



PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL

UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
PAREPARE



2018

**PANDUAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)
PROGRAM STUDI**



**LEMBAGA PENJAMINAN MUTU
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE
2018**



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE (UMPAR)

Kampus I : Jl. Muhammadiyah No. 8 Tlp. (0421) 21608 Fax. (0421) 21608 Kota Parepare
Kampus II (Kantor Pusat) : Jl. Jend. Ahmad Yani Km. 6 Tlp. (0421) 22757 Fax. (0421) 25524 Kota Parepare
Email : umpar_10mei1999@yahoo.co.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

SURAT KEPUTUSAN
REKTOR UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PAREPARE
Nomor: 973.a/KEP/II.3.AU/B/2018
Tentang
Panduan Audit Mutu Internal (AMI)
Universitas Muhammadiyah Parepare

Rektor Universitas Muhammadiyah Parepare setelah:

Menimbang : 1. Bahwa dalam rangka menjamin pencapaian mutu dan kualitas pembelajaran yang berkelanjutan, maka dibutuhkan suatu sistem yang handal dalam pelaksanaannya, salah satunya adalah melaksanakan Audit Mutu Internal (AMI);
2. Bahwa dalam rangka efektivitas dan efisiensi pelaksanaan Audit Mutu Internal (AMI), maka dibutuhkan pedoman dalam pelaksanaannya;
3. Bahwa sebagaimana yang tersebut pada poin 1 dan 2 di atas, maka perlu menetapkan Panduan Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Muhammadiyah Parepare melalui Surat Keputusan Rektor.

Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
4. Peraturan Menteri Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN Dikti);
5. Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 02/PED/I.O/B/2012 tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah;
6. Ketentuan Majelis Pendidikan Tinggi Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 178/KET/I.3/D/2012 tentang Penjabaran Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah;
7. Statuta Universitas Muhammadiyah Parepare Tahun 2013.

Dengan memohon Rahmat, Taufiq dan Hidayah dari Allah SWT, Rektor Universitas Muhammadiyah Parepare:

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **Keputusan Rektor tentang Panduan Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Muhammadiyah Parepare.**

Pertama : **Mengesahkan Panduan Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Muhammadiyah Parepare sebagaimana terlampir.**

- Kedua : Menyampaikan Panduan Audit Mutu Internal (AMI) Universitas Muhammadiyah Parepare kepada semua pihak yang terkait untuk dipedomani.
- Ketiga : Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan berakhir sampai dengan waktu yang ditentukan atau diadakan perubahan/perbaikan atau dicabut dan apabila ditemukan kekeliruan di dalamnya, maka diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Parepare

Pada tanggal : 11 Dzulqaidah 1439 H
23 Juli 2018 M



Rektor,

Prof. Dr. H. Muhammad Siri Dangnga, M.S.
NBM: 493 715

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Ketua BPH UMPAR di Parepare
2. Para Wakil Rektor UMPAR
3. Para Dekan di lingkup UMPAR
4. Para Ketua Lembaga di lingkup UMPAR
5. Para Kepala Biro di lingkup UMPAR
6. Para Ketua Prodi di lingkup UMPAR
7. Arsip

KATA PENGANTAR

Menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi Bab III Pasal 52 menyatakan bahwa Penjaminan mutu Pendidikan Tinggi merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu Pendidikan Tinggi secara berencana dan berkelanjutan. Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dilakukan melalui penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian dan peningkatan (PPEPP). Sebagai bentuk evaluasi dari pelaksanaan SPMI, maka dilakukan Audit Mutu Internal (AMI). Tujuan AMI adalah untuk memperoleh rekomendasi peningkatan mutu serta menjamin akuntabilitas dengan cara mengidentifikasi temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi yang ditetapkan.

Buku panduan AMI ini disusun sebagai pedoman dalam pelaksanaan AMI di Universitas Muhammadiyah Parepare (UM Parepare). AMI ini dilakukan sebagai tanggungjawab Lembaga Penjaminan Mutu dalam mengevaluasi capaian SPMI yang ada di UM Parepare. Selain itu, AMI dilakukan untuk mendukung Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME) yang dilakukan oleh BAN PT atau LAM PT. Diharapkan hasil audit mutu internal SPMI dapat menjadi masukan yang efektif guna mengetahui pendidikan serta pelaksanaan Standar Nasional Pendidikan dan untuk melakukan peningkatan mutu Standar Nasional Dikti yang berkelanjutan pada unit-unit di UM Parepare.

Parepare,.....2018

Tim Penyusun

DAFTAR ISTILAH

Audit Mutu internal (AMI): audit yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap standar dikti dalam manajemen organisasi sendiri oleh auditor mutu internal dari organisasi tersebut atau pihak lain dengan referensi Standar dikti yang ditetapkan sebagai standar internal

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

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

Auditor: Orang yang memiliki kompetensi atau kemampuan untuk melakukan audit

Ketua Tim Auditor (Lead Auditor): orang yang ditunjuk untuk memimpin pelaksanaan AMI dengan dibantu beberapa auditor

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

Bukti Audit (Audit Evidence): Catatan, pernyataan, fakta atau informasi lainnya yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diperiksa. Bukti audit dapat bersifat kualitatif atau kuantatif

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

Temuan Audit (Audit Findings): hasil dari evaluasi bukti audit yang dikumpulkan yang tidak sesuai dengan kriteria audit. Temuan audit bisa pada kesesuaian atau ketidaksesuaian dengan kriteria audit atau peluang untuk perbaikan. Klasifikasi Temuan Audit dapat ditetapkan dengan kategorisasi sbb:

1. Observasi (OB): Ketaksesuaian yang dapat diselesaikan dengan cepat dan mudah.
2. Ketaksesuaian (KTS) Minor: Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terbatas terhadap sistem mutu. Contoh: Ketidaksempurnaan, Ketidakkonsistenan.
3. Ketaksesuaian (KTS) Mayor: Ketidaksesuaian yang memiliki dampak luas terhadap sistem mutu. Contoh: Pelanggaran terhadap sistem mutu, tidak dipenuhinya persyaratan/standar.

Akreditasi merupakan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal sebagai bagian dari Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi

Capaian Pembelajaran Lulusan Program Studi yang selanjutnya disingkat CPL Prodi adalah kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan

Lembaga Penjaminan Mutu, adalah salah satu unit/lembaga yang ada di UM Parepare yang mempunyai tupoksi memantau, mengevaluasi dan melaporkan kepada pimpinan tentang mutu pendidikan di UM Parepare.

Kesimpulan Audit: Hasil gabungan dari proses audit yang dibuat oleh tim audit, berdasarkan pertimbangan tujuan audit dan semua rekomendasi peningkatan mutu serta jika ada temuan audit, dirangkum dalam sebuah kesimpulan audit.

Ketidaksesuaian yang selanjutnya disingkat KTS atau ketidakpatuhan adalah kondisi tidak memenuhi persyaratan yang ditentukan.

Program Studi yang selanjutnya disingkat Prodi adalah kesatuan kegiatan pendidikan dan pembelajaran yang memiliki kurikulum dan metode pembelajaran tertentu dalam satu jenis pendidikan akademik, pendidikan vokasi, dan/atau pendidikan profesi.

Sistem Penjaminan Mutu Internal yang selanjutnya disingkat **SPMI** adalah sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi yang dilakukan secara internal pada perguruan tinggi sendiri.

Sistem Penjaminan Mutu Eksternal yang selanjutnya disingkat **SPME** adalah sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi yang dilakukan secara eksternal melalui akreditasi BAN-PT atau lembaga akreditasi internasional.

Standar Nasional Pendidikan adalah kriteria minimal tentang pembelajaran pada jenjang pendidikan tinggi di perguruan tinggi di seluruh wilayah hukum Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Standar Pendidikan Tinggi yang selanjutnya disingkat **SPT** adalah satuan standar yang terdiri dari Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNDikti) dan Standar Mutu Internal (SMI) UM Parepare yang mengacu pada SNPT.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISTILAH	ii
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Audit Mutu Internal	1
1.2. Tujuan dan manfaat AMI	2
BAB II. TEORI DAN SIFAT DASAR AUDITOR AMI	4
2.1. Teori Audit Mutu Internal	4
2.2. Sifat Dasar Auditor Mutu Internal	4
BAB III. PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL	6
3.1. Tahapan dalam AMI	6
3.2. Pelaksanaan Audit Dokumen/Audit Sistem	9
3.3. Pelaksanaan Audit Kepatuhan/Audit Lapangan.....	9
BAB IV. LINGKUP DAN OBJEK AMI	11
4.1. Klasifikasi Audit Mutu Internal	11
4.2. Objek dan Area AMI.....	12
4.3. Formulir Kelengkapan Ami	13
4.4. Auditor	13
BAB V. AUDIT DOKUMEN/DESK EVALUATION	16
5.1. Audit Lapangan/Audit kepatuhan/Audit visitasi.....	29
5.2. Etika Auditor Saat Audit Lapangan.....	30
5.3. Pelaksanaan Audit Lapangan	31
5.4. Pertanyaan untuk Proses Owner, Pelaksana dan Pengguna .	32
5.5. Penilaian Hasil Wawancara.....	33
5.6. Tahap Akhir dalam Audit Lapangan.....	34
BAB VI. RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN DAN STRATEGI PENGEMBANGAN IMPLEMENTASI AMI.....	37
BAB VII. PENUTUP.....	39
REFERENSI	40

BAB I

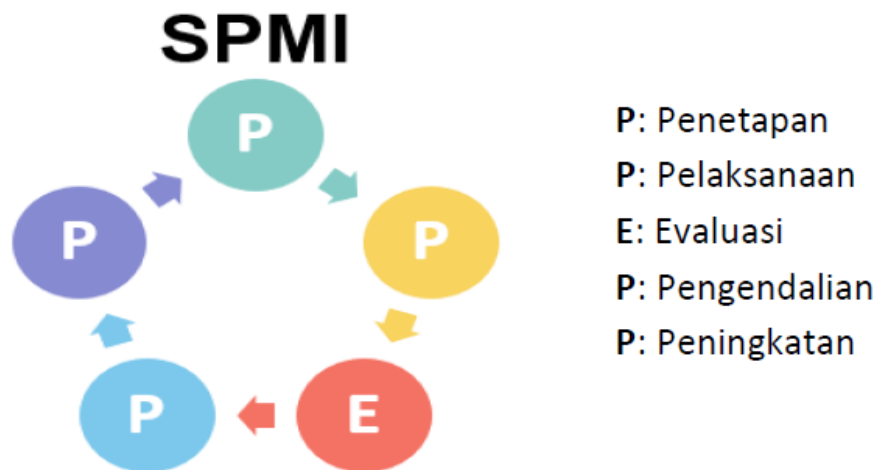
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Audit Mutu Internal

Audit Mutu Internal (AMI) Audit Mutu Internal (AMI) merupakan tahapan evaluasi pelaksanaan Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) dan serangkaian kegiatan yang sistematis, independen dan terdokumentasi untuk memperoleh bukti audit dan mengevaluasinya secara objektif, untuk mengukur, menentukan dan mengetahui sejauh mana standar mutu dan prosedur yang telah ditetapkan telah dijadikan sebagai pedoman dan telah dijalankan dalam penyelenggaraan pengelolaan perguruan tinggi.

Implementasi SPMI telah ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi. Dalam undang-undang tersebut menguraikan tentang sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi (SPM Dikti) yang terdiri atas SPMI, SPME dan Pangkalan Data Pendidikan Tinggi (PD-Dikti). Pada pasal 52 (2) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 disebutkan bahwa penjaminan mutu dilakukan melalui Penetapan, Pelaksanaan, Evaluasi, Pengendalian dan Peningkatan atau disingkat PPEPP. Evaluasi yang dimaksud pada pasal tersebut dapat dilakukan dengan evaluasi diagnostik, evaluasi formatif, evaluasi sumatif serta Audit Mutu Internal. Sehingga AMI merupakan bagian siklus penjaminan mutu yang pelaksanaannya menjadi bagian pokok kelengkapan siklus tersebut. Siklus PPEPP dalam SPMI diilustrasikan pada Gambar 1.

Dengan AMI akan dapat dikenal, diagnose dan dipetakan persoalan dan capaian kinerja lembaga dan unit-unit kerjanya dalam suatu periode tertentu. Dalam usaha meningkatkan kinerja lembaga dan unit-unit kerjanya, dari hasil AMI akan didapat gambaran secara periodik perkembangan dan perubahan antar waktu ke waktu yang berkesinambungan



Gambar 1. Siklus PPEPP dalam SPMI

1.2. Tujuan dan Manfaat AMI

AMI merupakan suatu pemeriksaan yang sistematis dan independen untuk menentukan apakah kegiatan menjaga mutu serta hasilnya telah dilaksanakan secara efektif sesuai dengan Standar Pendidikan Tinggi (Standar DIKTI) yang ditetapkan untuk mencapai tujuan perguruan tinggi.

AMI merupakan salah satu simpul pokok dalam siklus penjaminan mutu pendidikan tinggi sebagai upaya untuk meningkatkan mutu di sebuah perguruan tinggi. Auditor dan auditee berada pada posisi yang sama yaitu sisi untuk meningkatkan mutu institusi yang diaudit. Sehingga dengan demikian AMI merupakan kegiatan yang perlu dilakukan secara internal dengan kesadaran dan kemauan dari dalam institusi.

Tujuan utama AMI adalah melakukan verifikasi kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar pendidikan tinggi dalam rangka mendapatkan rekomendasi ruang peningkatan mutu dan menjamin akuntabilitas berdasarkan suatu praktik yang baik serta temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi. Tujuan lain dari kegiatan AMI adalah Mendiagnosa persoalan dan hambatan-hamabatan dalam pelaksanaan pengelolaan perguruan tinggi, melalui pemetaan sifat dan karakteristik

persoalannya, menyediakan data yang telah diolah menjadi informasi yang dapat digunakan dalam pengambilan keputusan dalam usaha meningkatkan kinerja.

Auditor bertugas mencocokkan kesesuaian antara semua standar pendidikan tinggi dengan pelaksanaan di unit-unit yang ada di UM Parepare. Oleh karena itu auditor harus melihat langsung proses dengan melakukan audit lapangan (*site visit*).

Sedangkan manfaat AMI adalah diperolehnya rekomendasi peningkatan mutu perguruan tinggi yang bermanfaat bagi pimpinan universitas dalam mengembangkan berbagai program untuk mencapai visi perguruan tinggi. Selain itu dengan kegiatan AMI diperoleh manfaat diantaranya evaluasi kinerja lebih terukur dengan ketersediaan data faktual yang terspesialisasi sesuai dengan sifat dan jenis-jenis pelayanan di unit kerja yang ada di UM Parepare, temuan AMI dapat dijadikan sebagai referensi dalam menetapkan skala prioritas dan urgensi kegiatan yang berdampak langsung kepada peningkatan mutu. Dengan demikian AMI merupakan salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam lingkup AMI, antara lain:

1. Konsistensi penjabaran kurikulum dan silabus dengan tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan yang diharapkan (Learning Outcome).
2. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap pencapaian kurikulum dan silabus.
3. Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual prosedur dan instruksi kerja program studi.
4. Kecukupan penyediaan sarana-prasarana dan sumber daya pembelajaran, penelitian dan/atau pengabdian kepada masyarakat.
5. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi penelitian dan pengabdian serta kerja sama
6. Mengurangi risiko yang mungkin terjadi di universitas seperti risiko kualitas, keuangan, hukum, keuangan, strategi, kepatuhan, operasional, dan terutama risiko reputasi.

BAB II

TEORI DAN SIFAT DASAR AUDITOR AMI

2.1. Teori Audit Mutu Internal

Adit Mutu Internal (AMI) merupakan suatu pemeriksaan yang sistematis dan independen untuk menentukan apakah kegiatan dalam menjaga mutu serta hasilnya telah dilaksanakan secara efektif sesuai dengan standar pendidikan tinggi UM Parepare. Di dalam melaksanakan siklus SPMI ada satu tahapan evaluasi yang dilakukan oleh orang di luar unit yang dievaluasi. AMI dilakukan semata-mata untuk kepentingan unit yang diaudit dalam rangka untuk mengidentifikasi adanya hal-hal yang masih perlu diperbaiki atau ditingkatkan. Berikut beberapa tujuan AMI yaitu:

1. Untuk menentukan keseuaian atau ketidaksesuaian unsur-unsur sistem mutu dengan syarat-syarat yang ditetapkan
2. Untuk menentukan keefektifan pencapaian dari tujuan tujuan mutu yang telah ditetapkan (indikator kinerja utama)
3. Untuk memberi kesempatan teraudit memperbaiki sistem mutu
4. Untuk memenuhi syarat-syarat peraturan/perundangan
5. Untuk membantu institusi atau program studi dalam mempersiapkan diri dalam rangka audit eksternal atau akreditasi

AMI dapat dilakukan secara rutin atau tidak rutin yang disebabkan oleh adanya perubahan yang signifikan dalam sistem mutu organisasi, mutu layanan, produk atau proses, atau suatu kebutuhan untuk menindaklanjuti tindakan koreksi.

2.2. Sifat Dasar Auditor AMI

Audit Mutu Internal bukanlah interogasi, penyidikan ataupun penyelidikan namun membantu Prodi dalam mencapai tujuannya dengan cara mengevaluasi, mencocokkan dengan ketentuan (dokumen Panduan dan standard SPMI) dan mendorong peningkatan proses ataupun standar untuk mencapai tujuan. Pelaksanakan AMI oleh Auditor dimaksudkan untuk mendapatkan ruang peningkatan dan menjamin akuntabilitas perguruan tinggi. Untuk itu pelaksanaan AMI oleh Auditor sebaiknya dilakukan dengan menggunakan prinsip berikut ini:

1. Sifat dasar yang profesional atau berkompeten
2. Independensi (netral / tidak memihak, tidak merugikan pihak manapun dan obyektif)
3. Ketelitian dan kecermatan dalam menggali informasi sehingga menghasilkan kesimpulan audit yang sah (valid)
4. Penyajian laporan yang wajar dan benar.
5. Berdasarkan bukti: penjelasan yang rasional dalam menghasilkan kesimpulan yang dapat dipercaya.

BAB III

PELAKSANAAN AUDIT MUTU INTERNAL

3.1. Tahapan dalam AMI

3.1.1. Perencanaan AMI

Perencanaan AMI dalam hal ini dilakukan oleh Lembaga Penjaminan Mutu UM Parepare yang juga bertindak sebagai Manajer Program AMI (MP-AMI) yang bertanggung jawab atas jalannya proses AMI dari ruang lingkup standar AMI, sosialisasi standar AMI, sampai dengan distribusi laporan hasil AMI. Perencanaan AMI meliputi dua hal, yaitu:

- a. Penentuan lingkup audit.
- b. Penentuan Auditor

Penentuan lingkup audit yaitu menetapkan standar sebagai area / cakupan dalam audit mutu internal. Lingkup audit untuk tahun 2019, adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Program Studi dan Lingkup Audit di UM Parepare

Program Studi	Lingkup Audit
Sarjana	Akademik dan Non Akademik
Magister	Akademik dan Non Akademik
Doktor	Akademik dan Non Akademik

Penentuan auditor adalah dosen yang telah memperoleh pelatihan dan sertifikasi auditor baik yang dilakukan oleh Majelis DIKTI LITBANG PP Muhammadiyah maupun yang dilakukan oleh Kemenristekdikti. Auditor berasal dari semua bidang keilmuan yang menguasai SPMI, bidang obyek yang diaudit, dan mempunyai ketrampilan untuk melakukan audit, dengan ketentuan sebagai berikut:

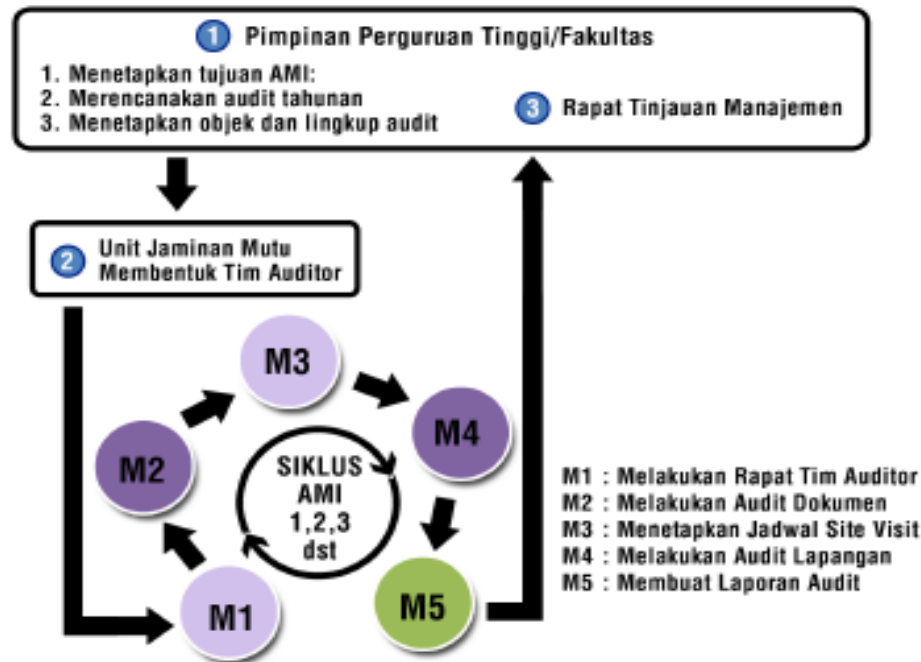
- a. Berpengetahuan dan berpengalaman
- b. Disetujui oleh pihak pimpinan
- c. Jumlah auditor: 2 (dua) dosen

Penentuan auditor:

- a. Tidak ada konflik kepentingan
- b. Menguasai teknik audit
- c. Memiliki karakteristik positif
- d. Mampu bekerja secara tim

e. Memahami manajemen Perguruan Tinggi

AMI dilakukan melalui tahapan seperti pada Gambarr 2. berikut:



Gambar 2. Siklus Audit

Berdasarkan Gambar 2 dapat dijelaskan siklus audit sebagai berikut:

1. Pihak manajemen atau pimpinan perguruan tinggi atau klien menetapkan tujuan audit, merencanakan audit, dan menetapkan objek dan lingkup audit. Pihak manajemen PT membuat perencanaan audit termasuk mengangkat manajer program AMI (MP-AMI). Rencana audit hendaknya disetujui klien dan dikomunikasikan kepada auditor dan teraudit. Rencana audit hendaknya dirancang fleksibel agar memungkinkan untuk diubah dalam penekanannya berdasar pada informasi yang dikumpulkan selama audit dan memungkinkan penggunaan sumber daya yang efektif.

Rencana audit meliputi hal-hal berikut :

- a. Tujuan, objek dan lingkup audit
- b. Identifikasi *auditee* dan pejabat/individu yang bertanggung jawab langsung dengan tujuan dan lingkup AMI
- c. Identifikasi dokumen acuan (kebijakan, manual, standar)

- d. Identifikasi anggota tim AMI
 - e. Tanggal dan tempat AMI dilakukan
 - f. Identifikasi satuan organisasi yang diaudit
 - g. Waktu yang diharapkan untuk tiap-tiap aktivitas audit
 - h. Jadwal pertemuan yang diadakan dengan manajemen teraudit
 - i. Rencana distribusi laporan audit dan tanggal penerbitan yang diharapkan
2. Unit yang menangani penjaminan mutu di PT diwakili oleh MP-AMI membentuk tim auditor. Tim auditor minimal 2 orang, namun sebaiknya berjumlah ganjil. Salah satu anggota tim auditor ditetapkan sebagai ketua tim auditor.
3. Siklus AMI dapat diuraikan sebagai berikut:
- M1 : Rapat Tim Auditor untuk merencanakan kaji ulang dokumen dan pembagian tugas
 - M2 : Audit dokumen/sistem/desk evaluation, melakukan audit dokumen/sistem sesuai dengan lingkup yang telah ditetapkan dengan membuat daftar tilik (checklist)
 - M3 : Menetapkan jadwal audit lapangan (*site visite*), tim auditor menetapkan jadwal audit lapangan dan menginformasikannya kepada teraudit (auditee)
 - M4 : Melaksanakan audit lapangan di tempat obyek audit (audit kepatuhan)
 - M5 : Menyusun laporan audit (Praktik baik, rekomendasi peningkatan mutu, temuan (KTS, OB) serta PTK (jika ada)
4. Pimpinan PT atau fakultas melakukan Rapat Tinjauan Manajemen (RTM), manajemen melakukan kaji ulang terhadap laporan audit terutama untuk merencanakan tindak lanjut temuan audit

AMI dilakukan untuk peningkatan mutu unit yang diaudit. Audit bukanlah asesmen/penilaian melainkan pencocokan antara pelaksanaan dengan perencanaan suatu program kegiatan unit untuk mendapatkan rekomendasi peningkatan mutu. Apabila dalam instrumen audit atau instrumen evaluasi diri dilakukan penilaian/skoring, maka penilaian/skoring tersebut semata hanya digunakan untuk mempermudah perumusan rekomendasi peningkatan mutu,

bukan mendapatkan predikat atau penilaian. Dengan demikian dari tujuan audit jelaslah bahwa manfaat audit adalah untuk peningkatan mutu tersebut secara berkelanjutan.

3.1.2. Pelaksanaan Audit Dokumen/Audit Sistem

Ada dua tahap pelaksanaan AMI, yang pertama adalah AMI dokumen/sistem. Audit dokumen/sistem ini 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.

Hasil audit dokumen/sistem berupa daftar tilik berisi hal-hal yang ditemukan dalam dokumen yang perlu diperdalam/verifikasi saat tahap audit yang kedua yaitu audit kepatuhan/visitasi

Sebelum pelaksanaan audit, maka MP-AMI menyusun jadwal yang memuat tentang unit yang akan diaudit, tanggal dan jam pelaksanaan audit yang disepakati bersama antara Auditor dengan Teraudit (*Auditee*), lama waktu audit, tempat/ lokasi pelaksanaan audit, tim Auditor yang bertugas. Berikut tabel tentang jadwal audit:

Tabel 2. Jadwal Audit di UM Parepare

Uraian	Keterangan
Obyek/unit yang diuadit	Sarjana, Magister dan Doktor
Tanggal pelaksanaan audit lapangan/site visit	Sesuai tanggal kesepakatan antara auditor dengan auditee
Jadwal pelaksanaan audit lapangan/site visit	Minimum 2 jam dan maksimum 4 jam
Ruang lingkup audit	Akademik dan non akademik
Tempat pelaksanaan audit lapangan/site visit	Masing-masing program studi
Tim audit	Lead Auditor dan auditor

3.1.3. Pelaksanaan Audit Kepatuhan/Audit Lapangan

AMI kepatuhan merupakan tahapan kedua dalam pelaksanaan AMI. Tahapan ini dilakukan setelah tim auditor menyelesaikan AMI dokumen/sistem dan jadwal AMI kepatuhan telah ditetapkan dan disetujui antara tim auditor dan

auditee. Di dalam menentukan jadwal audit kepatuhan ditetapkan juga bagian-bagian dari unit yang akan diaudit sehingga teraudit dapat menyiapkannya dengan baik. Bagian-bagian yang diaudit dapat terdiri dari pimpinan unit, dosen, tenaga kependidikan, kepala laboratorium, mahasiswa sampai pada alumni dan pengguna alumni, tergantung pada lingkup audit yang telah ditetapkan sebelumnya.

Tahapan audit kepatuhan sebagai berikut:

- a. Ketua tim auditor memperkenalkan seluruh anggota tim
- b. Ketua tim auditor menyampaikan tujuan audit dan lingkup audit
- c. Ketua tim auditor menyampaikan jadwal acara audit untuk disetujui oleh auditee
- d. Tim auditor melakukan audit dengan berpedoman pada *checklist* yang telah dibuat pada saat audit dokumen/sistem
- e. Setiap anggota tim auditor membuat catatan-catatan potensi temuan ketidaksesuaian yaitu segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar, segala sesuatu yang potensial untuk menyimpang terhadap standar, segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk/jasa
- f. Ketua tim memimpin rapat tim auditor untuk merumuskan daftar temuan audit. Pernyataan temuan audit dapat dirumuskan dengan mengikuti kaidah **PLOR**:
 - **P**roblem (masalah yang ditemukan)
 - **L**ocation (lokasi ditemukan problem)
 - **O**bjective (bukti temuan)
 - **R**eference (dokumen yang mendasari)
- g. Ketua bersama anggota tim auditor mengadakan rapat penutupan audit bersama auditee membahas temuan audit untuk disepakati
- h. Ketua tim auditor dan teraudit bersama-sama menandatangani daftar temuan audit
- i. Ketua tim auditor menutup acara audit
- j. Tim auditor membuat laporan audit
- k. Ketua tim auditor menyerahkan laporan audit kepada MP-AMI

BAB IV

LINGKUP DAN OBJEK AMI

Lingkup Audit Mutu Internal ditetapkan oleh pengelola perguruan tinggi sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Perguruan tinggi dapat menentukan lingkup audit secara menyeluruh yang meliputi 24 Standar Nasional Dikti dan Standar lain yang ditetapkan sendiri oleh perguruan tinggi atau perguruan tinggi menentukan lingkup audit secara bertahap sesuai dengan prioritas. AMI mencakup pemeriksaan terhadap:

1. Kecukupan Dokumen Akademik (Kebijakan Akademik, Standar Akademik, Peraturan Akademik, Panduan Akademik, Spesifikasi Program Studi, Peta kurikulum) dan Dokumen Mutu (Kebijakan Mutu, Standar, Manual Mutu, Manual, Prosedur, Instruksi Kerja)
2. Keefektifan sistem penjaminan mutu dalam pemenuhan standar internal maupun eksternal.
3. Proses pemenuhan standar internal maupun eksternal.
4. Komitmen (tanggungjawab) manajemen

Ruang lingkup AMI harus mencakup pemeriksaan kecukupan dan efektifitas struktur pengendalian internal serta kualitas kinerja perguruan tinggi dalam melaksanakan tanggungjawab pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Seringkali ada istilah AMAI, yaitu Audit Mutu Akademik Internal. Ruang lingkup AMAI hanya sebatas fungsi akademik saja, dimana tujuan AMAI adalah untuk menganalisis kekuatan, kelemahan, ancaman, dan peluang penyempurnaan akademik pada sebuah Perguruan Tinggi.

4.1. Klasifikasi Audit Mutu Internal

Klasifikasi audit dinyatakan ke dalam tipe audit: Audit internal dan Audit Eksternal, tingkatan audit: Audit sistem, Audit Produk, Audit proses. Audit internal adalah audit yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap rencana/ standar/ persyaratan sistem internal organisasi tersebut, sehingga dapat dilakukan analisis kekuatan, kelemahan, ancaman, dan peluang penyempurnaan. Audit sistem merupakan pemeriksaan yang mendalam terhadap sistem mutu untuk menentukan efektivitas dan kesesuaian terhadap

standar. Sistem yang mencakup struktur organisasi, tanggungjawab, prosedur, proses, dan sumberdaya.

4.2. Obyek atau Area AMI

Obyek AMI adalah adalah unit yang akan diaudit, dapat meliputi semua aras dan unit kegiatan dalam perguruan tinggi. Beberapa obyek AMI yang dapat ditentukan pihak klien antara lain: program studi, fakultas, laboratorium, perpustakaan, unit penunjang perguruan tinggi seperti kepegawaian, keuangan, sarana dan prasarana, keamanan, unit kegiatan mahasiswa, dan lain-lain.

Obyek audit dapat dilakukan pula pada dokumen. Beberapa dokumen obyek audit dapat dilihat pada Tabel 3. Lingkup berlakunya dokumen dapat dibedakan dalam tingkatan unit kerja mulai dari institut, sampai dengan Program Studi.

Tabel 3. Dokumen Obyek Audit

Tingkat	Jenis Dokumen
Institut/universitas	- Kebijakan Mutu /SPMI - Standar Mutu/SPMI - Peraturan Akademik - Peraturan non akademik seperti jam kerja, tupoksi, dan lain-lain
Fakultas	- Kebijakan akademik - Peraturan akademik, misalkan: persyaratan pembimbing Tugas Akhir, pelaksanaan Ujian Tugas Akhir, dll - Dll
Program Studi	- Capaian Pembelajaran Lulusan - Kurikulum - RPS - Manual / instruksi Kerja (Pratikum, Kuliah Lapangan, Studio, dll) - Jadwal perkuliahan - Buku Ajar/ Modul Ajar (dalam bentuk <i>hard / e modul</i>) - Dokumen pendukung

4.3. Formulir Kelengkapan AMI

Beberapa dokumen / formulir yang diperlukan dalam AMI: dokumen standar, borang SPMI, formulir *check list* / daftar pertanyaan, formulir tindakan koreksi.

Checklist merupakan daftar pertanyaan yang diperlukan oleh auditor sebagai pemandu saat visitasi. *Checklist* akan digali lebih lanjut tentang kecurigaan atas ketidak sesuaian. *Checklist* bersifat informatif, mudah dipahami, sesuai dengan proses pembelajaran di Prodi yang di audit, serta sebagai alat pemandu audit visitasi.

4.4. Auditor

Persyaratan untuk auditor internal adalah kompeten dan independen. Kompeten maksudnya adalah terampil, ahli, berwenang dan cermat. Terampil dan ahli merupakan orang yang mempunyai pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan audit mutu, memiliki kemampuan manajerial serta berwibawa dan disegani dalam organisasi, independen merupakan tindakan tidak terlibat dalam pekerjaan auditee. Secara umum seorang auditor mempunyai sifat sebagai berikut:

- a. Sikap profesional
- b. Terampil berkomunikasi dan berbahasa
- c. Cakap dalam menjelaskan dan mengikuti aturan
- d. Diplomatis
- e. Jujur dan tidak bias dalam melakukan penilaian
- f. Punya rasa ingin tahu dan pengamat yang baik (banyak mengamati)
- g. Ramah, santun & dapat bekerjasama
- h. Rajin bekerja
- i. Dapat mengendalikan diri
- j. Mampu menjadi pemimpin (sebagai *lead auditor*) maupun *follower*/ anak buah (anggota auditor)
- k. Pendengar yang baik

Auditor diberi kewenangan dalam melakukan audit. Kewenangan ini ditandai dengan penugasan dari pimpinan, serta independen yaitu tidak memihak dan tidak merugikan pihak manapun. Auditor tidak boleh berpikir, bersikap, dan bertindak dalam peran berikut ini:

- a. Interrogator
- b. Investigator
- c. Provokator

Auditor harus bertindak justru sebaliknya dari yang disebutkan di atas. Auditor mutu internal harus berpikir, bersikap dan bertindak sebagai:

- a. Konselor
- b. Fasilitator atau motivator
- c. Inspirator

Peran dan tanggungjawab seorang auditor adalah:

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

Adanya beberapa persyaratan, wewenang dan sikap dari auditor, maka dalam melaksanakan AMI di lingkungan UM Parepare dilakukan dengan memperhatikan persyaratan sbb:

- a. Tidak mengaudit pekerjaan / program studi yang menjadi tanggung jawabnya sendiri
- b. Memiliki pengetahuan/ wawasan yang cukup atas topik yang dibahas dalam audit, untuk itu dilakukan melalui pelatihan, pembekalan semua peraturan yang terkait dengan lingkup audit.
- c. Tidak ada *conflict of interest* dengan teraudit (*auditee*).

Seorang auditor harus mematuhi kode etik auditor sebagai berikut:

1. Integritas

Auditor di dalam AMI harus melakukan audit dengan ketentuan berikut ini:

- a. Melakukan pekerjaan auditor dengan kejujuran, ketekunan, dan tanggung jawab.
- b. Mentaati hukum dan membuat pengungkapan yang diharuskan oleh ketentuan perundang-undangan dan profesi.

- c. Sadar tidak boleh terlibat dalam aktivitas ilegal apapun, atau terlibat dalam tindakan yang memalukan untuk profesi ataupun organisasi.
- d. Menghormati dan berkontribusi pada tujuan yang sah dan etis dari organisasi.

2. Objektifitas

Auditor di dalam AMI, akan memenuhi ketentuan berikut ini:

- a. Tidak akan berpartisipasi dalam kegiatan yang dapat mengganggu aktivitas auditor. Partisipasi ini meliputi kegiatan yang mungkin bertentangan dengan kepentingan organisasi.
- b. Tidak akan menerima apa pun yang dapat mengganggu profesionalitas auditor.
- c. Mengungkapkan semua fakta material yang auditor ketahui, yang jika tidak diungkapkan dapat mengganggu pelaporan kegiatan yang sedang diperiksa

3. Kerahasiaan

Auditor di dalam AMI harus melakukan:

- a. Berhati-hati dalam penggunaan dan kerahasiaan informasi yang diperoleh dalam tugas auditor.
- b. Tidak akan menggunakan informasi untuk keuntungan pribadi atau dengan cara apapun yang akan bertentangan dengan ketentuan perundangan atau merugikan tujuan dan etika dari organisasi.

4. Kompetensi

Auditor di dalam AMI melakukan hal-hal berikut ini:

- a. Hanya akan memberikan layanan sepanjang memiliki pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang diperlukan.
- b. Melakukan Audit Mutu Internal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- c. Akan terus-menerus meningkatkan kemampuan dan efektivitas serta kualitas layanan auditor

BAB V

AUDIT DOKUMEN/DESK EVALUATION

Audit dokumen adalah dalam pemeriksaan dokumen pendukung bukti mutu dari pelaksanaan standar. Pemeriksaan dokumen yang dimiliki oleh *auditee* lazim disebut audit kecukupan atau *desk evaluation*. Hasil dari pelaksanaan audit dokumen: berupa daftar *checklist* atau daftar pertanyaan yang akan ditanyakan kepada *auditee* saat audit kepatuhan / visitasi.

Persiapan dalam audit, yaitu:

1. Kenali proses yang akan diaudit (input, proses, output, proses *owner*, pelaksana dan pengguna)
2. Identifikasi persyaratan standar dan peraturan yang berlaku
3. Identifikasi resiko/potensi kegagalan dan kondisi kritis proses
4. *Review* kesesuaian dokumentasi
5. Buat *checklist* atau daftar pertanyaan bila perlu

Dalam audit dokumen:

1. Ketua tim auditor membacakan identitas *auditee*/ teraudit, lingkup audit, dokumen yang tersedia.
2. Ketua tim auditor membagi tugas kepada semua anggota tim tentang dokumen yang harus diaudit yang menjadi tanggung jawabnya.

Dari hasil audit terhadap dokumen / *desk evaluation* akan dihasilkan daftar pertanyaan/*checklist*. *Checklist* berisi tentang ketidakcukupan, potensi penyimpangan ataupun penyimpangan dari sistem mutu yang dilaksanakan khususnya dalam standar. Setiap auditor biasanya menyiapkan sejumlah pertanyaan dari dokumen yang diperiksa. Untuk menyamakan persepsi dalam hal kecukupan dokumen, auditor akan melaksanakan rapat. Rapat juga digunakan untuk menentukan langkah kedua yaitu audit kepatuhan atau audit lapangan. Beberapa bentuk contoh daftar *check list* ditunjukkan dalam Tabel 4.

Tanggal Audit :
 Lokasi Audit/ Unit Kerja :
 Auditor : 1.
 .
 Auditee : 1.

No.	Tujuan	Indikator	Lingkup Pertanyaan	Skor				Panduan Pengisian
				4	3	2	1	
1	Mengukur pencapaian Sasaran Mutu Unit (SMU)	Ketersediaan SMU	Apakah SMU sudah tersedia?		<u>v</u>			<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokumen SMU tidak ada 2. Dokumen SMU ada blm diotorisasi 3. Rumusan SMU ada belum sesuai SMART 4. Dokumen SMU sudah diotorisasi
		Sosialisasi internal	Bagaimanakah model sosialisasi Sasaran Mutu Unit dilakukan?				<u>v</u>	<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Sosialisasi tidak pernah dilakukan 2. Sosialisasi dilakukan tetapi tidak dapat ditunjukkan bukti 3. Sosialisasi dilakukan tidak sesuai SOP 4. Sosialisasi dilakukan dengan prosedur yang jelas & dapat dibuktikan
		Pengukuran SMU	Bagaimanakah proses pengukuran Sasaran Mutu Unit dilaksanakan?			<u>v</u>		<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Pengukuran SMU tidak dilakukan 2. Pengukuran SMU dilakukan dengan tidak menetapkan rencana pemantauan, hasil pemantauan dan analisa ketercapaian 3. Pengukuran SMU dilakukan dengan menetapkan tahap monitoring dan evaluasi, tetapi belum dilakukan analisis ketercapaian 4. Pengukuran SMU dilakukan dengan menetapkan rencana pemantauan, hasil pemantauan, analisis ketercapaian dan ditunjukkan bukti
		Evaluasi SM Unit	Apakah dilakukan tindak lanjut dari				<u>v</u>	<u>Capaian/Keterangan:</u>

			kegiatan evaluasi SM Unit?					1. Evaluasi SMU tidak dilakukan 2. Evaluasi ketercapaian SMU tidak dilakukan dengan analisis tindak lanjutnya 3. Evaluasi ketercapaian SMU dilakukan hanya dengan menetapkan program periode selanjutnya. 4. Evaluasi ketercapaian SMU dilakukan dengan analisis tindak lanjut dan ditunjukkan bukti
2	Mengukur kepastian tugas dan tanggung jawab	Ketersediaan Struktur Organisasi	Apakah tersedia struktur organisasi unit?		√			<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokumen struktur organisasi tidak ada 2. Dokumen struktur organisasi ada blm diotorisasi 3. Dokumen struktur organisasi ada, sudah diotorisasi, namun belum menunjukkan garis komando dan koordinasi 4. Dokumen struktur organisasi ada, sudah diotorisasi dan ditunjukkan buktinya
		Komunikasi internal	Bagaimanakah model komunikasi job discription dilakukan?		√			<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokumen komunikasi internal tidak ada 2. Dokumen komunikasi internal ada blm diotorisasi 3. Dokumen komunikasi internal ada, sudah diotorisasi, namun belum ditunjukkan bukti cara komunikasi yang dilakukan 4. Dokumen struktur organisasi ada, sudah diotorisasi dan ditunjukkan bukti cara komunikasi dilakukan
		Pengukuran kompetensi auditee	Apakah kompetensi auditee sudah sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya?	√				<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Pengukuran kompetensi auditee tidak dilakukan 2. Pengukuran kompetensi auditee dilakukan tidak berdasarkan tugas dan tanggung jawabnya 3. Pengukuran kompetensi auditee dilakukan berdasarkan tugas dan tanggung jawabnya, namun belum dilakukan analisa kesesuaian 4. Pengukuran kompetensi auditee dilakukan berdasarkan kesesuaian tugas dan tanggung jawabnya, dilakukan analisa kesesuaian serta dapat ditunjukkan bukti
		Tindak lanjut evaluasi kompetensi auditee	Apakah dilakukan tindak lanjut dari kegiatan evaluasi kompetensi				√	<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokumen tindak lanjut evaluasi kompetensi auditee tidak

			auditee?					dilakukan 2. Hasil evaluasi kompetensi auditee tidak dilakukan tindak lanjutnya dan tidak diotorisasi 3. Evaluasi kompetensi auditee dilakukan tindak lanjut, namun belum diverifikasi 4. Dokumen kompetensi auditee dilakukan dengan analisis tindak lanjut dan ditunjukkan bukti serta telah diverifikasi dan diotorisasi
3	Mengukur pencapaian program/ rencana kerja dan program pengembangan unit	Ketersediaan program/ rencana kerja rutin dan program pengembangan	Apakah tersedian program/ rencana kerja rutin dan program pengembangan?		<u>v</u>			Capaian/Keterangan: 1. Dokumen program kerja tidak ada 2. Dokumen program kerja ada blm diotorisasi 3. Dokumen program kerja ada belum sesuai pengembangan unit kerja 4. Dokumen program kerja ada sesuai pengembangan unit kerja dan sudah diotorisasi
		Sosialisasi internal	Apakah dilakukan sosialisasi internal?		<u>v</u>			Capaian/Keterangan: 1. Sosialisasi internal tidak pernah dilakukan 2. Sosialisasi internal dilakukan tetapi tidak dapat ditunjukkan bukti 3. Sosialisasi internal dilakukan tidak sesuai SOP 4. Sosialisasi internal dilakukan dengan prosedur yang jelas & dapat dibuktikan
		Implementasi/ pelaksanaan	Bagaimanakah implementasi/ pelaksanaan dari program/ rencana kerja rutin dan program pengembangan ?			<u>v</u>		Capaian/Keterangan: 1. Capaian program kerja dan pengembangannya 25% 2. Capaian program kerja dan pengembangannya 50% 3. Capaian program kerja dan pengembangannya 75% 4. Capaian program kerja dan pengembangannya 100 % dan ditunjukkan buktinya
		Evaluasi program/ rencana kerja unit	Apakah evaluasi program/ rencana kerja unit ada, dan bagaimana hasilnya?		<u>v</u>			Capaian/Keterangan: 1. Dokumen hasil evaluasi program kerja unit tidak ada 2. Hasil evaluasi program kerja unit tidak dilakukan tindak lanjutnya dan tidak diotorisasi

								3. Evaluasi program kerja unit dilakukan tindak lanjut, tetapi belum diverifikasi 4. Dokumen evaluasi program kerja unit dilakukan dengan analisis tindak lanjut dan ditunjukkan bukti serta telah diverifikasi dan diotorisasi
4	Mengukur proses pengadaan dan pelayanan	Program pengadaan sumber daya	Apakah dilakukan pengadaan sumber daya/ seperti apa program pengadaannya/ dan tunjukkan standar acuannya.			√		Realisasi: Ada/tidak ada <u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokumen program pengadaan sumber daya di unit kerja tidak dilakukan 2. Dokumen program pengadaan sumber daya di unit kerja belum dilakukan dengan standar acuan yang jelas 3. Dokumen program pengadaan sumber daya di unit kerja dilakukan dengan standar acuan, tetapi belum diverifikasi 4. Dokumen program pengadaan sumber daya di unit kerja dilakukan dengan standar acuan jelas, sudah diverifikasi dan diotorisasi serta ditunjukkan buktinya
		Ada standart pelayanan unit	Apakah unit kerja memiliki dokumen standar pelayanan?				√	<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokuman standar pelayanan tidak ada 2. Dokumen standar pelayanan ada blm diotorisasi 3. Rumusan standar pelayanan ada belum sesuai acuan SOP 4. Dokumen standar pelayanan sudah diotorisasi dan ditunjukkan bukti
5	Mengukur program pengembangan sistem layanan berbasis sistem informasi	Ada program pengembangan sistem layanan berbasis sistem informasi	Apakah unit kerja melakukan pengembangan sistem layanan berbasis sistem informasi?	√				<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokumen pengembangan sistem layanan unit kerja tidak ada 2. Unit kerja tidak melakukan pengembangan sistem layanan berbasis informasi 3. Unit kerja melakukan pengembangan sistem layanan berbasis informasi, namun belum dapat operasional 4. Unit kerja melakukan pengembangan sistem layanan berbasis informasi dan ditunjukkan bukti operasionalisasinya
6	Mengukur proses perencanaan dan pengadaan	Rekapitulasi kebutuhan sarana unit kerja	Apakah unit kerja menyusun rekapitulasi kebutuhan sarana unit kerja?	√				<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Dokumen rekapitulasi rencana kebutuhan sarana unit kerja tidak ada 2. Dokumen rekapitulasi rencana kebutuhan sarana unit kerja

	sarana							ada belum diotorisasi 3. Dokumen rekapitulasi rencana kebutuhan sarana unit kerja belum sesuai standar layanan 4. Dokumen rekapitulasi rencana kebutuhan sarana unit kerja ada, telah diotorisasi, sesuai standar layanan dan ditunjukkan buktinya
		Implementasi pengadaan sarana di unit kerja	Bagaimanakah implementasi pengadaan sarana di unit kerja?			√		Capaian/Keterangan: 1. Pengadaan sarana di unit kerja sama sekali tidak terimplementasi 2. Implementasi pengadaan sarana di unit kerja tidak sesuai rencana 3. Implementasi pengadaan sarana di unit kerja belum disertai pembuatan catatan mutu 4. Implementasi pengadaan sarana di unit kerja sesuai rencana dan ada catatan mutunya serta ditunjukkan buktinya
7	Prosesing dan Perawatan sarana prasarana	Ada prosedur prosesing sarana prasarana	Apakah ada prosedur prosesing sarana prasarana?			√		Capaian/Keterangan: 1. Prosedur prosesing dan perawatan sarana dan prasarana tidak ada 2. Prosedur prosesing dan perawatan sarana dan prasarana ada belum diotorisasi 3. Prosedur prosesing dan perawatan sarana dan prasarana kurang sesuai acuan SOP 4. Prosedur prosesing dan perawatan sarana prasarana sudah diotorisasi dan ditunjukkan bukti
8	Mengukur ketersediaan Standart Operasional Prosedur (SOP)	Ketersediaan SOP	Apakah setiap kegiatan/proses dari lingkup kerja tersedia SOP?			√		Realisasi: Ya/Tidak Capaian/Keterangan: 1. Jumlah SOP 25 % dari total kegiatan lingkup kerja 2. Jumlah SOP 50 % dari total kegiatan lingkup kerja 3. Jumlah SOP 75 % dari total kegiatan lingkup kerja 4. Jumlah SOP 100 % dari total kegiatan lingkup kerja dan ditunjukkan buktinya
9	Mengukur ketersediaan Instruksi Kerja (IK)	Ketersediaan IK	Apakah setiap kegiatan/proses dari lingkup kerja tersedia IK?					Realisasi: Ya/Tidak Capaian/Keterangan: 1. Jumlah IK 25 % dari total kegiatan lingkup kerja 2. Jumlah IK 50 % dari total kegiatan lingkup kerja

								3. Jumlah IK 75 % dari total kegiatan lingkup kerja 4. Jumlah IK 100 % dari total kegiatan lingkup kerja dan ditunjukkan buktinya
10`	Mengukur pemahaman, realisasi dan evaluasi Daftar Catatan Mutu (DCM)	Ketersediaan Daftar Catatan Mutu	Apakah terdapat ketersediaan daftar catatan mutu di unit kerja anda?					<u>Realisasi:</u> Ya/Tidak <u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Jumlah DCM 25 % dari total kegiatan yang telah selesai 2. Jumlah DCM 50 % dari total kegiatan yang telah selesai 3. Jumlah DCM 75 % dari total kegiatan yang telah selesai 4. Jumlah DCM 100 % dari total kegiatan yang telah selesai dan ditunjukkan buktinya
		Penataan/ Kerapiandokumenmutu	Apakah unit kerja melakukan penataan/ kerapian dokumen mutu?					<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Unit kerja tidak melakukan penataan/ kerapian dokumen mutu 2. Unit kerja melakukan penataan dokumen mutu dengan tidak diberikan penomoran kode dokumen 3. Unit kerja melakukan penataan dokumen dengan diberikan nomor kode dokumen, tetapi tidak ditempatkan dalam almari khusus 4. Unit kerja melakukan penataan/kerapian dokumen dengan diberikan nomor kode dokumen, ditempatkan dalam almari khusus dan ditunjukkan buktinya
		Kesesuaian Daftar Catatan Mutu dengan dokumen yang ada	Apakah terdapat kesesuaian antara DCM dengan dokumen mutu yang ada?					<u>Capaian/Keterangan:</u> 1. DCM tidak dibuat 2. Keberadaan DCM tidak sesuai dengan dokumen mutu yang ada 3. Keberadaan DCM sesuai dengan dokumen mutu yang ada, namun belum dilakukan verifikasi 4. Keberadaan DCM sesuai dengan dokumen mutu yang ada, sudah dilakukan verifikasi dan diotorisasi serta ditunjukkan buktinya
		Sosialisasi internal daftar catatan mutu	Apakah dilakukan sosialisasi internal tentang daftar catatan mutu?					<u>Realisasi:</u> Ada/Tidak ada <u>Capaian/Keterangan:</u> 1. Sosialisasi internal mengenai DCM tidak pernah dilakukan 2. Sosialisasi internal mengenai DCM dilakukan tetapi tidak dapat ditunjukkan bukti

								3. Sosialisasi internal mengenai DCM dilakukan hanya terbatas pimpinan unit kerja 4. Sosialisasi internal dilakukan dengan prosedur yang jelas & dapat dibuktikan
		Peminjamadokumen mutu	Apakah unit kerja memiliki dokumen daftar peminjam dokumen mutu?					Capaian/Keterangan: 1. Unit kerja tidak membuat dokumen daftar peminjam dokumen mutu 2. Unit kerja membuat dokumen daftar peminjam dokumen mutu tetapi tidak dapat ditunjukkan buktinya 3. Unit kerja membuat dokumen daftar peminjam dokumen mutu tetapi belum tertib melakukan pencatatan peminjam 4. Dokumen daftar peminjam dokumen mutu ada, tertib dilakukan pencatatan peminjam dan ditunjukkan buktinya
		Penghapusandokumen mutu	Apakah unit kerja melakukan penghapusan dokumen mutu setelah masa retensi?					Capaian/Keterangan: 1. Unit kerja tidak melakukan penghapusan dokumen mutu setelah masa retensi 2. Unit kerja melakukan penghapusan dokumen mutu setelah masa retensi tetapi tidak dapat ditunjukkan bukti berita acaranya 3. Unit kerja melakukan penghapusan dokumen mutu setelah masa retensi dengan berita acara yang jelas, namun tidak tersampaikan dengan baik 4. Unit kerja melakukan penghapusan dokumen mutu setelah masa retensi dengan berita acara yang jelas, dan tersampaikan dengan baik serta ditunjukkan buktinya
		Evaluasi Daftar CatatanMutu	Apakah evaluasi terhadap daftar catatan mutu di unit kerja sudah dilakukan?					Capaian/Keterangan: 1. Dokumen hasil evaluasi DCM tidak ada 2. Hasil evaluasi DCM tidak dilakukan tindak lanjutnya dan tidak diotorisasi 3. Evaluasi DCM dilakukan tindak lanjut, tetapi belum diverifikasi

								4. Dokumen evaluasi DCM dilakukan dengan analisis tindak lanjut dan ditunjukkan bukti serta telah diverifikasi dan diotorisasi
11	Mengukur dan evaluasi Kedisiplinan Kerja	Ketersediaan Rekapitulasi Presensi	Apakah terdapat ketersediaan rekapitulasi presensi di unit kerja anda?					Capaian/Keterangan: 1. Dokumen rekapitulasi presensi unit kerja tidak ada 2. Dokumen rekapitulasi presensi unit kerja ada, tdk diotorisasi 3. Dokumen rekapitulasi presensi unit kerja ada, belum diverifikasi 4. Dokumen rekapitulasi presensi unit kerja ada, sudah diverifikasi dan diotorisasi
		Implementasi/ Pelaksanaan Team Work (kerja sama)	Bagaimanakah implementasi/ pelaksanaan Team Work (kerja sama) di unit kerja anda?					Capaian/Keterangan: 1. Pelaksanaan team work (kerja sama) di unit kerja sama sekali tidak berjalan 2. Implementasi team work (kerja sama) di unit kerja tidak sesuai dengan prosedur mutu yang ditetapkan 3. Implementasi team work (kerja sama) di unit kerja belum disertai bukti catatan mutu 4. Implementasi team work (kerja sama) di unit kerja sesuai prosedur mutu yang ditetapkan dan ditunjukkan bukti catatan mutunya
		Evaluasi Kedisiplinan Kerja	Apakah evaluasi kedisiplinan kerja dilakukan di unit kerja anda, dan bagaimana hasilnya?					Realisasi: Ada/Tidak ada Capaian/Keterangan: 1. Evaluasi kedisiplinan kerja dan hasilnya tidak pernah dilakukan 2. Hasil evaluasi kedisiplinan kerja dan hasilnya tidak diotorisasi 3. Evaluasi kedisiplinan kerja dan hasilnya belum dilakukan diverifikasi 4. Dokumen evaluasi kedisiplinan kerja dan hasilnya dilakukan diverifikasi dan diotorisasi
		Tindak lanjut hasil evaluasi (reward, punishment)	Apakah dilakukan tindak lanjut dari kegiatan evaluasi kedisiplinan kerja?					Capaian/Keterangan: 1. Dokumen tindak lanjut evaluasi kedisiplinan kerja tidak dilakukan 2. Hasil evaluasi kedisiplinan kerja tidak dilakukan tindak

								lanjutnya dan tidak diotorisasi 3. Evaluasi kedisiplinan kerja dilakukan tindak lanjut, tetapi belum diverifikasi 4. Dokumen hasil evaluasi kedisiplinan kerja dilakukan dengan analisis tindak lanjut dan ditunjukkan bukti serta telah diverifikasi dan diotorisasi
12	Mengukur pengendalian dan evaluasi Keluhan Stakeholders/ Pelanggan	Pengendalian keluhan	Apakah pengendalian keluhan stakeholders dilakukan di unit kerja anda?					Capaian/Keterangan: 1. Pengendalian keluhan stakeholders di unit kerja tidak pernah dilakukan 2. Dokumen pengendalian keluhan stakeholders di unit kerja ada, tidak diotorisasi 3. Dokumen pengendalian keluhan stakeholders di unit kerja ada, belum diverifikasi 4. Dokumen pengendalian keluhan stakeholders di unit kerja ada, sudah diverifikasi dan diotorisasi
		Evaluasi terhadap keluhan yang diterima	Apakah evaluasi terhadap keluhan yang diterima stakeholders dilakukan di unit kerja anda?					Realisasi: Ada/Tidak ada Capaian/Keterangan: 1. Evaluasi terhadap keluhan stakeholders tidak pernah dilakukan 2. Hasil evaluasi terhadap keluhan stakeholders tidak diotorisasi 3. Evaluasi terhadap keluhan stakeholders belum dilakukan verifikasi 4. Dokumen evaluasi terhadap keluhan stakeholders dilakukan verifikasi dan diotorisasi
		Tindak lanjut hasil evaluasi terhadap keluhan	Apakah dilakukan tindak lanjut dari hasil evaluasi terhadap keluhan yang diterima stakeholders?					Capaian/Keterangan: 1. Dokumen tindak lanjut hasil evaluasi terhadap keluhan yang diterima stakeholders tidak dilakukan 2. Hasil evaluasi terhadap keluhan yang diterima stakeholders tidak dilakukan tindak lanjutnya dan tidak diotorisasi 3. Evaluasi terhadap keluhan yang diterima stakeholders dilakukan tindak lanjut, tetapi belum diverifikasi 4. Dokumen hasil evaluasi terhadap keluhan yang diterima stakeholders dilakukan dengan analisis tindak lanjut dan ditunjukkan bukti serta telah diverifikasi dan diotorisasi

Catatatan :

- Skor 4 menunjukkan kategori *Conformity* (Kesesuaian)
- Skor 3 menunjukkan kategori *Observasi* (Saran/ peluang perbaikan), selanjutnya hasil temuan visitasi dikonversikan ke dalam form OBSERVASI
- Skor 2 & 1 menunjukkan kategori *Non Conformity* (Ketidaksesuaian), selanjutnya hasil temuan visitasi dikonversikan ke dalam form NCR (*Non Conformity*/Ketidaksesuaian)

Mengetahui,
Koordinator Bidang Audit Mutu Internal

NIDN.

Parepare

Auditor Mutu Internal :

.....
NIDN.

Menyetujui,
Ketua LPMU

NIDN.

	FORMULIR	No Dokumen : _____
	LAPORAN KETIDAKSESUAIAN (NCR)	Tanggal Terbit : _____
		No. Revisi : 00

No NCR :		Tanggal:
Klausul/Dokumen :		Divisi/Lokasi :
Auditor :		Auditee :
URAIAN KETIDAKSESUAIAN		KATEGORI TEMUAN : ▪ MAYOR ☐ ▪ MINOR ☐
URAIAN FAKTOR PENYEBAB KETIDAKSESUAIAN :		KOREKSI :
TTD Auditor Tanggal Mulai Tanggal Selesai:	TTD Auditee Tanggal :	TINDAKAN KOREKSI :
TTD Auditor		VERIFIKASI PELAKSANAAN KOREKSI DAN TINDAKAN KOREKSI
Tanggal :		

Penggunaan daftar pengecekan bagi seorang auditor sebagai alat bantu dalam melakukan wawancara, mempunyai kelebihan dan juga kekurangan. Kelebihan dengan tersedianya daftar pengecekan adalah sebagai berikut:

- a. Auditor menjadi lebih siap
- b. Penggunaan waktu / lama wawancara menjadi efisien
- c. Wawancara dengan cara bertanya lebih sistematis
- d. Sebagai pengingat/ memorisasi
- e. Memberi gambaran sistem mutu secara menyeluruh

Kelemahan penggunaan daftar pengecekan adalah sebagai berikut:

- a. Dapat mengabaikan hal-hal yang tidak tercantum dalam daftar pengecekan
- b. Pelaksanaan audit menjadi kurang fleksibel dan kaku
- c. Bisa saja menjadi kurang realistis, karena dipersiapkan atas dasar imajinasi/ persepsi auditor

5.1. Audit Lapangan/Audit Kepatuhan/Audit Visitasi

Audit lapangan/visitasi (audit kepatuhan/*compliance*) merupakan tahapan kedua dalam pelaksanaan AMI. Tahapan ini dilakukan setelah tim auditor menyelesaikan audit dokumen/sistem dan jadwal audit kepatuhan telah ditetapkan dan disetujui oleh tim auditor dan teraudit/*auditee*. Audit lapangan dilakukan untuk memverifikasi potensi temuan yang telah dipersiapkan pada daftar *checklist*. Apabila AMI ini dilaksanakan di tingkat Program Studi maka verifikasi idealnya dilakukan terhadap pimpinan program studi dosen, tenaga kependidikan, kepala laboratorium, mahasiswa, sampai pada alumni dan pengguna alumni. Hal – hal yang merupakan penyimpangan atau potensi penyimpangan yang ditemukan saat verifikasi maka dicatat sebagai temuan. Tahapan audit kepatuhan adalah sebagai berikut:

1. Pertemuan pembukaan dengan Auditee, dengan ketentuan sbb:
 - a. Ketua tim auditor memperkenalkan seluruh anggota tim
 - b. Ketua tim auditor menyampaikan tujuan audit dan lingkup audit
 - c. Ketua tim auditor menyampaikan jadwal acara audit untuk disetujui oleh teraudit
 - d. Ketua tim auditor mengkonfirmasi ketersediaan sumberdaya dan fasilitas
 - e. Ketua tim auditor mengkonfirmasi tentang kerahasiaan.

3. Pelaksanaan audit, dimana tim auditor melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Audit dilakukan dengan berpedoman pada *checklist* yang telah dibuat pada saat audit dokumen/*desk evaluation* / audit sistem.
 - b. Tim auditor membuat catatan-catatan potensi temuan ketidaksesuaian yaitu:
 - i. Segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar
 - ii. Segala sesuatu yang potensial untuk menyimpang terhadap standar.
 - iii. Segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu produk / jasa.
3. Pertemuan internal dengan tim auditor
4. Pelaporan hasil audit

Setelah verifikasi selesai maka auditor akan melaksanakan rapat. Rapat tersebut digunakan untuk merumuskan temuan yang telah didapatkan oleh setiap auditor dan menentukan kategori dari temuan.

5.2. Etika Auditor Saat Audit Lapangan

Etika auditor saat audit lapangan antara lain:

- a. Menyepakati jadwal antara auditor dengan *auditee* sebelum dilakukan kunjungan
- b. Datang tepat waktu
- c. Menerapkan *speak with data*
- d. Melibatkan *auditee* dalam menganalisa dan menguji kondisi yang terjadi. Ini yang memungkinkan terjadi tanya jawab

Audit lapangan adalah melakukan verifikasi terhadap bukti-bukti (*evidence*), yaitu verifikasi terhadap dokumentasi, bahan material, personil proses, peralatan, dan sebagainya. Bukti-bukti tersebut dapat dilakukan melalui wawancara dengan stakeholder atau pengelola, pemeriksaan dokumen, pengamatan terhadap aktifitas/proses, dan pengamatan terhadap kondisi lapangan.

Faktor keberhasilan dalam audit lapangan adalah melakukan persiapan dengan baik, wawancara dengan orang yang tepat, melakukan wawancara dengan tidak formal atau santai, wawancara dilakukan dengan menggali informasi sampai diperoleh akar masalah.

5.3. Pelaksanaan Auditor Lapangan

Adapun tahapan pelaksanaan audit lapangan oleh auditor adalah:

- a. Auditor menemui penanggungjawab proses
- b. Menjelaskan apa yang akan diaudit
- c. Melakukan wawancara dengan auditee secara terpisah sesuai dengan tupoksi auditee
- d. Menyelidiki dan mengamati kesesuaian dengan rencana audit/cheklist

Checklist seringkali dikatakan sebagai daftar pengecekan dalam AMI. *Checklist* merupakan salahsatu cara sederhana yang lazim digunakan untuk mengurangi kesalahan atau bahkan kegagalanyang dapat ditimbulkan oleh keterbatasan memori / perhatian manusia. Manfaat dari cheklist adalah:

- a. Alat pengingat dan menjaga agar audit tetap dalam lingkup audit
- b. Audit lebih sistematis dan terstruktur
- c. Menjadi panduan auditor
- d. Alat untuk menyusun catatan-catatan selama audit
- e. Membantu penyiapan laporan akhir

Wawancara dilakukan dalam rangka penggalian informasi dan klarifikasi data. Penggalianinformasi dilakukan dengan cara terpisah antara kelompok pengelola, mahasiswa, karyawan, pengguna, lulusan, dsb. Saat wawancara auditor tidak melakukan penilaian (*assessment*) tetapi melihat kesesuaian standar dengan pelaksanaan, sehingga dapat dilakukan perumusan temuan.

Wewenang auditor internal adalah penuh, bebas, dan tidak terbatas dalam melakukan aksesterhadap semua dokumen, personalia penyelenggaraan Program Studi, obyek penyelenggaraan perguruan tinggi, dan fasilitas fisik milik perguruan tinggi guna mendapatkan data dan informasi yang diperlukan dan berkaitan dengan pelaksanaan auditnya.

Teknik dalam audit lapangan melalui wawancara, lead auditor maupun auditor harus memiliki kemampuan dalam teknik atau cara bertanya, pencatatan hasil, identifikasi temuan, menutup rapat dan pelaporan. Beberapa kiat-kiat dalam melakukan wawancara dengan auditee sebagai berikut:

- a. Melakukan wawancara secara terpisah antara pimpinan dengan bawahan

- b. Berupaya untuk tidak banyak bicara. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mempersiapkan pembagian waktu mengajukan pertanyaan, sesuai dengan pembagian tugas saat audit dokumen.
- c. Menghindari konfrontasi *cross check* pernyataan dengan *auditee* lain (misal atasan), jika
- d. memang diperlukan maka dilakukan konfirmasi dan ini dilakukan dengan cara bijak
- e. Menghindari kesan selalu membaca *checklist*
- f. Membuat pertanyaan yang jelas / spesifik / tidak bermakna ganda.

Informasi tentang pelaksanaan manajemen di program studi diperoleh melalui wawancara auditor dengan auditee. Dalam melakukan wawancara dengan auditee, auditor mengajukan pertanyaan yang telah dibuat dalam daftar checklist. 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 *checklist* menunjukkan bobot pertanyaan.

5.4. Pertanyaan untuk Proses Owner, Pelaksana dan Pengguna

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

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 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

5.5. Penulisan Hasil Wawancara

Seorang auditor dalam melakukan wawancara sebaiknya mencatat hal-hal seperti contoh ketidaksesuaian terhadap dokumentasi/rekaman, contoh ketidaksesuaian terhadap standar, aspek dari operasi yang menyimpang / cenderung mengarah kepada ketidaksesuaian. Catatan atas temuan tersebut dapat berupa apa yang ditemukan, dimana / area ditemukan (dapt ditemukan pada *owner*, pelaksana, pengguna, dll), alasan apa / mengapa dianggap sebagai ketidaksesuaian, siapa yang hadir / ada pada saat ditemukan. Hasil temuan atau catatan temuan dibuat dalam bentuk kalimat yang mudah dimengerti dan singkat, kalimat yang bersifat membangun dan membantu, kalimat yang mengandung kebenaran, relevan dan bukan kejutan. Dalam perumusan daftar temuan audit, harus mengikuti kaidah **PLOR**, yaitu **P**roblem (masalah yang ditemukan), **L**ocation (Lokasi ditemukan problem), **O**byektive (bukti temuan), **R**eference (dokumen yang mendasari).

Daftar temuan yang dituliskan dalam formulir di atas, harus disetujui oleh proses *owner (auditee)* dan berdasarkan bukti. Klasifikasi Temuan Audit dalam formulir di atas, ada 3 yaitu:

1. **Temuan Positif adalah** temuan positif merupakan sebuah prestasi dan juga bisa sebagai kesesuaian terhadap persyaratan/ standar. Prestasi / keberhasilan / kesuksesan / kesesuaian yang ditemukan pada Prodi yang teraudit (*Auditee*) harus dicatat.
2. **Observasi (OB)** adalah temuan/*finding* yang menunjukkan ketidakcukupan/ ketidaksesuaian terhadap persyaratan sistem penjaminan mutu, dan memerlukan penyempurnaan. OB merupakan temuan yang berpotensi menjadi ketidaksesuaian. Pernyataan temuan harus berisi, 3 hal berikut ini: (1) Penjelasan, (2) *Referensi*, (3) Bukti-bukti obyektif. Dalam OB merupakan kondisi

diketemukan peluang untuk perbaikan. OB dapat diselesaikan dengan cepat dan mudah.

3. **KeTidaksesuaian (KTS)** atau Ketidak patuhan yaitu: tidak memenuhi persyaratan / standar yang ditentukan atau temuan yang belum mencapai, menyimpang dengan standar atau persyaratan yang telah ditentukan PT.

Terdapat 2 jenis KTS, yaitu **KTS MINOR** dan **KTS MAJOR**. **KTS MINOR** (ringan) adalah Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terbatas terhadap sistem penjaminan mutu mutu. **KTS MAJOR** (berat) adalah Ketidaksesuaian yang memiliki dampak luas terhadap sistem penjaminan mutu.

Beberapa KTS dalam kategori Mayor, yaitu:

- a. KTS yang mengancam sertifikasi, akreditasi atau registrasi.
- b. KTS yang berpengaruh besar terhadap kualitas produk/ pelayanan PT
- c. KTS yang menyebabkan resiko kehilangan mahasiswa (misalkan kenaikan DO, penurunan jumlah peminat)
- d. KTS yang merupakan ancaman/ gangguan terhadap kegiatan atau pelaksana dalam organisasi.

Contoh Kalimat KTS Mayor:

1. Sejumlah besar piranti/ alat pengukuran yang penting dan standar di laboratorium tidak dikalibrasi secara mutakhir
2. Laporan audit mutu internal tentang kelemahan sistem dibiarkan tanpa tindak lanjut
3. Hasil kajiulang manajemen/ *management reviews* tidak ditindaklanjuti secara memadai

Contoh kalimat KTS Minor:

- a. KTS yang mudah diperbaiki/ diralat
- b. KTS yang tidak secara langsung mempengaruhi kualitas produk/ pelayanan
- c. KTS yang tidak menghambat perolehan sertifikasi/ akreditasi/ registrasi.

5.6. Tahap Akhir dalam Audit Lapangan

Tahap akhir pelaksanaan audit lapangan adalah rapat penutupan oleh tim auditor. Dalam rapat ini, dipimpin oleh Ketua Tim Auditor / *Lead auditor*, dengan melakukan hal-hal berikut ini:

- a. Melengkapi formulir ketidaksesuaian (KTS)

- b. Meninjau semua ketidaksesuaian (KTS)
- c. Tinjauan secara kolektif terhadap ketidaksesuaian untuk mengidentifikasi temuan mayor
- d. Mempersiapkan kesimpulan audit
- e. Mempersiapkan agenda rapat penutupan/ *closing meeting*

Dalam rapat penutupan kegiatan audit lapangan:

- a. Ketua bersama anggota tim auditor mengadakan rapat penutupan audit bersama teraudit / *auditee* membahas temuan audit untuk disepakati
- b. Ketua tim auditor dan teraudit bersama-sama menandatangani daftar temuan audit.
- c. Ketua tim auditor menutup acara audit
- d. Tim auditor membuat laporan audit
- e. Ketua tim auditor menyerahkan laporan audit kepada Client

Setelah proses audit selesai maka tahap selanjutnya adalah penyusunan laporan audit mutu internal. Laporan Audit Mutu Internal berisi tentang identifikasi laporan, maksud, tujuan dan ruang lingkup audit, rincian program audit, auditor, tanggal dan area audit, identifikasi dokumen referensi (standar, *quality*, manual, prosedur, kontrak, dll), ringkasan temuan, pengamatan ketidaksesuaian dan bukti pendukung.

Hasil audit yang diperoleh auditor kemudian ditindaklanjuti dengan permintaan tindakan koreksi (PTK). Tindakan koreksi adalah tindakan untuk meniadakan sebab-sebab ketidaksesuaian 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 / *auditee* memperbaiki KTS atau penyebab KTS. Tindakan koreksi dirumuskan di dalam Rapat Tinjauan Manajemen (RTM). Rapat Tinjauan Manajemen adalah suatu rapat dengan periode waktu tertentu yang bertujuan untuk membahas tindak lanjut temuan, dipimpin langsung oleh pimpinan, dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen. Tindakan koreksi adalah Tindakan untuk menghilangkan **penyebab** dari ketidaksesuaian yang dikenali/situasi lain yang tidak dikehendaki. Tindakan pencegahan adalah Tindakan untuk menghilangkan **kemungkinan penyebab**

ketidaksesuaian/ kemungkinan situasi yang tidak dikehendaki. Verifikasi adalah Tindakan memastikan, melalui ketetapan tentang bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah terpenuhi.

BAB VI

RAPAT TINJAUAN MANAJEMEN DAN STRATEGI PENGEMBANGAN IMPLEMENTASI AMI

Rapat tinjauan manajemen (RTM) merupakan suatu rapat yang dilaksanakan dalam jangka waktu tertentu yang bertujuan untuk membahas tindak lanjut temuan, dipimpin langsung oleh pimpinan, dan dihadiri oleh seluruh jajaran manajemen. Tinjauan Manajemen dilakukan untuk memastikan apakah temuan dapat ditindaklanjuti dengan baik dan memastikan bahwa sistem mutu berjalan efektif dan efisien. Tinjauan ini harus mencakup penilaian untuk peningkatan dan perubahan sistem mutu, termasuk kebijakan mutu dan sasaran mutu. Setiap kegiatan Tinjauan Manajemen harus direkam dan rekamannya harus dipelihara. Materi Tinjauan Manajemen tidak hanya berupa hasil/temuan audit namun dapat juga berupa umpan balik pelanggan (keluhan pelanggan, survei kepuasan pelanggan), kinerja layanan/ kinerja dosen, analisa kesesuaian kompetensi, status tindak lanjut permintaan tindakan koreksi (PTK), tindaklanjut dari Tinjauan Manajemen sebelumnya, perubahan sistem mutu ataupun usulan peningkatan sistem mutu. Hasil RTM dapat berupa: kebijakan untuk peningkatan efektivitas sistem mutu dan prosesnya, peningkatan hasil layanan yang menuju terpenuhinya persyaratan/standar, dan pemenuhan kebutuhan sumber daya.

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

- a. Sosialisasi AMI
- b. Pelatihan Auditor Mutu Internal
- c. Layanan Konsultasi bagi PT dalam pengembangan AMI
- d. Evaluasi implementasi SPMI di PT serta peningkatan kualitas pelaksanaan SPMI

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

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

BAB VII

PENUTUP

Audit Mutu Internal (AMI) merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap standar dikti dalam manajemen suatu organisasi oleh auditor mutu internal dari organisasi tersebut atau pihak lain dengan referensi standar dikti yang ditetapkan sebagai standar internal. Pelaksanaan audit mutu internal dilaksanakan melalui *desk evaluation* dan audit kepatuhan dengan cara visitasi ke Program Studi, dan mengevaluasi apakah seluruh standar SPMI telah dicapai / dipenuhi oleh setiap Prodi di UM Parepare. AMI diharapkan mampu untuk memberikan rekomendasi untuk perbaikan mutu selanjutnya, dan akan membantu UM Parepare dalam mempersiapkan audit eksternal atau akreditasi, baik oleh BAN PT maupun badan sertifikasi dan/ atau lembaga akreditasi mandiri (LAM).

Penjaminan mutu akademik maupun non akademik di UM Parepare harus selalu dilaksanakan demi terjaganya mutu pendidikan yang unggul. Oleh karena itu kesungguhan *auditor* maupun *auditee* dalam menjalankan tugasnya masing masing akan sangat berdampak pada hasil pendidikan di UM Parepare.

REFERENSI

1. Anonim, 1996, “ Internal quality audits, what they are and how to carry them out”, the National Computing Centre Limited, Oxford House, Manchester.
2. Anonim, 2004, Quality Audit Handbook”, Tertiary Education Comission.
3. Johannes Gunawan, Widiyanto S. Nugroho, Setyo Pertiwi, Bernadette M. Waluyo, Tirza Hanum Nyoman Sadra Dharmawan, Bambang Suryoatmono, A.F. Elly Erawati, J Gentur Sutapa, Illah Sailah Ridwan R.T., Evawny Nafiron, 014, “ Pedoman SPMPT” Dikti.
4. Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan Direktorat Penjaminan Mutu. 2016
5. Peraturan Menristekdikti RI, No. 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
6. Tim pengembang SPMI, 2014, “ Kebijakan Nasional Sistem Penjaminan Mutu Internal, Ditjen Dikti, Kemdikbud.
7. Tim pengembang SPMI, 2016, “ Kebijakan Nasional Audit Mutu Internal, Ditjen Belmawa, Kemenristekdikti.
8. UU No. 12 Tahun 2012 Tentang Pendidikan Tinggi



UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
PAREPARE

Berilmu Amaliah, Beramal Ilmiah