KEPUTUSAN KETUA STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU
NOMOR : 13 TAHUN 2020

TENTANG

PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL
SEKOLAH TINGGI AGAMA ISLAM NEGERI SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
KETUA STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

Menimbang :

a. Bahwa dalam rangka pelaksanaan Audit Mutu Internal pada Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau, perlu ditetapkan Pedoman Audit Mutu Internal, sebagai pedoman dalam melakukan Audit Mutu Internal dilingkungan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau;
b. Bahwa bedasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud pada huruf a, maka perlu ditetapkan melalui surat keputusan.

Mengingat :

1. Undang – undang No.17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang – undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
3. Undang – undang No.12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
5. Peraturan Pemerintah No. 46 Tahun 2019 Tentang Pendidikan Tinggi Keagamaan;
6. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 178/PMK.05/2018 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 190/PMK.05/2012 Tentang Tata Cara Pembayaran dalam Rangka Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
7. Undang-undang nomor 12 Tahun 2012 pada pasal 52 menjelaskan bahwa Penjaminan Mutu merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan.
8. Permenristekdikti No. 62 Tahun 2016 tentang SPM Dikti.
9. Peraturan Menteri Agama Republik Indonesia No. 9 Tahun 2017 tentang Pendirian Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau;
10. Peraturan Menteri Agama Republik Indonesia No. 10 Tahun 2017 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau;
11. Peraturan Menteri Agama Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 tentang Statuta STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau;
12. Keputusan Menteri Agama Republik Indonesia Nomor : B.II/3/5299 Tahun 2018 Tentang Ketua Sekolah Tinggi Agama Islam Negeri Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN KETUA STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU TENTANG PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL SEKOLAH TINGGI AGAMA ISLAM NEGERI SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

KESATU : Penetapan Pedoman Audit Mutu Internal, sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari keputusan ini

KEDUA : Pedoman Audit Mutu Internal seperti tersebut dalam surat keputusan ini digunakan sebagai Pedoman untuk Audit Mutu Internal di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau

KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Keputusan ini akan diubah dan diperbaiki kembali sebagimana mestinya.

Ditetapkan di Bintan
Pada Tanggal : 06 Januari 2020
KETUA



Dr. MUHAMMAD FAISAL, M.Ag
NIP. 19750324 200604

PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL

STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

STAIN SULTAN ABDURRAHMAN
KEPULAUAN RIAU TAHUN 2020

Lembar Pengesahan

PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

Kode Dokumen	: 18765
Revisi	: 0
Tanggal Berlaku	: 1 Januari 2020

Disahkan oleh	Diperiksa oleh	Dibuat oleh
Dr. Muhammad Faisal, M.Ag	Fadhila Yonata, M.Pd.	Muhammad Alfan Sidik, M.Hum.

TIM PENYUSUN
PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL
STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

Pengarah :
Dr. Muhammad Faisal, M.Ag
Aris Bintania, M.Ag

Penanggung Jawab :
Fadhila Yonata, M.Pd
Dwi Vita Lestari.S, M.Pd

Pelaksana :
M.Alfan Sidik, M.Hum
Ramandha Rudwi Hantoro, M.Pd
Nahrim Ajmain, M.A
Mhd. Abror M.Ag
Aulia Rahman, M.E.I
Syukri E. Nurintan Sinaga, M.Sos
Kandar, S.Pd

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN **2**

TIM PENYUSUN **3**

DAFTAR ISI **4**

DAFTAR GAMBAR **7**

DAFTAR TABEL **8**

KATA PENGANTAR **9**

KEPUTUSAN KETUA STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU **10**

BAB I: PENDAHULUAN **12**

1.1 LATAR BELAKANG AUDIT MUTU INTERNAL 12
1.2 DASAR HUKUM AMI 14
1.3 SISTEMATIKA PEDOMAN AMI 16

BAB II: AUDIT MUTU INTERNAL **17**

2.1 PENGERTIAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) 17
2.2 TUJUAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) 18
2.3 MANFAAT AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) 19
2.4 SASARAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) 20
2.5 URAIAN TUGAS DALAM AUDIT 21
2.6 AUDIT MUTU INTERNAL DALAM SIKLUS PPEPP SPMI 22

BAB III: TATA KELOLA AUDIT MUTU INTERNAL **23**

3.1 SUMBER DAYA AUDITOR 23
3.2 KRITERIA DAN KUALIFIKASI AUDITOR 24
3.3 MEKANISME REKRUTMEN AUDITOR AMI 25
3.4 STRUKTUR KERJA AUDITOR 26
3.5 FUNGSI, KEDUDUKAN, WEWENANG DAN TANGGUNGJAWAB AUDITOR 27
3.6 AUDITOR LINTAS PTKIN DAN KETENTUAN 29
3.7 SISTEM PENGHARGAAN AUDITOR 29

BAB IV: PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL **31**

4.1 PENGERTIAN 31
4.2 PERUMUSAN KEBIJAKAN, TUJUAN, PERAN DALAM AMI 32
4.3 PENENTUAN LINGKUP DAN AREA 34
4.4 DETAIL PERENCANAAN AUDIT 37
4.5 PENENTUAN TIM AUDITOR 38
4.6 PENENTUAN JADWAL DAN TEMPAT 40
4.7 PERSIAPAN DOKUMEN 40

BAB V: PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL **42**

5.1 PENGERTIAN AUDIT DOKUMEN *(DESK EVALUATION)* 42
5.2 PELAKSANAAN AUDIT DOKUMEN 43
5.3 PENCERMATAN HASIL EVALUASI DIRI, DOKUMEN DAN REKAMAN 44
5.4 PEMBUATAN DAFTAR TILIK/*CHECKLIST* 47
5.5 RAPAT PEMBUKAAN DAN PELAKSANAAN AUDIT LAPANGAN/VISITASI 48

5.6 PENINJAUAN HASIL AUDIT SEBELUMNYA 51
5.7 TEKNIK WAWANCARA/BERTANYA 52
5.8 TEKNIK TELUSUR 55
5.9 PENGUMPULAN BUKTI AUDIT DAN DOKUMEN 55
5.10 PERUMUSAN TEMUAN AUDIT 57
5.11 EKSPOS DAN RAPAT PENUTUPAN AUDIT 59

BAB VI: LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL 62

6.1 JENIS DAN STRUKTUR PELAPORAN AMI 62
6.2 PEMBUATAN LAPORAN TINDAKAN KOREKSI 65
6.3 TINDAK LANJUT PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI (TL-PTK) 66

BAB VII: RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN AUDIT MUTU INTERNAL 67

7.1. DEFINISI RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 67
7.2 TUJUAN RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 68
7.3 KARAKTERISTIK RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 68
7.4 PROSEDUR RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 69
7.5. AGENDA RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 70
7.6. MATERI RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 71
7.7 PESERTA RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 72
7.8 LUARAN RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 72
7.9 TINDAK LANJUT HASIL RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN (RTM) 73

BAB VIII: AUDIT TINDAK LANJUT 75

8.1 PENYAMPAIAN TINDAK LANJUT PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI 75
8.2 PENJADWALAN AUDIT TINDAK LANJUT 76
8.3 PELAKSANAAN AUDIT TINDAK LANJUT (ASESSMEN TINDAK LANJUT) 77
8.4 PELAPORAN AUDIT TINDAK LANJUT 77

BAB IX: KODE ETIK AUDIT MUTU INTERNAL 79

9.1 PENGERTIAN KODE ETIK 79
9.2 TUJUAN KODE ETIK 80
9.3 PRINSIP-PRINSIP AUDIT MUTU INTERNAL 80
9.4 AZAS AUDITOR 81
9.5 KODE ETIK AUDITOR DAN AUDITEE 82
9.6 HAK DAN KEWAJIBAN AUDITOR DAN AUDITEE 84
9.7 SANKSI AUDITOR DAN AUDITEE 85

BAB X: PENUTUP 86

REFERENSI 87

LAMPIRAN 1: RENCANA TAHUNAN AUDIT MUTU INTERNAL 89

LAMPIRAN 2: STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP) KEGIATAN AMI 91

LAMPIRAN 3: JADWAL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL 99

LAMPIRAN 4: SK PENETAPAN AUDITOR DAN AUDITEE FINAL 100

LAMPIRAN 5: SURAT PEMBERITAHUAN KEGIATAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI) 101

LAMPIRAN 6: FORMULIR CHECKLIST AUDIT 102

LAMPIRAN 7: FORMULIR DAFTAR PERTANYAAN AUDIT MUTU INTERNAL 103

LAMPIRAN 8: FORMULIR HASIL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL.....111

LAMPIRAN 9: REKAP HASIL PENILAIAN PROSES PEMBELAJARAN 112

LAMPIRAN 10: INSTRUMEN PENILAIAN PROSES PEMBELAJARAN 113

LAMPIRAN 11: FORMULIR AUDIT MUTU 9 KRITERIA 114

LAMPIRAN 12: REGISTRASI AMI, HASIL PELAKSANAAN AMI, RANGKUMAN PELAKSANAAN AMI.....115

LAMPIRAN 13: LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL 118

LAMPIRAN 14: LAPORAN TEMUAN AMI 121

LAMPIRAN 15: BERITA ACARA HASIL RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN 124

LAMPIRAN 16: SURAT PERINGATAN 125

LAMPIRAN 17: FORM PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI 126

LAMPIRAN 18: FORM TINDAKAN KOREKSI 127

LAMPIRAN 19: PERMINTAAN TINDAK LANJUT KOREKSI 128

LAMPIRAN 20: LAPORAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT MUTU INTERNAL 129

Daftar Gambar

Gambar 1.1 Sistematika Pedoman AMI 16
Gambar 2.1 Kedudukan AMI dalam SIKLUS PPEPP 22
Gambar 5.1 Analisis SWOT dan Prioritas Strategi Pengembangan 46
Gambar 7.1 Alur RTM AMI 71

Daftar Tabel

Tabel 5.1 Contoh Daftar Tilik 48
Tabel 6.1 Struktur Penulisan Laporan AMI 63
Tabel 8.1 Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut 78
Tabel 8.2 Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut 78

Kata Pengantar

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

Buku ini merupakan Pedoman Audit Mutu Internal yang disusun oleh tim yang terdiri dari pengelola Lembaga/ pusat penjaminan mutu dari 42 UIN/ IAIN/ STAIN seluruh Indonesia. P2M STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau adalah salah satu tim aktif dalam proses penyusunan yang selanjutnya diadaptasi sesuai dengan konteks STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau.

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

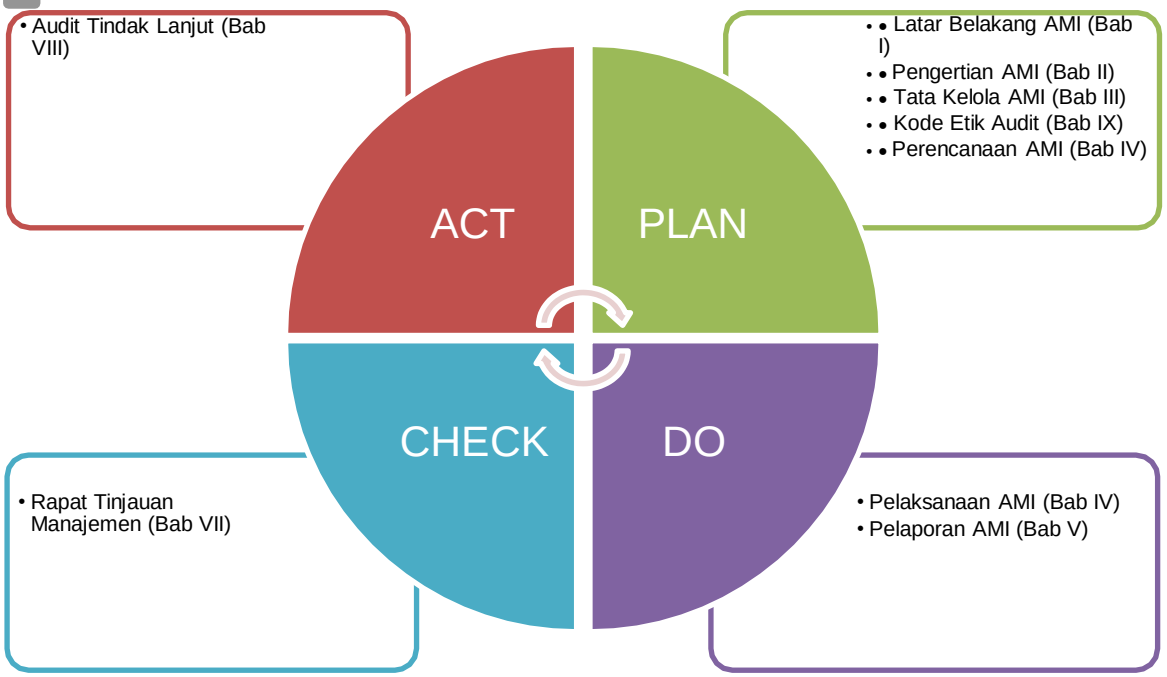
Secara garis besar buku ini menguraikan tentang prosedur mengaudit mutu akademik STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau termasuk prinsip-prinsip audit, pengelolaan program audit dan melakukan audit sistem manajemen. Pedoman ini juga mengatur tentang evaluasi kompetensi individu yang terlibat dalam proses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

Ucapan terimakasih disampaikan pada seluruh pihak khususnya tim penyusun lintas PTKIN yang telah mewujudkan Pedoman Audit Mutu Internal. Insya Allah menjadi amal jariyah. Akhirnya, semoga Pedoman Audit Mutu Internal STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau dapat dijadikan panduan pengauditan di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. Terimakasih.

Wassalamu"alaikum wr wb,

Ketua

Dr. Muhammad Faisal, M.Ag


• Audit Tindak Lanjut (Bab VIII)
ACT
PLAN
• • Latar Belakang AMI (Bab I)
• • Pengertian AMI (Bab II)
• • Tata Kelola AMI (Bab III)
• • Kode Etik Audit (Bab IX)
• • Perencanaan AMI (Bab IV)
CHECK
DO
• Rapat Tinjauan Manajemen (Bab VII)
• Pelaksanaan AMI (Bab IV)
• Pelaporan AMI (Bab V)

BAB I: PENDAHULUAN

Deskripsi:

Bab ini membahas tentang latar belakang audit mutu internal, dasar hukum AMI dan sistematika pedoman AMI

1.1 Latar Belakang Audit Mutu Internal

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

Mutu STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau adalah adanya tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi dan standar yang ditetapkan oleh perguruan tinggi. Untuk melihat kesesuaian tersebut dilakukan Audit Mutu Internal yang merupakan kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu perguruan tinggi terutama mutu secara berkelanjutan yang prosesnya melalui penilaian secara sistematik, mandiri, dan terdokumentasi. Audit Mutu Internal dapat dikatakan sebagai evaluasi diri dan sebagai bentuk persiapan dalam rangka dievaluasi oleh pihak eksternal seperti BAN PT maupun lembaga akreditasi lainnya. Karenanya evaluasi diri perlu disiapkan dengan tahapan yang benar serta analisis yang memadai agar menghasilkan rekomendasi dalam peningkatan mutu tepat sasaran.

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

Pentingnya audit mutu pendidikan tinggi adalah untuk mengetahui tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi yang terdiri atas Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. Mutu pendidikan tinggi perlu dijaga keberlangsunganya, karena menyangkut dengan kualitas penyelenggaraan pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan. Oleh karena itu, dalam pelaksanaan penjaminan mutu harus didasarkan atas adanya dokumen, yaitu dokumen akademik dan dokumen mutu. Dokumen akademik sebagai rencana atau standar yang memuat tentang arah/kebijakan, visi-misi, standar pendidikan, penelitian, dan pengabdian pada masyarakat, serta peraturan akademik. Sedangkan dokumen mutu sebagai instrumen untuk mencapai dan memenuhi standar yang telah ditetapkan. Dokumen mutu terdiri dari manual mutu, manual prosedur, instruksi kerja, dokumen pendukung, dan borang. Untuk menjamin bahwa standar yang telah ditetapkan dilaksanakan, dipenuhi, dievaluasi, dan ditingkatkan maka diperlukan monitoring dan evaluasi, evaluasi diri, dan audit internal.

Audit Mutu Internal STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau diselenggarakan dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja lembaga sehingga dapat memberikan pelayanan pendidikan kepada penggunanya. Penyelenggaraan Audit Mutu Internal yang bersifat periodik akan memberi gambaran secara baik tentang perkembangan dan perubahan pada masing-masing tahapan di perguruan tinggi secara sistematis dan kohesif.

Secara umum yang dimaksud dengan penjaminan mutu adalah proses penetapan dan pemenuhan standar pengelolaan secara konsisten dan berkelanjutan, sehingga untuk pelaksanaan Audit Mutu Internal diperlukan buku pedoman pelaksanaan Audit Mutu Internal SPMI untuk perguruan tinggi yang dilaksanakan setiap tahun.

Dalam pelaksanaannya, sebelum dilakukan AMI setiap perguruan tinggi disarankan untuk menetapkan kebijakan AMI yang memuat beberapa aspek diantaranya: tujuan, sasaran, lingkup kegiatan yang diaudit, unit kerja yang akan diaudit, auditor, metode pelaksanaan audit, instrument audit, waktu dan jadwal audit, serta pelaporan dan tindaklanjut hasil audit.

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

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

1.2 Dasar Hukum AMI

Landasan hukum pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau adalah sebagai berikut:

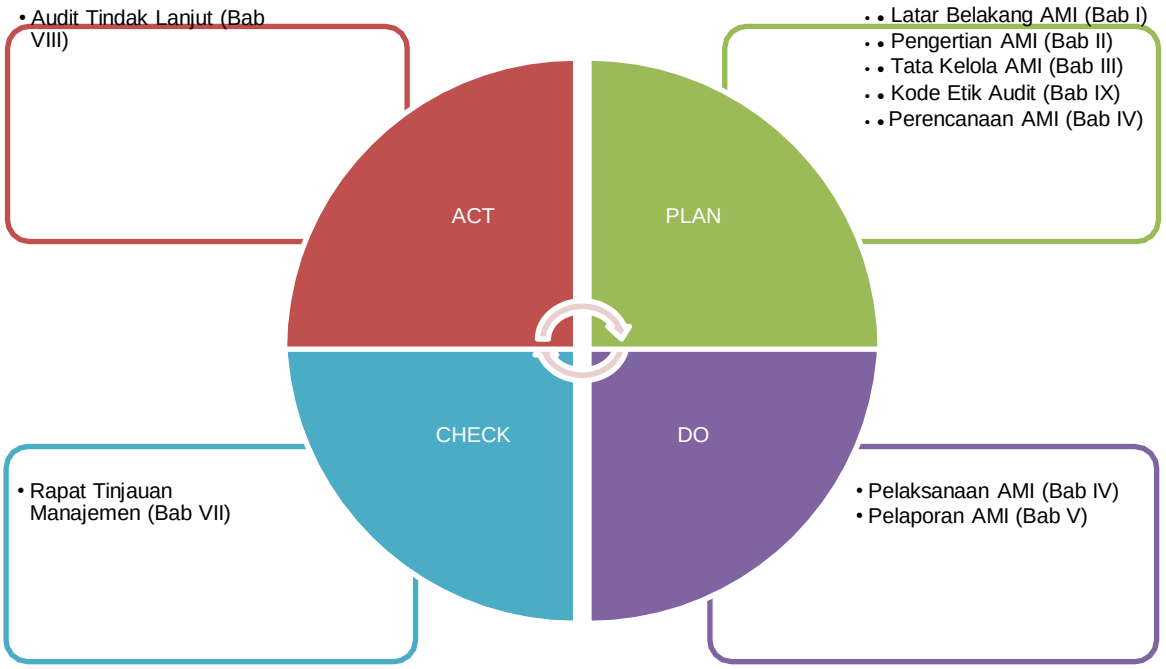
1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
2. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 61 tahun 2016 tentang Pangkalan Data Pendidikan Tinggi;
3. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020, Perubahan atas Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 tahun 2015 dan Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 50 tahun 2018, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
5. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2020 tentang Perubahan Perguruan Tinggi Negeri Menjadi Perguruan Tinggi Badan Hukum;
6. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 5 tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;

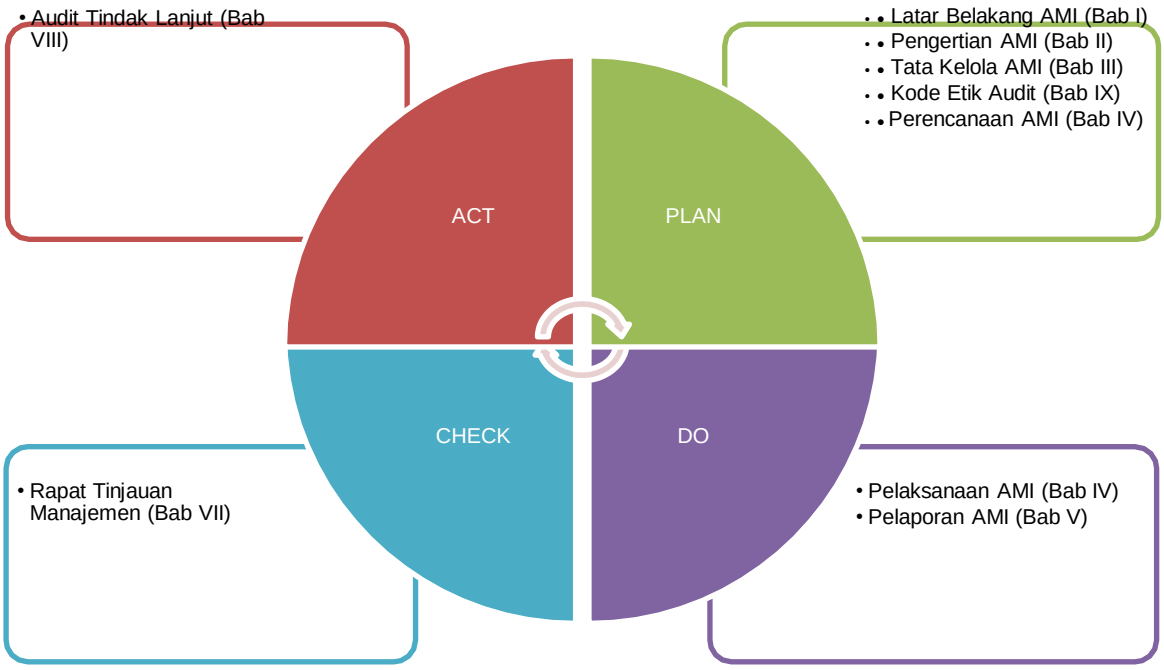
7. Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Islam Nomor 102 Tahun 2019 tentang Standar Keagamaan Pendidikan Tinggi Keagamaan Islam
8. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 Tahun 2017 tentang Sistem Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi;
9. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 3 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi;
10. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 4 tahun 2019 tentang Pengajuan Permohonan Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;
11. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 5 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Program Studi;
12. Peraturan Badan Akrditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 1 Tahun 2020 tentang Mekanisme Akrditasi untuk Akreditasi yang dilakukan oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi;
13. Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 tahun 2020 tentang Instrumen Suplemen Konversi. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
14. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2005 tentang Guru dan Dosen;
15. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
16. Undang-undang Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
17. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan;
18. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia;
19. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2016 Tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;
20. Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;
21. Permendikbud No. 5 Tahun 2020 tentang Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;
22. Permendikbud Nomor 6 Tahun 2020 tentang Penerimaan Mahasiswa Baru Program Sarjana pada Perguruan Tinggi Negeri

1.3 Sistematika Pedoman AMI

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

Gambar 1.1 Sistematika Pedoman AMI




• Audit Tindak Lanjut (Bab VIII)
• Latar Belakang AMI (Bab I)
• Pengertian AMI (Bab II)
• Tata Kelola AMI (Bab III)
• Kode Etik Audit (Bab IX)
• Perencanaan AMI (Bab IV)
ACT
PLAN
CHECK
DO
• Rapat Tinjauan Manajemen (Bab VII)
• Pelaksanaan AMI (Bab IV)
• Pelaporan AMI (Bab V)

BAB II: AUDIT MUTU INTERNAL

Deskripsi:

Bab ini membahas tentang pengertian audit mutu internal (AMI), tujuan audit mutu internal (AMI), manfaat audit mutu internal (AMI), sasaran audit mutu internal (AMI), uraian tugas dalam audit, audit mutu internal dalam siklus PPEPP SPMI.

2.1 Pengertian Audit Mutu Internal (AMI)

Audit Mutu Internal (AMI) secara umum dapat dipahami sebagai proses pengujian/pemeriksaan yang sistematik, mandiri (independen), dan terdokumentasi. Hal ini untuk memastikan apakah pelaksanaan kegiatan di suatu perguruan tinggi sesuai dengan prosedur dan standar mutu yang telah ditetapkan oleh institusi tersebut. Standar mutu yang dimaksud yaitu standar dasar (minimal) berupa Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan standar khusus (tambahan) yang dimiliki oleh STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau.

AMI pada dasarnya bukanlah suatu penilaian (*asesmen*), tetapi lebih kepada verifikasi kesesuaian antara perencanaan suatu kegiatan atau program dengan implementasinya di lapangan. AMI dalam hal ini bermaksud untuk mengukur tingkat kesesuaian pelaksanaan kegiatan secara internal organisasi sendiri dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Pengukuran kesesuaian

tersebut terkait dengan peraturan, prosedur, instruksi kerja dalam rangka peningkatan mutu institusi dan unutk mengurangi risiko ketidaktercapaian standar dan/atau terjadi penurunan kualitas.

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

Berdasarkan paparan di atas, secara ringkasnya dapat dijelaskan bahwa audit adalah serangkaian kegiatan yang berjalan secara sistematis, independen dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit *(audit evidence)* dan mengevaluasinya secara objektif untuk menentukan sejauh mana kreteria audit terpenuhi. STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau selama ini telah menerapkan sebuah sistem manajemen mutu dan audit mutu internal merupakan salah satu kegiatan wajib yang harus dijalankan oleh lembaga, karena dalam siklus PPEPP, AMI yang mengambil peran penting pada bagian E siklus tersebut.

2.2 Tujuan Audit Mutu Internal (AMI)

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

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

1. Memastikan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau memenuhi standar atau regulasi. Secara minimalis SPMI harus menjadi Standar Nasional Pendidikan Tinggi sebagai acuan awal dan kemudian menambahkan dengan standar tambahan lainnya sesuai dengan kondisi perguruan tinggi masing-masing.
2. Memastikan implementasi Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau sesuai dengan standar/ sasaran/ tujuan. AMI adalah kegiatan yang mandiri, objektif, terencana secara sistematis, dan berdasarkan serangkaian bukti untuk memastikan tujuan dan sasaran dari unit atau program yang telah ditetapkan telah terpenuhi.
3. Mengevaluasi efektivitas penerapan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. 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, mencocokan, dan memverifikasi dalam rangka mengevaluasi efektivitas penerapan sistem penjaminan mutu yang telah dibuat.

4. Mengidentifikasi peluang perbaikan Sistem Penjaminan Mutu Internal SPMI di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. Melalui penelurusan bukti-bukti yang ada, AMI dilakukan untuk memastikan bahwa sistem manajemen yang diterapkan oleh institusi teraudit telah sesuai atau memenuhi standar yang telah ditetapkan dan tidak bertentangan dengan peraturan perundangan yang berlaku.
5. Membantu institusi/ program studi STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau dalam menghadapi akreditasi atau audit mutu eksternal, baik pada skala nasional (BAN PT) ataupun internasional.

2.3 Manfaat Audit Mutu Internal (AMI)

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

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

Manfaat AMI terhadap pengelola/pimpinan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau secara langsung adalah:

1. Pimpinan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau tidak mengalami kesulitan dalam menjalankan roda organisasi karena tersedia informasi yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan yang strategis.
2. Pimpinan tidak lagi mengawasi secara langsung pengelolaan manajemen mutu dalam perguruan tinggi, karena pengendalian yang diterapkan berjalan secara berkesinambungan (continuous improvement). Dengan demikian, pengendalian internal maupun eksternal perguruan tinggi dapat berjalan sesuai dengan visi serta misi pada STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau.

3. Pimpinan memperoleh rekomendasi peningkatan mutu pendidikan tinggi. karena dengan rekomendasi ini pihak pimpinan/pengelola dapat mengembangkan berbagai program untuk mencapai Visi STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. Oleh karena, AMI merupakan salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam lingkup AMI, antara lain:
   - Konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan yang diharapkan (Learning Outcomes).
   - Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus
   - Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual prosedur dan instruksi kerja program studi.
   - Kecukupan penyediaan sarana–parasarana dan sumber daya pembelajaran, penelitian dan/atau pengabdian kepada masyarakat.
   - Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi penelitian dan pengabdian serta kerjasama.

Manfaat AMI terhadap institusi secara langsung adalah:

1. Membantu organisasi dalam mencapai tujuannya dengan cara mengevaluasi dan mendorong adanya peningkatan melalui proses:
2. Memverifikasi tujuan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau, Standar pendidikan tinggi yang ditetapkan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau dan nilai-nilai yang telah ditetapkan dengan pelaksanaannya sesuai regulasi;
3. Memantau kesesuaian pencapaian tujuan/pelaksanaan dengan standar;
4. Menjamin akuntabilitas dari pelaksanaan standar;
5. Menemukan ruang perbaikan dalam rangka mengurangi risiko Perguruan Tinggi: Risiko Kualitas, Risiko Hukum, Risiko Keuangan, Risiko Strategik, Risiko Kepatuhan, Risiko Operasional, Risiko Reputasi
6. Memberikan ukuran terhadap hasil kinerja institusi terhadap jasa layanan yang diberikan kepada *stakeholders*. Sehingga, dapat dipastikan penyediaan layanan yang memadai dan terkendali serta *continous improvement.*

2.4 Sasaran Audit Mutu Internal (AMI)

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

1. Terbentuknya sistem tata kelola organisisi yang handal dan terpercaya (Good University Governance);
2. Tercapai dan terlampauinya setiap standar mutu yang telah ditetapkan baik standar mutu bidang akademik maupun non akademik secara kontinu (continous improvement);

3. Terciptanya budaya mutu di setiap aktivitas civitas akademika di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau;
4. Terakselarasinya pemenuhan indikator-indikator akreditasi perguruan tinggi baik akreditasi nasional maupun internasional;
5. Terbentuknya kerangka kerja yang terstruktur untuk pencapaian VISI dan MISI institusi secara maksimal;
6. Terbangunnya penyusunan program kerja dan pembiayaan yang tepat sasaran.
7. Terbentuknya program studi dan unit-unit yang handal dan berkemajuan;
8. Tercapainya pengakuan perguruan tinggi di tingkat regional maupun global.

2.5 Uraian Tugas dalam Audit

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

1. Ketua Tim Audit bertugas:
   1. Merencanakan audit, mengatur piranti kerja untuk anggota tim dan mengarahkan tim audit;
   2. Membuat jadwal audit yang disepakati oleh auditee;
   3. Melaporkan dengan segera setiap ketidaksesuaian dan hambatan yang dihadapi dalam melaksanakan audit kepada Kepala Pusat Audit dan Pengendalian Mutu di P2M.
   4. Melaporkan hasil audit kepada pimpinan (Kepala P2M)

2. Auditor bertugas:

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

Auditee bertugas:

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

5. Menyediakan dokumen dan ruang yang diperlukan oleh Tim Audit untuk menjamin efektivitas dan efisiensi proses audit;
6. Membuka akses ke fasilitas dan bukti material yang diminta auditor;
7. Melakukan kerjasama sinergis dengan auditor agar tujuan audit tercapai, menerima laporan hasil audit melalui Kajur/Kaprodi/Kapus/Kaunit;
8. Menentukan dan berinisiatif melaksanakan tindakan koreksi berdasarkan laporan audit.

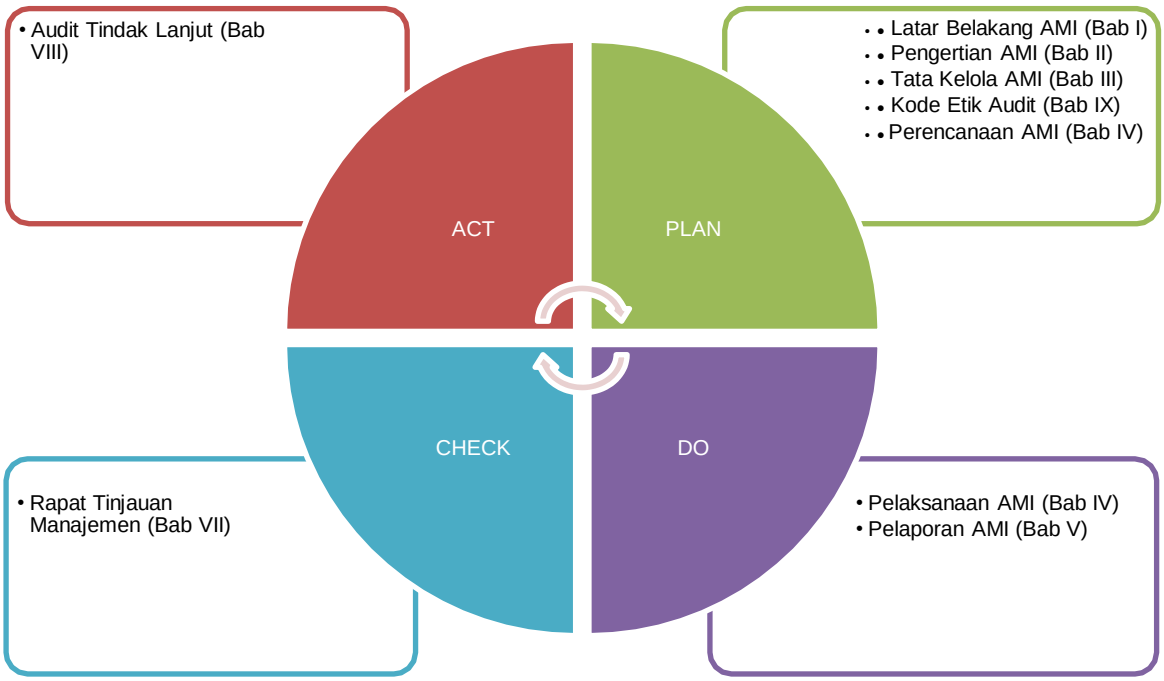
2.6 Audit Mutu Internal dalam Siklus PPEPP SPMI

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

Pengukuran tersebut dinyatakan bahwa mutu pendidikan tinggi adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi, baik yang terdapat pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN Dikti) maupun standar tambahan yang ditetapkan oleh masing-masing perguruan tinggi. Alat utama untuk melihat tingkat kesesuaian tersebut melalui evaluasi pelaksanaan standar pendidikan tinggi. Dengan demikian, karena pentingnya kegiatan evaluasi ini di dalam proses *quality improvement* yang merupakan bagian dari siklus PPEPP (penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan standar Pendidikan tinggi). Evaluasi dimaksud secara khusus dilaksanakan dengan mekanisme Audit Mutu Internal (AMI), sebagaimana termaktub dalam dalam pasal 5 Permenristekdikiti No. 62 Tahun 2016 tentang tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi pada ayat 1 yang menjelaskan SPMI memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas: a) Penetapan Standar Pendidikan Tinggi, b) Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi, c) Evaluasi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi, d) Pengendalian pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi; dan e) Peningkatan Standar Pendidikan Tinggi, kemudian penjelasan ayat 2 yang memperkuat kedudukan AMI sebagai bentuk tindakan terstruktur untuk melaksanakan evaluasi standar mutu, bunyi ayatnya sebagai berikut; Evaluasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf c dilakukan melalui Audit Mutu Internal (AMI). Kedudukan tersebut dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 2.1 Kedudukan AMI dalam SIKLUS PPEPP


Audit Mutu Internal merupakan
bagian dari siklus SPMI
Audit Mutu Internal
1.P
2.P
3.E
4.P
5.P
PPEPP ==========> E
PDCA ==========> C
PDRI ==========> R


• Audit Tindak Lanjut (Bab VIII)
• Latar Belakang AMI (Bab I)
• Pengertian AMI (Bab II)
• Tata Kelola AMI (Bab III)
• Kode Etik Audit (Bab IX)
• Perencanaan AMI (Bab IV)
ACT
PLAN
CHECK
DO
• Rapat Tinjauan Manajemen (Bab VII)
• Pelaksanaan AMI (Bab IV)
• Pelaporan AMI (Bab V)

BAB III: TATA KELOLA AUDIT MUTU INTERNAL

Deskripsi:

Bab ini membahas tentang tata kelola audit mutu internal, terutama hal-hal yang menyangkut: sumber daya auditor, kriteria dan kualifikasi auditor, mekanisme rekrutmen auditor AMI, struktur kerja auditor, fungsi, kedudukan, wewenang dan tanggungjawab auditor, auditor lintas PTKIN dan ketentuan, dan sistem penghargaan auditor.

3.1 Sumber Daya Auditor

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

P2M merumuskan kriteria calon auditor lalu menyurati Program Studi secara resmi meminta pengiriman calon auditor yang memenuhi kriteria minimal yang telah ditetapkan. Kemudian P2M mengadakan pelatihan auditor internal sebagai proses screening perekruitan auditor.

Pelatihan auditor internal ini pada prinsipnya bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan merancang SPMI, mempersiapkan para auditor untuk melakukan AMI, dan sebagai *screening* menemukan auditor yang memiliki kompetensi, komitmen, dan kualifikasi yang tinggi sebagai auditor STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. Beberapa materi inti yang sesuai dengan keperluan audit disampaikan di dalam pelatihan audit, yaitu, standar nasional Pendidikan Tinggi (SNPT), standar penjaminan mutu internal (SPMI) STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau, kompetensi dan etika audit STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau, pengenalan instrumen dan pelaksanaan audit, dan praktek audit internal. Kegiatan ini didahului dengan *pre-test* sebelum pelatihan berlangsung dan diakhiri dengan *post-test* setelah pelatihan dilaksanakan untuk mengukur keberhasilan pelatihan dan melihat peningkatan *out-put* dari pelatihan.

P2M dengan memperhatikan hasil pelatihan, mengajukan peserta yang memenuhi kualifikasi untuk ditetapkan sebagai calon auditor internal. Berdasarkan usulan P2M, Ketua menetapkan calon yang lulus sebagai auditor di lingkungan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau.

Berdasarkan SK Ketua/Ketua, P2M menugaskan auditor untuk melakukan audit pada unit-unit kerja di lingkungan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. Dalam melaksanakan tugas dan wewenangnya, auditor diberi fasilitas dan instrument kerja yang dibutuhkan.

3.2 Kriteria dan Kualifikasi Auditor

3.2.1. Kriteria dan Kualifikasi Auditor:

1. Dosen tetap STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau
2. Berpendidikan minimal S-2
3. Dinyatakan lulus dalam pelatihan sebagai auditor AMI
4. Memiliki jabatan fungsional minimal Asisten Ahli
5. Memiliki kemampuan mengoperasionalkan komputer dan sistem teknologi informasi
6. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik
7. Memiliki kemampuan metode dan teknis audit kinerja
8. Mampu menjadi pemimpin (sebagai *lead auditor*) maupun follower/ anak buah (anggota auditor);
9. Memiliki pengetahuan/wawasan yang cukup dengan area yang diaudit;
10. Menguasai teknik audit;

3.2.2 Karakteristik Auditor:

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

3.2.3 Tugas auditor:

1. melaksanakan audit secara independen dan objektif sesuai dengan instrument audit AMI dan Surat Penugasan Audit;
2. mengumpulkan, memverifikasi, dan menganalisis bukti audit yang relevan supaya dapat menyimpulkan pelaksanaan sistem mutu yang diaudit.
3. menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap auditee yang diaudit;
4. mempelajari indikasi yang dapat mempengaruhi hasil audit yang mungkin memerlukan pengauditan lebih lanjut dan melaporkan hasil audit kepada P2M;
5. melaksanakan tugas audit sesuai dengan kode etik auditor.
6. Pada saat kegiatan konsultasi dapat menjawab pertanyaan:

3.2.4 Kriteria ketua tim audit:

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

1. sudah bekerja sebagai auditor;
2. menunjukkan *interpersonal skill* yang bagus;
3. menunjukkan kemampuan berkomunikasi secara efektif, baik secara lisan maupun tertulis;
4. memiliki komitmen yang tinggi dalam peningkatan mutu akademik.
5. Memiliki jabatan fungsional minimal Lektor Kepala

3.3 Mekanisme Rekrutmen Auditor AMI

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

Keyakinan dalam proses audit dan kemampuan untuk mencapai tujuan tergantung pada kompetensi dari orang-orang yang terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan. Kompetensi harus melalui proses kemampuan untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan, sehingga untuk memastikan pelaksanaan SPM maka mekanisme rekrutmen auditor AMI dilakukan sesuai dengan rasio kebutuhan yang ada. Rasio kebutuhan auditor paling sedikit adalah dua kali jumlah lembaga, unit, dan perangkat kerja yang menjadi sasaran audit atau auditee. Jumlah auditor relatif sesuai dengan dinamika perkembangan lembaga, unit, dan perangkat kerja yang ada. Meknisme rekruitmen auditor AMI berlangsung dalam 3 (tiga) tahap, yaitu:

1. Pendaftaran.

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

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

2. Tes kemampuan dasar

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

3. Tes psikologi

Tahap ketiga dilakukan untuk menelusuri *(tracking)* sisi kejiwaan calon auditor AMI sehingga dapat memberikan dukungan terhadap kesuksesan

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

B. Wewenang dan tanggungjawab auditor

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

1. Melaksanakan audit kinerja terhadap lembaga, unit dan perangkat kerja di lingkungan Perguruan Tinggi;
2. Melakukan evalusi terhadap lembaga, unit, dan perangkat kerja Perguruan Tinggi sebagai auditee sesuai dengan instrument AMI yang berlaku;
3. Melakukan komunikasi dengan auditee untuk pelaksanaan AMI pada periode tertentu;
4. Menetapkan status atau penilaian kinerja terhadap uditee yang diaudit; dan
5. Memberikan catatan, saran dan rekomendasi terhadap auditee dan pihak-pihak lain yang memiliki keteraitan dalam rangka meningkatkan kinerja sesuai dengan regulasi dan standar operasional yang ditetapkan.

Sebaiknya Auditor berjumlah gasal (3, 5 atau 7) dalam setiap kelompok kerja untuk menghadapi auditee. Jadi kelompok kerja dapat dibagi menjadi ketua, sekretaris dan anggota. Masing-masing fungsi dari Auditor memiliki tanggung jawab yang berbeda.

Secara umum Auditor memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

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

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

- *Ethical conduct* (etika pelaksanaan)
- *Fair presentation* (penyampaian yang adil)
- *Due professional care* (memperhatikan cara kerja yang profesional)

Dilihat dari fungsi auditor pada tiap kelompok kerja, maka tanggungjawab Auditor dapat dibagi sebagai berikut:

Tanggung jawab ketua Tim Auditor:

1. Membuka Pertemuan untuk memperkenalkan anggota tim auditor kepada pimpinan teraudit;

2. Menyampaikan tujuan audit, lingkup dan area audit
3. Membagi tugas kepada anggota tim
4. Menyampaikan ringkasan metode dan prosedur yang digunakan dalam melaksanakan audit
5. Menegaskan hubungan formal antara tim auditor dan teraudit;
6. Mengkonfirmasikan ketersediaan sumberdaya yang diperlukan;
7. Mengkonfirmasikan jadwal pertemuan-pertemuan dan penutupan audit;
8. Mengklarifikasi setiap rencana audit yang tidak jelas;
9. Memimpin audit;
10. Membuat keputusan akhir atas temuan audit;
11. Menyerahkan berkas audit dan Draft laporan REK (Ringkasan eksekutif dan kesimpulan)
12. Menutup Pertemuan.

Tanggung jawab sekretaris Auditor:

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

Tanggung jawab anggota Auditor:

1. Membantu ketua auditor di dalam proses audit;
2. Membantu melakukan pemerikasaan Dokumen yang terkait dengan audit;
3. Membantu dalam proses wawancara dengan pengelola, mahasiswa dan dosen;
4. Membantu Ketua auditor dan sekretaris menyiapkan Draft laporan Ringkasan eksekutif dan kesimpulan

3.6 Auditor lintas PTKIN dan Ketentuan

Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) yang ada pada setiap perguruan tinggi dapat dilakukan oleh Auditor yang berasal dari lintas PTKIN se-Indonesia dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang telah ditetapkan. Adapun beberapa ketentuan yang harus dipenuhi Auditor dalam melaksanakan audit pada lintas PTKIN adalah :

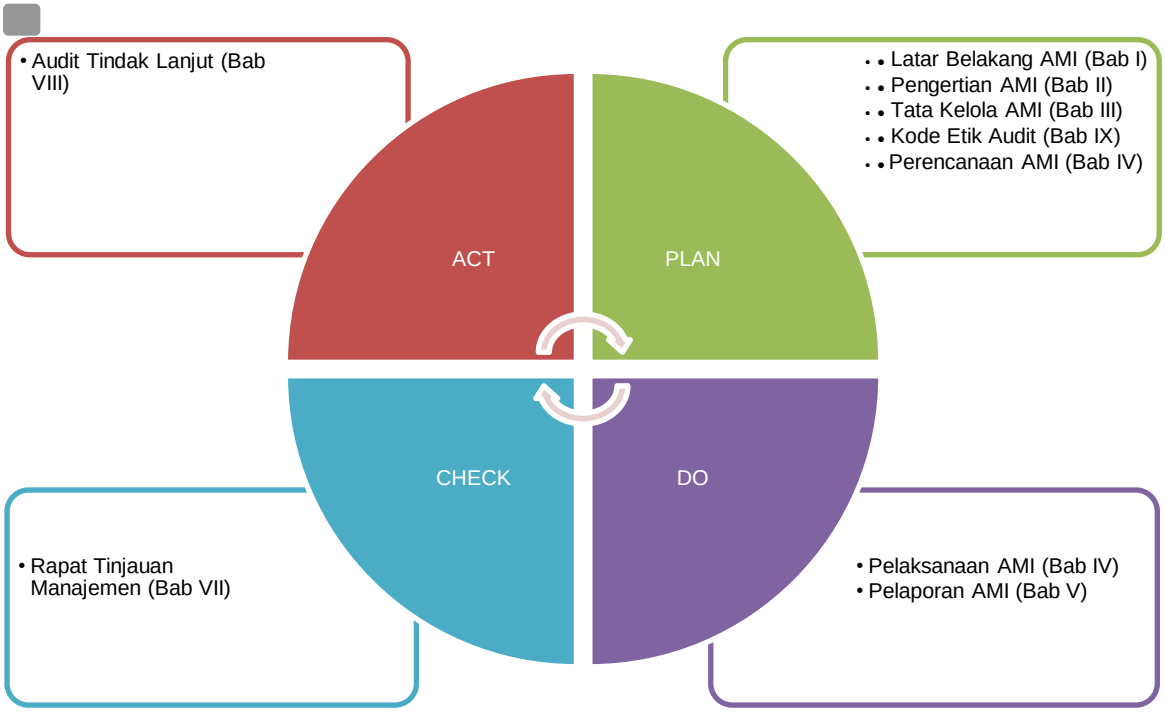
1. Memenuhi kriteria dan kualifikasi Auditor
2. Harus telah mendapatkan Nomor Induk Auditor Nasional;
3. Telah memiliki kerjasama dengan antar PTKIN yang akan diaudit; dan
4. Menerapkan dan menegakkan azas-azas Auditor, yaitu:
5. Integritas
6. Objektivitas
7. Kerahasiaan
8. Kompetensi
9. Independensi

3.7 Sistem Penghargaan Auditor

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

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

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



BAB IV: PERENCANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Deskripsi:

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

Lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

1. Lampiran 1: Rencana Tahunan Audit Mutu Internal
2. Lampiran 2: SOP Kegiatan AMI
3. Lampiran 3: Jadwal Pelaksanaan Audit Mutu Internal
4. Lampiran 4: SK Penetapan Auditor Dan Auditee

4.1 Pengertian

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

Kegiatan penilaian dalam lingkup Audit Mutu Internal yang dilakukan pada pendidikan tinggi, memerlukan perencanaan yang matang, sehingga proses audit tersebut dapat berjalan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan, berjalan secara tranparan, dan menhasilkan laporan audit yang mampu memberikan gambaran secara utuh mutu kelembagaan.

Selain itu, dalam ISO 19011:2018 *Guidelines for Auditing Management System* disebutkan bahwa Ketua tim audit harus mengadopsi pendekatan berbasis risiko untuk merencanakan audit berdasarkan informasi dalam program audit dan informasi terdokumentasi yang disediakan oleh pihak yang diaudit. Perencanaan audit harus mempertimbangkan risiko kegiatan audit. Perencanaan harus memfasilitasi penjadwalan dan koordinasi kegiatan audit yang efisien untuk mencapai tujuan secara efektif.

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

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

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

4.2 Perumusan Kebijakan, Tujuan, Peran dalam AMI

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

Secara umum kegiatan audit mutu internal tersebut adalah berusaha melakukan peningkatan mutu perguruan tinggi secara berkelanjutan dalam menyelenggarakan pendidikan tinggi sesuai dengan visi masing-masing. Terselenggaranya kegiatan AMI di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau sangat ditentukan oleh adanya kebijakan AMI yang diputuskan oleh pimpinan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau .Secara umum kebijakan AMI dirumuskan berdasarkan dua pertimbangan. Pertama AMI dilaksanakan karena adanya kebutuhan STAIN Sultan Abdurrahman

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

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

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

1. Pimpinan institusi:

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

2. Unit Penjaminan Mutu

    1. Menetapkan mekanisme AMI sesuai dengan prosedur baku SPMI pada perguruan tinggi
    2. Menetapkan mekanisme auditor AMI dapat menjalankan tugas sesuai dengan prosedur dan norma yang telah ditentkan
    3. Menetapkan mekanisme pelaksanaan audit mutu internal terisntegrasi dalam PPEPP SPMI STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau.

3. Auditor Mutu Internal

    1. Selalu proaktif dan *update* pengetahuan tentang AMI seperti mekanisme, lingkup isi AMI dan jadwal kegiatan AMI

2. Meningkatkan wawasan tentang lingkup dan area AMI (keorganisasian institusi, sistem manajemen, dan lingkup tugas unit dan person).
3. Berkoordinasi dengan partner dan melakukan audit dokumen maupun kegiatan di lapangan

Setiap person atau individu yang memiliki peran berbeda tersebut, hakekatnya merupakan kesatuan yang terintegrasi dalam pelaksanaan tugas perencanaan terselesaikan sebelum kegiatan audit mutu internal dilaksanakan.

4.3 Penentuan Lingkup dan Area

Pelaksanaan Audit Mutu Internal harus direncanakan dengan persiapan yang maksimal, hal ini karena kegiatan ini memiliki peran penting dan memberikan dampak perubahan terhadap institusi, jikakalau hasil evaluasinya memberikan informasi dan data yang valid dan handal. Keinginan memperoleh hal maksimal tersebut tidak lepas dari penentuan elemen-elemen atau bagian yang menjadi objek evalusi. Oleh karena itu, pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan AMI ini harus dari awal perencanaan sudah menyepakati atau manajemen pengelolah jaminan mutu telah menetapkan lingkup yang menjadi tujuan pelaksanaan audit.

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

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

1. Berdasarkan unit kerja

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

2. Berdasarkan isu audit

Audit yang dilaksanakan terkait dengan isu, ini sangat variative antar perguruan tinggi, karena setiap STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau

memiliki pola standarisasi yang berbeda, terutama dalam penetapan Lembaga yang menjadi rujukan standarisasi mutunya, bagian ini diantarnya;

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

Selain itu ruang lingkup Audit Mutu Internal pada perguruan tinggi selalu berfokus pada Tridharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian) dengan jumlah minimal standar sebanyak 24 poin standar. Kemudian dapat merumuskan standar tambahan lainnya sesuai dengan kebutuhan pada masing-masing perguruan tinggi. Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI) meliputi semua proses yang terjadi dan terekam pada bagian yang terlibat dalam meningkatkan kinerja perguruan tinggi. Secara detail objek AMI yang dimaksud tersebut yaitu:

1. Audit Akademik, yang meliputi:

1. Dokumen Akademik berupa ketersediaan kurikulum, silabus, dan RPS;
2. Kegiatan Akademik;
3. Penetapan Pembimbing Akademik.
4. Penetapan dosen pengampu.
5. Monitoring perkuliahan.
6. Presensi mahasiswa.
7. Praktikum Mata Kuliah.
8. Ujian tengah semester.
9. Pengisian Jurnal atau berita acara perkuliahan.
10. Standarisasi soal ujian.
11. Ujian akhir semester.
12. Penyampaian nilai dari dosen pengampu.
13. Evaluasi perkuliahan.
14. Rekap Indeks Prestasi Kumulatif Mahasiswa setiap semester.
15. Rekap Indeks Prestasi Kumulatif Mahasiswa setiap lulusan.
16. Ujian komprehensif.
17. Skripsi/tesis/disertasi
18. Perpustakaan yang mencakup pengadaan koleksi, sirkulasi dan kerjasama antar perpustakaan.
19. Penelitian dosen dan mahasiswa;
20. Publikasi Ilmiah Dosen dan Mahasiswa;
21. Sitasi pada Karya Ilmiah Dosen dan Mahasiswa;
22. Program Pengabdian dan KKN Mahasiswa;
23. Program kemitraan desa, pesantren, dan madrasah;
24. Peningkatan kapasitas bahasa asing;
25. Pelaksanaan Praktik Pengalaman Lapangan (PPL);
26. Pelaksanaan ujian BTA dan PPI;
27. Peningkatan kemampuan komputer;

28. Wisuda.

2. Audit Administrasi Akademik yang meliputi:

1. Pembayaran SPP atau registrasi/heregeistrasi;
2. Penerbitan Kartu Tanda Mahasiswa (KTM);
3. Penerbitan Surat Keterangan masih kuliah;
4. Drop Out (DO)
5. Ijin cuti, pindah jurusan/program studi, pindah perguruan tinggi;
6. Administrasi Perkuliahan
7. Penerbitan Kartu Hasil Studi (KHS);
8. Pengisian Kartu Rencana Studi (KRS);
9. Kredit perkuliahan;
10. Jadwal perkuliahan;
11. Laporan administrasi perkuliah dari dosen pengampu;
12. Publikasi rekap presensi mahasiswa;
13. Publikasi nilai dari dosen pengampu;
14. Administrasi Evaluasi Pembelajaran
    a. Jadwal Ujian Tengah Semester (UTS)
    b. Jadwal ujian akhir semester (UAS);
    c. Penerbitan dan sosialisasi tata tertib ujian;
    d. Penerbitan transkip nilai;
    e. Penerbitan surat keterangan lulus;
    f. Penerbitan ijazah dan Surat Keterangan Pendamping Ijazah (SKPI);
    g. Legalisir ijazah dan transkrip nilai;

3. Audit Non Administrasi Kemahasiswaan yang meliputi:

1. Monitoring Pelaksanaan Pemilu Mahasiswa;
2. Penetapan pengurus lembaga kemahasiswaan;
3. Pembentukan Unit Kegiatan Mahasiswa (UKM);
4. Pembianaan Lembaga Kemahasiswaan dan UKM;
5. Pengelolaan dana kemahasiswaan;
6. Pengelolaan komunitas mahasiswa;
7. Pengelolaan beasiswa.

4. Audit Kepegawaian yang meliputi:

1. Manajemen Sumberdaya Manusia
    a. Rekruitmen pegawai;
    b. Penugasan pegawai;
    c. Mutasi dan roling pegawai;
    d. Manajemen karir pegawai;
    e. Pengangkatan pejabat;
    f. Pemberhentian pejabat;
    g. Ijin dan tugas belajar pegawai.

2. Laporan dan Evaluasi Kepegawaian
    a. Penyusunan laporan Sasaran Kerja Pegawai (SKP);
    b. Penyusunan Laporan Capaian Kinerja Harian (LCHK) Pegawai;
    c. Beban Kerja Dosen (BKD)
    d. Indeks Kinerja Dosen (IKD)
    e. Penerbitan Keputusan Penetapan Hasil Penilaian LBKD;
    f. Pemberian penghargaan pegawai berprestasi;
    g. Pemberian sanksi pegawai;
    h. Pembinaan pegawai.
3. Peningkatan Kapasitas
    a. *Higher Education* bagi tenaga edukatif;
    b. *Capacity Building* bagi *tenaga* kependidikan.

5. Audit Kelembagaan yang meliputi:

1. Kebijakan, informasi dan prosedur penerimaan mahasiswa;
2. Pembukaan dan evaluasi program studi;
3. Kerjasama Kelembagaan;
4. Akreditasi program studi dan institusi;
5. Pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI)
6. Pelaksanaan Audit Mutu Eksternal (AME)
7. Studi penelusuran alumni / Tracer Study
8. Pelaksanaan Audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)
9. Pelaksanaan Audit Inspektorat Jenderal (Irjend) Kemenag RI
10. Sistem Informasi Akademik
11. Pengadaan Barang dan Jasa / Unit Layanan Pengadaan

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

Dalam hal lingkup audit ini, STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau memilih menggunakan lingkup audit….. Alasannya adalah…

4.4 Detail Perencanaan Audit

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

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

5. Risiko terhadap auditee akibat kinerja audit.

Risiko bagi pihak yang diaudit dapat timbul dari kehadiran anggota tim audit yang mempengaruhi auditee khususnya terkait kesehatan dan keselamatan, lingkungan dan kualitas produk dan layanan, personel atau infrastrukturnya (mis. Kontaminasi dalam fasilitas kamar bersih

Skala dan isi perencanaan audit dapat berbeda, misalnya, antara audit awal dan audit berikutnya, serta antara audit internal dan eksternal. Perencanaan audit harus cukup fleksibel untuk memungkinkan perubahan yang dapat menjadi penting seiring dengan kemajuan kegiatan audit. Perencanaan audit harus membahas atau merujuk hal-hal berikut:

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

Selanjutnya, Perencanaan audit juga harus mempertimbangkan;

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

4.5 Penentuan Tim Auditor

Penanggung jawab AMI harus menentukan auditor untuk melaksanakan AMI pada suatu unit kerja yang akan diaudit. Penentuan aditor harus mendapat persetujuan dari tiga belah fihak 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 gasal (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 adalah mereka yang sudah mengikuti pelatihan lead auditor dan atau auditor senior yang sudah memiliki pengalaman audit minimal 5 tahun.

Dalam ISO 19011 *Guidelines for Auditing Management System* disebutkan bahwa Ketua tim audit, dalam konsultasi dengan tim audit, harus menugaskan kepada masing-masing anggota tim tanggung jawab untuk mengaudit proses, kegiatan, fungsi atau lokasi tertentu dan, jika perlu, wewenang untuk pengambilan keputusan. Penugasan tersebut harus mempertimbangkan ketidakberpihakan dan objektifitas serta kompetensi auditor dan penggunaan sumber daya yang efektif, serta peran dan tanggung jawab yang berbeda dari auditor, auditor dalam pelatihan dan pakar teknis.

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

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

Ketua tim audit, dalam konsultasi dengan tim audit, harus menugaskan kepada masing-masing anggota tim tanggung jawab untuk mengaudit proses, kegiatan, fungsi atau lokasi tertentu dan, jika perlu, wewenang untuk pengambilan keputusan. Penugasan tersebut harus mempertimbangkan aspek *faieness* dan objektifitas serta kompetensi auditor dan penggunaan sumber

daya yang efektif, serta peran dan tanggung jawab yang berbeda dari auditor, auditor dalam pelatihan dan pakar teknis.

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

4.6 Penentuan Jadwal dan Tempat

Jadwal pelaksanaan AMI ditentukan berdasarkan kebijakan AMI yang telah ditetapkan misalnya dengan mengikuti siklus yang telah ditetapkan atau berdasarkan kebutuhan khusus yang ditentukan oleh pimpinan. Namun demikian, jadwal pelaksanaan audit harus merupakan kesepakatan ke tiga belah fihak yaitu pihak manajemen, auditee dan auditor. Tidak direkomendasikan menyusun jadwal pelaksanaan audit hanya ditentukan oleh pihak manajemen atau auditor dengan tujuan agar audit bisa menguak hal yang terjadi sebenarnya. Hal ini dilakukan karena audit bukanlah investigasi, interogasi ataupun penyidikan. Lama waktu AMI ditentukan berdasarkan banyaknya dokumen yang akan diperiksa dan diklarifikasi serta fihak yang akan ditemui atau diwancara. AMI bisa dirancang dalam waktu dua hari dengan rincian satu hari audit dokumen dan satu hari audit lapangan atau bisa juga lebih. Di lingkungan PTKIN penjadwalan AMI umumnya mengikuti siklus akhir tahun akademik, hal ini dilakukan dengan pertimbangan agar dapat memperoleh gambaran capaian kinerja selama satu semester, kecuali AMI untuk kepentingan tertentu yang memiliki siklus berbeda.

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

4.7 Persiapan Dokumen

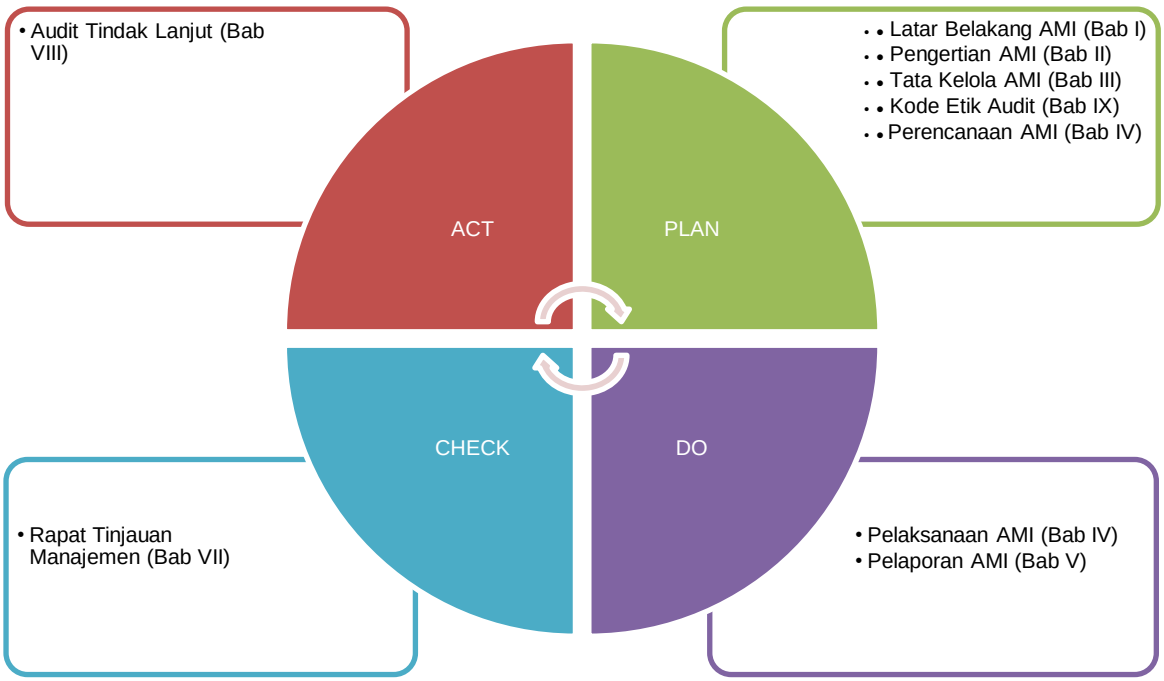
Aspek lain yang tidak kalah pentingnya dalam perencanaan AMI adalah persiapan persyaratan administrasi dan dokumen. Dokumen yang dimaksud meliputi:

1. Surat keputusan dan surat tugas melaksanakan audit dari pimpinan PT kepada auditor yang ditunjuk.
2. Dokumen program kerja audit yang merupakan kesepakatan ke tiga belah fihak.
3. Dokumen-dokumen yang sesuai dengan lingkup audit
4. Formulir-formulir yang digunakan dalam proses audit

5. Daftar pertanyaan /ceklis audit yang dirumuskan dengan kebutuhan audit. Secara umum AMI STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau RIAU.dilaksanakan berbasis Akreditasi (9 kriteria), dan disinkronkan dengan klausul ISO 9001/21001.
6. Jika dilakukan secara online, maka harus dipastikan bahwa aplikasi yang digunakan sudah melalui proses ujicoba untuk mengetahui validitas dan reliabilitasnya

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

Hal ini sejalan dengan pedoman standar sistem manajemen audit (ISO 19011:2018), bahwa anggota tim audit harus mengumpulkan dan meninjau informasi yang relevan dengan penugasan audit mereka dan menyiapkan informasi yang terdokumentasi untuk audit, menggunakan media apa pun yang sesuai. Informasi yang terdokumentasi untuk audit dapat mencakup tetapi tidak terbatas pada: daftar periksa fisik atau digital, rincian pengambilan sampel audit; informasi audio visual. Penggunaan media ini tidak boleh membatasi tingkat kegiatan audit yang dapat berubah sebagai hasil dari informasi yang dikumpulkan selama audit. Informasi yang terdokumentasi disiapkan untuk, dan dihasilkan dari audit harus disimpan setidaknya sampai audit selesai, atau seperti yang ditentukan dalam program audit.



BAB V: PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Deskripsi:

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

Lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

1. Lampiran 5: Surat Pemberitahuan Kegiatan Audit Mutu Internal (Ami)
2. Lampiran 6: Formulir Checklist Audit
3. Lampiran 7: Formulir Daftar Pertanyaan Audit Mutu Internal
4. Lampiran 8: Formulir Hasil Pelaksanaan Audit Mutu Internal
5. Lampiran 9: Rekap Hasil Penilaian Proses Pembelajaran
6. Lampiran 10: Instrumen Penilaian Proses Pembelajaran
7. Lampiran 11: Formulir Audit Mutu 9 Kriteria
8. Lampiran 12: Registrasi Audit Mutu Internal

5.1 Pengertian Audit Dokumen *(Desk Evaluation)*

Audit Dokumen *(Desk Evaluation)* adalah, kegiatan audit terhadap kecukupan dokumen sistem organisasi, penjaminan mutu, dandokumen SPMI untuk

memenuhi persyaratan standar yang telah ditetapkan. Audit dokumen dilakukan secara mandiri oleh Auditor, tanpa interaksi dengan auditee. Kegiatan Audit ini menghasilkan *checklist* (daftar tilik) dari auditor yang berisi daftar pertanyaan, konfirmasi sesuai atau tidak sesuai, dan sebagainya.

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

5.2 Pelaksanaan Audit Dokumen

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

5.2.1 Persiapan Audit Dokumen

Tim auditor memeriksa dokumen dengan cara berikut:

1. Mencek ketersediaan dan/atau kelengkapan dokumen yang berkaitan dengan SPMI;
2. Memeriksa kepatuhan dan konsistensi dokumen dengan peraturan perundangan yang berlaku;
3. Memeriksa pemenuhan Standar Dikti pada tahap pelaksanaan sesuai lingkup yang ditetapkan;
4. Memeriksa efektifitas rangkaian proses dalam pemenuhan standar;
5. Mengidentifikasi resiko/potensi kegagalandan kritis proses;
6. Mereview kesesuaian dokumentasi.
7. Auditee melengkapi dan memahami dokumen dengan cara berikut:
8. Kenali proses yang akan diaudit (input, proses, proses owner, pelaksana dan pengguna);
9. Mengidentifikasi persyaratan standar dan peraturan yang berlaku;
10. Membuat daftar dokumen.

5.2.2 Tahap-Tahap Audit Dokumen

Tahapan dalam pelaksanaan audit dokumen adalah sebagai berikut:

1. Ketua tim auditor menerima dokumen audit sesuai dengan lingkup dan area audit;
2. Ketua tim auditor memberitahukan identitas auditee, lingkup audit, dokumen yang ada ke anggotanya;
3. Ketua tim auditor membagi tugas kepada semua anggota tim tentang dokumen yang harus diaudit yang menjadi tanggung jawabnya;

4. Setiap anggota tim auditor membuat daftar tilik berupa daftar pertanyaan yang akan dibawa ke audit lapangan untuk diverifikasi lebih lanjut.

5.3 Pencermatan Hasil Evaluasi Diri, Dokumen dan Rekaman

5.3.1 Pencermatan Hasil Evaluasi Diri

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

Tujuan Evaluasi Diri Pelaksanaan evaluasi diri bertujuan untuk:

1. Penyusunan profil institusi yang komprehensif dengan data mutakhir;
2. Perencanaan dan perbaikan diri secara berkelanjutan;
3. Penjaminan mutu internal;
4. Pemberian informasi mengenai kondisi suatu institusi kepada masyarakat dan pihak tertentu yang memerlukannya *(stakeholders);*
5. Persiapan untuk evaluasi eksternal (akreditasi, sertifikasi).

Manfaat evaluasi diri sebagai berikut:

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

Evaluasi diri dilakukan melalui tahapan berikut:

1. Pimpinan 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 evaluas diri;
2. Pimpinan institusi membentuk tim evaluasi diri, sebaiknya berjumlah gasal dan dapat diterima oleh semua anggota dalam institusi;
3. Pimpinan institusi menerbitkan SK untuk legalitas tim evaluasi diri dalam bekerja;
4. Tim mempelajari lingkup dan area evaluasi diri termasuk di dalamnya menginternalisasi standar yang dipakai;

5. Tim menyusun instrumen evaluasi diri (apabila diperlukan) atau menyusun alat bantu berupa daftar pertanyaan yang bertautan *(diagnostic question);*
6. Tim mensosialisasikan jadwal dan rencana kerja kepada unit-unit yang akan menjadi area dalam evaluas diri;
7. Tim melakukan evaluas diri sesuai dengan lingkup standar dan area yang telah ditetapkan sebelumnya;
8. Tim melakukan analisis data sesuai dengan lingkup dan area evaluasi diri yang telah ditetapkan dan mengacu pada standar yang telah ditetapkan;
9. Tim melakukan pemaparan untuk klarifikasi hasil evaluasi diri dan penyempurnaan laporan evaluasi diri *(self asessment report)*;
10. Tim melakukan penyempurnaan laporan dan dilanjutkan dengan pengesahan laporan oleh Pimpinan Institusi.

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

Tahap 1, melakukan identifikasi kelemahan (internal) dan ancaman (eksternal dan global) pada semua komponen;

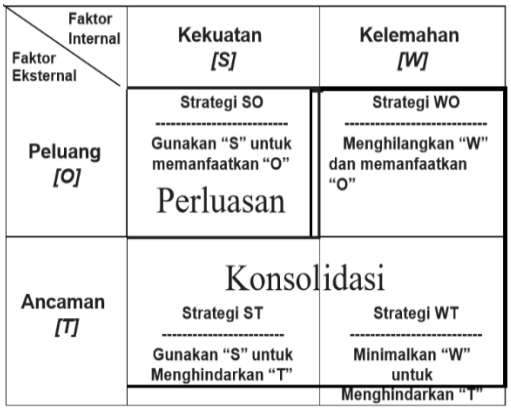
Tahap 2, mengidentifikasi kekuatan (internal) dan peluang (eksternal) yang diperkirakan dapat dipergunakan untuk mengatasi kelemahan dan ancaman yang telah diidentifikasi pada tahap pertama;

Tahap 3, melakukan analisis SWOT lanjutan setelah diketahui kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman;

Tahap 4, merumuskan berbagai strategi yang direkomendasikan untuk menangani kelemahan dan ancaman, termasuk pemecahan masalah, perbaikan dan pengem- bangan lebih lanjut;

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

Gambar 5.1 Analisis SWOT dan Prioritas Strategi Pengembangan



5.3.2 Dokumen dan Rekaman

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

Pemeriksaan dokumen dilaksanakan dengan cara berikut:

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

Selain pemeriksaan dokumen, tim auditor juga akan mencermati hasil evaluasi diri dari unit yang diaudit sehingga dapat diketahui kelebihan dan kelemahan unit yang diaudit (auditee). Bagian yang memerlukan peningkatan akan menjadi bahan dalam verifikasi pada unit yang diaudit. Auditor juga dapat

menilai ketercapaian Standar Nasional DIKTI melalui dokumen evaluasi diri yang telah disusun sebelumnya.

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

5.4 Pembuatan Daftar Tilik/*Checklist*

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

Manfaat pembuatan daftar tilik/*ceklist* adalah:

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

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

Pembuatan daftar tilik dibuat berdasarkan cakupan audit, yakni:

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

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

1. Kebijakan SPMI
2. Manual PPEPP
3. Standar
4. Prosedur & formulir

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

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

Tabel 5.1 Contoh Daftar Tilik

No.	Referensi (Butir Mutu)	Pertanyaan	Catatan Audit	S		TS	Catatan Khusus
1	Standar Mutu Pendidikan SPMI	Standar lulusan	Jumlah rasio mahasiswa yang masuk dan yang tamat			✓	Hitung jumlah mahasiswa
…	…	…	…	…		…	…

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 pernyatan yang ada bukti.

5.5 Rapat Pembukaan dan Pelaksanaan Audit Lapangan/Visitasi

5.5.1 Rapat Pembukaan Audit *(Opening meeting)*

Tujuan dari pertemuan pembukaan adalah untuk:

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

Rapat Pembukaan Audit *(Opening meeting)* harus dipimpin oleh Ketua tim Auditor. Teknik rapat pembukaan audit harus mempertimbangkan:

1. Ketua tim auditor memperkenalkan diri dan seluruh anggota tim auditor;

2. Pengenalan peserta, termasuk pengamat dan pemandu, dan garis besar peran mereka;
3. Ketua tim auditor menyampaikan tujuan audit, ruang lingkup dan kriteria audit;
4. Ketua tim auditor menyampaikan jadwal acara audit, rapat internal antara tim auditor dan auditee, dan perubahan akhir untuk disetujui oleh auditee;
5. Ketua tim auditor menyampaikan rincian proses audit (apa, siapa, kapan dan dimana) dan hal lain yang di anggap perlu;
6. Ketua tim auditor menyampaikan penyajian metode yang akan digunakan untuk melakukan audit, termasuk memberi nasihat kepada auditee bahwa bukti audit akan didasarkan pada sampel informasi yang tersedia;
7. Ketua tim auditor mengenalkan metode untuk mengelola risiko terhadap organisasi yang mungkin timbul dari kehadiran anggota tim audit;
8. Ketua tim auditor mengkonfirmasikan saluran komunikasi formal antara tim audit dan auditee;
9. Ketua tim auditor mengkonfirmasikan bahasa yang akan digunakan selama audit;
10. Ketua tim auditor mengkonfirmasikan bahwa, selama audit, auditee akan dijaga informasi tentang kemajuan audit;
11. Ketua tim auditor mengkonfirmasikan bahwa sumber daya dan fasilitas yang diperlukan oleh tim audit tersedia;
12. Ketua tim auditor mengkonfirmasikan hal yang berkaitan dengan kerahasiaan dan keamanan informasi;
13. Ketua tim auditor mengkonfirmasikan kesehatan dan keselamatan yang relevan, prosedur kedaruratan dan keamanan untuk tim audit;
14. Ketua tim auditor menginformasikan mengenai metode pelaporan temuan audit termasuk pemeringkatan, jika ada;
15. Ketua tim auditor menginformasikan tentang kondisi di mana audit dapat dihentikan;
16. Ketua tim auditor menginformasikan tentang rapat penutup;
17. Ketua tim auditor menginformasikan tentang cara untuk menghadapi kemungkinan temuan selama audit;
18. Ketua tim auditor menginformasikan tentang sistem umpan balik dari auditee atas temuan atau kesimpulan audit, termasuk keluhan atau banding.

5.5.2 Pelaksanaan Audit Lapangan/Visitasi

Pelaksanaan Audit Lapangan (AL) atau visitasi merupakan kegiatan visitasi yang dilakukan oleh tim asesor ke perguruan tinggi dengan tujuan memverifikasi fakta dan kondisi lapangan terhadap data/informasi yang disampaikan di dokumen usulan akreditasi. Audit lapangan merupakan tahap kedua pelaksanaan AMI setelah tim auditor menyelesaikan audit dokumen/sistem dan jadwal audit kepatuhan yang telah ditetapkan dan disetujui oleh tim auditor dan auditee/*auditee*.

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

1. Pimpinan unit;
2. Dosen;
3. Tenaga kependidikan;
4. Kepala laboratorium;
5. Mahasiswa;
6. Alumni dan pengguna alumni.
7. Jika audit lapangan dilaksanakan di tingkat program studi, maka verifikasi dilakukan terhadap:
8. Pimpinan program studi;
9. Dosen;
10. Tenaga kependidikan;
11. Mahasiswa;
12. Alumni dan pengguna lulusan.

Hasil temuan yang terbukti menyimpang atau berpotensi terjadinya penyimpangan pada saat verifikasi dicatat sebagai bukti temuan.

Dalam pelaksanaan audit kepatuhan, ada beberapa tahapan yang dilakukan:

1. Pengumpulan Bukti Audit;

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

a. Pengumpulam bukti audit dilakukan dengan tahapan:

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

b. Objek Audit:

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

c. Temuan Audit:

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

d. Penyampaian hasil temuan oleh setiap anggota tim auditor. Setiap auditor menyampaikan:

- Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap standar;
- Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap dokumentasi/rekaman;
- Aspek dari operasi yang menyimpang/cenderung mengarah kepada ketidaksesuaian;
- Temuan yang dilaporkan harus disetujui process owner (auditee) dan berdasarkab bukti;

e. Rapat Internal Auditor

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

f. Format laporan AMI teridiri dari:

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

5.6 Peninjauan Hasil Audit Sebelumnya

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

1. Melakukan verifikasi tentang tindak lanjut temuan AMI pada siklus sebelumnya;

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

5.7 Teknik Wawancara/Bertanya

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

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

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

Metode yang dapat digunakan dalam bertanya diantaranya adalah;

a. *Open Question*: Pertanyaan umum, tidak dapat dijawab dengan 'ya' atau 'tidak'.
Contoh: Bagaimana cara penetapan sasaran mutu di organisasi anda*?*
b. *Extended Question*: Pengembangan dari pernyataan auditee.
Contoh: Apa dan bagaimana cara anda mengukur pencapaian sasaran mutunya?
c. *Clarification Question*: untuk mencegah informasi yang kurang atas jawaban pertanyaan umum.
Contoh: dari penjelasan anda dilakukan pengukuran setiap bulan, bagaimana anda memastikan bahwa itu dilakukan?
d. *Closing Question*: untuk menutup pertanyaan yang diajukan dan digunakan untuk mengkonfirmasi fakta.

Kiat-kiat yang dapat dilakukan pada saat melakukan wawancara/bertanya adalah:

a. Melakukan wawancara/bertanya secara terpisah antara ketua Unit Kerja dan bawahannya/staff;
b. Hindari mengkonfrontasi/*cross-check* pernyataan auditee/auditee lain (misal atasan);
c. Hindari kesan selalu membaca daftar tilik;
d. Hindari menyodorkan opini dan *corrective action;*
e. Buatlah pertanyaan yang jelas/spesifik/tidak bermakna ganda.

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

1. Pertanyaan terbuka

- Jelaskan mekanisme monitoring proses pembelajaran.....
- Apa yang dilakukan bpk/ibu jika.....

Pertanyaan tertutup (Ya/Tidak):

- Berdasarkan penjelasan sebelumnya dapat dibuat kesimpulan bahwa dokumen acuan belum tersedia untuk proses.....?

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

Agar pertanyaan yang disampaikan bisa efektif, maka auditor harus:

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

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

1. Pertanyaan untuk Proses Owner.

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

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

2, Pertanyaan untuk Pelaksana.

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

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

Pertanyaan kepada pengguna.

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

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

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

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

Catatan atas temuan tersebut, meliputi:

a. Apa yang ditemukan;
b. Dimana/area ditemukan (dapat ditemukan pada owner, pelaksana, pengguna, dan lainnya);
c. Alasan apa/mengapa dianggap sebagai ketidaksesuaian;
d. Siapa yang hadir/ada pada saat ditemukan.

Catatan temuan hendaknya dituliskan dalam bentuk:

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

Di samping itu Auditor juga dapat menambahkan rumus (S + N) yaitu *Show me* lalu catat. Dengan demikian, rumus yang digunakan oleh auditor diantaranya adalah (5W+H+S+N).

5.8 Teknik Telusur

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

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

5.9 Pengumpulan Bukti Audit dan Dokumen

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

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

1. Wawancara dengan pengelola (*stakeholder*)

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

2. Pemeriksaan dokumen atau rekaman

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

a. Memeriksa kecukupan mekanisme pengendalian internal untuk memastikan bahwa tujuan perguruan tinggi dapat dicapai secara efektif;
b. Memeriksa efektivitas fungsi pengendalian internal melalui:

- 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;
- Pemeriksaan kebenaran dan keutuhan informasi akademk untuk memastikan bahwa informasi tersebut akurat, tepat waktu, dan berguna bagi pencapaian tujuan perguruan tinggi;
- Pemeriksaan prosedur yang dipergunakan untuk memastikan ketersediaan sumber daya perguruan tinggi;
- Pemeriksaan efisiensi dan pemanfaatan sumber daya.

3. Pengamatan terhadap aktivitas atau proses

Dalam pengamatan aktivitas atau proses, hal-hal berikut sebaiknya dilakukan oleh auditor, yaitu:

1. Memeriksa kinerja unit untuk memastikan pencapaian tujuan perguruan tinggi. Dalam hubungan ini, AMI harus diarahkan untuk mengetahui apakah kegiatan perguruan tinggi telah dilaksanakan secara tertib dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan prinsip efektivitas dan efisiensi;
2. Melakukan pemeriksaan terhadap aktivitas khusus suatu unit kerja. Aktivitas khusus tersebut dapat mencakup segala aspek dan unsur sehingga hasilnya mampu menunjang analisis yang optimal dalam membantu proses pengambilan keputusan oleh pimpinan perguruan tinggi.

4. Pengamatan terhadap kondisi lapangan

Dalam pengamatan kondisi lapangan, hal-hal berikut sebaiknya dilakukan oleh auditor, yaitu:

a. Memastikan apakah perencanaan proses pembelajaran telah tercapai dengan baik, yang dapat dilakukan dengan cara:

- Cek apakah Learning Outcome (LO) / Capaian Pembelajaran (CP) prodi telah terumuskan dengan baik
- Cek apakah setiap mata kuliah telah mendukung CP prodi
- Cek apakah RPS telah sesuai dengan CP Prodi

b. Memastikan apakah proses pembelajaran telah terlaksana dengan baik, yang dapat dilakukan dengan cara:

- Cek rekaman kehadiran dosen
- Cek rekaman kehadiran mahasiswa
- Cek kebenaran materi
- Cek kebenaran jumlah sks
- Cek kebenaran penyajian

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

1. Tujuan:

a. Pengujian jaringan;
b. Mengungkap fakta-fakta;
c. Identifikasi perbaikan;

2. Dasar:

a. Sistem adalah input-proses-output;
b. Sistem adalah sebab-akibat;
c. Sistem adalah suatu jaringan;

3. Teknik Penelusuran Jejak (*Trail Following*):

Berdasarkan suatu temuan tertentu auditor bergerak (maju atau mundur) untuk mengumpulkan informasi dan menyelidiki lebih dalam suatu gejala atau pola tertentu.

4. *Forward and Backward Tracing:*

Auditor dapat bergerak dari sisi input hingga rangkaian-rangkaian kegiatan dan output atau sebaliknya bekerja dari sisi output mundur ke input. Pergerakan auditor (*forward/backward*) dapat berdasarkan obyek audit (5 macam).

5.10 Perumusan Temuan Audit

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

Menulis temuan audit biasanya tidak sekali jadi, diperlukan beberapa kali perbaikan sehingga sesuai dengan yang dimaksudkan oleh auditor. Temuan harus dirumuskan sedemikian rupa sehingga auditee mudah dalam melakukan tindak lanjut. Temuan AMI merupakan segala sesuatu yang menyimpang atau potensial untuk menyimpang terhadap standar dan/atau segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk/jasa. Temuan audit bukan temuan tentang individu tetapi tentang sistem yang harus diperbaiki. Maka, temuan akan menunjukkan kepada auditee tentang kepastian beberapa persyaratan

mutu yang belum dipenuhi. Temuan yang baik langsung menunjukkan adanya ketidaksesuaian misalnya, belum ada sistem yang dapat memastikan pelaksanaan ujian sesuai dengan *learning outcome* yang ditargetkan. Pernyataan dan kategori temuan audit sebelum disampaikan ke pihak auditee harus didiskusikan dan mendapat kesepakatan dari semua anggota Tim Auditor.

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

1. P*roblem* (masalah yang ditemukan)
2. L*ocation* (lokasi ditemukan problem)
3. O*bjective* (bukti temuan)
4. R*eference* (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 mengunakan Formula PLOR.

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

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

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

L: Di Prodi “X”

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

R: Standar proses pembelajaran.

Ditemukan perbedaan pernyataan mengenai jumlah tatap muka minimal dosen, yaitu tertulis sebanyak 14 kali dalam satu semester pada Pedoman Akademik Prodi “X”; dengan ketentuan pada Permenristekdikti No. 3 tahun 2020 tentang SN Dikti Pasal 15 angka (2) yang menyatakan waktu proses pembelajaran efektif selama paling sedikit 16 minggu termasuk ujian tengah semester dan ujian akhir semester, yang diakui oleh auditee.

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

P: Ditemukan perbedaan pernyataan mengenai jumlah tatap muka minimal dosen.

L: Di Prodi “X”

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

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

Hal-hal yang harus dicatat saat Visitasi, yaitu:

1. Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap standar
2. Bukti-bukti ketidaksesuaian terhadap dokumentasi/rekaman
3. Aspek dari operasi yang menyimpang/cenderung mengarah kepada ketidaksesuaian

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

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

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

Harus berdasarkan fakta;

1. Harus ringkas dan jelas;
2. Tidak memasukkan opini;
3. Tidak memasukkan sebab-sebab ketidaksesuaian;
4. Harus disetujui process owner (auditee);
5. Berdasarkan bukti.

5.11 Ekspos dan Rapat Penutupan Audit

5.11.1 Ekspose Hasil Audit

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

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

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

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

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

1. Ketua tim auditor memimpin rapat untuk merumuskan temuan audit, meliputi:

    a. Menyampaikan dan meninjau temuan audit dan informasi lain yang sesuai, yang dikumpulkan selama audit;
    b. Menyampaikan masalah yang ditemukan (ketidaksesuaian) pada saat audit bahwa tujuan audit pernyataan temuan harus mengikuti kaidah PLOR;
    c. Lokasi ditemukan masalah ketidaksesuaian;
    d. Alasan ditemukan ketidaksesuaian;
    e. Objektif/bukti temuan/ketidaksesuaian;
    f. Siapa yang hadir/terlibat pada saat ditemukan ketidaksesuaian.

2. Ketua tim auditor menjelaskan referensi/dokumen yang mendasari;

3. Tim auditor dan auditee menyetujui kesimpulan audit dengan mempertimbangkan ketidakpastian yang melekat dalam proses audit;

4. Tim auditor menyiapkan rekomendasi sesuai dengan rencana audit;

5. Tim auditor dan auditee mendiskusikan audit tindak lanjut.

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

1. Tingkat kesesuaian dengan kriteria audit dan ketangguhan dari sistem manajemen, termasuk efektivitas sistem manajemen dalam memenuhi tujuan yang telah ditetapkan;
2. Pelaksanaan yang efektif, pemeliharaan dan perbaikan sistem manajemen;
3. Kemampuan proses tinjauan manajemen untuk memastikan kesesuaian, kecukupan, efektivitas dan peningkatan sistem manajemen;
4. Pencapaian tujuan audit, cakupan ruang lingkup audit, dan pemenuhan kriteria audit;

5. Akar penyebab temuan, jika disertakan dalam rencana audit;
6. Temuan serupa yang dibuat di area yang berbeda yang telah diaudit untuk tujuan mengidentifikasi tren.

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

5.11.2 Rapat Penutupan Audit *(Closing Meeting)*

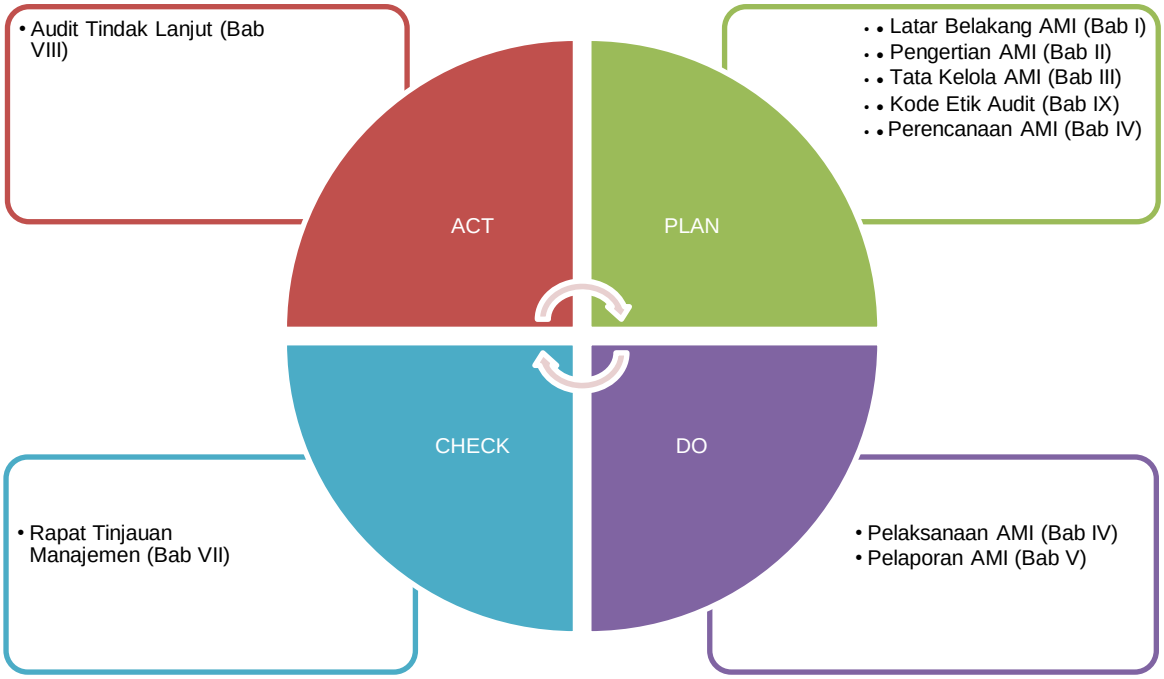
Rapat penutup audit harus dilakukan untuk menyajikan temuan audit dan kesimpulan. Peserta dalam rapat penutup harus mencakup manajemen auditee dan, jika relevan, pihak yang bertanggung jawab atas fungsi atau proses yang telah diaudit, dan juga dapat mencakup pihak lainnya.

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

1. Ketua tim auditor dan anggota tim auditor;
2. Auditee;
3. Pihak terkait.

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

1. Ketua tim auditor memperkenalkan tim auditor (apabila ada peserta yang tidak hadir pada saat opening meeting);
2. Ketua tim auditor mereview scope dan tujuan audit;
3. Ketuan tim auditor menyampaikan hasil keseluruhan audit;
4. Ketua tim auditor menyampaikan praktek-praktek yang baik *(Strong point)*;
5. Ketua tim auditor menjelaskan bahwa audit adalah sampling bahwa problem yang ditemukan dapat terjadi pada area yang lain, sehingga tindakan koreksi tidak hanya dilakukan terhadap hasil temuan tetapi juga terhadap sistem dimana *nonconformances* tersebut ditemukan;
6. Ketua tim auditor memberikan rekomendasi untuk perbaikan dan kemajuan dimasa yang akan datang;
7. Ketua tim auditor dan auditee membahas temuan audit dan rencana follow up/verifikasi;
8. Ketua tim auditor dan auditee menyepakati baik substansi maupun pernyataan temuan;
9. Ketua tim auditor dan auditee bersama-sama menandatangani daftar temuan audit;
10. Ketua tim auditor menyerahkan form Permintaan Tindakan Koreksi (PTK) untuk dianalisis akar penyebab ketidaksesuaian dan rencana tindak lanjut pada setiap temuan audit;
11. Ketua tim audit menutup acara audit.



BAB VI: LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL

Deskripsi:

Bab ini membahas tentang jenis dan struktur pelaporan AMI, pembuatan laporan tindakan koreksi, tindak lanjut permintaan tindakan koreksi (TL-PTK).

Lampiran yang terkait dengan pembahasan bab ini adalah:

1. Lampiran 13: Laporan Audit Mutu Internal
2. Lampiran 14: Laporan Temuan AMI

6.1 Jenis dan Struktur Pelaporan AMI

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

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

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

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

Tabel 6.1 Struktur Penulisan Laporan AMI

Unsur Laporan	Isi Laporan	
STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau	Program Studi	
	Program Studi	
	Alamat	
	Nama Ka Prodi	
	Tanggal Audit	
	Ketua Auditor	Nama :
		Program Studi :
	Anggota Auditor	Nama :
		Program Studi :
		Nama :
		Program Studi :
	Tanda Tangan Auditor	
	Tanda Tangan Ka Prodi	
Identitas Auditor	Nama Ketua Tim Auditor	
	Anggota Tim Auditor	
Tujuan Audit	Memastikan apakah temuan/rencana tindak koreksi pada	

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

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

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

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

6.2 Pembuatan Laporan Tindakan Koreksi

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

Laporan PTK ini dapat dilakukan apabila antara teraudit dengan auditor telah sepakat dengan temuan audit yang dibuat Tim Auditor. PTK harus dilampirkan pada 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 Lampiran PTK dapat dilihat pada Lampiran.

6.3 Tindak lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK)

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

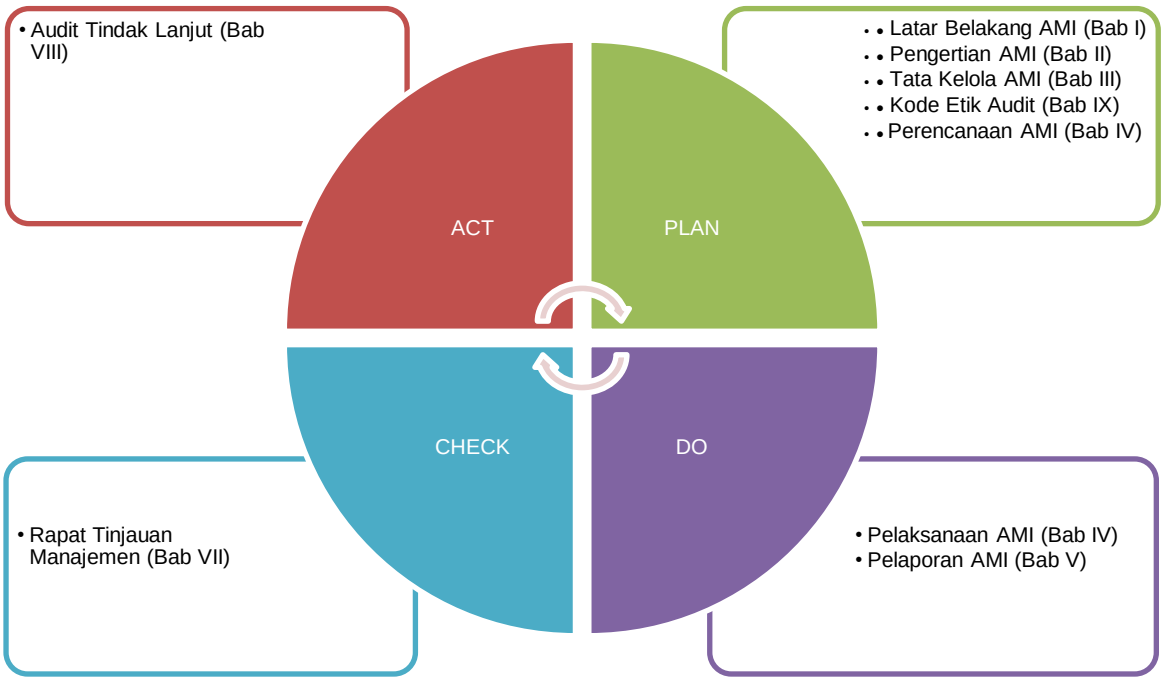
Jika PTK itu sendiri berupa permintaan kepada Auditee untuk menyelesaikan beberapa temuan Ketidak-Sesuaian (KTS) yang ditemukan dalam proses Audit di lapangan, maka Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi (TL-PTK) merupakan tugas dan kewajiban yang harus dilakukan oleh Auditee atas temuan KTS yang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

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

Dokumen yang diperlukan untuk pelaksanaan TL-PTK adalah:

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

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



BAB VII: RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN AUDIT MUTU INTERNAL

Deskripsi:

Bab ini membahas tentang Definisi rapat tinjauan manajemen (RTM), tujuan rapat tinjauan manajemen (RTM), karakteristik rapat tinjauan manajemen (RTM), prosedur rapat tinjauan manajemen (RTM), Agenda rapat tinjauan manajemen (RTM), Materi rapat tinjauan manajemen (RTM), peserta rapat tinjauan manajemen (RTM), luaran rapat tinjauan manajemen (RTM).

Lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

Lampiran 15: Berita Acara Hasil Rapat Tinjauan Manajemen Final

7.1. Definisi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Rapat tinjauan manajemen (RTM) merupakan rangkaian kegiatan AMI berkaitan dengan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi. Berdasarkan siklus PPEPP bahwa dalam sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI), dmulai dari perencanaan, pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian dan peningkatan standar yang ditepakan di pendidikan Tinggi (STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau).

Oleh karena itu, dalam rangka tercapaian standar mutu pendidikan, maka diperlukan kebijakan untuk menetukan langkah-langkah cepat dan tepat. Terutama diperlukan pertemuan yang serius untuk membahas hal-hal yang masih belum memenuhi standar atau belum tercapainya standar yang ditentukan dengan melibatkan seluruh pengelola dilingkungan unit masing-masing, hal tersebut disebt sebagai rapat tinjauan manajemen (RTM)

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

7.2 Tujuan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

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

7.3 Karakteristik Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Pelaksanaan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) AMI STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau. harus memiliki beberapa karakteristik sebagai berikut:

1. Dilakukan secara berkala, sistematis dan terukur setelah dilaksanakan audit mutu Internal (AMI).
2. Dilakukan perencanaan, pelaksanaan dan didokumentasikan dengan baik.
3. Melakukan evaluasi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu dan dampaknya pada mutu dan kinerja.
4. Pembahasan mengenai perubahan atas atata kelola, pengembangan, pendidikan, penelitian dan pengeabdian kepada masyarakat yang perlu dilakukan sebagai perbaikan.

5. Hasil pertemuan ditindaklanjut dan dilakukan pengawasan untuk memastikan keterlaskananya tindak lanjut secara baik dan tepat sasaran.
6. Pertemuan diawali dengan pembahasan hasil dan tindaklanjut RTM sebelumnya atau hasil evaluasi kerja manajemen sebelumnya.
7. Dilaksanakan dengan agenda yang jelas, terukur dan akuntabel.
8. Menghasilkan luaran seperti:
   a) rencana perbaikan,
   b) rencana peningkatan kepuasan stakeholders,
   c) rencana pemenuhan sumber daya yang diperlukan, dan
   d) rencana perubahan untuk mengakomodasi persyaratan layanan dan output.

7.4 Prosedur Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

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

1. Rapat Tinjauan Manajemen Institut (RTMI) dipimpin oleh Ketua yang didampingi oleh pimpinan P2M
2. P2M berkoordinasi dengan Ketua untuk menentukan jadwal RTM hasil temua AMI.
3. P2M membuat surat undangan RTM keseluruh peserta RTM baik pada tingkat institut dan Program Studi, kemudian didistribusikan baik langsung atau melalui media sosial yang berlaku.
4. Masukan dan pokok bahasan dalam rapat Tinjauan Manejemen bersifat kebijakan strategis antara lain :
   a. Perubahan dan pengesahan Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu,dan Rencana Mutu;
   b. Tindak lanjut dari Rapat Tinjauan Manajemen sebelumnya;
   c. Hasil Audit Mutu Internal (AMI) baik yang akademik maupun non akademik dan tindak lanjutnya yang bersifat kebijakan dan bersifat strategis;
   d. Masukan dari pelanggan;
   e. Peninjauan Prosedur Mutu;f.Evaluasi kinerja proses dan kesesuaian produk;
   f. Hasil penerapan teknik statistik dan tindak lanjutnya;
   g. Perubahan-perubahan sistem, aturan, dan teknologi yang berpengaruh terhadap Sistem Manajemen Mutu;
   h. Alokasi sumber daya yang berpengaruh terhadap sistem;
   i. Rencana dan strategi baru yang berkaitan dengan Sistem Manajemen Mutu
5. RTM dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan sekali setelah pelaksanaan dan perumusan hasil AMI.
6. P2M harus memastikan bahwa dalam RTM telah dimasukkan dan dibahas dalam agenda rapat.
7. Semua keputusan rapat dicatat dalam notulen rapat yang dilakukan oleh P2M atau personil yang ditunjuk.

8. Sebelum RTM selesai, notulis membacakan seluruh hasil atau keputusan rapat beserta penanggungjawab permasalahan serta tanggal penyelesaian tindak lanjutnya.
9. Menyusun laporan hasil RTM
10. Semua hasil rapat tinjauan manajemen dapat didistribusikan ke seluruh peserta baik ditingkat institut, Program Studi, lembaga dan unit untuk ditindaklanjut dalam rangka perbaikan

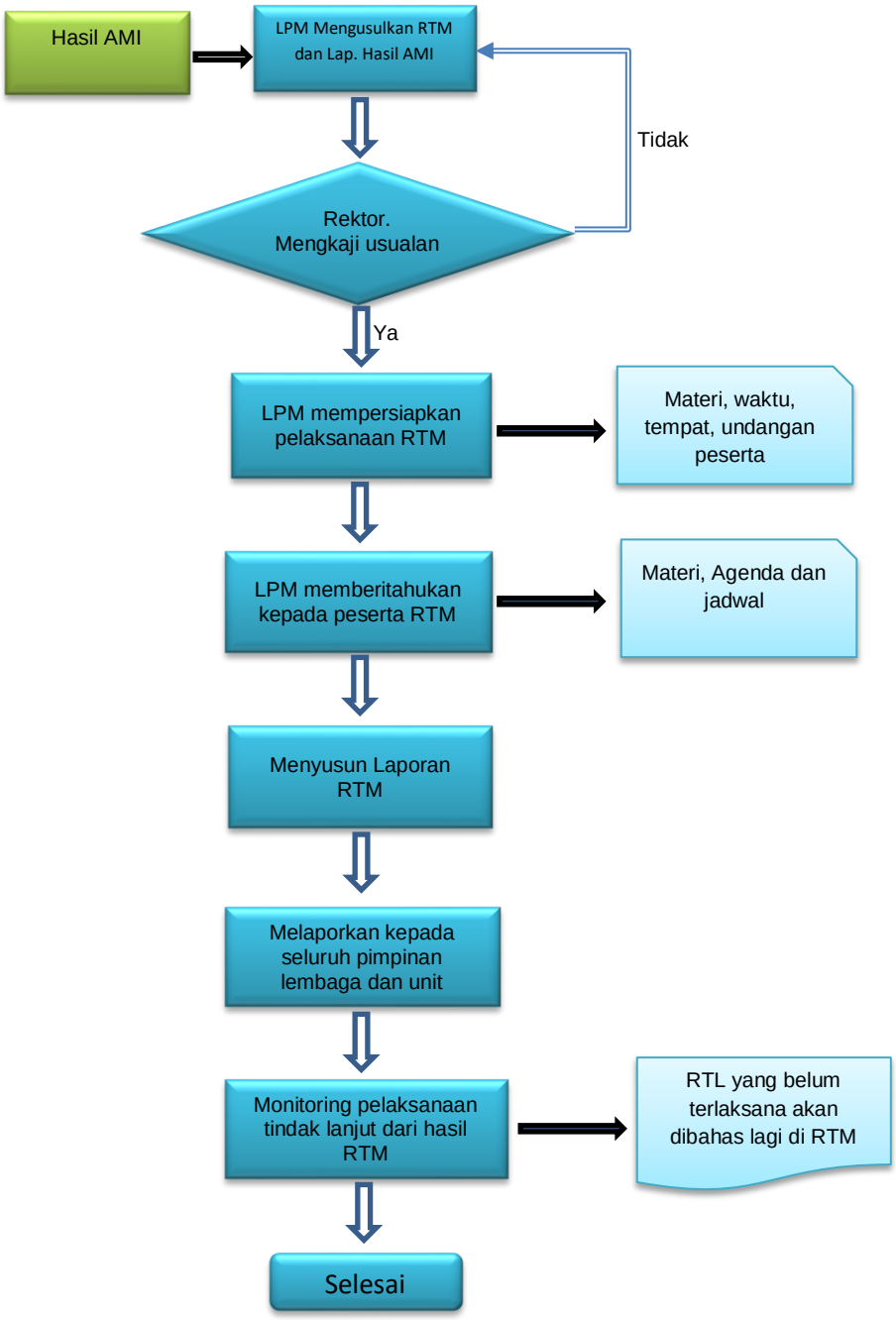
Prosedur rapat tinjauan manajemen dapat dijelaskan dalam bentuk gambar 7.1

7.5. Agenda Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

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

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

Gambar 7.1 Alur RTM AMI



7.6. Materi Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

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

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

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

7.7 Peserta Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

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

1. Pimpinan perguruan Tinggi yang meliputi: Ketua dan para Wakil Ketua
2. Kepala Bagian dan kepala Sub Bagian di lingkungan Institusi
3. Ketua dan sekretaris Jurusan di masing-masing Program Studi
4. Pusat penjaminan mutu (P2M) sebagai *Quality system control*
5. Gugus Penjaminan mutu Program Studi (GJMF) Ketua lembaga penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat
6. Seluruh lembaga dan unit dilingkungan isntitusi yang meliputi: P3M, Perpustakaan, UPB/P2B, dan TIPD,

7.8 Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

7.8.1 Rasional

Produk nyata luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) adalah kebijakan dari pimpinan untuk menjamin *continuous improvement* dari penjaminan mutu dalam rangka meningkatkan dan memperbaiki temuan AMI serta pemenuhan sembilan kriteria yang mengacu pada Akreditasi Perguruan Tinggi (APT) dan Akreditasi Program Studi (APS) STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau.

7.8.2 Produk Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

Produk luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) berupa kebijakan startegis yang dihasilkan dari proses AMI yang dilakukan lembaga penajiman mutu sebagai berikut. Secara ringkas, Produk 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/kriteria 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.
5. Konsistensi pelaksanaan standar mutu
6. Konsistensi pemenuhan kriteria akreditasi institusi maupun prodi

7.8.3 Tujuan Luaran Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

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

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

7.9 Tindak Lanjut Hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM)

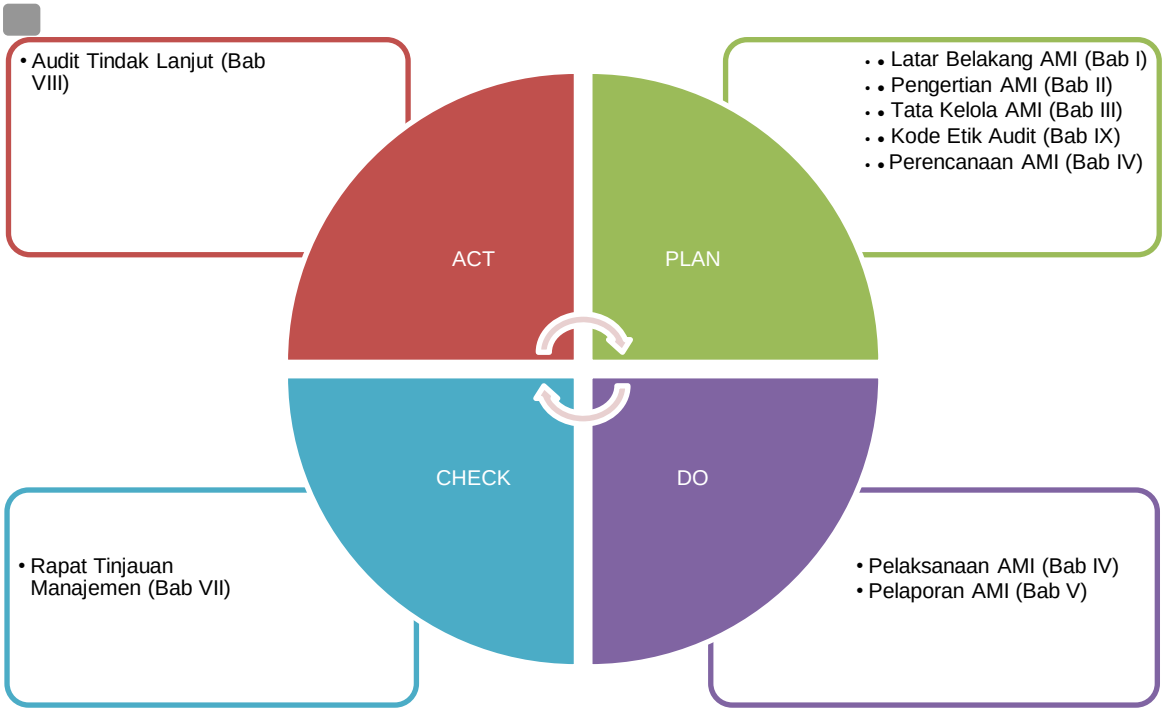
Tindak lanjut hasil Rapat Tinjauan Manajemen (RTM) merupakan upaya konkrit dan solutif yang harus dilakukan auditie dalam rangka mewujudnyatakan rekomendasi hasil RTM. Tinjauan ini harus mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu. Sedangkan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

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

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

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

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



BAB VIII: AUDIT TINDAK LANJUT

Deskripsi:

Bab ini membahas tentang: penyampaian tindak lanjut permintaan tindakan koreksi, penjadwalan audit tindak lanjut, pelaksanaan audit tindak lanjut (asessmen tindak lanjut), pelaporan audit tindak lanjut.

Lampiran yang terkait dengan bab ini adalah:

1. Lampiran 16: Surat Peringatan Final
2. Lampiran 17: Form Permintaan Tindakan Koreksi Final
3. Lampiran 18: Form Tindakan Koreksi Final
4. Lampiran 19: Permintaan Tindak Lanjut Koreksi
5. Lampiran 20: Laporan Tindak Lanjut Temuan Audit Mutu Internal Final

8.1 Penyampaian Tindak Lanjut Permintaan Tindakan Koreksi

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

bertujuan untuk memastikan efektfitas dan dampak dari tindak lanjut hasil audit atau permintaan tindakan koreksi. Audit Tindak Lanjut merupakan kegiatan untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan kemajuan *auditee* dalam melaksanakan rekomendasi audit.

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

8.2 Penjadwalan Audit Tindak Lanjut

Untuk merencanakan ATL terdapat beberapa tahapan yang perlu dilakukan yaitu:

a. Menetapkan apakah audit tindak lanjut akan dilaksanakan atau tidak

Prioritas penugasan audit tindak lanjut harus mempertimbangkan strategi audit secara keseluruhan, seperti dalam proses perencanaan strategi tahunan. Alasan tidak dilaksanakannya audit tindak lanjut antara lain dikarenakan lingkup audit terlalu kecil, temuan audit sudah tidak relevan lagi atau program kegiatan yang bersangkutan sudah tidak ada lagi.

b. Menentukan lingkup audit tindak lanjut

Lingkup audit tindak lanjut harus ditentukan berdasarkan penilaian atas keberlanjutan penerapan kesimpulan audit terdahulu, pernyataan manajemen atas tindakan perbaikan, dan tingkat kepercayaan auditor atas hasil kerja auditor terdahulu.

c. Cross audit follow up

Kegiatan *cross audit follow up* mencakup *review* beberapa hasil audit dalam satu entitas atau beberapa hasil audit dalam entitas. Kegiatan *cross audit follow up* yang spesifik perlu mempertimbangkan proses perencanaan strategis audit kinerja.

d. Menyiapkan sumber daya untuk audit tindak lanjut

Sumber daya untuk melaksanakan audit tindak lanjut bergantung pada faktor-faktor seperti jumlah rekomendasi, sifat hubungan dengan *auditee* dan apakah anggota tim audit terdahulu akan membantu dalam audit tindak lanjut.

e. Menjadwalkan tindak lanjut

Penjadwalan audit tindak lanjut bergantung pada karakteristik audit, jenis rekomendasi, risiko sosial, ekonomi dan sebagainya. Pelaksanaan audit tindak lanjut diaksanakan setelah audit mutu internal yang pertama.

8.3 Pelaksanaan Audit Tindak Lanjut (Asessmen Tindak Lanjut)

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

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

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

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

8.4 Pelaporan Audit Tindak Lanjut

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

Dalam laporan audit tindak lanjut, auditor melaporkan temuan dan rekomendasi dari temuan-temuan AMI sebelumnya yang belum ditindaklanjuti selama audit tindak lanjut untuk seterusnya disampaikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan (stakeholder). Laporan audit tindak lanjut ini menyediakan informasi bagi stakeholder mengenai :

1. Keefektifan tindakan-tindakan perbaikan yang telah dilakukan sesuai dengan waktu yang telah disepakati dalam permintaan tindakan koreksi. Oleh karenanya sering disebut dengan Laporan Tinjauan Keefektifan Tindakan Perbaikan.
2. Hambatan-hambatan yang mungkin ditemui auditee saat melakukan tindakan-tindakan perbaikan atas temuan AMI sebelumnya
3. Masukan dan saran mengenai beberapa alternatif langkah-langkah efektif yang bisa diambil oleh auditee dalam rangka menindaklanjuti temuan-temuan AMI sebelumnya

4. Tidak ada standar atau format baku dalam menuliskan laporan audit tindak lanjut ini, yang terpenting adalah mudah dipahami dan mampu memberikan informasi kepada stakeholder tentang beberapa hal yang perlu untuk diperbaiki/ditingkatkan dalam rangka peningkatan mutu berkelanjutan.

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

Tabel 8.1 Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut

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

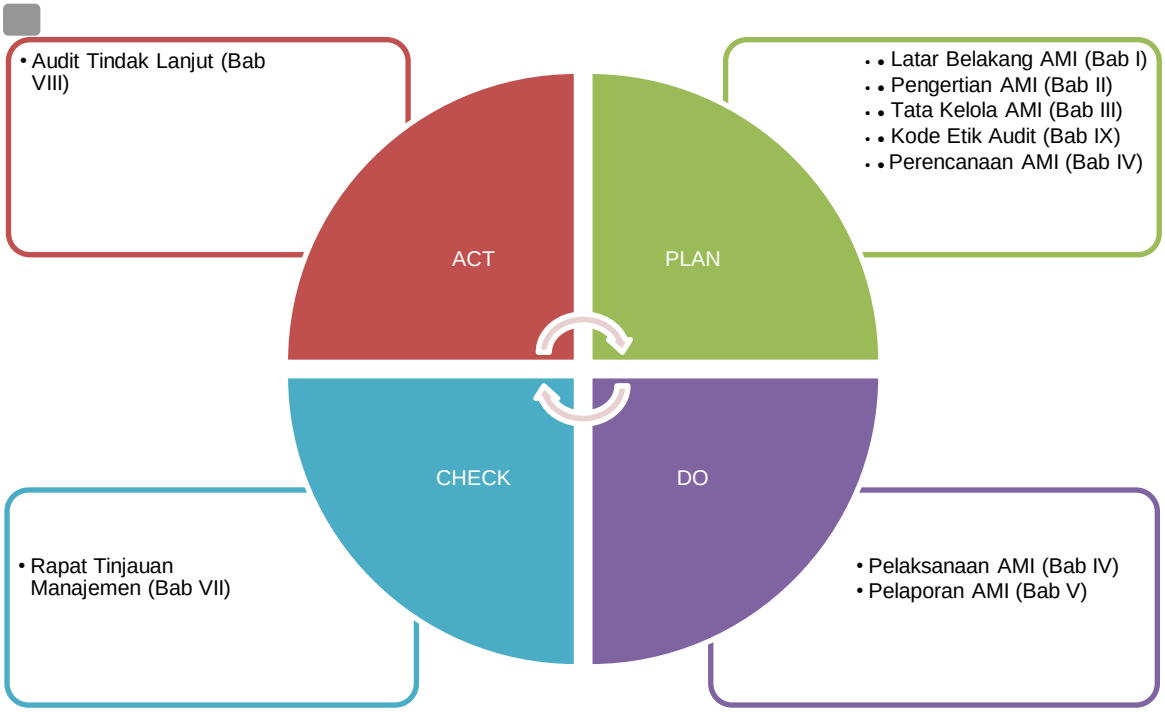
Atau dengan model seperti di bawah ini:

Tabel 8.2 Model Pelaporan Audit Tindak Lanjut

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

Keterangan :

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



BAB IX: KODE ETIK AUDIT MUTU INTERNAL

Deskripsi:

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

9.1 Pengertian Kode Etik

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

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

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

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

Kode etik dapat berfungsi optimal membutuhkan 2 (dua) syarat, yaitu dirumuskan sendiri oleh profesional atau petugasnya sendiri. Kode etik tidak akan efektif apabila ditentukan atau dirumuskan institusi di luar profesi itu. Kemudian pelaksanaan kode etik harus diawasi secara terus-menerus. Setiap pelanggaran akan dievaluasi dan diambil tindakan oleh suatu dewan yang khusus dibentuk.

9.2 Tujuan Kode Etik

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

9.3 Prinsip-Prinsip Audit Mutu Internal

1. Integritas (*integrity*)

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

2. Memaparkan dengan apa adanya (*fair presentation*).

Menyampaikan laporan hasil audit yang sesungguhnya. Temuan audit, kesimpulan audit dan lainnya ditampilkan secara objektif.

3. Pelayanan Professional (*due professional care*).

AMI harus dilaksanakan oleh auditor yang professional yang memiliki kompetensi, sehingga memiliki kredibilitas dihadapan auditee.

4. Menjaga kerahasiaan (*confidentialy*)

Informasi yang didapatkan dalam proses AMI harus digunakan dengan bijaksana, termasuk dalam menangani informasi yang sensitive dan rahasia.

5. Bebas (*independence*)

Auditor harus tidak memihak dan berlaku objektif. Tidak ada konflik kepentingan dengan auditee dan unit yang diaudit.

Pendekatan berdasarkan bukti (*evidence based approach*). Kegiatan AMI harus dapat memverifikasi bukti. Berdasarkan sampel yang disampaikan selama audit berlangsung.

9.4 Azas Auditor

1. Integritas

Auditor mampu membangun kepercayaan orang lain, bahwa keberpihakan yang dimiliki semata-mata ditujukan kepada kebenaran dan fakta. Integritas ini menjadi dasar bagi auditor dalam mengambil keputusan dan penilaiannya terhadap auditee. Untuk mewujudkan auditor yang berintegritas tinggi, standar perilaku yang ditetapkan adalah:

a. Melakukan seluruh tugas auditor dengan penuh ketekunan, bertanggung jawab serta menjunjung tinggi nilai kejujuran.
b. Mentaati hukum dan membuat laporan sesuai dengan ketentuan peraturan profesi
c. Tidak terlibat dalam aktivitas illegal atau terlibat dalam tindakan yang dapat menurunkan wibawa profesi auditor AMI.
d. Menghormati dan berkontribusi pada tujuan yang sah dan etisorganisasi .

2. Objektivitas

Auditor AMI memilikisikap yang objekttif dalam mengumpulkan dan mengevaluasi hasil audit. Dalam melakukan penilaian, auditor harus menilai secara seimbang sesuai dengan keadaan objek yang diaudit tidak dipengaruhi oleh sentimen pribadia tau kelompok. Bentuk sikap dan tindakan yang objektif auditor AMI dapat berbentuk:

a. Tidak terlibat pada segala bentuk kegiatan atau hubungan yang dapat mengganggu objektivitas penilaian
b. Tidak menerima segala bentuk pemberian yang dapat mempengaruhi penilaian.
c. Mengungkapkan segala fakta yang didapatkan dari hasil audit, yang dapat mempengaruhi pelaporan hasil audit.

3. Kerahasiaan

Auditor AMI menjunjung tinggi profesionalitas dalam menjaga informasi yang merekadapatkan dari auditee. Bentuk perilaku auditor yang mencerminkan prinsip kerahasiaan adalah:

a. Melindungi informasi yang didapatkan dari kegiatan audit.
b. Tidak menggunakan informasi hasil audit untuk kepentingan pribadi atau kegiatan yang bertentangan dengan ketentuan peraturan serta kegiatan yang merugikan organisasi.

4. Kompetensi

Auditor di dalam AMI melakukan hal-hal berikut ini:

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

5. Independensi

Auditor AMI tidak terlibat konflik kepentingan dengan pihak auditee ataupun pihak-pihak terkait pelaksanaan AMI. Untuk menjaga independensi auditor dapat dilakukan dengan:

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

9.5 Kode Etik Auditor dan Auditee

9.5.1 Kode etik auditor

Setidaknya ada 3 definisi yang berhubungan dengan subtema atas yaitu:

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

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

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

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

h. Selalu membantu *Auditee;*
i. Menjalin komunikasi seefektif mungkin dengan *Auditee;*
j. Selalu menindaklanjuti permintaan perbaikan.

9.5.2. Auditee

Terdapat 3 (tiga) metode dalam menyeleksi auditee, yaitu

1. Systematic selection

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

2. Ad Hoc Audits

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

3. Auditee Requests

Pimpinan seringkali memerlukan input dari auditor internal untuk mengevaluasi kelayakan dan keefektifan pengendalian internal serta pengaruhnya terhadap operasi yang berada pada struktur tertentu. Oleh karena itu, auditee yang dimaksud mengajukan permintaan untuk diaudit.

Berdasarkan metode di atas, auditee dalam lingkup STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau terdiri dari 5 bidang :

1. Bidang Akademik

Auditee bidang akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja lainnya di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau yang memberikan pelayanan akademik berupa perkuliahan, bimbingan, pengasuhan, asistensi, dan pendampingan terhadap mahasiswa sebagai pengguna utama layanan akademik. Dengan definisi ini, maka *auditee* bidang akademik adalah Program Studi, jurusan dan program studi, pasca sarjana, P3M/P2M, Pusat Bahasa dan Budaya, Pustekipad, dan Bagian Akademik.

2. Bidang Administrasi Akademik

Auditee bidang administrasi akademik adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau yang memberi dukungan pelaksanaan kegiatan akademik secara administratif dan aspek teknis lainnya. Dengan cakupan pengertian ini, *auditee* bidang pelayanan kependidikan adalah Bagian Administrasi masing- masing Program Studi, Sub Bagian Umum, Sub Bagian Akademik dan Kemahasiswaan, Bendahara (BPP) Program Studi

3. Bidang Non Akademik Kemahasiswaan

Auditee bidang Non Akademik Kemahasiswaan adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau yang memberi pelayanan, bimbingan, dan asitensi terhadap mahasiswa dalam melaksanakan kegiatan dan pengembangan keterampilan baik dalam bidang akademik maupun non akademik.

Auditee dalam bidang non akademik kemahasiswaan adalah Wakil Ketua 3, Sub Bagian Kemahasiswaan, Bendahara/Keuangan, Wakil Dekan 3, Tim Pembina Mahasiswa, dan Program studi.

4. Bidang Kepegawaian

Auditee bidang kepegawaian adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau yang memiliki fungsi spesifik terkait dengan pengembangan dan pembangunan sumberdaya manusia. Auditee bidang kepegawaian adalah Wakil Ketua 2, Kepala Biro, dan Bagian Kepegawaian.

5. Bidang Kelembagaan

Auditee bidang kelembagaan adalah lembaga, unit, dan perangkat kerja di lingkungan STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau yang memiliki mandat untuk membangunan dan mengembangkan kelembagaan baik secara internal maupun eksternal. *Auditee* bidang dari Kepala Biro, Wakil Ketua 1, Wakil Ketua 2, Wakil Ketua 3, P2M, P3M, Pustekipad, TIPD dan ULP.

9.6 Hak dan Kewajiban Auditor dan Auditee

9.6.1. Hak dan Kewajiban Auditor

Hak auditor AMI terdiri dari :

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

Kewajiban auditor AMI, adalah

1. Mengaudit sesuai lingkup audit

2. Melaksanakan tugas secara obyektif
3. Mengumpulkan dan menganalisis bukti
4. Melaksanakan tugas sesuai dengan kode etik yaitu salah satunya adalah menjaga kerahasiaan dokumen yang diaudit
5. Mampu menjawab pertanyaan auditee

9.6.2. Hak dan Kewajiban Auditee

Hak auditee AMI terdiri dari:

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

Kewajiban Auditee, terdiri dari:

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

9.7 Sanksi Auditor dan Auditee

9.7.1. Penegakan Disiplin

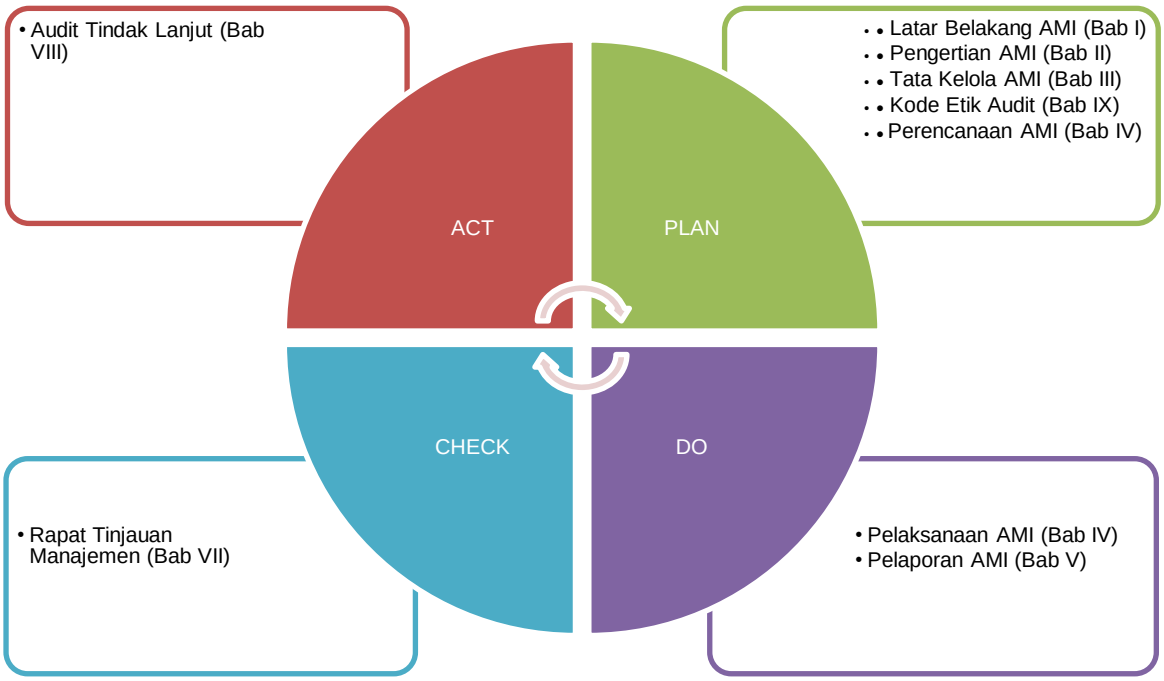
Apabila Ketua STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau menerima laporan tertulis dan resmi mengenai adanya pelanggaran kodek etik auditor AMI, Ketua STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau akan melaksanakan penegakan disiplin sebagai berikut:

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

9.7.2. Sanksi Auditor dan Auditee

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

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



BAB X: PENUTUP

Deskripsi:

Bab ini menutup pembahasan seluruh bab yang ada di pedoman ini dengan harapan proses peningkatan mutu dapat berkelanjutan.

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

Dengan implementasi AMI yang baik, maka prosese Peningkatan Mutu Berkelanjutan atau PPEPP akan berjalan dengan baik pula sehingga pada akhirnya STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau semakin maju dan berkualitas.

REFERENSI

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

Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Islam Nomor 102 Tahun 2019 tentang Standar Keagamaan Pendidikan Tinggi Keagamaan Islam

Pedoman Evaluasi Diri untuk Akreditasi Program Studi dan Institusi Perguruan Tinggi, 2010. Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi, Jakarta.

Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 1 Tahun 2020 tentang Mekanisme Akreditasi untuk Akreditasi yang dilakukan oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi;

Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 Tahun 2017 tentang Sistem Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi;

Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 2 tahun 2020 tentang Instrumen Suplemen Konversi.

Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 3 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Perguruan Tinggi;

Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 4 tahun 2019 tentang Pengajuan Permohonan Akreditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;

Peraturan Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi Nomor 5 tahun 2019 tentang Instrumen Akreditasi Program Studi;

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.

Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020, Perubahan atas Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 tahun 2015 dan Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 50 tahun 2018, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;

Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2020 tentang Perubahan Perguruan Tinggi Negeri Menjadi Perguruan Tinggi Badan Hukum;

Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 5 tahun 2020 tentang Akrrditasi Program Studi dan Perguruan Tinggi;

Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.

Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 61 tahun 2016 tentang Pangkalan Data Pendidikan Tinggi;

Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi;

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;

Prosedur Pelaksanaan Evaluasi Diri dari Satuan Pendidikan. Kantor Jaminan Mutu, 2005 Universitas Gajah Mada.

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

Lampiran 1: Rencana Tahunan Audit Mutu Internal

RENCANA RAHUNAN AUDIT MUTU INTERNAL

TAHUN :

No	Lingkup Audit	Kode Dokumen	Jan				Peb				Mar				Apr				Mei				Juni				Juli			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Evaluasi Diri																													
1	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Program Studi/ Unit Kerja																													
2	Tata pamong, kepemimpinan, system pengelolaan dan penjaminan mutu																													
3	Mahasiswa dan lulusan																													
4	Sumber daya manusia																													
5	Kurikulum, pembelajaran, dan suasana akademik																													
6	Pembiayaan, sarana dan prasarana, serta system informasi																													
7	Penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan kerjasama																													
	Dokumen Evaluasi Diri																													
1	Pernyataan Mutu																													
2	Rencana Strategis																													
3	Pengelolaan																													
4	Sumber daya manusia																													
5	Pendanaan																													
6	Aktivitas Pendidikan																													
7	Penelitian																													
8	Kontribusi/ Pengabdian pada Masyarakat dan Komunitas																													
9	Capaian Prestasi																													
10	Kepuasan Pelanggan																													

No	Lingkup Audit	Kode Dokumen	Jan				Peb				Mar				Apr				Mei				Juni				Juli			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11	Penjaminan Mutu dan Benchmarking																													

Keterangan:

: Rencana

:Realisasi dan perlu perbaikan

: Selesai

Kepala P2M;

(_____))
NIP:

Kapus Audit dan
Pengendalian Mutu;

(_____))
NIP:

Lampiran 2: Standard Operating Procedures (SOP) Kegiatan AMI

STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP)
KEGIATAN AUDIT MUTU INTERNAL

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
Perumusan		Ketua Tim		07 April 2020
Pemeriksaan		Ka. P2M		07 April 2020
Persetujuan		Wk. Ketua I		07 April 2020
Penetapan		Ketua		07 April 2020
Pengendalian		Ka. P2M		07 April 2020

1. TUJUAN

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

2. RUANG LINGKUP

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

3. DEFINISI

PTPP : Permintaan Tindakan Perbaikan dan Pencegahan
RTP : Rencana Tindakan Perbaikan
Auditee : Unit kerja yang akan diaudit.
Auditor : Personel yang bertugas melaksanakan audit
Tim audit : Kelompok personel (auditor) yang bertugas melaksanakan audit
Lead auditor : Orang yang memimpin tim audit.
Verifikasi : kegiatan untuk melakukan pengecekan kebenaran suatu proses.
Verifikator : Orang yang bertugas mengecek dan mengetahui kebenaran suatu proses.

4. REFERENSI

4.1 Panduan Pengisian Instrumen Audit Mutu Internal
4.2 Instrumen Audit Mutu Internal

5. KETENTUAN UMUM

5.1 Tujuan audit mutu internal di STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau adalah:
- 5.1.1 Untuk menilai kesesuaian penerapan sistem manajemen mutu dengan standar dan peraturan lain yang terkait.
- 5.1.2 Untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi penerapan sistem manajemen mutu dan upaya peningkatannya.
- 5.1.3 Untuk menjadi bahan peningkatan mutu yang berkesinambungan.

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

5.3 Pelaksanaan audit mutu internal dikelola oleh P2M dengan tindakan-tindakan sebagai berikut:
- 5.3.1 Menetapkan Program Audit yang mencakup informasi tentang:
  - 5.3.1.1 Auditee
  - 5.3.1.2 Ruang Lingkup Audit
  - 5.3.1.3 Jadwal Audit
  - 5.3.1.4 Tim Auditor
- 5.3.2 Membentuk Tim Audit dengan ketentuan:
  - 5.3.2.1 Auditor adalah personil yang telah mengikuti sekurang-kurangnya pelatihan SPMI dan pelatihan audit mutu internal.
  - 5.3.2.2 Auditor harus independen terhadap area atau lingkup yang akan diaudit, dengan menunjuk personel dari satu bagian untuk penugasan audit silang (cross audit) di bagian lain.
- 5.3.3 Menyampaikan Program Audit kepada Tim Audit dan Auditee dengan surat pemberitahuan paling lambat 1 (satu) bulan sebelum pelaksanaan audit.
- 5.3.4 Secara aktif mengendalikan seluruh kegiatan Audit Mutu Internal. Mulai dari tahap persiapan sampai dengan penyelesaian verifikasi.

5.4 Hasil audit atau temuan audit akan dikategorikan pada 3 jenis, yaitu:
- 5.4.1 Major
  Temuan audit dikategorikan sebagai major, apabila tidak ditemukan bukti-bukti (rekaman mutu) yang memadai sebagai tanda pelaksanaan sistem manajemen mutu dan apabila prosedur yang ada tidak dilaksanakan.
- 5.4.2 Minor
  Temuan audit dikategorikan sebagai minor, apabila dalam penerapan sistem manajemen mutu meskipun telah didukung oleh bukti yang cukup memadai, namun masih terdapat kekurangan dalam dokumentasi. Temuan ini juga berlaku bila terdapat penyimpangan dari prosedur yang telah ditetapkan.
- 5.4.3 Catatan atau observasi
  Temuan audit dikategorikan sebagai catatan, apabila temuan bukan merupakan penyimpangan dari ketentuan sistem manajemen mutu, namun perlu mendapat perhatian dari audit.

5.5 Temuan audit dengan kategori major dan minor harus dituangkan dalam PTPP hasil audit dan auditee harus menuangkan dalam rencana tindakan perbaikan (RTP) untuk tidak terulangnya temuan tersebut.

5.6 Hasil audit harus dibuat selambat-lambatnya 21 (dua puluh satu) hari kerja terhitung selesainya pelaksanaan audit dan disampaikan kepada auditee dan P2M untuk tindakan perbaikan dan pencegahan.

5.7 Audit mutu internal merupakan pelaksanaan ketentuan SMM, semua pimpinan harus memberikan dukungan penuh guna menjamin kelancaran dan keberhasilan pelaksanaan proses audit mutu internal.

5.8 Seluruh temuan audit harus diselesaikan selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sejak ditemukannya temuan tersebut. Temuan dinyatakan selesai apabila telah diverifikasi oleh tim verifikator yang ditetapkan oleh P2M.

6. ALUR KERJA DAN DESKRIPSI ALUR KERJA

6.1 Alur Kerja Perencanaan Audit Mutu Internal

AKTIVITAS	KETUA	P2M	AUDITOR	AUDITEE
Mulai				
Menetapkan Progam Kegiatan AMI				
Mengusulkan SK Panitia dan SK Auditor				
Penerbitan SK Panitia dan SK Auditor di				
Penerbitan surat pemberitahuan pelaksanaan AMI				
Orientasi Auditor				
Pembagian kelompok kerja auditor				
Rapat Koordinasi auditor terkait tugas/fungsi, penyusunan audit plan dan jadwal audit				
Koordinasi auditor dengan auditee terkait waktu audit				
Persetujuan Jadwal audit				
Penyelenggaraan rapat pra audit				
Penetapan rencana pelaksanaan AMI				
Selesai				

6.2 Deskripsi Perencanaan Audit Mutu Internal

6.2.1 Ketua menginstruksikan kepada P2M untuk melakukan AMI, dan menginstruksikan kepada Program Studi/ Prodi/ Unit /Lembaga untuk mempersiapkan dan mendukung pelaksanaan AMI

6.2.2 P2M

1. Menetapkan Program Audit Mutu Internal (AMI) yang meliputi ketentuan tentang area yang akan diaudit, jadwal audit, lead auditor, dan auditor
2. Mengeluarkan surat pemberitahuan audit kepada seluruh unit kerja yang akan diaudit (auditee) dengan mencantumkan Program AMI tersebut.
3. Menerbitkan surat tugas AMI kepada lead auditor, auditor dan observer (jika ada) mencantumkan Program AMI tersebut.

6.2.3 Lead Auditor

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

6.2.4 P2M

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

6.3 Alur Kerja Pelaksanaan Audit Mutu Internal

AKTIVITAS	P2M	AUDITOR	AUDITEE
Mulai			
Penyampaian Jadwal palaksanaan AMI			
Pertemuan Pembuka auditor dan auditee			
Lead Auditor menjelaskan rencana Audit pada tim audit, pimpinan auditee dan staf auditee pada Pertemuan Pembukaan			
Melaksanakan Audit sesuai rencana			
Mengevaluasi hasil audit bersama lead auditor			
Membuat laporan hasil audit			
Klarifikasi auditee terhadap hasil temuan auditor			
Pertemuan penutup dan pengesahan hasil audit, daftar hadir			
Selesai			

6.4 Deskripsi Pelaksanaan Audit

6.4.1 Pertemuan pembukaan (opening meeting).

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

6.4.2 Proses Audit dan Pertemuan Tim Audit

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

- Membuat laporan Temuan Audit dengan kategori Catatan/ Observasi • Mengkonfirmasikan persetujuan dari auditee atas hasil temuan yang dituangkan dalam PTPP.

6.4.3 Pertemuan Penutup (*closing meeting*)

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

6.5 Alur Kerja Pelaporan Hasil Audit dan Tindakan Perbaikan

AKTIVITAS	P2M	AUDITOR	AUDITEE
Mulai			
Penyampaian Laporan Pelaksanaan Audit Mutu Internal oleh Auditor			
Penyampaian Laporan Hasil AMI kepada auditee			
Menyusun RTP berdasarkan hasil AMI			
Melaksanakan perbaikan sesuai RTP			
Melakukan evaluasi RTP yang telah disusun dan dilaksanakan oleh auditee			
Membuat laporan evaluasi pelaksanaan RTP			
Selesai			

6.6 Deskripsi Pelaporan Hasil Audit dan Tindakan Perbaikan

6.6.1 Lead Auditor

a. Bersama seluruh Tim Audit membuat laporan audit sesuai hasil pengamatan selama proses audit meliputi resume kegiatan, laporan pelaksanaan dan hasil temuan.
b. Menyampaikan laporan audit kepada P2M dan mengirimkan salinannya kepada auditee.

6.6.2 Auditee

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

6.6.3 P2M

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

6.7 Alur Kerja Verifikasi

AKTIVITAS	P2M	TIM VERIFIKASI
Mulai		
Penetapan TIM Verfikasi Laporan Hasil AMI		
Menerbitkan Surat Tugas dan jadwal pelaksaan Verifikasi		
Penyampaian jadwal pelaksanaan verifikasi hasil pelaksanaan AMI ke Audeete		
Memeriksa penyelesaian tiap temuan dan memverifikasi hasil penyelesaiannya		
Membuat laporan hasil pelaksanaan hasil verifikator		
Menerima laporan hasil verifikasi		
Melakukan evaluasi hasil kerja TIM Verifikasi AMI dan TIM Auditor		
Merumuskan langkah peningkatan kinerja para auditor		
Selesai		

6.7 Deskripsi Verifikasi

6.7.1 P2M

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

6.7.2 Tim Verifikasi

1. Memeriksa penyelesaian setiap temuan yang dituangkan dalam PTPP dan RTP.
2. Apabila terbukti temuan sudah diselesaikan, verifikator akan menandatangani PTPP sebagai bukti bahwa temuan telah diselesaikan. Apabila temuan belum diselesaikan, maka PTPP tidak akan ditandatangani oleh verifikator.
3. Membuat laporan hasil pelaksanaan verifikasi (dilampiri dengan salinan PTPP yang sudah ditandatangani oleh verifikator) dan menyampaikannya kepada P2M.
4. P2M menerima laporan hasil verifikasi.
5. Meninjau kesesuaian atau kesempurnaan hasil verifikasi.
6. Menyelenggarakan rapat tim audit untuk mengevaluasi hasil audit mutu internal, termasuk mengevaluasi kinerja tim audit.
7. Merumuskan langkah-langkah untuk meningkatkan kinerja para auditor (tim audit).

7. PENGECUALIAN

1. Apabila audit dianggap kurang memuaskan, lead auditor atau P2M berwenang untuk melakukan audit ulang. Hal yang sama juga berlaku apabila laporan audit kurang memuaskan. Keputusan pengulangan audit ditetapkan oleh P2M.
2. Apabila ada perselisihan atas kategori temuan (major/minor/catatan) maka kategori temuan akan ditetapkan oleh P2M. Perubahan kategori ini (apabila terjadi) harus disahkan oleh lead auditor atau verifikator. Temuan sebelumnya tidak boleh terhapus atau dihilangkan.
3. Pengunduran waktu audit dan jadwal yang sudah ditetapkan, harus dengan persetujuan P2M. Permohonan pemunduran audit tersebut harus dilakukan secara tertulis.

8. REKAMAN

8.1 Surat Pemberitahuan Audit Mutu Internal.
8.2 Surat Tugas Audit Mutu Internal.
8.3 Rencana Audit Mutu Internal (dari tim audit).
8.4 Checklist Audit
8.5 Laporan Audit Mutu Internal (dari tim audit), terdiri dari:

- Resume Kegiatan (halaman muka)
- Laporan Pelaksanaan AMI
- Laporan Temuan Audit: PTPP
- Laporan Temuan Audit dengan kategori Catatan/Observasi

8.6 Rencana Tindakan Perbaikan (dari auditee).
8.7 Surat Tugas Verifikator

Lampiran 3: Jadwal Pelaksanaan Audit Mutu Internal

JADWAL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Periode :

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

Kota,

Disetujui Oleh,

Kepala P2M,

Disiapkan Oleh,

Kapus Audit dan Pengendalian Mutu

Lampiran 4: SK Penetapan Auditor dan Auditee final

LOGO

SURAT KEPUTUSAN

KETUA STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

NOMOR: .....TAHUN 2020

TENTANG

PENETAPAN AUDTOR DAN AUDITEE STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

KETUA STAIN SULTAN ABDURRAHMAN KEPULAUAN RIAU

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

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

Memperhatikan : Surat Ketua Pusat penjaminan mutu STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

Pertama : Menetapkan Auditor dan Auditee STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau

Kedua : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ketiga : Keputusan Ketua ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan

Ditetapkan di : Bintan
Pada Tanggal : ..... .2020

KETUA,

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

KOP SURAT

Nomor :

Lampiran :

Perihal : Pemberitahuan Kegiatan Audit Mutu Internal

Yth.----------
Di

Assalamu'alaikum wr. wb.
Diberitahukan dengan hormat, bahwa dalam rangka memastikan implementasi sistem penjaminan mutu telah berjalan sesuai dengan siklus yang telah ditetapkan menurut praktik layanan Tri Dharma, maka STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau melalui Pusat penjaminan mutu akan mengadakan Audit Mutu Internal.
Adapun pelaksanaan audit internal dilaksanakan pada:
Hari : .....s.d. .....
Tanggal: .....s.d. .....
Waktu : .....s.d. .....
Lokasi : Unit kerja di lingkungan .....
Sehubungan hal tersebut, dimohon seluruh unit kerja mempersiapkan diri guna menindaklanjuti kegiatan audit internal sebagaimana dimaksud.
Demikian pemberitahuan ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.
Wassalamu'alaikum wr. wb.
……., ...
Kepala P2M,

.....

Lampiran 6: Formulir Checklist Audit

FORMULIR CHECKLIST AUDIT (INSTRUMEN AUDIT)

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

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

(2) FORMULIR DAFTAR CHECKLIST AUDIT (INSTRUMEN AUDIT)

No.	Kriteria Audit/Standar/ Referensi	Daftar Pertanyaan	Hasil Observasi dan Visitasi/Fakta Lapangan	Temuan Audit	Rekomendasi Audit/Catatan Khusus
1					

Lampiran 7: Formulir Daftar Pertanyaan Audit Mutu Internal

1. FORMULIR DAFTAR PERTANYAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Nomor Audit	Tanggal Audit	Auditor	Auditee
.....	.....	.....	.....

No.	Referensi/ Standar/Butir Mutu/Kriteria	Pertanyaan	Hasil Observasi/ Audit/Visitasi (Catatan Audit)	Bukti Fisik			Rekomendasi/ Catatan
				Ada Lengkap	Ada Tidak Lengkap	Tidak Ada	

FORMULIR DAFTAR PERTANYAAN AUDIT MUTU

No.	Pertanyaan	Kriteria	Bukti Fisik

CONTOH
PERTANYAAN AUDIT YANG MENGGUNAKAN CAKUPAN AUDIT BERBASIS 9 KRITERIA

Contoh pertanyaan berikut menggunakan metode audit wawancara. Prinsipnya gunakanlah 5W + 1H + 1S + 1N: Why (Mengapa), Where (Dimana), What (Apa) When (Kapan), Who (Siapa), How (Bagaimana), disertai dengan pembuktian/verifikasi hasil yang baik. (Show me) Jangan lupa dicatat buktinya (Note)

Jenis pertanyaan:

1. Open Question:

• Pertanyaan umum, tidak dapat dijawab dengan “ya” atau “tidak”

Contoh: Bagaimana cara penetapan sasaran mutu di organisasi anda?

2. Extended Question:

• Pengembangan dari pernyataan auditee

Contoh: Apa dan bagaimana cara anda mengukur pencapaian sasaran mutunya?

3. Clarification Question:

• Untuk mencegah informasi yang kurang atas jawaban pertanyaan umum

Contoh: dari penjelasan anda dilakukan pengukuran setiap bulan, bagaimana anda memastikan bahwa itu dilakukan?

4. Closing Question:

• Untuk menutup pertanyaan yang diajukan

• Digunakan untuk mengkonfirmasi fakta

Contoh: T : Bagaimana anda menyimpan bahan-bahan yang mudah terbakar? J : Bahan-bahan disimpan pada area yang terpisah dan aman disertai tanda-tanda peringatan yang memadai dan terdapat pemadam kebakaran T : Tunjukkan kepada saya (catat/rekam bukti/hasil observasinya)

Kriteria Visi, Misi, Tujuan dan Strategi

Kinerja Utama No	Elemen	Indikator	NILAI 4 PROGRAM SARJANA	NILAI 4 PROGRAM MASTER	NILAI 4 PROGRAM DOKTOR	CONTOH PERTANYAAN
(1)	**(2)**	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	**C.Kriteria C.1.Visi, Misi, Tujuanda n Strategi** C.1.4.Indikato r KinerjaUtama	Kesesuaian Visi, Misi, Tujuan dan Strategi (VMTS) Unit Pengelola Program Studi (UPPS) terhadap VMTS Perguruan Tinggi (PT) dan visi keilmuan Program Studi (PS) yang dikelolanya.	1) visi yang mencerminkan visi perguruan tinggi dan memayungi visi keilmuan terkait keunikan program studi serta didukung data implementasi yang konsisten, 2) misi, tujuan, dan strategi yang searah dan bersinerji dengan misi, tujuan, dan strategi perguruan tinggi serta mendukung pengembangan program studi dengan data implementasi yang konsisten.	1) visi yang mencerminkan visi perguruan tinggi dan memayungi visi keilmuan terkait keunikan program studi serta didukung data implementasi yang konsisten, 2) misi, tujuan, dan strategi yang searah dan bersinerji dengan misi, tujuan, dan strategi perguruan tinggi serta mendukung pengembangan program studi dengan data implementasi yang konsisten.	1) visi yang mencerminkan visi perguruan tinggi dan memayungi visi keilmuan terkait keunikan program studi serta didukung data implementasi yang konsisten, 2) misi, tujuan, dan strategi yang searah dan bersinerji dengan misi, tujuan, dan strategi perguruan tinggi serta mendukung pengembangan program studi dengan data implementasi yang konsisten.	Metode Audit: Wawancara Open Question Contoh: Tanya: Bagaimana (**How**) UPPS Bapak/ Ibu menyusun Visi, Misi, Tujuan dan Strategi (VMTS)? Jawab: …. T : Tunjukkan (**Show me**) kepada saya dokumennya Jawab: …. Catat/rekam (**Note**) bukti/hasil observasinya)

CONTOH PERTANYAAN AUDIT YANG MENGGUNAKAN CAKUPAN AUDIT STANDAR MUTU (SNPT 2020)

Contoh pertanyaan berikut menggunakan metode audit wawancara. Prinsipnya gunakanlah 5W + 1H + 1S + 1N: Why (Mengapa), Where (Dimana), What (Apa) When (Kapan), Who (Siapa), How (Bagaimana), disertai dengan pembuktian/verifikasi hasil yang baik. (Show me) Jangan lupa dicatat buktinya (Note)
Jenis pertanyaan:

Contoh: T : Bagaimana anda menyimpan bahan-bahan yang mudah terbakar? J : Bahan-bahan disimpan pada area yang terpisah dan aman disertai tanda-tanda peringatan yang memadai dan terdapat pemadam kebakaran T : Tunjukkan kepada saya (catat/rekam bukti/hasil observasinya)

5. Open Question:

• Pertanyaan umum, tidak dapat dijawab dengan “ya” atau “tidak”

Contoh: Bagaimana cara penetapan sasaran mutu di organisasi anda?

6. Extended Question:

• Pengembangan dari pernyataan auditee

Contoh: Apa dan bagaimana cara anda mengukur pencapaian sasaran mutunya?

7. Clarification Question:

• Untuk mencegah informasi yang kurang atas jawaban pertanyaan umum

Contoh: dari penjelasan anda dilakukan pengukuran setiap bulan, bagaimana anda memastikan bahwa itu dilakukan?

8. Closing Question:

• Untuk menutup pertanyaan yang diajukan

• Digunakan untuk mengkonfirmasi fakta

SUBSTANSI STANDAR NASIONAL PENDIDIKAN TINGGI NO. 3 TAHUN 2020	CONTOH PERTANYAAN
1. Standar Kompetensi Lulusan	
Standar kompetensi lulusan merupakan kriteria minimal tentang kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang dinyatakan dalam rumusan capaian pembelajaran lulusan. Standar kompetensi lulusan digunakan sebagai acuan utama pengembangan standar isi pembelajaran, standar proses pembelajaran, standar penilaian pembelajaran, standar dosen dan tenaga kependidikan, standar sarana dan prasarana pembelajaran, standar pengelolaan pembelajaran, dan standar pembiayaan pembelajaran.	Metode Audit: Wawancara Clarification Question Contoh: Tanya: Dari penjelasan anda dilakukan pengukuran kompetensi setiap semester, bagaimana anda memastikan bahwa itu dilakukan Jawab: …. T : Tunjukkan (**Show me**) kepada saya dokumennya Jawab: …. Catat/rekam (**Note**) bukti/hasil observasinya)
2. Standar Isi Pembelajaran	
Standar isi pembelajaran merupakan kriteria minimal tingkat kedalaman dan keluasan materi pembelajaran. Kedalaman dan keluasan materi pembelajaran mengacu pada capaian pembelajaran lulusan. Kedalaman dan keluasan materi pembelajaran pada program profesi, spesialis, magister, magister terapan, doktor, dan doktor terapan, wajib memanfaatkan hasil penelitian dan hasil pengabdian kepada masyarakat.	
3. Standar Proses Pembelajaran	
Standar proses pembelajaran merupakan kriteria minimal tentang pelaksanaan pembelajaran pada Program Studi untuk memperoleh capaian pembelajaran lulusan. Standar proses mencakup: karakteristik proses pembelajaran, perencanaan proses pembelajaran, pelaksanaan proses pembelajaran, beban belajar mahasiswa. Karakteristik proses pembelajaran bersifat interaktif, holistik, integratif, saintifik, kontekstual, tematik, efektif, kolaboratif, dan berpusat pada mahasiswa. Perencanaan proses pembelajaran disusun untuk setiap mata kuliah	

SUBSTANSI STANDAR NASIONAL PENDIDIKAN TINGGI NO. 3 TAHUN 2020	CONTOH PERTANYAAN
dan disajikan dalam rencana pembelajaran semester (RPS) atau istilah lain. Pelaksanaan proses pembelajaran berlangsung dalam bentuk interaksi antara dosen, mahasiswa, dan sumber belajar dalam lingkungan belajar tertentu. Beban belajar mahasiswa dinyatakan dalam besaran Satuan Kredit Semester dengan waktu proses pembelajaran efektif paling sedikit 16 (enam belas) minggu, termasuk ujian tengah semester dan ujian akhir semester setiap semester. Perbedaan antara Permendikbud nomor 3 tahun 2020 dan Permenristekdikti nomor 44 tahun 2015 mengenai standar proses pembelajaran adalah penambahan pada Pasal 15 Permendikbud nomor 3 tahun 2020 tentang bentuk pembelajaran yang dilakukan di dalam Program Studi dan di luar Program Studi dan Pasal 18 tentang pemenuhan masa dan beban belajar bagi mahasiswa program sarjana atau program sarjana terapan.	
4. Standar Penilaian Pendidikan Pembelajaran	
Standar penilaian Pembelajaran merupakan kriteria minimal tentang penilaian proses dan hasil belajar mahasiswa dalam rangka pemenuhan capaian pembelajaran lulusan. Penilaian proses dan hasil belajar mencakup: prinsip penilaian, teknik dan instrumen penilaian, mekanisme dan prosedur penilaian, pelaksanaan penilaian, pelaporan penilaian, dan kelulusan mahasiswa.	
5. Standar Dosen dan Tenaga Kependidikan	
Standar Dosen dan Tenaga Kependidikan merupakan kriteria minimal tentang kualifikasi dan kompetensi Dosen dan Tenaga Kependidikan untuk menyelenggarakan pendidikan dalam rangka pemenuhan capaian pembelajaran lulusan. Dosen wajib memiliki kualifikasi akademik dan kompetensi pendidik, sehat jasmani dan rohani, serta memiliki kemampuan untuk menyelenggarakan pendidikan dalam rangka pemenuhan capaian pembelajaran lulusan. Tenaga kependidikan memiliki kualifikasi akademik paling rendah lulusan program diploma	

SUBSTANSI STANDAR NASIONAL PENDIDIKAN TINGGI NO. 3 TAHUN 2020	CONTOH PERTANYAAN
3 (tiga) yang dinyatakan dengan ijazah sesuai dengan kualifikasi tugas pokok dan fungsinya.	
6. Standar Sarana dan Prasarana Pembelajaran	
Standar sarana dan prasarana pembelajaran merupakan kriteria minimal tentang sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan isi dan proses pembelajaran dalam rangka pemenuhan capaian pembelajaran lulusan. Jumlah, jenis, dan spesifikasi sarana dan prasarana ditetapkan berdasarkan rasio penggunaannya sesuai dengan karakteristik metode dan bentuk pembelajaran, serta harus menjamin terselenggaranya proses pembelajaran dan pelayanan administrasi akademik.	
7. Standar Pengelolaan	
Standar pengelolaan pembelajaran merupakan kriteria minimal tentang perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pemantauan dan evaluasi, serta pelaporan kegiatan pembelajaran pada tingkat Program Studi. Pelaksana standar pengelolaan dilakukan oleh Unit Pengelola Program Studi dan Perguruan Tinggi. Unit pengelola Program Studi memiliki kewajiban: melakukan penyusunan Kurikulum dan rencana pembelajaran dalam setiap mata kuliah, menyelenggarakan program pembelajaran, melakukan kegiatan sistemik yang menciptakan suasana akademik dan budaya mutu yang baik, melakukan kegiatan pemantauan dan evaluasi secara periodik, dan melaporkan hasil program pembelajaran secara periodik sebagai sumber data dan informasi dalam pengambilan keputusan perbaikan dan pengembangan mutu pembelajaran. Sedangkan Perguruan Tinggi memiliki kewajiban: menyusun kebijakan, rencana strategis, dan operasional terkait dengan pembelajaran, menyelenggarakan pembelajaran sesuai dengan jenis dan program pendidikan yang selaras dengan capaian pembelajaran lulusan, menjaga dan meningkatkan mutu pengelolaan	

SUBSTANSI STANDAR NASIONAL PENDIDIKAN TINGGI NO. 3 TAHUN 2020	CONTOH PERTANYAAN
Program Studi dalam melaksanakan program pembelajaran secara berkelanjutan dengan sasaran yang sesuai dengan visi dan misi Perguruan Tinggi, melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap kegiatan Program Studi dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran, merumuskan panduan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengawasan, penjaminan mutu, dan pengembangan kegiatan pembelajaran dan Dosen, serta menyampaikan laporan kinerja Program Studi dalam menyelenggarakan program pembelajaran paling sedikit melalui pangkalan data Pendidikan Tinggi.	
8. Standar Pembiayaan Pembelajaran	
Standar pembiayaan Pembelajaran merupakan kriteria minimal tentang komponen dan besaran biaya investasi dan biaya operasional yang disusun dalam rangka pemenuhan capaian pembelajaran lulusan. Biaya investasi Pendidikan Tinggi merupakan bagian dari biaya Pendidikan Tinggi untuk pengadaan sarana dan prasarana, pengembangan Dosen, dan Tenaga Kependidikan pada Pendidikan Tinggi. Biaya operasional Pendidikan Tinggi merupakan bagian dari biaya Pendidikan Tinggi yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan pendidikan yang mencakup biaya Dosen, biaya Tenaga Kependidikan.	

Lampiran 8: Formulir Hasil Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Formulir Hasil Pelaksanaan Audit Mutu Internal

Periode Audit:

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

Kepala P2M,

_____

NIP.

Lampiran 9: Rekap Hasil Penilaian Proses Pembelajaran

REKAP HASIL PENILAIAN PROSES PEMBELAJARAN

PROGRAM STUDI _____

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

Lampiran 10: Instrumen Penilaian Proses Pembelajaran

INSTRUMEN PENILAIAN PROSES PEMBELAJARAN

Matakuliah :

Dosen Pengampu :

Tahun Akdemik/Semester :

Petunjuk:

Berilah tanda ‘V’ pada hasil penilaian:

4 = apabila pernyataan isi standar “sangat sesuai” kondisi

3 = apabila pernyataan isi standar “sesuai” kondisi

2 = apabila pernyataan isi standar “kurang sesuai” kondisi

1 = apabila pernyataan isi standar “tidak sesuai” kondisi

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

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

……., ……

Lampiran 11: Formulir Audit Mutu 9 Kriteria

FORMULIR AUDIT MUTU 9 KRITERIA

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

No	Pernyataan Standar	Indikator Kinerja Utama	Indikator Kinerja Tambahan	Strategi Pencapaian	Realisasi Pencapaian	Faktor Pendukung Keberhasilan	Faktor Penghambat Keberhasilan	Temuan			Tindak lanjut			Rencana Tanggal Pemenuhan	Paraf Auditor
								Uraian (Problem dan Lokasi)	Informasi/ Dokumen yang Tersedia	Klasifikasi	Akar Masalah	Penanganan *(Correction)*	Perbaikan Akar Masalah *(Corrective Action)*		
								Paraf Auditee							

Best Practices/Positive Observation:

Saran:

Catatan Audito

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

REGISTRASI AUDIT MUTU INTERNAL

Lingkup Audit: **Kode Dokumen:**

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

Kepala Pusat Audit Mutu

_____

FORMULIR HASIL PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Periode Audit:

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

Kepala P2M,

NIP.

RANGKUMAN PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

Periode Audit : _____

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

X / Y X : Jumlah Pertanyaan
Y : jumlah Temuan

Kota, ……..

Kepala P2M **Kapus Audit & Peng. Mutu**

Lampiran 13: Laporan Audit Mutu Internal

LAPORAN AUDIT MUTU INTERNAL

(cover)

Disesuaikan, ada informasi ttg

Program Studi/ Unit Kerja

Ketua Tim Auditor

Anggota

Siklus / Tahun

Isi

LAPORAN AUDIT INTERNAL

PROGRAM STUDI/ PRODI/UNIT....

I. PENDAHULUAN

Program Studi/Podi	:		
Alamat	:		
Nama Pimpinan Unit	:		
Tanggal Audit	:		
Ketua Auditor	:		
Anggota Auditor	:		
Tanda Tangan Ketua Auditor	_____	Tanda Tangan Pimp. Unit	_____

II. TUJUAN AUDIT

III. LINGKUP AUDIT

Butir-butir Evaluasi Diri yang terdiri dari

IV. JADWAL AUDIT

V. INDEKS KINERJA UNIT

Program Studi/Program Studi/UnitKerja _____

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

VI. TEMUAN AUDIT

1. Ketidaksesuaian:

Initial Auditor	Referensi (butir mutu)	Pernyataan

2. Saran perbaikan/ peluang perbaikan:

No	Bidang	Rekomendasi untuk peluang perbaikan

VII. PENUTUP

Lampiran 14: Laporan Temuan AMI

LAPORAN TEMUAN AMI

Nama Proses/Prosedur Operasional :			
Ketua Tim Audit	Anggota Tim Audit 1 2	Auditee 1 2	PR/ Bagian / Jurusan yang diaudit
Uraian Ketidaksesuaian ☐ Non Conformity ☐ Remarks (diisi oleh auditor)			
Tanggal Pelaksanaan Audit	Rencana Penyelesaian Tindakan Koreksi	Auditor	Auditee
		TTD/NIP.	TTD/NIP.
Analisa Penyebab Masalah (diisi oleh auditee)			

<table>
<tr><td colspan="4">Tindakan Koreksi

(diisi oleh auditee)</td></tr>
<tr><td>Tanggal Penyelesaian Tindakan Koreksi</td><td>Auditee</td><td>Manajer</td><td>Auditor</td></tr>
<tr><td></td><td>TTD/NIP.</td><td>TTD/NIP.</td><td>TTD/NIP.</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="5">Verifikasi Keefektifan Tindakan Koreksi

(diisi oleh auditor)</td><td>Tanggal Verifikasi</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>Auditor/Lead Auditor</td></tr>
<tr><td>TTD/NIP.</td></tr>
<tr><td></td></tr>
</table>

KOP PERGURUAN TINGGI **NOMOR FORM**

LAPORAN TEMUAN DAN REKOMENDASI AMI

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

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

Best Practices/Positive Observation:
Catatan Auditee[1]:

[1] Bila ada

Lampiran 15: Berita Acara Hasil Rapat Tinjauan Manajemen

BERITA ACARA

HASIL RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN

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

Program Studi :

Program Studi :

Nama Auditi 1 : ..... Jabatan …….. Tanda Tangan …….

Nama Auditi 2 : ..... Jabatan …….. Tanda Tangan ……

Nama Auditi 3 : ..... Jabatan …… Tanda Tangan ……

Nama Auditi 4 : ..... Jabatan …… Tanda Tangan ……

Dengan Tim Auditor :

Lead Auditor : Tanda Tangan ……..

Auditor 1 : Tanda Tangan ……..…….

Auditor 2 : Tanda Tangan ……..…….

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

Mengetahui Pimpinan Program Studi Lead Auditor,

(Dekan / Wakil Dekan Bidang Akademik) (.....)

*) Coret yang tidak perlu

Lampiran 16: Surat Peringatan

SURAT PERINGATAN

Nomor : ……..

Kepada : : ……..

Dari : ……..

Lampiran : ……..

Perihal : Target Waktu Penyelesaian Tindakan Perbaikan

Berdasarkan Monitoring Temuan Audit Mutu Internal No……..……., Sdr/Sdri telah sepakat untuk menyelesaikan pelaksanaan Tindakan Perbaikan pada tanggal. …./…./…… Namun hingga saat ini Sdr/Sdri belum menyelesaikan Tindakan Koreksi tersebut.

Sdr/Sdri diberi kesempatan untuk menyelesaikan Tindakan Koreksi yang dimaksud paling lambat hingga tanggal ……/…./…….

Demikian untuk menjadi perhatiannya.

……, …….

Ketua Tim Auditor

.....

Tembusan :

1. Ketua STAIN Sultan Abdurrahman Kepulauan Riau

Lampiran 17: Form Permintaan Tindakan Koreksi

KOP PERGURUAN TINGGI NOMOR FORM:

FORM PERMINTAAN TINDAKAN KOREKSI

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

Auditor Auditee

…… ……..

Lampiran 18: Form Tindakan Koreksi

FORM TINDAKAN KOREKSI

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

Auditor

……

Auditee

……..

Lampiran 19: Permintaan Tindak Lanjut Koreksi

PERMINTAAN TINDAK LANJUT KOREKSI

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

Lampiran 20: Laporan Tindak Lanjut Temuan Audit Mutu Internal

1)LAPORAN TINDAK LANJUT TEMUAN AUDIT MUTU INTERNAL

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

Elemen Terkait/Referensi	Temuan		Tindak lanjut			Tanggal Pemenuhan	Hasil Perbaikan	Status Temuan (*Open/ Closed*)	Bukti /Dokumen
	Uraian (Problem, Lokasi dan Bukt)	Klasifikasi	*Root Cause Analysis*	Penanganan *(Correction)*	Perbaikan Akar Masalah *(Corrective Action)*				

Catatan *Auditee*:

Best Practices/Positive Observation:

1.

Saran

1.

Catatan *Auditor*

2) LAPORAN AUDIT TINDAK LANJUT

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

3) INSTRUMEN LAPORAN AUDIT TINDAK LANJUT

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

