai panduan dalam pelaksanaan kegiatan Audit Mutu Internal (AMI) di lingkup Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo. Dalam buku pedoman ini dijelaskan mengenai tujuan, perencanaan dan pelaksanaan AMI, analisis Laporan Evaluasi Diri dan penyelesaian hasil temuan AMI dalam Rapat Tinjauan Manajemen.

Terimakasih kepada Tim Penyusun Buku Pedoman Audit Mutu Internal (AMI) atas kerja kerasnya dan kepada semua pihak yang telah memberikan masukan yang berharga dan dedikasinya dalam penyusunan buku pedoman ini. Akhir kata semoga buku panduan ini bermanfaat bagi Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo dan dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan AMI yang transparan, akuntabel dan efektif.

Sidoarjo, Februari 2025

Tim LPM

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	Hal. i
Daftar Isi	ii
Daftar Istilah	iv
BAB I. Pendahuluan	1
BAB II. Audit Mutu Internal	3
2.1 Pengertian Audit Mutu Internal	3
2.2 Tujuan Audit Mutu Internal	4
2.3 Manfaat Audit Mutu Internal	4
BAB III. Evaluasi Diri	6
3.1 Pengertian Evaluasi Diri	6
3.2 Tujuan Evaluasi Diri	7
3.3 Manfaat Evaluasi Diri	7
3.4 Lingkup dan Area Evaluasi Diri	7
3.5 Strategi Evaluasi Diri	8
3.6 Mekanisme Evaluasi Diri	9
3.7 Analisis Evaluasi Diri	9
BAB IV. Perencanaan AMI	12
4.1 Pengertian AMI	12
4.2 Perumusan Kebijakan dan Tujuan AMI	12
4.3 Penentuan Luas Lingkup	12
4.4 Penentuan Tim Auditor	13
4.5 Penentuan Jadwal dan Tempat	13
4.6 Persiapan Dokumen	14
BAB V. Pelaksanaan AMI	15
5.1 Pelaksanaan Audit Dokumen	15
5.2 Daftar Tilik / Checklist (DAFTAR TILIK/CHECKLIST)	16
5.3 Pelaksanaan Audit Lapangan	17
BAB VI. Rapat Tinjauan Manajemen	20
6.1 Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen	21

6.2 Materi Rapat Tinjauan Manajemen	22
6.3 Luaran Rapat Tinjauan Manajemen	22
6.4 Agenda Rapat Tinjauan Manajemen	23
BAB VII. Audit Online	24
7.1 Admin LPM	24
7.2 Auditor	24
7.3 Auditi	25
BAB VIII. Audit Mutu Internal Berbasis Resiko	26
8.1 Pendahuluan	26
8.2 Pengertian Manajemen Resiko	26
8.3 Pengertian Audit Berbasis Resiko	27
8.4 Tahapan Pelaksanaan Audit Berbasis Resiko	27
BAB IX. Penutup	29
Referensi	30
Lampiran 1 – Dokumen Evaluasi Diri	32
Lampiran 2 – Contoh Daftar Pertanyaan	37
Lampiran 3 – Contoh Formulasi Temuan Audit	39
Lampiran 4 – Contoh Format Laporan Audit	41

DAFTAR ISTILAH

Standar Nasional Pendidikan Tinggi atau disingkat SN Dikti adalah satuan standar yang meliputi standar nasional pendidikan ditambah dengan standar penelitian dan standar pengabdian kepada masyarakat.

Sistem Penjaminan Mutu Internal atau disingkat SPMI adalah rangkaian unsur dan proses yang saling berkaitan dan tersusun secara teratur dalam rangka menjamin dan meningkatkan mutu pendidikan tinggi di perguruan tinggi secara otonom.

Sistem Penjaminan Mutu Eksternal atau disingkat SPME adalah rangkaian unsur dan proses yang saling berkaitan dan tersusun secara teratur dalam rangka menjamin dan meningkatkan mutu pendidikan tinggi melalui Akreditasi.

Audit Mutu Internal atau disingkat AMI adalah suatu proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di perguruan tinggi sesuai prosedur dan hasilnya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan secara internal untuk mencapai tujuan institusi.

Auditor adalah orang yang memiliki kemampuan atau kompetensi untuk melakukan audit.

Ketua Tim Audit (*Lead Auditor*) adalah orang yang bertanggung jawab untuk memimpin pelaksanaan proses audit.

Teraudit (*Auditee*) adalah organisasi/ unit kerja/ orang yang diaudit. Teraudit bisa sekaligus sebagai klien.

Klien (*Client*) adalah organisasi/perorangan yang mempunyai hak untuk mengatur atau hak kontrak untuk meminta audit

Kriteria Audit (*Audit Criteria*) adalah kebijakan, standar, prosedur atau persyaratan yang digunakan sebagai referensi.

Bukti Audit (*Audit Evidence*) merupakan catatan, pernyataan, fakta atau informasi lainnya yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diperiksa. Bukti audit dapat bersifat kualitatif atau kuantitatif.

Daftar tilik (*Check list*) adalah daftar pertanyaan yang disusun berdasar hasil audit dokumen yang disiapkan untuk digali lebih lanjut dalam audit kepatuhan. *Check list* memandu auditor agar fokus ketika melakukan audit kepatuhan. *Check list* yang dilengkapi dengan catatan-catatan tentang hasil audit kepatuhan dapat digunakan untuk bahan laporan audit.

Temuan Audit (*Audit Findings*) merupakan hasil dari evaluasi bukti audit yang tidak sesuai dengan kriteria audit. Temuan audit berupa kesesuaian atau ketidaksesuaian

pelaksanaan kegiatan dengan kriteria audit yang berarti peluang untuk perbaikan. Klasifikasi Temuan Audit dapat ditetapkan dengan kategori sebagai berikut:

1. **Observasi (OB):** Temuan yang memiliki potensi untuk menjadi ketidaksesuaian atau temuan yang dapat diselesaikan dengan cepat dan mudah.
Contoh: Ketidaksempurnaan, Ketidakkonsistenan.
2. **Ketaksesuaian (KTS):** Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terhadap proses penjaminan mutu. Ketidaksesuaian (KTS) dapat juga dirinci menjadi ketidaksesuaian mayor dan minor. Ketidaksesuaian mayor apabila memiliki dampak yang luas terhadap proses penjaminan mutu, sedangkan ketidaksesuaian minor apabila memiliki dampak terbatas.

Kesimpulan Audit merupakan hasil gabungan dari proses dan temuan audit yang dibuat oleh tim auditor dengan mempertimbangkan tujuan audit dan semua rekomendasi peningkatan mutu.

BAB I

PENDAHULUAN

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan salah satu cara evaluasi yang dilakukan untuk memperoleh ruang peningkatan mutu pendidikan tinggi. Cara evaluasi melalui AMI perlu dilakukan secara sistematis sesuai dengan amanat UU Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.

Dalam UU Nomor 12 Tahun 2012 Bab III tentang Penjaminan Mutu, pasal 52 ayat (1) menyatakan bahwa penjaminan mutu pendidikan tinggi merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu Pendidikan Tinggi secara berencana dan berkelanjutan. Diperjelas dengan Permendikbudristek No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi Pasal 68 ayat (1) SPMI di implementasikan melalui 5 tahapan kegiatan; Penetapan standar (P), Pelaksanaan standar (P), Evaluasi pemenuhan standar (E), Pengendalian pelaksanaan standar (P), dan Peningkatan standar pendidikan tinggi (P). Lima tahapan dalam manajemen SPMI dikenal dengan siklus PPEPP. Pasal 68 ayat (2) Evaluasi pemenuhan dilaksanakan secara berkala melalui pemantauan evaluasi diri, audit mutu internal (AMI) asesmen, dan/atau cara lain yang ditetapkan perguruan tinggi. Evaluasi pemenuhan dilaksanakan oleh pejabat atau dosen yang ditugaskan oleh pimpinan perguruan tinggi.

Pada Pasal 69 ayat (1) menetapkan bahwa dokumen perangkat SPMI minimal mencakup: 1) kebijakan SPMI, 2) pedoman penerapan PPEPP dalam SPMI, 3) Standar, dan 4) tata cara pendokumentasian implementasi SPMI. Pada Pasal 69 ayat (2) huruf b) Pimpinan perguruan tinggi menetapkan SPMI setelah mendapat pertimbangan senat perguruan tinggi dan disetujui oleh badan penyelenggara bagi perguruan tinggi swasta.

Dalam pelaksanaan AMI, perlu ditetapkan mengenai Kebijakan AMI yang memuat beberapa aspek berikut;

- a) Tujuan
- b) Sasaran
- c) Lingkup/objek atau bidang atau kegiatan yang akan di audit
- d) Area atau unit yang akan di audit
- e) Auditor
- f) Metode Audit
- g) Instrumen Audit
- h) Waktu dan Jadwal Audit
- i) Frekuensi Audit
- j) Pelaporan dan tindak lanjut hasil audit.

Pedoman AMI diperlukan untuk memberikan gambaran mengenai pelaksanaan AMI di Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo. AMI merupakan proses pengujian yang sistematis, mandiri dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Tujuan dan manfaat AMI antara lain sebagai salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang telah ditetapkan dalam lingkup AMI.

Peningkatan mutu akan lebih sempurna apabila AMI didahului dengan penyusunan dokumen Evaluasi diri yang dilakukan teraudit/auditee. Evaluasi diri perlu dilakukan dengan persiapan dan tahapan yang benar serta analisis yang memadai agar rekomendasi dalam peningkatan mutu tepat sasaran. Rekomendasi diperlukan untuk kepentingan internal maupun eksternal. Analisis SWOT merupakan metode yang sering digunakan untuk menganalisis evaluasi diri khususnya dalam peningkatan mutu pada pendidikan tinggi guna memperoleh strategi pengembangan yang sesuai. AMI dilakukan melalui tahapan yang dirangkum dalam sebuah siklus AMI yang ditetapkan oleh perguruan Tinggi. Tahap pertama dimulai dengan penetapan kebijakan AMI oleh pimpinan yang dilanjutkan dengan perencanaan AMI yang dikoordinir oleh unit jaminan mutu. Proses AMI dilakukan melalui dua tahapan yaitu audit dokumen dan audit visitasi. Hasil AMI digunakan oleh pengelola untuk mendapatkan langkah peningkatan implementasi SPMI yang diformulasikan dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Laporan AMI menjadi bahan utama dalam perumusan langkah peningkatan standar dalam SPMI yang akan dilihat efektivitasnya pada periode AMI berikutnya.

.

BAB II

AUDIT MUTU INTERNAL

2.1 Pengertian Audit Mutu Internal

Permenristekdikti No. 53 Tahun 2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi pada Pasal 2 menyatakan bahwa Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi dilakukan melalui penetapan, pelaksanaan, evaluasi pemenuhan, pengendalian pelaksanaan, dan peningkatan standar pendidikan tinggi disingkat PPEPP. Standar pendidikan tinggi terdiri atas: SN Dikti; dan standar pendidikan tinggi yang ditetapkan oleh perguruan tinggi.

Permenristekdikti No. 53 Tahun 2023, Pasal 65 telah mengamanatkan bahwa evaluasi pemenuhan dan relevansi SN Dikti dan standar pendidikan tinggi yang ditetapkan oleh perguruan tinggi dilakukan melalui SPM Dikti mencakup bidang akademik dan non-akademik. Bidang akademik berkaitan dengan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, sedangkan bidang non-akademik meliputi organisasi, keuangan, kemahasiswaan, ketenagaan dan sarana prasarana. SPM Dikti terdiri atas Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME).

SPMI direncanakan, dilaksanakan, dievaluasi, dikendalikan dan dikembangkan oleh perguruan tinggi. Dalam menjalankan SPMI, perguruan tinggi menerapkan tata kelola perguruan tinggi yang baik berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi, nirlaba, efektivitas, efisiensi, dan peningkatan mutu berkelanjutan, yang saling menilik dan mengimbangi satu terhadap yang lain. SPMI diimplementasikan melalui siklus PPEPP.

Untuk mengukur tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi, dilakukan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Evaluasi adalah bagian dari siklus implementasi PPEPP. Permenristekdikti No. 53 Tahun 2023, Pasal 68 menetapkan evaluasi pemenuhan Standar Pendidikan Tinggi dilakukan terhadap semua standar. Evaluasi dilaksanakan secara berkala melalui pemantauan, evaluasi diri, **audit mutu internal (AMI)**, asesmen, dan/atau cara lain yang ditetapkan perguruan tinggi.

Pelaksanaan evaluasi melalui AMI dapat dilakukan oleh pelaksana standar, pejabat di atasnya, atau oleh auditor mutu internal. Pelaksanaan AMI menekankan pada akuntabilitas, objektivitas dan independensi. Akuntabilitas bermakna bahwa kegiatan audit yang dilakukan harus dapat dipertanggungjawabkan, baik secara hukum maupun moral. Sementara, kata objektivitas dan independensi sering digunakan bersamaan, yang memiliki makna sikap jujur, tidak dipengaruhi pendapat dan pertimbangan pribadi

atau golongan dalam mengambil keputusan atau tindakan. Auditor dalam bekerja harus tidak memihak dan menghindari pertentangan kepentingan, saat membuat keputusan auditor harus bebas dari segala macam intervensi.

2.2 Tujuan Audit Mutu Internal

Beberapa tujuan dari pelaksanaan AMI dapat diuraikan sebagai berikut:

- a) Memastikan implementasi sistem manajemen sesuai dengan tujuan/sasaran. AMI adalah kegiatan yang independen, obyektif, terencana secara sistemik, dan berdasarkan serangkaian bukti untuk memastikan bahwa tujuan dan sasaran dari unit atau program yang telah ditetapkan benar-benar terpenuhi.
- b) Mengidentifikasi peluang perbaikan sistem penjaminan mutu. AMI mengandung unsur konsultasi yang bertujuan memberikan nilai tambah atau perbaikan bagi unit yang diaudit, sehingga unit tersebut dapat mencapai atau memenuhi tujuan yang telah ditetapkan. Lewat kegiatan AMI, diidentifikasi ruang perbaikan sehingga bisa dibuat saran untuk peningkatan kualitas dimasa mendatang.
- c) Mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu. AMI dilakukan oleh peer group terhadap unit atau institusi dan/atau program atau kegiatan, dengan memeriksa atau menginvestigasi prosedur, proses atau mekanisme. Kegiatan memeriksa juga berarti mengecek, mencocokkan, dan memverifikasi dalam rangka mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu yang telah dibuat.
- d) Memastikan sistem manajemen memenuhi standar/regulasi. Melalui penelusuran bukti-bukti yang ada, AMI dilakukan untuk memastikan bahwa sistem manajemen yang diterapkan oleh institusi teraudit telah sesuai atau memenuhi standar yang telah ditetapkan dan tidak bertentangan dengan peraturan perundangan yang berlaku.

2.3 Manfaat Audit Mutu Internal

Manfaat AMI secara langsung adalah diperolehnya rekomendasi peningkatan mutu perguruan tinggi. Rekomendasi tersebut akan bermanfaat bagi pimpinan perguruan tinggi dalam mengembangkan berbagai program untuk mencapai tujuan perguruan tinggi. Dengan demikian, AMI merupakan salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam lingkup AMI, misalnya:

- a. Konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan tujuan pendidikan dan kompetensi lulusan yang diharapkan (learning outcome).

- b. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus.
- c. Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual, prosedur, dan instruksi kerja program studi.
- d. Kecukupan penyediaan sarana prasarana, sumber daya pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
- e. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta kerja sama.
- f. Mengurangi resiko yang mungkin terjadi di perguruan tinggi seperti risiko kualitas, hukum, keuangan, strategi, kepatuhan, operasional, dan terutama resiko reputasi.

BAB III

EVALUASI DIRI

3.1 Pengertian Evaluasi Diri

Evaluasi dapat digambarkan sebagai usaha untuk mengetahui kondisi nyata suatu proses penyelenggaraan kegiatan. Usaha yang dilakukan berupa suatu proses pengumpulan serta pemrosesan data dan informasi yang akan digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan, pengelolaan dan pengembangan (misalnya program studi atau perguruan tinggi). Dengan evaluasi maka capaian kegiatan dapat diketahui dengan pasti dan tindakan lebih lanjut untuk memperbaiki kinerja suatu kegiatan dapat ditetapkan sesuai dengan visi serta misi yang telah dirumuskan.

Evaluasi diri merupakan upaya untuk mengetahui gambaran mengenai kinerja dan keadaan dirinya melalui pengkajian dan analisis yang dilakukan sendiri berkenaan dengan kekuatan, kelemahan, peluang, tantangan, kendala, bahkan ancaman yang dihadapinya. Komponen evaluasi diri mencakup masukan, proses, luaran, hasil, dan dampak (input, process, output, outcome, and impact) berdasarkan data, informasi dan bukti-bukti lainnya yang berkenaan dengan komponen-komponen sistemik dari seluruh penyelenggaraan institusi. Evaluasi diri dapat disimplifikasi menjadi kegiatan bercermin yang akan memberikan gambaran nyata dari objek di depannya atau objek evaluasi diri. Evaluasi diri pada hakekatnya merupakan salah satu model dari Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi dalam siklus SPMI yaitu PPEPP. Disamping adanya model evaluasi diri, ada juga model monitoring dan AMI. Dilihat dari sudut pandang waktu pelaksanaan dan personel yang melakukannya, monitoring dilaksanakan ketika proses sedang berlangsung, sedangkan evaluasi diri dilaksanakan ketika proses sudah selesai.

Dalam pelaksanaannya, baik monitoring maupun evaluasi diri berasal dari pihak internal, sehingga apabila dilihat dari dua macam aspek tadi tampak bahwa kedua model tersebut saling melengkapi sehingga sering digabung dan muncul istilah monev atau monev-in yang merupakan paduan dari monitoring dan evaluasi (diri) internal. AMI dilaksanakan ketika proses sudah selesai dan pelaksanaannya oleh pihak luar atau pihak yang tidak terlibat dalam proses dan harus dilakukan oleh auditor. Seseorang dikatakan sebagai auditor apabila memenuhi dua macam persyaratan, yaitu memiliki kompetensi dan pengalaman. Kompetensi dicapai dengan mengikuti pelatihan sebagai auditor yang dibuktikan dengan sertifikat sedangkan pengalaman dibuktikan dengan pernah melaksanakan audit atau setidaknya pernah berperan sebagai observer audit. Penetapan auditor mutu internal dilakukan oleh pimpinan perguruan tinggi dengan surat keputusan.

3.2 Tujuan Evaluasi Diri

Pelaksanaan evaluasi diri bertujuan untuk;

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

3.3 Manfaat Evaluasi Diri

Dengan dilaksanakan evaluasi diri maka akan diperoleh manfaat sebagai berikut:

- a. Membantu dalam identifikasi masalah, penilaian program dan pencapaian sasaran.
- b. Menuntun terciptanya budaya mutu melalui evaluasi.
- c. Mendorong keterbukaan sehingga akan memperkecil kesenjangan antara tujuan pribadi dan tujuan lembaga.
- d. Membantu terbentuknya pemutakiran program institusi dengan meninjau kembali kebijakan yang ada.

3.4 Lingkup dan Area Evaluasi Diri

Pimpinan perguruan tinggi/prodi menetapkan kebijakan tentang evaluasi diri. Kebijakan evaluasi diri dapat berupa bagian dari siklus SPMI atau untuk persiapan SPME seperti akreditasi oleh BAN-PT/LAM-PT ataupun akreditasi/sertifikasi internasional (AUN-QA, ABET, ASIIN, AACSB, IABEE, dan FIBAA, dsb). Evaluasi diri dapat juga dilakukan dengan tujuan untuk peningkatan mutu ataupun efektivitas pelaksanaan program.

Kebijakan tentang evaluasi diri meliputi perumusan tujuan, lingkup, dan area evaluasi diri. Contohnya apabila tujuan evaluasi diri untuk kepentingan persiapan SPME (akreditasi) maka lingkup yang digunakan adalah pemenuhan dan pelampauan standar yang telah ditetapkan. Dalam hal ini yang dimaksud standar adalah standar pendidikan tinggi yang terdiri atas standar nasional pendidikan tinggi yang mengacu kepada Permenristekdikti No. 53 Tahun 2023, dan standar pendidikan tinggi yang telah ditetapkan oleh setiap perguruan tinggi yang melampaui standar nasional pendidikan tinggi. Area yang ditetapkan adalah semua unit/lembaga/biro/program studi yang terlibat dalam proses pemenuhan standar yang telah ditetapkan.

Untuk menjamin efektivitas dan efisiensi proses dan hasil evaluasi diri maka lingkup dan area evaluasi diri dapat dilakukan pada sebagian standar saja, misalnya pada tahun pertama lingkup yang ditetapkan adalah khusus Standar Pendidikan, maka untuk tahun kedua dan ketiga secara berturut-turut adalah Standar Penelitian dan Standar

Pengabdian pada Masyarakat, selanjutnya pada tahun keempat meliputi Standar Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian pada Masyarakat. Sebagai contoh pada sertifikasi AUN tingkat program studi, sesuai dengan buku Guide to AUN-QA Assessment at Program Level, pelaksanaan evaluasi diri yang dimulai sejak dibentuknya tim sampai tersusun laporan evaluasi diri lengkap memerlukan waktu 9 bulan sampai 1 tahun.

3.5 Strategi Evaluasi Diri

Sebelum melakukan evaluasi diri, beberapa pertimbangan yang perlu dilakukan adalah:

- a. Pimpinan harus sepenuhnya mendukung kegiatan evaluasi diri dan menyediakan akses-informasi yang relevan yang dibutuhkan untuk sistem penjaminan mutu yang efektif. Evaluasi diri berfungsi untuk memperoleh wawasan struktural dalam operasi dan kinerja institusi,
- b. Dukungan pimpinan untuk melakukan evaluasi diri tidak cukup untuk suksesnya program, untuk itu seluruh organisasi harus mempersiapkan diri untuk evaluasi diri. Menilai kualitas kinerja lebih dari sekedar mengevaluasi kinerja sebuah program. Hal ini juga berhubungan dengan pengembangan dan pembentukan institusi. Staf harus bertanggung jawab atas kualitas dan semua staf harus dilibatkan dalam evaluasi diri.
- c. Menulis laporan evaluasi diri secara kritis pada sistem penjaminan mutu internal menuntut organisasi dan koordinasi yang baik. Utamanya, ketua tim harus memimpin dan mengkoordinasikan proses evaluasi diri. Ketua tim yang dipilih harus memiliki hubungan yang baik dengan pimpinan institusi termasuk staf kunci di dalam manajemen. Ketua tim harus memiliki akses untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan di semua lini, dan memiliki wewenang untuk bertemu dan berdiskusi dengan pemangku kepentingan.
- d. Diharapkan membentuk tim kerja (*task force*) yang bertanggung jawab atas evaluasi diri. Hal ini penting agar tim terstruktur sedemikian rupa sehingga keterlibatan semua bagian akan terjamin. Tim kerja harus bertanggung jawab atas evaluasi diri (mengumpulkan, menganalisis data dan menarik kesimpulan). Jadwal yang jelas harus disiapkan untuk mengembangkan evaluasi diri.
- e. Dengan asumsi bahwa evaluasi diri didukung oleh institusi, maka tim kerja dapat menyelenggarakan lokakarya atau seminar untuk membahas atau mengomunikasikan mekanisme evaluasi diri agar semua staf memahami isi laporan evaluasi diri.

3.6 Mekanisme Evaluasi Diri

Evaluasi diri dilakukan melalui tahapan berikut:

- a. Pimpinan institusi menetapkan kebijakan tentang evaluasi diri. Pelaksanaan evaluasi diri dilakukan sesuai dengan siklus yang telah ditetapkan atau sesuai dengan kebutuhan termasuk di dalamnya perumusan tujuan, lingkup, dan area evaluasi diri.
- b. Pimpinan Institusi membentuk tim evaluasi diri. Tim sebaiknya berjumlah ganjil dan dapat diterima oleh semua anggota dalam institusi. Apabila sudah ada tim monev ini dapat juga dilibatkan dalam kegiatan ini.
- c. Pimpinan Institusi menerbitkan SK untuk legalitas tim evaluasi diri dalam bekerja.
- d. Tim mempelajari lingkup dan area evaluasi diri termasuk di dalamnya menginternalisasi standar yang dipakai.
- e. Tim menyusun instrumen evaluasi diri (apabila diperlukan) atau menyusun alat bantu berupa daftar pertanyaan yang bertautan (*diagnostic question*).
- f. Tim mensosialisasikan jadwal dan rencana kerja kepada unit-unit yang akan menjadi area dalam evaluasi diri.
- g. Tim melakukan evaluasi diri sesuai dengan lingkup standar dan area yang telah ditetapkan sebelumnya.
- h. Tim melakukan analisis data sesuai dengan lingkup dan area evaluasi diri yang telah ditetapkan dan mengacu pada standar yang telah ditetapkan.
- i. Tim melakukan pemaparan untuk klarifikasi hasil evaluasi diri dan penyempurnaan laporan evaluasi diri (*self-assessment report*).
- j. Tim melakukan penyempurnaan laporan dan dilanjutkan dengan pengesahan laporan oleh Pimpinan Institusi.

3.7 Analisis Evaluasi Diri

Apabila evaluasi diri bukan merupakan bagian dari AMI, maka setelah diperoleh data dan informasi melalui evaluasi diri, maka perlu dilakukan analisis secara mendalam. Analisis dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, namun pendekatan yang sering digunakan adalah Analisis Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman (*SWOT analysis*). *SWOT analysis* adalah analisis antar komponen dengan memanfaatkan deskripsi SWOT setiap komponen untuk merumuskan strategi pemecahan masalah, serta pengembangan dan/atau perbaikan mutu baik pada level program studi maupun perguruan tinggi secara berkelanjutan.

Analisis SWOT didasarkan pada logika yang dapat memanfaatkan kekuatan (*strengths*) dan peluang (*opportunities*) untuk mengatasi kelemahan (*weakness*) dan ancaman (*threats*). Beberapa tahapan dalam analisis SWOT, yaitu;

- a. Tahap 1. Identifikasi kelemahan (internal) dan ancaman (eksternal dan global) yang paling urgent untuk diatasi secara umum pada semua komponen.

- b. Tahap 2. Identifikasi kekuatan (internal) dan peluang (eksternal) yang diperkirakan dapat dipergunakan untuk mengatasi kelemahan dan ancaman yang telah diidentifikasi pada tahap pertama.
- c. Tahap 3. Lakukan analisis SWOT lanjutan setelah diketahui kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman. Analisis SWOT dapat dibantu dengan menggunakan model tabel sebagai berikut:

KEKUATAN (S)	KELEMAHAN (W)
PELUANG (O)	ANCAMAN (T)

Gambar 3.1 Pola Analisis SWOT

Dalam mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman perlu diingat bahwa kekuatan dan kelemahan merupakan faktor internal, sedangkan peluang dan ancaman merupakan faktor eksternal yang harus diidentifikasi.

- d. Tahap 4. Rumuskan berbagai strategi yang direkomendasikan untuk menangani kelemahan dan ancaman, termasuk pemecahan masalah, perbaikan dan pengembangan lebih lanjut. Analisis SWOT untuk pengembangan strategi dapat dibantu dengan menggunakan gambar berikut ini.

Internal Eksternal	Kekuatan (S)	Kelemahan (W)
	Kekuatan/Peluang Memilih keuntungan	Kelemahan/Peluang Memanfaatkan peluang
Peluang (O)	Strategi Pemecahan Masalah, Perbaikan & Pengembangan	
Ancaman (T)		
	Mengerahkan kekuatan Kekuatan/Ancaman	Mengendalikan ancaman Kelemahan/Ancaman

Gambar 3.2 Analisis SWOT untuk pengembangan strategi
(Sumber Pedoman Evaluasi Diri BAN-PT, 2010).

- e. Tahap 5. Tentukan prioritas penanganan kelemahan dan ancaman itu, dan disusun suatu rencana tindakan untuk melaksanakan program penanganan.

Faktor Eksternal Faktor Internal	Kekuatan [S]	Kelemahan [W]
	Strategi SO Gunakan "S" untuk memanfaatkan "O" Perluasan	Strategi WO Menghilangkan "W" dan memanfaatkan "O"
Peluang [O]		
Ancaman [T]	Konsolidasi	
	Strategi ST Gunakan "S" untuk Menghindarkan "T"	Strategi WT Minimalkan "W" untuk Menghindarkan "T"

Gambar 3.3 Analisis SWOT dan prioritas pengembangan
(Sumber Pedoman Evaluasi Diri BAN-PT, 2010).

Hasil analisis SWOT dimanfaatkan untuk menyusun strategi pengembangan dan atau perbaikan mutu program secara berkelanjutan. Jika kekuatan lebih besar dari kelemahan, dan peluang lebih baik dari ancaman, maka strategi pengembangan sebaiknya diarahkan kepada perluasan/pengembangan program. Jika kekuatan lebih kecil dari kelemahan, dan peluang lebih kecil dari ancaman, maka seyogianya strategi pengembangan lebih ditekankan kepada upaya konsolidasi ke dalam, melakukan penataan organisasi secara internal dengan memanfaatkan kekuatan dan peluang yang ada, dan mereduksi kelemahan di dalam dan ancaman dari luar.

BAB IV

PERENCANAAN AMI

4.1 Pengertian AMI

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

- a. Perumusan kebijakan dan tujuan AMI
- b. Penentuan lingkup dan area
- c. Penentuan auditor
- d. Penentuan jadwal dan tempat
- f. Persiapan dokumen

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

4.2 Perumusan Kebijakan dan Tujuan AMI

Secara umum kebijakan AMI dirumuskan berdasarkan dua pertimbangan. Pertama AMI dilaksanakan karena adanya kebutuhan PT untuk selalu melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan dan pemenuhan standar yang telah ditetapkan, sehingga AMI dilakukan secara periodik (merupakan siklus yang berkelanjutan). Selanjutnya, AMI juga bisa dilakukan karena adanya kebutuhan yang mendesak (bukan merupakan bagian dari siklus), pemenuhan persyaratan dari lembaga akreditasi/sertifikasi, atau adanya keinginan dari manajemen untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran, penelitian atau pengabdian kepada masyarakat.

4.3 Penentuan Luas Lingkup

Lingkup AMI meliputi semua persyaratan sistem yang berpengaruh terhadap mutu layanan. Persyaratan sistem meliputi: dokumen sistem penjaminan mutu, organisasi, komitmen (tanggung jawab) manajemen, dan sumber daya (sumber daya manusia, infrastruktur, keuangan), dan program kegiatan. Area AMI meliputi unit, bagian, dan/atau satuan yang menjadi obyek audit, misalnya laboratorium, unit akademik dan kemahasiswaan, bagian pengajaran, bagian keuangan, perpustakaan, unit teknologi informasi dan/atau bagian tata usaha. Oleh karena itu, agar AMI bisa lebih teliti, detail dan mendalam serta temuan yang dihasilkan dapat lebih bermanfaat maka sebelum AMI dilakukan perlu disepakati lingkup dan areanya.

4.4 Penentuan Tim Auditor

Penanggung jawab penyelenggara AMI harus menentukan auditor untuk melaksanakan AMI pada suatu unit kerja yang akan diaudit. Penentuan auditor harus mendapat persetujuan dari tiga belah pihak yaitu auditee (manajemen), teraudit dan auditornya sendiri. Hal ini terjadi karena AMI bukanlah suatu kegiatan untuk mencari kesalahan atau kekurangan melainkan audit bertujuan untuk membantu teraudit dalam mencari ruang peningkatan, sehingga ke tiga belah pihak harus bahagia dan tidak terpaksa dalam menjalankan dan menerima tugas tersebut.

Jumlah auditor ditentukan berdasar luas lingkup dan area yang akan diaudit. Jumlah auditor seharusnya berjumlah ganjil (3, 5, atau 7), hal tersebut diperlukan jika pada saat akan menentukan keputusan audit terjadi perbedaan pendapat antar auditor sehingga perlu dilakukan voting, agar tidak terjadi skor yang sama maka auditor harus ganjil jumlahnya. Namun demikian, pada prinsipnya hasil audit ditentukan berdasarkan pemahaman yang sama pada kriteria atau standar yang digunakan dalam audit. Ketua Tim auditor diusahakan dari auditor senior atau mempunyai kedudukan yang relatif sama dengan pimpinan teraudit.

Dalam standar Internasional Internal Audit (IIA), disebutkan bahwa auditor mutu internal harus bersikap netral (tidak memihak), tanpa prasangka (berfikir positif), serta senantiasa menghindarkan diri dari kemungkinan timbulnya pertentangan kepentingan. Auditor mutu internal harus menolak melaksanakan penugasan AMI jika pada institusi tersebut yang pada masa sebelumnya pernah menjadi tanggung jawabnya. Objektivitas auditor mutu internal dianggap terkendala apabila auditor melakukan AMI pada kegiatan yang pernah menjadi tanggung jawabnya pada waktu sebelumnya. Auditor mutu internal harus memiliki kompetensi, pengetahuan, dan keterampilan yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Kompetensi dan pengetahuan dibuktikan dengan sertifikat sedangkan ketrampilan dibuktikan dengan pengalaman (frekuensi) dalam melakukan AMI. Personal yang akan ditugaskan dalam pelaksanaan AMI harus pernah mendapatkan pelatihan AMI.

4.5 Penentuan Jadwal dan Tempat

Jadwal pelaksanaan AMI ditentukan berdasarkan kebijakan AMI yang telah ditetapkan misalnya dengan mengikuti siklus yang telah ditetapkan. Namun demikian, jadwal pelaksanaan audit harus merupakan kesepakatan ke tiga belah pihak yaitu auditee (manajemen), teraudit, dan auditor. Jadwal pelaksanaan audit ditentukan atas kesepakatan antara auditee atau auditor, asalkan dalam interval waktu jadwal pelaksanaan AMI. Perlu disampaikan bahwa audit yang dilakukan bukanlah investigasi, interogasi ataupun penyidikan. Lama waktu AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta pihak yang akan ditemui atau diwawancara. AMI bisa

dirancang dalam waktu dua hari dengan rincian satu hari audit dokumen dan satu hari audit lapangan atau bisa juga lebih.

4.6 Persiapan Dokumen

Beberapa persyaratan administrasi dan dokumen perlu dipersiapkan sebelum pelaksanaan AMI. Dokumen yang dimaksud meliputi:

- a. Surat keputusan dan surat tugas melaksanakan audit dari pimpinan kepada auditor yang ditunjuk.
- b. Sejumlah pertanyaan telah disiapkan dalam formulir daftar tilik/checklist
- c. Formulir daftar tilik/checklist disampaikan pada auditi untuk dilengkapi dengan dokumen sesuai pertanyaan.
- d. Formulir daftar tilik/checklist yang telah dilengkapi oleh auditi, selanjutnya dikembalikan pada Tim AMI.
- e. Sebelum audit dilaksanakan, unit teraudit telah menyampaikan; 1) Dokumen Rekomendasi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) dari hasil siklus AMI tahun akademik sebelumnya (TS-1), dan 2) Laporan Evaluasi Diri (LED) tahun akademik berjalan (TS).

BAB V

PELAKSANAAN AMI

Setelah ditetapkan ruang lingkup AMI sesuai dengan prioritas pengembangan perguruan tinggi, maka AMI dilaksanakan dengan verifikasi kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar pendidikan tinggi. Pelaksanaan AMI dimaksudkan dalam rangka mendapatkan rekomendasi ruang peningkatan mutu dan menjamin akuntabilitas berdasarkan praktik baik serta temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi. Auditor bertugas mencocokkan kesesuaian antara semua standar dengan pelaksanaan di unit atau bagian perguruan tinggi. Dalam pelaksanaan AMI, auditor setelah melakukan audit kepatuhan (AK), dilanjutkan dengan audit lapangan (AL), yaitu melihat secara langsung di lokasi unit teraudit (*site visit*).

5.1 Pelaksanaan Audit Dokumen

Pelaksanaan audit dokumen/sistem dipimpin oleh ketua tim auditor untuk mengaudit dokumen yang sesuai dengan lingkup audit yang ditetapkan. Dokumen ini meliputi dokumen yang berisi standar dan peraturan, dokumen yang berisi panduan bagaimana melakukan proses untuk memenuhi standar dan dokumen yang berisi bukti pelaksanaan serta hasilnya. Audit dokumen dilaksanakan dengan cara berikut:

- a. Memeriksa ketersediaan dan/atau kelengkapan dokumen yang berkaitan dengan SPMI.
- b. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- c. Memeriksa pemenuhan Standar Dikti pada tahap pelaksanaan sesuai lingkup yang ditetapkan.
- d. Memeriksa efektifitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar.

Pada audit dokumen tim auditor mencermati dokumen RTM dan LED unit yang akan diaudit sehingga diketahui bagian yang perlu peningkatan. Bagian yang lemah atau perlu peningkatan akan menjadi bahan dalam verifikasi pada unit yang di audit. Hasil akhir audit dokumen dengan daftar tilik/*checklist* akan dipergunakan saat melakukan audit lapangan (*visitasi*).

5.2 Daftar Tilik/Checklist

Daftar pertanyaan pada daftar tilik/checklist disusun sesuai dengan ketentuan standar mutu Universitas dan akreditasi eksternal (BAN-PT atau LAM) melalui kesepakatan masing-masing program studi dengan Badan Jaminan Mutu (BJM).

Pada tahap pertama auditee menanggapi daftar pertanyaan pada daftar tilik/checklist dengan data yang dilengkapi bukti dokumen yang sah. Setelah semua daftar pertanyaan ditanggapi oleh auditi, maka daftar tilik/checklist dikirim kembali ke BJM. Selanjutnya, dokumen daftar tilik/checklist akan disampaikan kepada tim auditor yang ditugaskan untuk menyamakan persepsi dalam hal kecukupan dan kepatuhan terhadap standar yang ditetapkan. Hasil audit kepatuhan berupa daftar pertanyaan yang memuat hal-hal yang ditemukan dalam dokumen yang perlu di perdalam/verifikasi saat tahap audit kedua yaitu audit lapangan (visitasi), yang berkaitan dengan waktu dan tempat audit lapangan dilakukan.

Tim Auditor memiliki 3 (tiga) pilihan sebagai hasil audit kepatuhan dari setiap pertanyaan pada daftar tilik/checklist, yaitu; observasi (OB), ketidaksesuaian (KTS) dan sesuai.

1. **Observasi (OB):** Temuan yang memiliki potensi untuk menjadi ketidaksesuaian atau temuan yang dapat diselesaikan dengan cepat dan mudah.
Contoh: Ketidaksempurnaan, Ketidakkonsistenan.
2. **Ketaksesuaian (KTS):** Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terhadap proses penjaminan mutu. Ketidaksesuaian (KTS) dapat juga dirinci menjadi ketidaksesuaian mayor dan minor. Ketidaksesuaian mayor apabila memiliki dampak yang luas terhadap proses penjaminan mutu, sedangkan ketidaksesuaian minor apabila memiliki dampak terbatas.

Contoh: Pelanggaran terhadap standar yang telah ditetapkan, tidak dipenuhinya persyaratan/ standar

3. **Sesuai:** ada bukti dokumen sah yang lengkap dan konsisten.

Terdapat 2 (dua) kategori pada daftar pertanyaan daftar tilik/checklist; kuantitatif dan kualitatif. Pertanyaan kuantitatif dilengkapi dengan formula, sedangkan pertanyaan kualitatif dengan rubrik. Hasil audit kepatuhan berupa temuan yang akan diverifikasi dengan auditee saat audit lapangan.

Manfaat adanya daftar pertanyaan adalah sebagai pedoman tim auditor dalam pelaksanaan AMI sehingga proses AMI dapat sesuai perencanaan. Dalam hal ini Tim Auditor saat visitasi dapat mengembangkan pertanyaan tersebut, sehingga satu pertanyaan bisa berkembang menjadi beberapa pertanyaan.

5.3 Pelaksanaan Audit Lapangan

Tujuan audit lapangan (visitasi) adalah untuk memverifikasi potensi temuan yang telah dipersiapkan auditor sesuai pertanyaan pada daftar tilik (*checklist*). Apabila AMI dilaksanakan di tingkat program studi maka verifikasi idealnya dilakukan terhadap pimpinan program studi, dosen, dan karyawan, dapat juga disertakan mahasiswa, pengguna lulusan dan alumni. Hal-hal yang merupakan penyimpangan atau potensi penyimpangan yang ditemukan saat audit kepatuhan dicatat sebagai bukti temuan dan dicatat pada form yang merupakan dokumen **Temuan Audit**.

Tahapan audit lapangan adalah sebagai berikut:

1. Ketua tim auditor memperkenalkan anggota tim.
2. Ketua tim auditor menyampaikan tujuan audit dan lingkup audit.
3. Ketua tim auditor menyampaikan jadwal acara audit untuk disetujui oleh teraudit.
4. Tim auditor melakukan audit dengan berpedoman pada *checklist* yang telah dibuat pada saat audit dokumen/sistem.
5. Anggota tim auditor membuat catatan potensi temuan ketaksesuaian yaitu segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang berpotensi menyimpang pada form Temuan Audit.

Setelah proses audit lapangan selesai, maka auditor melaksanakan rapat internal. Rapat tersebut dipergunakan untuk merumuskan temuan yang diperoleh auditor dan menentukan kategori temuan tersebut. Temuan Audit bisa merupakan ketidaksesuaian (KTS) dan observasi (OB). Temuan Audit merupakan segala sesuatu yang menyimpang atau potensial untuk menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk/jasa. Temuan audit bukan temuan tentang individu tetapi tentang sistem yang harus diperbaiki. Maka, temuan akan menunjukkan kepada teraudit tentang kepastian beberapa persyaratan mutu yang belum dipenuhi. Temuan yang baik langsung menunjukkan adanya ketidaksesuaian misalnya, belum ada sistem yang dapat memastikan pelaksanaan ujian sesuai dengan *learning outcome* yang ditargetkan. Pernyataan dan kategori temuan audit sebelum disampaikan ke pihak teraudit harus didiskusikan dan mendapat kesepakatan dari semua anggota Tim Auditor. Setelah daftar temuan disusun oleh auditor maka temuan audit tersebut disampaikan kepada teraudit yaitu auditi. Apabila telah disepakati oleh auditi mengenai hasil temuan audit maka di tanda tangani oleh Tim Auditor (ketua dan anggota) dan Auditi (pimpinan unit yang teraudit).

Setelah hasil temuan audit disepakati, maka disusun ringkasan temuan yang dituliskan pada form TAU-006 yaitu **Rekomendasi Tindakan Perbaikan dan Pencegahan (RTPP)**. Ringkasan pernyataan temuan audit dapat dirumuskan mengikuti rumusan **PLOR**, yaitu;

- **Problem** (masalah yang ditemukan)

- **Location** (lokasi ditemukan problem)
- **Objective** (bukti temuan)
- **Reference** (dokumen yang mendasari)

Dengan menggunakan rumusan PLOR diharapkan auditor dapat menyusun pernyataan temuan audit yang lebih tegas. Urutan pernyataan temuan audit tidak harus selalu didahului dengan kata yang mengindikasikan Problem, dapat saja sebagai awal kalimat dimulai dengan kata yang mengindikasikan *Reference* atau *Location*.

Berikut dua contoh pernyataan temuan audit dengan menggunakan rumusan 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.

2. Ditemukan perbedaan pernyataan mengenai beban belajar pada semester satu dan semester dua, tertulis paling banyak 22 satuan kredit semester (SKS) pada Pedoman Akademik Prodi Sarjana “X”; dengan ketentuan pada Permenristekdikti No. 53/2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, Pasal 18 angka (2a) yang menyatakan paling banyak 20 SKS..

Pada pernyataan temuan audit No. 2, unsur PLOR dapat dijelaskan sebagai berikut.

P: Ditemukan perbedaan pernyataan mengenai jumlah SKS semester satu dan semester dua prodi Sarjana

L: Di Prodi “X”

O: Pedoman akademik Prodi “X” yang diakui teraudit.

R: Permenristekdikti No. 53/2023 tentang Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi Pasal 18 angka (2a).

Disamping Rekomendasi Tindakan Perbaikan dan Pencegahan (RTPP) pada TAU-006, tercantum yang menjadi akar masalah dan rencana perbaikannya. Dalam hal ini auditi memberikan tanggapannya mengenai rekomendasi yang diberikan auditor. Selanjutnya auditi memberikan batas waktu penyelesaian rencana perbaikan.

Dengan di tanda tanganinya TAU-006, maka audit lapangan telah selesai dilaksanakan. Selanjutnya tim auditor dapat menyusun laporan audit, yang pada dasarnya merupakan laporan temuan audit. Laporan audit disusun berdasarkan hasil kegiatan audit kepatuhan dan audit lapangan dan merupakan bentuk pertanggungjawaban dari Tim Auditor.

Berakhirnya tenggat waktu diselesaikannya rencana perbaikan, tim auditor akan kembali kepada auditi untuk melakukan verifikasi terhadap tindak lanjut temuan AMI berupa rencana perbaikan yang dilakukan. Catatan verifikasi dimuat dalam form **TAU-007** yang merupakan dokumen **Verifikasi Tindakan Perbaikan dan Pencegahan**. TAU-007 memuat rencana perbaikan dan hasil verifikasi. Dalam melakukan verifikasi tim auditor melakukan verifikasi tentang tindak lanjut temuan AMI pada siklus sebelumnya, telah diselesaikan dengan baik (*closed*). Apabila dijumpai keadaan bahwa temuan terdahulu belum dilakukan tindak lanjut maka temuan tersebut ditulis kembali menjadi temuan AMI dengan kategori temuan yang lebih berat misalnya dari OB menjadi KTS.

BAB VI

RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

AMI merupakan salah satu bentuk dari Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Menurut Siklus Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), langkah setelah Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi adalah Pengendalian Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Pada dasarnya dari Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi, ada 4 (empat) kemungkinan kesimpulan, yaitu:

1. Pelaksanaan standar mencapai standar pendidikan tinggi.
2. Pelaksanaan standar melampaui standar pendidikan tinggi.
3. Pelaksanaan standar belum mencapai standar pendidikan tinggi.
4. Pelaksanaan standar menyimpang dari standar pendidikan tinggi.

Pada Tabel 6.1 berikut merupakan ringkasan langkah-langkah pengendalian yang perlu dilakukan terhadap empat kemungkinan dari kesimpulan hasil Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi.

Tabel 6.1 Langkah pengendalian yang dilakukan terhadap Hasil Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi.

Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi	Pengendalian Pelaksanaan Pendidikan Tinggi
Mencapai Standar Pendidikan Tinggi.	Perguruan Tinggi mempertahankan pencapaian dan berupaya meningkatkan Standar Pendidikan Tinggi.
Melampaui Standar Pendidikan Tinggi.	Perguruan Tinggi mempertahankan pelampauan dan berupaya lebih meningkatkan Standar Pendidikan Tinggi.
Belum mencapai Standar Pendidikan Tinggi.	Perguruan Tinggi melakukan tindakan koreksi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi, agar Standar Pendidikan Tinggi dapat tercapai.
Menyimpang dari Standar Pendidikan Tinggi	Perguruan Tinggi melakukan tindakan koreksi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi, agar sesuai dengan Standar Pendidikan Tinggi.

Pertemuan atau rapat untuk menentukan langkah-langkah pengendalian, khususnya pertemuan untuk membahas tindak lanjut dari sebuah temuan yang menyatakan standar belum tercapai atau menyimpang dari standar yang telah ditetapkan disebut sebagai Rapat Tinjauan Manajemen (RTM).

RTM adalah pertemuan yang dilakukan oleh manajemen secara periodik untuk meninjau kinerja sistem manajemen mutu dan kinerja pelayanan institusi untuk memastikan kelanjutan, kesesuaian, kecukupan dan efektivitas sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan. Salah satu tujuan khusus dari rapat yang dipimpin langsung oleh pimpinan

dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen ini adalah untuk membahas tindak lanjut temuan audit. RTM dilakukan untuk memastikan apakah temuan AMI dapat ditindaklanjuti dengan baik dan memastikan apakah sistem mutu berjalan efektif dan efisien. Rapat tinjauan ini mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem penjaminan mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu. Setiap kegiatan RTM direkam dan hasil rekamannya dipelihara dengan baik sehingga sewaktu-waktu bisa dibuka untuk dipelajari.

Agar tujuan RTM dapat dicapai secara efektif, RTM dilakukan secara berjenjang. RTM dimulai dari jenjang yang paling rendah, misalnya; program studi, kemudian meningkat ke jenjang fakultas. RTM tingkat fakultas, dilakukan setelah pelaksanaan RTM program studi. Sementara RTM tingkat universitas dilakukan setelah pelaksanaan RTM tingkat fakultas. Tindak lanjut temuan yang belum dapat diselesaikan di tingkat program studi, maka akan dibawa pada RTM tingkat fakultas. Demikian juga tindak lanjut temuan yang belum dapat diselesaikan di fakultas, akan dibawa pada RTM tingkat universitas. RTM dapat diselenggarakan secara khusus yang hanya membahas agenda tinjauan manajemen. Namun, adakalanya dilakukan bersamaan dengan rapat lainnya, seperti saat rapat pimpinan yang diisi dengan agenda tinjauan manajemen.

6.1 Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen

Agenda RTM memiliki karakteristik, sebagai berikut;

1. Dilakukan secara berkala biasanya setelah pelaksanaan AMI.
2. Direncanakan dan didokumentasikan dengan baik.
3. Mengevaluasi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu dan dampaknya pada mutu dan kinerja.
4. Membahas perubahan yang perlu dilakukan.
5. Hasil pertemuan ditindaklanjuti dan tindak lanjut dipantau pelaksanaannya.
6. Peserta rapat adalah pihak manajemen dan pelaksana terkait.
7. Pertemuan diawali dengan pembahasan hasil dan tindaklanjut RTM sebelumnya.
8. Dilaksanakan dengan agenda yang jelas.
9. Menghasilkan luaran seperti:
 - a. rencana perbaikan,
 - b. rencana peningkatan kepuasan stakeholders,
 - c. rencana pemenuhan sumber daya yang diperlukan, dan

- d. rencana perubahan untuk mengakomodasi persyaratan layanan dan output.

6.2 Materi Rapat Tinjauan Manajemen

Materi untuk rapat tinjauan manajemen tidak hanya berasal hasil audit mutu internal saja, melainkan juga dapat berasal dari hasil kegiatan lainnya. Berikut adalah beberapa materi yang umum dipakai dalam RTM.

1. Hasil Audit Mutu Internal (hasil/temuan audit).
2. Umpan balik dari stakeholder, misalnya keluhan stakeholder, hasil survei kepuasan stakeholder.
3. Kinerja proses yang meliputi kinerja layanan, kinerja dosen, dll.
4. Pencapaian sasaran mutu/indikator kinerja, seperti analisis kesesuaian kompetensi lulusan.
5. Status tindakan koreksi dan pencegahan yang dilakukan atau tindak lanjut dari permintaan tindakan koreksi (PTK) yang pernah dibuat.
6. Status tindak lanjut dari hasil Tinjauan Manajemen sebelumnya.
7. Perubahan sistem manajemen mutu atau peningkatan sistem mutu.

6.3 Luaran Rapat Tinjauan Manajemen

Luaran atau hasil RTM dapat berupa kebijakan untuk peningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan prosesnya, peningkatan hasil layanan yang menuju terpenuhinya persyaratan/standar, dan pemenuhan kebutuhan sumber daya. Secara ringkas, luaran dari RTM dapat berupa beberapa keputusan dan/atau tindakan yang berhubungan dengan hal-hal berikut;

1. Peningkatan efektivitas sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan.
2. Peningkatan pelayanan terkait dengan persyaratan yang ditetapkan dalam standar yang sudah dibuat.
3. Identifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan, baik pada sistem penjaminan mutu maupun sistem pelayanan.
4. Penyediaan sumber daya dan fasilitas yang perlu dilakukan agar sistem penjaminan mutu dan sistem pelayanan menjadi efektif.

6.4 Agenda Rapat Tinjauan Manajemen

Agenda RTM umumnya dimulai dari pembukaan, lalu dapat dilanjutkan dengan arahan dari pimpinan. Agenda berikutnya mengenai hal pokok tentang tinjauan manajemen hasil AMI. Secara ringkas agenda RTM dapat dibuat sebagai berikut.

1. Pembukaan.
2. Arahan dari Pimpinan.
3. Tinjauan terhadap hasil RTM yang lalu.
4. Pembahasan hasil Audit Mutu Internal.
5. Pembahasan umpan balik/keluhan stakeholders, hasil penilaian *tracer study*,
6. Pembahasan tentang masalah-masalah operasional terkait penerapan sistem manajemen mutu.
7. Pembahasan tentang rencana perbaikan/perubahan yang perlu dilakukan.
8. Rekomendasi untuk perbaikan.
9. Penutup.

RTM merupakan tahapan yang strategis dalam memanfaatkan hasil AMI, dan dapat dilakukan secara berjenjang dari tingkat program studi, tingkat fakultas dan universitas. Tindak lanjut dari rapat tinjauan manajemen adalah bentuk nyata komitmen pimpinan untuk peningkatan mutu.

BAB VII

AUDIT ONLINE

Pelaksanaan audit mutu di lingkup program studi menggunakan Quality Assurance System dengan 3 (tiga) kelompok user dalam pelaksanaan audit tersebut, yaitu : a. Admin LPM; b. Auditor; c. Auditi.

7.1 Admin LPM

Admin LPM menyetujui jadwal visitasi yang telah disepakati oleh Tim Auditor dan Auditi. Kemudian admin LPM melakukan pemantauan selama proses visitasi hingga verifikasi audit selesai. Selama pelaksanaan audit melalui QA System, admin LPM melakukan koordinasi dengan Barensif agar pelaksanaan audit dapat berjalan dengan lancar.

7.2 Auditor

Tahapan yang dilakukan oleh Auditor dalam pelaksanaan audit online ini adalah sebagai berikut:

1. Melakukan Desk Evaluation sebelum melaksanakan visitasi.
2. Auditor akan melaksanakan visitasi terhadap Auditi sesuai dengan waktu yang telah disepakati.
3. Auditor menginput hasil visitasi (Temuan Audit).
4. Auditor mengisi deskripsi temuan audit (Summary KTS / OB).
5. Auditor mengisi pandangan umum dan permasalahan selama audit.
6. Auditor bersama Auditi menyetujui hasil temuan dan deskripsi temuan audit.
7. Auditor dan Auditi menandatangani dokumen Temuan Audit (TAU 005).
8. Auditor memberikan rekomendasi audit.
9. Auditor menelusuri Ringkasan Temuan ke Akar Penyebab.
10. Auditor mengisi akar penyebab.
11. Auditor mengisi Rekomendasi Tindakan Perbaikan berdasarkan temuan audit yang berstatus KTS (Ketidak sesuaian)
12. Auditor mengisi Rekomendasi Tindakan Pencegahan berdasarkan temuan audit yang berstatus OB (Observasi)
13. Auditor mengisi Rencana perbaikan beserta durasi pengerjaannya sesuai dengan kesepakatan bersama Auditi.

14. Auditor mengisi Tanggapan Auditi.
15. Auditor memberikan persetujuan Rekomendasi Tindakan Perbaikan dan Pencegahan (RTPP / TAU 006) bersama Auditi.
16. Auditor dan Auditi menandatangani TAU 006.
17. Auditor mengecek hasil pelaksanaan RTPP dari Auditi.

7.3 Auditi

Tahapan yang dilakukan oleh Auditi dalam pelaksanaan audit online ini adalah sebagai berikut:

1. Auditi mengupload LED / Laporan Tahunan unit kerja.
2. Auditi mengisi pertanyaan Audit Checklist (TAU 004).
3. Auditi memilih jadwal visitasi berdasarkan kesepakatan dengan auditor.
4. Auditi menyiapkan ruangan (luring atau daring).
5. Auditi menyiapkan dokumen yang dibutuhkan.
6. Auditi dan Auditor menyetujui hasil temuan audit dan deskripsi temuan audit.
7. Auditi dan Auditor menandatangani dokumen TAU 005.
8. Auditi dan Auditor menyepakati Rencana Perbaikan yang akan dilakukan beserta durasi pengerjaannya.
9. Auditi dan Auditor menyepakati Rekomendasi Tindakan Perbaikan dan Pencegahan (RTPP / TAU 006).
10. Auditi dan Auditor menandatangani dokumen TAU 006.
11. Auditi menyelesaikan Rencana Perbaikan dan melaporkan ke Auditor untuk selanjutnya dilaksanakan Verifikasi Audit.

BAB VIII

AUDIT MUTU INTERNAL BERBASIS RESIKO

8.1 Pendahuluan

Audit Mutu Internal (AMI) Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo dilaksanakan dengan menggunakan 2 (dua) pendekatan yaitu audit atas pemenuhan standar pendidikan tinggi Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo dan audit berbasis risiko (*risk-based audit*). Pada bagian ini akan disampaikan pendekatan audit berbasis risiko yang telah mempertimbangkan keberadaan risiko dan peluang dalam merencanakan, melaksanakan hingga melaporkan hasil audit. Pelaksanaan AMI berbasis risiko lebih berfokus kepada risiko yang signifikan bagi auditi.

Kegiatan dalam audit berbasis risiko mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga pelaporan hasil audit berbasis pada prioritas risiko yang telah ditetapkan melalui asesmen risiko yang merupakan bagian dari proses manajemen risiko Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo. Pelaksanaan AMI berbasis risiko terutama ditujukan untuk upaya mempertahankan reputasi Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo agar mampu kompetitif dan memiliki daya saing yang tinggi.

8.2 Pengertian Manajemen Risiko

Sesuai dengan ISO 31000:2018, manajemen risiko merupakan suatu kegiatan yang terkoordinasi untuk mengarahkan serta mengendalikan organisasi yang berkaitan dengan risiko. Terkait manajemen risiko pada pendidikan tinggi, manajemen risiko adalah suatu proses identifikasi peristiwa yang memiliki potensi dalam mempengaruhi satuan kerja, mengelola risiko agar tetap berada dalam batas toleransi risiko serta menyediakan jaminan yang memadai terkait pencapaian tujuan satuan kerja (Permendikbud No.66 tahun 2015).

Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo telah memiliki Pedoman Manajemen Risiko yang di antaranya menguraikan Kerangka Kerja Manajemen Risiko dan Proses Manajemen Risiko. Kerangka kerja manajemen risiko adalah sekumpulan perangkat organisasi yang menyediakan landasan bagi perencanaan, penerapan, monitor dan review serta perbaikan berkesinambungan manajemen risiko bagi seluruh organisasi. Sedangkan proses manajemen risiko adalah penerapan secara sistematis kebijakan manajemen, prosedur dan praktik manajemen dalam pelaksanaan tugas untuk melakukan komunikasi dan konsultasi; menetapkan konteks; melakukan identifikasi; menganalisa; mengevaluasi; memperlakukan, memantau dan mengkaji risiko.

Dalam Pedoman Manajemen Risiko Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo telah didefinisikan bahwa Risiko adalah dampak ketidakpastian pada sasaran. Berdasarkan risiko yang telah diidentifikasi maka dilakukan audit terhadap hal yang benar-benar penting bagi suatu organisasi.

8.3 Pengertian Audit Berbasis Risiko

Audit berbasis risiko memberikan jaminan atas dikelolanya suatu risiko secara baik oleh pihak manajemen hingga risiko yang ada memiliki batasan dan tidak berdampak pada tujuan perusahaan. Audit berbasis risiko merupakan sebuah metodologi yang mengaitkan antara audit internal dengan kerangka manajemen risiko organisasi secara keseluruhan. Dengan kata lain *Risk Based Internal Auditing* (RBIA) dalam pelaksanaannya melibatkan manajemen secara lebih jauh dalam penanganan risiko. RBIA lebih menekan kepada tanggung jawab dari manajemen untuk mengatur risiko. Dalam hal ini auditor internal akan dilibatkan dalam diskusi dengan para manajer terkait risiko-risiko yang akan dihadapi dan meminta respon mereka atas risiko tersebut.

8.4 Tahapan Pelaksanaan Audit Berbasis Risiko

Pelaksana AMI berbasis Risiko di Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo menjadi tanggung jawab Badan Jaminan Mutu (BJM) Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo. Adapun tahapannya adalah sebagai berikut:

1. Perencanaan.

Perencanaan audit berbasis risiko merupakan hal penting dalam perencanaan audit berbasis risiko. Kegiatan perencanaan audit diperlukan untuk membagi tahap pemeriksaan dan pengujian menjadi kegiatan audit yang masing-masing dilakukan dengan berfokus pada risiko-risiko dengan nilai inheren yang tinggi. Salah satu hal penting pada tahap ini adalah memberikan keyakinan bahwa semua risiko kunci telah teridentifikasi dan tingkat signifikansi dari risiko telah tercermin secara akurat. Rencana audit tahunan disusun untuk mengetahui kegiatan dan area audit dalam setahun ke depan dan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk masing-masing audit dilakukan serta budget yang diperlukan. Rencana audit tahunan yang telah disusun akan disampaikan kepada Pimpinan dan Senat Universitas. Dalam menyusun Rencana Audit, sebaiknya ditetapkan sebuah kebijakan terkait risiko mana yang harus dicakup dan berapa sering audit dilakukan atas risiko tersebut.

2. Pelaksanaan.

Audit dilaksanakan sesuai dengan Rencana Audit yang telah disusun di tahap 1. Pada tahap pelaksanaan, auditor akan melakukan setiap pekerjaan dengan berlandaskan risiko dalam memberikan jaminan (*assurance*) sebagai bagian dari kerangka manajemen risiko, serta melakukan mitigasi atas sejumlah risiko.

3. Laporan Audit.

Auditor mengkomunikasikan hasil audit Badan Jaminan Mutu (BJM) yang selanjutnya akan dilaporkan kepada Pimpinan dan Senat Universitas. Sebelum menyampaikan laporan hasil audit kepada BJM, auditor akan menyampaikan temuan mereka kepada pihak-pihak terkait (auditi). Fokus pada diskusi ini adalah pada risiko residual yang melebihi selera risiko perusahaan dan menyampaikan temuan-temuan audit signifikan. Hasil yang diharapkan dari diskusi ini adalah tindak lanjut yang akan diambil oleh pengelola unit untuk menurunkan tingkat risiko residual sehingga masih dalam batas selera risiko yang diterima. Laporan audit berbasis risiko juga lebih fokus pada kekurangan dalam praktik dan prosedur manajemen risiko. Umumnya, laporan audit berbasis risiko berisikan rekomendasi untuk perbaikan dalam prosedur operasi dan penerapan strategi mitigasi risiko, sehingga dengan demikian dapat memberikan nilai tambah dan berkontribusi terhadap kesehatan organisasi.

AMI berbasis Risiko merupakan bagian integral dari Sistem Manajemen Risiko Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo. Proses manajemen risiko perlu secara berkala dinilai efektivitas implementasinya melalui AMI berbasis risiko yang diharapkan dapat memberikan jaminan atas dikelolanya suatu risiko secara baik oleh Universitas sehingga risiko yang ada memiliki batasan dan tidak berdampak pada tujuan Universitas.

BAB IX

PENUTUP

Buku Pedoman AMI diharapkan dapat menjadi acuan yang bermanfaat bagi seluruh unit kerja di lingkup Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo untuk menciptakan sistem kerja yang lebih efektif, efisien, dan transparan. Implementasi yang konsisten dan komitmen terhadap peningkatan berkelanjutan akan membantu Akademi dalam mencapai keunggulan dalam layanan pendidikan dan memenuhi standar internasional yang berlaku.

REFERENSI

- [1] Pedoman Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan, Kemendikbudristek, 2024.
- [2] Statuta Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo.
- [3] Rencana Induk Pengembangan Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo.
- [4] Rencana Strategis Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo.
- [5] Kebijakan Sistem Penjaminan Mutu Internal Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo

Tim Penyusun

Pengarah

Direktur Akademi Farmasi Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo

Tim LPM

1. Muflikhatul Umaroh
2. Ismu Dwi Supangkat
3. Siti Nur Zainab

Lampiran

1. Contoh dokumen Evaluasi Diri Program Studi

Std.	Kriteria dan Subkriteria	Leveling	Catatan
1. Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Jurusan/ Prodi/ Strategi pencapaian			
1	1.1. Kejelasan ... di program studi (i). visi, (ii) misi, (iii) tujuan, dan (iv) sasaran mutu/ Renstra	5 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran yang jelas.	
		4 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran tetapi satu di antaranya tidak jelas.	
		3 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran tetapi dua di antaranya tidak jelas.	
		2 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran tetapi tiga di antaranya tidak jelas.	
		1 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran yang tidak jelas.	
2	1.2. Kerealistikan visi, misi, tujuan, dan sasaran program studi.	5 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran yang realistik.	
		4 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran tetapi satu di antaranya tidak realistik.	
		3 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran tetapi dua di antaranya tidak realistik.	
		2 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran tetapi tiga di antaranya tidak realistik.	
		1 : Memiliki visi, misi, tujuan, dan sasaran yang tidak jelas.	
3	1.3. Keterkaitan antara visi, misi, tujuan, sasaran program studi, dan pemangku kepentingan yang terlibat.	5 : Saling terkait satu sama lain. Melibatkan dosen, mahasiswa, tenaga kependidikan, alumni dan masyarakat.	
		4 : Saling terkait satu sama lain. Melibatkan dosen, mahasiswa, tenaga kependidikan dan alumni.	
		3 : Kurang terkait satu sama lain. Melibatkan dosen, mahasiswa dan tenaga kependidikan.	
		2 : Tidak terkait satu sama lain. Hanya melibatkan unsur pimpinan.	
		1 : Tidak ada keterkaitan dan tidak melibatkan siapapun	
4	1.4. Strategi pencapaian sasaran dengan rentang waktu yang jelas	5 : Strategi pencapaian sasaran: (1). dengan tahapan waktu yang jelas dan sangat realistik.	
		4 : Strategi pencapaian sasaran: (1). dengan tahapan waktu yang jelas, dan realistik.	
		3 : Strategi pencapaian sasaran: (1). dengan tahapan waktu yang jelas, dan cukup realistik.	
		2 : Strategi pencapaian sasaran: (1). tanpa adanya tahapan waktu yang jelas.	
		1 : Tidak ada strategi pencapaian sasaran	
5	1.5. Strategi pencapaian sasaran	5 : Strategi pencapaian sasaran: didukung dokumen yang sangat lengkap.	

		4 : Strategi pencapaian sasaran: didukung dokumen yang lengkap.	
		3 : Strategipencapaianasaran: didukung dokumen yang cukup lengkap.	
		2 : Strategipencapaianasaran: didukung dokumen yang kurang lengkap.	
		1 : Tidak ada skor	
6	1.6. Pemahaman visi, misi, tujuan, dan sasaran program studi oleh seluruh pemangku kepentingan internal (<i>internal stakeholders</i>): sivitas akademika (dosen dan mahasiswa) dan tenaga kependidikan.	5 : Dipahami sangat baik oleh seluruh sivitas akademika dan tenaga kependidikan.	
		4 : Dipahami dengan baik oleh seluruh sivitas akademika dan tenaga kependidikan.	
		3 : Dipahami dengan baik oleh sebagian besar dari sivitas akademika dan tenaga kependidikan.	
		2 : Hanya dipahami oleh sebagian sivitas akademika dan tenaga kependidikan.	
		1 : Tidak dipahami oleh sivitas akademika dan tenaga kependidikan.	
2. Tata Pamong, Kepemimpinan, Sistem Pengelolaan dan Penjaminan Mutu			
7	2.1. Tata pamong adalah sistem yang bisa menjamin terlaksananya lima	5 : Adanya dokumen, data dan informasi yang sahih dan andal bahwa sistem tata pamong menjamin terwujudnya visi,	
	pilar tata pamong yaitu: 1. kredibel 2. transparan 3. akuntabel 4. bertanggung jawab 5. adil. Tata pamong menjamin terwujudnya visi, terlaksanakannya misi, tercapainya tujuan, berhasilnya strategi yang digunakan secara kredibel, transparan, akuntabel, bertanggung jawab, dan adil.	terlaksanakannya misi, tercapainya tujuan, berhasilnya strategi yang digunakan, memenuhi lima pilar berikut: 1. kredibel, 2. transparan, 3. akuntabel, 4. bertanggung jawab, (5) adil.	
		4 : Adanya dokumen, data dan informasi yang sahih dan andal bahwa sistem tata pamong menjamin terwujudnya visi, terlaksanakannya misi, tercapainya tujuan, berhasilnya strategi yang digunakan, memenuhi empat pilar berikut:(1) kredibel, (2) transparan, (3) akuntabel, (4) bertanggung jawab, (5) adil.	
		3 : Adanyadokumen, datadan informasi yang sahih dan andal bahwa sistem tata pamong menjamin terwujudnya visi, terlaksanakannya misi, tercapainya tujuan, berhasilnya strategi yang digunakan, memenuhi tiga pilar berikut:(1) kredibel, (2) transparan, (3) akuntabel, (4) bertanggung jawab, (5) adil.	
		2 : Adanya dokumen, data dan informasi yang sahih dan andal bahwa sistem tata pamong menjamin terwujudnya visi, terlaksanakannya misi, tercapainya tujuan, berhasilnya strategi yang digunakan, memenuhi 1-2 pilar berikut: (1) kredibel, (2) transparan,(3) akuntabel, (4) bertanggung	

		jawab, (5) adil.	
		1 : Tidak ada dokumen, data atau informasi yang sah dan andal bahwa sistem tata pamong menjamin penyelenggaraan perguruan tinggi.	
8	2.2. Kepemimpinan program studi. Karakteristik kepemimpinan yang efektif mencakup:	5 : Kepemimpinan program studi memiliki karakteristik yang kuat dalam: (1) kepemimpinan operasional, (2) kepemimpinan organisasi, (3) kepemimpinan	
	kepemimpinan operasional, kepemimpinan organisasi, dan kepemimpinan publik.	publik.	
		4 : Kepemimpinan program studi memiliki karakter kepemimpinan yang kuat dalam dua dari karakteristik berikut: (1) kepemimpinan operasional, (2) kepemimpinan organisasi, (3) kepemimpinan publik .	
		3 : Kepemimpinan program studi memiliki karakter kepemimpinan yang kuat dalam salah satu dari karakteristik berikut: (1) kepemimpinan operasional, (2) kepemimpinan organisasi, (3) kepemimpinan publik .	
		2 : Kepemimpinan program studi lemah dalam karakteristik berikut: (1) kepemimpinan operasional, (2) kepemimpinan organisasi, (3) kepemimpinan publik.	
		1 : Tidak ada skor	
9	2.3. Sistem pengelolaan. Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi mencakup: (1) perencanaan, (2) pengorganisasian, (3) pengembangan staf, (4) pengawasan, (5) pengarahan, (6) representasi, dan (7) penganggaran yang dilaksanakan secara efektif. Hal ini dicirikan dengan adanya dokumen: 1. Renstra fakultas/ universitas 2. Rencana pengembangan program studi 3. Standard Operating Procedure (SOP)/ Manual Prosedur (MP)	5 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi berjalan sesuai dengan SOP/ MP, yang didukung dokumen yang lengkap.	
		4 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi dilakukan dengan baik, sesuai dengan SOP/ MP, namun dokumen kurang lengkap.	
		3 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi dilakukan hanya sebagian sesuai dengan SOP/ MP dan dokumen kurang lengkap.	

		2 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi dilakukan tidak sesuai dengan SOP/ MP.	
		1 : Tidak ada skor	
10	2.4. Penjaminan mutu. Penjaminan mutu di program studi: (1) keberadaan kebijakan penjaminan mutu, (2) sistem dokumentasi, (3) tindak lanjut terhadap laporan pelaksanaan, dan (4) akreditasi program studi.	1 : Tidak ada kebijakan evaluasi dan pengendalian mutu. Dokumentasi hanya mengandalkan laporan umum Tidak ada laporan yang ditindaklanjuti. Akreditasi belum diperoleh.	
		4 : Ada kebijakan evaluasi dan pengendalian mutu program yang baik. Sistem telaah program yang baik. Ada dokumentasi bermutu baik. Sebagian besar(> 75%) laporan ditindaklanjuti.	
		3 : Ada kebijakan evaluasi dan pengendalian mutu program. Sistem telaah yang cukup. Dokumentasi memenuhi kriteria minimum. Laporan yang ditindaklanjuti dalam interval 25% s.d. 75%. Diakreditasi oleh badan akreditasi nasional.	
		2 ; Tidak ada kebijakan menyeluruh mengenai evaluasi dan pengendalian program. Sistem telaah program bersifat ad hoc. Dokumentasi kurang dalam banyak aspek. Laporan yang masuk sedikit yang ditindaklanjuti (< 25%)	
		1 : Tidak ada kebijakan evaluasi dan pengendalian mutu. Dokumentasi hanya mengandalkan laporan umum Tidak ada laporan yang ditindaklanjuti. Akreditasi belum diperoleh.	
11	2.5. Umpan balik. Penjaringan umpan balik dan tindak lanjutnya. Sumber umpan balik antara lain dari: dosen, mahasiswa, alumni, pengguna lulusan. Pelaksanaan secara berkala (minimum sekali dalam tiga tahun) Tindak lanjut untuk perbaikan kurikulum, pelaksanaan proses pembelajaran, dan peningkatan kegiatan program studi.	5 : Umpan balik: Diperoleh dari empat sumber. Dilakukan secara berkala. Ditindaklanjuti	
		4 : Umpan balik: Diperoleh dari tiga sumber. Dilakukan secara berkala. Ditindaklanjuti	
		3 : Umpan balik: Diperoleh dari dua sumber. Dilakukan secara berkala. Tidak ada tindak lanjut/ tindak lanjut tidak sesuai	
		2 : Umpan balik: Diperoleh hanya dari satu sumber. Dilakukan secara tidak berkala. Tidak ada tindak lanjut/ tindak lanjut tidak sesuai	
		1 : Tidak ada umpan balik.	
12	2.6. Upaya untuk menjamin	5 : Ada bukti semua usaha dilakukan dengan hasil yang baik.	

	keberlanjutan (sustainability) program studi. Upaya-upaya yang telah dilakukan penyelenggara program studi untuk menjamin keberlanjutan (sustainability) program studi ini antara lain mencakup: 1. Upaya untuk peningkatan animo calon mahasiswa. 2. Upaya peningkatan mutu manajemen. 3. Upaya untuk peningkatan mutu lulusan. 4. Upaya untuk pelaksanaan dan hasil kerjasama kemitraan. 5. Upaya dan prestasi memperoleh dana dari sumber selain dari mahasiswa.		
		4 : Ada bukti empat usaha dilakukan dengan hasil yang baik.	
		3 : Ada bukti dua atau tiga usaha dilakukan dengan hasil yang baik.	
		2 : Ada bukti hanya satu usaha yang dilakukan dengan hasil yang baik.	
		1 : Tidak ada usaha.	

2. Contoh Daftar Pertanyaan (Checklist)

Hari/Tanggal : _____ Auditee : _____

Jam : _____ Auditor : _____

Fak/Prodi : _____ a. Ketua : _____

Nama Dokumen : _____ b. Anggota : _____

No	Referensi/Standar/Butir Mutu	Pertanyaan	Hasil Observasi/Audit/Visitasi (catatan audit)	Y*	T*	Catatan Khusus
1.	Dokumen Profil Prodi (butir 9) tentang Sasaran	1. Cek : sssaran belum dilengkapi dengantime- frame. Lakukan telusur terhadap Renstra-renop? 2. Apakah sasaran dievaluasi capaiannya 3. Adakah yang tidak tercapai, bagaimana tidak lanjut evaluasinya	Sudah ada dalam Renop secara online. Sudah dievaluasi capaiannya. Jumlah perolehan Paten Æ target 2 Lab terakreditasi tidak tercapai, Rencana ada lab terpadu, di tahun depan (target 4) sepertinya tidak akan tercapai.	X (KTS)	X X	
2.	Dokumen profil Prodi (butir 13) tentang Sistem Penjaminan Mutu Dan Standar 2 BAN-PT tentang tata kelola dan SPM	1. Bagaimana struktur organisasi SPMProdi, Tupoksi/ wewenang/ mandat yang diberikan 3. Program kerja 4. Implementasi dan rekaman program 5. Apakah SPM sudah dilengkapi dengan Dokumen Mutu?	Jawaban Kaprodi: Tim penjaminan mutu : ada ketua dan sekretaris, dan anggota, serta tenaga admin (untuk pengendalian data). Strukturnya langsung di bawah Direktur.			Cek ulang ke Gugus Penjaminan Mutu (visitasi)
3.	Standar 1 BAN-PT tentang visi-misi	Bagaimana keterlibatan alumni pada penyusunan visi, misi, sasaran				
4.	Standar 3 BAN-PT tentang Mahasiswa	1. Rata-rata masa studi S1 > 4 th. Kebijakan? 2. Rata-rata masa studi S2 trend dari tahunsemain lama, kebijakan? 3. Yang lulus tepat waktu? KTW>50% (std 3.16) targetnya?	Yang lulus <4 th atau 4 tahun hsnys 40 %, karena banyak praktek lapangan. Skripsi di lapangan diusahakan diperpendek. Praktek umum dipecah menjadi kelompok kecil. Kebijakan skripsi maksimal 6 bulan. Mahasiswa diikutkan dalam penelitian dosen. Dibuat bursa judul penelitian. Dibuat tim resque untuk penyelesaian problem komunikasi dengan dosen. Dibuat sistem? Pemantauan masa studi belum menghitung mhs yang lulus tepat waktu. Konfirmasi dengan dosen: Program S3 : > 4 tahun. Problem mhs masuk blm membawa proposal yang matang, ujian komprehensif blm dijalankan	X (OB)		

			<i>oleh mhs semester 5-6.</i>			
--	--	--	-------------------------------	--	--	--

Y = Ya (ada ketidaksesuain); T = Tidak (tidak ada temuan)

Sidoarjo,

Auditor

(_____)

3. Contoh Formulasi Temuan Audit

Temuan adalah

- Segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar
- Segala sesuatu yang potensial untuk menyimpang terhadap standar atau dapat mempengaruhi mutu layanan

Penulisan temuan harus:

1. Spesifik
2. Jelas (dimana, mengapa)
3. Disertai contoh bukti

Penulisan temuan mengikuti kaidah **PLOR**

- **Problem** (masalah yang ditemukan)
- **Location** (lokasi ditemukan problem)
- **Objective** (bukti temuan)
- **Reference** (dokumen yang mendasari)

Sehingga dalam menulis temuan audit:

- Harus berdasarkan fakta
- Harus ringkas dan jelas
- Tidak memasukkan opini
- Tidak memasukkan sebab-sebab ketidaksesuaian

CONTOH TEMUAN

1. Hasil audit visitasi:

Di Program Studi XX ditemukan 3 Silabus Mata Kuliah A, B, dan C tanpa tanda tangan pengesahan pimpinan (yang dipersyaratkan dalam pengendalian Silabus) akan digunakan untuk perkuliahan semester yang sedang berlangsung.

Penulisan temuan:

- Silabus tidak dikendalikan
- Ditemukan beberapa silabus mata kuliah tanpa otorisasi di Program Studi XX yang akan digunakan untuk kuliah semester depan, misal silabus mata kuliah A, B, dan C

2. Hasil audit visitasi:

Beberapa karyawan di Bagian Tata Usaha belum paham mengenai Kebijakan Mutu, yang beberapa waktu lalu telah dilakukan pelatihan

Penulisan temuan:

- Pelatihan karyawan tidak mencapai sasaran
- Beberapa karyawan di Bagian Tata Usaha belum paham mengenai isi Kebijakan Mutu

TEMUAN AUDIT

Teraudit: _____ Auditor: _____

Lingkup: _____ Tanggal: _____ Waktu: _____

a. KELEBIHAN

Standar/ Kriteria	Kelebihan

b. KEKURANGAN/ KETIDAK SESUAIAN DENGAN STANDAR

KTS/ OB	Standard/ Kriteria	Temuan Audit

c. PELUANG UNTUK PENINGKATAN

Standar/ Kriteria	Peluang untuk Peningkatan

(_____)

TERAUDIT

(_____)

KETUA AUDITOR

4. Contoh format Laporan Audit

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL PROGRAM STUDI

I. PENDAHULUAN

Institusi	
Program Studi	
Alamat	
Nama Kaprodi	
Tanggal Audit	
Ketua Auditor	Nama : Program Studi :
Anggota Auditor	Nama : Program Studi :
Tanda Tangan Ketua Auditor	
Tanda Tangan Kaprodi :	

II. TUJUAN AUDIT:

Beri tanda X sesuai yang dikerjakan.

a. Memastikan apakah temuan/rencana tindakan koreksi pada Siklus Audit tahun sebelumnya telah ditindaklanjuti.	
b. Memastikan kesesuaian arah dan pelaksanaan penjaminan mutu Program Studi terhadap Dokumen Akademik Fakultas dan Dokumen Mutu Fakultas	
c. Memastikan kesiapan Program Studi dalam melaksanakan program Akreditasi	
d. Memastikan kelancaran pelaksanaan pengelolaan Program Studi	
e. Memastikan peluang peningkatan mutu Program Studi	
f. Tujuan lain, sebutkan:	

III. LINGKUP AUDIT:

1. Visi, Misi, Tujuan dan Strategi Program Studi
2. Tata pamong, tata kelola dan kerjasama
3. Mahasiswa
4. Sumber daya manusia
5. Keuangan, Sarana, dan Prasarana
6. Pendidikan
7. Penelitian
8. Pengabdian kepada masyarakat
9. Luarandancapaian Tri Dharma

IV. JADWAL AUDIT:

Hari/Tanggal audit :

No	Jam	Kegiatan Audit
1		Pembukaan & Pertemuan dengan Kaprodi
2		Pertemuan dengan Staf Dosen
3		Pertemuan dengan Karyawan
4		Pertemuan dengan Mahasiswa
5		Pertemuan dengan alumni/pengguna lulusan (jika ada)
6		Penyampaian Temuan & Penutupan

V. TEMUAN AUDIT:**1. Ketidak-sesuaian**

KTS/OB	Standar/ Kriteria	Temuan Audit

2. Saran perbaikan :

No	Standar/ Kriteria	Peluang Peningkatan

VI. KESIMPULAN AUDIT

Tim audit menyimpulkan :

1. Sistem dokumentasi cukup lengkap dan terstruktur untuk mendukung pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal. † Ya † Tidak † Lainnya, sebutkan : _____

2. Program studi telah menjalankan Sistem Penjaminan Mutu Internal secara konsisten dan berkelanjutan. † Ya † Tidak † Lainnya, sebutkan: _____

3. PTK pada temuan audit sebelumnya telah ditindak-lanjuti secara efektif.

† Ya

† Tidak

Jika tidak, sebutkan rekomendasi tim auditor : _____ - _____

4. Temuan pada periode audit ini adalah : () (KTS), () (Observasi)

VII. LAMPIRAN AUDIT:

1. Daftar pertanyaan audit (checklist audit)
2. Permintaan Tindakan Koreksi (PTK)
3. Verifikasi tindak lanjut temuan audit periode sebelumnya
4. Daftar Hadir Audit
2. Contoh Verifikasi Tindak Lanjut Temuan audit

5. Contoh PTK, Tindak Lanjut PTK, dan Verifikasi Tindak Lanjut Temuan audit

PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (PTK)

Fakultas	XXX		
Program Studi	YYY		
Ketua Program Studi	Bapak A		
Auditor	Bapak B	Tanggal Audit	1 Januari 20XX
PTK No: 001	Kategori ☐ KTS ☒ Observasi		
Standar/ Kriteria	Standar 6 tentang Pendidikan		
Sistem pengujian tugas akhir belum memilih SOP dan tata tertib terdokumentasi.			
Tanda Tangan Auditor	Tanda Tangan	Tanggal :	1 Januari 20XX
Akar Penyebab (diisi oleh teraudit & ditandatangani):			
Proses ujian tugas akhir masih menggunakan aturan yang sangat umum dan berdasarkan kebiasaan tidak tertulis.			
Tanda Tangan Teraudit	Tanda Tangan	Tanggal :	1 Januari 20XX

Rencana Tindakan Koreksi (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>):			
Akan disusun SOP ujian tugas akhir dan tata tertibnya. Paling lambat : Aakhir semester berjalan.			
Tanda Tangan Teraudit	Tanda Tangan	Tanggal :	1 Januari 20XX
Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi(<i>diisi oleh auditor pada audit berikutnya & ditandatangani</i>): SOP ujian tugas akhir sudah dibuat, dikendalikan dan disosialisasikan. Tata tertib ujian sudah dibuat dan diumumkan. Kesimpulan : Tindak lanjut temuan audit efektif .			
Tanda Tangan Auditor	Tanda Tangan	Tanggal :	30 Juli 20XX