

PEDOMAN

AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)



**DIREKTORAT PENJAMINAN MUTU
DIREKTORAT JENDERAL PEMBELAJARAN DAN
KEMAHASISWAAN**

2018

Softcopy tidak untuk dicetak

CATATAN PENGGUNAAN

Tidak ada bagian dari buku ini yang dapat direproduksi atau disimpan dalam bentuk apa pun, misalnya dengan cara foto kopi, pemindaian (scanning), maupun cara lain, kecuali dengan izin dari Direktorat Penjaminan Mutu, Kemenristekdikti .

Pedoman Audit Mutu Internal

Hak Cipta: ©2018 pada Direktorat Penjaminan Mutu Dilindungi Undang-Undang

Diterbitkan oleh: Direktorat Penjaminan Mutu Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi

ISBN: 978-602-6524-09-6

**MILIK NEGARA
TIDAK DIPERDAGANGKAN**

Disklaimer: Buku ini merupakan buku Pedoman Audit Mutu Internal yang disiapkan Pemerintah dalam rangka implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) di perguruan tinggi. Buku pedoman ini disusun dan ditelaah oleh Tim Pengembang Sistem Penjaminan Mutu Internal di bawah koordinasi Direktorat Penjaminan Mutu, Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan, Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi. Buku ini merupakan 'pedoman hidup' yang senantiasa diperbaiki, diperbaharui, dan dimuktahirkan sesuai dengan perkembangan pendidikan tinggi. Masukkan dari berbagai kalangan diharapkan dapat meningkatkan mutu dan manfaat buku ini.

Edisi Pertama, Cetakan ke-1: 2018
Disusun dengan huruf Calibri, 12 pt



KATA PENGANTAR

Sesuai dengan UU Nomor 12 Tahun 2012 Bab III tentang Penjaminan Mutu, manajemen SPMI meliputi Penetapan standar (P), Pelaksanaan standar (P), Evaluasi pelaksanaan standar (E), Pengendalian pelaksanaan standar (P), dan Peningkatan standar pendidikan tinggi (P). Lima tahapan dalam manajemen SPMI dikenal dengan siklus PPEPP. Sesuai dengan Permenristekdikti Nomor 62 Tahun 2016 Pasal 5, evaluasi sebagaimana dimaksud dalam siklus PPEPP tersebut dilakukan melalui Audit Mutu Internal.

Audit Mutu Internal (AMI) adalah 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. Dengan demikian maka AMI merupakan tahapan yang sangat strategis dalam pengembangan mutu perguruan tinggi terutama untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan. Dengan buku ini maka Direktorat Jendral Pembelajaran dan Kemahasiswaan mendorong perguruan tinggi untuk melakukan AMI secara aktif. Buku ini merupakan materi untuk dikembangkan secara mandiri dan merupakan petunjuk atau inspirasi yang masih dapat dikembangkan lebih

lanjut oleh masing masing perguruan tinggi.

Direktorat Jendral Pembelajaran dan Kemahasiswaan memberikan apresiasi yang tinggi kepada segenap tim penyusun yang telah mencurahkan pemikiran dalam berbagi pengalaman untuk peningkatan mutu perguruan tinggi di Indonesia. Dengan semangat peningkatan mutu maka diharapkan pelaksanaan AMI akan mempercepat terwujudnya budaya mutu.

Jakarta, September 2018

Aris Junaidi
Direktur Penjaminan Mutu

Softcopy tidak untuk dicetak



DAFTAR ISTILAH

Pengertian Beberapa Istilah Penting dalam Audit Mutu Internal

Berikut adalah beberapa istilah dalam Audit Mutu Internal yang perlu disosialisasikan kepada segenap sivitas akademika agar terjadi persamaan persepsi atau pemahaman.

Audit Mutu Internal (AMI): 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.

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

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

Auditor: Orang yang memiliki kompetensi atau kemampuan

untuk melakukan audit **Ketua Tim Auditor (*Lead Auditor*):** orang yang ditunjuk untuk memimpin pelaksanaan AMI dengan dibantu auditor lain sebagai anggota.

Kriteria Audit (*Audit Criteria*): Kebijakan, standar, prosedur atau persyaratan yang digunakan sebagai referensi

Bukti Audit (*Audit Evidence*): 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*): daftar pertanyaan yang disusun berdasar hasil audit dokumen yang disiapkan untuk digali lebih lanjut dalam audit kepatuhan. *Checklist* memandu auditor agar fokus ketika melakukan audit kepatuhan. *Checklist* yang dilengkapi dengan catatan-catatan tentang hasil audit kepatuhan dapat digunakan untuk bahan laporan audit.

Temuan Audit (*Audit Findings*): 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.
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 penjaminana mutu, sedangkan ketidaksesuaian minor apabila memiliki dampak terbatas.

Contoh: 1. Ketidaksempurnaan, Ketidakkonsistenan.

2. Pelanggaran terhadap standar yang telah ditetapkan, tidak dipenuhinya persyaratan/standar.

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



DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| Kata Pengantar..... | iii |
| Daftar Istilah | v |
| Daftar Isi | ix |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| BAB II PENGERTIAN, TUJUAN, DAN MANFAAT AMI | 5 |
| 2.1 Pengertian AMI..... | 5 |
| 2.2 Tujuan AMI..... | 7 |
| 2.3 Manfaat AMI | 8 |
| Rangkuman | 9 |
| BAB III EVALUASI DIRI..... | 11 |
| 3.1. Pengertian..... | 11 |
| 3.2. Tujuan dan Manfaat Evaluasi Diri | 13 |
| 3.2.1. Tujuan Evaluasi Diri | 13 |
| 3.2.2. Manfaat Evaluasi Diri..... | 13 |
| 3.3. Lingkup dan Area Evaluasi Diri..... | 14 |
| 3.4. Pertimbangan Sebelum Melakukan Evaluasi Diri.. | 15 |
| 3.5. Mekanisme Evaluasi Diri..... | 17 |

| | |
|--|-----------|
| 3.6. Analisis Evaluasi Diri | 18 |
| Rangkuman | 21 |
| BAB IV PERENCANAAN AMI | 23 |
| 4.1. Pengertian | 23 |
| 4.2. Perumusan Kebijakan dan Tujuan AMI | 24 |
| 4.3. Penentuan Lingkup dan Area AMI | 24 |
| 4.4. Penentuan Tim Auditor..... | 25 |
| 4.5. Penentuan Jadwal dan Tempat..... | 27 |
| 4.6. Persiapan Dokumen..... | 28 |
| Rangkuman | 28 |
| BAB V PELAKSANAAN AMI | 29 |
| 5.1 Pengertian..... | 29 |
| 5.2 Pelaksanaan Audit Dokumen..... | 30 |
| 5.2.1 Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen, dan Rekaman | 30 |
| 5.2.2 Pembuatan Daftar Tilik/Checklist..... | 31 |
| 5.3 Pelaksanaan Audit Lapangan/visitasi..... | 32 |
| 5.3.1 Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya | 33 |
| 5.3.2 Teknik Bertanya | 34 |
| 5.3.3 Teknik Telusur | 35 |
| 5.3.4 Pengumpulan Bukti Audit | 36 |
| 5.2.5. Perumusan Temuan..... | 37 |
| 5.3.6 Rapat Penutupan | 40 |
| Rangkuman | 42 |
| BAB VI LAPORAN AMI | 45 |
| 6.1 Jenis dan Struktur Penulisan Laporan AMI | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 6.2 Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi..... | 48 |
| Rangkuman | 49 |
| BAB VII RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN..... | 51 |
| 7.1 Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen | 54 |
| 7.2 Materi Rapat Tinjauan Manajemen | 55 |
| 7.3 Luaran Rapat Tinjauan Manajemen | 55 |
| 7.4 Agenda Rapat Tinjauan Manajemen | 56 |
| RANGKUMAN..... | 57 |
| BAB VIII PRAKTIK BAIK PELAKSANAAN AMI..... | 59 |
| 8.1 Praktik Baik Pelaksanaan AMI di Institut Pertanian Bogor | 59 |
| 8.2 Praktik Baik Pelaksanaan AMI di Universitas Gadjah Mada | 60 |
| 8.2.1 Kegiatan Persiapan dan Sosialisasi | 61 |
| 8.2.2 Kegiatan Pelaksanaan AMI | 62 |
| 8.2.3 Kegiatan Rapat Tinjauan Manajemen dan Evaluasi Kegiatan AMI..... | 63 |
| 8.3 Praktik Baik Pelaksanaan AMI di Universitas Brawijaya | 65 |
| BAB IX STRATEGI PENGEMBANGAN IMPLEMENTASI AUDIT MUTU INTERNAL | 73 |
| BAB X PENUTUP..... | 75 |
| REFERENSI..... | 77 |
| Lampiran Contoh Dokumen AMI..... | 79 |
| 1. Contoh Dokumen Evaluasi Diri..... | 79 |

| | |
|--|----|
| 2. Contoh Daftar Pertanyaan (Checklist) | 85 |
| 3. Contoh Formulasi Temuan AMI..... | 90 |
| 4. Contoh Format Laporan Audit..... | 91 |
| 5. Contoh Verifikasi Tindak Lanjut Temuan Audit | 93 |



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, dinyatakan bahwa manajemen SPMI meliputi Penetapan standar (P), Pelaksanaan standar (P), Evaluasi pelaksanaan standar (E), Pengendalian pelaksanaan standar (P), dan Peningkatan standar pendidikan tinggi (P). Lima tahapan dalam manajemen SPMI dikenal dengan siklus PPEPP. Lebih lanjut, mengacu pada Permenristekdikti Nomor 62 Tahun 2016 Pasal 5, dinyatakan bahwa evaluasi sebagaimana dimaksud dalam siklus PPEPP tersebut dilakukan melalui AMI.

Dalam pelaksanaan AMI, perguruan tinggi disarankan menetapkan Kebijakan AMI sebelum program AMI dilaksanakan. Kebijakan ini memuat beberapa aspek berikut.

- a. Tujuan
- b. Sasaran
- c. Lingkup/obyek atau bidang atau kegiatan yang akan diaudit
- d. Area atau unit kerja yang akan diaudit
- e. Auditor
- f. Metode audit
- g. Instrumen audit
- h. Waktu dan jadwal audit
- i. Frekuensi audit
- j. Pelaporan dan tindak lanjut hasil audit

Buku pedoman AMI ini memberikan gambaran tentang pelaksanaan AMI yang diharapkan menginspirasi perguruan tinggi dalam melaksanakan AMI sesuai dengan kondisi serta perkembangan budaya mutu yang telah dicapai.

Mutu pendidikan tinggi adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi yang terdiri atas Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar yang ditetapkan oleh Perguruan Tinggi. AMI adalah 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. Tujuan dan manfaat AMI di antaranya adalah 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 */valid*. 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.

Dalam implementasi AMI diperlukan perencanaan yang baik untuk memastikan bahwa

semua persyaratan AMI yang meliputi: kebijakan dan tujuan, lingkup dan area, auditor, waktu dan tempat, serta dokumen yang diperlukan telah dipersiapkan dan disepakati. Apabila semua perencanaan telah dilaksanakan dengan baik maka pelaksanaan AMI dapat dimulai. 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).

Setiap perguruan tinggi dapat mengembangkan bentuk laporan AMI sesuai dengan kebutuhan namun laporan harus disusun untuk mudah dipahami pihak teraudit. Laporan AMI menjadi bahan utama dalam perumusan langkah peningkatan standar dalam SPMI yang akan dilihat efektivitasnya pada periode AMI berikutnya.

Rapat Tinjauan Manajemen merupakan tahapan yang strategis dalam memanfaatkan hasil AMI. RTM dapat dilakukan berjenjang dari tingkat departemen, fakultas dan universitas. Tindak lanjut dari rapat tinjauan manajemen adalah bentuk nyata komitmen pimpinan untuk peningkatan mutu. Akhirnya, dalam rangka memberikan gambaran yang lebih jelas, pada buku Pedoman AMI ini disertakan beberapa praktik baik AMI yang diharapkan menjadi inspirasi perguruan tinggi dalam mengembangkan AMI serta dilampirkan beberapa dokumen AMI sebagai inspirasi pengembangan.

Softcopy tidak untuk dicetak



BAB II

PENGERTIAN, TUJUAN, DAN MANFAATAMI

2.1 Pengertian Audit Mutu Internal

Menurut Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, mutu pendidikan tinggi adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi yang terdiri atas Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar yang ditetapkan oleh Perguruan Tinggi. Bila Standar Pendidikan Tinggi disepadankan dengan kata “janji”, maka mutu adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan dengan “janji”. Atau dengan kata lain satunya kata dengan perbuatan. Tatkala “janji” belum terpenuhi, dapat dianggap sebagai belum bermutu. Sebaliknya, kapan tingkat penyelenggaraan sama dengan janji, maka saat itu disebut mutu telah tercapai.

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. Oleh karena itu, evaluasi dilakukan terhadap pelaksanaan semua Standar Pendidikan Tinggi. Dari segi pihak yang melaksanakan, evaluasi dapat dilakukan oleh pelaksana standar, pejabat di atasnya, atau oleh auditor mutu internal. Permenristekdikti No 62 Tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi, Pasal 5, telah mengamanatkan bahwa evaluasi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi dilakukan melalui AMI.

Dalam beberapa referensi ditemukan beberapa definisi audit. Namun, secara substansi beberapa definisi tersebut, pada dasarnya 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.

RANGKUMAN

Mutu pendidikan tinggi adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi yang terdiri atas Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar yang ditetapkan oleh Perguruan Tinggi. Audit Mutu Internal adalah proses pengujian yang sistematis, mandiri, dan terdokumentasi untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di perguruan tinggi sesuai prosedur dan hasilnya telah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan

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

Softcopy tidak untuk dicetak



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 kita mengenal 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. Sedangkan 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 dan Manfaat Evaluasi Diri

321 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).

322 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.

3.3. 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, I-Chem I, 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 Nomor 44 tahun 2015 dan standar pendidikan tinggi yang telah ditetapkan oleh setiap perguruan tinggi yang melampaui standar nasional pendidikan tinggi. Area yang ditetapkan adalah semua unit/lembaga/pusat/departemen 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.

3.4. Pertimbangan Sebelum Melakukan 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.

3.5. Mekanisme Evaluasi Diri

Evaluasi diri dilakukan melalui tahapan berikut:

- a. Pimpinan insitusi 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 *money in* 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.

3.6. 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:

DESKRIPSI SWOT

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

Gambar 1. Pola Analisis SWOT (Sumber Pedoman Evaluasi Diri BAN-PT, 2010).

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

pengem- bangan lebih lanjut. Analisis SWOT untuk pengembangan strategi dapat dibantu dengan menggunakan gambar berikut ini.

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Internal / Eksternal | Kekuatan (S) | Kelemahan (W) |
| Peluang (O) | Kekuatan/Peluang Memilih keuntungan | Kelemahan/Peluang Memanfaatkan peluang |
| Ancaman (T) | Mengerahkan kekuatan Kekuatan/Ancaman | Mengendalikan ancaman Kelemahan/Ancaman |

**Strategi Pemecahan
Masalah, Perbaikan &
Pengembangan**

Gambar 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.

ANALISIS SWOT

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

Gambar 3. Analisis SWOT dan Prioritas Strategi Pengembangan (Sumber Pedoman Evaluasi Diri BAN-PT, 2010).

RANGKUMAN

Evaluasi diri merupakan salah satu model dalam Evaluasi. Evaluasi diri perlu dilakukan dengan persiapan dan tahapan yang benar dan analisis yang memadai agar rekomendasi yang disampaikan *valid*. Rekomendasi diperlukan untuk peningkatan mutu, baik 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.



BAB IV

PERENCANAAN AMI

4.1. Pengertian

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 PT ataupun program studi menuju terciptanya budaya mutu.

Softcopy tidak untuk dicetak

4.2. Perumusan Kebijakan dan Tujuan AMI

Terselenggaranya kegiatan AMI di suatu PT sangat ditentukan oleh adanya kebijakan AMI yang diputuskan oleh pimpinan PT. 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), misalnya ada kontrak kerja dengan lembaga di luar PT yang mensyaratkan adanya AMI, pemenuhan persyaratan dari lembaga akreditasi/sertifikasi, atau adanya keinginan dari manajemen untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran, penelitian atau pengabdian kepada masyarakat.

Perumusan tujuan AMI kadang sulit dipisahkan dengan kebijakan AMI karena adanya kebijakan AMI selalu berkaitan dengan alasan mengapa AMI dilaksanakan (tujuan AMI).

Oleh karena itu dalam perencanaan AMI kadang kebijakan dan tujuan tidak selalu muncul bersamaan.

4.3. Penentuan Lingkup dan Area

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, seksi dan/atau satuan yang menjadi obyek audit, misalnya laboratorium, seksi akademik dan kemahasiswaan, bagian pengajaran, bagian keuangan, perpustakaan, unit teknologi informasi dan/atau bagian tata usaha. Oleh karena itu, agar AMI bisa lebih teliti, detail dan mendalam serta temuan yang dihasilkan dapat lebih bermanfaat maka sebelum AMI dilakukan perlu disepakai lingkup dan areanya.

4.4. Penentuan Tim Auditor

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

Jumlah auditor ditentukan berdasar luas lingkup dan area yang akan diaudit. Jumlah auditor seharusnya berjumlah ganjil (3, 5, atau 7), hal tersebut diperlukan jika pada saat akan

menentukan keputusan audit terjadi perbedaan pendapat antar auditor sehingga perlu dilakukan voting, agar tidak terjadi skor yang sama maka auditor harus gasal 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 (misal jika pimpinan teraudit Guru Besar, maka ketua tim diusahakan juga Guru besar), namun hal tersebut tidak menjadikeharusan.

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 PT. Pelaksanaan AMI PT tentu saja berbeda dengan sistem manajemen mutu yang lainnya.

4.5. Penentuan Jadwal dan Tempat

Jadwal pelaksanaan AMI ditentukan berdasarkan kebijakan AMI yang telah ditetapkan misalnya dengan mengikuti siklus yang telah ditetapkan atau berdasarkan kebutuhan khusus yang ditentukan oleh pimpinan. Namun demikian, jadwal pelaksanaan audit harus merupakan kesepakatan ke tiga belah pihak yaitu klien (manajemen), teraudit, dan auditor. Tidak dibenarkan jadwal pelaksanaan audit hanya ditentukan oleh klien atau auditor dengan tujuan agar audit bisa mengungkap hal yang terjadi sebenarnya. Hal ini dilakukan karena audit bukanlah investigasi, interogasi ataupun penyidikan. Lama waktu AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta 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.

Tempat AMI sebaiknya suatu tempat yang nyaman untuk membaca, menulis dan melakukan wawancara. Tempat audit dokumen dan audit lapangan bisa dalam satu ruangan atau

dapat pula dalam ruangan yang terpisah. Pada prinsipnya dapat memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan.

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 PT kepada auditor yang ditunjuk.
- b. Semua dokumen yang sesuai dengan lingkup audit harus disiapkan oleh teraudit
- c. Dokumen program kerja audit yang merupakan kesepakatan ke tiga belah pihak.
- d. Borang serah terima dokumen bahan audit.
- e. Hasil evaluasi diri (apabila sebelum AMI telah dilakukan evaluasi diri).

Rangkuman

Dengan berakhirnya perencanaan AMI maka pastikan bahwa semua persyaratan AMI yang meliputi: kebijakan dan tujuan, lingkup dan area, auditor, waktu dan tempat, serta dokumen yang diperlukan telah dipersiapkan dan disepakati. Apabila semua perencanaan telah dilaksanakan dengan baik maka pelaksanaan AMI dapat dimulai.



BABV

PELAKSANAANAMI

5.1 Pengertian Audit Mutu Internal

Setelah Pimpinan perguruan tinggi menetapkan 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 sebaiknya melihat langsung proses dengan melakukan audit lapangan (*site visit*).

AMI dapat bersifat rutin sesuai siklus atau tidak rutin atas

dasar penugasan karena adanya perubahan yang signifikan dalam sistem penjaminan mutu organisasi, layanan, proses, *output*. AMI yang tidak rutin bisa juga karena adanya kebutuhan untuk menindaklanjuti/ verifikasi terhadap permintaan tindakan koreksi periode sebelumnya. Pelaksanaan AMI dipimpin oleh seorang Penanggung Jawab Program AMI (PJ-AMI). PJ-AMI bertanggung jawab atas jalannya proses AMI mulai dari menerima permintaan AMI dari klien sampai dengan pendistribusian laporan AMI.

5.2 Pelaksanaan Audit Dokumen

5.2.1 Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen, dan Rekaman

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 evaluasi diri unit yang diaudit sehingga diketahui bagian yang perlu peningkatan. Bagian yang lemah atau perlu peningkatan akan menjadi bahan dalam verifikasi pada unit yang diaudit. Hasil akhir audit dokumen adalah daftar tilik/*checklist* yang akan dipergunakan dalam audit visitasi.

5.22 Pembuatan Daftar Tilik / *Checklist*

Dalam Audit dokumen setiap auditor menyiapkan sejumlah pertanyaan dari dokumen yang diperiksa. Untuk menyamakan persepsi dalam hal kecukupan dokumen, auditor akan melaksanakan diskusi materi yang ada pada audit dokumen. Diskusi atau rapat dipergunakan untuk menentukan langkah kedua yaitu audit kepatuhan atau audit lapangan khususnya dalam hal waktu dan tempat audit lapangan. Hasil Audit dokumen/sistem berupa daftar pertanyaan /tilik berisi hal-hal yang ditemukan dalam dokumen yang perlu di perdalam/verifikasi saat tahap audit yang kedua yaitu audit kepatuhan/visitasi. Bentuk Daftar pertanyaan dapat dikembangkan sesuai dengan ketentuan PT masing masing.

Verifikasi daftar pertanyaan dilakukan saat visitasi dengan memberi tanda setiap pertanyaan dengan ya, artinya pernyataan tersebut berpotensi menjadi temuan, dan tidak

apabila ditemukan bukti dalam verifikasi untuk pernyataan yang ada bukti. Manfaat daftar tilik atau daftar pertanyaan ialah sebagai pedoman tim auditor dalam pelaksanaan AMI visitasi sehingga proses AMI tetap sesuai perencanaan. Sebaiknya Auditor dalam AMI visitasi mengembangkan pertanyaan tersebut sehingga satu pertanyaan bisa berkembang menjadi beberapa pertanyaan.

5.3 Pelaksanaan Audit Lapangan /Visitasi

Audit Mutu Internal kepatuhan merupakan tahapan kedua dalam pelaksanaan AMI. Tahapan ini dilakukan setelah tim auditor menyelesaikan audit dokumen/sistem dan jadwal audit kepatuhan telah ditetapkan dan disetujui antara tim auditor dan teraudit. Terkait dengan jadwal audit kepatuhan, harus memuat unit yang akan diaudit sehingga unit dapat menyiapkan audit dengan baik. Bagian yang diaudit dapat terdiri dari pimpinan unit, dosen, tenaga kependidikan, kepala laboratorium, mahasiswa, sampai pada alumni dan pengguna alumni, tergantung pada lingkup audit yang telah ditetapkan.

Substansi Audit lapangan ialah untuk memverifikasi potensi temuan yang telah dipersiapkan pada daftar tilik (*checklist*). Apabila AMI dilaksanakan di tingkat program studi maka verifikasi idealnya dilakukan terhadap pimpinan program studi, dosen, karyawan, mahasiswa, pengguna lulusan dan alumni. Hal-hal yang merupakan penyimpangan atau potensi penyimpangan

yang ditemukan saat verifikasi dicatat sebagai bukti temuan.

Tahapan Audit kepatuhan adalah sebagai berikut:

1. Ketua tim auditor memperkenalkan seluruh 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. Setiap anggota tim auditor membuat catatan-catatan potensi temuan ketaksesuaian yaitu segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang berpotensi menyimpang.

Setelah proses verifikasi selesai, maka auditor melaksanakan rapat internal. Rapat tersebut dipergunakan untuk merumuskan temuan yang telah didapatkan oleh setiap auditor dan menentukan kategori temuan tersebut. Temuan bisa merupakan ketidaksesuaian (KTS) dan observasi (OB). Setelah daftar temuan disusun oleh auditor maka temuan tersebut disampaikan kepada teraudit dalam rapat penutupan audit.

5.3.1 Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya

Pada AMI yang dilaksanakan sesuai siklus AMI, pada AMI siklus kedua dan seterusnya, tahap pertama yang dilakukan

tim auditor adalah melakukan verifikasi tentang tindak lanjut temuan AMI pada siklus sebelumnya. Auditor perlu memastikan tindak lanjut temuan AMI sebelumnya telah dilakukan 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 ke KTS.

532 Teknik Bertanya

Dalam menggali informasi tentang kesesuaian pelaksanaan standar dengan standar yang telah ditetapkan, auditor dapat menggunakan pertanyaan tertutup dan pertanyaan terbuka. Pertanyaan tertutup digunakan kalau auditor ingin mendapatkan kepastian suatu kegiatan telah dilakukan atau kepastian suatu prosedur dilakukan. Pertanyaan terbuka digunakan untuk mendapatkan informasi lanjut tentang suatu proses atau kegiatan untuk mengetahui efektivitas dari kegiatan tersebut. Apabila pertanyaan dirasa sulit dipahami oleh teraudit, maka pertanyaan dapat diulang dengan bahasa yang lebih sederhana. Agar proses audit lebih tertib dan efektif sebaiknya pertanyaan diajukan satu persatu. Tim auditor dapat mengembangkan pertanyaan menjadi beberapa pertanyaan untuk pendalaman dalam rangka menemukan akar masalah. Beberapa kata kunci seperti:

mengapa, dimana, kapan, apa, siapa, dan bagaimana dapat digunakan untuk mengawali pertanyaan.

533 Teknik Telusur

Penelusuran akar masalah dapat dilakukan dengan memeriksa setiap area fungsional dari organisasi untuk melihat kelayakan dan penerapan dari persyaratan sistem penjaminan mutu. Auditor dapat bergerak dari sisi input hingga rangkaian proses kegiatan dan output atau sebaliknya, auditor dapat bekerja dari sisi output mundur ke input atau sebaliknya dari *input* ke *output*. Dengan kata lain, untuk mendapatkan akar masalah dari ketidaksesuaian, auditor perlu menelusur sebab terjadinya ketidaksesuaian. Auditor dapat menelusuri dari depan dan menelusuri dari belakang. Substansi penelusuran 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. Untuk mendapatkan akar masalah, maka di samping pendekatan *input-proses-output* sebagaimana disebut sebelumnya maka dapat dikembangkan juga pendekatan sebab-akibat. Dengan demikian, terjadinya ketidaksesuaian dapat ditelusuri penyebabnya.

534 Pengumpulan Bukti Audit

Pengumpulan bukti audit dilakukan dengan menggali informasi pada pengelola, mahasiswa, karyawan, pengguna, dan lulusan sesuai dengan lingkup audit. Dalam pengumpulan bukti maka hal-hal berikut sebaiknya dilakukan auditor:

- a. Memeriksa kecukupan mekanisme pengendalian internal untuk memastikan bahwa tujuan perguruan tinggi dapat dicapai secara efektif.
- b. Memeriksa efektivitas fungsi pengendalian internal melalui:
 - 1) Pemeriksaan sistem yang telah ditetapkan untuk memastikan keterkaitan dengan kebijakan, rencana, prosedur, ketentuan hukum, dan ketentuan lain serta peraturan yang mungkin mempunyai dampak merugikan terhadap perguruan tinggi.
 - 2) Pemeriksaan kebenaran dan keutuhan informasi akademik untuk memastikan bahwa informasi tersebut akurat, tepat waktu, dan berguna bagi pencapaian tujuan perguruan tinggi.
 - 3) Pemeriksaan prosedur yang dipergunakan untuk memastikan ketersediaan sumber daya perguruan tinggi.
 - 4) Pemeriksaan efisiensi dan pemanfaatan sumber daya.
- c. Memeriksa kinerja unit untuk memastikan pencapaian tujuan perguruan tinggi. Dalam hubungan ini, AMI harus

diarahkan untuk mengetahui apakah kegiatan perguruan tinggi telah dilaksanakan secara tertib dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan prinsip efektivitas dan efisiensi.

- d. Melakukan pemeriksaan terhadap aktivitas khusus suatu unit kerja. Aktivitas khusus tersebut dapat mencakup segala aspek dan unsur sehingga hasilnya mampu menunjang analisis yang optimal dalam membantu proses pengambilan keputusan oleh pimpinan perguruan tinggi.

5.2.5. Perumusan Temuan

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

Temuan harus dirumuskan sedemikian rupa sehingga teraudit mudah dalam melakukan tindak lanjut. Temuan AMI merupakan segala sesuatu yang menyimpang atau potensial untuk menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk/ jasa. Temuan audit bukan temuan tentang individu tetapi tentang sistem yang harus diperbaiki. Maka, temuan akan menunjukkan kepada 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.

Salah satu pendekatan penulisan pernyataan temuan audit dapat dirumuskan dengan mengikuti rumusan **PLOR**.

- **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 disertakan 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.

2. Ditemukan perbedaan pernyataan mengenai jumlah tatap muka minimal dosen, yaitu tertulis sebanyak 14 kali dalam satu semester pada Pedoman Akademik Prodi “X”; dengan ketentuan pada Permenristekdikti No. 44/2015 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 teraudit.

Pada pernyataan temuan audit No. 1, 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 teraudit.

R: Permenristekdikti No. 44/2015 tentang SN Dikti Pasal 15 angka (2).

5.3.6 Rapat Penutupan

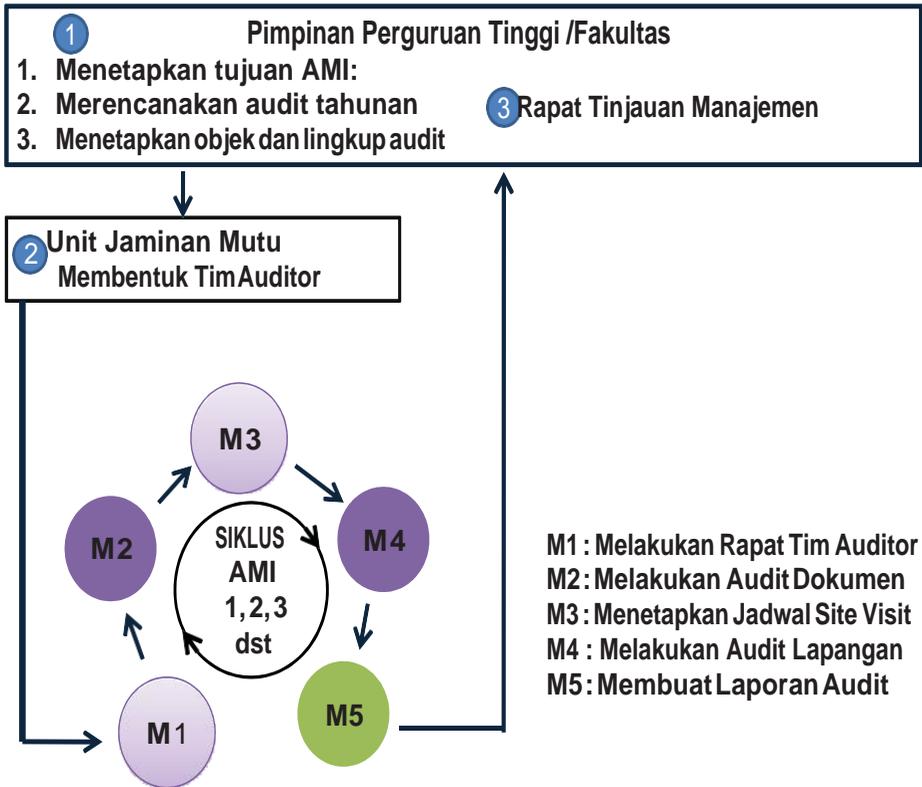
Ketua tim auditor memimpin rapat tim auditor untuk mendapatkan rumusan akhir daftar temuan AMI. Ketua bersama anggota tim auditor mengadakan rapat penutupan AMI bersama teraudit membahas temuan AMI untuk disepakati baik substansi maupun pernyataan temuan. Setelah ada kesepakatan ketua tim auditor dan teraudit bersama-sama menandatangani daftar temuan audit. Akhirnya, secara resmi ketua tim auditor menutup acara AMI dan tim auditor membuat laporan AMI untuk diserahkan pada PJ-AMI/klien yang menugaskan AMI.

Sebagai contoh, untuk AMI prodi maka rapat penutupan AMI yang dilaksanakan untuk menentukan apakah temuan yang telah diperoleh auditor disetujui atau tidak disetujui oleh kaprodi dan jajarannya. Kaprodi bisa melakukan verifikasi, pertanyaan, maupun sanggahan terhadap temuan tersebut. Temuan yang telah disetujui disusun dalam laporan audit beserta kesepakatan waktu perbaikan dan ditandatangani oleh ketua tim auditor maupun kaprodi sebagai teraudit. Dengan demikian kegiatan AMI selesai dan tim auditor mengakhiri rangkaian kegiatan AMI pada siklus tersebut. Kaprodi dan staf prodi tersebut dapat segera melakukan Rapat Tinjauan Manajemen.

Softcopy tidak untuk dicetak

RANGKUMAN

AMI dilakukan melalui tahapan yang dirangkum dalam sebuah siklus seperti ditunjukkan dalam gambar berikut



Gambar 1. Siklus Audit

Gambar di atas dapat diuraikan sebagai berikut:

1. **Langkah pertama**, pihak manajemen atau pimpinan Perguruan Tinggi (PT) atau klien menetapkan tujuan AMI,

merencanakan audit, dan menetapkan objek dan lingkup audit. Pihak manajemen PT membuat perencanaan audit termasuk mengangkat PJ- AMI. Rencana audit hendaknya disetujui klien dan dikomunikasikan kepada auditor dan teraudit. Rencana audit hendaknya dirancang fleksibel agar memungkinkan untuk diubah dalam penekanannya berdasar pada informasi yang dikumpulkan selama AMI dan memungkinkan penggunaan sumber daya yang efektif.

Rencana AMI meliputi hal-hal berikut :

- a. Tujuan, lingkup, dan area AMI
 - b. Identifikasi teraudit dan pejabat/individu yang bertanggung jawab langsung dengan tujuan dan lingkup AMI
 - c. Identifikasi dokumen acuan (kebijakan, manual, standar)
 - d. Identifikasi anggota tim AMI
 - e. Tanggal dan tempat AMI dilakukan
 - f. Identifikasi satuan organisasi yang diaudit
 - g. Waktu yang diharapkan untuk tiap-tiap aktivitas AMI
 - h. Jadwal pertemuan yang diadakan dengan manajemen teraudit
 - i. Rencana distribusi laporan audit dan tanggal penerbitan yang diharapkan
2. **Langkah Kedua**, unit yang menangani penjaminan mutu di PT diwakili oleh PJ-AMI membentuk tim auditor. Tim auditor

minimal 2 orang, namun sebaiknya berjumlah ganjil. Salah satu anggota tim auditor ditetapkan sebagai ketua tim auditor.

Siklus AMI dapat diuraikan sebagai berikut :

M1: Rapat tim auditor untuk merencanakan kaji ulang dokumen dan pembagian tugas M2: Audit Dokumen/Sistem/*Desk Evaluation*, melakukan audit dokumen/sistem sesuai

lingkup yang telah ditetapkan dengan membuat daftar tilik (*checklist*)

M3: Menetapkan jadwal audit lapangan (*site visit*): Tim auditor menetapkan jadwal audit lapangan dan menginformasikannya kepada teraudit (*auditee*).

M4: Melaksanakan audit lapangan di tempat obyek audit (Audit kepatuhan)

M5: Menyusun laporan AMI meliputi praktik baik, rekomendasi peningkatan mutu, dan temuan (KTS,OB), serta PTK (jika ada).

3. **Langkah Ketiga**, Pimpinan Perguruan Tinggi atau Fakultas melakukan Rapat Tinjauan Manajemen: manajemen melakukan kaji ulang terhadap laporan audit terutama untuk merencanakan tindak lanjut temuan audit. AMI dilakukan untuk kepentingan peningkatan mutu unit yang diaudit.

Softcopy tidak untuk dicetak



BAB VI

LAPORAN AMI

Menyusun Laporan AMI merupakan kegiatan lanjutan setelah Tim Auditor selesai melaksanakan kegiatan audit. Laporan AMI pada dasarnya merupakan laporan temuan audit. Laporan ini disusun sedemikian rupa berdasarkan hasil kegiatan Audit Dokumen dan Audit Visitasi. Laporan AMI menjadi penting, karena akan digunakan sebagai dasar penentuan kebijakan dan penyusunan rencana berikutnya. Oleh karena itu, sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban dari Tim Auditor, maka Laporan AMI harus disusun dengan baik. Beberapa kriteria penyampaian laporan yang perlu diperhatikan agar Laporan AMI menjadi optimal, diantaranya adalah: isi laporan harus ditulis lengkap, didukung fakta dan data yang akurat serta objektif. Selain itu, penyajian sedapatnya menggunakan bahasa yang lugas, jelas, tepat, sistematis, serta menarik.

6.1 Jenis dan Struktur Penulisan Laporan AMI

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

Laporan AMI baik yang bersifat sementara maupun lengkap harus memuat beberapa hal berikut.

1. Identitas teraudit (nama teraudit, institusi teraudit).
2. Identitas auditor (nama ketua dan anggota Tim Auditor).
3. Tujuan audit.
4. Ruang lingkup audit.
5. Area audit.
6. Dokumen yang diterima.
7. Tanggal audit.

8. Daftar temuan audit: pernyataan temuan audit, kategori temuan audit, dan referensi.
9. Keunggulan institusi teraudit.
10. Kesimpulan audit.
11. Lampiran audit.

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

1. Halaman Judul.
2. Halaman Identitas /Pengesahan.
3. Kata Pengantar.
4. Daftar Isi.
5. Pendahuluan, yang berisi Latar Belakang, Tujuan, Ruang Lingkup, Area Audit, dll.
6. Bagian Isi, yang berisi hal-hal pokok tentang temuan audit dan/atau intisari dari pembahasan laporan serta penyampaian pandangan auditor terhadap hal-hal yang berkaitan dengan laporan.
7. Penutup yang berisi Kesimpulan dan Saran.

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

telah disediakan, baik itu pada Laporan Sementara maupun pada Laporan Final.

6.2 Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi

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

Tinjauan Efektivitas Tindakan Koreksi akan diisi oleh auditor berikutnya, atau oleh tim pemantau yang ditetapkan oleh institusi perguruan tinggi untuk memastikan apakah tindakan koreksi yang dibuat oleh teraudit sudah ditindaklanjuti. Pada AMI sesuai dengan siklus SPMI tinjauan efektifitas ini dipastikan pada saat awal auditor memulai AMI. Apabila tindakan koreksi yang

pernah dijanjikan tidak dilakukan, maka status atau kategori temuan audit yang sama tersebut dapat dinaikkan, misalnya dari Kategori OB menjadi KTS. Contoh format Laporan Sementara Audit dan Contoh Lampiran PTK dapat dilihat pada Lampiran buku ini.

RANGKUMAN:

Tidak ada standar baku bentuk laporan AMI namun laporan harus disusun untuk mudah dipahami pihak teraudit. Laporan menjadi bahan utama dalam merumuskan tindakan peningkatan mutu, yang akan selalu dilihat efektifitasnya pada periode AMI berikutnya.

Softcopy tidak untuk dicetak



BABVII

RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

Sebagaimana disebutkan pada Bab sebelumnya, 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 1 berikut diringkas langkah-langkah pengendalian yang perlu dilakukan terhadap empat kemungkinan dari kesimpulan hasil Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi.

Tabel 1. Langkah pengendalian yang dilakukan terhadap Hasil Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi.

| Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi | Pengendalian Pelaksanaan Standar 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 dicapai. |
| Menyimpang dari Standar Pendidikan Tinggi. | Perguruan Tinggi melakukan tindakan koreksi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi agar sesuai dengan Standar Pendidikan Tinggi. |

Penetapan Pengendalian Pelaksanaan Standar pendidikan tinggi tersebut di atas, biasanya diputuskan oleh pimpinan atau manajemen melalui sebuah pertemuan atau rapat. 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 tersebut disebut

sebagai Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Berikut adalah uraian singkat tentang 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 biasanya dilakukan secara berjenjang. RTM dimulai dari jenjang yang paling rendah, kemudian meningkat hingga ke jenjang teratas. RTM tingkat fakultas, misalnya, dilakukan setelah pelaksanaan RTM tingkat jurusan/departemen/bagian. Sementara RTM tingkat universitas dilakukan setelah pelaksanaan RTM tingkat fakultas. Tindak lanjut temuan yang belum dapat diselesaikan di jurusan/departemen/bagian, maka akan dibawa pada RTM tingkat di atasnya. 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.

7.1 Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen

Apapun bentuk RTM tersebut, agenda RTM memiliki karakteristik seperti 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*.

7.2 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.

7.3 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.

7.4 Agenda Rapat Tinjauan Manajemen

Sebagaimana rapat lainnya, agenda RTM umumnya dimulai dari pembukaan, lalu dapat dilanjutkan dengan arahan dari pimpinan. Agenda berikutnya biasanya masuk ke hal pokok tentang tinjauan manajemen. 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*, dll.
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.

RANGKUMAN

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

Softcopy tidak untuk dicetak



BAB VIII

PRAKTIK BAIK PELAKSANAAN AMI

8.1 PRAKTIK BAIK PELAKSANAAN AMI DI INSTITUT PERTANIAN BOGOR

Pelaksanaan AMI di IPB, diawali dengan pelaksanaan evaluasi diri atau asesmen oleh unit (prodi dan atau fakultas), dengan mengisi instrumen yang telah disediakan. Instrumen yang diisi adalah mirip dengan instrumen dari BAN-PT yang dimodifikasi disesuaikan dengan standar standar yang telah ditetapkan IPB. Capaian nilai asesmen adalah 1, 2 dan 3. Nilai 1 artinya dibawah point 4 pada Buku 6 Matrik Penilaian BAN-PT, 2 adalah sama dengan 4 dan 3 adalah lebih dari point 4. Langkah selanjutnya adalah menetapkan ruang lingkup audit berdasarkan hasil asesmen. Hasil asesemen akan memperlihatkan standar mana saja yang masih lemah dan harus ditingkatkan. Standar yang belum mencapai standar tersebut ditetapkan sebagai

standar yang mempunyai risiko tinggi.

Berdasarkan jumlah resiko yang telah ditetapkan, selanjutnya adalah membuat Progran Kerja Audit (PKA), yang merupakan langkah yang harus dilakukan dalam pelaksanaan audit, untuk memastikan apakah benar terjadi dan mencari akar masalah, kenapa hal tersebut terjadi. Hasil dari visitasi auditor yang bekerja berdasarkan PKA, ditetapkan Ringkasan Temuan audit yang didalamnya terdapat pernyataan temuan apakah temuan tersebut bersifat observasi (OB) atau Ketidak Sesuaian (KTS). Temuan yang bersifat KTS, selanjutnya dimasukkan kedalam form Uraian Temuan (Deskripsi Temuan) yang didalamnya berisi Pernyataan Temuan, Kriteria/ Standar yang digunakan, Akar Penyebab dari adanya temuan, Dampak dari adanya temuan terhadap kinerja, Rekomendasi untuk menghilangkan akar penyebab dan atau temuan, Rencana perbaikan, dan jadwalnya serta Rencana pencegahan, dan jadwalnya. Dokumen Ringkasan Audit dan Deskripsi/Uraian Temuan, merupakan Kertas Kerja Audit (KKA), yang akan dijadikan sebagai lampiran dalam pembuatan Laporan Hasil Audit.

8.2 PRAKTIK BAIK PELAKSANAAN AMI DI UNIVERSITAS GADJAHMADA

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan kegiatan periodik di UGM dan dilaksanakan di akhir semester genap, antara bulan Mei s/d Agustus tiap tahunnya untuk seluruh Program Studi jenjang

Vokasi, Sarjana, dan jenjang Pascasarjana (S2 dan S3). Selain itu AMI juga dilakukan terhadap fakultas, hanya saja waktunya tidak tiap tahun melainkan 2 tahun sekali. Kegiatan AMI di UGM meliputi beberapa tahapan yaitu: (1) Kegiatan persiapan dan sosialisasi; (2) kegiatan pelaksanaan AMI; dan (3) kegiatan RTM serta evaluasi.

8.2.1 Kegiatan Persiapan dan Sosialisasi

Kegiatan persiapan ini dimaksudkan untuk mempersiapkan borang Evaluasi Diri Program Studi (EDPS) yang akan digunakan oleh prodi dalam melaporkan hasil proses belajar-mengajar selama satu tahun terakhir yang sudah dikerjakan. Borang EDPS mengacu pada butir-butir standar BAN-PT. Jika butir-butir standar BAN-PT berubah maka borang EDPS ini juga ikut berubah menyesuaikan. Selain mengacu pada butir-butir standar BAN-PT, borang EDPS juga diperluas dengan butir-butir mutu pada standar eksternal yang lain yang relevan, seperti ISO 9001, AUN, atau yang lainnya. Borang EDPS yang sudah siap akan diunggah di website KJM dan prodi diberi *User ID* dan *password* untuk mengakses/mengisi.

Kegiatan kedua pada persiapan ini adalah membuat materi sosialisasi dan refreshing auditor, yang isinya meliputi hasil evaluasi program AMI tahun sebelumnya, lingkup dan jadwal audit yang akan dilaksanakan pada tahun berjalan, serta daftar auditor. Materi sosialisasi ini disampaikan kepada auditor dan auditee. Materi untuk refreshing auditor juga

ditambahkan materi AMI, khususnya dalam penulisan membuat catatan audit, pernyataan temuan, dan memverifikasi temuan audit, serta ketentuan-ketentuan baru kalau ada. Diharapkan dengan adanya refreshing auditor ini akan lebih meningkatkan profesionalisme auditor AMI. Kegiatan refreshing auditor ini bersifat wajib (menjadi prasyarat) bagi auditor yang akan bertugas pada AMI tahun berjalan.

8.2.2 Kegiatan Pelaksanaan AMI

Pelaksanaan AMI prodi diawali dengan pengisian borang EDPS secara online di seluruh prodi di UGM. Prodi selain mengisi borang EDPS juga mengunggah dokumen bukti pelaksanaan atau prosedur sistemnya. Pengisian ini dikendalikan oleh Kantor Jaminan Mutu (KJM) UGM dengan cara membuka atau menutup akses pada laman pengisian EDPS. Dengan demikian prodi akan melaksanakan pengisian EDPS sesuai jadwal yang ditetapkan. Kegiatan selanjutnya auditor akan mengevaluasi borang yang sudah diisi dengan menggunakan *User ID* dan *Password* yang diberikan oleh admin KJM. Auditor menyiapkan daftar pertanyaan (*checklist*) berdasarkan EDPS yang diisi prodi, dokumen yang diunggah dan standar SNPT yang dipernyaratkan. Untuk fakultas yang sudah menerapkan sistem manajemen mutu ISO 9001, pertanyaan-pertanyaannya diperluas dengan klausul-klausul

persyaratan ISO 9001, misalnya prodi di Fakultas Teknologi Pertanian.

Kegiatan AMI dilaksanakan antara 1-2 hari per prodi dan diakhiri dengan pembuatan Laporan Audit serta penerbitan Permintaan Tindakan Koreksi (PTK). Respon terhadap PTK dibuat oleh prodi dengan menguraikan akar penyebab masalah dan rencana tindak lanjut pada setiap temuan audit. Rencana tindak lanjut ini akan diperiksa efektivitasnya oleh auditor yang bertugas pada periode audit tahun berikutnya, Auditor akan memberi catatan dan tanda tangan pada tiap lembar tindak lanjut PTK sebagai bukti telah diverifikasi. Hasil verifikasi tindak lanjut temuan audit ini bisa berupa temuan ditutup (artinya tindak lanjut sudah efektif dalam memperbaiki/menutup temuan) atau temuan masih terbuka (tindak lanjut yang dilakukan belum bisa menghilangkan temuan).

823 Kegiatan RTM dan Evaluasi Kegiatan AMI

Hasil temuan audit digunakan sebagai bahan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) untuk mengevaluasi apakah system penjaminan mutu yang ada di prodi/fakultas sudah sesuai dan efektif dalam pemastian mutu layanan pendidikan. Selain itu dalam RTM juga dibahas tentang tindak lanjut temuan audit, serta peluang peningkatan dan perubahan system manajemen mutu. RTM di UGM dilaksanakan secara berjenjang mulai dari

tingkat Departemen, Fakultas, dan Universitas. Temuan yang dapat diselesaikan di tingkat Departemen, tidak dibawa ke tingkat fakultas, jadi cukup berhenti di tingkat Departemen. Demikian selanjutnya untuk tingkat fakultas, membahas tindak lanjut temuan yang tidak bisa diselesaikan di tingkat Departemen. Kebijakan-kebijakan yang muncul sebagai hasil RTM Fakultas akan dilaporkan ke KJM. Laporan hasil RTM seluruh fakultas ini kemudian ditabulasi oleh KJM untuk selanjutnya digunakan sebagai materi RTM tingkat universitas. Hasil RTM tingkat Universitas ini akan ditindaklanjuti oleh Unit Kerja yang dimandatkan oleh rapat dan Komite Audit dan akan memantau hasil tindak lanjutnya.

Masih ada beberapa kegiatan evaluasi terhadap proses AMI yang dikerjakan KJM, antara lain mencakup: (1) merekap hasil kuesioner pengukuran kinerja auditor/atau respon teraudit, dan merekap masukan-masukan untuk perbaikan proses AMI dari kedua kuesioner tersebut, baik yang ditulis teraudit maupun auditor, (2) merekap hasil kelengkapan laporan AMI dan penulisan temuan yang nanti digunakan untuk bahan *refreshing* auditor; (3) mengukur tingkat kepuasan pelanggan terhadap semua kegiatan layanan KJM kepada prodi/fakultas termasuk di dalamnya kegiatan AMI.

Demikian kegiatan yang diuraikan diatas akan selalu berulang sesuai siklus SPMI yang ada dan diharapkan makin meningkat di

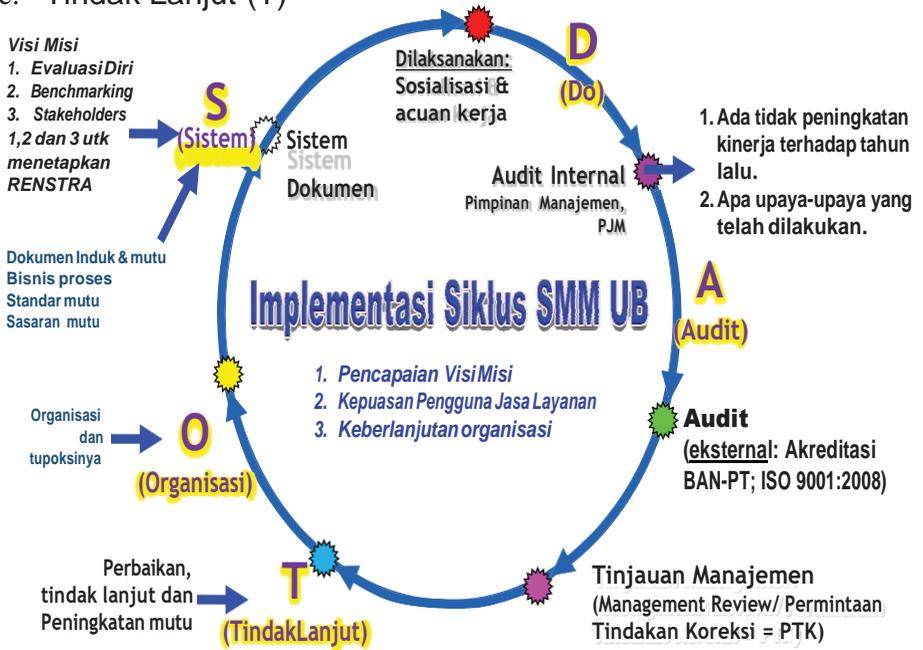
setiap tahunnya. Keberhasilan AMI sangat bergantung pada kerja tim, yaitu: **pimpinan universitas** dengan kebijakannya, **pimpinan fakultas** dengan komitmennya untuk peningkatan mutu berkelanjutan dari prodi yang dikoordinir, **prodi** dengan selalu fokus pada *customernya* sehingga selalu ingin memberikan kepuasan kepada *customernya* pada setiap layanannya, **auditor** yang bekerja secara profesional, dan **tim admin** untuk perekaman kegiatan dan semua kegiatan evaluasinya. *Ginong prati dino* (perbaiki setiap hari).

8.3 PRAKTIK BAIK PELAKSANAAN AMI DI UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Universitas Brawijaya (UB) menerapkan langkah-langkah untuk inisiasi SPMI yang disebut “siklus penjaminan mutu” (Gambar 1), yaitu OSDAT yang diturunkan dari siklus manajemen *Plan Do Check Action* (PDCA). Pada prinsipnya OSDAT ini menyerupai siklus PPEPP (Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian dan Peningkatan Standar), namun diterapkan pada organisasi penjaminan mutu. OSDAT adalah singkatan dari:

- a. Menyusun organisasi penjaminan mutu (O)
- b. Menyusun sistem berupa Kebijakan dan Sistem Dokumen (kebijakan SPMI, standar SPMI, manual SPMI, SOP dan formulir SPMI) (S)
- c. Sistem dijalankan (sosialisasi dan menjadi acuan kerja) (D)

- d. Melakukan Audit Internal Mutu (AIM) satu siklus penjaminan mutu (A)
- e. Tindak Lanjut (T)



Gambar Tahapan Implementasi SPMI di UB

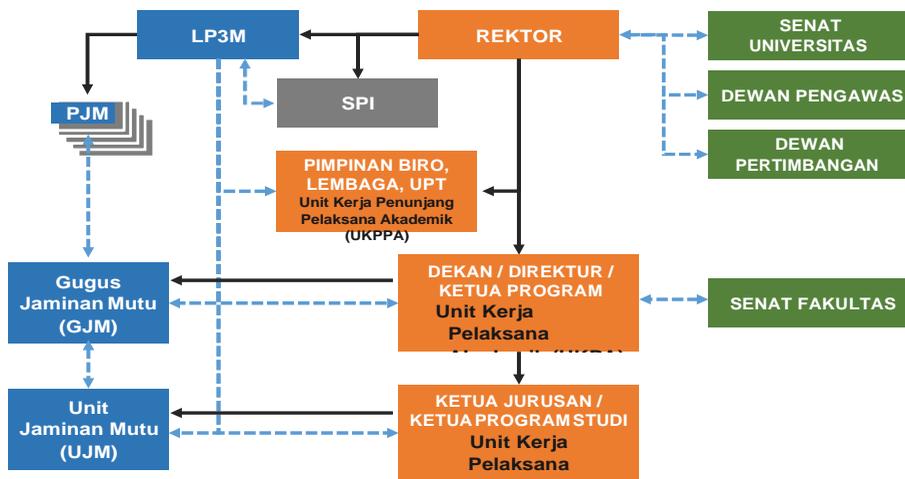
Secara umum, organisasi penjaminan mutu di UB adalah unit kerja fungsional yang melekat dengan unit kerja struktural, sehingga dalam menjalankan tugas dan fungsinya selalu melibatkan pejabat struktural. Dalam hal ini, antara unit penjaminan mutu di universitas (Pusat Jaminan Mutu PJM), fakultas/program (Gugus Jaminan Mutu GJM) dan jurusan/PS (Unit Jaminan Mutu UJM) terdapat hubungan koordinasi, serta masing-masing bertanggung jawab terhadap pimpinan unit kerja

(Gambar 2).

Pusat Jaminan Mutu (PJM) di tingkat universitas mempunyai tugas pokok membantu Rektor melalui Ketua Lembaga Pengembangan Pendidikan dan Penjaminan Mutu (LP3M) dalam menyusun dan mengkoordinasi implementasi SPMI di UB. Sesuai mandat tersebut, maka struktur organisasi PJM disesuaikan dengan kebutuhan pemenuhan tugas dan fungsi. Pusat Jaminan Mutu (PJM) UB memiliki visi “membudayakan sistem penjaminan mutu internal (SPMI) di UB dalam rangka menuju *world class entrepreneurial university*”. Untuk

mewujudkan visi tersebut, PJM UB menetapkan misi berikut:

- a. Mengembangkan dan mengimplementasikan SPMI di UB secara berkelanjutan.
- b. Berpartisipasi aktif dalam pengembangan *early warning system*.
- c. Menjadikan UB sebagai *center of excellence* dalam SPMI.



Gambar 2 Struktur Organisasi Penjaminan Mutu UB

Apabila di beberapa perguruan tinggi lainnya audit mutu dikenal dengan nama Audit Mutu Internal (AMI), namun di UB kegiatan serupa disebut Audit Internal Mutu (AIM) yang dalam Bahasa Inggris artinya “Tujuan”, sehingga kegiatan AIM UB ini adalah sebuah kegiatan yang memiliki tujuan, yakni untuk memperbaiki diri. Implementasi SPMI di UB dimonitor melalui AIM yang diselenggarakan secara periodik untuk mengukur terpenuhinya persyaratan Sistem Manajemen Mutu (SMM) dan juga Standar Mutu yang ditetapkan universitas, kegiatan ini dikoordinir oleh PJM. Selain itu, ada lagi audit keuangan, aset dan sumberdaya non akademik yang dilakukan oleh Satuan Pengawasan Internal (SPI). Di awal tahun 2007, AIM dilakukan dua kali dalam setahun dalam dua tahap, yakni berupa audit sistem dan audit kepatuhan. Selanjutnya dalam 5 tahun terakhir menjadi sekali dalam setahun yang merupakan audit kepatuhan terhadap standar yang ditargetkan. AIM untuk Unit Kerja Pelaksana Akademik (UKPA: fakultas, jurusan, program studi) telah dilakukan sebanyak 16 siklus dalam 11 tahun terakhir. Sementara itu, AIM untuk Unit Kerja Penunjang Pelaksana Akademik (UKPPA: Biro, Pusat, Lembaga, UPT) telah dilakukan sebanyak 10 siklus. AIM pada laboratorium dilakukan sebanyak 6 siklus. Untuk kegiatan ini ruang lingkup AIM ditetapkan rektor, didukung oleh auditor sebanyak 475 orang, dan pelaksanaannya berkoordinasi dengan GJM dan UJM. Pada awalnya, AIM dilakukan secara manual, namun sejak tahun 2014 dikembangkan

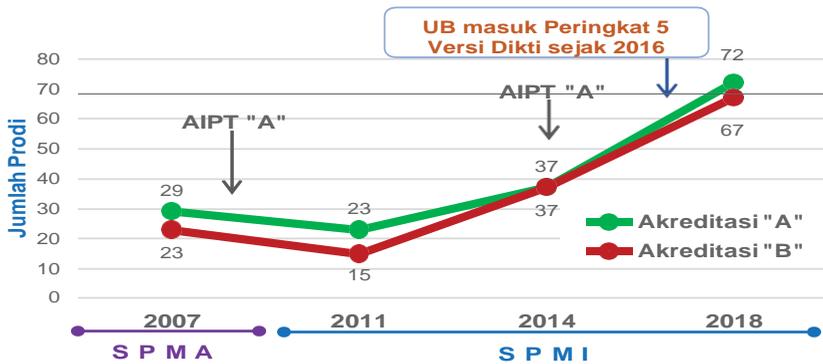
menggunakan Sistem Informasi Audit Internal Mutu (SIAIM) secara *online* (<http://siaim.ub.ac.id/>). Laporan AIM setiap tahun dilaporkan pada rektor untuk dapat segera ditindak lanjuti oleh masing masing unit di lingkungan UB.

Untuk kegiatan AIM di UB, dibutuhkan banyak auditor mengingat jumlah unit yang diaudit hampir 400 unit termasuk laboratorium yang jumlahnya paling banyak. Pelatihan auditor sebelumnya hanya menguji pemahaman dan kemampuan menjadi auditor, namun

dalam 3 tahun terakhir PJM UB melaksanakan tes psikologi juga guna menseleksi auditor yang handal dan berkemampuan prima. Sebelum bertugas sebagai auditor, selalu diminta kesediaannya dan diharuskan mengikuti kegiatan *refreshing auditor*, sehingga memahami tentang tugas sebagai auditor di setiap siklus audit. Hal ini sangat penting mengingat bahwa lingkup audit seringkali dinamis sesuai dengan perkembangan peraturan, dan mengikuti standar mutu UB yang telah ditetapkan sebagai Peraturan Universitas no 1 Tahun 2017.

Penerapan Sistem Penjaminan Mutu Akademik (SPMA) (sejak 2005) dan SPMI (sejak 2007) berdampak baik dalam pelaksanaan manajemen mutu di setiap unit kerja, selain membudayakan mutu, meningkatkan *academic peer review* dan *academic atmosphere*, juga meminimalkan ketidakpatuhan pada regulasi serta menghindari kinerja yang tidak sesuai harapan. Hal

ini dibuktikan dengan peningkatan jumlah prodi terakreditasi Baik “B” dan Sangat Baik “A” di UB (Gambar 3).



Gambar 3 **Lesson Learnt** Penerapan SPMI pada Peningkatan Jumlah Prodi Terakreditasi “A” dan “B” di UB (data per Pebruari 2018)

Hasil kegiatan AIM juga dipergunakan sebagai salah indikator dalam penetapan pemenang penghargaan tahunan mutu di UB yang disebut UBAQA (Universitas Brawijaya Annual Quality Award), sehingga harapannya akan terjadi semangat kompetisi untuk menjalankan peningkatan mutu. Selain hasil AIM, ada beberapa komponen penilaian lainnya, antara lain peringkat akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, serta penilaian indeks kepuasan masyarakat (IKM) yang dipergunakan dalam penilaian nilai UBAQA. Pengumuman pemenang biasanya disampaikan pada upacara peringatan Hari Kemerdekaan Indonesia pada tanggal 17 Agustus, sehingga ada kebanggaan dengan tepuk tangan meriah setiap kali nama pemenang disebutkan. Demikian sekilas praktek baik pelaksanaan AMI di UB, semoga bermanfaat untuk perguruan tinggi lainnya. Apabila

berkenan perguruan tinggi bisa bergabung dalam organisasi Forum Penjaminan Mutu Perguruan Tinggi Indonesia (FPMPTI) yang informasinya bisa diakses lewat (<http://pjm.ub.ac.id/fpmpti>). Salam mutu dari Universitas Brawijaya di Malang, Jawa Timur.

Softcopy tidak untuk dicetak



BABIX

STRATEGI PENGEMBANGAN IMPLEMENTASI AUDIT MUTU INTERNAL

Implementasi AMI diharapkan membantu pihak pengelola perguruan tinggi dalam peningkatan mutu. Oleh karena itu hal utama yang diperlukan ialah pemahaman bersama segenap komponen perguruan tinggi tentang audit mutu internal serta bagaimana memanfaatkan hasil audit untuk peningkatan mutu. Pemerintah melalui Direktorat Penjaminan Mutu akan membantu pengembangan AMI di perguruan tinggi dalam bentuk, antara lain:

- a. Sosialisasi AMI
- b. Pelatihan auditor mutu internal
- c. Pendampingan AMI
- d. Layanan konsultasi bagi perguruan tinggi dalam pengembangan AMI

Kegiatan implementasi AMI diharapkan merupakan kegiatan yang bersifat *internally driven*, jadi perguruan tinggi melakukan AMI atas inisiatif sendiri tanpa adanya paksaan sebagai upaya percepatan peningkatan mutu dalam rangka pemenuhan standar Dikti atau melampauinya. Dari sisi perguruan tinggi maka diperlukan upaya peningkatan implementasi AMI dan pemanfaatannya antara lain dengan cara:

- a. Melaksanakan sosialisasi/internalisasi paradigma pengelolaan perguruan tinggi yang ber- orientasi pada mutu secara berkelanjutan.
- b. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia secara sistematis baik kepada dosen mau- pun tenaga kependidikan; Pengembangan SDM perguruan tinggi dalam implementasi AMI perlu mendapatkan perhatian khusus karena hal tersebut akan sangat menentukan keberhasilan AMI.
- c. Menjadikan Evaluasi diri PT sebagai praktik baik dari siklus peningkatan mutu terutama sebelum AMI dilakukan.
- d. Mengembangkan standar pelaksanaan AMI, standar auditor, kode etik auditor secara berkelanjutan.
- e. Melakukan penguatan mekanisme kerjasama, *sharing* dan *benchmarking* antar perguruan tinggi untuk penguatan mutu.
- f. Mengintegrasikan hasil AMI dalam proses penetapan kebijakan dan proses pengembangan institusi.



BABX

PENUTUP

Buku Pedoman Audit Mutu Internal ini merupakan dokumen hidup yang dikembangkan sebagai inspirasi bagi perguruan tinggi dalam mengembangkan SPMI, khususnya AMI. Melalui pengembangan AMI diharapkan pengembangan SPMI menjadi lebih komprehensif serta perguruan tinggi memiliki mekanisme internal untuk memenuhi kebutuhannya dalam hal peningkatan mutu. Dengan implementasi AMI maka proses PPEPP atau peningkatan mutu berkelanjutan akan berjalan dengan baik sehingga diharapkan semua perguruan tinggi semakin berkualitas.



REFERENSI

Guide to AUN-QA Assessment at Programme Level, Version 3.0; 2015. ASEAN University Network. Thailand.

Pedoman evaluasi diri untuk akreditasi program studi dan institusi perguruan tinggi, 2010. Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi. Jakarta.

Peraturan BAN-PT Nomor 2 tahun 2017 tentang Sistem Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi. Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi. Jakarta.

Peraturan BAN-PT Nomor 4 tahun 2017 tentang Penyusunan Instrumen Akreditasi. Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi. Jakarta.

Permenristek dikti nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

Prosedur Pelaksanaan evaluasi diri satuan pendidikan. Kantor Jaminan Mutu. 2005. Universitas Gadjah Mada.

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.

Tim Penyusun Buku Pedoman Audit Mutu Internal (AMI)

Dr. Ir. J. Pramana Gentur Sutapa, M.Sc.

Prof. Dr. L. Hartanto Nugroho, M.Agr

Prof. Dr. Nyoman Sadra Dharmawan

Dr. Retno Indrati

Ir. Achmad Wicaksono, M.Eng., Ph.D

Dr. Wonny Ahmad Ridwan, SE., M.M.

Penyunting

Masluhin Hajaz, S.T.

Lampiran

1. Contoh dokumen Evaluasi Diri Program Studi S3 Universitas X

| Std. | Kriteria dan Subkriteria | Leveling | Catatan |
|---|---|--|---------|
| 1. Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Jurusan/Prodi serta 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 : Strategi pencapaian sasaran: didukung dokumen yang cukup lengkap. | |
| | | 2 : Strategi pencapaian sasaran: 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 sah dan andal bahwa sistem tata pamong menjamin terwujudnya visi, | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>pilar tata pamong yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kredibel 2. transparan 3. akuntabel 4. bertanggung jawab 5. adil. <p>Tata pamong menjamin terwujudnya visi, terlaksanakannya misi, tercapainya tujuan, berhasilnya strategi yang digunakan secara kredibel, transparan, akuntabel, bertanggung jawab, dan adil.</p> | <p>terlaksanakannya misi, tercapainya tujuan, berhasilnya strategi yang digunakan, memenuhi lima pilar berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kredibel, 2. transparan, 3. akuntabel, 4. bertanggung jawab, (5) adil. <p>4 : Adanya dokumen, data dan informasi yang sah 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.</p> <p>3 : Adanya dokumen, data dan informasi yang sah 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.</p> <p>2 : Adanya dokumen, data dan informasi yang sah 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.</p> <p>1 : Tidak ada dokumen, data atau informasi yang sah dan andal bahwa sistem tata pamong menjamin penyelenggaraan perguruan tinggi.</p> | |
| 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 | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>kepemimpinan operasional, kepemimpinan organisasi, dan kepemimpinan publik.</p> | <p>publik.</p> <p>4: Kepemimpinan program studi memiliki karakter kepemimpinan yang kuat dalam dua dari karakteristik berikut: (1) kepemimpinan operasional, (2) kepemimpinan organisasi, (3) kepemimpinan publik .</p> <p>3: Kepemimpinan program studi memiliki karakter kepemimpinan yang kuat dalam salah satu dari karakteristik berikut: (1) kepemimpinan operasional, (2) kepemimpinan organisasi, (3) kepemimpinan publik .</p> <p>2: Kepemimpinan program studi lemah dalam karakteristik berikut: (1) kepemimpinan operasional, (2) kepemimpinan organisasi, (3) kepemimpinan publik.</p> <p>1 : Tidak ada skor</p> | |
| 9 | <p>2.3. Sistem pengelolaan. Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi mencakup:</p> <p>(1) perencanaan, (2) pengorganisasian, (3) pengembangan staf, (4) pengawasan, (5) pengarahan, (6) representasi, dan (7) penganggaran yang dilaksanakan secara efektif.</p> <p>Hal ini dicirikan dengan adanya dokumen:</p> <p>1. Renstra fakultas/ universitas 2. Rencana pengembangan program studi 3. <i>Standard</i></p> | <p>5 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi berjalan sesuai dengan SOP/ MP, yang didukung dokumen yang lengkap.</p> <p>4 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi dilakukan dengan baik, sesuai dengan SOP/ MP, namun dokumen kurang lengkap.</p> <p>3 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi dilakukan hanya sebagian sesuai dengan SOP/ MP dan dokumen kurang lengkap.</p> <p>2 : Sistem pengelolaan fungsional dan operasional program studi dilakukan tidak sesuai dengan SOP/ MP.</p> <p>1 : Tidak ada skor</p> | |

| | <i>Operating Procedure</i> (SOP)/ Manual Prosedur (MP) | | |
|----|--|---|--|
| 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 <i>ad hoc</i> . 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. Penjarangan umpan balik dan tindak lanjutnya. Sumber umpan balik antara lain dari: dosen, mahasiswa, alumni, pengguna lulusan. Pelaksanaan | 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/ | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | secara berkala (minimum sekali dalam tiga tahun) Tindak lanjut untuk perbaikan kurikulum, pelaksanaan proses pembelajaran, dan peningkatan kegiatan program studi. | 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 keberlanjutan (<i>sustainability</i>) program studi. Upaya-upaya yang telah dilakukan penyelenggara program studi untuk menjamin keberlanjutan (<i>sustainability</i>) 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. | 5 : Ada bukti semua usaha dilakukan dengan hasil yang baik. 4 : Ada bukti empat usaha dilakukan dengan hasil yang baik. 3: Adabukti 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. | |

| No | Referensi/Standar/Butir Mutu | Pertanyaan | Hasil Observasi/Audit/Visitasi (catatan audit) | Y* | T* | Catatan Khusus |
|----|---|---|--|----|----|-----------------|
| | Dan Standar 2 BAN-PT tentang tata kelola dan SPM | yang diberikan 3. Program kerja 4. Implementasi dan rekaman program 5. Apakah SPM sudah dilengkapi dengan Dokumen Mutu? | admin (untuk pengendalian data). Strukturnya langsung di bawah Dekan. | | | 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 tahun semakin 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 rescue untuk penyelesaian problem komunikasi dengan dosen. Dibuat sistem? Pemantauan masa studi belum | | | |

| No | Referensi/Standar/Butir Mutu | Pertanyaan | Hasil Observasi/Audit/Visitasi (catatan audit) | Y* | T* | Catatan Khusus |
|----|------------------------------|------------|---|-----------|----|----------------|
| | | | <p>menghitung mhs yang lulus tepat waktu.</p> <p>Konfirmasi dengan dosen:</p> <p>Program S3 :</p> <p>> 4 tahun. Problem mhs masuk blm membawa proposal yang matang, ujian komprehensif blm dijalankan oleh mhs semester 5-6.</p> | X (OB) | | |

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

Yogyakarta, 5 Juni 2012

Auditor

(_____)

3. Contoh Formulasi Temuan Audit

Temuan adalah

- 9 Segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar
- 9 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:

- 9 Harus berdasarkan fakta
- 9 Harus ringkas dan jelas
- 9 Tidak memasukkan opini
- 9 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:

- 9 Silabus tidak dikendalikan
- 9 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:

9 Pelatihan karyawan tidak mencapai sasaran

9 Beberapa karyawan di Bagian Tata Usaha belum paham mengenai isi Kebijakan Mutu

Format penulisan temuan audit seperti diuraikan di halaman berikut ini.

TEMUAN AUDIT

Teraudit: _____

Auditor: _____

Lingkup: _____

Tgl: _____

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

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Fakultas | |
| Program Studi | |
| Alamat | |
| Nama Kaprodi | |
| Tanggal Audit | |
| Ketua Auditor | Nama : Fakultas : |
| Anggota Auditor | Nama : Fakultas : |
| 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. Luaran dan capaian 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: <input type="checkbox"/> KTS <input checked="" type="checkbox"/> Observasi | | |
| Standar/ Kriteria | Standar 6 tentang Pendidikan | | |
| <i>Sistem pengujian tugas akhir belum memiliki SOP dan tata tertib terdokumentasi.</i> | | | |
| Tanda Tangan Auditor | Tanda Tangan | Tanggal : | 1 Januari 20XX |
| Akar Penyebab (<i>diisi oleh teraudit & ditandatangani</i>): | | | |
| <i>Proses ujian tugas akhir masih menggunakan aturan yang sangat umum dan berdasarkan kebiasaan tidak tertulis.</i> | | | |
| Tanda Tangan Teraudit | Tanda Tangan | Tanggal : | 1 Januari 20XX |

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

Softcopy tidak untuk dicetak