

# **PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)**



**LEMBAGA PENJAMINAN MUTU INTERNAL  
STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO  
TAHUN 2020**



**SURAT KEPUTUSAN**

**KETUA SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RSPAD GATOT SOEBROTO**

**NOMOR SKep/96/VII/2021**

**TENTANG**

**PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)  
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO**

**KETUA STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO**

**Menimbang :**

- a. Bahwa untuk kelancaran pelaksanaan pembelajaran di STIKes RSPAD Gatot Soebroto perlu disusun kebijakan tentang pelaksanaan Audit Mutu Internal.
- b. Bahwa untuk memenuhi maksud sebagaimana tersebut pada poin a di atas, maka perlu ditetapkan dengan keputusan Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto tentang pedoman Audit Mutu Internal

**Mengingat :**

1. Undang-undang nomor 12 tahun 2012 tentang pendidikan tinggi
2. Permendikbud nomor 3 tahun 2020 tentang standar nasional pendidikan tinggi.
3. Permenristek Dikti No. 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Perguruan tinggi
4. Permendikbud no 7 tahun 2020 tentang pendirian PT

**Memperhatikan :**

1. Visi, misi, tujuan dan sasaran STIKes RSPAD Gatot Soebroto;
2. Statuta STIKes RSPAD Gatot Soebroto
3. Rencana Induk Pengembangan STIKes RSPAD Gatot Soebroto
4. Rencana Strategis STIKes RSPAD Gatot Soebroto



YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA  
**STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO**

Jl. Dr. Abdurrahman Saleh No. 24 Jakarta Pusat 10410 Tlp & Fax.021-3446463, 021-3454373  
Website : [www.stikesrspadgs.ac.id](http://www.stikesrspadgs.ac.id), Email: [info@stikesrspadgs.ac.id](mailto:info@stikesrspadgs.ac.id)



Memutuskan :

1. Penerbitan buku Pedoman Audit Mutu Internal sebagai bahan acuan Audit Mutu Internal dan sebagai bahan acuan untuk auditor dalam lingkungan civitas akademika STIKes RSPAD Gatot Soebroto, sebagai mana terlampir dalam isi buku Pedoman audit mutu internal.
2. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan bahwa apabila di kemudian hari terdapat ketidaksesuaian dalam keputusan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 19 Juli 2021

✓ Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto,



Didin Syaerudin, SKp, MARS  
NIDK 8995220021



## STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO

Jl. Dr. Abdul Rachman Saleh No. 24 Jakarta Pusat Telp : 021 – 344 1008  
ext 2241, Fax: 021-3454373. Email: [info@stikesrspadgs.ac.id](mailto:info@stikesrspadgs.ac.id)  
website: <http://www.stikesrspadgs.ac.id>

### PEDOMAN AUDIT MUTU INTERNAL (AMI)

No. Dok : SKep/96/VII/2021

Tgl Efektif : 19 Juli 2021

Revisi : 01

Dirumuskan oleh : Tim Pedoman Audit Mutu Internal  
(AMI) STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Ns. Kristianawati, S.Kep., M.Biomed

Ditetapkan oleh : Ketua STIKes RSPAD Gatot  
Soebroto

Didin Syaefudin, S.Kp., M.A.R.S.

Dikendalikan oleh : Ketua Lembaga Penjaminan  
Mutu STIKes RSPAD Gatot  
Soebroto

Ns. Kristianawati, S.Kep., M.Biomed

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Disetujui oleh

Tanggal: 19 Juli 2021

Didin Syaefudin, S.Kp., M.A.R.S.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmatNya Pedoman Audit mutu internal dapat terselesaikan.

Pedoman audit mutu internal ini disusun agar pelaksanaan pembelajaran sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sehingga dapat menghasilkan lulusan yang sesuai dengan kompetensinya.

Akhirnya kepada segenap tim penyusun, disampaikan terimakasih dan penghargaan atas jerih payah dan kesungguhannya dalam penyusunan Pedoman Audit mutu internal

Harapan kami Pedoman Audit mutu internal ini dapat dijadikan acuan dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan standar disetiap program studi STIKes RSPAD Gatot Soebroto. Saran dan masukkan dari semua pihak agar Pedoman ini menjadi lebih sempurna sangat kami harapkan.

Jakarta,       Agustus 2020

Tim Perumus

## **DAFTAR ISI**

**SURAT PENETAPAN PEDOMAN**

**KATA PENGANTAR**

**BAB I PENDAHULUAN**

- A. Latar Belakang
- B. Maksud dan Tujuan
- C. Visi Misi
- D. Dasar Hukum
- E. Daftar Istilah

**BAB II KONSEP DASAR AUDIT MUTU INTERNAL**

- A. Pengertian Audit mutu internal
- B. Tujuan Audit mutu internal
- C. Manfaat
- D. Sifat Dasar AMI
- E. Lingkup AMI
- F. Tahapan AMI

**BAB III. PELAKSANAAN AMI**

**BAB IV. AUDIT DOKUMEN**

**BAB V. AUDIT LAPANGAN**

**BAB.VI. LAPORAN AMI**

**BAB VII. PRAKTIK BAIK PELAKSANAAN AMI**

**BAB III. PENUTUP**

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sesuai dengan UU NO.12 TAHUN 2012 PASAL 51 DAN 52 Pendidikan tinggi berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa; mengembangkan sivitas akademika yang inovatif, responsif, kreatif, terampil, berdaya saing, dan kooperatif melalui pelaksanaan tridharma; dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora.

Penjaminan mutu pendidikan tinggi merupakan kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan. Penjaminan mutu pada pendidikan tinggi dilakukan melalui penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan peningkatan standar pendidikan tinggi. Sistem penjaminan mutu pendidikan tinggi terdiri atas : sistem penjaminan mutu internal (SPMI) yang dikembangkan oleh perguruan tinggi ; dan ; sistem penjaminan mutu eksternal (SPME) yang dilakukan melalui akreditasi.

Sistem penjaminan mutu internal (SPMI) yang dilakukan STIKes RSPAD Gatot Soebroto bertujuan menjamin pemenuhan standar nasional Dikti secara sistemik dan berkelanjutan sehingga tumbuh dan berkembang budaya mutu di setiap program studi di STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

Menurut UU nomor 12 tahun 2012 pasal 54, dan dijelaskan kembali pada SNDikti, permenristekdikti nomor 3 tahun 2020, standar pendidikan tinggi meliputi satuan standar: standar nasional pendidikan; standar nasional penelitian; standar nasional pengabdian kepada masyarakat. Sistem penjaminan mutu pendidikan dilakukan terhadap ketiga standar pada SN Dikti, dengan melalui 3 (tiga) kegiatan, yaitu: sistem penjaminan mutu eksternal (SPME) yang dilakukan menggunakan borang akreditasi BAN-PT untuk institusi dan Akreditasi LAM-PTKes untuk program studi; sistem penjaminan mutu internal yang dilakukan oleh STIKes; serta dukungan oleh ketersediaan Pangkalan data perguruan tinggi

(PDPT) yang terintegrasi secara nasional.

Pelaksanaan SPMI mengikuti kaidah PPEPP yaitu penetapan, pelaksanaan, evaluasi, pengendalian, dan pengembangan standar yang telah ditetapkan. Pada tahapan E-Evaluasi dilakukan melalui audit mutu internal.

## **B. Maksud dan Tujuan**

1. Maksud. Memberikan gambaran kepada pimpinan baik tingkat program studi maupun Institusi pelaksanaan audit mutu.
2. Tujuan. Sebagai acuan dalam pelaksanaan audit mutu sehingga didapatkan kesepahaman antar pelksanan kegiatan.

## **C. Visi dan Misi**

Visi STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Visi STIKes RSPAD Gatot Soebroto adalah menjadi Perguruan tinggi kesehatan yang profesional dan unggul dalam kesehatan matra pada tahun 2035.

Misi STIKes RSPAD Gatot Soebroto

1. Menyelenggarakan Tri Dharma Perguruan Tinggi berdaya saing International yang relevan dengan pengembangan kesehatan matra dalam mencapai kesehatan yang optimal.
2. Menyelenggarakan tata kelola pendidikan yang efektif, efisien, transparan dan akuntabel dalam membangun budaya akademik yang mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi
3. Memfasilitasi penerapan dan pengembangan ilmu kesehatan terkini khususnya dalam kesehatan matra
4. Menyelenggarakan kerjasama dengan berbagai Institusi Nasional dan International dalam menghadapi tantangan global.

## **D. Dasar Hukum**

1. Undang-undang nomor 12 tahun 2012 tentang pendidikan tinggi
2. Permendikbud nomor 3 tahun 2020 tentang standar nasional pendidikan tinggi.

3. Permenristek Dikti No. 62 tahun 2016 tentang Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI) Perguruan tinggi
4. Permendikbud No. 7 tahun 2020 tentang pendirian PT

#### **E. Daftar Istilah**

1. **Asesmen** atau Penilaian adalah satu atau lebih proses mengidentifikasi, mengumpulkan, dan mempersiapkan data yang digunakan untuk mengevaluasi pencapaian hasil mahasiswa dan tujuan program pendidikan.
2. **Audit berbasis risiko** adalah sebuah metode audit internal untuk memberikan jaminan bahwa risiko pada sebuah institusi telah dikelola sesuai dengan batasan risiko (risk appetite) yang telah ditetapkan oleh institusi.
3. **Audit Sistem** adalah audit terhadap kecukupan kebijakan dan prosedur organisasi untuk memenuhi persyaratan-persyaratan standar sistem audit mutu.
4. **Audit Kepatuhan** adalah pemeriksaan terhadap setiap prosedur atau Instruksi Kerja (IK) telah dilaksanakan secara tertib dan benar. Audit kepatuhan dilakukan melalui kunjungan di tempat teraudit/ visitasi.
5. **Akreditasi** merupakan Sistem Penjaminan Mutu Eksternal sebagai bagian dari Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.
6. **Auditor:** orang yang memiliki kemampuan dan kualifikasi untuk melakukan audit mutu. **Bukti Audit (Audit Evidence):** Catatan, pernyataan, fakta atau informasi lainnya yang relevan dengan kriteria audit dan dapat diperiksa. Bukti audit dapat bersifat kualitas atau kuantitas.
7. **Auditee** atau teraudit adalah Organisasi/ unit kerja/ orang yang diaudit.
8. **Ketua Tim Auditor (Lead auditor)** adalah orang yang ditunjuk untuk mengelola audit dan memimpin pelaksanaan audit dengan dibantu beberapa auditor.
9. **Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi** selanjutnya disingkat **BAN PT** adalah badan yang dibentuk oleh pemerintah untuk melakukan dan mengembangkan akreditasi perguruan tinggi secara mandiri.
10. **Bukti Audit (Audit Evidence)** adalah rekaman (*records*), dan pernyataan fakta/ informasi yang relevan dengan kriteria audit yang dapat diverifikasi.

**11. Borang** adalah instrumen akreditasi yaitu berupa formulir yang berisikan data dan informasi yang digunakan untuk mengevaluasi dan menilai mutu suatu program studi tingkat program diploma, sarjana, dan pascasarjana.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR AUDIT MUTU INTERNAL**

#### **A. Pengertian Audit mutu internal**

##### **1. Audit mutu**

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 STIKES. Standar mutu pendidikan STIKES ditetapkan untuk mencapai tujuan STIKES. AMI adalah salah satu tahapan / cara dalam siklus penjaminan mutu pendidikan tinggi dalam upaya peningkatan mutu.

Terdapat dua macam audit yaitu,

Audit internal adalah audit yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap standar mutu organisasi (standar Internal).

AMI merupakan salah satu tahapan dalam PPEPP, yaitu pada tahap Evaluasi. Terdapat 5 macam Evaluasi, yaitu:

1. Monitoring
2. Evaluasi Diri
3. Audit Mutu Internal
4. Asesmen
5. Penilaian

#### **B. Tujuan Audit mutu internal**

Tujuan Audit mutu internal (AMI) adalah

Secara umum tujuan AMI adalah:

Melaksanakan verifikasi kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar pendidikan tinggi dalam rangka mendapatkan rekomendasi ruang peningkatan mutu dan menjamin akuntabilitas berdasarkan praktik baik serta temuan atau ketidaksesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan standar pendidikan tinggi.

AMI dilakukan untuk kepentingan peningkatan mutu Program studi yang diaudit. Audit

bukan merupakan asesmen / penilaian melainkan pencocokan antara pelaksanaan dengan standar yang sudah ditetapkan.

Dengan demikian, tujuan secara khusus dari AMI adalah:

1. Untuk memastikan bahwa SPMI memenuhi standar / regulasi.
2. Untuk memastikan implementasi SPMI sesuai dengan standar / sasaran / tujuan yang telah ditetapkan
3. Untuk memeriksa proses dan hasil proses pencapaian mutu sehingga dapat ditentukan keefektifan pencapaian dari tujuan yang telah ditetapkan (sebagai Indikator Kinerja Kunci), atau mengevaluasi efektivitas penerapan SPMI
4. Menyiapkan laporan kepada teraudit (*auditee*) sebagai dasar perbaikan mutu selanjutnya
5. Untuk memberi kesempatan teraudit memperbaiki sistem penjaminan mutu.
6. Untuk membantu institusi/program studi dalam mempersiapkan diri dalam rangka audit eksternal atau akreditasi
7. Audit eksternal adalah audit yang dilakukan untuk menentukan tingkat kesesuaian terhadap standar eksternal

### C. **Manfaat AMI**

Manfaat AMI, secara langsung adalah diperoleh rekomendasi peningkatan mutu pendidikan tinggi. Rekomendasi bermanfaat bagi pimpinan / pengelola Program studi tersebut dalam mengembangkan berbagai program untuk mencapai Visi STIKES.

1. AMI merupakan salah satu langkah untuk mengetahui kesesuaian standar dengan pelaksanaan yang telah dilakukan pada berbagai aspek yang ditetapkan dalam lingkup AMI, antara lain:
2. Konsistensi penjabaran kurikulum dan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) dengan tujuan pendidikan, dan kompetensi lulusan yang diharapkan (*Learning Outcomes*).
3. Kepatuhan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi proses pembelajaran terhadap manual prosedur dan instruksi kerja program studi.
4. Kecukupan penyediaan sarana – parasarana dan sumber daya pembelajaran, penelitian dan / atau pengabdian kepada masyarakat.
5. Konsistensi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi penelitian dan pengabdian serta kerjasama.

6. Mengurangi resiko yang mungkin terjadi di perguruan tinggi, sebagai contoh: resiko kualitas, hukum, keuangan, strategi, kepatuhan, operasional, dan terutama resiko reputasi

#### D. **Sifat Dasar Auditor pada AMI**

Audit Mutu Internal bukanlah interogasi, penyidikan ataupun penyelidikan namun membantu Program studi dalam mencapai tujuannya dengan cara mengevaluasi, mencocokkan dengan ketentuan (dokumen Panduan dan standard SPMI) dan mendorong peningkatan proses ataupun standar untuk mencapai tujuan. Pelaksanaan 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.

#### E. **Lingkup AMI**

Lingkup AMI terdiri dari :

1. Standar SNDIKti : standar akademik dan standar non akademik
2. Pencapaian Sasaran rencana operasional UPPS

#### F. **Tahapan AMI**

**Siklus yang** yang dilakukan di dalam audit mutu internal, secara umum meliputi tahapan yang ditunjukkan pada Tabel 2.1 berikut ini, dan pelaku/penanggung jawab setiap tahapan di dalam AMI dituliskan di dalam kolom keterangan.

Tabel 2.1 Tahapan AMI

| <b>Tahap</b> | <b>Aktifitas</b>                                                            | <b>Keterangan</b>           |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1            | Menetapkan tujuan audit                                                     | Ketua penjaminan mutu (KPM) |
| 2            | Merencanakan audit (dilakukan secara periodik tahunan)                      | KPM                         |
| 3            | Menetapkan sasaran dan lingkup audit                                        | KPM                         |
| 4            | Membentuk tim audit                                                         | KPM                         |
| 5            | Mengkaji ulang dan menyiapkan daftar pemeriksaan                            | KPM dan Auditor             |
| 6            | Menyelenggarakan audit                                                      | KPM                         |
| 7            | Menetapkan jadwal audit                                                     | KPM, Auditor, Auditee       |
| 8            | Melaksanakan audit di tempat obyek audit (audit kepatuhan)                  | Auditor                     |
| 9            | Menyusun laporan audit berupa: temuan                                       | Auditor, Auditee            |
| 10           | Melakukan kajian ulang oleh pihak manajemen (dapat disertai dengan auditor) | Prodi, KPM                  |

### BAB III

#### PELAKSANAAN AMI

A. Standar dalam pelaksanaan AMI adalah dengan melalui tahapan berikut:

1. Perencanaan AMI

Perencanaan AMI dalam hal ini dilakukan oleh Ketua Penjaminan Mutu STIKES yang dalam hal ini bertindak sebagai Ketua Program AMI STIKES, 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.

Penentuan lingkup audit yaitu menetapkan standar sebagai area/cakupan dalam AMI, penyusunan proposal, penyusunan instrumen AMI, Penyusunan Agenda AMI

b. Penentuan Auditor

Penentuan auditor adalah dosen yang telah memperoleh pelatihan audit atau dosen yang dianggap profesional dalam melakukan audit. Auditor berasal dari semua bidang keilmuan dari Program studi, bidang / obyek yang diaudit, dan mempunyai ketrampilan untuk melakukan audit, dengan ketentuan sebagai berikut: Berpengetahuan dan berpengalaman; disetujui oleh pimpinan STIKes (ketua STIKes), tidak ada konflik kepentingan, menguasai teknik audit, memiliki karakteristik positif, mampu bekerja secara tim, memahami manajemen perguruan tinggi.

Pelaksanaan AMI dilakukan oleh tim AMI. Tim auditor disarankan berjumlah ganjil dan lebih dari 1 (satu) orang. Dalam tim auditor terdapat 1 (satu) orang ketua tim yang dinamakan *Lead auditor*, dan anggota *auditor*.

Persyaratan auditor internal adalah: Kompeten dan Independen

Kompeten ditandai oleh kemampuan: trampil, ahli, berwenang dan cermat. Trampil 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 teraudit (*auditee*).

1) Secara umum seorang auditor mempunyai sifat sebagai berikut:

- a) Sikap profesional
- b) Trampil 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
- l) Auditor diberi kewenangan dalam melakukan audit. Kewenangan ini ditandai dengan penugasan dari pimpinan, serta independen yaitu tidak memihak dan tidak merugikan pihak manapun.

2) Auditor tidak boleh berpikir, bersikap, dan bertindak dalam peran berikut ini:

- a) Interrogator
- b) Investigator
- c) Provokator
- d) Instruktur
- e) Kolaborator
- f) Auditor harus bertindak justru sebaliknya dari yang disebutkan di atas. Auditor mutu internal harus berpikir, bersikap dan bertindak sebagai:
- g) Konselor
- h) Fasilitator atau motivator

i) Inspirator

3) Kode etik auditor di dalam AMI adalah sebagai berikut:

a) **Integritas**, Auditor di dalam AMI harus melakukan audit dengan ketentuan berikut ini:

- (1) Melakukan pekerjaan auditor dengan kejujuran, ketekunan, dan tanggung jawab.
- (2) Mentaati hukum dan membuat pengungkapan yang di-haruskan oleh ketentuan perundang-undangan dan profesi.
- (3) Sadar tidak boleh terlibat dalam aktivitas ilegal apapun, atau terlibat dalam tindakan yang memalukan untuk profesi ataupun organisasi.
- (4) Menghormati dan berkontribusi pada tujuan yang sah dan etis dari organisasi.

b) **Objektivitas**; Auditor di dalam AMI, akan memenuhi ketentuan berikut ini:

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

c) **Kerahasiaan**

Auditor di dalam AMI harus melakukan: Berhati-hati dalam penggunaan dan kerahasiaan informasi yang diperoleh dalam tugas auditor. Tidak akan menggunakan informasi untuk keuntungan pribadi atau dengan cara apapun yang akan bertentangan dengan ketentuan perundangan atau merugikan tujuan dan etika dari organisasi.

d) **Kompetensi**

Auditor di dalam AMI melakukan hal-hal berikut ini:

- (1) Hanya akan memberikan layanan sepanjang memiliki pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang diperlukan.

(2) Melakukan AMI sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

(3) Akan terus-menerus meningkatkan

4) 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

5) Adanya beberapa persyaratan, wewenang dan sikap dari auditor, maka dalam melaksanakan AMI di lingkungan STIKES 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*).

## BAB IV

### AUDIT DOKUMEN/DEKS EVALUATION

Audit dokumen adalah aktifitas 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.

Siklus AMI ditunjukkan pada ilustrasi gambar 4.1 berikut ini :



Gambar 4.1 siklus AMI

A. 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
6. Rapat dengan ketua STIKes: pengesahan proposal, SK, Surat tugas.
7. Penyusunan instrumen AMI melalui link Gform dengan tim IT
8. Melaksanakan Sosialisasi Kegiatan AMI, Instrumen AMI, Jadwal AMI. Jadwal audit harus diinformasikan sebelumnya kepada teraudit (*Auditee*). Jadwal audit meliputi: 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.

B. 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. Penggunaan daftar pengecekan bagi seorang auditor sebagai alat bantu dalam melakukan wawancara, mempunyai kelebihan dan juga kekurangan.

C. Kelebihan dengan tersedianya daftar pengecekan adalah sebagai berikut:

1. Auditor menjadi lebih siap

2. Penggunaan waktu / lama wawancara menjadi efisien
  3. Wawancara dengan cara bertanya lebih sistematis
  4. Sebagai pengingat/ memorisasi
  5. Memberi gambaran sistem mutu secara menyeluruh
- D. Kelemahan penggunaan daftar pengecekan adalah sebagai berikut:
1. Dapat mengabaikan hal-hal yang tidak tercantum dalam daftar pengecekan
  2. Pelaksanaan audit menjadi kurang fleksibel dan kaku
  3. Bisa saja menjadi kurang realistik, karena dipersiapkan atas dasar imajinasi/ persepsi auditor

## Bab V

### AUDIT LAPANGAN/ AUDIT KEPATUHAN/AUDIT VISITASI

- A. 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.
- B. Tahapan audit kepatuhan adalah sebagai berikut:
1. Pertemuan pembukaan dengan Auditee, dengan ketentuan 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 teraudit  
Ketua tim auditor mengkonfirmasi ketersediaan sumberdaya dan fasilitas
    - d. Ketua tim auditor mengkonfirmasi tentang kerahasiaan.
  2. Pelaksanaan audit, dimana tim auditor melakukan hal-hal berikut ini:
    - a. Auditee
      - 1) Mengisi G Form yang telah disediakan
      - 2) Mengisi daftar hadir dalam bentuk g Form
    - b. Audit dilakukan dengan berpedoman pada *checklist yang disusun dalam G Form* yang telah dibuat pada saat audit dokumen/*desk evaluation* / audit sistem.
    - c. Tim auditor membuat catatan-catatan potensi temuan ketidaksesuaian yaitu:
      - 1) Segala sesuatu yang menyimpang terhadap standar
      - 2) Segala sesuatu yang potensial untuk menyimpang terhadap standar.
      - 3) Segala sesuatu yang potensial mempengaruhi mutu

4) Pertemuan internal dengan tim auditor

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.

d. Pelaporan hasil audit oleh auditor

Auditor menyusun pelaporan hasil audit dan menyerahkan hasil audit kepada ketua AMI.

e. **Etika Auditor** saat **Audit Lapangan**

Beberapa etika seorang auditor pada saat audit lapangan / visitasi adalah sebagai berikut:

- 1) Menyetujui jadwal antara auditor dengan *auditee* sebelum dilakukan kunjungan
- 2) Datang tepat waktu
- 3) Menerapkan *speak with data*
- 4) 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.

a) Bukti – bukti tersebut dapat dilakukan melalui:

- (1) Wawancara dengan *stakeholder*/pengelola
- (2) Pemeriksaan dokumen
- (3) Pengamatan terhadap aktifitas / proses
- (4) Pengamatan terhadap kondisi lapangan

b) Faktor keberhasilan audit lapangan:

- (1) Persiapan dilakukan dengan baik
- (2) Wawancara dengan orang yang tepat
- (3) Wawancara diupayakan dalam keadaan santai
- (4) Wawancara dilakukan sampai mendapatkan akar masalah

c) Saat visitasi / audit lapangan, Auditor sebaiknya tidak melakukan hal-hal berikut ini:

- (1) Meminta layanan di luar proses audit.
- (2) Menerima hadiah.
- (3) Mengenakan pakaian yang kurang pantas (*T-Shirt*).
- (4) Memberi komentar di luar konteks / substansi yang diaudit.
- (5) Memberikan janji-janji yang di luar kewenangan auditor.
- (6) Menggunakan sebutan yang kurang pantas, seperti “kalian”, ”kamu” kepada *auditee*.
- (7) Berdebat dalam diskusi dengan sikap ”bossy” dan mendominasi sesi audit, atau terlalu pasif.
- (8) Bersikap menggurui, menonjolkan diri dan arogan (memandang rendah).
- (9) Saling menyalahkan di antara auditor di depan *auditee*.
- (10) Menyalahkan auditor yang melakukan audit sebelumnya.
- (11) Menciptakan suasana *underpressure* dan tidak kondusif bagi atmosfer diskusi.
- (12) Menunjukkan emosi negatif yang tampak dari perilaku dan bahasa tubuh.
- (13) Meninggalkan sesi selama proses kunjungan lapangan tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- (14) Membiarkan *auditee* mendikte audit
- (15) Berada ‘di luar jalur’, mengarahkan ‘misleading’
- (16) Terpaku, bingung
- (17) Mengubah jadwal pertemuan secara sepihak.
- (18) Mempersingkat waktu pelaksanaan audit tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- (19) Menjalankan tugas audit melebihi waktu yang dialokasikan

### C. **Pelaksanaan Audit Lapangan**

Pelaksanaan audit lapangan oleh auditor dilakukan dengan melalui tahapan berikut ini:

1. Menemui penanggung jawab proses
2. Menjelaskan apa yang akan diaudit
3. Melakukan wawancara dengan *auditee* sebaiknya dilakukan secara terpisah, sesuai

dengan tupoksi dari Auditor yaitu, yang berperan sebagai:

- a. Penanggung jawab
- b. Pelaksana
- c. Pengguna / proses selanjutnya (bila perlu)

Selidiki dan amati, kesesuaiannya dengan rencana audit/*checklist*. *Checklist* seringkali dikatakan sebagai daftar pengecekan dalam AMI. *Checklist* merupakan salah satu cara sederhana yang lazim digunakan untuk mengurangi kesalahan atau bahkan kegagalan yang dapat ditimbulkan oleh keterbatasan memori / perhatian manusia.

4. Manfaat dari *Checklist* / daftar pengecekan adalah:

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

Wawancara dilakukan dalam rangka penggalan informasi dan klarifikasi data. Penggalan informasi 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 akses terhadap 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 audit nya.

#### **D. Teknik dalam Audit Lapangan**

Teknik dalam pelaksanaan audit lapangan melalui wawancara, *lead auditor* maupun auditor harus mempunyai kemampuan dalam:

1. Teknik / cara dalam bertanya
2. Pencatatan hasil

3. Identifikasi temuan
4. Menutup rapat

#### E. Teknik Wawancara saat Audit Lapangan

Beberapa kiat dalam melakukan wawancara dengan *auditee*, dengan mengikuti beberapa hal berikut ini:

1. Melakukan wawancara secara terpisah antara pimpinan dengan bawahan
2. Berupaya untuk tidak banyak bicara. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mempersiapkan pembagian waktu mengajukan pertanyaan, sesuai dengan pembagian tugas saat audit dokumen.
3. Menghindari konfrontasi *cross check* pernyataan dengan *auditee* lain (misal atasan), jika memang diperlukan maka dilakukan konfirmasi dan ini dilakukan dengan cara bijak
4. Menghindari kesan selalu membaca *check list*
5. Membuat pertanyaan yang jelas / spesifik / tidak bermakna ganda.

#### F. Pertanyaan saat Wawancara dengan Auditee

Wawancara adalah proses melakukan diskusi dua arah tentang proses yang diaudit, melalui bentuk / model 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 daftar *checklist* menunjukkan bobot pertanyaan. Gambar 4.2 berikut ini merupakan ilustrasi bobot pertanyaan terhadap *auditee*. Auditor berusaha untuk mengembangkan pertanyaan sehingga akan memperoleh kejelasan jawaban sehingga akan dapat disimpulkan temuan – temuan.

#### G. 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:

1. Proses dan sasaran perbaikan telah direncanakan dan didokumentasikan
2. Proses dan sumber daya yang diperlukan telah dijabarkan dan dipenuhi
3. Proses dimonitor dan diukur
4. Tindak lanjut dilakukan sesuai dengan hasil analisa data

#### **H. Pertanyaan untuk Pelaksana**

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

1. Pelaksana mengetahui/mempunyai acuan tentang apa yang harus dilakukan
2. Pelaksana mempunyai kompetensi yang diperlukan
3. Pelaksana mengetahui kontribusi yang diharapkan oleh organisasi
4. Proses terlaksana dengan konsisten

#### **I. Pertanyaan kepada Pengguna**

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

1. Hasil proses sebelumnya sesuai dengan kebutuhan prosesnya
2. Terdapat jalur komunikasi yang jelas
3. Umpan balik segera ditanggapi

#### **J. Penulisan Hasil Wawancara**

1. 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
2. Catatan atas temuan tersebut, meliputi:
  - a. Apa yang ditemukan
  - b. Dimana / area ditemukan (dapt ditemukan pada *owner*, pelaksana, pengguna, dll)
  - 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. Beberapa contoh kalimat dalam temuan dinyatakan dalam bentuk berikut ini: Contoh:
 

*Sudah disusun RPS, namun beberapa unsur dalam RPS tidak sesuai dengan standar.*

*Sudah dilakukan perkuliahan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan, namun lama waktu perkuliahan tidak sesuai dengan bobot sks*
- e. Dalam perumusan daftar temuan audit, harus mengikuti kaidah **PLOR**, yaitu:
  - 1) **Problem** (masalah yang ditemukan)
  - 2) **Location** (Lokasi ditemukan problem)
  - 3) **Obyektive** (bukti temuan)
  - 4) **Reference** (dokumen yang mendasari)
- f. Daftar temuan yang dituliskan dalam formulir di atas, harus disetujui oleh proses *owner (auditee)* dan berdasarkan bukti.
- g. Klasifikasi Temuan Audit dalam formulir di atas, ada 3 yaitu:
  - 1) **Temuan Positif**

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) *Refrensi*, (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 yangG ditentukan atau temuan yang belum mencapai,

menyimpang dengan standar atau persyaratan yang telah ditentukan PT.

(a) Terdapat 2 jenis KTS, yaitu **KTS MINOR** dan **KTS MAJOR**.

(1) **KTS MINOR** (ringan) adalah Ketidaksesuaian yang memiliki dampak terbatas terhadap sistem penjaminan mutu. Beberapa KTS dalam kategori Minor/ ringan, yaitu:

- 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.
- d. Beberapa contoh KTS Minor, antara lain:
  - a. Catatan kaji ulang kurang lengkap
  - b. Instrumen/ alat-alat utama tidak memuat tanggal kalibrasi
  - c. Tindak lanjut yang masih dalam proses (belum selesai) tetapi sudah dimuat dalam laporan tindakan koreksi audit internal.
  - d. Ketidaklengkapan dokumentasi tentang pelatihan- pelatihan yang dilakukan

(2) **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 KTS Mayor antara lain:
  - 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
- e. Pembuatan laporan KTS, berisi hal-hal sebagai berikut:
  - a. Tanggal pelaksanaan audit
  - b. Nomor/identifikasi audit
  - c. Lingkup/ bidang yang diaudit
  - d. Deskripsi/ uraian temuan KTS
  - e. Informasi tentang acuan standar yang diacu. Hal ini untuk menunjukkan dasar/ landasan temuan audit.
  - f. Identifikasi nama auditor dan wakil teraudit
  - g. Tindakan yang disepakati untuk memperjelas/ menganalisis KTS
  - h. Tindakan nyata yang diambil untuk mengatasi/ menyelesaikan KTS. (agar tidak terulang lagi dimasa yang akan datang )
- 4) 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:
    - (1) Ketua bersama anggota tim auditor mengadakan rapat penutupan audit bersama teraudit / *auditee*
    - (2) membahas temuan audit untuk disepakati
    - (3) Ketua tim auditor dan teraudit bersama-sama menandatangani daftar

temuan audit.

- (4) Ketua tim auditor menutup acara audit
- (5) Tim auditor membuat laporan audit
- (6) Ketua tim auditor menyerahkan laporan audit kepada auditee

#### 5) Laporan Audit Internal

Laporan audit internal, harus memuat berikut ini:

- a. Identifikasi laporan
- b. Maksud, tujuan dan ruang lingkup audit
- c. Rincian program audit, auditor, tanggal dan area audit
- d. Identifikasi dokumen referensi (standar, *quality*, manual, prosedur, kontrak, dll)
- e. Ringkasan temuan
- f. Pengamatan ketidaksesuaian dan bukti pendukung

#### 6) 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).

#### 7) 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. 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 tersebut 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.

Dalam melakukan rapat tindak lanjut temuan audit dilakukan dengan pembahasan tentang kegiatan secara bertahap yang ditunjukkan pada Tabel di bawah ini.

| No | Kegiatan                                                                                            | Penanggung jawab |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1  | Identifikasi kekurangan / temua (finding)                                                           | Auditor          |
| 2  | Menetapkan tanggung jawab                                                                           | Auditee          |
| 3  | Mencari akar masalah                                                                                | Auditee          |
| 4  | Mencari solusi jangka pendek: gunanya apa, perbaikan kembali, pecehan masalah, libatkan stakeholder | Auditee          |
| 5  | Menetapkan jadwal pelaksanaan untuk solusi jangka pendek                                            | Auditee          |
| 6  | Verifikasi pelaksanaan                                                                              | Auditee          |
| 7  | Identifikasi solusi jangka panjang                                                                  | Auditee          |
| 8  | Menetapkan jadwal pelaksanaan solusi jangka panjang                                                 | Auditee          |
| 9  | Verifikasi penerapan dan efektifitas                                                                | Auditor          |
| 10 | Temua dinyatakan “close” selesai                                                                    | Auditor          |

Perbedaan antara tindakan koreksi, tindakan pencegahan dan verifikasi adalah sebagai berikut:

Tindakan koreksi ; Tindakan untuk menghilangkan **penyebab** dari ketidaksesuaian yang dikenali/situasi lain yang tidak dikehendaki.

Tindakan Pencegahan Tindakan untuk menghilangkan **kemungkinan penyebab** ketidaksesuaian/kemungkinan situasi yang tidak dikehendaki

Verifikasi Tindakan memastikan, melalui ketetapan tentang bukti obyektif bahwa persyaratan yang ditentukan telah terpenuhi

Formulir yang dapat digunakan Permintaan Tindakan Koreksi, harus memuat unsur-unsur sebagai berikut:

- a. Deskripsi tentang Ketidaksesuaian (KTS)
- b. Tindakan perbaikan yang akan dilaksanakan oleh auditee
- c. Waktu tindakan perbaikan
- d. Penanggung jawab yang akan melakukan perbaikan.

## **BAB VI**

### **Laporan AMI**

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

#### **6.1. Jenis dan Struktur Penulisan Laporan AMI**

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

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

1. Identitas teraudit (nama teraudit, institusi teraudit).
2. Identitas auditor (nama ketua dan anggota Tim Auditor).
2. Tujuan audit.
3. Ruang lingkup audit.
4. Area audit.

5. Dokumen yang diterima.
6. Tanggal audit.
7. Daftar temuan audit: pernyataan temuan audit, kategori temuan audit, dan referensi.
8. Keunggulan institusi teraudit.
9. Kesimpulan audit.
10. Lampiran audit.

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

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

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

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

Apabila antara teraudit dengan auditor telah sepakat dengan temuan audit yang dibuat Tim Auditor, pihak auditor dapat menyusun dan mengajukan permintaan tindakan koreksi (PTK). PTK harus dilampirkan pada Laporan AMI. PTK dibuat masing-masing tersendiri setiap temuan. Misalnya, bila ada 3 (tiga) temuan maka perlu dibuatkan 3 (tiga) lampiran PTK.

Pada setiap lembar PTK tersebut, selain ditulis identitas teraudit dan auditor, diulang

kembali menuliskan uraian dan kategori temuan audit. Pernyataan dan kategori temuan diisi oleh tim auditor dan ditandatangani, lalu di bawahnya ditulis rencana tindakan koreksi yang diisi oleh teraudit dan ditandatangani. Pada akhir Lampiran PTK ini dapat dibuat satu kolom lagi untuk ruang Tinjauan Efektifitas Tindakan Koreksi yang akan diisi oleh auditor pada tahap audit berikutnya.

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

## **BAB VII**

### **Praktik Baik Pelaksanaan AMI**

Pelaksanaan AMI di STIKes RSPAD Gatot Soebroto diawali dengan pelaksanaan evaluasi diri atau asesmen oleh unit, dengan mengisi instrumen yang telah disediakan. Instrumen yang diisi adalah instrumen yang diturunkan dari BAN-PT yang dimodifikasi disesuaikan dengan standar-standar yang telah ditetapkan STIKES RSPAD Gatot Soebroto. Capaian nilai asesmen adalah 1, 2 dan 3. Nilai 1 artinya di bawah poin 4 pada Buku 6 Matrik Penilaian BAN-PT, 2 adalah sama dengan 4 dan 3 adalah lebih dari poin 4. Langkah selanjutnya adalah menetapkan ruang lingkup audit berdasarkan hasil asesmen. Hasil asesmen akan memperlihatkan standar mana saja yang masih lemah dan harus ditingkatkan. Standar yang belum mencapai standar tersebut ditetapkan sebagai standar yang mempunyai risiko tinggi.

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

## **BAB VIII**

### **PENUTUP**

Pelaksanaan audit mutu internal dilaksanakan melalui *desk evaluation* dan audit kepatuhan dengan cara visitasi dan mengevaluasi apakah seluruh standar SPMI telah dicapai / dipenuhi oleh setiap Prodi. AMI diharapkan mampu untuk memberikan rekomendasi untuk perbaikan mutu selanjutnya, dan akan membantu dalam mempersiapkan audit eksternal atau akreditasi, baik oleh BAN PT maupun LAM-PTKes.

Penjaminan mutu akademik maupun non akademik 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 STIKes.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
2. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi
3. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
4. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2013 yang Penerapan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia Bidang Pendidikan Tinggi
5. Permendikbudristekdikti no.53 Tahun 2023 tentang penjaminan mutu Pendidikan tinggi
6. Permendikbud No.3 tahun 2020 tentang standar nasional Pendidikan tinggi